

TC.  
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
HALK SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI

**TAMAMLANMIŞ GEBELİKLERİN BAZI RİSK  
FAKTÖRLERİ  
AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE  
BEBEKLERİNE ETKİLERİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İlgün ÖZEN**

88978

**TEZ DANIŞMANI**

**Doç. Dr. Mehmet BOSTANCI**

**DENİZLİ - 1999**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

İş bu çalışma jürimiz tarafından Halk Sağlığı Anabilim Dalında YÜKSEKLİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

**BAŞKAN : Doç.Dr. Mehmet BOSTANCI**

**ÜYE : Doç.Dr. Babür KALELİ**

**ÜYE : Doç.Dr. Seyide SOYSAL**

**ÜYE : Yrd.Doç.Dr. Nevzat BİLGİN**

**ÜYE : Yrd.Doç.Dr. Mehmet ZENCİR**

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../1999

**Prof.Dr. Mustafa GÖNÜLLÜ**

**Enstitü Müdürü**

## TEŐEKKÜR

Çalışmamın planlanması, yürütülmesi ve değerlendirilmesi aşamalarında yardımlarını esirgemeyen PAÜ. Tıp Fakóltesi Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Başkanı danışmanım Sayın Doç.Dr. Mehmet BOSTANCI' ya ve istatistik aşamasıyla çalışmam sırasındaki desteğinden dolayı Yrd.Doç.Dr. Mehmet ZENCİR'e teőekkürü bir borç bilirim.

Ayrıca çalışmamı yapmış olduğum Bağbaşı ve Kayhan Sağlık Ocaklarında görev yapan tüm personele, desteğini ve yardımlarını esirgemiyen Yüksek lisans arkadaşım Huriye DEMİRHAN'a, aileme ve tüm arkadaşlarıma teőekkür ederim.



## İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA</u>
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
II. GENEL BİLGİLER.....	3
1. Ana Sağlığı.....	3
1.1. Ana Ölümleri.....	4
1.2. Anne Ölüm Nedenleri.....	5
1.3. Ana Sağlığının Tarihçesi.....	5
1.4. Dünyada Ana Sağlığı Çalışmaları.....	6
1.5. Türkiye’de Ana Sağlığı Çalışmaları.....	7
2. Çocuk Sağlığı.....	8
2.1. Bebek Ölüm Nedenleri.....	8
2.2. Dünyada Bebek Ölümleri.....	9
2.3. Türkiye’de Bebek ölümleri.....	9
3. Riskli Gebelikler.....	10
4. Gebelikte Risk Faktörleri.....	11
5. Bebek ve Çocuklarda Risk Faktörleri.....	19
6. Doğum Öncesi Bakım.....	23
7. Risklerde Sağlık Personelinin Rolü.....	24
8. Güvenli Annelik Programı.....	24
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....	26
IV. BULGULAR.....	30
V. TARTIŞMA VE SONUÇ .....	58
VI. ÖZET.....	73
VII KAYNAKLAR.....	74
EK I- ANKET FORMU	

## TABLolar DİZİNİ

<b><u>TABLO ADI</u></b>	<b><u>SAYFA</u></b>
Tablo I : Kadınların Yaş ve Boy Gruplarına Göre Dağılımı.....	30
Tablo II : Kadınların ve Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı.....	31
Tablo III : Kadınların ve Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	31
Tablo IV : Kadınların İlk Evlenme ve İlk Doğum Yaşları.....	32
Tablo V : Kadınların Önceki Gebeliklerinin Sonuçlanma Durumu ve Ortalamaları.....	33
Tablo VI : İki ve Daha Çok Sayıda Gebelik Geçiren Kadınların Son İki Gebelik Aralığı.....	32
Tablo VII : Kadınların Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayıları ile Ortalamaları.....	34
Tablo VIII : Kadınların Bir Önceki Gebeliklerinin Sonlanma Şekli.....	34
Tablo IX : Kadınların Son Gebeliklerinin Sonlanması İle İlgili Bilgiler.....	35
Tablo X : Doğan Bebeklerin Doğum Ağırlığı ve Doğum Boyları.....	36
Tablo XI : Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları.....	36
Tablo XII : Ebe Tarafından Sağlık Ocağı ve/veya Evde, Kadınların Gebelikleri ve Doğum Sonrası Bebeklerinin İzlenme Durumu.....	37
Tablo XIII : Kadınların ve Eşlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları.....	37
Tablo XIV : Kadınların Gebelikleri Süresince Aldıkları Ağırlığa Göre Dağılımı.	38
Tablo XV : Kadınların Eşleri İle Akrabalık ve Kan Uyuşmazlığı Durumları.....	38
Tablo XVI : Gebeliğe ve Doğuma Bağlı Bebeklerdeki Doğumsal Anomali ve Hastalıkların Durumu.....	39
Tablo XVII : Kadınların Son Gebeliklerindeki Bazı Risk Faktörleri.....	40
Tablo XVIII : Doğan Bebeklerin Bazı Risk Faktörleri.....	41
Tablo XIX : Kadınların Aldıkları Risk Puanına Göre Durumu.....	41
Tablo XX : Kadınların Bebeklerinin Aldıkları Risk Puanına Göre Durumu.....	41

Tablo XXI : Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu, Meslekleri, Yaşayan Çocuk Sayıları ve Gebelik Aralıklarına Göre, Son Gebeliklerine İstemli Kalma Durumu.....	43
Tablo XXII : Son Gebelikleri İle Bir Önceki Gebelik Aralığı İki Yılda Az Olan Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre Dağılımları.....	45
Tablo XXIII : Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, 4 ve Daha Fazla Gebe Kalma Durumları.....	46
Tablo XXIV : Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, 4 ve Daha Fazla Canlı Doğumu Olanlar.....	48
Tablo XXV : Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, 4 ve Daha Fazla Yaşayan Çocuğu Olanlar.....	49
Tablo XXVI : Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, Düşük Yapma Durumu.....	50
Tablo XXVII : Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumlarına Göre, Ölen Çocuğu Olanlar.....	52
Tablo XXVIII: Kadınların Yaş Gruplarına Göre, Küretaj Olma Durumları.....	53
Tablo XXIX : İki ve Daha Fazla Doğum Yapan Kadınların, Bir Önceki Gebeliklerinin Sonlanmasına Göre, Son Gebeliklerinin Prematüre ve Postmatür Sonlanma Durumu.....	53
Tablo XXX : Kadınların, Üriner Enfeksiyon, Preeklampsi Öyküleri ve Gebelik Aralıklarına Göre, Son Gebeliklerinin Prematüre Sonlanması Durumu .....	54
Tablo XXXI : Kadınların Gebeliklerindeki, Bazı Risk Faktörlerine Göre, Bebeklerinde Doğumsal Anomali ve Hastalık Görülme Durumu...	55
Tablo XXXII : Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumu İle 4 ve Üzerinde Gebe Kalma Durumları .....	56
Tablo XXXIII: Risk Puanına Göre Kadınların Gebeliklerinde Sağlık Ocaklarında Ebeler Tarafından İzlenme Durumu.....	57

## I GİRİŞ

Anne ve çocukların sağlığı toplumun diğer kesimlerinden farklı özellikler gösterir ve bu nedenle de sağlık hizmetlerinde öncelikleri vardır (1). Ana ve çocuk sağlığında riskler, çocuğun ve annenin bir hastalığa yakalanmasına, hastalıklarının ağır seyretmesine, güç iyileşmesine ya da ölümlle sonuçlanmasına yatkınlık sağlayan olumsuz koşullardır ve ortaya çıkabilecek kötü sonuçların olasılığını haber veren ipuçlarıdır (2). Nüfusun yaklaşık %60'ı ana-çocuk sağlığı alanına girmektedir (1,3,4).

Kadının toplumdaki statüsü, sosyoekonomik durumunun düşüklüğü ve öğrenim düzeyi de sağlığını ve doğurganlık davranışlarını etkilemekte olup, riskli gebeliklerin varlığında bu faktörlerde değerlendirilmelidir.

Gebelik tamamen fizyolojik bir olay olmasına karşın, annenin ruhsal ve bedensel kaynaklarını tüketen bir yüküdür. Bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltarak, normal seyreden bir gebeliğin bile patolojik bir durum olmasına neden olabilir. Bu nedenle de ana-çocuk sağlığının temeli olan bu dönemde hem annenin hem fetüsün özel bir bakıma gereksinimi vardır (5,6,7). Gebelik tekrarladıkça, annelerin riskle karşılaşma olasılığı artar (8,9). Annenin gebelik sırasında karşılaştığı sağlık sorunları anneyi olduğu kadar bebeği de olumsuz etkiler (10). Riski fazla olan gebelikler ve doğumlar sonucu dünyaya gelen bebekler yaşasa bile, çeşitli sağlık sorunları ile karşılaşabilmektedirler (11). Kısacası, annenin sağlığı, tüm aileyi dolaylı olarak da toplumu etkiler.

Bugün dünyada yılda 500.000'den fazla annenin gebe iken, doğum yaparken ya da doğum sonu 6 hafta içinde öldüğu, her ölüme karşılık ise 10-15 annenin aynı nedenlerle kalıcı olumsuz etkiler taşıdığı hesaplanmaktadır. Annesi ölen bebeklerdeki ölüm hızının diğerlerine göre yaklaşık iki kat olduğu bildirilmektedir (4,9). Ülkemizde bütün gebelik riski altındaki kadınların %41'i riskli gruptadır. 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre de son beş yıl içinde doğan çocukların %44'ünün herhangi bir risk kategorisinde olduğu saptanmıştır (3,12).

Ana ölümlerinin %75'ini gebelikle ilgili önlenebilir nedenler oluşturmaktadır (13). Hem ana ölümlerinin hem de bebek ölümlerinin çoğu doğum öncesi bakımla önlenebilir ölümlerdir (14). Risk faktörü olan gebelikler, tanımlanmalı, değerlendirilmeli ve risklerle sonuçlanması önlenmelidir.

**Amaç;** Bağbaşı ve Kayhan sağlık ocakları bölgelerindeki 1997 yılında tamamlanmış gebelikleri, belirlenen bazı risk faktörleri açısından değerlendirmek ve bebeklerinin de yine bazı risk faktörlerine göre değerlendirilerek riskli gebeliklerin bebeklere etkilerini saptamak, bunların sonucunda riski tanımanın yararını ortaya koymak, ana ve çocuğun sağlığını yükseltmek için daha yakından daha düzenli bakım ve eğitim çalışmalarına katkıda bulunmak amaçlarıyla bu çalışma yapılmıştır.

## II. GENEL BİLGİLER

### 1. ANA SAĞLIĞI

Sağlıklı bir toplum oluşturulmasında, ülkemiz nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, büyük önem taşır (13). Kadınların sağlık sorunları denince doğurganlık çağı adı verilen 15-49 yaşlar arasındaki dönemin sağlık sorunları üzerinde durulması gerekir (15). Ancak son yıllarda genç ve ileri yaştaki kadınların da hizmet kapsamına alınması benimsenmiş olup artık ana sağlığı yaklaşımından kadın sağlığı yaklaşımına geçilmiştir (16). Kadın sağlığı yalnızca kadında hastalık ve sakatlıkların olmaması anlamına gelmemeli, kadının bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinde olmasını kapsamalıdır (15,16).

Kadın sağlığı sorunlarının ortaya çıkmasında tıbbi nedenlerin yanında, kadının toplumsal konumunun düşük olması önemli bir diğer nedendir. Toplumsal konumu belirleyen etkenler içinde eğitim, para getiren işte çalışma olanağı ve sosyal güvencenin olması yer alır. Kadınların eğitim ve ekonomik özgürlüğünün sağlanması açısından yaklaşmak gerekir. Kadınların sağlık kuruluşlarından yeterince yararlanmamaları da üzerinde durulması gereken bir sorundur (1,11,17,18). Kadın sağlığı tümü ile kadının statüsünden kendine verilen değerden, toplumun onu algılayış biçiminden etkilenir. Kadının statüsü ile doğurganlığı arasında zıt bir ilişki olduğu gibi, doğurganlığı ile sağlığı arasında da aynı zıt ilişki söz konusudur. Kadının sosyal statüsü düştükçe doğurganlığı artar, doğurganlığı arttıkça, sağlığı bozulur, hastalanma ve ölüm riski artar (19). Bugün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık düzeylerindeki farklılıklardan biri de kadın sağlığıdır. Gelişmekte olan ülkelere kadınlarda gebelik ve doğumla ilgili sorunları ile karşılaşılacak riskleri, gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (3). Ana sağlığı, doğrudan kendisi için önemli olduğu kadar, çocuk sağlığı ve aile sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir (1).

Ana sağlığını yansıtan iki önemli ölçüt, anne morbiditesi ve mortalitesidir.

**Anne Morbiditesi;** Bir toplumda belirli bir süre içinde, gebelik, doğum ve doğum sonrası (lohusalık) dönemlerinde annelik ile ilgili hastalıkları olan 15-49 yaş doğurgan kadınların tümü anlamına gelmektedir (20).

**Anne Mortalitesi;** Bir toplumda, belirli bir süre içinde gebelik, doğum, lohusalık

dönemlerinde annelik nedenleri ile ölen 15-49 yaş doğurgan kadınların tümü anlamına gelmektedir (11,20,21,22).

Ülkemiz genelinde anne morbidite ve mortalitesinin yüksek olmasına bağlı olarak, ana sağlığı düzeyi düşüktür (5,23).

Perinatal Bebek Ölüm Hızı da (PBÖH) ana sağlığı düzeyini gösteren en önemli ölçütlerdendir. Bu ölçüt toplumda kadının gebelik süresi içinde; doğum öncesi bakımın ve izlemlerinin yeterli olup olmadığını ve doğumların sağlıklı koşullarda yapılıp yapılmadığını göstermesi açısından önemlidir. Perinatal ölümler anne ölümlerine kıyasla daha sık görüldüğünden o toplumdaki obstetrik hizmetlerin düzeyi hakkında, daha iyi fikir verir ve küçük popülasyonlarda ana sağlığı düzeyini değerlendirmek için PBÖH daha sık kullanılır. Gelişmiş ülkelerde bu hız binde 20'nin altındadır (3,22).

### 1.1. Ana Ölümleri

Gelişmekte olan ülkelerde ana ölümleri ile en büyük sorun, bu olayın boyutlarının ve nedenlerinin bilinmemesidir. Aynı sorun ülkemiz için de geçerlidir. Tüm dünyada 500.000 kadın gebelikle ilgili bir sorun nedeni ile ölmektedir (10,21,24). Bu günde 1400 annenin ölümü demektir. 250 kişilik bir jumbo jet içindeki tüm yolcuların gebe ve yeni doğum yapmış kadınlar olduğunu varsayıp, her 4 saatte bir böyle bir jumbo jetin düştüğü ve içindeki tüm yolcuların öldüğünü düşünürsek, bu dünyada, her yıl olan ana ölümlerinin üzücü seneryosunu göstermektedir. Ana ölümleri, çoğu kez değişik yörelerde tek tek, daha çok yoksul yörelerde sessiz bir biçimde olduğundan kamuoyunun dikkatinden kaçmaktadır (11,21,24). Toplumun en güvenilir sağlık göstergesi ölüm oranlarıdır. Ana ölüm hızı, bir toplumdaki gebe kalmadaki risk derecesi hakkında fikir vermesinin yanı sıra aynı zamanda ana sağlığı hizmetlerinin yeterli olup olmadığını, o toplumun genel sosyo-ekonomik düzeyi hakkında da fikir verir (3).

Gelişmiş ülkelerde ve Çin'de 100.000 canlı doğumda 30'dan az anne ölümü olurken, diğer ülkelerde bu sayı ortalama 550 olarak hesaplanmaktadır. Bir gebelikte karşılaşılan ölüm riski kadınların yaşam boyu geçirdikleri gebelikler arttıkça katlanmaktadır. Anne ölümlerinin bölgeler arasında inanılmaz boyutlarda farklılık göstermesi, bu ölümlerin önlenabilir olaylarla ilişkili olduğunu düşündürmektedir (8).

Annenin eğitimi arttıkça doğumla ilgili hastalık ve ölüm oranları da önemli ölçüde azalmaktadır. Bu bağlantıda eğitim, gebelik risklerini tek başına azalttığı için değil, eğitimin artması, genel sosyoekonomik statünün yararlı bir göstergesi olduğu için ortaya çıktığı düşünülmektedir (25).

### 1.2. Anne Ölüm Nedenleri

Epidemiyolojik açıdan anne ölüm nedenleri; Ülkelerin sosyoekonomik durumu ve kadının toplumdaki yeri, doğurganlık özellikleri, ana sağlığı hizmetlerinin yokluğu ya da yetersizliği olarak özetlenebilir.

Klinik olarak anne ölüm nedenleri;

- Direkt nedenler; Post partum kanama, gebelik toksemileri, puerperal enfeksiyonlar, vasküler olay anestezi gibi, gebelik, doğum ve lohusalık komplikasyonlarıdır.
- İndirekt nedenler; Gebelik sırasında ortaya çıkan veya gebelik sırasında alevlenen fakat direkt gebelikle ilgili olmayan, çeşitli enfeksiyonlar, anemi, malnütrisyon, kalp hastalıkları, diyabet gibi nedenlerdir (3,11,21,24).

### 1.3. Ana Sağlığının Tarihçesi

Ana sağlığı ile ilgili literatür incelendiğinde dünyada ve ülkemizde ana sağlığına bilim adamlarının 16 yy da önem vermeye başladığını görmekteyiz. Thomas Raynold "İnsanlığın Doğuşu" adlı eserinde gebelikle ilgili hastalıklardan söz ederken, 1668 yılında François Mauriceau'un, gebe ve doğurmuş kadınların hastalıkları ile ilgili eseri bulunmaktadır (20).

18 yy da Fransa'da gebe ve terk edilmiş kadınlar, gebeliğin 36. haftasından sonra sosyal bir sığınak olan "Hotel Dieu" ye kabul edilmişlerdir. 19 yy da Thomas Bull "Annelere Öğüt" isimli kitabında doğum öncesi bakım dönemini anlatmıştır. 1899'da Edinburg'da ilk tıbbi anne sağlığı ünitesi olan "Premature Yuvası" açılmıştır. Dr. Pierre Budin 1892'de annelere konsültasyon kliniği açarak yeni doğum yapmış kadını ve bebeğini izlemeye başlamıştır (20,22).

1913'de Boston'da doğum öncesi ziyaretleri, İngiltere'de de gebelikle ilgili laboratuvar incelemeleri başlatılmıştır. Bu tarihlerden sonra Amerika, İngiltere ve çeşitli Avrupa ülkelerinde de ana sağlığı ile ilgili çalışmalar hızlandırılarak ülke çapında klinikler

açılarak, sayıları artırılmıştır (20,22).

Ülkemizde ise anne sağlığı çalışmaları ilk Mekteb-i Tıbbiye'de, evlerde doğum yaptıran kadınlara, yeni mahalle ebelerine iki yıllık bir eğitim vermekle başlamış, 1909'da Ebe Mektebi ve Kadın Hastalıkları Kliniği açılmıştır. Ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyetin kurulmasıyla gerçekleşmiştir. 1924'te Tıp Fakültelerine bağlı ebe okullarına, ortaöğrenim görmüş kadınlar alınmış, 1926'da Ankara ve Konya'da ilk doğum ve çocuk bakımevi açılmıştır. 1937'de Balıkesir, 1938'de Konya köy ebe okulları, kırsal bölgelerde gebe kadınların sağlıklı doğum yapmalarını sağlamak amacı ile açılmıştır ve daha sonraki yıllarda bu okulların sayısı hızla artmıştır (11,20).

Ana ve çocuk sağlığı hizmetlerine gereken etkinliği kazandırmak amacıyla 1952 yılında WHO (Dünya Sağlık Örgütü) ve UNICEF'in (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu) yardımlarıyla, Sağlık Bakanlığında özel bir örgüt Ana- Çocuk Sağlığı (AÇS) kurulmuştur. 1961 yılında sağlık hizmetleri sosyalleştikten sonra, ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin sağlık ocakları kanalıyla yürütülmesi öngörülmüştür. Ne var ki tüm çabalara karşın, ülkemizde ana çocuk sağlığının iyi olduğunu söylemek güçtür (11,20).

#### **1.4. Dünyada Ana Sağlığı Çalışmaları**

Gelişmekte olan ülkelerdeki kadınlar, gelişmiş ülkelerdeki kadınlara göre anne ölümü açısından 100 kat daha risk altındadır. Gelişmiş ülkelerde 1-15/100.000 olan anne ölüm hızı, gelişmekte olan ülkelerde 1000/100.000 e ve üstüne çıkmaktadır (21). Dünyada her saat için yaklaşık 62 kadının öldüğü hesaplanmaktadır. Bu ölümlerin %99'u kolayca önlenabilir nedenlerle meydana gelmektedir. Ölen annelerin tamamına yakını gelişmekte olan ülkelerin vatandaşlarıdır (26).

Gelişmekte olan ülkelerde, kanama, engellenmiş doğum eylemi, enfeksiyon, eklampsi ve abortus anne ölümlerinde ilk beşini oluşturmaktadır. Bu nedenlerin hepsi erken tanı ve tedavi ile önlenilebilir nedenlerdir (3,22).

Batı toplumlarında kadınların yüksek eğitime yönelmeleri ve iş hayatına girmeleri ile fertilité hızında düşme görülmüştür. Kadının eğitim düzeyinin artması, çalışma alanına girmesi ile toplumsal konumu ve sosyal güvenceye kavuşması söz konusudur. Eğitim ve

ekonomik özgürlüğü sınırlı kadının bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde, kadın toplumsal konumunu yükseltmek için doğurganlığını kullanmaktadır (1).

Dünyada AÖH ortalama yüz binde 370'dir. Bu gelişmiş ülkelerde yüz binde 26.0 iken, gelişmekte olan ülkelerde yüz binde 420'dir. Kıtalara göre AÖH na bakıldığında, Afrika'da yüz binde 630, Asya'da yüz binde 380, Latin Amerika'da yüz binde 200, Kuzey Amerika'da yüz binde 12.0, Avrupa'da yüz binde 23.0, Okyanusya'da yüz binde 600'dür (26).

### 1.5. Türkiye'de Ana Sağlığı Çalışmaları

Ülkemizde 1990 nüfus sayımına göre doğurgan çağ olarak nitelendirilen 15-49 yaş grubu evli kadınların oranı, nüfusun %25'ini oluşturmakta ve bu grupta bulunan kadın sayısı 14.1 milyon olarak hesaplanmaktadır (3,19,27). Ülkemizdeki kayıt sistemindeki aksaklıklar ve eksik bildirim nedeni ile AÖH tam olarak bilinmemektedir. 1982 yılında DİE tarafından yapılan bir araştırmada AÖH 100.000 canlı doğumda 132 olarak bulunmuştur. 1990'larda bu hızın yaklaşık 100.000 canlı doğumda 100 olduğu tahmin edilmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelerde 100.000 canlı doğumda 10'un altındadır (3). Kadınların sağlığı ile ilgili veriler ülkenin coğrafi bölgelerine, yerleşim yeri özelliklerine, incelenen grubun eğitim düzeyine göre farklılıklar gösterir (13).

Bir toplumdaki doğurganlık düzeyi ile ilgili genel bilgi veren kaba doğum hızı ülkemiz genelinde binde 22.9, kentlerde binde 21.7, kırsal alanlarda binde 24.0'dür. Doğurganlık çağındaki her bir kadının bir yılda yaptığı doğum sayısını veren genel doğurganlık hızı 1993 Nüfus ve Sağlık Araştırmasına göre binde 95.0'dir. Doğurganlık çağının sonuna geldiğinde teorik olarak bir kadına düşen canlı doğum sayısını veren toplam doğurganlık sayısı 2.7'dir. 1993 yılı TNSA'nın rakamlarına göre hala evli kadınların %63'ü bir yöntem kullanmakta, bunlarında %34.5'i bir modern yöntem, %28.1'i ise geleneksel yöntem kullanmaktadır. Yine gebelerin %62.3'ü doğum öncesi bakım almaktadır. Üreme dönemindeki kadınların üçte ikisinden fazlası (%69.8) artık daha fazla çocuk istememektedir. Toplam düşük hızı 1993 TNSA'ya göre 100 gebelikte 28.5'tir (3,12).

Ülkemizde her yıl yaklaşık 1400 kadın gebelik, doğum ve lohusalıkla ilgili nedenlerle ölmektedir (28). Bu nedenlerin %41.0'ini gebelik ve lohusalık toksemileri, %19.9'u kanamalar, %5.5'ini enfeksiyonlar, %25.0'ini diğer komplikasyonlar ve %8.6'sını bilinmeyen nedenler oluşturmaktadır. Bunlar riskli ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ile büyük ölçüde ortadan kaldırılabilen nedenlerdir (16,26,28). Türkiye'de bir kadının doğurganlık dönemi boyunca, gebelik, doğum, lohusalıkta çıkan problemlerle yaşamını yitirme riski 189'da birdir (4,9,26).

Ülkemizde kadınların eğitimini engelleyen hiçbir hukuki düzenleme bulunmamaktadır. Ancak kısıtlı ekonomik olanakların erkek çocuk lehine kullanılması, dini, kültürel istikrarsızlıklar, bölgesel ihtiyaçlardaki farklılıklar örgün ve yaygın eğitim sistemindeki yetersizlikler, kadının eğitimini olumsuz etkilemektedir (28).

