

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI

GEBELİK YAŞININ ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞINA ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mürşide ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

MERSİN – 2011

**T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELİK YAŞININ ANNE VE YENİDOĞAN SAĞLIĞINA
ETKİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Mürşide ŞAHİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL

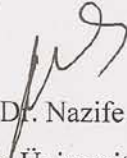
TEZ NO: 183

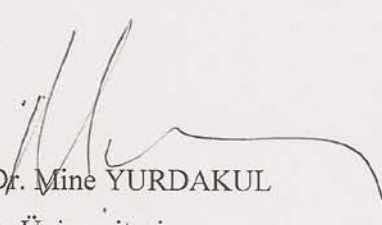
MERSİN – 2011


Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan Gebelik Yaşının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkilerinin Değerlendirilmesi başlıklı çalışma, jürimiz tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 04/03/2011


Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN
Mersin Üniversitesi
Jüri Başkanı


Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi


Yrd. Doç. Dr. Seva ÖNER
Mersin Üniversitesi
Jüri Üyesi

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunun 2.04.2011.. tarih ve 2011./128 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.



TEŞEKKÜR

Sn. Yrd. Doç. Dr. Mine YURDAKUL'a tezimin hazırlanması ve eğitimim süresince bilgi ve tecrübesiyle eğitimime katkıda bulunduğu, mesleğimi bir kez daha sevdirdiği, sabrı, anlayışı ve zamanı esirgemediği için,

Sn. Yrd. Doç. Dr. Nazife AKAN'a eğitimimde desteğini ve deneyimini esirgemediği için,

Sn. Öğr. Gör. Gülhan OREKİCİ TEMEL'e tezimin istatistiksel analizindeki desteği için,

Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi **Başhemşire Yardımcısı Yazar Avcı** başta olmak üzere doğum, lohusa ve cerrahi doğum servisi çalışanlarına çalışmamın ve eğitimimin uygulama sürecindeki destekleri için,

Tezimin hazırlık aşamasında manevi desteklerini esirgemedikleri için aileme sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Adölesan ve İleri Yaş Gebelik.....	6
2.1.1. Tanım.....	6
2.1.2. Prevelans.....	6
2.2. Adölesan ve İleri Yaş Gebeliklerin Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri.....	8
2.2.1. Yaşla Birlikte Yumurta Hücreesindeki Değişiklikler.....	9
2.2.2. Abortus.....	10
2.2.3. Ektopik Gebelik.....	11
2.2.4. Maternal Mortalite	12
2.2.5. Perinatal ve Neonatal Mortalite	13
2.2.6. Prematüre Doğum.....	13
2.2.7. Neonatal Tetanoz.....	14
2.2.8. Preterm Doğum.....	14
2.2.9. Preeklampsi, Eklampsi.....	14
2.2.10. Gestasyonel Diyabet.....	15
2.2.10.1. Tarama.....	15
2.2.10.2. Gestasyonel Diyabetin Anne ve Fetüs İçin Oluşturduğu Riskler.....	16
2.2.11. Çoğul Gebelik.....	17
2.2.12. Anemi.....	18
2.2.12.1. Tanımı.....	19
2.2.12.2. Gebelerde Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri.....	20

2.2.12.3. Demir Eksikliği Anemisinin Belirti ve Bulguları.....	20
2.2.12.4. Demir Eksikliği Anemisinin Tanı Ölçütleri.....	21
2.2.12.5. Ciddi Demir Eksikliği Anemisinin Belirti ve Bulguları.....	21
2.2.12.6. Ciddi Demir Eksikliği Anemisinin Tanı Ölçütleri.....	21
2.2.12.7. Gebede Aneminin, Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin, Anne ve Bebekte Neden Olabileceği Etkiler.....	22
2.2.12.7.1. Anneye olan etkileri.....	22
2.2.12.7.2. Bebek ve çocuğa olan etkileri.....	22
2.2.13. Distosi.....	23
2.2.14. Sezaryen Doğum.....	24
2.2.15. Erken Membran Ruptürü.....	24
2.2.15.1. İnsidans.....	25
2.2.15.2. Etiyoloji.....	25
2.2.15.3. Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri.....	25
2.2.16. Puerperal Sepsis.....	27
2.2.17. Postpartum Kanama.....	27
2.2.17.1. Postpartum Kanama Nedenleri.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3. 1. Araştırmanın Amacı.....	29
3. 2. Araştırmanın Şekli.....	29
3. 3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	29
3. 4. Araştırmanın Evreni.....	29
3. 5. Araştırmanın Örneklemi.....	30
3. 6. Verilerin Toplanması.....	30
3. 6. 1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması.....	30
3. 6. 2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması.....	31
3. 6. 3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	44
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	49
7. KAYNAKLAR.....	51
EKLER.....	60
EK- 1.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	65

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 2.2.1.1. Anne Yaşına Göre Yenidoğanda Kromozomal Anomali Riski.....	10
Çizelge 2.2.2.1. Yaşla Birlikte Artan Düşük Yapma Olasılıkları	11
Çizelge 4.1. Annelerin Yaş Dağılımları.....	32
Çizelge 4.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	33
Çizelge 4.3. Annelerin Gebelik Öncesi Var olan Hastalıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	35
Çizelge 4.4. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	36
Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Bazı Verilerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	37
Çizelge 4.6. Annelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	38
Çizelge 4.7. Annelerin Son Gebeliğinde Yaşadıkları Sorunların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	39
Çizelge 4.8. Annelerin Doğumları ile İlgili Özelliklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	40
Çizelge 4.9. Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı.....	41
Çizelge 4.10. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanın Sağlık Sorunu Yaşama Durumunun Dağılımı.....	42
Çizelge 4.11. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanların Kilolarının Dağılımı.....	43
Çizelge 4.12. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanların Kilo Ortalamalarının Dağılımı.....	43

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

- EMR** : Erken Membran Ruptürü
GDM : Gestasyonel Diabetes Mellitus
PEMR : Preterm Erken Membran Ruptürü
SPSS : Statistical Package For The Social Sciences
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ÖZET

Gebelik Yaşının Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkilerinin Değerlendirilmesi