## **2. ÇOCUK SAĞLIĞI**

Bir toplumun sağlık düzeyini ölçmek ve de çocuğa verilecek sağlık hizmetlerini değerlendirmek için bazı ölçütler kullanılmaktadır. Bu ölçütlerden en yaygın olarak kullanılanı Bebek Ölüm Hızıdır (BÖH). BÖH bilindiği gibi toplumların genel sağlık ve çocuk sağlık düzeylerini ölçmek ve sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek için kullanılır. BÖH, bir ülkenin gelişmişliğinin simgelerinden en önemlisidir (22,29,30).

BÖH ölümün olduğu döneme göre gruplandırılır. Yenidoğan (Neonatal), erken neonatal ve yenidoğan sonrası (Postneonatal) ölüm hızlarını etkileyen faktörler birbirine benzer görünse de özünde farklıdır. Neonatal, özellikle erken neonatal dönem ölüm hızları, bir toplumdaki ana sağlığı düzeyini, doğum ve doğum sonrası bakımlarının ne ölçüde yeterli olduğunun göstergesidir. Postneonatal dönem ölüm hızları ise genellikle bozuk çevre koşullarının çocuk sağlığına olan olumsuz etkilerinin boyutlarını belirlemektedir (22,29,30).

### **2.1. Bebek Ölüm Nedenleri**

Bebek ölüm nedenlerini dönemlerine göre belirttiğimizde; perinatal dönemde, doğumsal şekil bozuklukları , Rh uyumsuzluğu, doğum travması, kordon dolanması, sarkması, uterus rüptürü, gebelik toksemileri, gebelikte kanamalar,düşük doğum ağırlığı, prematürelilik, plasental yetmezlik ve fetal enfeksiyonlar yer alırken, neonatal dönemde,

doğum travmaları, prematürelık, düşük doğum ağırlığı, doğumsal şekil bozuklukları, neonatal tetanoz, neonatal enfeksiyonlar, sepsis yer almaktadır. Postnatal dönem bebek ölüm nedenlerinde, beslenme bozuklukları, gastroenteritler, çocukluk dönemi enfeksiyon hastalıkları ile akut solunum yolu enfeksiyonları görülmektedir (29).

Gelişmiş ülkelerde bebek ölümleri daha çok yenidoğan döneminde görülmekte olup, sık görülen nedenleri; metabolik bozukluklar, doğumsal şekil bozuklukları, genetik hastalıklar ve düşük doğum ağırlığıdır. Az gelişmiş ülkelerde ise bebeklik çağının her döneminde ölümler yüksektir ve özellikle yenidoğan sonrası dönemdeki ölümlerin yüksekliği dikkat çekicidir (11).

Tüm ölüm nedenleri ayrı ayrı olaylar gibi görünürse de özü "ihmal edilmiş kadın yani anne sağlığı"dır (29).

## **2.2. Dünyada Bebek Ölümleri**

Gelişmekte olan ülkelerde doğan her 20 çocuktan bir tanesi 5 yaşına gelmeden, tıbbi olanaklarla korunulabilecek hastalıklardan ölmektedir. Bu sayının iki katından fazlası ise bu tür hastalıklar nedeniyle sakat kalmaktadır (9).

Tüm dünyada BÖH ortalama binde 67.0 iken, gelişmiş ülkelerde bu oran binde 13.0, gelişmekte olan ülkelerde ise binde 74.0'dür. Kıtalara göre BÖH na baktığımızda, Afrika kıtasında binde 94.0, Asya'da binde 64.0, Latin Amerika'da binde 48.0, Kuzey Amerika'da binde 8.0, Avrupa'da binde 11.0, Okyanusya'da binde 23.0'dür (26).

## **2.3. Türkiye'de Bebek Ölümleri**

Türkiye'de 1960'da her canlı doğan 1000 bebekten 208'i, 1972-1977 yıllarında ise her canlı doğan 1000 bebekten 134'ü bir yaşına gelmeden kaybedilirken bu sayı 1985-1987 yılları arasında 77.7'ye, 1993 yılında ise binde 53.0'e düşmüştür. Ülkemizde 1993 yılı verilerine göre bin çocuktan 61'i beş yaşını doldurmadan ölmektedir (3,12).

Türkiye'de bebek ve çocuk ölümlerindeki tüm düşüslere karşın varılan düzey hala yüksektir. Bebek ve çocuk ölümleri doğurganlığın yüksek olduğu yörelerimizde en yüksektir (26). Kentsel bölgelerimizde bebekler neonatal devrede ölmekte iken, kırsal

kesimde durum tam tersinedir. Yani bebekler postneonatal dönemde kaybedilmektedir (3).

DSÖ Avrupa Bölgesi, ülkemizin de içinde bulunduğu, Avrupa bölgesi için 2000 yılına kadar BÖH'nin binde 20.0'nin altına indirilmesini hedeflemiştir. Oysa bugünkü azalma eğilimi dikkate alınarak yapılan varsayımlarda bu hıza 2010 yılında bile ulaşamayacağımız belirtilmektedir (3).

Türkiye'de anne ve çocuk ölümlerinin büyük bölümü, önlenabilir nedenlere bağlı ölümlerdir. Ülkemizde gözlenen bu sağlıksız tablo, bir ölçüde çevre koşulları, halkın eğitim ve yaşam düzeyi ile ilişkili olmakla birlikte, durumun düzeltilmesinde, etkin ve nitelikli sağlık hizmetlerinin gerekliliği yadsınamaz (9). Ülkemizde neonatal dönem bebek ölümleri çoğu kez komplikasyonlu gebeliklerin, doğum travmalarının ve yenidoğan dönemi enfeksiyonlarının sonucudur. Bu nedenler %85-90 arasında önlenabilir nedenlerdir. Gelişmiş ülkelerde bu döneme özgü BÖH'leri oldukça düşüktür ve çoğunlukla metabolik rahatsızlıklar, genetik ve kalıtsal bozukluklar gibi önlenilmesi güç nedenlerle olmaktadır. Ülkemizde bebek ölümlerinin hala yüksek olması bir anlamda doğumların fazla olmasından kaynaklanmaktadır. Doğan bebeklerde yüksek olan ölüm riski istemeseler bile, aileleri fazla çocuk yapmaya zorlamaktadır. Diğer taraftan yüksek doğum oranı, bebek ölümlerinin artmasına neden olmakta, böylece hem aile, hem toplum düzeyinde olumsuz bir kısır döngü sürüp gitmektedir (29).

### **3. RİSKLİ GEBELİKLER**

Ana, fetüs veya yenidoğan için artmış bir tehlikenin söz konusu olduğu gebeliklere riskli gebelikler denir. Gebeliklerin yaklaşık %20'si ana ve çocuk sağlığı yönünden tehlikeli olabilir (11).

Annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek, gebelik komplikasyonlarını zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anneyi eğitmek doğuma hazırlamak açısından gebelik döneminde olası risk faktörlerinin saptanması şarttır. Bu koşulların yerine getirilmesi, ana ve çocuk sağlığının birincil ve en önemli basamağıdır (5).

Yüksek riskli gebelik anne, fetüs ya da yeni doğanın doğumdan önce veya sonra morbidite ve mortalite yönünden risk altında bulunması olarak tanımlanır. (2,25,31,32).

Doğum sırasındaki en iyi sonuca ulaşmak için, belirli bir gebelikte ölüme veya hastalığa neden olabilecek bütün faktörlerin belirlenip, önceden önlem alınması gerekir (25).

Genel olarak gebelikler, çok erken yaşta, çok geç yaşta, çok sayıda ve çok yakın aralıklı olduğunda yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir. Bu özelliklere sahip gebelikler önlenirse, bugün dünyada bir yılda meydana gelen anne ve bebek ölümlerinin yaklaşık yarısının önlenileceği belirtilmektedir. Bu dört özellikteki riskli gebeliklerin her biri tek başına anne için risk oluşturmakla birlikte, bu risklerin kombinasyonları, ayrı ayrı olan risklerden daha da fazla risk oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde gebeliklerin yaklaşık yarısı riskli gruptadır (3).

#### **4. GEBELİKTE RİSK FAKTÖRLERİ**

Sağlıklı bir doğum eylemi güç olmayan fizyolojik bir olaydır. Ancak gebelik anne ve bebek için çeşitli risklerle dolu olabilir (8,33). Risk faktörlerinin bir çoğu hakkında yeterli bilgi mevcuttur ve böylece kadın gebeliğe, tıbbi, sosyal ve finansal anlamları ile birlikte, riskler hakkında bilgili bir şekilde girebilir (32).

**Riskli gebeliklerin saptanmasında yardımcı olacak riskler şöyle gruplandırılabilir;**

a) Gebenin Öyküsünden Saptanan Risk Faktörleri; Gebenin yaşı, doğum sayısı, daha önceki doğumları ile ilgili olumsuz öykü verenler (post-matür, ölü doğum, intra uterin ölüm, ard arda ikiden fazla kendiliğinden düşük, anomalili bebek, tekrarlanmış prematür doğum eylemi, güç doğum vb.), daha önce çoğul gebeliği olan ya da ailede çoğul gebeliği olanlar, bir önceki gebelikte bu gebelik arasındaki süre, daha önceki gebeliklerde preeklampsi ya da eklampsi geçirme, kronik hastalık öyküsü, daha önce 4 kg. dan fazla bebek doğurma, sigara içme alışkanlığı, ailesinin sosyoekonomik ve eğitim durumunun iyi olmaması, bu gebeliğin istenmemesi gibi faktörlerdir.

b) Doğum Öncesi İzlemede Saptanan Risk Faktörleri; Anemi, preeklampsi belirtileri, gebeliğin ilk aylarında ilaç kullanma, röntgen çektirme ya da viral bir enfeksiyon geçirme, gebeliğin erken ve geç dönemindeki vaginal kanamalar, annenin az kilo alması, gebeliğin normal süresi olan 40 haftayı aşması, hidroamniyos, baş pelvis uyumsuzluğu, Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik, bebeğin geliş bozuklukları gibi faktörlerdir.

c) Doğumda Saptanan Risk Faktörleri; Erken doğum eylemi, erken membran yırtılması, kordon sarkması, geliş bozuklukları, çoğul gebelik, plesenta previa ve ablasyo plesenta, birinci ve ikinci derecede ağrı zaafı, tetanik kontraksiyonlar, fõtal sıkıntı, plesenta retansiyonudur.

d) Doğum Sonu Saptanan Risk Faktörleri; Doğum sonu kanaması, annede enfeksiyon, düşük doğum kilosu, bebekte malformasyon, bebeğın doğum travmasına bağı oksijensiz kalması, ilk 24 saat içinde bebekte sarılık görõlmesi, fõtal enfeksiyon yer alır (3,11,27,34).

Kimi riskler birden fazla soruna yol açarken, birden fazla risk faktõrõ de bulunabilir. Bu nedenle, her bir riskin etkisini ayrıntılı olarak değerlendirmek ve risklerin sınırlarını belirlemek oldukça zordur (4).

**Bazı risk faktõrlerinin literatürdeki sınırlarını, anne ve bebek üzerindeki etkilerini inceleyecek olursak;**

**4.1. Annenin Yaşı;** Biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en uygun çocuk doğurma yaşı 20-30 yaşları arasındır. Bu yaştan ne kadar uzaklaşırsa, anne ve bebek hastalık ve ölümlerinde de artma gözlenir. Daha genç ve daha yaşlı kadınlar risklidir (1,2,20,25,35,36). 18 yaş ve daha küçük yaşta ya da 35 yaş ve daha büyük yaşta iken yapılan doğumların hem annenin hem de bebeğın sağığı açısından belli bir risk taşıdığı saptanmıştır (20,37). Bu gruptaki annelerin ilk çocukları yüksek prematüre olma riski, toksemi ve doğuştan gelen anomaliler gibi diğer gebelik komplikasyonları riskiyle karşı karşıyadır (25).

a) Adölesan Gebelikler (18 yaş ve altı); Fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yeterli olgunluğa ulaşmadan anne olmanın hem kadın hem de bebek sağığı açısından çok önemli riskleri vardır (3,35). Ülkemizde evlenme yaşının düşük olması, evlendikten kısa bir süre sonra çocuk sahibi olmaya özendirme, etkin bir yöntem kullanmama gibi nedenlerle 18 yaş ve altı gebeliklere sık rastlanmaktadır. Gelişmiş ölkelerde ise evlilik dışı adolesan gebeliklerde artış söz konusudur (38). Erken yaşta anne olma evlilik içinde ya da dışında olsun, kadın ve çocuk sağığını olumsuz olarak etkilemektedir. Tüm dünyada 15-19 yaş arası kadınlarda gebeliğe bağı ölümler, en önemli ölüm nedenini oluşturmaktadır (39).

Anne yaşının 18'den küçük olması prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskini yükseltmektedir (15,35,40). Adölesan annelerde preeklampsi, anemi, düşük, prematüre doğum, zor doğum, baş- pelvis uyumsuzlukları ve müdahaleli doğumlar sık görülmektedir. Bebek açısından bakıldığında anomalili doğum, yarık damak, inguinal herni, konjenital kalp defektleri görülme riskinin fazla olduğu yapılan araştırmalarda belirtilmektedir (41). Adölesan annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarına göre bebek ölüm hızı 2-3 kez daha fazladır (35).

b) İleri Yaşlarda Gebelik; Anne yaşının ilerlemesi (35 yaşın üzeri) kronik hipertansiyon ve preeklampsi-eklampsi oluşması ile yakından ilgilidir. Ayrıca şişmanlık, Diabetes Mellitus ve Myoma Uteri de yaşı ileri olan kadınlarda daha sıklıkla görülmektedir (42). Ovarial siklustaki düzensizliğe bağlı aynı anda birden fazla ovulasyon görülebilir. Sonuçta ikiz gebelikler ortaya çıkar. Yine ovumun kendisindeki defektler konjenital anomaliye neden olabilir. En çok görülen kromozom anomalisi, down sendromudur (35,36). Down sendromu ile ilerlemiş yaş arasında güçlü bir ilişki vardır. Down sendromu, 30 yaş için 885 gebelikte 1 görülme sıklığına sahipken, 35 yaşındaki gebelerde 365'de 1, 40 yaşındaki gebeliklerde ise 109'da 1 oranında görülmektedir (32,43). Bunun yanında anne yaşı arttıkça fetusde konjenital anomoli görülme sıklığı artar (35). Yine ileri yaşta doğum yapan kadınların çocukları arasında kalp defektleri daha yüksek oranda görünür. Kalp defektleri için bu oran %75'dir (20).

Fetal anomaliler, perinatal mortalite, gelişme geriliği yaşla birlikte artma gösterir. Gebelik toksemisi ve gebelikte kanamalı durumlar da risk oluşturan diğer faktörlerdir (35). Klinik uygulamalara bakıldığında 35 veya daha büyük yaşlardaki kadınların genellikle sezaryan ile doğumları önerilmektedir (42).

35 yaş ve üzerindeki hatta 40 yaş ve üzerindeki bir anne için sağlıklı bir bebek doğurmak mümkündür. Ama bir problemin ortaya çıkma ihtimali matematiksel olarak artar (36).

**4.2. Gebelik Aralığı;** Kadının bir gebeliğinin etkisinden fizyolojik olarak kurtulması için en az iki yıl hatta üç yıl geçmesi gerekmektedir. Bu aradan daha sık olan gebeliklerde hem

anne hem bebek için hastalık ve ölüm hızı yüksektir (15,20,44). İyi beslenmiş, yeterli tıbbi bakım görmüş ve fizyolojik doğurma yaşında olan kadında bile 2 yıldan sık olan gebeliklerde prematürelite, düşük tartılı doğum, zor doğum ve sık düşüklere görülecektir (20,44).

Bir önceki gebelikle bu gebeliğin arasındaki süre, 6 aydan kısa ise çok riskli, 6-12 ay ise orta derecede riskli 13-24 ay ise daha az riskli, 24 aydan fazla ise ve annenin beslenme durumu da iyi ise süre açısından risk yoktur (3,45).

Kadın yeniden gebe kalmadan önce son gebeliği ve emzirme süresindeki kayıplarını yerine koyamazsa, beslenme durumu her yeni gebelikle birlikte daha da kötüye gider. Buna "annenin tükenme sendromu" denir (3,20). Bu durumda annenin yeniden gebe kalması riskli bebek doğurmasına neden olabilir. Bebek açısından spontan düşük, ölü doğum veya düşük doğum tartılı olmasıyla sonuçlanabilir (46,47).

1972 ile 1984 yılları arasında 41 ülkede yapılan Dünya Doğurganlık Araştırması bulgularına göre kendilerinden büyük kardeşlerinin doğumundan iki yıl geçmeden dünyaya gelen çocukların ölme olasılığı, iki yıl aradan sonra doğanlara göre ortalama iki kat daha fazla olmuştur (20,48).

Kısa doğum aralığı ağır kansızlıklara, gebelik ve doğum komplikasyonlarının daha sık görülmesine neden olur. Ayrıca ana ölümlerinin artmasıyla ilişkilidir (43). Doğum aralığının iki yıldan az olduğu durumlarda hem neonatal hem de postneonatal dönemde ölüm hızları daha yüksektir (3).

Oysa 2-3 yıl aralıklarla ailelerin istekleri ile doğan çocuklara iyi bakılacak ve ailenin ekonomik durumu dengelenebilecek ve bakılabilen çocuk WHO'nun tanımına uygun olarak tam ve sağlıklı olabilecektir (20). Zimbabwe'de çok yakın aralıklarla dünyaya gelen çocuklara "birbirini yaktı" deyimini kullanılmaktadır (48).

**4.3. Gebelik ve Doğumların Sayısı; Doğum sayısı attıkça annenin ölüm riski de sürekli artmaktadır. Çalışmalar anne ölüm oranının özellikle dördüncü gebelikten sonra çok önemli düzeyde yükseldiğini göstermektedir (15,48). Gebelik ve doğum sayısı arttıkça kanama,**

pulmoner emboli, toksemi, uterusu yırtık, anemi, anormal fetus pozisyonları gibi komplikasyonların artması beklenir. Beş ve üzerinde doğum yapan kadınların toksemi, anemi, bebeğin fena prezantasyonu, gebelik komplikasyonları, güç doğum, uterus rüptürü, hipertansiyon ve böbrek hastalıkları, doğum sonu kanamaları, şok insidansı yüksektir (34).

Gelişmekte olan ülkelerde ilk gebelikler çoğu kez çok genç annelerde görüldüğü için gebelikte risk faktörü olarak kabul edilmektedir (34). Toksemi, ilk ve dördüncü doğumlarda eşit miktarda yüksek görülmektedir. Ancak ikinci ve üçüncü doğumlarda daha düşüktür (48).

Doğan çocuk sayısının 4 ya da fazla olması, özellikle anne doğurganlık çağının ilerlemiş yıllarında bulunduğu zaman bebek ölümleri üzerinde artan bir risk oluşturur (20,35). Ana ve çocuk sağlığında doğum sayısı önemli rol oynamaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ve bebek ölümleri çok farklı düzeyde seyretmektedir, ama annelerin yaptığı doğum sayısı arttıkça anne ve bebek ölümünde önemli artışlar olduğu gerçeği, bütün ülkeler için geçerlidir (26).

**4.4. Annenin Boyu;** Gebe kadının antropometrik ölçümlerinden boy ölçümünün 150 cm den az olması gebelikte risk faktörüdür (8,42,49). TNSA'ya göre boy uzunluğu 140 ile 150 cm arasında olan kadınlar potansiyel olarak riskli doğum tehdidi altında sayılırlar. Erişkinlerin ulaştığı boy sosyoekonomik statü ile ilişkili olup, çocuklukta ve gelişme çağında alınan besinlerin ve geçirilen ciddi hastalıkların da sonuçlarını yansıtmaktadır (12). Bir çok çalışma, boyu 140 cm'den kısa olgularda perinatal morbidite ve mortalite oranının arttığını göstermiştir (2,25).

**4.5. Gebelikte Alınan Kilo;** Gebeliğin başlangıcında, boylara ve yaşlarına göre normalin altında veya üstünde ağırlıkta olan kadınlar, doğum sırasında kötü bir sonucun riskini taşırlar. Bu parametrelerin ikisi de annenin geçmişteki beslenme ile ilgili statüsünü yansıtır (25). Annenin gebeliği süresince toplam 9 kg den az ya da ayda 2.25 kg. den az kilo alması ve 13 kg den fazla kilo alması gebelikte risk faktörüdür (3,14,45).

Kilo alınmasının az olması, annede yetersiz beslenmeye bağlı anemi ve preeklampsi riski, fetuste ise intrauterin büyüme geriliğine neden olurken, fazla kilo alımı ise annede

preeklamps riski, zor ve uzun doğum eylemine, fetuste de fetal hipoksiye neden olmaktadır (35). Gebelikten önce 45 kg den daha az olan kadınların gebelik yaşına göre daha küçük bebek doğurma riski yüksektir (25,35,42).

**4.6. Gebelikte Sigara Kullanımı;** Gebelikte sigara içimi hem anne hem de fetus açısından ikili bir risk oluşturmaktadır. Sigaranın sağlığa verdiği zarar tartışılmaz. Gebelikte sigara içme ile doğum ağırlığı, prematürite, fetal ölüm ve düşük yapma, plasental yetmezlikler ve erken membran rüptürü arasında yakın bir ilişki saptanmıştır. Sigaranın periferel vasokontrüksiyona neden olduğu, sigara içenlerde fazlaca olan karbondioksitin oksijeni azalttığı, bu nedenle de fetüsün olumsuz etkilendiği, dolaşımının bozulduğu bilinmelidir (38,50).

Sigara içen kişilerde gebelik süresinin kısaldığı, intrauterin büyüme geriliğine neden olduğu, gebelikleri esnasında sigara içen annelerin bebeklerinin ortalama ağırlıklarının sigara içmeyenlerin bebeklerine göre 211 gr. daha düşük olduğu belirtilmektedir (50). Sigara içenler başka insanlara da zarar vermektedir. Özellikle de annelerin gebe iken sigara içmesi, doğacak bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (51). Bir çalışmada, gebelerin çoğunun (%85.4) gebelikte sigara içmenin bebeğe zararlı olduğunu bildikleri halde %77.1 oranında gebenin sigara içmeye devam etmesi kendilerini ve bebeklerini bile bile riske atması olduğu ifade edilmektedir (52).

Yapılan çalışmalar sonucunda özellikle günde 20 den fazla sigara içen kadınlarda prematüre doğum oldukça sık gözlenmektedir. Sigara içen annenin çocuğu ilk bir yaşında daha küçük kalmaktadır (42). Günde 5'den fazla sigara içen annelerin bebeklerinde, düşük doğum kilosu ve mental geriliği olabilir (3,45).

**4.7. Gebelikte Alkol Kullanımı;** Fazla alınan alkol kendiliğinden düşüklere, fetuste büyüme gelişme geriliğine ve anomalilere neden olabilir (38). Düzenli alkol alan annelerin bebeğinde Fetal Alkol Sendromu (FAS) gelişme riski oldukça yüksektir. FAS, tipik yüz görünümü, mental retardasyon, intrauterin gelişme geriliğinin birlikte olduğu bir tablodur. Ne kadar miktar alkolün bu sendroma yol açabileceği henüz açık değildir (2,25).

**4.8. Gebelik Toksemisi;** Gebelik toksemisi 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkan,

anne ve bebek ölümlerine neden olan, ciddi bir gebelik komplikasyonudur. Tüm gebelerin yaklaşık %5'inde görülür. Preeklampsi ve eklampsi olarak iki grupta incelenir (38).

Preeklampsinin üç temel belirtisi hipertansiyon, ödem ve proteinürüdür (2,38,45). Genç primipar ve 35 yaş üstündeki multiparlarda insidansı yüksektir. İkiz gebelik, diyabet, kronik hipertansiyon, polihidroamnios ve mol hidotiform da preeklampsi için risk faktörlerindedir. Daha önceden preeklampsi geçiren kadınların yaklaşık 1/3'ünde sonraki gebeliklerinde tekrarlayabilmektedir (2).

Preeklampsinin anne üzerine böbrek harabiyetinden, serebral vasküler hasardan, anne veya çocuk ölümüne kadar varan bir genişlikte etkisi vardır. Ayrıca fetusta, intrauterin büyüme geriliği, plasenta dekolmanı, preterm eylem, ölü doğum, mental retardasyon gelişme riskini artırır (2).

Preeklampsinin tedavi edilemediği, geç kalındığı durumlarda konvülsiyon ve koma ile karakterize eklampsi görülür (38). Eklampsi krizinin gelişmesi, annede ölüm, bebekte plasental yetmezlik nedeniyle intrauterin ölüm, prematürelilik, ilk yedi gün içindeki ölümlerin fazla olması tehlikelerine neden olur (3,27).

**4.9. Gebelikte Tetanoz Aşısı;** Tetanoz aşısı, antenatal bakım sırasında sağlanması gereken hizmetlerden biridir (53). Tetanoz hastalığına karşı anne bağışıklanmalıdır, bu bebeği de yenidoğan tetanozuna karşı koruyacağından son derece önemlidir. Genellikle birinci trimesterden sonra birinci doz, en az 4 hafta sonra da ikinci doz tetanoz toksoidi yapılır, ikinci aşidan 6 ay sonra yapılacak üçüncü doz aşının anneyi 5 yıl süreyle tetanoz hastalığına karşı koruduğu bilinmektedir (3). Sağlık Bakanlığının son aşılama programı ile annelerde ömür boyu koruyuculuk sağlama çalışmaları başlatılmıştır.