Mürşide Şahin

Bu çalışma, gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın örneklemini Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 01.10.2009-01.03.2010 tarihlerinde doğum yapan (normal ve sezaryen) 489 anne oluşturmuştur. Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama formu kurum onayı alındıktan sonra Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde, 08.00-16.00 saatleri arasında, postpartum 2-4. saatlerini tamamlayan, lohusa servisi ve cerrahi doğum servisindeki kadınlarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde ortalama, yüzdelik dağılım, Kruskal Wallis ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmada adölesan annelerin %75.4'ünün ilk gebeliği, ileri yaş annelerin %56.4'ünün 4-6 gebeliği olduğu, adölesan ve ileri yaş annelerin yarısının aile planlaması yöntemi kullanmadığı tespit edilmiştir. Adölesan annelerin %29.5'i, erişkin annelerin %42.3'ü, ileri yaş annelerin %55.8'i gebeliğinde sorun yaşadığını ifade etmiştir. Adölesan annelerin %49.2'sinin müdahaleli normal doğum, erişkin annelerin %51.5'inin sezaryen doğum, ileri yaş annelerin %33.1'inin sezaryen doğum yaptığı belirlenmiştir. Doğum sonu dönemde adölesan annelerin diğer yaş grubundakilere göre daha fazla sorun yaşadığı, yaşanan sorunların ise emzirme problemi ve aşırı kanama olduğu belirlenmiştir. Adölesan annelerin %41.1'inde, erişkin annelerin %25.2'sinde, ileri yaş annelerin %20.9'unda yenidoğanlarda sağlık sorunu yaşandığı bulunmuştur.

Sonuçta yaş faktörünün gebelik, doğum ve doğum sonu süreçte anne ve yenidoğan sağlığına olumsuz etkileri olduğu ortaya çıkmıştır.

Anahtar Sözcükler: Adölesan gebelik, ileri yaş gebelik, obstetrik komplikasyonlar

ABSTRACT

The Assessment of the Effects of Gestational Age in Maternal and Newborn Health

Mürşide Şahin

This study was conducted to determine the effects of gestational age of mother and newborn health.

The sample was consisted of mothers who gave birth from the date of 01.09.2009 (normal and caesarean section) in Mersin on Women and Children's Hospital. The number of parents included in the sample were determined as 489. The research data was collected using data collection form developed by the researcher and literature. Data collection form was applied after approval by the institution of Mersin on Women and Children's Hospital, between the hours of 8:00 a.m. to 4:00 p.m., postpartum 2-4 hours completed, the women lie face to face in surgical ward. The data was analyzed using SPSS program. Mean, percentage distribution, Kruskal Wallis and chi-square test were used in the analysis of data.

In the study, it was determined that the first pregnancy of 75.4% adolescent mothers, 56.4% of older mothers had 4-6 pregnancies, half of the adolescents and older age of the mothers were not using family planning method. 29.5% of adolescent mothers, 42.3% of the younger mothers and 55.8% of the advanced age of mothers stated that they had trouble during pregnancy. It was stated that 49.2% of the adolescent mothers had intervened normal birth, 51.5% of adult mothers had caesarean birth, 33.1% of the advanced age of mothers had caesarean birth. At the end of the period, it was determined that adolescent mothers experienced more problems than the others in the age group, the problems were breast-feeding and excessive bleeding. Health problems were found in 41.1% adolescent mothers, 25.2% of adult mothers, 20.9% of the advanced age of mothers and infants.

As a result, it was revealed that age factor has negative effects on maternal and newborn health in the pregnancy, childbirth and postpartum period.

Key words: Adolescent pregnancy, older pregnancy, obstetric complications.

1.GİRİŞ

Üreme çağı kadın sağlığı açısından önemli bir süreçtir. Bunun nedeni üreme çağının gebelik, doğum ve doğum sonu gibi temelde fizyolojik olan fakat hastalık ve ölüm riskini de beraberinde getiren çok önemli dönemleri kapsamasıdır. Sağlık göstergelerinde kadınların sağlığını ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının doğurganlık evresinde (15–49) ortaya çıktığı, özel sağlık gereksinimlerinin de büyük ölçüde doğurganlıkları ile ilgili olduğu ve yaşamsal önem taşıdığı belirlenmiştir (1). Kadın sağlığı kendisi için olduğu kadar, çocuğun, ailenin, dolayısıyla toplumun sağlığı üzerindeki etkisi bakımından da önemlidir. Bu nedenle, gebeliğin ve anneliğin güvence altında olması, bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin en az risk altında, hastalık ve sakatlıklardan uzak olarak geçirilmesi gerekmektedir (2,3).

Tüm dünyada ve ülkemizde anneler, kanama, enfeksiyon, gebeliğin uyardığı hipertansiyon (PIH: pregnancy induced hypertension), zor doğum eylemi, sağlıksız düşüklerin yol açtığı komplikasyon gibi aynı temel olaylar sonucu benzer nedenlere bağlı olarak ölmektedir. Anneler önlenebilir sorunlar nedeniyle kaybedilmekte ve aile, toplum, sosyoekonomik gelişme yönünden de önemli bir kayıp teşkil etmektedir (4).

Normal gebelik zamanı 20-30 yaşları arasındadır. Eğer gebelikler “19 yaş altı, 35 yaş üzeri, çok sayıda ve 2 yıldan az aralarla” olursa bu sorunlar daha çok görülmekle birlikte yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir. Yüksek riskli gebelikler; anne, fetus ve yenidoğanın doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında artmış hastalık veya ölüm riskine sahip olması nedeniyle özel bir öneme sahiptir (4, 5).

Adölesan terimi çocukluktan erişkinliğe geçişi tanımlamakta ve Dünya Sağlık Örgütü adölesanlığın 10-19 yaşları arasında olduğunu bildirmektedir. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Gebelik açısından ise ortalama %8-12 oranında görülmesiyle, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan tüm dünya ülkelerinde önemli sağlık sorunları yaratmaktadır (6).

Adölesan doğum oranı gelişmiş ülkelerde %17'nin üzerinde, Orta Afrika'da ise %24 civarındadır. Dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 15 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır (7). Dünyada adölesan gebeliklerin en yaygın olduğu ülke Amerika Birleşik Devletleri'dir. ABD'de günde yaklaşık 3000 adölesanın gebe kaldığı belirtilmektedir. Adölesan gebelik oranı tüm Doğu Avrupa Ülkeleri'nde ABD'den daha düşüktür. Bulgaristan, Küba, Porto Riko, Romanya ve Macaristan'da ise durum tersine olup, oranlar ABD'den daha yüksektir. Danimarka'da ABD gibi birçok ülkenin tersine 20 yaş altındaki kadınlar arasındaki doğum oranı yok denecek kadar azdır (7,8).

Ülkemizde 17 yaşındaki her on iki kadından biri (%9) ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebe kalmıştır. Bu oran 28 yaşındaki kadınlarda hızla yükselerek altıda bire (%16) ve 19 yaşındaki kadınlarda dörtte bire (%23) yaklaşmaktadır. Kentsel yörelerde yaşayan adölesan kızlar arasında anne olanların oranı (%9) kırsal yörelerde yaşayanlara göre (%11) daha düşüktür. En yüksek doğurganlığa Doğu Anadolu'da rastlanmasına karşın, adölesan doğurganlık oranı Orta ve Güney Anadolu'da bu bölge ile aynı orandadır (9).

Gebelikle ilgili olan ölüm ve hastalık oranı, adölesan kızlarda büyük bir sorundur. 20-29 yaş arası kadınlarla karşılaştırıldığında, 18 yaş altındaki kadınlarda hastalık ve ölüm riski daha yüksektir (10). 15 yaş altı gebelerde de ölüm oranı %60'tır. Adölesanlarda hem antenatal bakım eksikliği, hem doğum ve ebeveynlik için iyi hazırlık yapılmamasından dolayı, doğum ve doğum sonrası komplikasyon oranı yüksektir (11).

Adölesan kadınlarda diğerlerine göre 1-3 kez daha fazla olarak gebelik hipertansiyonu ve anemi görülmektedir. 15 yaş altındaki kadınlar 3.5 kez daha fazla gebelik hipertansiyonundan ölmektedir (11).

Adölesanlarda pelvis gelişimi devam ettiğinden, yetişkin ölçülerine tamamen ulaşmamıştır. Bu nedenle zor doğum meydana gelmektedir ve 15 yaş altındaki kadınlardan doğan bebeklerdeki komplikasyon oranı 20 yaş altındakilere göre 2.4 kez daha fazla olmaktadır (10, 11).

Annenin 35 yaş ve üzerinde gebe kalması ise, ileri yaş gebelik olarak isimlendirilmekte ve yüksek riskli gebelikler arasında sayılmaktadır (14). Ancak başka otörler 40 yaş ve üstü gebelikler için de "çok ileri anne yaşı" ifadesini kullanmaktadır.

Bu grubu gelişen infertilite tedavi yöntemleri ile özellikle primipar-infertil olgular oluşturmaktadır. Bu gebelerde yaşa bağlı medikal sorunlar ve kronik hastalıklar daha sık gözlenmekte olup anne sağlığı üzerinde önemli sorunları oluşturmaktadırlar (12, 13, 14).

Kırk yaş üstü gebeliklerde gebeliğe bağlı riskler 3 kategoride incelenebilir:

- Genetik riskler,
- Önceki medikal sorunlar (hipertansiyon,diabetes mellitus) ve
- Obstetrik riskler (Preeklampsi,Eklampsi, Spontan abortus, zor doğum eylemi, sezaryen, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, çoğul gebelik, malprezentasyon, prematür doğum, anne ölümü ve fetal ölüm) vb. durumlara yol açar (14, 21, 24).

İleri yaş gebeliklerinin sebebi, toplumun gelişmişlik düzeyine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Son yıllarda özellikle gelişmiş veya tıbbi olanaklardan yeterince yararlanabilen toplumlarda, güvenilir doğum kontrol yöntemleri ve kadının sosyal rolünün değişmesi sonucunda, çok sayıda doğum ileri yaşlara ertelenmiştir. Bunda geç ve ikinci evlilikler, öğretim süresinin uzaması, kariyer çalışmaları ve ekonomik zorunluluklar rol oynamaktadır (15).

Günümüzde özellikle de gelişmiş ülkelerdeki birçok kadın, çocuk sahibi olmayı sosyal, ekonomik ve eğitim nedenlerinden dolayı, hayatlarının kırklı yaşlarına ertelemektedir ve bu giderek daha da sık karşılaşılan bir olgu olarak günlük hayatımızdaki yerini almaktadır. Aile planlaması olanaklarından yeterli düzeyde yararlanılmadığı toplumlarda ise ileri yaştaki gebelik olgularında, ortalama gebelik ve doğum sayısının yüksek, ilk gebelik oranının ise düşük olmasından ileri yaşlara kadar doğurganlığın devam ettiği sonucu çıkarılabilir (19, 22, 23).

Aile planlamasının ileri yaş gebelikler üzerinde önemli hedeflerinden biri istenmeyen gebeliklerin önlenmesi olduğundan, isteyerek düşüklerin aile planlaması hizmetleri arasında ayrı bir önemi bulunmaktadır. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda engelleri olan ve gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar isteyerek düşüğe başvurumaktadırlar (19).

Kontrasepsiyon yöntemleri sayesinde doğum aralığının artması ve gerektiğinde doğumların sınırlandırılması anne sağlığı açısından önemlidir. Kontrasepsiyon amaçlı

günümüzde güvenilir yöntemler kullanılsa da, dünyadaki ve ülkemizdeki çiftlerin çoğu güvenilirliği düşük geleneksel metotlar ile korunmaya devam etmektedirler (20).

TNSA-2008 verilerine göre Türkiye’de 15-49 yaş evli kadınların %73.1’i herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanmakta, modern yöntem kullananların oranı %46 olarak, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %27.1’i olarak ifade edilmektedir (8, 19).

Gebelikte yaş faktörü anne ve fetus için yüksek risk taşımaktadır. Adölesan evliliklerin ve gebeliklerin önlenmesi çalışmalarının toplumun değer yargıları, eğitim ve sosyokültürel faktörlerin etkisi altında uzun zamanda sonuçlanacağı söylenebilir. Ülkemizde özellikle gençlerin erken yaşta evlenmelerinin önlenmesi, toplumda kültürel bir yapı değişikliği ile sağlanabilir. Verilen sağlık hizmetinin toplumun kültürel yapısını değiştirmesi beklenmemektedir. Ancak risk grubunda olan bu yaş grubunun sağlıklı bir dönem geçirmelerini ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini sağlamak gerekmektedir. Bu konuda birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan ebeler önemli görevler düşmektedir. Ebeler, tüm gebelerin özellikle de adölesan ve ileri yaştaki gebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım almalarını sağlayarak, normalden sapan durumları tanımlayarak, aile planlaması hizmetlerinin geliştirilmesini sağlayarak ileri yaş gebelikleri azaltabilir, gebelik gerçekleşmişse sorunların erken tanınmasıyla sağlıklı sonlanmasına katkıda bulunabilir.