Daha önce doğum yapmış gebeleri ise son doğumdan 5 yıldan daha az geçmiş ve aşılanmış ise bir doz rapel aşı, 5 yıldan çok zaman geçmiş ise iki doz tetanoz aşısı yapılmalıdır (34).

**4.10. Akraba Evliliği;** Akraba evlilikleri, anne ve babada varolan hastalıkları çekmek, heterozigot genlerinin bir araya gelmesini kolaylaştıran sosyokültürel ve töresel bir

kurumlaşmadır. Özellikle amca, hala, teyze, dayı çocukları gibi birinci kuzen evliliklerle bunların torunlarından oluşan ikinci kuzen evliliklerinde genetik risk oldukça fazladır Doğumsal özürler açısından büyük sorun oluşturan akraba evlilikleri ülkemizde oldukça yaygındır. Genel popülasyonda %4-5 olan özürlü çocuk oranı, akraba evliliği yapanlarda %8-9 oranındadır (54). Ülkemizde doğumsal özürler açısından daha da büyük sorun oluşturan birinci ve ikinci derecede akrabalık oranı ise tüm akraba evliliklerinin %83.5'ini oluşturmaktadır. Kadının eğitimi arttıkça akraba evliliği oranı azalmaktadır (3).

**4.11. Gebelikte Kronik Hastalıklar;** Gebelikten daha önce veya gebeliğin herhangi bir zamanında tanısı konulmuş maternal hastalığın, gebelikte hem anneye hem de bebeğe oldukça fazla etkisi olabileceği bilinmektedir (2). Annede bulunabilecek bir çok hastalık bebek ölümleri için risk oluşturmaktadır (37).

Gebenin böbrek, kalp, diyabet ve hipertansiyon gibi bir hastalığı varsa, anne daha dirençsizdir, varolan sistemik hastalığı daha da şiddetlenebilir. Gerekli önlem zamanında alınmaz ise anne ölümü dahi olabilir ve bebek düşük ağırlıklı doğabilir (3,27).

Gebelikte diyabetin anneye etkilerinde; annede gizli şeker açığa çıkar, fertilité oranı düşer, enfeksiyon olasılığı fazlalaşır, metabolik asidoz eğilimi artar, toksemi, düşük, prematüre eylem, sezaryan, post partum kanama olasılığı artar. Bebeğe etkilerinde ise; fetuste perinatal ölümler, konjenital anomali (özellikle kardiyak), iri bebek, prematüre doğum, postnatal hipoglisemi, hipokalsemi, hiperbilirübinemi olasılığı artar (25,38).

Kadında kalp hastalığı öyküsü, fetal ölüm oranının artırmaktadır. Bebeğin düşük doğum ağırlıklı olması riskini artırmaktadır. Kronik hipertansiyonlu annenin bebeğinde sıklıkla intrauterin büyüme geriliği gözlenmektedir. Preeklampsi-eklampsi görülme insidansı da artmaktadır. Annede böbrek hastalıkları daha çok prematüre eyleme intrauterin büyüme geriliğine ve plasental yetmezliğe neden olmaktadır (2,25).

**4.12. Kan Uygunluğu;** Anne Rh(-), baba Rh(+) olduğunda fetusun kanı Rh(+) olursa annede antijenlere karşı antikor gelişir. Bu immünolojik reaksiyon sonucu ortaya çıkan antikorlar, plasenta yoluyla tekrar fetuse geçerek, fetal eritrositlerin yıkımına, buna bağlı olarak da fetuste hemoletik anemiye, anoksiye, damar geçirgenliğini bozarak ödeme, kalp

yetmezliğine neden olur. Hidropds fetalis gelişir (29,38). Yine bebekte eritroblastazis fetalis olarak bilinen anemi ve sarılığa yol açar. Bu da ölüm veya nörolojik sakatlıkla sonuçlanabilen bir durumdur. İlk bebekte görülmez ve önlenemeyen bir hastalıktır (8,9).

**4.13. İstenmeyen Gebelikler;** Eğer bu istenmeyen bir gebelikse anne, kendi ve bebeğin sağlığı konusunda ilgisiz kalır (3,27,34). Yenidoğana verilecek bakım azalabileceğinden bebek ölümleri içinde risk faktörüdür (34). İstemediği doğumu yapan kadının psikolojik ve sosyoekonomik yönden sorunları var demektir (20,35).

İstenilen sayıda çocuğa istediği zaman sahip olmak, ailenin sağlığını ve yaşantısını olumlu yönde etkileyen en önemli etmenlerden biridir. Aile Planlaması, ailelerin istediği sayıda çocuğa, istedikleri zaman ulaşmalarını sağlar (47). İstenmeyen ve riskli gebelikler çok fazla olmasına rağmen etkili Aile Planlaması yöntemi kullananların oranı %34.5'dir (55,56).

Ülkemizde, ailelerin istenmeyen gebeliklerin önlenmesinde yeterince başarılı olamadıkları, yapılan araştırmalarda, istemli düşüklerin yüksek sayıda bulunmasıyla ortaya konmaktadır. Son gebeliğinde bebeğini istemeden dünyaya getirdiğini belirten 450.000 kadının yanı sıra, 500.000'den fazla kadının da gebeliği kendi isteği ile sonlandırmaktadır. Bu da, her yıl 2.000.000 dan fazla gebelik oluşan ülkemizde, gebeliklerin neredeyse yarısının istenmeden ve planlanmadan meydana geldiğini göstermektedir (26).

**4.14. Üriner Enfeksiyon;** Gebelikte fizyolojik ve anatomik değişiklikler dikkate alınır, gebeliğin üriner sistem fonksiyonlarını önemli ölçüde etkilediği görülmüştür. Bunun yanında belirti vermeyen veya tedavi edilmemiş üriner sistem enfeksiyonları, gebelikte ciddi bir boyut kazanabilir (35). Üriner enfeksiyonlar gebelikte daha hızlı gelişir. Yakınma olmasa da tedavi edilmeyenlerin piyolonefrite dönüşme olasılığı fazladır. Piyolonefrit annede kalıcı böbrek hasarı, erken doğum ve gebelik kaybı riski taşır (8,57). Gebelikte üriner sistem enfeksiyonlarının yaklaşık %20'sinde prematüre doğum eylemi görülmüştür. Bundan başka, konjenital malformasyon, amniyotik sıvı enfeksiyonu ve fetüste büyüme geriliği riskleri de artar (35).

## 5. BEBEK VE ÇOCUKLARDA RİSK FAKTÖRLERİ

WHO Uzmanlar Komitesi, bebeklik ve erken çocukluk dönemleri için anne , baba, çocuk, aile ve çevreye ilişkin çeşitli risk faktörleri belirlemiştir. Bunlar;

- a) Bebeğe Ait Nedenler; Beslenme bozuklukları, bebeğin yaşı, cinsiyeti, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ölen kardeş sayısı, bebeğin doğumdaki sağlık durumudur.
- b) Anne ve Babaya Ait Nedenler; Annenin yaşı, doğum aralıkları, doğum sayısı, doğumun oluş şekli ve komplikasyonlar, çoğul gebelik, annenin sağlık durumu, ebeveynlerin eğitimi, akraba evlilikleri, yaşam standartlarıdır.
- c) Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma; Sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği, doğum öncesi takip ve bakım, doğumun yapıldığı yer, doğumu kimin yaptırdığı, aşılama hizmetleri, bebeğin hastalığı için sağlık bakımı alıp almaması şeklindedir (34,37).

**5.1. Bebeğin Doğum Ağırlığı;** WHO'nun tanımına göre, doğum tartısı 2500 gr ın altında olan tüm çocuklar "Düşük Doğum Tartılı" (Low Brith Weight) grubuna girerler (44,49,58,59,60). Bebeğin düşük doğum ağırlığında olmasının iki nedeni prematüre eylem ve intrauterin büyüme geriliğidir (IUGR). IUGR riskinde, annenin öyküsü oldukça önemlidir. Bu bebekler, asfiksi, solunum güçlüğü, mekonyum aspirasyonu, hipotermi, hipoglisemi, enfeksiyon, sarılık ve kanamaya yatkındırlar (59). Ülkemizde düşük doğum ağırlıklı bebek 1990 yılı için %8 oranındadır (10).

Erken ya da düşük doğum tartısı ile dünyaya gelen bebekler daha sık hastalanma ve/veya ölme tehlikesi ile karşı karşıyadırlar. Yaşamın ilk haftasında ölen bebeklerin 2/3'ünü 2500 gr ve altında doğan bebekler oluşturmaktadır. Prematürelerin ve doğum ağırlığı düşük çocukların bir çoğunda etiyoloji saptanamaz. Genelde, riskli gebeliklerin nedenleri aynı zamanda erken doğum veya intrauterin büyüme geriliğinin nedenlerini oluşturur (61). Doğum ağırlığı 2500 gr den az olan bebeklerin evde veya hastanede özel bakıma gereksinimleri vardır (62).

"Düşük Doğum Tartılı" (Low Brith Weight) olan çocuk ve erişkinlerde, mental retardasyon, duyu ve zihinsel gelişimde yetersizlik ve yüksek oranda kompleks çevreye, sosyal, psikolojik ve fiziksel adaptasyon yeteneğinde azalma gibi büyük problemler

oluşabilir. Buna ek olarak bu problemler için her yıl binlerce dolar harcadığı tahmin edilmektedir (62).

Doğum ağırlığı 4000 gr üzerinde olan bebeğe tosuncuk denir (64). Gebede diyabet öyküsünü düşündürür ve güç doğuma neden olur. Diyabetli değilse, izlemlerde bebeğin tahmini büyüklüğüne dikkat edilmelidir (3,45). Daha önceki gebelik veya o anki gebeliğinde iri bebek sahibi olan kadın risk altındadır. Bebeğin ise morbidite riski yüksektir (2).

**5.2. Bebeğin Boyu;** Miyadında doğmuş bir bebeğin boyu 47-52 cm arasındadır. Prematüre bebeklerin boyları normalden daha kısadır (56).

**5.3. Kongenital Anomali ve Hastalık;** Konjenital anomali ve hastalıklar tek bir nedenle oluşmamaktadır. Akraba evlilikleri, kalıtsal bozukluklar, genetik kusurlar, annenin gebelikte geçirdiği enfeksiyonlar, metabolizma, endokrin bozuklukları, gebelik toksemisi, ionizan ışınlar, annenin yaşı, beslenme durumu, stresler, ilaçlar, fetuste hipoksi halleri bilinen nedenler olarak sıralanabilir (29).

Kongenital anomaliler, doğumda veya doğumdan sonraki günlerde farkedilen anatomik malformasyonlardır, konjenital anomaliler arasında ilk günlerde ölüme yol açanların başında sinir sistemi, sindirim sistemi ve kalp anomalileri gelir (65). Yapılan araştırmalarda, doğuştan anomalili doğanlarda perinatal ölüm oranı %81 iken, sağlıklı doğanlarda %18 bulunmuştur (37).

**5.4. Gebelik Yaşı;** Gebelik (gestasyon, miad) yaşı, gebelik süresini belirten terimdir. Gestasyon yaşı, son adet ilk gününden doğuma kadar geçen süredir. WHO'nun tanımına göre 38-42 gebelik haftasında doğanlar miadında (term), 38 haftadan erken preterm (prematüre), 42. gebelik haftasından sonra doğanlar postterm (postmatür) bebeklerdir. Bununla birlikte bir çok yayında 37. Gebelik haftasından önce doğanlar prematüre bebek olarak değerlendirilmektedir (58,62,66).

Prematüre doğum hala anomaliye bağlı olmaksızın meydana gelen neonatal ölümlerin %85'ini oluşturmaktadır. Daha önceki gebeliklerinde prematüre doğum öyküsü olan kadınların daha sonraki gebeliklerinde prematüre doğum yapma şansları oldukça

yüksektir ve tekrarlama riski %25-50 olarak gösterilmektedir. Prematüre doğum için risk faktörleri tanımlandığı halde etiyojisi kesin değildir (2).

Bu risk faktörleri; Demografik (18 yaşından küçük, 40 yaşından büyük olma, tek bebek olma, düşük sosyoekonomik düzey, düşük eğitim seviyesi), davranışsal (sigara içme, maternal madde bağımlılığı, aşırı fiziksel aktivite, düşük kiloya sahip olma), gebelikte tıbbi riskler (maternal hastalıklar, uterus ve servikal anomalileri, zayıf obstetrik öyküler, daha önce prematüre doğum, çoğunlukla genitoüriner enfeksiyon), uterus distansiyon (çoğul gebelikler, polihidroamniyos, fibroids), maternal ya da fetal stres (fiziksel, psikolojik ya da emosyonel) dir (60).

Prematüre bebeklerde, morbidite ve mortalite oranı, normal yenidoğanlara oranla 3 ya da 4 kez daha fazladır (63). Doğum ağırlığı ne olursa olsun prematüreler yüksek ölüm riskleriyle karşı karşıyadır. Hem prematüre, hem de düşük doğum ağırlıklı bebekler ise kilosu düşük ama miadında doğan bebeklere göre daha fazla risk altındadır (44). Gestasyonel yaş, hayatta kalma oranı, fiziksel, psikolojik ve nörolojik sekellerin gelişmesi gibi konularda doğum kilosuna oranla daha etkilidir (60). Prematüre bebeklerde bakımın amacı, çıkabilecek komplikasyonları önleme, uygun besleme, uygun çevre ortamını sağlama ve sürdürmedir (59). Erken doğup, yaşayan bebeklerin büyük çoğunluğu, prematüre komplikasyonlarından etkilenmektedir (60).

Gebelik süresinin 42 haftayı geçmesi durumunda uzamış gebelikten bahsedilir. Acilen doğum eyleminin başlatılması perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltmakla beraber sezaryan yüzdesini artırmaktadır (42). Bütün postmatür bebekler risk altındadır. Ancak risk bebekten bebeğe farklılık göstermektedir (59).

Uzamış gebeliğin nedeni bilinmemekle beraber, ilk gebelikler, çoğul gebelikler (4 veya üzerinde) ve daha önce postterm doğum yapmış annelerin bebekleri gibi belirli gruplarda görülmektedir (63). Uzamış gebeliği olanlarda, perinatal mortalite 2-3 kez daha sıktır. Morbidite, doğum travması, mekonyum aspirasyonu ve hipoglisemi içerir. Yaşayan infantlarda çeşitli defektlerin gelişebileceği gözlenmiştir (2).

**5.5. Doğumun Oluş Şekli;** Doğum komplikasyonlarına zamanında uygun müdahale yapılmazsa bebeğin ve annenin yaşamı tehlikeye girer. Pelvis tümörü olan kadınlar, önceden uterus ameliyatı geçirenler, kordon sarkması saptanan gebeler ve yaşlı primiparlar sezaryan gerektiren durumlardır. Geliş bozuklukları ve gecikmiş eylemler ise genellikle engellenmiş doğumlar kapsamında sezaryan yapılmasını gerektirir. Uzamış doğumlarda bazen vakum veya forseps yardımı yeterli olabilir (46).

Doğumun oluş şekli ve doğum komplikasyonlarının olmasına ilişkin saha araştırmalarında bu faktörlerin incelenmesi, annelerin doğum anındaki olayları hatırlayamama ya da bilememe nedenleri ile güçtür. Bu konu daha çok kliniklerde incelenebilir (37).

## **6. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM**

Doğum Öncesi Bakım (DÖB), annenin ve fetusun bir sağlık personeli tarafından bütün gebelik boyunca gerekli muayeneler ve öneriler yapılarak düzenli olarak kontrol edilmesidir (3,53).

DÖB, annelerin ve doğacak bebeğin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili sağlık hizmetlerindedir. Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre doğumda daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları, bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (3,4). DÖB'in temel amacı, genel olarak gebelikte sağlığın korunmasıdır (3,4,53).

Ana ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan DÖB hizmetleri, sağlık ocakları, sağlık evleri, ana-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezleri, hastaneler ve özel hekimlerce verilmektedir. Sağlık personeli tarafından gebelerin en az 6 kez izlenmesi gerekmektedir (19). Doğumdan önce bir kez bile olsa DÖB alanlar 1988'de gebelerin %42.6'sı, 1993'de ise %62.3'ü olarak bildirilmiştir (12,14).

Gebeliğin hem anne, hem de bebek yönünden sağlıklı seyretmesi başlangıçtan sonuna kadar tıbbi kontrolü gerektirir. İyi planlanan DÖB'ı ve annenin olabilecek riskli durumlara karşı bilgili olması ile ana ölüm hızı, PBÖH ve BÖH rının düştüğü bildirilmektedir (7). DÖB almayan kadınlarda, riskli gebelik diye kabul edilen özelliklerin

yoğun olarak bulunduğu görülmektedir (13).

Anne adayı, gebelik öncesi içinde bulunduğu koşullar ve taşıdığı risklerle birlikte değerlendirilmelidir. Bu riskler dikkate alınarak tüm gebelik süresince karşılaşılabileceği olumsuz durumlardan en iyi şekilde korunmalıdır. Bu amaçları gerçekleştirmede DÖB'in kapsamında; Ayrıntılı bir öykü ile var olan risklerin belirlenmesi, anne ve bebek için olabilecek risklerden korunma amacıyla anneye danışmanlık, özel önlemlerle korunulabilecek risklerin önlenmesi, gebelik süresince annede ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi, gebelik süresince bebekte ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi, belirlenen risklerin etkilerini azaltıp ortadan kaldırmak için özel bakım verilmesi yer almalıdır (4,9).

## 7. RİSKLERDE SAĞLIK PERSONELİNİN ROLÜ

Anne ve Çocuk Sağlığı Hizmetleri, ülkemiz için "öncelikli temel sağlık hizmetleri" kapsamındadır. Kadınlara ve çocuklara yönelik ilk basamak temel sağlık hizmetleri yalnızca hekimin değil, danışman, sağlık eğitici, ebe, hemşire gibi elemanların oluşturduğu bir ekip işidir (9).

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde, bazı durumlarda anne ya da bebek sağlığı önemli ölçüde etkilenir. Bu nedenle, gebeliğin ilk günlerinden başlayarak tehlike yaratabilecek durumların olup olmadığı, gebeyi izleyen sağlık personeli tarafından iyice araştırılmalı, eğer varsa bu gruplar tehlikeli (riskli) kabul edilerek özel olarak izlenmeli, gebelik, doğum ve doğum sonunda gerekli önlemler alınmalıdır (45). Temel Sağlık Hizmetlerinin ulusal ve bölgesel düzeyde etkinlik ve yeterliliğini artırmada "herkese biraz, gereksinimi olana daha fazla" ilkesi ile öncelikle risk altında bulunan grubu ve bu gruba özgü riskli durumları belirlemek, risk etmenlerini önleyecek stratejiler geliştirmek, toplum sağlığında görev alacak sağlık personelinin bu yaklaşımında rol ve fonksiyonlarını düzenlemek gerekir (23).

Sağlık görevlileri, çeşitli risk faktörlerinin anne ve çocuk sağlığını ne şekilde etkileyebileceğini ve risklerin ortadan kaldırılması veya etkilerinin hafifletilmesi durumunda nasıl bir olumlu sonuç bekleneceğini bilmelidir (57).

## 8. GÜVENLİ ANNELİK PROGRAMI

WHO nün güvenli annelik tanımı; güvenli annelikte amaç çocuk ve anne sağlığını en üst seviyeye çıkarmaktır, şeklindedir. Bu da anne morbidite ve mortalitesinin azaltılması, yenidoğan sağlığının yükseltilmesidir. Bu programda aile planlaması, doğum öncesi (gebelik) izlemleri, sağlıklı koşullarda doğum, doğum sonrası anne ve yenidoğan bakımı içerecek şekilde temel sağlık hizmetlerinin anne ve çocuğa ulaştırılma olanağının sağlanması gerekmektedir (10).

Kadınların gebelik veya doğum sırasındaki ölümleri 20. yüzyıla kadar normal kabul edilirken, gelişmiş ülkeler 20. yüzyılda anne ölümlerini kontrol altına almışlardır. Anne ölümü gebelik öncesi bazı sosyal ve ekonomik ihtimaller sonucu ve gebelik öncesi risklere dayanmaktadır. WHO nün 1990 yılında başlattığı ve 1993 yılında çalışmalarını yoğunlaştırdığı, Anne sağlığı ve Güvenli annelik programı çocuğun intrauterin yaşamında başlamaktadır. WHO, Güvenli annelik programında, 2000 yılında anne ölümlerini %50 azaltmayı hedeflemektedir (10). Gebelikte risklerin belirlenmesi ve doğum öncesi izlem ile güvenli annelik programının bir parçası yerine getirilmiş olacaktır.

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 1. Araştırma Bölgelerine Ait Bilgiler:

Kayhan Sağlık Ocağı Bölgesi; il merkezine 4-5 km. uzaklıkta, dağınık bir yerleşim ve yarı kırsal özellik gösteren, ulaşım sorunu olmayan bir bölgedir. Çok katlı ve uygun yapıda evlerin yanında, daha çok kenar bölgelerde gecekondulu tipinde sağlıksız yapılar mevcuttur. Alt yapı yetersizdir, yolların onarımı ve temiz içme suyu çalışmaları sürdürülmektedir. Geçim kaynakları genel olarak işçilik ve tarımdır. Toplam nüfusu 8674 olup, hane sayısı 2258'dir. Bu nüfusun %30.4'ünü 15-49 yaş grubu kadınlar, %2.2'sini 0 yaş bebek, %6.6'sını ise 1-4 yaş çocuk nüfusu oluşturmaktadır. Bölgede bir sağlık ocağı ve 8 yıllık eğitim veren iki ilköğretim okulu vardır. Sağlık ocağında, 3 hekim, 1 sağlık memuru, 5 hemşire, 6 ebe ve 1 hizmetli görevlidir. Eğitim durumunda ise, erkeklerde okur-yazar olmayan %2, okur-yazar %8.6, ilkökul mezunu %65.6, ortaokul ve lise mezunu %20.1, yüksekokul mezunu ise %3.7 iken, kadınlarda, okur-yazar olmayan %9.9, okur-yazar %8.9, ilkökul mezunu %65.6, ortaokul ve lise mezunu %14.7, yüksekokul mezunu %0.9'dur.

Bağbaşı sağlık ocağı bölgesi; il merkezine en uzak 12 km, en yakın 6 km mesafede, kooperatif yapılaşması ile kırsal görünümünden uzak, ancak yerleşimin az olduğu alanlarda gecekondulu ve tek katlı evlerin olduğu ve alt yapı sorununun çözülmediği, dağınık bir bölgedir. Tarım ve hayvancılık uğraşı daha az iken, en çok ücretli işçi ve memur çalışanları bulunmaktadır. Toplam nüfusu 10388 olup hane sayısı 2671'dir. Bu nüfusun %30.1'ini 15-49 yaş grubu kadınlar, %2.5'ini 0 yaş bebekler, %6.9'unu da 1-4 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Bölgede sekiz yıllık eğitim veren 4 ilköğretim okulu, yeni açılan bir Anadolu lisesi, bir sağlık ocağı ve buna bağlı iki sağlık evi bulunmaktadır. Sağlık ocağında; 3 hekim, 1 çevre sağlık teknisyeni, 2 sağlık memuru, 6 hemşire, 7 ebe, 1 memur ve 1 hizmetli görevlidir. Eğitim durumunda; erkeklerde, okur-yazar olmayan %6.9, okur-yazar %2.4, ilkökul mezunu %58.9, ortaokul ve lise mezunu %24.9, yüksekokul mezunu %6.9, kadınlarda, okur-yazar olmayan %4.3, okur-yazar %3.1, ilkökul mezunu %46.5, ortaokul ve lise mezunu %25.6, yüksekokul mezunu %5'dir (67).

## 2. Araştırmanın Özellikleri:

Çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının uygulama alanı olan, Kayhan ve Bağbaşı sağlık ocağı bölgelerinde, 1997 yılı içinde doğum yapan bütün kadınları kapsayan, kesitsel ve tanımlayıcı bir saha çalışmasıdır. Kadınların %56.9'u Bağbaşı sağlık ocağı bölgesinde yer alırken %43.1'i de Kayhan sağlık ocağı bölgesinde bulunmaktadır. Toplam doğum yapan 414 kadından 394'üne (%95.1) ulaşılabilmiş, diğerlerine farklı günlerde en az iki kez gidildiği halde çeşitli nedenlerle ulaşılamamıştır. Çalışan annelere hafta sonunda da gidilmiştir.

**Bağımsız Değişkenler:** Kadının yaşı, öğrenim durumu, mesleği, eşinin öğrenim durumu, kan uyuşmazlığı, canlı doğum sayısı, gebelik aralığı, üriner enfeksiyon geçirme, preeklampsi, yaşayan çocuk sayısı, önceki gebelik sonlanması, risk puanı.

**Bağımlı Değişkenler:** Gebeliği isteme, gebelik aralığı, canlı doğum sayısı, düşük, ölen çocuk, küretaj, gebelik sayısı, prematüre ve postmatür sonlanma, yaşayan çocuk sayısı, doğumsal anamoli ve hastalık, sağlık ocağında ebe izlemi.

Veri toplama yöntemi olarak sağlık ocakları kayıtları ve anket formu kullanılmıştır. Tamamlanmış gebelikler ve adresleri sağlık ocaklarındaki ebe kayıtlarından elde edilmiştir. Anket formu araştırma grubuna uygulanmadan önce Denizli I Nolu sağlık ocağında, gebelikleri sonlanmış 30 kadına uygulanarak ön deneme yapılmıştır. Daha sonra gerekli düzenlemeler yapılarak anket formu kullanılmıştır.