Bu çalışma gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

Kırk haftalık gebelik süresince kadın, psikolojik ve bedensel yönden bir değişim içerisinde. Bu durum aslında doğal olsa da duruma uyum gösterme, kişiden kişiye değişkenlik gösterebileceği gibi, aile yapıları, toplumsal farklılıklar v.b. gebeliğin kadında fizyolojik ve psikolojik farklı etkilerle sonuçlanmasına neden olur (25). Özellikle bu dönemdeki olumsuz etkiler basit yöntemlerle fırsat haline dönüştürülüp pek çok anne ve bebeğin hayatı kurtarılabilir. Örneğin 20 yaş altındaki ve 35 yaşın üstündeki annelerin, doğum aralığı iki yıldan kısa olan annelerin ve sık doğum yapan annelerin, kendi sağlıkları bozulduğu gibi, bu durum doğan çocuklarını da etkilemekte ve bebek ölüm oranlarını önemli oranda arttırmaktadır. Bu nedenle özellikle sözü edilen riskli gebeliklerin daha sık izlenmesi gereklidir (26).

Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda, 15-19 yaş arası annelerin doğum sırasında ölme olasılıklarının 20-24 yaş arasındaki annelerle karşılaştırıldığında 2-3 kez, 15 yaşın altındaki annelerin olasılıkları ile karşılaştırıldığında 5 kez daha fazla olduğu görülmektedir. Bebeklerin önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı da adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür (27).

Kadınların çalışma ve sosyal hayat içerisinde daha fazla yer almaları, eğitim süreçlerini daha uzun tutmaları ve gelişen hayat şartları son yirmi yıl içinde ortalama gebelik yaşının ilerlemesine neden olmuştur. İleri yaşta çocuk sahibi olan, özellikle ilk gebelik için ileri yaşları bekleyen birçok kadın mevcuttur. Tıptaki gelişmelere paralel olarak gebelik takibindeki gelişmeler de ileri yaş gebeliklerini teşvik etmektedir. Uzun yıllar boyunca infertilite nedeni ile tedavi görüp de çocuk sahibi olamayan pek çok çiftin infertilite tedavilerinde sağlanan başarılarından faydalanmak istemeleri de bu artışta önemli rol üstlenmektedir (25, 27).

2.1. Adölesan ve İleri Yaş Gebelikler

2.1.1. Tanım

Adölesan gebelik; 10-19 yaş arasındaki kadınların gebeliği anlamına gelmektedir. Bazı yazarlar 15-19 yaş arasındakileri adölesan, 10-14 yaş arasındakileri ise erken adölesan olarak ikiye ayırır. Ülkeler arasında adölesan gebelik hızlarının karşılaştırılmasında genel olarak 15-19 yaş arasındaki adölesan gebeliklerle ilgili veri kullanılmaktadır (28).

İleri yaş gebelik; Yüksek riskli gebelik grubunda olup 35 yaş ve üzeri gebelikler ileri yaş gebelikler olarak adlandırılmaktadır (29).

2.1.2. Prevelans

Çocuk sahibi olmaya başlanılan yaşın hem demografik, hem de anne ve çocuk sağlığı açısından önemli sonuçları vardır. Birçok ülkede görülen ve evlenme yaşının yükselmesini de yansıtan ilk doğumların geciktirilmesi eğilimi genel doğurganlık düzeyindeki düşüşe katkıda bulunmaktadır. Yirmi yaşından önce anne olan kadınların oranı, birçok ülkede önemli bir sağlık ve toplumsal sorun olarak kabul edilen adölesan doğurganlığın boyutunu gösteren bir ölçüdür. Tüm dünya ülkelerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan istenen olgunluğa ulaşmamış genç kadında meydana gelen gebelikler halk sağlığı açısından önemli bir sorun olmaktadır (30).

Adölesan ve ileri yaş gebeliğin görülme sıklığı aile yapısı, evlenme yaşı, ekonomik durum, aile planlaması hizmetlerinde yararlanma ve geleneksel yapıya bağlı olarak %3.8 - %40 arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde %17'nin üzerinde, Latin Amerika'da %18.4, Orta Afrika'da ise %24 civarındadır. Türkiye'de ise adölesan gebelik oranı %8.0-12.0 arasındadır (31, 32).

İngiltere'de yapılan bir çalışmada ileri yaş gebelik prevalansı %12.6 olarak bulunmuştur. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması TNSA 2003 verilerine göre ülkemizde ileri yaş gebelik prevalansı %8.6 olarak bulunmuştur. T.C Nüfus Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü'ne göre bu hız %11.8'dir (16, 17, 18, 32).

Dünya yüzeyindeki yaklaşık tüm doğumların onda biri olan 15 milyon bebek adölesan anneden doğmaktadır. Bu dönemdeki gebelikler, hem kadının hem de doğacak bebeğin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (33) .

Gelişmiş ülkelerde adölesan gebeliklerin çoğu düzensiz yaşamı olan evlenmemiş gençlerin istenmeyen gebelikleridir (34) .

TNSA 2003 bulgularına göre 15-19 yaş arasındaki tüm kadınların %11.9'u evli olup, ortanca ilk evlilik yaşı en erken 19.0 ile Doğu Anadolu bölgesinde, en geç 20.7 ile Güney bölgesinde olduğu görülmektedir. Ortanca ilk evlilik yaşı bakımından eğitim düzeyleri arasındaki farkın bölgeler arasındaki farktan daha fazla olduğu görülmekte, ilkokul mezunu kadınlarda ortanca ilk evlilik yaşı 19.4 iken bu değer, lise ve üzeri kadınlarda 24.8'e çıkmaktadır. Ortanca ilk evlilik yaşı bakımından genç kuşak ile daha yaşlı kuşak arasında önemli bir artış izlenmektedir. Ancak bu artış, eğitim düzeyi düşük kadınlarda, yüksek olan kadınlara göre daha düşük seviyede kalmaktadır (31).

TNSA-2008 sonuçları ise yaş kuşakları arasında ortanca evlilik yaşında artış olduğunu ortaya koymaktadır. Ortanca evlilik yaşı 45-49 yaş grubu için 19.5'den, 25-29 yaş grubunda 22.1'e yükselmektedir. Bulgular aynı zamanda eğitim düzeyine göre gözle görülür farklılaşmaları da göstermektedir. 25-49 yaşlar arasındaki kadınlar içinde hiç eğitimi olmayan kadınlarla en az lise mezunu kadınlar arasında ilk evlenme yaşında yaklaşık beş yıllık bir fark bulunmaktadır (32, 68).