Araştırmanın planlanmasına Temmuz 1997 yılında başlanmış, saha çalışmaları Ocak-Mart 1998 tarihleri arasında yapılmıştır. 1997 yılı içinde doğum yapan kadınlarla yüz yüze görüşülmüş ve EK-I'deki anket formu doldurulmuştur. Araştırmacı kendini tanıtmış, amacını anlatmış ve anneden ankete cevap vermesini rica etmiştir. Ortalama uygulama süresi annenin durumuna göre 20-35 dakika arasında değişmiştir. Saha çalışmasına başlanıldığı dönemlerde, kayıtlardan alınan adreslere ulaşmada, belediyelerin cadde ve sokakların isim ve numaralarını değiştirme çalışmaları yüzünden güçlükler yaşanmıştır. Kayıtlardaki adreslere ulaşmada ebelerden, belediyeden ve bölge halkından yardım alınmıştır.

Veri kodlama yönergesi doğrultusunda kodlanarak elde edilen veriler, bilgisayarda SPSS 6.0 ve Epi-İnfo 5.0 programlarında değerlendirilmiş, yüzdellik ve ki-kare testi kullanılmıştır.

### **3. Araştırmada Kullanılan Terim ve Kriterlerin Tanımı**

Gebelikteki risk faktörleri çok fazla olduğundan, özellikle laboratuvar ölçümü gerektirmeyen 15 risk faktörü üzerinden değerlendirme yapılmıştır (2,3,4,11,27,34,35,38).

Bunlar;

- Kadının Yaşı (18 yaş ve altı-35 yaş ve üzeri)
- Kadının Boyu (150 cm. den kısa olması)
- Gebelik Aralığı (İki yıldan az aralıklı gebelik)
- Gebelik Sayısı (4 ve daha fazla olması)
- Canlı Doğum Sayısı (4 ve daha fazla olması)
- Gebelikte alınan kilo (9000 gr'ın altı-13000 gr'ın üstü)
- Gebelikte sigara kullanımı (Ara sıra kullanım da kullanıyor kabul edilmiştir.)
- Gebelikte alkol kullanımı (Ara sıra kullanım da kullanıyor kabul edilmiştir.)
- Preeklampsi öyküsü (Ödem, hipertansiyon ve proteinüri belirtilerinden en az ikisini yaşamış ve hekim tarafından belirlenmiş )
- Tetanoz aşısı olmama
- Akraba evliliği olması
- Kan uyumsuzluğu olması
- Kronik hastalığı olma (Hekim tarafından tanı konulmuş, hipertansiyon, böbrek ve kalp hastalıkları ve diyabet alınmıştır).
- Son gebeliği istememe.
- Üriner enfeksiyon geçirme (özellikle hekim tarafından tanı konulmuş ve ilaç tedavisi uygulananlar alınmıştır).

Bebeklerde ise 5 risk faktörü değerlendirilmiştir (3,4,11,34,37). Bunlar;

- Bebeğin kilosu (2500 gr.'ın altı ve 4000 gr.'ın üstü)
- Bebeğin boyu (46 cm ve altında)
- Konjenital anamoli ve hastalığı olanlar
- Doğum şekli (Prematüre, postmatür doğum)
- Doğum biçimi (Sezaryan ve müdahaleli doğum) olarak alınmıştır.

Risk Puanı : Kadınlar ve bebekler için risk puanlaması yapılırken yukarıda belirlenen risk faktörleri göz önünde bulundurulmuş ve her bir risk faktörü 1 puan olarak kabul edilmiştir. Kadınlar ve bebekleri kaç risk faktörüne sahip iseler, o sayıda risk puanı almışlardır. Eğer hiç bir risk faktörü yok ise risk puanı da almamışlardır.

Çalışmamızda, kadınlar ve bebekler sahip oldukları risk faktörlerine göre risk puanı almışlardır. Ağrıdağ ve Alparslan'ın çalışmalarında risk puanlamasında, risklerin anne ve bebek ölümlerine etkisine göre, düşük riskli durumlara 1, orta riskli durumlara 3 ve yüksek riskli durumlara 5 puan verilerek risk değerlendirmesi yapılmıştır (14). Çalışmamızda, her bir riskin kadın ve bebekte farklı etkilerde görülebileceği ve her risk faktörünün önemli olduğu düşüncesi ile her bir riske 1 puan verilmiştir.

Bireysel tek bir seçim veya kararın risk oluşumu, bunun kapsamı ve önemi üzerindeki etkisi bazen büyük, bazen de küçüktür. Örneğin gebe kalmayı isteme gibi. Risk algısı kişiden kişiye farklıdır. Sistemik bir risk değerlendirme verisinden edinilecek bilgiler, en az riskli seçimin yapılması ve riskin azaltılması yönünde büyük değer taşır (68). Bu bağlamda risklerin 1 puan verilerek değerlendirilmesi düşünülmüştür.

Meslek sınıflandırmasında; serbest meslek sahibi, yanında işçi çalıştırmayıp kendine ait işi ve işyeri olanlar ayrıca annelerde evde ya da işyerinde dikiş nakış yapanlar, kendi hesabına çalışıyor olarak değerlendirilmiştir. Kendi bağ bahçe ve tarlasında ya da yakın akrabalarına ait bağ bahçe ve tarlalarında çalışanlar ücretsiz aile işçisi olarak değerlendirilmiştir.

#### IV. BULGULAR

Kadınların yaş gruplarına ve boylarına göre dağılımları Tablo I de gösterilmiş olup, %47.2'si 20-24 yaş, %26.1'i 25-29 yaş, %14.2'si 30-34 yaş, %9.6'sı 19 yaş ve altı , %2.8'i 35 yaş ve üstündedir. Yaş ortalamaları ise  $24.7 \pm 4.7$ 'dir. Kadınların %97.0'si 150 cm ve üstünde iken %3.0'ü 149 cm. ve daha altındadır.

**Tablo - I Kadınların Yaş ve Boy Gruplarına Göre Dağılımı**

Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş Grupları</b>		
19 ve altı	38	9.6
20-24 yaş	186	47.2
25-29 yaş	103	26.1
30-34 yaş	56	14.2
35 ve üzeri	11	2.8
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>
<b>Boy (cm)</b>		
149 ve altı	12	3.0
150 ve üzeri	382	97.0
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

Kadınların büyük çoğunluğu (%85.3) ev hanımı olup, %6.6'sı işçi, %5.5'i ücretsiz aile işçisi, %1.3'ü memur, %1.3'ü de kendi hesabına çalışmaktadır. Eşlerinin ise %66.5'i işçi, %16.8'i kendi hesabına çalışmakta, %7.5'i işveren %4.6'sı memur, %4.6'sı da ücretsiz aile işçisi durumundadır (Tablo II).

**Tablo - II Kadınların ve Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı**

Meslekler	Kadının		Eşinin	
	Sayı	%	Sayı	%
Ev Hanımı	336	85.3	-	-
İşçi	26	6.6	262	66.5
Kendi Hesabına Çalışıyor	5	1.3	66	16.8
Memur	5	1.3	18	4.6
Ücretsiz Aile İşçisi	22	5.5	18	4.6
İşveren	-	-	30	7.5
Toplam	394	100.0	394	100.0

Tablo III de araştırma kapsamına alınan kadınların ve eşlerinin öğrenim durumları gösterilmiştir. Kadınlarda okur-yazar olmayan %2.5 iken, eşlerinde okur-yazar olmayan yoktur. Bununla birlikte kadınların %4.3'ü ilkokulu bitirmemiş iken eşlerinde bu durum % 1.3 olarak daha düşük görülmektedir. Kadınların %75.6'sı ilkokul mezunu, %0.5'i yüksekokul mezunu iken aynı oran eşlerinde sıra ile %63.4 ve %5.6'dır.

**Tablo - III Kadınların ve Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı**

Öğrenim Durumu	Kadının		Eşinin	
	Sayı	%	Sayı	%
Okur-yazar değil	10	2.5	-	-
Okur - yazar	7	1.8	5	1.3
İlkokul mezunu	298	75.6	250	63.4
Ortaokul ve dengi	27	6.9	43	10.9
Lise ve dengi	50	12.7	74	18.8
Yüksekokul	2	0.5	22	5.6
Toplam	394	100.0	394	100.0

Kadınların; %31.5'i 18-19, %25.6'sı 20-21, %11.7'si 22-23, %7.6'sı 24 ve daha büyük yaşta evlenirken, %23.6'sı 17 ve daha küçük yaşlarda evlenmişlerdir (Tablo IV). En küçük evlenme yaşı 14, en büyük evlenme yaşı ise 31 olup; ortalama evlenme yaşı  $19.5 \pm 2.7$ 'dir.

Kadınların, %29.4'ü 20-21, %22.8'i 22-23, %22.6'sı 18-19, %16.3'ü 24 ve daha büyük yaşta ilk doğumlarını yaparlarken, %8.9'u 17 ve daha küçük yaşlarda doğum yapmışlardır (Tablo IV). En küçük doğum yaşı 15, en büyük doğum yaşı 35 olup, ortalama ilk doğum yaşı  $21.1 \pm 3.0$ 'dir.

**Tablo - IV Kadınların İlk Evlenme ve İlk Doğum Yaşları**

Yaş Grupları	İlk Evlenme Yaşı		İlk Doğum Yaşı	
	Sayı	%	Sayı	%
17 yaş ve altı	93	23.6	35	8.9
18 - 19 yaş	124	31.5	89	22.6
20 - 21 yaş	101	25.6	116	29.4
22 - 23 yaş	46	11.7	90	22.8
24 yaş ve üzeri	30	7.6	64	16.3
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

Kadınların önceki gebeliklerinin sonuçlanma durumuna göre (en az bir kez olmak üzere); %19.0'nun düşük, %7.1'nin küretaj, % 8.1'inin çocuğunun ölümü, %3.6'sının ölü doğum yaptığı bulunmuştur (Tablo V).

**Tablo - V Kadınların Önceki Gebeliklerinin Sonuçlanma Durumu ve Ortalamaları**

Önceki Gebelikleri	Sayı	%*	X ± SD
En az bir kez düşük yapan	75	19.0	0.2 ± 0.3
En az bir kez küretaj yaptıran	28	7.1	0.07 ± 0.2
En az bir çocuğu ölen	32	8.1	0.08 ± 0.6
En az bir ölü doğum yapan	14	3.6	0.04 ± 0.4

\* %'ler toplam 394'e göredir.

Düşük ortalaması  $0.2 \pm 0.3$ , küretaj ortalaması  $0.07 \pm 0.2$ , ölen çocuk sayısı ortalaması  $0.08 \pm 0.6$ , ölü doğum sayısı ortalaması  $0.04 \pm 0.4$ 'dür (Tablo V).

İki ve daha çok sayıda gebelik geçiren kadınların son iki gebelik aralığı; %20.4'ü 1-6 ay, %17.9'u 13-24 ay, %9.8'i 7-12 ay olmak üzere %48.1'i iki yıldan kısa olup, %51.9'unun ise iki yıldan fazladır (Tablo VI). Ortalama gebelik aralığı;  $33.4 \pm 27.8$ 'dir. En kısa gebelik aralığı zamanı 1 ay iken en uzun gebelik aralığı zamanı 108 aydır.

**Tablo - VI İki ve Daha Çok Sayıda Gebelik Geçiren Kadınların Son İki Gebelik Aralığı**

Gebelik Aralığı	Sayı	%
1 - 6 ay	48	20.4
7 - 12 ay	23	9.8
13 - 24 ay	42	17.9
25 ay ve üzeri	122	51.9
Toplam	235	100.0

**Tablo - VII Kadınların Canlı Doğum ve Yaşayan Çocuk Sayıları ile Ortalamaları**

	Sayı	%	X ± SD
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>			
Bir	192	48.7	1.9 ± 1.2
İki	117	29.7	
Üç	61	15.5	
Dört ve fazla	24	6.1	
Toplam	394	100.0	
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>			
Bir	199	50.5	1.8 ± 1.0
İki	121	30.7	
Üç	57	14.5	
Dört ve Fazla	17	4.3	
Toplam	394	100.0	

Kadınların %48.7'si bir, %29.7'si iki, %15.5'i üç, %6.1'i dört ve daha fazla olmak üzere, ortalama  $1.9 \pm 1.2$  canlı doğum yapmışlardır (Tablo VII). En fazla canlı doğum sayısı 11'dir.

Kadınların %50.5'inin bir, %30.7'sinin iki, %14.5'inin üç, %4.3'ünün dört ve daha fazla olmak üzere, ortalama  $1.8 \pm 1.0$  yaşayan çocuğu bulunmaktadır (Tablo VII). En fazla yaşayan çocuk sayısı 10'dur.

Kadınların bir önceki gebeliklerinin çoğunun (%63.0) normal doğumla, %16.6'sının düşükle, %7.2'sinin müdahaleli doğumla, %4.3'ü de küretajla sonlanmış, %5.1'inde doğum yaptıktan sonra bebek ölmüştür (Tablo VIII).

**Tablo - VIII Kadınların Bir Önceki Gebeliğinin Sonlanma Şekli**

Özellikler	Sayı	%
Normal Doğum	148	63.0
Abortus	39	16.6
Müdahaleli Doğum	17	7.2
Ölen Bebek	12	5.1
Küretaj	10	4.3
Ölü Doğum	7	3.0
Düşük Ağırlıklı Doğum	1	0.4
İkiz Gebelik	1	0.4
Toplam	235*	100.0

\*159 kadının ilk gebeliğidir.

Kadınların son gebeliklerinin %95.4'ü miadında, %4.3'ü prematür %0.3'ü de postmatür sonlanmıştır. Gebeliklerin %84.2'si normal vaginal yolla, %13.5'i sezaryanla, %2.3'ü de müdahaleli doğumla sonlanmıştır. Doğumların %86.5'i hastanede yapılırken, %6.9'u özel muayenehanede, %5.8'i evde ebe ile, %0.8'i de evde kendi kendine yapılmıştır (Tablo IX).

**Tablo - IX Kadınların Son Gebeliklerinin Sonlanması İle İlgili Bilgiler**

	Sayı	%
<b>Doğum Zamanı</b>		
Miadında	376	95.4
Prematür	17	4.3
Postmatür	1	0.3
Toplam	394	100.0
<b>Doğumun Oluş Biçimi</b>		
Normal Vaginal Doğum	332	84.2
Sezaryan	53	13.5
Müdahaleli Doğum	9	2.3
Toplam	394	100.0
<b>Doğumun Yapıldığı Yer</b>		
Hastanede	341	86.5
Özel Muayenehanede	27	6.9
Evde Ebe İle	23	5.8
Evde Kendi Kendine	3	0.8
Toplam	394	100.0

Doğan bebeklerin %75.3'ü normal ağırlık sınırlarında (2500-3999gr. arasında) doğarken, %5.1'i düşük, %7.9'u fazla kilolu doğmuştur. Doğum boyu 47-52cm. arasında (normal sınırlarda) olanların oranı %73.8 olup, %5.1'i kısa, %4.1'i de normalden uzun doğmuştur. Bilinmeyenler alınmadığında bebeklerin ortalama doğum kilosu  $3236.0 \pm 563.2$ , ortalama doğum boyu ise  $49.8 \pm 3.2$  bulunmuştur (Tablo X).

**Tablo - X Doğan Bebeklerin Doğum Ağırlığı ve Doğum Boyları**

	Sayı	%
<b>Doğum Ağırlığı*</b>		
2499gr. Ve altı	20	5.1
2500 - 2999gr.	50	12.7
3000 - 3499gr.	137	34.7
3500 - 3999gr.	110	27.9
4000 gr ve üzeri	31	7.9
Bilinmeyen	46	11.7
<b>Doğum Boyu*</b>		
46 cm. ve altı	20	5.1
47 - 49cm.	110	27.9
50 - 52cm.	181	45.9
53cm. ve üzeri	16	4.1
Bilinmeyen	67	17.0
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

\*Ebe kayıtlarına göre alınmıştır.

Kadınların %0.5'i son gebelikleri süresince hiç sağlık hizmetlerinden yararlanmamıştır. Diğer sağlık hizmetleri içinde ise Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, hastaneler yer almaktadır (%5.3) (Tablo XI).

**Tablo - XI Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumları**

Doğum Öncesi Bakım Aldıkları Yerler	Sayı	%
Sağlık Ocağında Ebe Tarafından	353	89.6
Evde Ebe Tarafından	223	56.5
Özel Doktora Giderek	299	75.9
Sağlık Ocağı Hekimine Giderek	89	22.6
Diğer Sağlık Hizmetlerinden Yararlanarak	21	5.3
<b>Hiç Bakım Almayan</b>	<b>2</b>	<b>0.5</b>
<b>Toplam</b>	<b>394*</b>	<b>100.0</b>

\* Birden fazla yerden doğum öncesi bakım alanlar vardır.

Kadınların son gebelikleri süresince %52.2'si sağlık ocağı ve evde, %38.1'i sağlık ocağında, %4.1'i evde ebe tarafından izlenmiştir. Gebelerin %5.3'ü ise ebe tarafından hiç izlenmemiştir. Doğan bebeklerin %61.2'si yine sağlık ocağı ve evde, %35.3'ü sadece sağlık ocağında, %2.0'si evde izlenmiş olup, %1.5'i hiç izlenmemiştir (Tablo XII). Gebelerin evde ortalama izlem sayısı  $2.4 \pm 1.4$ , sağlık ocağında ise ortalama izlem sayısı  $4.5 \pm 2.2$  olup, bebeklerin evde ortalama izlem sayısı  $1.9 \pm 0.8$  iken sağlık ocağında ortalama izlem sayısı  $3.9 \pm 2.0$ 'dir.

**Tablo - XII Ebe Tarafından Sağlık Ocağı ve/veya Evde Kadınların Gebelikleri ve Doğum Sonrası Bebeklerinin İzlenme Durumu**

İzleme Durumu	Gebe		Bebek	
	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Ocağında	150	38.1	139	35.3
Evde	16	4.1	8	2.0
Sağlık Ocağı ve Evde	207	52.5	241	61.2
Hiç İzlenmedi	21	5.3	6	1.5
Toplam	394	100.0	394	100.0

Tablo XIII de kadınların ve eşlerinin sigara ve alkol kullanımı ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

**Tablo - XIII Kadınların ve Eşlerinin Sigara ve Alkol Kullanma Durumları**

	Kadın		Eşi		Toplam		p
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Sigara Kullanma</b>							$\chi^2 = 5.02$
Sigara içen	38	9.6	245	62.2	283	35.9	SD.= 1
Sigara içmeyen	356	90.4	149	37.8	505	64.1	p= 0.0249
<b>Alkollü İçki Kullanma</b>							
Alkol Alan	7	1.8	72	18.3	79	10.0	$\chi^2 = 13.4$
Alkol Almayan	387	98.2	322	81.7	709	90.0	SD.= 1
Toplam	394	100.0	394	100.0	788	100.0	p= 0.0002

Kadınların %9.6'sı sigara içerken eşlerinin %62.2'si içmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0246$ ). Yine alkollü içki kullanımı kadınların eşlerinde daha fazladır. Kadınların %1.8'i alkol kullanırken eşlerin %18.3'ü kullanmaktadır. Bu durum istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bulunmuştur( $p=0.0002$ ). Kadınların eşleri daha fazla oranlarda alkol ve sigara kullanmaktadır.

Kadınların %36.6'sı 9000-13000gr arasında kilo alırlarken, %35.0'i 8999gr. ve altında %19.8'i de 13001gr. ve üzerinde kilo aldıkları, %54.8'inin riskli kiloda olduğu bulunmuştur (Tablo XIV).

**Tablo - XIV Kadınların Gebelikleri Süresince Aldıkları Ağırlığa Göre Dağılımı**

Ahnan Kilo	Sayı	%
8999gr. ve altı	138	35.0
9000 - 13000gr.	144	36.6
13001gr. ve üzeri	78	19.8
Bilinmeyen	34	8.6
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

Kadınların %20.3'ünün eşleri ile akrabalığı vardır. %6.3'ünün de kan uyuşmazlığı olduğu bulunmuştur (Tablo XV).

**Tablo -XV Kadınların Eşleri ile Akrabalık ve Kan Uyuşmazlığı Durumları**

Değişkenler	Var Olma Durumu		Toplam
	Sayı	%	
Akrabalık	80	20.3	394
Kan Uyuşmazlığı	25	6.3	394

Doğan bebeklerin %96.3'ünde doğuma ve gebeliğe bağlı herhangi bir doğumsal anomali ve hastalık bulunmazken, %0.8'inde doğuştan kalça çıkığı, %0.8'inde konjenital kalp hastalığı, %0.5'inde solunum problemleri, % 0.5'inde beyin travması, %0.5'inde yarık damak, %0.3'ünde X bacak, %0.3'ünde syndaktili (el parmaklarında birleşme) belirlenmiştir (Tablo XVI).

**Tablo - XVI Gebeliğe ve Doğuuma Bağlı Bebeklerdeki Doğumsal Anomali ve Hastahkların Durumu**

Doğumsal Anomali ve Hastahklar	Sayı	%
Hiç Hastalığı Olmayan	380	96.3
Doğuştan Kalça ıkığı	3	0.8
Solunum Problemi	2	0.5
Konjenital Kalp Hastalığı	3	0.8
Beyin Travması	2	0.5
Yarık Damak	2	0.5
X Bacak	1	0.3
Syndaktili	1	0.3
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamına alınan kadınlar son gebeliklerindeki bazı risk faktörleri açısından değerlendirilmiştir. Buna göre en önemli ilk üç risk faktörtü; gebelik aralığı iki yıldan az olanlar (%48.1), gebeliğinde 9000gr.ın altında kilo alanlar (%35.0), üriner enfeksiyon geirenlerdir (%24.6). Bunu eşi ile akrabalığı olanlar (%20.3), gebeliğinde 13000gr.'dan fazla kilo alanlar (%19.8), bu gebeliğini istemeyenler (%16.5) izlemektedir. En az risk faktörleri içinde ise, gebelikte alkol kullanma (%1.8), kronik bir hastalığa sahip olma (%2.5), 35 yaş ve üzerinde olma (%2.8), 150cm.'den kısa boy (%3.0) yer almaktadır (Tablo XVII).

**Tablo - XVII Kadınların Son Gebeliklerindeki Bazı Risk Faktörleri**

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Gebelik aralığı 2 yıldan az olanlar	113	<b>48.1**</b>
9000 gr'den az olanlar	138	<b>35.0</b>
Üriner enfeksiyon geçirenler	97	<b>24.6</b>
Eşi ile akrabalığı olanlar	80	<b>20.3</b>
13000 gr'dan fazla olanlar	78	<b>19.8</b>
Son gebeliğini istemeyenler	65	<b>16.5</b>
Gebelik sayısı 4 ve fazla olanlar	54	<b>13.7</b>
Teteno aşısı yaptırmayanlar	39	<b>9.9</b>
Gebelikte sigara kullananlar	38	<b>9.6</b>
Kan uyuşmazlığı olanlar	25	<b>6.3</b>
Canlı doğum sayısı 4 ve fazla olanlar	24	<b>6.1</b>
Pre-eklampsi öyküsü olanlar	18	<b>4.6</b>
18 yaş ve altı olanlar	15	<b>3.8</b>
Boy 150cm'den kısa olanlar	12	<b>3.0</b>
Kronik bir hastalığı olanlar	10	<b>2.5</b>
35 yaş ve üzeri olanlar	11	<b>2.8</b>
Gebelikte alkol kullananlar	7	<b>1.8</b>

\* %'ler 394'e göre alınmıştır.

\*\* %, 159 kadının ilk gebeliği göz önünde bulundurularak 235'e göre alınmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin bebeklerindeki bazı risk faktörleri; sezaryan ile doğum %13.5, 4000gr.ın üzerinde doğan %7.9, 2500gr.ın altında olan %5.1, 46cm. ve altında doğan bebek %5.1, prematüre doğan bebek %4.3, 53 cm ve üzerinde %4.1, konjenital anomali ve hastalığı olan bebek %3.7, postmatür doğan bebek %0.3 bulunmuştur (Tablo XVIII).

**Tablo - XVIII Doğan Bebeklerin Bazı Risk Faktörleri**

<b>Risk Faktörleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
<b>Bebeğin Kilosu</b>		
2500 gr.'m altında olanlar	20	5.1
4000 gr'm üzerinde olanlar	31	7.9
<b>Bebeğin Boyu</b>		
46 cm. ve altında olanlar	20	5.1
53 cm. ve üzerinde olanlar	16	4.1
<b>Konjenital anomalisi ve hastalığı olanlar</b>	14	3.7
<b>Doğumu</b>		
Prematür olanlar	17	4.3
Postmatür olanlar	1	0.3
<b>Doğum Biçimi</b>		
Sezaryan olanlar	53	13.5
Müdahaleli olanlar	9	2.3

\* %'ler 394'e göre alınmıştır.

Tablo XIX da çalışma kapsamındaki kadınların belirlenen 15 risk faktörüne aldıkları risk puanları görülmektedir.

**Tablo - XIX Kadınların Aldıkları Risk Puanına Göre Durumu**

<b>Risk Puanı</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
Hiç risk puanı olmayanlar	42	10.7
1 olanlar	110	27.9
2 olanlar	96	24.4
3 olanlar	96	24.4
4 olanlar	28	7.1
5 olanlar	16	4.1
6 olanlar	4	1.0
8 olanlar	2	0.5
<b>Toplam</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

Kadınların %10.7'sinin hiç risk puanı olmadığı, %27.9'unun 1 risk puanı, %24.4'ünün 2, %24.4'ünün 3, %12.7'sinin 4 ve üzerinde risk puanına sahip olduğu görülmektedir. En fazla risk puanı ise 8 (%0.5)'dir (Tablo XIX).

Yine bu kadınların bebeklerinde, belirlenen 5 risk faktörüne göre yapılan değerlendirmede, %67 bebeğin hiç risk puanı olmadığı, % 24.4'ünün 1 risk puanı, %5.8'inin 2 risk puanı, %2.0'ının 3 risk puanı olduğu, %0.8'inin de 4 risk puanına sahip olduğu bulunmuştur (Tablo XX).

**Tablo - XX Kadınların Bebeklerinin Aldıkları Risk Puanına Göre Durumu**

Risk Puanı	Sayı	%
Hiç risk puanı olmayanlar	264	67.0
1 olanlar	96	24.4
2 olanlar	23	5.8
3 olanlar	8	2.0
4 olanlar	3	0.8
5 olanlar	-	-
Toplam	394	100.0

Risk faktörlerinden gebeliğin istenmemesi, kadınların yaş, öğrenim durumu, meslekleri, yaşayan çocuk sayıları ve gebelik aralıkları açısından değerlendirilmiştir. Kadınların yaşları arttıkça gebe kalmak istemeyenlerin arttığı görülmektedir. 25-29 yaş grubunda istememe oranı %22.3 iken ,bu oran 30-34 yaş grubunda %35.7'e, 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda da %36.4'e yükselmektedir. Kadınların son gebeliklerini istememe durumu ile yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0000$ ). İleri ki-kare analizi yapıldığında 20-24 yaş grubunun gebeliklerini istememe durumlarının (%7.8) diğer yaş gruplarına göre daha az olduğu saptanmıştır ( $p=0.0059$ ) (Tablo XXI).

Okur-yazar olmayan kadınların %50'si, okur-yazar kadınların %42.9'u son gebeliklerini istemez iken ilkokul mezunu kadınların %16.1'i, lise ve üzeri okulları bitiren kadınların da %10'u son gebeliklerini istemedikleri görülmektedir. Kadınların öğrenim

durumu ile son gebeliklerini istememe arasında yine istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0062$ ). Buna göre kadınların öğrenim durumu arttıkça gebeliklerini istememe durumu azalmaktadır (Tablo XXI).

**Tablo - XXI Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu, Meslekleri, Yaşayan Çocuk Sayıları ve Gebelik Aralıklarına Göre, Son Gebeliklerine İstemli Kalma Durumu**

	İstemeyen		Toplam	Ki-Kare	S.D	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları</b>						
19 yaş ve altı	5	13.2	38	33.2	4	0.0000
20 - 24 yaş	13	7.8	186	7.42 (3)	3	0.059
25 - 29 yaş	23	22.3	103			
30 - 34 yaş	20	35.7	56			
35 yaş ve üzeri	4	36.4	11			
<b>Toplam</b>	65	16.5	394			
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-Yazar değil	5	50.0	10	7.4*	1	0.0062
Okur - Yazar	3	42.9	7			
İlkokul mezunu	48	16.1	298			
Ortaokul ve dengi	4	14.8	27			
Lise ve üstü (1)	5	10.0	50			
<b>Toplam</b>	65	16.5	394			
<b>Meslekleri</b>						
Ev Hanımı	52	15.5	336	10.0	3	0.0183
İşçi	2	7.7	26	1.25 (4)	2	0.536
Memur	1	20.0	5			
Diğer (2)	10	37.0	27			
<b>Toplam</b>	65	16.5	394			
<b>Yaşayan Çocuk Sayısı</b>						
4 ve üzeri olanlar	10	58.8	17	**		0.0000
1-3 çocuğu olanlar	55	14.6	377			
<b>Toplam</b>	65	16.5	394			
<b>Gebelik Aralıkları</b>						
2 yıldan az olanlar	33	29.2	113	1.5*	1	0.2141
2 yıldan çok olanlar	27	22.1	122			
<b>Toplam</b>	60	25.5	235			

\*Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

\*\* Fisher's Exact Test (Two Tail)

- (1) Annenin öğrenim durumuna lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.
- (2) Anne mesleklerinde kendi hesabına çalışıyor ve ücretsiz aile işçisi birleştirilmiştir.
- (3) İleri ki-kare analizinde anlamlılığı yaratan grup 20-24 yaş grubudur.
- (4) İleri ki-kare analizinde anlamlılığı yaratan diğer olarak belirtilen meslek grubudur.

Kadınların meslekleri ile son gebeliklerini istememeleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0183$ ). İleri ki-kare analizi yapıldığında anlamlılık yaratan grubun tabloda diğer şeklinde belirtilen meslek grubu olduğu anlaşılmıştır ( $p=0.536$ ). Bu grubu oluşturan, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçilerinde istemeden gebe kalma öteki mesleklere göre daha yüksektir (%37.0). Memurlarda son gebeliğini istememe durumunun (%20.0) ev hanımlarına göre (%15.5) daha fazla olması dikkat çekmektedir (Tablo XXI).

Kadınların gebeliklerini istememesinde yaşayan çocuk sayıları ve gebelik aralıklarının ne kadar etkili olduğu değerlendirilmiştir. 4 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu olan kadınların %58.8'i son gebeliklerini istemez iken, 1-3 arasında çocuğu olan kadınlarda bu oran daha düşük bulunmuştur (%14.6). Kadınların sahip oldukları çocuk sayısının gebelik istemlerini etkilediği ve bunun da istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0.0000$ ). Gebelik aralığı iki yıldan az olan kadınların %29.2'sinin son gebeliğini istemediği, buna karşın gebelik aralığı fazla olan kadınlarda bu oranın daha düşük olduğu görülmektedir (%22.1). Ancak gebelik aralıkları ile gebeliğin istemi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.2141$ ) (Tablo XXI).

Son gebelikleri ile bir önceki gebelik aralığı iki yıldan az olan kadınların, yaş grupları, öğrenim durumları ve mesleklerine göre dağılımı incelenmiştir. 19 yaş ve altındaki kadınlarda iki yıldan az aralıklı gebe kalma oranı %100.0 iken, 20-24 yaş grubunda bu oran %70.7 , 30-34 yaş grubunda %31.5, ve 35 yaş ve üzerinde ise %20.0 bulunmuştur. Kadınların yaşlarının arttıkça iki yıldan az aralıklı gebe kalma oranlarının azaldığı ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p=0.0000$ ) (Tablo XXII).

Yine bu kadınların öğrenim durumları ile iki yıldan az aralıklı gebe kalma oranlarına bakıldığında; okur-yazar olmayan kadınların %28.6'sı, ilkokul mezunu olanların %50.6'sında, lise ve üzeri okul mezunu kadınların ise daha yüksek oranda (% 59.1) iki yıldan az aralıklarla gebe kaldıkları bulunmuş, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p= 0.1647$ ) (Tablo XXII).

Kadınların meslekleri ile iki yıldan az aralıklarla gebe kalmaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.9223$ ); ancak ev hanımı olan

kadınların %47.5'i iki yıldan az aralıklı gebelik yaşarken, işçi olanların %50.0'si, memurların %66.7'si, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçisi olan kadınların %62.5'inde bu oran daha yüksektir (Tablo XXII).

**Tablo - XXII Son Gebelikleri İle Bir Önceki Gebelik Aralığı İki Yıldan Az Olan Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre Dağılımları**

	İki yıldan az aralıklı gebelik		Toplam	Ki-Kare	S.D	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları</b>						
19 yaş ve altı	7	100.0	7	32.2*	1	0.0000
20 - 24 yaş	58	70.7	82			
25 - 29 yaş	29	35.4	82			
30 - 34 yaş	17	31.5	54			
35 yaş ve üzeri	2	20.0	10			
<b>Toplam</b>	<b>113</b>	<b>48.1</b>	<b>235</b>			
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-Yazar değil	3	30.0	10	6.5	4	0.1647
Okur-yazar	2	28.6	7			
İlkokul mezunu	89	50.6	176			
Ortaokul ve dengi	6	30.0	20			
Lise ve üstü (1)	13	59.1	22			
<b>Toplam</b>	<b>113</b>	<b>48.1</b>	<b>235</b>			
<b>Meslekleri</b>						
Ev Hanımı	96	47.5	202	0.4	3	0.9223
İşçi	5	50.0	10			
Memur	2	66.7	3			
Diğer (2)	10	62.5	20			
<b>Toplam</b>	<b>113</b>	<b>48.1</b>	<b>235</b>			

\*Chi-square for trend ( Eğitimde ki-kare )

- (1) Annenin öğrenim durumunda, lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.
- (2) Mesleklerinde ise, kendi hesabına çalışıyor ile ücretsiz aile işçisi birleştirilmiştir.

Dört ve daha fazla gebelik yaşayan kadınların yaş grupları, öğrenim durumları ve meslekleri arasındaki ilişki değerlendirilmiştir (Tablo XXIII).

**Tablo - XXIII Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, 4 ve Daha Fazla Gebe Kalma Durumları**

	4 ve Fazla Gebeliği Olanlar		Toplam	Ki-Kare	S.D.	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları</b>						
15 - 24 yaş (1)	1	0.4	224	105.0*	1	0.0000
25 - 29 yaş	18	17.5	103			
30 - 34 yaş	28	50.0	56			
35 yaş ve üzeri	7	63.6	11			
Toplam	54	13.7	394			
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-Yazar değil	6	60.0	10	22.0	4	0.0002
Okur- Yazar	2	28.6	7	20.9 (4)	3	0.0001
İlkokul mezunu	40	13.4	298	1.9	2	0.3713
Ortaokul ve dengi	2	7.4	27			
Lise ve üstü (2)	4	7.7	52			
Toplam	54	13.7	394			
<b>Meslekleri</b>						
Ev Hanımı	43	12.8	336	11.5	3	0.0723
İşçi	2	7.7	26			
Memur	1	20.0	5			
Diğer (3)	8	36.4	27			
Toplam	54	13.7	394			

\*Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

(1) 19 yaş ve altı ile 20 - 24 yaş birleştirilmiştir.

(2) Öğrenim durumunda, lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.

(3) Mesleklerde, kendi hesabına çalışıyor ile ücretsiz aile işçisi birleştirilmiştir.

(4) İleri ki-kare analizinde anlamlılığı yaratan gruplar, okur-yazar değil ile okur-yazar grubudur.

Kadınların yaş gruplarına göre 4 ve daha fazla gebe kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0000$ ). 35 yaş ve üzerinde bulunan kadınların %63.6'sı 4 ve daha fazla gebelik geçirmiş iken, 30-34 yaş grubundaki kadınların %50.0'si, 25-29 yaş grubunda da %17.5'i 4 ve daha fazla gebelik geçirmişlerdir. 15-24 yaş grubunda ise 4 ve daha fazla gebe kalma durumu çok daha düşük bulunmuştur (%0.4). Kadınların yaşları attıkça 4 ve üzerinde gebe kalma durumları artmaktadır (Tablo XXIII).

Kadınların öğrenim durumları ile 4 ve üzerinde gebe kalmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0002$ ). Yapılan ileri ki-kare analizinde okur-yazar olmayan kadınlar analiz dışında bırakıldığında istatistiksel olarak anlamlılık yine korunmuştur ( $p=0.0001$ ). Okur-yazar olan kadınların oluşturduğu ikinci grupta, analiz dışında bırakılınca anlamlılık kalmamıştır ( $p=0.3713$ ). Kadınların öğrenim durumunda okur-yazar olmayanlar ile okur-yazar olan kadınlarda 4 ve fazla sayıda gebe kalmaları daha yüksek bulunmuştur. Okur-yazar olmayan kadınlarda bu durum %60.0 iken, okur-yazar olanlarda %28.6, ortaokul ve dengi mezunlarında %7.4, lise ve üzeri okul mezunu olanlarda %7.7 olduğu görülmektedir (Tablo XXIII).

Kadınların meslekleri ile 4 ve üzerinde gebe kalma durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamasına karşın, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçisi olan kadınların 4 ve üzerinde gebe kalma durumları diğer meslek gruplarına göre daha fazla bulunmuştur (%36.4). Bu durum ev hanımlarında %12.8, işçilerde %7.7 olup, memurlarda %20'dir (Tablo XXIII).

Dört ve daha fazla sayıda canlı doğumu olan kadınların yaş grupları, öğrenim durumları ve mesleklerine göre dağılımları incelenmiştir. Kadınların yaşları arttıkça 4 ve daha fazla sayıda canlı doğum yapma oranları da artmaktadır ve bu istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0000$ ). 29 yaş ve altında 4 ve daha fazla canlı doğumu olan kadınlar %1.2 iken, 30-34 yaş grubunda %28.6, 35 yaş ve üzerindeki kadınlarda ise %36.4'dür (Tablo XXIV).

Kadınların öğrenim durumu arttıkça 4 ve daha fazla sayıda canlı doğumunun olma oranının azaldığı ve yine bunun da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ( $p=0.0023$ ). İlkokulu bitirmeyen kadınların %29.4'ü 4 ve üzerinde canlı

doğum yaparlarken, ortaokul ve üzeri okullardan mezun olan kadınların ise %2.5'i 4 ve daha fazla sayıda canlı doğuma sahiptir (Tablo XXIV).

**Tablo - XXIV Kadınların, Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre 4 ve Daha Fazla Canlı Doğumu Olanlar**

	4 ve daha fazla canlı doğumu olanlar		Toplam	Ki-Kare	S.D.	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları (1)</b>						
29 yaş ve altı	4	1.2	327	76.4*	1	0.0000
30 - 34 yaş	16	28.6	56			
35 yaş ve üzeri	4	36.4	11			
<b>Toplam</b>	24	6.1	394			
<b>Öğrenim Durumu (2)</b>						
Okula gitmemiş	5	29.4	17	9.2*	1	0.0023
İlkokul mezunu	17	5.7	298			
Ortaokul ve üstü	2	2.5	79			
<b>Toplam</b>	24	6.1	394			
<b>Meslekleri (3)</b>						
Ev Hanımı	21	6.3	336	0.10	1	0.7513
Ücretsiz aile İşç.ve	3	13.6	58			
Diğer çalışanlar						
<b>Toplam</b>	24	6.1	394			

\*Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

(1) Annenin yaş gruplamasında, 18 yaş ve altı, 19- 24 yaş ve 20-29 yaş birleştirilmiştir.

(2) Annenin öğrenim durumunda, okur-yazar değil ile okur-yazar, ortaokul mezunu ile lise ve dengi okul ve yüksekokul birleştirilmiştir.

(3) Mesleklerinde ise yalnızca ücretsiz aile işçisinde 4 ve daha fazla canlı doğum sayısı olduğu halde diğer çalışanlar olarak, işçi, memur, kendi hesabına çalışanlar birleştirilmiştir.

Kadınların meslekleri ile 4 ve daha fazla sayıda canlı doğumlarının olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte ev hanımlarının %6.3'ünün, ücretsiz aile işçilerinin %13.6'sının, 4 ve daha fazla canlı doğumu vardır (Tablo XXIV).

Dört ve daha fazla yaşayan çocuğu olan kadınlar yaş, öğrenim durumu ve meslek değişkenlerine göre değerlendirilmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre 4 ve daha fazla yaşayan çocuğu olması arasında istatistiksel olarak ileri derecede anlamlılık bulunmuştur ( $p=0.0000$ ). 29 yaş ve altında olan kadınlarda 4 ve daha fazla çocuğu olanlar %0.9 iken 30-34 yaş grubunda ise %21.4, 35 yaş ve üzerinde de %18.2 olarak bulunmuştur. İleri ki-kare analizi yapıldığında istatistiksel anlamlılık değişmemiştir (Tablo XXV).

**Tablo - XXV Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, 4 ve Daha Fazla Yaşayan Çocuğu Olanlar**

	4 ve Fazla Yaşayan Çocuğu Olanlar		Toplam	KiKare	S.D.	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları (1)</b>						
29 yaş ve altı	3	0.9	326	53.8	2	0.0000
30 - 34 yaş	12	21.4	56			
35 yaş ve üzeri	2	18.2	11			
<b>Toplam</b>	17	4.3	394			
<b>Öğrenim Durumu (2)</b>						
İlkokulu Bitirmemiş	4	23.5	17	9.02*	1	0.0026
İlkokul mezunu	12	4.0	297			
Ortaokul ve üstü	1	1.3	79			
<b>Toplam</b>	17	4.3	394			
<b>Meslekleri (3)</b>						
Ev Hanımı	14	4.2	335	0.1	1	0.7313
Ücretsiz aile işçisi ve diğer çalışanlar	3	5.2	58			
<b>Toplam</b>	17	4.3	394			

\*Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

(1)19 yaş ve altı ile 20 - 24 yaş birleştirilmiştir.

(2) Öğrenim durumunda, lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.

(3) Mesleklerde, yalnızca ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların 4 ve üzerinde yaşayan çocuğu bulunmaktadır, diğer çalışan kadınlarla birleştirilmiştir.

Kadınların öğrenim durumları arttıkça 4 ve daha fazla yaşayan çocuk sayıları da azalmaktadır. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0026$ ). İlkokulu bitirmemiş kadınların 4 ve daha fazla yaşayan çocuğa sahip olanları %23.5 oranında iken, ilkokul mezunu kadınlarda bu durum %4.0, ortaokul ve üzeri eğitim alan kadınlarda da % 1.3 olarak bulunmuştur (Tablo XXV).

**Tablo - XXVI Kadınların Yaş Grupları, Öğrenim Durumu ve Mesleklerine Göre, Düşük Yapma Durumu**

	Düşük Yapanlar		Toplam	Ki-Kare	S.D	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları</b>						
19 yaş ve altı	4	10.5	38	11.5	4	0.0211
20 - 24 yaş	31	16.7	186	1.9 (3)	3	0.5885
25 - 29 yaş	17	16.5	103			
30 - 34 yaş	19	33.9	56			
35 yaş ve üzeri	3	27.3	11			
<b>Toplam</b>	<b>74</b>	<b>18.8</b>	<b>394</b>			
<b>Öğrenim Durumu (1)</b>						
Okur-Yazar değil	3	30.0	10	1.2	4	0.8628
Okur- Yazar	1	14.3	7			
İlkokul mezunu	57	19.1	298			
Ortaokul ve dengi	4	14.8	27			
Lise ve üstü	9	17.3	52			
<b>Toplam</b>	<b>74</b>	<b>18.8</b>	<b>394</b>			
<b>Meslekleri</b>						
Ev Hanımı	59	17.6	336	4.0	3	0.2524
İşçi	5	19.2	26			
Memur	1	20.0	5			
Diğer (2)	9	40.9	27			
<b>Toplam</b>	<b>74</b>	<b>18.8</b>	<b>394</b>			

(1) Öğrenim durumunda, lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.

(2) Mesleklerde, kendi hesabına çalışıyor ile ücretsiz aile işçisi birleştirilmiştir.

(3) İleri ki-kare analizinde anlamlılığı yaratan grup 30-34 yaş grubudur.

Ev hanımı olan kadınların %4.2'si 4 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğa sahip iken çalışan kadınlar içinde de ücretsiz aile işçisi olan kadınlarda bu oran daha yüksek bulunmuştur (%5.2). Ancak istatistiksel olarak, kadınların meslekleri ile 4 ve üzerinde yaşayan çocuklarının olması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p=0.7313$ ) (Tablo XXV).

Kadınların düşük yapmaları ile yaşları, öğrenim durumları ve meslekleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Kadınların yaş gruplarına göre düşük yapmaları arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmuştur ( $p=0.0211$ ). İleri ki-kare analizi yapıldığında anlamlılık yaratan 30-34 yaş grubudur ( $p=0.5885$ ). Bu yaş grubunda düşük yapma oranı %33.9 iken, 35 yaş ve üzerinde %27.3, 25-29 yaş grubunda %16.5, 19 yaş ve altında ise %10.5 olduğu görülmektedir (Tablo XXVI).

Kadınların öğrenim durumlarına göre düşük yapmalarına bakıldığında, istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır. Ancak okur-yazar olmayanlarda %30 olarak bulunan oran diğer öğrenim durumlarına göre daha yüksektir. Mesleklerine göre kadınların düşük yapmaları arasındaki ilişkide, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçisi olanlarda bu oran %40.9 olup, memurlarda %20, işçilerde %19.2, ev hanımlarında %17.6 olarak azalan değerlerde görülmektedir, ancak istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamıştır (Tablo XXVI).

Kadınların yaş grupları ve öğrenim durumlarına göre ölen çocuğunun olması değerlendirilmiştir. 19 yaş ve altındaki kadınlarda ölen çocuğu olanlar %2.6 iken, bu oran 20-24 yaş grubunda %4.9, 25-29 yaş grubunda %5.8, 30-34 yaş grubunda %23.2, 35 yaş ve üzerinde ise %27.3 görülmektedir. Kadınların yaşları arttıkça ölen çocuğu olması da artış göstermektedir. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0000$ ) (Tablo XXVII).

Kadınların öğrenim durumu ile ölen çocuğu olanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0206$ ). İleri ki-kare analizi yapıldığında anlamlılık oluşturan grubun ilkokulu bitirmemiş kadınlar olduğu belirlenmiştir ( $p=0.1069$ ). İlkokulu bitirmeyen kadınlarda ölen çocuğu olanlar %23.5 oranında iken, ortaokul ve dengi mezunu olan kadınlarda %14.8, lise ve üzeri okulları bitiren kadınların ise bu oran %1.9 olarak

bulunmuştur. İlkokul mezunu kadınlarda ölen çocuğu olanlar (%7.7) ortaokul ve dengi mezunu kadınlara göre daha az bulunmuştur (Tablo XXVII).

Ev hanımlarının %8.9'unun çocuğu ölmüştür. Bu oran ücretsiz aile işçilerinde %3.4'dür ve diğer çalışanlarda ise ölen çocuk yoktur. Kadınların meslekleri ile ölen çocuğu olması arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Tablo XXVII).

**Tablo - XXVII Kadınların, Yaş Grupları ve Öğrenim Durumları Göre, Ölen Çocuğu Olanlar**

	Ölen Çocuğu Olanlar		Toplam	Ki-Kare	S.D.	p
	Sayı	%				
<b>Yaş Grupları</b>						
19 yaş ve altı	1	2.6	38	19.9*	1	0.0000
20 - 24 yaş	9	4.9	186			
25 - 29 yaş	6	5.8	103			
30 - 34 yaş	13	23.2	26			
35 yaş ve üzeri	3	27.3	11			
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>8.1</b>	<b>394</b>			
<b>Öğrenim Durumu (1)</b>						
İlkokulu bitirmemiş	4	23.5	17	9.7	3	0.0206
İlkokul mezunu	23	7.7	298	4.4 (3)	2	0.1069
Ortaokul ve dengi	4	14.8	27			
Lise ve üstü	1	1.9	52			
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>8.1</b>	<b>394</b>			
<b>Meslekleri (2)</b>						
Ev hanımı	30	8.9	336	1.2	1	0.1582
Ücretsiz aile işçisi ve diğer çalışanlar	2	3.4	58			
<b>Toplam</b>	<b>32</b>	<b>8.1</b>	<b>394</b>			

\*Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

(1) Öğrenim durumunda, okur-yazar değil ile okur-yazar, lise ve dengi okul ile yüksekokul birleştirilmiştir.

(2) Yalnızca ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınların ölen çocuğu vardır, diğerleri ile birleştirilmiştir.

(3) İleri ki-kare analizinde anlamlılığı yaratan grup 35 yaş ve üstü gruptur.

Kadınların yaş gruplarına göre küretaj olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0195$ ). İleri ki-kare analizi yapıldığında 35 yaş ve üzeri grubun istatistiksel anlamlılığı sağladığı görülmüştür ( $p=0.1615$ ). 35 yaş ve üzeri grupta küretaj olma durumu diğer yaş gruplarına göre daha fazla bulunmuştur (%27.3). 30-34 yaş grubunda küretaj olma %12.5, 20-24 yaş grubunda %4.3 iken 19 yaş ve altındaki grupta %5.3 bulunmuştur (Tablo XXVIII). Kadınların öğrenim durumu ve meslekleri ile küretaj olmaları arasında ise istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır.

**Tablo - XXVIII Kadınların Yaş Gruplarına Göre Küretaj Olma Durumları**

Yaş Grupları	Küretaj				Toplam	
	Var		Yok		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
19 yaş ve altı	2	5.3	36	94.7	38	9.6
20-24 yaş	8	4.3	178	95.7	186	47.2
25-29 yaş	8	7.8	95	92.2	103	26.1
30-34 yaş	7	12.5	49	87.5	56	14.3
35 yaş ve üzeri	3	27.3	8	72.7	11	2.8
<b>Toplam</b>	28	7.1	366	92.9	394	100

$$X^2=11.7$$

$$SD.=4$$

$$p=0.0195$$

**Tablo - XXIX İki ve Daha Fazla Doğum Yapan Kadınların, Bir Önceki Gebeliklerinin Sonlanmasına Göre, Son Gebeliklerinin Prematüre ve Postmatür Sonlanma Durumu**

Önceki gebelik Sonlanması	Prematür ve Postmatür Sonlanma		Toplam	Ki-Kare*	SD	p
	Sayı	%				
Risk faktörlü sonlanma	7	8.0	87			0.0141
Normal doğum	2	1.4	148			
<b>Toplam</b>	9	3.8	235			

\* Fisher's Exact Test (Two Tail)

Kadınların Tablo VIII de belirtilen bir önceki gebeliklerinin sonlanma durumlarına göre, son gebeliklerinin prematüre ya da postmatüre sonlanması arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. Bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.0141$ ) Bundan önceki gebeliği risk faktörü ile sonlanan kadınların % 8.0'inde prematüre yada postmatüre doğum var iken, normal doğum yapan kadınlarda bu durum %1.4 olarak bulunmuştur (Tablo XXIX).