TNSA 2003 bulgularına göre Türkiye'de genel olarak 15-19 yaş grubundaki kadınların %8.0'i doğurganlık davranışı göstermektedir. Yirmi yaşın altında bulunan gebelerden %14.7'sinin, 20-34 yaş arasında bulunan gebelerden %17.9'unun, 35-49 yaş arasında bulunan gebelerden %30.5'inin eğitilmiş bir sağlık personelinin doğum öncesi bakım almadığı saptanmıştır (31).

TNSA 2003 sonuçlarına göre 15-19 yaş arasında bulunan tüm adölesan kadınların %5.7'si ve bu yaş grubunda evli olan adölesan kadınların %48.5'i canlı doğum yapmışlardır. Bu yaş grubunda evli bulunan adölesan kadınların yaşlara göre doğurganlık oranları ise 15 yaşında %0.2, 16 yaşında %1.3, 17 yaşında %5.3, 18 yaşında %11.4 ve 19 yaşında %20.7'dir (31).

Adölesan yaş grubunda meydana gelen gebelikler, beraberinde bir dizi komplikasyonların ortaya çıkmasına, anne ölüm riskinin yükselmesine ve bu annelerden doğan bebeklerin, daha ileri yaşlardaki annelerden doğan bebeklere göre daha yüksek oranda ölüm riski taşımasına neden olmaktadır (35, 36, 37) .

Türkiye'de doğumların yüzde 70'i 30 yaşından önce meydana gelmektedir. Gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın

altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. TNSA-2008'den önce yapılan bütün araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken, TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir (68).

Gebeliğe bağlı ölüm riski 35-39 yaş arası kadınlarda yirmili yaşlardaki kadınlara göre 2-3 kat fazla olup, 40 yaş ve üzeri kadınlarda risk daha da artmaktadır. Yaşla birlikte ortaya çıkma eğilimi artan diyabetes mellitus ve hipertansiyon en sık karşılaşılan sorunlardır. Bunlara bağlı olarak doğum ile ilgili komplikasyonlar da artmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada 35-40 yaş arası gebelerde gestasyonel diyabet, plasenta previa, makat geliş, operatif vajinal doğum, acil sezaryen, postpartum kanama, 32 haftadan önce doğum, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum risklerinin artmış olduğu saptanmıştır (38).

2.2. Adölesan ve İleri Yaş Gebeliklerin Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri

Adölesan anneler ile adölesan annelerden doğan bebekler ölüm ya da hastalık riski taşımalarından dolayı adölesan dönemdeki doğurganlık, önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır. Bu konuda yapılan araştırmalar adölesan yaşta doğum yapan annelerin doğum öncesi bakımlarının yeterli düzeyde olmadığını ve obstetrik komplikasyonlarla daha sık karşılaşıldığını göstermektedir (39). Son yıllarda adölesanların daha önceki kuşaklara göre daha erken yaşlarda cinsel ilişkiye girdiği belirlenmiştir (40).

Dünyada her yıl 14-15 milyon adölesan kadın anne olmakta, sağlıksız olarak meydana gelen düşüklerin dörtte biri adölesan yaş grubundaki kadınlarda görülmektedir. Kadınların adölesan dönemde gebe kalması ve genç yaşta anne olması, eğitim yaşamlarının erken yaşta kesilmesine ve sosyoekonomik açıdan kadının daha düşük düzeyde kalmasına neden olmaktadır (41).

Ayrıca 20 adölesandan birinde de HIV/AIDS dışında bir cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) meydana gelmektedir. Adölesan kadınların en önemli ölüm nedeni gebelik ve gebelikle ilgili sorunlar olup, adölesan kadınların bebeklerinde de daha fazla oranda prematür veya düşük doğum ağırlığı görülmektedir (42, 43). Bu gibi riskler nedeniyle adölesan gebelikleri, halk sağlığı açısından büyük önem taşıırken, diğer taraftan da ülkelerin ekonomilerine önemli oranda yük getirmektedir (44).

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara göre yetersiz bulunmakta, bunun sonucunda meydana gelen gebelik sadece adölesanların kendi yaşamlarına değil, aile ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir. Bundan dolayı cinsellik, gebelik ve ebeveyn olma yükümlülükleri konularında bilinçli bir eğitimin verilmesi, sorunun zamanında tespit edilerek destek gösterilmesi ve çözüm yollarının sağlanması büyük önem taşımaktadır (45).

Yaş ile birlikte kadının gebe kalma potansiyelinde azalma başlar. 40'lı yaşlarda gebe kalma olasılığı %50 civarında azalır. Doğal yöntemlerle gebe kalma şansının azalmasına rağmen infertilite tedavisi ile bu şans %10 kadar arttırılabilir. Bu tedavide önemli olan yumurtalıkların rezervidir. 40'lı yaşlarda gebelik planlanırken kişinin genel sağlık durumu da büyük öneme sahiptir. İleri yaşta gebe kalan pek çok kadın sağlıklı bebekler dünyaya getirmesine rağmen komplikasyonlar açısından risk, genç anne adaylarına göre oldukça yüksektir (46).

İleri yaş gebeliklerinde en çok korkulan komplikasyon kromozom anomalili bebeklerdir. Bunlardan en sık görüleni zeka geriliği ile birlikte bazı kalp ve organ anomalileri içeren Down Sendromu'dur (69). Ancak gebelik esnasında yapılan prenatal testler, özellikle amniyosentez ve korion villus biopsisi ile bu bebekler tanınabilmektedir.

2.2.1. Yaşla Birlikte Yumurta Hücresindeki Değişiklikler

Yaş ile birlikte "yumurta kalitesi" düşmekte, bu da sperm tarafından dölllenme kabiliyetlerinin azalmasına neden olur. Bu yumurtaların döllenmesi durumunda genetik bozukluklar açısından daha fazla risk söz konusudur (46).

Örneğin, Down Sendromu (21. kromozomun iki yerine üç tane olması, mongol bebek) ileri yaş kadınların çocuklarında daha sık görülür. Down Sendromu görülme sıklığı yaşlanmayla paralel bir şekilde artmaktadır. Bu nedenle 35 yaş üzerindeki tüm gebe anne adayları down sendromu açısından yüksek riskli grupta yer almakta ve bu gebelere gebeliklerinin 17-18. haftaları arasında amniyosentez işlemi uygulanmaktadır (69).

Çizelge 2.2.1.1. Anne Yaşına Göre Yenidoğanda Kromozomal Anomali Riski

Anne Yaşı (yıl)	Down Sendromu Riski	Toplam Kromozomal Anomali Riski
20	1/1667	1/526
25	1/1250	1/476
30	1/952	1/385
35	1/378	1/192
40	1/106	1/66
41	1/82	1/53
42	1/63	1/42
43	1/49	1/33
44	1/38	1/26
45	1/30	1/21
46	1/23	1/16
47	1/18	1/13
48	1/14	1/10
49	1/11	1/8

2.2.2. Abortus

Abortus, 20. gestasyonel haftadan önce, fetüsün 500 gram ağırlığa ulaşmadan herhangi bir nedenle gebeliğin sonlanmasıdır.

Adölesan dönemdeki kadınlarda fiziksel gelişim ile psikososyal gelişim eş zamanlı olarak gerçekleşmediği için istenmeyen gebelik ve spontan abortus insidansı ileri yaş gebeliklerdeki insidansla paralellik göstermektedir (46).

Adölesan kadınlar, gerek gebelikten korunma yolları konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarından, gerekse cinsellikle ilgili yanlış bilgilendirilmelerinden dolayı, istemeden meydana gelen gebelikler bakımından en önemli risk grubunu oluşturmaktadır (44).

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl illegal meydana gelen 19 milyon düşüğün 2.2 milyon ile 4 milyon arasındaki kısmı adölesan gebelerde olmaktadır (47).

Spontan abortus ile sonlanan gebeliklerin %75'i gebeliğin 16. haftasından önce, bunların da %62'si gebeliğin 12. haftasından önce kaybedilirler. Tanısı konulamayan

abortusların oranı ise %8 civarındadır. Spontan abortus insidansını etkileyen en önemli faktör anne yaşıdır. 44 yaşın üzerindeki annelerde spontan abortus insidansı %36'dır (47).

Düşüklerin en önemli nedeni kromozomal anomaliler olduğu ve yaşla birlikte bu anomalilerin görülme sıklığı arttığı için ileri yaş anne adaylarında düşüğe yaklaşık 4 kat daha fazla rastlanır. Genetik problemi olan yumurtanın döllendikten sonra büyüme ve hayatta kalma şansı çok düşüktür. Bu nedenle de 40 yaşın üzerinde düşük yapma açısından artmış bir risk söz konusudur (46, 48).

Çizelge 2.2.2.1. Yaşla Birlikte Artan Düşük Yapma Olasılıkları

Yaşla Birlikte Artan Düşük Yapma Olasılıkları	
Anne Yaşı (yıl)	Kendiliğinden Düşük (%)
15 - 19	19.9
20 - 24	9.5
25 - 29	10
30 - 34	11.7
35 - 39	17.7
40 - 44	33.8
45 ve üstü	53.2

2.2.3. Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik; fertilize ovumun endometrial kavite dışında herhangi bir dokuya implante olmasıdır ve tüm gebeliklerin %1 'inde görülür. Lokalizasyonu ise %95-99 tubaldır. Diğer lokalizasyondaki yerleşimler (ovarian, servikal, abdominal, vb.) ise nadir olarak görülür (59).

Ektopik gebelik insidansı 15-44 yaşları arasında 100-175/1.000.000 olarak bildirilmiştir. Ektopik gebelik için birçok önemli risk faktörü de tanımlanmıştır; pelvik inflamatuvar hastalık, previous ektopik gebelik, cerrahi hikaye ve obstetrik hikaye, yaş gibi (59, 60).

Yaş ilerledikçe fark edilmiş ya da edilmemiş pelvik enfeksiyon olasılığı artar. Her enfeksiyon tüplerde belirli bir miktar hasar bıraktığından ve yine yaşla birlikte tüplerin hareket etme potansiyeli azaldığından ektopik gebelik daha fazla görülür (60).

2.2.4. Maternal Mortalite

Anne ölümü, gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlandıktan sonraki 42 gün içinde, kadının gebeliğinin süresine ve yerine bakmadan, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı olarak doğrudan ya da bunların şiddetlendirdiği dolaylı, ancak trafik kazası gibi tesadüfi olmayan nedenlerden dolayı meydana gelen kadın ölümü olarak tanımlanmaktadır. Anne ölümüne doğrudan yol açan en belirgin nedenler arasında hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezaryen sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonları yer alırken, dolaylı olarak anne ölümüne yol açan nedenler arasında diyabet, HIV/AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar gibi önceden var olan veya gebelikte ortaya çıkan ve gebelik dönemin de meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir. Genç veya ileri yaşlarda anne olmak, anne ölümlerinde en yaygın risk faktörüdür (48) .

Son yıllarda yapılan çalışmalar adölesan dönemdeki gebelerde obstetrik açıdan görülen komplikasyonların daha çok doğum öncesi bakım yetersizliği ve sosyo-ekonomik açıdan yoksunluk gibi diğer etmenlerden etkilendiğini ileri sürmektedir. Oysa adölesan gebelikler, sosyodemografik faktörlerin kontrol altına alındığı araştırmalarda yüksek riskli grupta yer almaktadır (49) .

Dünyadaki bütün veriler anne ve bebek ölüm hızlarının en yüksek olduğu dört tip gebelik tanımlamaktadır. Bunlar, 18 yaşından küçük kadınların gebelikleri, 35 yaşından büyük kadınların gebelikleri, dört ve daha fazla doğum yapan kadınlardaki gebelikler, iki yıl ve daha kısa ara olan gebeliklerdir (41).

Yüksek riskli gebelik olarak kabul edilen ileri yaş ve adölesan gebeliklerinde yenidoğanın düşük doğum ağırlıklı olması, prematürite, gestasyonel hipertansiyon, gebeliğe bağlı diyabet ile preterm erken membran rüptürü gibi kötü obstetrik sonuçların insidansı daha yüksek oranda bulunmuştur (50, 51, 52) .

Dünyada her yıl adölesan dönemde anne olma durumunda kalan 70.000 kadın gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir (41).

Ülkemizde anne ölüm oranı, 2005 Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'na göre

100 000 canlı doğumda 28.5 ± 2.5 seviyesinde olduğu, 15-19 yaş grubundaki kadınlarda ölüm riski, en düşük risk grubu olan 20-24 yaş grubundaki kadınlara göre %20 daha fazla iken, düşük risk grubu olarak ifade edilen 20-34 yaş grubundaki kadınlara göre %44 daha fazla meydana geldiği belirtilmektedir (48) .