Kadınların gebeliklerindeki bazı öykülere göre gebeliklerinin prematüre sonlanması ile ilgili değerlendirme yapılmıştır. Gebeliklerinde üriner enfeksiyon geçirme durumu ile prematüre doğum arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ( $p=0.0413$ ). Üriner enfeksiyon geçirmeyen kadınların %3.0'ünün prematüre bebekleri var iken enfeksiyon geçiren kadınlarda ise bu oran (%8.2) daha fazladır (Tablo XXX).

**Tablo-XXX Kadınların Üriner Enfeksiyon , Preeklampsi Öyküleri ve Gebelik Aralıklarına Göre, Son Gebeliklerinin Prematüre Sonlanması Durumu**

Bu gebelikte	Prematüre Sonlanma		Toplam	Ki-Kare*	S.D	p
	Sayı	%				
<b>Üriner Enfeksiyon Geçirme</b>						
Enf. Geçiren	8	8.2	97			0.0413
Enf. Geçirmeyen	9	3.0	296			
Toplam	17	4.6	393			
<b>Preeklampsi Öyküsü</b>						
Olmayan	14	3.7	375			0.0366
Olan	3	16.7	18			
Toplam	17	4.6	393			
<b>Gebelik Aralıkları</b>						
2 yıldan az olan	7	6.2	113			0.0919
2 yıldan fazla olan	2	1.6	122			
Toplam	9	3.8	235			

\*Fisher's Exact Test ( Two Tail )

Yine gebeliğinde preeklampsi öyküsüne göre kadınların, prematüre bebeklerinin olması arasında da istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ( $p=0.0366$ ). Preeklampsi öyküsü olan kadınların %16.7'sinin gebelikleri prematüre sonlanırken, bu durum preeklampsi öyküsü olmayan kadınlarda daha düşüktür (%3.7) (Tablo XXX).

Kadınların gebelik aralıklarına göre son gebeliklerinin prematüre sonlanması arasında istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunamamasına karşın ( $p=0.0919$ ), iki yıldan az gebelik aralığı olan kadınların %6.2'si prematüre doğum yapmışken, iki yıldan fazla gebelik aralığı olan kadınlarda bu durum daha düşük bulunmuştur (%1.6) (Tablo XXX).

Kadınların gebeliklerindeki risk faktörlerinden kan uyumsuzluğu, canlı doğum sayıları ve gebelik aralıkları ile bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi arasındaki ilişki incelenmiştir (Tablo XXXI).

**Tablo- XXXI Kadınların Gebeliklerindeki , Bazı Risk Faktörlerine Göre, Bebeklerinde Doğumsal Anomali ve Hastalık Görülme Durumu**

	Doğumsal Anomali ve Hastalık Olması		Toplam	Ki-Kare*	S.D	p
	Sayı	%				
<b>Kan Uyumsuzluğu</b>						
Olan	4	16.0	25			0.0070
Olmayan	10	2.7	369			
Toplam	14	3.6	394			
<b>Canlı Doğum Sayısı</b>						
4 ve üzeri çocuk	3	12.5	24			0.0658
1-3 çocuk	11	3.0	370			
Toplam	14	3.6	394			
<b>Gebelik Aralığı</b>						
2 yıldan az olan	7	6.2	113			0.0302
2 yıldan fazla olan	1	0.8	122			
Toplam	8	3.4	235			

\*Fisher's Exact Test (Two Tail)

Kadınların gebeliklerinde kan uyuşmazlığı durumuna göre bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi durumunda anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.007$ ). Kan uyuşmazlığı olan kadınların bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi (%16.0) kan uyuşmazlığı olmayanlara göre daha fazladır (%2.7). Kadınların gebelik aralıklarına göre iki yıldan az aralıklı gebeliği olan kadınların bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık %6.2 olup, iki yıldan fazla olan gebelik aralıklarında ise bu %0.8'e düşmektedir. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ( $p=0.0302$ ) (Tablo XXXI).

Kadınların, canlı doğum sayıları durumuna göre bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamasına karşın ( $p=0.0658$ ), 4 ve daha fazla canlı doğum yapanlarda (%12.5), daha az doğumu olan kadınlara göre (%3.0) bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi daha yüksek bulunmuştur (Tablo XXXI).

Kadınların eşlerinin öğrenim durumu ile kadınların gebelik sayıları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p=0.0113$ ). İleri ki-kare analizinde okur-yazar olan eşler anlamlılığı oluşturan gruptur ( $p=0.2660$ ) (Tablo XXXII).

**Tablo - XXXII Kadınların Eşlerinin Öğrenim Durumu İle 4 ve Üzerinde Gebe Kalma Durumları**

Eşinin Öğrenim Durumu	Gebelik Sayısı				Toplam	
	4 ve üzerinde		1-3 gebelik		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
Okur- Yazar	3	60.0	2	40.0	5	1.3
İlkokul mezunu	39	15.9	211	84.4	250	63.5
Ortaokul ve dengi	3	7.0	40	93.0	43	10.9
Lise ve dengi	7	9.5	67	90.5	74	18.8
Yüksekokul	2	9.1	20	90.9	22	5.4
<b>Toplam</b>	54	13.7	340	86.3	394	100

$$X^2= 12.9$$

$$SD.= 4$$

$$p = 0.0113$$

Okur-yazar eşleri olan kadınlarda 4 ve daha fazla gebe kalma diğer öğrenim durumlarına göre daha yüksek bulunmuştur (%60.0). İlkokul mezunu eşleri bulunan kadınlarda 4 ve daha fazla sayıda gebe kalma %15.9, yüksekokul mezunu eşleri olanlarda ise %9.1 olarak bulunmuştur. Ortaokul ve dengi okullardan mezun eşleri olan kadınlarda ise yüksekokul mezunlarına göre bu durum daha düşük bulunmuştur (%7.0) (Tablo XXXII).

Risk puanlarına göre kadınların gebeliklerinde, sağlık ocağındaki ebeler tarafından izlemleri değerlendirilmiştir. Hiç risk puanı olmayan kadınlar gebeliklerinde sağlık ocağında ebeler tarafından hepsi izlenmiştir (%100.0). Risk puanı arttıkça sağlık ocağında gebenin izleminde azalma görülmektedir. Buna göre 1 risk puanı olan kadınlar %93.6 izlenmiş, 2 risk puanı olanlar %91.7, 3 risk puanı olanlar %88.5, 4 ve daha fazla risk puanı olan kadınlar ise %78.0 oranında izlenmiştir. Risk puanlarına göre, kadınların gebeliklerinde sağlık ocağında ebeler tarafından izlenmeleri arasındaki bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (p=0.0002) (Tablo XXXIII).

**Tablo- XXXIII Risk Puanına Göre Kadınların Gebeliklerinde Sağlık Ocaklarında Ebeler Tarafından İzlenme Durumu**

Risk Puanı	Sağlık Ocağında Ebe İzlemi				Toplam	
	izlenen		izlenmeyen		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Hiç risk puanı olmayanlar	42	100.0	-	-	42	10.7
1 risk puanı	103	93.6	7	6.4	110	27.9
2 risk puanı	88	91.7	8	8.3	96	24.4
3 risk puanı	85	88.5	11	11.5	96	24.4
4 ve daha fazla risk puanı	39	78.0	11	22.0	50	12.7
<b>Toplam</b>	<b>357</b>	<b>90.6</b>	<b>37</b>	<b>9.4</b>	<b>394</b>	<b>100.0</b>

\* Chi-square for trend (Eğimde ki-kare)

\*  $X^2= 13.6$

SD.= 1

p = 0.0002

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

1997 yılı içinde gebeliklerini tamamlayan 414 kadından ulaşılabilen 394 kadının (%95.1), %56.9'u Bağbaşı, %43.1'i Kayhan Sağlık Ocağı bölgelerinde yaşamaktadır.

Kadınların yaş ortalaması  $24.7 \pm 4.7$ 'dir ve %9.6'sı 19 yaş ve altında, %2.8'i ise 35 yaş ve üzerinde riskli gebelik yaşındadır. %3.0'ı ise 150 cm'in altında gebelik ve doğum için riskli boydadır. En uygun doğurganlık yaşı olan 20-29 yaş grubunda doğum yapan kadın oranı %73.3'dür (Tablo I).

Araştırma kapsamına alınan kadınların büyük çoğunluğu ev hanımı (%85.3) iken, eşlerinin ise %66.5'i işçi olarak çalışmaktadır (Tablo II). Eşlerinde çalışmayan ya da işsiz yoktur. Türkiye'de kadınların toplumsal düzeyde ekonomik ve sosyal faaliyetlere katılımı oldukça sınırlıdır. Ülke genelinde işgücüne katılım oranları erkeklerin yarısı düzeyinde iken, bu oran kentsel kesimde erkeklerin işgücüne katılım oranlarının dörtte birine kadar düşmektedir. Çalışmamızda kadınların %14.7 oranında işgücüne katılım gösterdiği ve eşlerine göre oldukça düşük olduğu görülmektedir. Kadınların işgücüne katılım oranı 1993 verilerine göre kırsal kesim için %48.2 iken, kentlerde %15'dir (28). Bulgularımız kentlerdeki verilere benzemektedir. Devlet İstatistik Enstitüsünün (DİE) 1995 Hanahalkı İşgücü Anketi sonuçlarına göre, işgücüne katılma oranı erkeklerde %70.7, kadınlarda %30.3'dür. DİE'ne göre çalışmamızda, erkeklerin işgücüne katılma oranı yüksek iken (%100.0), kadınlarda bu oran oldukça düşüktür (69).

Araştırma kapsamındaki kadınların %75.6'sı, eşlerinin de %63.3'ü ilkokul mezunudur. Bunun yanında okur yazar olmayan kadınların oranı %2.5 iken eşlerinin içinde okur yazar olmayan yoktur. Ülkemizde 1990 yılı için okur-yazar olmayan kadın oranı %31 gibi oldukça yüksek bir düzeydedir (28). Çalışmamızda okur-yazar olmayan kadın sayısı düşük iken, büyük çoğunluğu ilkokul mezunudur (%75.6) (Tablo III).

Çalışmamızda kadınların ilk evlenme yaşlarının ortalaması  $19.5 \pm 2.7$ 'dür. Kadınların %23.6'sı 17 yaş ve altında evlenirken, %31.5'i ise 18-19 yaş arasında, %25.6'sı ise 20-21 yaş arasında evlenmişlerdir (Tablo IV). Ülkemiz genelinde kadınlar için ilk evlilik yaşı ortalama 19 iken Doğuda 18'e düşmektedir. Batı Anadolu için ilk evlenme

yaşı 19.6'dır (12,19). Çalışmamızda da ilk evlenme yaşı Batı Anadolu için belirtilen verilerle benzerdir. Yazıcı'nın Bulak köyünde yaptığı çalışmada kadınların %50'sinin ilk evlenme yaşı 15-19 yaş grubunda olduğu bulunmuştur (18). Sivas ili Kızılırmak ve Yeşilyurt bölgelerinde yapılan bir çalışmada da kadınların %78.8'inin 15-19 yaş arasında evlendikleri, %57,8'inin ilk doğumlarını bu yaşta yaptıkları belirtilmektedir (70). Çalışmamızda bu oran aynı yaş grubu için %55.1'dir (Tablo IV). Kızılırmak ve Yeşilyurt bölgelerindeki kadınların öğrenim durumunun çalışmamıza göre daha düşük olduğu düşünüldüğünde, bulgumuzun düşük olduğu düşünülmeyebilir. Bölgemiz için adolesan evliliklerin bir sorun olduğunu düşündürebilir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde, kadın doğum polikliniğine başvuran kadınlarda yapılan çalışmada, ilk evlenme yaşlarına bakıldığında %11.7'sinin 15 yaş ve altında, %53.5'inin 16-20 yaş arasında olduğu bulunmuştur (17) ve bulgular çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Evlenmenin çok yaygın olduğu ve doğumların hemen hemen hepsinin evlilik içinde meydana geldiği ülkemizde, gebelik riski altına girmenin başlangıcı anlamına gelen ilk evlenme yaşı çok önemli bir demografik göstergedir (12).

Kadınların ilk doğumlarını yaptıkları yaşlarla evlenme yaşları paralellik göstermektedir. 20 yaşından önce anne olanların oranı %31.5'dir. İlk doğum yapma yaşı ortalaması  $21.0 \pm 3.0$ 'dür. Çalışmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu (%68.5) 20 yaş ve sonrasında ilk doğumlarını yapmıştır. Yine de 19 yaş ve altında anne olan kadın sayısı da küçümsenmeyecek orandadır (%31.5) (Tablo IV).

Çalışmaya alınan kadınların %19'u en az bir düşük, %7.1'i en az bir küretaj, %3.6'sı ise en az bir ölü doğum yaparken, % 8.1'inin en az bir çocuğu ölmüştür (Tablo V). Ulaş bölgesinde en az bir düşük yapma oranı %40.50'dir (71). İstanbul'da yapılan çalışmada, en az bir düşük yapma oranı %16'dır (72). Elazığ Devlet hastanesinde yapılan çalışmada ise kadınların %33.3'ünün düşük, %21.1'inin ölü doğum yaptığı bulunmuştur (13). 1993 TNSA'da (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) düşük hızı %28'dir (12). Çalışmamız, İstanbulda yapılan çalışmanın bulgularına daha yakın iken, diğer çalışmalara göre daha düşük görülmektedir. Bunun da nedeni çalışmamıza 15-49 yaş evli kadınların değil de yalnızca doğum yapan kadınların alınmasından kaynaklanabilir. Ortalamalara baktığımızda, düşük sayısı ortalaması  $0.2 \pm 0.3$ , küretaj ortalaması  $0.07 \pm 0.2$ , ölen çocuk sayısı ortalaması  $0.008 \pm 0.6$ , ölü doğum sayısı ortalaması  $0.04 \pm 0.4$ 'dür. Ulaş Eğitim ve

Araştırma bölgesinde yapılan çalışmada, düşük sayısı ortalaması  $0.71 \pm 0.06$ , ölü doğum sayısı ortalaması  $0.17 \pm 0.02$  iken (71), Doğankent Sağlık Eğitim ve Araştırma bölgesinde yapılan çalışmada ölü doğum sayısı ortalaması  $0.05 \pm 0.008$ , ölen çocuk sayısı ortalaması  $0.1 \pm 0.01$ , düşük sayısı ise  $0.2 \pm 0.02$ 'dir (73). Park Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada ise düşük sayısı ortalaması 1.29, küretaj ortalaması 0.88'dir (74). Çalışmamız Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma bölgesinin düşük ortalamasına benzemekle birlikte genel olarak yapılan çalışmalara göre tüm ortalamalarımız daha düşüktür. Yalnızca doğum yapan kadınların alınmış olması etkili olabilir.

Araştırmamızda kadınların %48.1'inin iki yıldan az aralıklarla gebelik yaşadığı, bunun da %20.4'ünün 1-6 ay, %9.8'inin 7-12 ay, %17.9'ununda 13-24 ay arasındaki sürelerde olduğu görülmektedir (Tablo VI). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, kadınların %66.5'inin gebelik arası süreleri iki yıl ve altında bulunmuştur. Bunun %14.5'i 1-6 ay, %19.5'inin de 13-24 ay arasında olduğu görülmektedir (75). Buna göre çalışmamızda gebelik aralığı iki yıldan daha kısa olma %16.4 oranında daha düşüktür. İstanbul'da yapılmış olan çalışmaya küretaja başvuran kadınların alınmış olması ve belli bir risk grubunda olmaları, iki yıldan az gebelik aralığının yüksek bulunmasını etkilemiş olabilir. Çalışmamızda ise doğum yapan sahadaki kadınlar alınmıştır. Yine Elazığ Devlet Hastanesinde yapılan çalışmada iki yıldan az aralıklı gebelik oranı %26.0'dır (13). Bu çalışmaya göre ise bulgularımız %22.1 daha fazladır. Elazığ'da yapılan çalışmaya hiç doğum öncesi bakım almayan kadınlar alınmıştır ve öğrenim durumları çalışmamızdaki kadınlara göre daha düşüktür. Bununla birlikte iki yıldan az aralıklı gebelik oranı daha düşük belirlenmiştir. Kızıllırmak ve Yeşilyurt bölgelerinde yapılan çalışmada, kadınların %69.0'unun bir yıl ve altında gebelik aralığı olduğu belirtilmektedir (70). Çalışmamızda bu oran %30.2'dir (Tablo VI). Bu çalışmaya göre bölgemizde gebelik aralıkları açısından risk faktörü daha düşük görülmektedir. Ancak çalışmamıza alınan kadınların yarıya yakınının (%48.1) iki yıldan az aralıklı gebelik yaşaması ve bununda 1-6 ay arasında daha fazla (%20.4) görülmesi dikkat çekici ve önemlidir. Bölgemizde gebelik aralığı açısından yarıya yakın oranda risk altında bulunan anne ve bebek grubu olduğunu söyleyebiliriz. Bu çalışmanın yapıldığı bölgelerde aile planlaması hizmetlerinin istenen düzeyde olmadığı düşünülebilir ve aile planlaması konusunda eğitim eksikliğini yansıtabilir. Yine çalışmamızda %55.1 kadının 19 yaş ve altında evlenmesi, %31.5 kadın da 19 yaş ve altında ilk doğumunu yapması (Tablo IV), iki yıldan az aralıklı gebeliklerin fazla

olmasında etkisi olabilir. Çalışmalar iki yıl aralıklarla yapılan doğumların anne ve bebek ölümleri açısından risk taşıdığını göstermiştir (20).

Kadınların bir önceki gebeliklerinin %63'ü normal doğumla sonlanmasına karşılık %37'si risk faktörü oluşturabilecek şekillerde sonlanmıştır (Tablo VIII). Riskli sonlanan gruptaki kadınlar özellikle dikkatli bir doğum öncesi bakım gereksinimi olan kadınlardır.

Araştırmamızda ortalama canlı doğum sayısı  $1.9 \pm 1.2$ , ortalama yaşayan çocuk sayısı ise  $1.8 \pm 1.0$ 'dir (Tablo VII). Ortalama canlı doğum sayısı ile ortalama yaşayan çocuk sayısının karşılaştırılması, çocukların hayatta kalma durumlarının kabaca değerlendirilmesini sağlar. 1993 TNSA'ya göre ortalama canlı doğum sayısı 2.0, yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.8'dir (12). Çalışmamız TNSA'nın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Tablo VII'de kadınların canlı doğum sayısı ile yaşayan çocuk sayıları arasındaki farklılık belirgin bir şekilde gözlenmektedir. Bu farklılık özellikle 4 ve daha fazla çocuğu olanlarda dikkat çekicidir. Canlı doğum sayısı arttıkça, çocukların yaşama şansının azaldığı söylenebilir. 1988'de Türkiye'de bebek ölümlerini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, bebek ölümleri, canlı doğan çocuk sayısına göre incelenmiş, annenin doğumdaki yaşı da göz önüne alınarak tutarlı bir ilişki belirlenmiştir. Doğan çocuk sayısının 4 ve daha fazla olmasının, özellikle anne doğurganlık çağının ileri yıllarında bulunduğu zaman bebek ölümleri açısından çok daha fazla risk taşıdığı belirtilmiştir (76). 1993 TNSA'da elde edilen bulgulara göre, en düşük ölüm riskleri, ikinci ve üçüncü çocuklarda gözlenmekte, yedinci ve daha sonraki çocuklar arasında çok yüksek ölüm hızları söz konusu olmaktadır (12,19).

Çalışmamızda kadınların son gebeliklerinin %4.3'ü prematüre, %0.3'ü postmatüre, %13.5'i sezaryan, %2.3'ü müdahaleli doğumla, %86.5'i hastanede, %0.8'i ise evde kendi kendine sonlandığı görülmüştür (Tablo IX). 1993 TNSA'ya göre son beş yılda doğan bebeklerin %8'inin sezaryanla ve %3'ünün preterm doğduğu görülmektedir. Yine kentlerde doğumların %73'ü sağlık kuruluşlarında gerçekleşirken, kendi kendine doğum Batıda %0.6, Doğu'da %2.3'dür (12). Çalışmamızda sezaryan ve prematüre doğum biraz yüksek bulunmasına karşın evde kendi kendine doğum oranı TNSA ile benzemektedir. İzmir metropolinde yapılan bir çalışmada prematüre doğum %3.84, postmatüre doğum %0.48'dir (7) ve bulgularımız uyumludur. İstanbul'da yapılan bir çalışmada ise prematüre

doğum %15.3, postmatüre doğum %8.9 sezeyanla doğum %13.3 bulunmuştur (72). Amerika'da ise prematüre doğum oranı 1981'de %9.4'den, 1989'da %10.7'ye yükselmiş ve 1994 yılında %11.1'dir (60). Çalışmamızda, kadınların gebeliklerinin daha az riskli sonlandığı söylenebilir.

Doğan bebeklerin %5.1'i 2500 gr'ın altında, %7.9'u 4000 gr ve üzerinde, %5.1'i de 46 cm ve altında risk faktörlerinde bulunmaktadır. %11.7 bebeğin doğum kilosu, %17.0 bebeğinde doğum boyu bilinmemektedir (Tablo X). İzmir'de yapılan çalışmada %13.9 oranında 2800gr ve altında, %8.17 oranında da 4000gr ve üzerinde doğum ağırlığı var iken (7), İstanbul'daki çalışmada 2500gr ve altında %12.3, 4000gr ve üzerinde %2.46'dır (72). Ülkemizde düşük doğum ağırlıklı bebek 1990 yılı için %8 oranındadır (10). Çalışmamızın yapıldığı bölgelerde, bebeklerin riskli doğum ağırlığı ve boyu düşüktür. Bebeklerin %11.7'sinin kilosu, %17.0'sinin de boyu bilinmemektedir ve kayıtlarda da yoktur (Tablo X). Bilinmeyen doğum ağırlığı ve boyun da göçlerden dolayı kayıtların düzenli tutulmaması, doğan bebeklerin kilo ve boy ölçümlerinin zamanında yapılmamasından kaynaklanabilir bu durumda konunun yeterince önemsenmediğini yansıtabilir.

Araştırmamızda ise hiç DÖB almayan gebe oranı %0.5 bulunmuştur (Tablo XI). Bu oldukça olumlu bir sonuçtur. 1988 TNSA'da kadınların sadece %43'ü son doğumlarında doktor ya da diğer sağlık personelinin DÖB alırken, 1993 TNSA'da gebelerin ancak %63'ü en az bir sağlık personelinin DÖB almaktadır. Bölgelere göre DÖB almada, Batı bölgesinde bu oran %86.3'tür (12,16,26).

Gebelerin evde ortalama izlem sayısı  $2.4 \pm 1.4$ , bebeklerde ise bu ortalama  $1.9 \pm 0.8$  iken, sağlık ocağında yapılan izlemlerin ortalamaları, gebelerde  $4.5 \pm 2.2$ , bebeklerde  $3.9 \pm 2.02$ 'dir (Tablo XII). Sağlık bakımı hizmeti almada daha yakın ve ulaşılabilir sağlık personeli olan ebe/hemşirelerin, gebeleri ve bebekleri sağlık ocaklarında daha fazla izledikleri, evde ise izlem sayılarının daha düşük olduğu görülmektedir. Bunun nedenlerinin belirlenmesi evde bakım hizmetlerinin artırılmasına katkıda bulunabilir.

Kadınların gebelerinde zararlı alışkanlıklardan %9.6'sı sigara, %1.8'de alkol kullanırken eşlerinin ise %62.2'si sigara, %18.3'ü de alkol kullanmaktadır ve oranlar

arasındaki farklılık istatistiksel olarak da anlamlıdır (Tablo XIII). Elazığ Devlet hastanesinde yapılan çalışmada, gebelerin %16.3'ünün sigara kullandığı ve alkol almadıkları, bununda düşük oranda, bölgeden beklenen bir durum olduğu belirtilmiştir (13). Çalışmamızda alkol kullanımı az da olsa bulunmasına karşın sigara kullanımı daha düşüktür. Yaman ve arkadaşlarının çalışmasında gebelerin eşlerinin %72.9'unun sigara içtiği, gebelerin kendilerinin sigara içsin ya da içmesin büyük oranda sigara dumanının etkisinde kalmalarının pasif içiciliği gösterdiği, bununda fetüs üzerinde olumsuz etkileri olacağı belirtilmektedir (52). Çalışmamızda eşlerin sigara kullanımı fazladır. Kadınların bebeklerinde sigara ve alkol kullanımına bağlı herhangi bir risk faktörü gelişimi incelenmemiştir.