2.2.5. Perinatal ve Neonatal Mortalite

Perinatal mortalite; gebeliğin 22. haftasından itibaren; yenidoğan hayatının ilk 7 gününü kapsayan süre içerisinde gerçekleşen fetal ve neonatal kayıpların her 1000 doğumda görülme oranı olarak tanımlanırken, neonatal mortalite doğum sonrası ilk 28 gün içinde olan yenidoğan ölümleri olarak ifade edilmektedir (59, 60).

Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen maternal faktörler arasında anne yaşı, gebelik öncesi hastalıklar, çoğul gebelikler, gebelikte gelişen preeklampsi, eklampsi, diyabet, plasenta dekolmanı, plasenta previa sayılabilir. Perinatal mortalite ve morbiditeyi etkileyen neonatal faktörler arasında ise immatürite, respiratuar distres sendromu, intraventricüler kanama, konjenital anomaliler, enfeksiyonlar, nekrotizan enterokolit, doğum asfiksisi, doğum travması gibi etkenler yer alır. Perinatal mortalite ve morbidite; doğum öncesi, doğumda ve doğum sonrası dönemlerde anneye ve bebeğe verilen bakımın önemli bir göstergesi olarak, bir bölge ya da ülkede anne ve çocuk sağlığına verilen önemin belirleyicisidir. (60, 61)

Hastanede yapılan araştırmalarda adölesan annelerden doğan bebeklerde neonatal mortalite oranı daha yüksek bulunmuştur. Hollanda'da yapılan bir araştırmada 15-19 yaşları arasındaki gebelerde ölü doğum riski, 20 yaş üzeri kadınlara göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (47, 60, 61).

2.2.6. Prematüre Doğum

Adölesan gebelerde, erken doğum riskinin artmasına bağlı olarak prematüre bebeğin dünyaya gelmesi sık karşılaşılan bir sorundur. Prematüre doğan bebeklerdeki başlıca sorun, hayati önem taşıyan organ sistemlerinin gelişimini tamamlamamasına bağlı olarak destek tedavisine ve bakıma ihtiyaç duymalarıdır. Bu ihtiyaç durumu, prematüritenin düzeyine bağlı olarak uzun sürebilmektedir (58).

2.2.7. Neonatal Tetanoz

Az gelişmiş ülkelerde ileri yaş ve adölesan gebelerden doğan bebekler, neonatal tetanoz açısından daha fazla risk altındadır. Bunda, gebelerin yeterli düzeyde doğum öncesi bakım almaması, tetanoza karşı bağışıklamanın yetersiz olması, doğumun hijyenik olmayan ortamlarda eğitimsiz kişilerce yaptırılması önemli rol oynamaktadır (58).

2.2.8. Preterm Doğum

Otuz yedinci gebelik haftası tamamlanmadan önce meydana gelen doğumlar preterm doğum olarak tanımlanmaktadır. Tüm gebeliklerde preterm doğum meydana gelme oranı %10-11 arasındadır. Gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, gebelikte yetersiz kilo alınması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sigara kullanılması, anemi, ilk gebelik olması ve yeterli olmayan doğum öncesi bakım, erken doğuma neden olan hazırlayıcı faktörler arasında sayılmaktadır. Bu risk faktörleri adölesan gebelerde daha sık görülmektedir (53).

2.2.9. Preeklampsi, Eklampsi

Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon genellikle gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkmaktadır. Nadiren trofoblastik hastalık ve çoğul gebelik durumunda 20. haftadan önce ortaya çıkar. Gebelikte görülen hipertansiyon gebelik öncesinde var olabileceği gibi gebeliğe sekonder gelişen bir durum da olabilir veya geçici bir olay olarak karşımıza çıkabilir (62).

Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyona, proteinüri ve/veya ödem eklenirse bu duruma preeklampsi adı verilir. Tabloya konvülsiyonların eklenmesi ile eklampsi adını alır.

Anne mortalitesinin başta gelen nedenlerinden biri olup, toplam perinatal mortalitenin %20 ile %25'inin gebelikte ilişkili hipertansiyondan kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca fetal büyüme kısıtlılığı ve preterm doğum, maternal ölüm nedeniyle maternal-perinatal morbidite ve mortalitesini artırmaktadır (62, 63).

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 çalışmasına göre kanamadan sonra en sık görülen anne ölüm nedeni eklampsidir ve gebeliğe bağlı ölümlerin %3.7'sinin nedenidir (54).

Eklamptik gebelerde perinatal morbidite ve mortalite oranları yüksektir. Perinatal mortalite oranları gelişmiş ülkelerde %5.6 ile %11.8 arasında rapor edilmiştir. Mortalitedeki bu yüksek oranlar prematürite, plasenta dekolmanı, intrauterin gelişme geriliği ile ilişkilendirilmiştir (64).

2.2.10. Gestasyonel Diyabet

Gestasyonel diyabet (GDM) ilk kez gebelikte ortaya çıkan ya da gebelik sırasında tanı konulan glukoz tolerans bozukluğudur (65). Amerikan Diyabet Derneği gebe kadınların %4'ünde yani yılda yaklaşık 135.000 kadında GDM tespit edildiğini bildirmiştir. Ancak bu oran farklı toplumlarda %1 ile %14 arasında değişmektedir. Yapılan bir çalışmada insidans Kafkas ırkında %0.4, zencilerde %1.5, Asyalılarda %3.5–7.3 ve Amerikalılarda %16 olarak bulunmuştur (66). GDM görülme sıklığını etkileyen bir başka faktör de anne yaşıdır. Yapılan çalışmalarda 25 yaş altı bayanlarda insidans %0.4–0.8 iken 25 yaş üstü grupta bu oran %4.3–5.5 olarak bulunmuştur (67). Günümüzde yapılan çalışmalarda GDM sıklığı artmaktadır. Doğum sonrası bu gruptaki hastaların %2- 14'ünde Tip 2 diyabet, %3-35'inde ise bozulmuş glukoz toleransı ya da açlık glukozu tespit edilmiştir (67).

2.2.10.1. Tarama

GDM için tanı ve tarama testleri gebeliğin 24–28. haftaları arasında yapılmaktadır. Çünkü bu haftalar arasında gebeliğin diyabetojenik etkileri ortaya çıkmıştır ve anne ya da bebekte görülebilecek etkileri tedavi edebilmek için yeterli süre mevcuttur.