Kadınlar gebelikleri süresince %35.0'i 9 kg dan az, %36.6'sı 9-13 kg arasında, %19.8'i ise 13 kg dan fazla kilo alırlarken, %8.6'sı da bilmemektedir (Tablo XIV). Elazığ Devlet hastanesindeki çalışmada kadınların %16.3'ü 9kg dan az, %8.1'i 16kg den fazla, %55.2'si de ne kadar kilo aldıklarını bilmediklerini belirtmiştir (13). Çalışmamızda aldığı kiloyu bilmeyen kadın sayısı az olmasına karşın 9kg dan az kilo alan gebe sayısı yüksektir. DÖB alma oranının yüksek olduğu göz önünde bulundurulursa, gebelikte kilo almanın önemi ve beslenme eğitiminin yeterli olmadığı düşünülebilir. Annenin kilo almasının, bebeğin doğum ağırlığı ve boyunu etkilemesi konusunda anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Oysa literatürde gebelik öncesi ağırlıkların her kademesinde, doğum ağırlığı ile analıkla ilgili kilo alma arasında doğrusal bir ilişki bulunmuştur. Can Fransisco, California Üniversitesinde yapılan çalışmada, kilo almanın doğum ağırlığı üzerindeki etkisi, normalin altı ağırlıkta, ideal ağırlıkta ve normalin biraz üstü ağırlıkta olan kadınlar için istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ve kilo almanın normalin üstünde ağırlıktaki grup hariç bütün ağırlık gruplarında, doğum ağırlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (77). Çalışmamızda kadınların gebelikte almış oldukları kilo ile bebeklerinin doğum ağırlığına etkisi konusunda istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır.

Çalışmamızda akraba evliliği oranı %20.3'dür (Tablo XV) Türkiye'de yapılan her beş evlilikten birinde eşler akrabadır (19). İzmir'de yapılan bir çalışmada akraba evliliği yaygınlığı %23.59'dur (78). Ulaş Eğitim ve Araştırma Bölgesinde ise %22.32 belirtilmiştir (71). Çalışmamızda da oranlar benzemektedir.

Gebeliğe ve doğuma bağlı bebeklerdeki doğumsal anomali ve hastalık görülme oranı %3.6'dır (Tablo XVI). İzmir'de yapılan çalışmada sağlık problemi olmayan bebek oranı %91.83'dür (7). Çalışmamız bebeklerle ilgili aynı sağlık problemlerini yansıtmamakla birlikte daha düşük orandadır. Bu DÖB hizmetlerinin yararlılığını ortaya koyabilir.

Çalışmamızda son gebeliğini istemeyen kadın oranı %16.5'dir (Tablo XXI). Ülkemizde gebe kalan kadınların %47.4'ü son gebeliklerini istemediklerini ya da planladıklarını son beş yılda doğum yapan kadınların %27'si gebeliklerinin istemeden olduğunu bildirmişlerdir. Bölgelere göre ise son beş yılda son doğumunu istemeden yapan kadınlar Batı da %18.6'dır (26). Çalışmamızda son gebeliğini istemeyen kadın oranı daha düşüktür. Riskli gebelik yaşındaki kadın sayısının çalışmamızda az olması bunun nedeni olabilir (%13.4).

Kadınların gebeliklerini istememe durumları ile ilgili değişkenler incelendiğinde; Kadınların yaşının, son gebeliklerini istememede etkili ve istatistiksel olarak da anlamlı olduğu görülmektedir ( $p < 0.001$ ). 20-24 yaş grubunda son gebeliğini istememe oranı %7.8 iken, bu oran 19 yaş ve altında %13.2'dir. 25 yaşından, özellikle de 30 yaştan sonra isteme oranı hızla artmaktadır (Tablo XXI). 19 yaş ve altındaki kadınların genç yaşta ve evliliklerinin ilk yıllarında çocuk istemedikleri, ileri yaştaki kadınların ise, sahip oldukları çocuk sayısını yeterli düşündüklerinden, başka çocuk istemediklerini söyleyebiliriz. 1993 TNSA'da, kadınların son düşüktükleri için belirttikleri nedenler içinde en çok belirtilenin, sahip olduklarından başka çocuk istememe olduğu ve yaş ilerledikçe düşük nedeni olarak artık çocuk istememeyi öne sürenlerin çoğunlukta olduğu belirtilmiştir (12). Çalışmamızda düşük ve son gebeliğini istememe oranları az olmasına karşın yine de aile planlaması hizmetleri konusunda bu gruba eğitimin yetersiz olduğunu düşünebiliriz.

Son gebeliğini istememe okur-yazar ve okur-yazar olmayanlarda yüksek iken, ilkokul ve daha üst öğrenimlerde bu oranlar anlamlı şekilde düşmektedir ( $p < 0.01$ ) (Tablo XXI). Park Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan çalışmada öğrenim düzeyi düşük olanlarda, korunmama oranının daha yüksek, etkili yöntem kullanma oranının daha düşük olduğu belirtilmiştir (74). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde gebeliği önleyici yöntemlerin varlığı göz önünde bulundurulursa, çalışmamızda da öğrenim düzeyi yüksek olan kadınların Aile Planlaması hizmetlerini daha iyi kullandıklarını ve gebeliklerini istemelerine

göre planladıkları söylenebilir. Elazığ Devlet hastanesinde yapılan çalışmada da kadınların eğitim durumu arttıkça, gebeliğin kabulü ile ilgili sorunların ortadan kalktığı belirtilmektedir (13).

Kadınların mesleklerine göre son gebeliklerini istememe durumu, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçilerinde daha yüksek bulunmuştur (%37.0). Bunu memur olarak çalışan kadınlar (%20) ve ev hanımı olanlar (%15.5) izlemektedir. Ancak işçi olarak çalışan kadınlarda son gebeliğini istememe diğer çalışan gruba göre daha düşüktür (%7.7). Bu durum işçi olarak çalışanların daha az sayıda çocuğa sahip olmaları ile açıklanabilir. Çalışmamızda 4 ve daha fazla sayıda çocuğu olan kadınların son gebeliklerini daha yüksek oranda istemedikleri (%58.8) görülmektedir ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0.001$ ). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı bulunmamış olmasına karşın, iki yıldan az aralıklarla gebe kalan kadınlarında son gebeliklerini biraz daha yüksek oranda istemedikleri görülmektedir (Tablo XXI).

Gebelik aralığının bazı değişkenlerle olan ilişkisi araştırıldığında, iki yıldan az gebelik aralığının, kadınların yaşları arttıkça azaldığı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ) (Tablo XXII). Yaş gruplarının artmasıyla son gebeliğini istememe oranının artması (Tablo XXI) ve sahip olunan çocuk sayısının 4'den fazla olması (Tablo XXIV), yaşla birlikte gebelik aralığının azaldığını desteklemektedir.

Kadınların öğrenim durumu ile iki yıldan az aralıklarla gebe kalmaları arasında istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır ( $p>0.05$ ) (Tablo XXII). Öğrenim durumu ortaokul ve üzerinde olan kadınların son gebeliklerini istememeleri daha düşük (Tablo XXI), 4 ve üzerinde gebelik (Tablo XXIII) ve yaşayan çocuk sayıları yine daha düşük (Tablo XXV) iken iki yıldan az aralıklı gebelikleri daha yüksektir (Tablo XXII). Özellikle gebelik ve yaşayan çocuk sayılarının az olması eğitimi yüksek olan kadınların daha kısa aralıklarla çocuk sahibi olmak istediklerini düşündürmektedir. İstanbul'da yapılan çalışmada iki yıldan az aralıklarla doğum yapanların genellikle düşük öğrenim grubunda yoğunlaştığı ve istatistiksel anlamlılık düzeyine ulaşamadığı belirtilmektedir (72). Çalışmamızda istatistiksel bir anlamlılığı bulunmamakla birlikte, kendi hesabına ve ücretsiz aile işçisi olarak çalışan kadınlarda iki yıldan az aralıklı gebelik oranı %62.5, memurlarda %66.7, işçi olarak çalışanlarda %50 ve ev hanımlarında %47.5'dir (Tablo

XXII). Memur olarak çalışanlardaki bu yüksek oran, öğrenim durumu yüksek olan kadınların iki yıldan az aralıklı gebeliklerinin fazla olmasını da desteklemektedir. Çalışan kadınlarda gebelik aralığı daha kısadır ve bu kadınların sağlık hizmetlerinden daha az yararlandıkları düşünülebilir.

Tablo XXIII, XXIV, XXV de 4 ve daha fazla gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocukları olan kadınların, yaş, öğrenim durumu ve meslek değişkenleri açısından etkileri araştırılmıştır. Kadınların yaş grupları arttıkça 4 ve üzerindeki gebelik ve canlı doğum sayılarının arttığı da görülmektedir. Bu durum özellikle 35 yaş ve üzerinde daha da fazladır. İstatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Ancak Tablo XXV de kadınların yaşları arttıkça, 4 ve üzerinde yaşayan çocuğa sahip olma durumlarının aynı doğrultuda artmadığı görülmektedir. 30-34 yaş grubunda 4 ve üzerinde yaşayan çocuğu olanlar %21.4 iken 35 yaş ve üzerinde %18.2'dir. Bu durum risk faktörü olarak belirlenen 35 yaş ve üzerindeki gebelik ve doğumlarda bebeklerin yaşama şansının azalmasını desteklediği söylenebilir. İzmir'de yapılan çalışmada doğum sayısı ile anne yaşı arasında yapılan ileri analizde, yaşla doğum sayısının anlamlı bir şekilde arttığı ve yine canlı çocuk sayısı ile anne yaşı arasında da anlamlı bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir (7). Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde yapılan çalışmada da, annelerin yaşları arttıkça ortalama gebelik ve ortalama yaşayan çocuk sayılarının arttığı görülmektedir (73). İzmir'de yapılan bir diğer çalışmada da deneklerin yaşlarının ilerlemesi ile gebelik sayıları ve canlı doğum sayılarının belirgin bir şekilde arttığı bulunmuştur (79). Park Sağlık Ocağı bölgesindeki çalışmada yine gebelik ve doğum sayılarının yaşla arttığı belirtilmiştir (74). Çalışmamız, yapılan çalışmalarla benzer sonuçları yansıtmaktadır.

Kadınların öğrenim durumlarının yükselmesi ile 4 ve üzerinde gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayılarının azaldığı ve bunlarında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.01$ ). Özellikle ilkokul mezunu olmayan kadınlarda bu durum daha yüksektir. Park Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan çalışmada öğrenim düzeyi yükseldikçe, doğum ve gebelik sayılarının azaldığı belirtilmektedir (74). İzmir'deki çalışmada eğitim durumlarına göre doğurganlık davranışları incelenmiş, okur-yazar olmayan (%90.48) ve ilkokul mezunu olan kadınların (%70.05), 3 ve daha fazla gebeliği görülürken, ortaokul ve üzerinde eğitimi olanlarda %45.90 bulunmuştur (79). Yine canlı doğum sayılarında da eğitim durumunun artmasıyla çok çocuk isteyen deneklerin oranının azaldığı belirtilmiştir.

Sivas il merkezinde yapılan çalışmada okur-yazar olmayan ve okur yazar grupta 4 ve üzerinde gebelik sayısı olanların sıklığı %64.1, yaşayan çocuk sayısı 4 ve üzerinde olanların sıklığı %59.5 olup, ilkokul ve üzeri eğitime sahip olanların istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu belirtilmiştir. Ayrıca 4 ve üzeri gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısına sahip olanların sıklığı ilkokul ile orta ve üzeri okul mezunları arasında anlamlı fark göstermekte olduğu belirtilmiştir (80). Bu bulgular çalışmamızla uygunluk göstermektedir.

Kadınların mesleklerine göre değerlendirme yapıldığında tüm tablolarda istatistiksel bir anlamlılık bulunamamıştır. Ancak, 4 ve daha fazla sayıda gebeliğe sahip olma tüm meslek gruplarında görülürken, kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçilerinde %36.4, memurlarda %20.0, ev hanımlarında %12.8 ve işçi olarak çalışanlarda %7.7'dir (Tablo XXIII). Tablo XXI de son gebeliklerini istememe işçilerde yine düşük bulunmasına karşın, diğer çalışanlarda yüksek bulunmuştur. Bu da belki işçi kadınların sosyal güvencelerinin yetersizliğini gösterebilir. Ev hanımlarında %6.3 olan 4 ve daha fazla canlı doğuma sahip olma, ücretsiz aile işçileri ve diğerlerinde %13.6'dır (Tablo XXIV). Kadınların 4 ve üzeri gebeliklerinin (Tablo XXIII) ev hanımları ve ücretsiz aile işçilerinde yarıya yakın oranlarda canlı doğumla sonuçlanmadığı, yine işçi ve memurlarda ise 4 ve üzerinde canlı doğumun olmadığı görülmektedir (Tablo XXIV) ve bu gebeliklerin düşük, küretaj veya ölü doğumla sonuçlandığı söylenebilir. Tablo XXVI da, kadınların mesleklerine göre düşük yapmalarında, özellikle kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçilerindeki ve diğer meslek gruplarındaki düşük yapma oranının yüksekliği bunu desteklemektedir. Çalışmamızda 4 ve üzerinde canlı doğumu ve yaşayan çocuğu olanların çalışan grup içinde yalnızca ücretsiz aile işçilerinde olması dikkat çekicidir. Bu da, kadınların sosyal güvencelerinin olmamasını, çocuğu ekonomiye katkı ve tarım işçisi olarak düşünmüş olmalarını yansıtabilir.

Kadınların yaş gruplarına göre düşük yapma durumlarında, kadınların yaşları ile düşük yapma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ). 19 yaş ve altında %10.5, 20-29 yaş grubunda %16.5 oranında düşük yapan kadın var iken, 30-34 yaş grubunda %33.9, 35 yaş ve üzerinde ise %27.3 oranında düşük vardır. 35 yaş ve üzerinde düşük yapan kadın sayısı az görülmektedir. Bu da o yaş grubundaki kadın sayısının az olmasından ya da tesadüfi kaynaklanabilir (Tablo XXVI). Kayseri ilinde yapılan retrospektif bir çalışmada, gebelerin yaş grupları ile düşük sayıları arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.01$ ). Yaşla birlikte düşük yapma oranının anlamlı olarak arttığı belirtilmiştir (81). Çalışmamız da bu araştırmadaki sonuca benzemektedir.

Yaş gruplarına göre kadınların ölen çocuklarının olması durumu araştırıldığında da yaşın arttıkça ölen çocuğu olanların sayılarının arttığı görülmektedir ( $p<0.001$ ) (Tablo XXVII). Çalışmamızda 30 yaş ve üzerindeki kadınlarda gebelik (Tablo XXII), canlı doğum (Tablo XXIV) ve yaşayan çocuk sayılarının yüksek olması (Tablo XXV), bu bulgumuzu desteklemektedir. Çocuk ölümlerinde annenin eğitim düzeyi ve bölgelerin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyi çok önemli rol oynamakla birlikte, eğitim düzeyi ve yerleşim yeri ne olursa olsun, canlı doğum sayısı arttıkça çocuk ölümlerinin de arttığı gözlenmektedir. Doğum sayısının az olması doğan çocukların yaşama şansını arttırmaktadır (26).

Kadınların öğrenim durumlarına göre düşük yapanlar incelendiğinde, okur-yazar olmayanlarda yüksek bulunmakla birlikte (%30.0), diğer gruplarda düşük yapma oranını biraz daha düşük ve birbirine yakın olduğu görülmektedir (Tablo XXVI). Sivas il merkezinde yapılan bir çalışmada okur-yazar olmayan ve okur-yazar grupta %39.2 oranında düşük yapan kadın var iken, diğer öğrenim gruplarında yine aynı düzeylerde olduğu görülmektedir (80). Öğrenim durumunun düşük yapma oranını çok fazla etkilemediği söylenebilir. Öğrenim durumuna göre ölen çocuğu olanlar incelendiğinde, ilkokulu bitirmemiş olanlarda (%25.5) diğerlerine göre en yüksektir (Tablo XXVII). Burada öğrenim durumunun ölen çocuğu etkilediği görülmektedir ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Ancak ilkokul ile ortaokul ve dengi mezunu kadınlar arasında öğrenimin yükselmesi ile ölen çocuğu olma durumunu azaltması beklenildiği halde ortaokul ve dengi mezunlarda, ilkokul mezunlarına göre bu oran daha yüksektir. Bu da çalışmaya alınan kadınların daha yüksek oranda (%75.6) ilkokul mezunu olmasından kaynaklanabilir (Tablo XXVII).

Araştırma kapsamına alınan kadınlarda yaş gruplarına göre küretaj yaptırma arasındaki ilişkiye bakıldığında; 20-24 yaş grubunda en düşük iken (%4.3), 19 yaş ve altında (%5.3) biraz daha yüksek, 25-29 yaş grubunda %7.8, 30-34 yaşta %12.5 ve 35 yaş ve üzerinde ise %27.3'e çıktığı, iki katından daha fazla oranda arttığı görülmektedir.

İstatistiksel olarak da anlamlı bir ilişki vardır ( $p<0.05$ ) (Tablo XXVIII). Park Sağlık Ocağı bölgesinde yapılan çalışmada da yaşın ilerlemesine koşut olarak küretaj geçirme oranlarının da arttığı belirtilmektedir. Aynı çalışmada, öğrenim düzeyi küretaj ilişkisinde, öğrenim düzeyinin küretaj geçirip geçirmemeyi büyük ölçüde etkilemediği belirtilmiştir (74). Çalışmamızda da kadınların öğrenim durumu ile küretaj olmaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0.05$ ).

Önceki gebelikleri risk faktörü ile sonlananlarda %8.0 olan prematüre ve postmatüre sonlanma, normal doğumlarda %1.4'dür. Önceki gebeliğin risk faktörlü olması bir sonraki gebeliğin de risk faktörlü olmasında önemli rol oynamaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo XXIX).

Son gebelikte prematüre sonlanma, üriner enfeksiyon geçirenlerde %8.2 ( $p<0.05$ ), preeklampsi öyküsü olanlarda %16.7 ( $p<0.05$ ) ve gebelik aralığı iki yıldan az olanlarda %6.2 ( $p>0.05$ )'dir (Tablo XXX).

Son gebelikte doğumsal anomalili ve hastalıklı çocuk doğurma, anne ve babanın kan uyuşmazlığında %16.0 ( $p<0.01$ ), gebelik aralığı iki yıldan az olanlarda %6.2 ( $p<0.05$ ), 4 ve üzerinde canlı doğumu olanlarda %12.5 ( $p>0.05$ )'dir (Tablo XXXI).

Kadınların 4 ve daha fazla gebe kalma sayıları, eşlerinin öğrenim düzeyinin yükselmesi ile azalmaktadır. Bu azalma istatistiksel olarak da anlamlıdır ( $p<0.05$ ) (Tablo XXXII). Ortaokul ve üzerindeki öğrenim durumlarında bu oranların daha düşük olduğu dikkati çekmektedir. Abidinpaşa Eğitim, Araştırma ve Sağlık Grubu Başkanlığı Bölgesinde yapılan çalışmada, eşin öğrenim düzeyinin arttıkça toplam canlı doğum, gebelik ve yaşayan çocuk sayısının azaldığı bulunmuştur (82).

Kadınların %89.3'ünde en az bir risk faktörü saptanmıştır. En fazla 8 risk puanı var iken, %10.7 oranında kadın hiç bir risk puanı almamıştır. Kadınların 1 (%27.9), 2 (%24.4) ve 3 risk puanı alma oranı (%24.4) yüksek iken, 4 ve üzerinde sahip oldukları risk puanı düşmektedir (%12.7) (Tablo XIX). Ülkemizde olabilecek gebeliklerin %68'inde en az bir riskli durum mevcuttur (19). Çalışmamıza göre bölgemizdeki kadınlar daha az risk faktörüne sahiptir.

Kadınların hiç risk puanı almama yüzdesi daha düşükken, bebeklerinde bu yüzde daha yüksek bulunmuştur (%67). Yani gebelikteki risk faktörleri, anne üzerinde daha çok olumsuz olurken, yenidoğan bebeklerinde ilk gözlemlerde daha düşük risk oluşumuna neden olduğu söylenebilir (Tablo XX). En az bir risk faktörüne sahip bebek oranı %24.4'dür.

Kadınların risk puanına göre ebeler tarafından sağlık ocaklarında izlenme durumlarına bakıldığında, kadınların sahip oldukları risk puanının arttıkça, sağlık ocaklarında izlem durumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir azalma olduğu görülmektedir ( $p<0.001$ ) (Tablo XXXIII). Bu da ebelerin, gebeleri diğer sağlık kuruluşlarına sevk ettiğini gösterebileceği gibi, kadınların risk faktörlerinin fazlalığında özel hekim veya hastanelere başvurduğunu da düşündürülebilir.

Bu araştırma Kayhan ve Bağbaşı sağlık ocağı bölgelerinde 1997 yılında doğum yapan kadınların doğurganlık özelliklerini, gebeliklerindeki ve bebeklerindeki risk faktörlerini belirlemeyi ve değerlendirmeyi sağladı. Sonuç olarak bu çalışma;

- Bölgemizde kadınların yarıya yakınının iki yıldan az aralıklarla gebelik yaşadığı; bunun büyük çoğunluğunun 1-6 ay arasında olduğu ve kadının öğrenim düzeyinin düşük ya da yüksek olmasının iki yıldan az aralıklarla gebe kalmayı etkilemediği,
- Çalışmanın yapıldığı bölgede, ilk evlilik yaşı ortalamasının düşük olmadığı ancak yine de adolesan evliliklerin ve annelerin sayısının da az olmadığı,
- Bölgede her beş evlilikten birinin akraba evliliği olduğu ve oldukça yaygın olduğu,
- 20-29 yaş grubundaki kadınların doğurganlıklarının yüksek olduğu, 20-24 yaş grubundaki kadınların, 25-29 yaş grubuna göre daha fazla doğurgan olduğu ve 29 yaşından sonra doğurganlığın azaldığı,
- Kadınların yaşlarının artması ile gebe kalmayı istememelerinin ve iki yıldan az aralıklı gebelik oranının azaldığı, yaşın artması ile 4 ve daha fazla gebeliğin, canlı doğumun ve yaşayan çocuk sayısının, düşük, kürtaj ve ölen çocuğu olma durumlarının da arttığı,

- Kadınların öğrenim düzeyinin yükselmesi ile son gebeliklerini istememe oranlarının, 4 ve daha fazla sayıda gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayılarının azaldığı, öğrenim düzeyi düşük olan kadınlarda ise doğurganlığın daha yüksek olduğu,
- 4 ve daha fazla yaşayan çocuğu ve iki yıldan az aralıklı gebeliği olan kadınların son gebeliklerini daha yüksek oranda istemediklerini,
- Canlı doğum sayısının artmasının, yaşayan çocuk sayısını olumsuz olarak etkilediği,
- Kadınların önceki gebeliklerinin risk faktörlü sonlanması, bu gebeliğinde de etkili olduğu ve daha fazla risk faktörlü sonlanma gösterdiği,
- Gebelik sayısında, kadınların öğrenim durumunun yanında, eşlerinin öğrenim düzeylerinin de etkili olduğu,
- Kendi hesabına çalışan ve ücretsiz aile işçisi olan kadınların son gebeliklerini daha yüksek oranda istemedikleri buna karşın daha fazla iki yıldan az aralıklı gebelik yaşadıkları, 4 ve daha fazla sayıdaki gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayılarının yüksek olduğu,
- Bölgedeki kadınların DÖB alma durumlarının yüksek olduğu, ancak gebe ve bebeklerin ebeler tarafından sağlık ocaklarında daha yüksek oranda izlendiği, evde yapılan izlemlerin daha az olduğu,
- Yapılan risk planlamasında, kadınların hiç risk puanı olmayan oranı daha düşük iken, bebeklerinde hiç risk puanı almama daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Bu sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir;

- Riskli gebeliklerin ana ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri değerlendirildiğinde, anneyi ve bebeği kaybetmemek için risk faktörlü gebelerin korunmasına öncelik verilmelidir. Bu bağlamda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinin verildiği sağlık ocaklarında;

gebelerin risk faktörlerinin belirlenerek DÖB hizmetlerinin planlanması, izlem sıklıklarının düzenlenmesi, gebelere eğitimin sağlanması gerekir.

- Ana çocuk sağlığı hizmetlerini yürüten ebe/hemşirenin, eğiticilik, danışmanlık ve teknik beceri rollerini daha iyi yapabilmesi için, sürekli hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekir. Ayrıca bütün sağlık ocaklarında gerek sağlık personelinin yararlanması gerekse halkın yararlanabilmesi için ana ve çocuk sağlığına ve aile planlamasına yönelik eğitici yayımların bulunduğu kütüphaneler oluşturulabilir. Sağlık ocaklarında eğitim ve bakım hizmetlerinin halkın bulunduğu yere götürülmesine (evlere, iş yerlerine) çalışılmalıdır. Özellikle eğitimlerde gebelik kadına özgü bir sorunmuş gibi yalnızca kadına değil eşlerine de verilmelidir. Ayrıca eğitimde kitle iletişim araçları yoluyla etkin programlar geliştirilebilir.

- Ailelerin bilinçlendirilerek kız çocukların başta olmak üzere çocuklarının öğrenim düzeyini arttırmaları konusunda eğitim verilmelidir. Bu durum özellikle kız çocuklarının öğrenim düzeyinin artması ile sosyal statülerinin artmasını, adolesan evliliklerin ve doğumların azalmasını, bebeklerine daha iyi bakımı ve yapılan eğitimlerden de daha iyi yararlanmalarını sağlayabilir.

- Kadının çalışma hayatına katılması sağlanmalı, iş olanakları yaratılmalıdır. Ancak kadın ücretsiz aile işçisi olarak düşünülmemelidir, değer verilmelidir.

- Gebelikteki risk faktörlerine ilişkin son yıllarda fazla çalışma yapılmadığı ve ana çocuk sağlığına ilişkin bu önemli konunun süreklilik içinde araştırmalarla gündeme getirilmesi gerektiği görülmüştür.

## VI. ÖZET

Araştırma, Kayhan ve Bağbaşı sağlık ocağı bölgelerinde 1997 Yılı içinde doğum yapan kadınların, gebeliklerindeki bazı risk faktörlerini değerlendirmek ve bebeklerine etkilerini belirlemek amacıyla anket yöntemi ile kesitsel ve tanımlayıcı olarak yapıldı. 414 doğum yapan kadının 394'üne (%95.1) ulaşıldı. Veriler SPSS 6.0 ve Epi-Info 5.0 programlarında değerlendirildi.

Kadınların yaş ortalamaları  $24.7 \pm 4.7$ 'dir. Kadınların %89.3'ünde en az bir risk faktörü saptanırken, bebeklerde bu oran %24.4'dür. Kadınların son gebeliklerindeki risk faktörlerinde iki yıldan az aralıklı gebelik (%48.1) ilk sıralardadır. Diğer önemli risk faktörlerinde, 9000 gr. altında kilo alma (%35.0), üriner sistem enfeksiyonu geçirme (%24.6), akraba evliliği (%20.3) yer almaktadır. Bebeklerde ise sezeryan ile doğum (%13.59, 4000 gr. üzerinde olma (%7.9) ve 2500 gr. altında olma (%5.1) yer almaktadır.

İki yıldan az aralıklarla gebe kalma riski, kadınların yaşları arttıkça azaldığı ortaya koyulmuştur ve istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p < 0.001$ ). Son gebeliğini isteme ile kadınların yaşı arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0.001$ ), yaşın artması ile 4 ve üzerinde gebe kalma sayısının arttığı ortaya çıkarılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ( $p < 0.001$ ) bulunmuştur. Kadınların öğrenim durumunun yükselmesi ile 4 ve daha fazla canlı doğumu olması arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki ( $p < 0.01$ ) bulunmuştur. Kadınların gebeliklerinde yüksek risk taşımadıkları bununla birlikte bölgede risk faktörlerinin varlığını sürdürdüğü saptanmıştır. Kadınlara, eşlerine ve sağlık personeline eğitimin sürekliliğinin sağlanması önerilmiştir.

## SUMMARY

The investigation was performed in order to find out the risk factors of the women during their pregnancy who gave birth in 1997 and to evaluate the effects of these on their babies by using questionnaire as cross-sectional and desceraption 394 women out of 414 (95.1%) were applied and the data were evaluated in SPSS 6.0 and Epi-Info 5.0 programs.

The mean age of women is  $24.7 \pm 4.7$ . While at least one risk factor is determined in 89.3% of women, this percentage is 24.4%. Among the risk factors in the last pregnancy occuring less than 2 years in the first place. The other important risk faktors are as fallows: Putting on weigth below 9 kilos (35.0%), having an ürinary system infection (24.6%), marriage between relatives (20.3%). The risk factors in infants are birth by suction (13.5%), being over 4000 gr (7.9%) and being below 2500gr (5.1%).

It has been found out that the risk of pregnant less than 2 years decreases as the women get older and has been accurate according to the statistico ( $p < 0.001$ ). It has been found out there is a reasonable connection between the wish of the last pregnancy and the age of women and the number of pregnancy at least 4 and more increases as the women get older and statistically reasonable. It has been determined that there is a meaninyful relation between the women's increasing educational status and the birth of 4 or more babies ( $p < 0.001$ ). It has been determined that women don't have high risks in their pregnancy however the region continues to have risk factors. It has been suggested that women, their husbands and health personnel have continuous education.

## VII. KAYNAKLAR

1. Taşkın L. "Anne Sağlığı". Anne Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Hürbilek Matbaacılık, 1-5, 1992.
2. Kürkner S, Vicdan K, Ergin T. "Yüksek Riskli Gebeliğin Tanımlanması". Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 1992; 1(11): 361-6.
3. Akın A, Özvarış Ş B : Bertan M, Güler Ç, Editör. "Ana sağlığı ve Aile Planlaması". Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Güneş Kitapevi Ltd. Şti.,119-40, 1995.
4. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Önerisi ve Desteği İle İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. "Doğum Öncesi Bakım". Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Tisamat Basım Sanayi, 46-61.
5. Aktaş N. "1988-1989 Dönemine Ait Halk Sağlığı Uygulamalarında Gebelikte Görülen Risk Faktörlerinin Saptanması ve Bu Uygulamaların Değerlendirilmesi". E.Ü.H.Y.O. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir : 860-66, 12-14 Eylül 1990.
6. Taşkın L. "Doğum Öncesi Bakım". Anne Sağlığı Hemşireliği. Ankara : Hürbilek Matbaacılık, 67-71, 1992.
7. Erdoğan E, Yılmaz D, Şirin A, Işık A, Saruhan A, Soğukpınar N, Aycan G. "Annelerin Prenatal Dönemde Bakım Alma ve Kontrolle Gitme Durumları Üzerine Bir İnceleme". CÜ.HYO. III: Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. Sivas : 24-26 Haziran 1992, 171-8.
8. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Önerisi ve Desteği İle İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. "Doğum". Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Tisamat Basım Sanayi, 75-99, 1992.

9. Neyzi O. "Genel Bilgiler". Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Baskı. İstanbul : Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, Acar Matbaacılık AŞ, 1-6, 1994.
10. Oral S.N : Bertan M, Güler Ç, Editör. "Çocuk Sağlığına Giriş". Halk Sağlığında Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı, Güneş Kitapevi Ltd. Şti., 159-71, 1995.
11. Dirican R, Bilgel N. "Ana ve Çocuk Sağlığı". Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı. Bursa : Uludağ Üniversitesi Basımevi, 339-59, 1993.
12. Sağlık Bakanlığı (Türkiye). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü ve Macro International inc. 1994. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye.
13. Mete (Kılıç) S. "Kadınların Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu III. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. Sivas: 24-26 Haziran 1992, 509-16.
14. Ağrıdağ G, Alparıslan N. "Kullanımda Olan Gebe ve Loğusa İzlem ve Fişinin Risk Yaklaşımı İle Değerlendirilmesi". Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. 1995; (1) : 35-40.
15. Taşkın L, İnanç N, Güçsavaş N, Doğan S. "Kadın Sağlığı Sorunları ve Hemşirenin Rolü". Türk Hemşireler Dergisi. 1985; 34 (4): 27-30.
16. Akın A, Açıkalin B. "Türkiye'de Kadın Sağlığının Durumu ve Hedefler". Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. Mart 1997; 6 (3): 98-100.
17. Bekar M, Kurt A, Doğan C, Aygün H. "Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Görülen Kadın Sağlığı Sorunlarının Saptanması". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu III. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı. Sivas: 24-26 Haziran 1992, 242-48.

18. Yazıcı S.Y. "15-44 Yaş Evli Kadınların Jinekolojik Sorunları ve Bu Sorunları Çözümlemedeki Davranışları". Hemşirelik Bülteni. 1991; 5 (22): 51-6.
19. TC. Hükümeti - Unicef İşbirliği Programı. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ankara: Pelin Ofset Ltd şti, Temmuz 1996.
20. Tümerdem Y. "Anne Sağlığı ve Önleyici Hekimlik Hizmetleri". Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 110-28, 1992.
21. Bilgel N. "Anne Ölümleri". TC. Sağlık Bakanlığı Dergisi (Medical Journal). 1989; 61(2): 76-81.
22. Dinç E. "Elazığ İl Merkezi ve Merkez İlçeye Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Konusundaki Bilgi Düzeyleri". Doktora tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 1996.
23. Tatar N. "Gebelerde Risk Faktörlerinin Önlenmesi". Ege Üniversitesi II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir: 12-14 Eylül 1990, 809-15.
24. Dervişoğlu (Akın) A. "Türkiye'de Anne Ölümleri". Toplum ve Hekim Dergisi. Mart 1987; 5-15.
25. Gretchen M, Aumann E, Baird M.M. Screening for the high risk pregnancy. İn: Knuppel RA, Drukker JE, editörs. High Risk Pregnancy. W.B. Saunders Company, 1-21, 1986.
26. Balkan (Ermumeu) G, hazırlayan. Dervişoğlu (Akın) A, editör. TC. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü. UNFPA ve UNESCO işbirliği. Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık-Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. Ankara: 1994.

27. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü. "Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerde Tehlikeli (Riskli) Durumlar". Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El kitabı. 6. Baskı. Ankara: 63-9, 1995.
28. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Faaliyet Planı. Ankara: Tisimat Basım Sanayi, Haziran 1998.
29. Tümerdem Y. "Türkiye'de Çocuk Sağlığının Önemi ve risk Grupları". Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 130-141, 1992.
30. Tezcan S. Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı . Yayın No 92/1, 1992.
31. Karanisaoğlu H. "Riskli Gebeliklerde Ruhsal Durum ve Hemşirelik Yaklaşımı". Hemşirelik Bülteni. 1991; 5(19): 48-51.
32. Burrow-Ferris, Gerrard N, Thomas F. Obstetric Management of the High Risk Patient. Meler A, editör. Medical Complications During Pregnancy. W.B. Saunders Company, 95-6, 1988.
33. Bulut A. "Doğum". Neyzi O, editör. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, Acar Matbaacılık AŞ, 37-45, 1994.
34. Erefe İ, Kocaman G, Bayık A, Bahar Z, Aydemir G. Halk Sağlığı Hemşireliği Yayınlanmamış Ders Notları. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. İzmir, 1989.
35. Taşkın L. "Riskli Gebelikler". Anne Sağlığı Hemşireliği. Ankara : Hürbilek Matbaacılık, 116-20, 1992.
36. Brown HN, Dickson EK, Ketner MB. The High Risk Mother . Moore ML. editörs. Realities in Childbearing. Second Editions. W.B. Saunders Company, 325-59, 1983.

37. Öztürk Z. "Elazığ Baskil İlçesinde çocuk Ölümünün Tıbbi ve Sosyal Nedenleri". Uzmanlık tezi. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 1991.
38. Coşkun , Ekizler ve Arkadaşları. "Doğum Öncesi Dönem ve Sorunları". Coşkun A, editör. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. 1. Baskı. İstanbul: Vehbi Koç Vakfı Yayınları, 31-70, 1996.
39. Bulut I. "Gençlerin Üreme ve Cinsel Sağlık Konusunda Karşı Karşıya Oldukları Riskler ve Çözüm Yolları". Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi. Nisan- Haziran 1995; 5 (2): 8-12.
40. Bölükbaş N, Reis N. "Adolesan Annelerde Erken Evlilik Nedenleri". Türk Hemşireler Dergisi. Temmuz-Ağustos 1997; 47(4): 15-18.
41. Akan N, "Anne ve Çocuk Sağlığı Açısından Adolesan Annelik". Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 727-29, 24-26 Haziran 1992.
42. Kürkner S, Ergin T. "Yüksek Riskli Gebelerin Takibi". Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. Ocak 1993; 2 (1): 5-10.
43. May K.A, Mahlmeister L.R. Childbearing and Parenting After Age 35. May: Maternal and Neonatal Nursing. Third Edition. J.B. Lippincott Company, 217-29, 1994.
44. Dirican R, Bilgel N. "Aile Planlaması". Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). 2. Baskı. Bursa : Uludağ Üniversitesi Basımevi, 361-75, 1993.
45. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü. "Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Dönemlerde Tehlikeli (Riskli) Durumlar". Ana Sağlığı ve Aile Planlaması El kitabı. 5. Baskı. Ankara: 51-8, 1992.

46. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Önerisi ve Desteği İle İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. "Sık Doğumların Önlenmesi". Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Tisamat Basım Sanayi, 140-45, 1992.
47. Bulut A. "Sık Doğumların Önlenmesi". Neyzi O, editör. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, Acar Matbaacılık AŞ, 71-6, 1994.
48. Hatcher, Kowal, Guest, Trussel, Stevart f, Stevart g, Bowen, Cates. Dervişoğlu (Akın) A, çev.editör. Senlet P (çeviren). Contraceptive Technology, International Edition, Kontraseptif Yöntemler, Uluslararası Basım. Ankara: Demircioğlu Matbaa, yayın no:1, 1-17, 1990.
49. Tümerdem Y. "Nüfus Sorunları". Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 67-75, 1992.
50. Alp H, Şehriyaroğlu A, Yaman S, Altınkaynak S, Oğuzdoğan K, Selimoğlu M. "Sigaranın Maternal ve Fetal Etkileri". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1994; 10 (2): 101-8.
51. Grossman M, Chaloupka F.J. Cigarette Taxes the straw to break the Camel's back. Public Health Reports. July/August, 1997; (112): 291-97.
52. Yaman S, Bölükbaş N, Pasilioğlu T. "Gebelerin Sigara İçme Alışkanlıklarına İlişkin davranış Değişiklikleri". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1994; 10(2): 125-131.
53. Akın A, Bertan M. Türkiye'de Ana Sağlığı ve Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Calvertan, Maryland: Sağlık Bakanlığı (Türkiye) ve Macro International inc, 1996.

54. Tümerdem Y. "Kalıtım Sağlığı Kan Akrabalığı ve Genetik Danışma". Halk Sağlığı I (Toplum Hekimliği). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basımevi ve Film Merkezi, 45-66, 1992.
55. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve aile Planlaması Genel Müdürlüğü. "Türkiye'de Anne ve Çocuk Sağlığında Temel Göstergeler ve Sorunlar". Çocuk Sağlığı El Kitabı. 7. Baskı. Ankara: TC. sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi, I- VI, 1997.
56. TC. Hükümeti Çocuklara Yönelik Ulusal Faaliyet Programı. 2000'liYıllara Doğru. Ankara, 1996.
57. Bulut A. "Yenidoğan Bebeğin Bakımı". Neyzi O, editör. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, Acar Matbaacılık Aş, 7-35, 1994.
58. Uzel N. "Yenidoğan Bebeğin Bakımı". Neyzi O, editör. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. 2. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, Tayf Ofset, Acar Matbaacılık Aş, 89-92, 1994.
59. Taşkın L. "Özel Bakım Gerektiren Yenidoğan". Anne Sağlığı Hemşireliği. Ankara : Hürbilek Matbaacılık, 191-9, 1992.
60. Ruiz R.J. Mechanisms of Full- Term and Preterm Labor: Factors Influencing Uterine Activity. Journal of Obstetric Gynecologic Neonatal Nursing. November-December 1998; 27 (6): 652-59.
61. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Önerisi ve Desteği İle İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. "Sık Doğumların Önlenmesi". Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Tisamat Basım Sanayi, 193-234, 1992.

62. UNICEF Türkiye Temsilciliği ve Sağlık Bakanlığı, Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü'nün Önerisi ve Desteği İle İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. "Sık Doğumların Önlenmesi". Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1. Baskı. Ankara: Tisamat Basım Sanayi, 160-69, 1992.
63. Babak LM, Jensen MD. Gestational Age and Birth Weight. Lowdermilk D.L, editör. Maternity Gynecologic Care The Nurse and The Family. Fifth Edition. 1119-39, Mosby 1993.
64. TC: Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı Hıfzıssıha Okulu EğitimTecnolojisi Merkezi Projesi. Çocuk Sağlığı El Kitabı. 3.Baskı. Ankara: 11-15, 1992.
65. Neyzi O, Kavaklı A, Şener G, Çakıroğlu S, Gürak G. "Prematürel ve Doğum Tartısı Düşük Yenidoğanlar". Çocuk Hemşireliği Bilgisi. 2. Baskı. İstanbul: Demet Ofset Matbaacılık, Dünya Tıp Kitapevi Ltd Şti, 338-48, 1982.
66. Martin LL, Reeder SJ. High Risk Neonatal Care. Carroll DP, Sponsoring Editör. Essentials of Maternity Nursing. Family-Cetered Care. J.B. Lippincott Company Philadelphia, 758-66, 1991.
67. TC. Denizli Valiliği Sağlık Müdürlüğü. 1997 Sağlık İstatistik Yıllığı, Bilgi İşlem ve Sağlık İstatistikleri Şube Müdürlüğü,1998.
68. Yolsal N, Örkün M. "Çevre ve Sağlıkla Bağlantılı Risklerin Analizi: Risk Belirleme - Risk Değerlendirme ve Risk Algılama". Toplum ve Hekim. Ocak-Şubat 1998;13(1), 31-33.
69. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Çalışma İstatistikleri1995. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, yayın no; 1872, 95-96, Haziran 1996.
70. Güçsavaş N, Sezgin A, Güler H, Bekar M. "Sivas İli Kızılırmak ve Yeşilyurt Bölgelerinde 15-49 Yaş Grubu Evli kadınların Doğum, Yaş Aralık ve Tercihlerinin İncelemesi". Ege Üniversitesi II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri. İzmir: 12-14

Eylül 1990, 178-186.

71. Polat H, Özgür S, Koçoğlu F, Koçoğlu G. "Ulaş Eğitim Araştırma Bölgesinde Doğurganlık ve Aile Planlaması Durum Değerlendirmesi. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Dergisi (Medical Journal). Haziran 1989; 61(2): 82-93.
72. Coşkun A, Tekin N. "Doğum Sayısı, Gebelik Yaşı ve Ağırığının Ana ve Çocuk Sağlığına Olan Etkisi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. II. Ulusal Hemşirelik Kongreleri Bildirileri. İzmir; Atatürk Kültür Merkezi, 715-25, 12-14 Eylül 1990.
73. Akbaba M Apan E, Karaömerlioğlu Ö, Aytaç N, Tanur F. "Doğankent SEA Bölgesinde 1995 Yılında Yapılan Doğumların Özelliklerine Göre İncelenmesi". V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. İstanbul Marmara Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 367-69, 12-16 Ekim 1996.
74. Çöl M, Çalışkan B, Akdur R. "Park Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğurganlık Özellikleri ve Kontroseptif Yöntemlerinin Kullanımı. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Dergisi. Mart-Haziran 1995; 67(1-2), 50-60.
75. Eryılmaz HY, Ekizler H. "Kürtaja Başvuran Vakaların Değerlendirilmesi ve Bu Hizmetlerin Etkinliği. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 560-66, 24-26 Haziran 1992.
76. Tunçbilek E, editör. Türkiye'de Bebek Ölümleri Temel Etkenler. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara: 17-32, 1988.
77. Abrams B.F and Laros R.K. Prepregnancy Weight Gain and Birth Weight. American Journal of Obstetric Gynecol. Berkley and San Fransisco, California, March 1986; 154 (3): 503-9.
78. Bayık A. "Bornova Eğitim ve Araştırma Bölgesinde Akraba Evliliklerinin Yaygınlığı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1993; 9(2): 1-7.

79. Demir Ü, Saruhan A. "Kürtaja Başvuran Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Bilgi-Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi". Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 1995; 11(1): 7-14.
80. Haldun S, Koçoğlu G, Hüseyin PH. "Sivas İl Merkezinde Sağlık Araştırması ve Eğitimin Sağlık Göstergelerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 1998; 20(1): 3-6.
81. Şahinöz S, Şahinöz T, Eker H, Ceyhan O. "Gebe Lohusa İzlem Kartlarından Yaralanılarak Gebelerin Sağlık Düzeyinin Araştırılması". Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 1998; 7(1-2): 51-57.
82. Bilgel N. "Abidinpaşa Eğitim, Araştırma ve Sağlık Grubu Başkanlığı Bölgesinde Doğurganlık Durumuna Etkili Faktörler". T.C. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği Bilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Ankara, 1982.

EK-I

**TAMAMLANMIŞ GEBELİKLERİN BAZI RİSK FAKTÖRLERİ AÇISINDAN  
DEĞERLENDİRİLMESİ VE BEBEKLERİNE ETKİLERİNİ  
ARAŞTIRMA FORMU**

1. Annenin Adı Soyadı.....
2. Adres.....
3. Sağlık Ocağı.....Sağlık Evi.....
4. Annenin Yaşı.....
5. Annenin Boyu.....
6. Annenin Öğrenim Durumu  
 Okur-yazar değil                       Ortaokul ve dengi okul mezunu  
 Okur-yazar                               Lise ve dengi okul mezunu  
 İlkokul mezunu                          Yüksekokul mezunu
7. Eşinin öğrenim durumu  
 Okur-yazar değil                       Ortaokul ve dengi okul mezunu  
 Okur-yazar                               Lise vs dengi okul mezunu  
 İlkokul mezunu                          Yüksekokul mezunu
8. Annenin mesleği  
 Ev Hanımı                       Kendi hesabına çalışıyor  
 Memur                               Ücretsiz aile işçisi (Kendi bağ, bahçe, tarlasında)  
 İşveren                               İşçi                       Diğer
9. Babanın Mesleği  
 İşçi                               Kendi hesabına çalışıyor  
 Memur                               Ücretsiz aile işçisi (Kendi bağ, bahçe, tarlasında)  
 İşveren                               Çalışmıyor                       Diğer
10. Aile tipi  
 Geniş aile                               Çekirdek aile                       Diğer
11. Bundan önceki gebeliklerin sonlanma tarihi.....

12. Jinekolojik öykü

	İlk Evlenme Yaşı	İlk Doğum Yaşı	Yaşayan Çocuk Sayısı	Ölen Çocuk Sayısı	Küretaj Sayısı	Düşük Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Canlı Doğum Sayısı
ADET								

13. Bundan önceki doğumunda bebeğindeki öykü

- ( ) Ölü Doğum ( ) Düşük ağırlıklı doğum ( ) Düşük  
( ) Sezeryan ( ) Normal doğum ( ) Müdahaleli Doğum.....  
( ) Ölen Bebek ( ) Küretaj ( ) İkiz Gebelik

14. Bebeğin doğum tarihi.....

15. Bu bebeğe isteyerek mi hamile kaldınız ? ( ) Evet ( ) Hayır

16. Doğumun yapıldığı yer

- ( ) Hastanede ( ) Kendi kendine (Evde) ( ) Evde ebe ile  
( ) Özel Muayenehanede ( ) Evde diğerleri ile (ara ebe yardımcı)

17. Doğumun oluş biçimi

- ( ) Normal vaginal ( ) Müdahaleli doğum (Müdahale şekli.....)  
( ) Sezaryan

18. Bebeğin doğum zamanı

- ( ) Miadında ( ) Erken ( ) Geç

19. Son adet tarihi

- ( ) Biliyor..... ( ) Hatırlamıyor

20. Bebeğin doğum kilosu

- ( ) Tartıldı (.....gr) ( ) Tartıldı bilmiyor ( ) Tartılmadı  
( ) Ebenin kayıtları(.....gr.)

21. Bebeğin boyu

- ( ) Ölçüldü (.....cm) ( ) Ölçüldü bilmiyor ( ) Ölçülmedi  
( ) Ebenin kayıtları(.....cm)

22. Bebeğin doğumdan gelen bir sakatlığı, hastalığı veya emzirmeye engel olacak bir durumu var mı ?

- ( ) Yok ( ) Var (.....)

23. Gebelik süresince sağlık hizmetlerinden ne şekilde yararlanıldı.

- ( ) Ocakta Ebe ( ) Ocakta Doktor  
( ) Özel Doktor ( ) Evde Ebe Ziyareti  
( ) Sağlık Hizmetlerinden yararlanmadım. ( ) Diğer.....

24. Doğum sonrası bebeğin ebe tarafından izlenip izlenmediği

- ( ) İzlendi (Evde).....kez ( ) İzlenmedi  
(Ocakta)..... kez

25. Gebelik boyunca gebenin ebe tarafından izlenip izlenmediği

- ( ) İzlendi (Evde).....kez  
(Ocakta).....kez

26. Gebelikte tetanoz aşısı yapılıp yapılmadığı

- ( ) Yapıldı.....kez ( ) Yapılmadı

27. Annenin sigara alışkanlığı

- ( ) Kullanmıyor ( ) Ara sıra..... ( ) Her gün

28. Babanın sigara alışkanlığı

- ( ) Kullanmıyor ( ) Ara sıra..... ( ) Her gün

29. Annenin alkol alışkanlığı

- ( ) Kullanmıyor ( ) Ara sıra..... ( ) Her gün

30. Babanın alkol alışkanlığı

- ( ) Kullanmıyor ( ) Ara sıra..... ( ) Her gün

31. Annenin kronik bir hastalığı var mı ?

- ( ) Yok ( ) Kalp Hast. ( ) Böbrek Hast. ( ) Hyper TA  
( ) Diabet ( ) Diğer.....

32. Annede Preeklampsi öyküsü ( ) Yok ( ) Var.....

33. Annede eklampsi öyküsü ( ) Yok ( ) Var.....

34. Annenin gebelikte enfeksiyon geçirip geçirmediği

- ( ) Geçirmedi ( ) Geçirdi.....

35. Annenin gebelikte aldığı kilo

- ( ) Bilmiyor ( ) 9 kg.dan daha az ( ) 9-13 kg arası ( ) 13 kg.dan fazla

36. Eşinin akrabalık durumu

- ( ) Yok ( ) Var.....

37. Bu bebeğin en son durumu

- ( ) Yaşiyor ( ) Öldü.....

38. Annenin kan grubu..... Babanın kan grubu.....

39. Bebekte kan uyumsuzluğı durumu

( ) Yok

( ) Var