GDM taraması için pek çok test kullanılmaktadır. Bunlar arasında en uzun zamandır kullanılanlardan birisi risk faktörlerine göre taramadır. Bu amaçla gebeliğin başlangıcında risk faktörleri belirlenir ve ilerleyen dönemlerde gerekli olan hastalara tanı testleri yapılır. Tüm dünyada en sık kabul edilen risk faktörleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Yaş >25
2. Beden Kitle indeksi >25 ya da >27
3. Gestasyonel diyabetin sık görüldüğü etnik köken

4. Birinci derece yakınlarında GDM ya da Tip 2 diyabet
5. Önceki gebeliklerde GDM öyküsü
6. Polikistik over sendromu
7. Hipertansiyon varlığı

Daha az kabul görmüş risk faktörleri arasında ise annenin kendi doğum ağırlığının 2500 gramdan daha düşük olması, önceki makrozomik bebek öyküsü ve gebelikte polihidroamnioz varlığı sayılabilir (67).

2.2.10.2. Gestasyonel Diyabetin Anne ve Fetüs İçin Oluşturduğu Riskler

Gestasyonel diyabette tarama ve tanı testlerinin amacı erken tanı koyarak kan şekerlerindeki olabilecek yükselmelerin anne ya da bebekte yol açabileceği komplikasyonları önlemektir.

Gestasyonel diyabetin komplikasyonları arasında en çok üzerinde durulan makrozomidir. Makrozominin genel kabul görmüş tanımı bebeğin doğum ağırlığının 4000 gramın üzerinde olmasıdır. Çalışmalarda gestasyonel diyabette makrozomi insidansı %16–29 olarak bildirilmekteyken, gestasyonel diyabeti olmayanlarda bu oran %10'dur. Makrozomide anne yaşı, kilosu ve parite sayısı gibi diğer faktörlerin de etkili olduğu akılda tutulmalıdır. Son dönemde Ogonowski ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada GDM'si olan ve olmayan anne bebeklerinde doğum ağırlığı ya da makrozomi sıklığı açısından bir fark saptanmamıştır (70).

Makrozominin ortaya çıkarttığı asıl problemler sezaryen ya da enstrümental doğum oranlarını arttırması, brakial pleksus zedelenmesi ya da klavikula kırığı gibi doğum travmalarına ve neonatal hipoglisemiye yol açabilmesidir. Naylor ve ark yaptıkları çalışmada GDM'si olan annelerde sezaryen oranını %30, kontrol grubunda ise %20 olarak bulmuşlardır (70).

Brakial pleksus zedelenmesi riskinin artmış doğum ağırlığı, enstrümental vajinal doğum ve glukoz intoleransı varlığında arttığı gösterilmiştir. Ancak brakial pleksus zedelenmelerinin sadece %6'sının annelerinde GDM tespit edilmiştir. Brakial pleksus zedelenmesi çok ciddi bir komplikasyondur ve hastaların %5-22'sinde kalıcı sekel bırakmaktadır. Ancak GDM'si olan hastalarda bu komplikasyonlardan kaçınmak için profilaktik sezaryen uygulanması önerilmemektedir (71).

Gestasyonel diyabeti olan anne bebeklerinde neonatal dönemde hipoglisemi, hipokalsemi, hiperbilirubinemi ve polisitemi oranlarında da artış tespit edilmiştir. Ancak bu bebekler uygun şekilde tedavi edildiklerinde bu metabolik bozukluklar uzun dönemli sekellere yol açmamaktadır (71).

Literatürde bazı çalışmalarda GDM'nin perinatal mortalitede artışa yol açabileceği gösterilmiştir; ancak bu veri kesin kanıtlanmamıştır.

Gestasyonel diyabeti olanlarda bir diğer sık karşılaşılan problem de hipertansiyondur. Bir çalışmada GDM'si olanlarda preeklampsi sıklığı %20, kontrol grubunda ise %11 olarak bulunmuştur. Naylor ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada tedavi almamış GDM'li hastalarda preeklampsi insidansı %9 bulunmuştur. Bu oran tedavi altındaki GDM ya da Tip 1 ve Tip 2 diyabet hastalar ile aynıdır (72).

Gestasyonel diyabeti olan hastalarda, ilerleyen dönemlerde Tip 2 diyabet görülme ihtimali artmıştır. GDM'si olanlarda Tip 2 diyabet prevalansı Kafkaslarda %9, Asyalılarda %25, İspanyollarda %47 ve Kanadalılarda %70 olarak bulunmuştur (73). Gebeliği sırasında insülin tedavisi almak zorunda kalanlarda Tip 2 diyabet gelişme riski daha yüksektir. Ayrıca GDM'li annelerin bebeklerinde de ilerleyen dönemlerde Tip 2 diyabet ve obezite gelişme riski artmıştır (73).

2.2.11. Çoğul Gebelik

Anne yaşının artması ile birlikte çoğul gebelik şansında da artış olmakta, bu artış anne ve yenidoğanda birtakım riskleri de beraberinde getirmektedir (74).

Gebelikte uterus içinde iki veya daha fazla sayıda fetüsün bulunması çoğul gebelik olarak tanımlanmaktadır. Yaklaşık olarak tüm gebelikler içinde %1 oranında çoğul gebelik görülür (74).

Çoğul gebelik olasılığını arttıran faktörler;

- Ailede ikiz gebelik olması,
- İleri anne yaşı
- Toplumsal özellikler (Afrika toplumunda 5 kat siktir),
- Doğum sayısı (4. doğumdan sonra ikiz gebelik olasılığı 2 kat artar),
- Ovulasyon indüksiyonu ilaçları ile çoğul yumurtlama; ortalama %20 oranında çoğul gebelik görülür (74, 75, 76).

Çoğul gebeliklerde erken doğum olasılığı tekiz gebeliklere göre yaklaşık 10 kat

artmıştır. Yapılan araştırmalarda tek yumurta ikizlerinde ortalama doğum haftası 36. hafta, çift yumurta ikizlerindeyse 37. hafta olarak bildirilmiştir. Annede ikiz gebelik varlığında preeklampsi olasılığı tekiz gebeliklere göre 3 kat artmıştır (75).

Ayrıca gestasyonel diabet, plasenta anomalileri, müdahaleli doğum ve doğum sonu kanama riskleri daha fazladır. Çoğul gebeliklerde, bebeklerde konjenital (doğumsal) anomali riski 2 kat artmıştır. Bu nedenle özellikle 3-4 ve 5. aylarda bebekler yeterli düzeyde ultrasonografi ile incelenmelidir. İkiz eşlerinde tek bebeklere göre düşük riski, iki kat artmıştır. Gebelik boyunca anne karnında (özellikle monozigotik ikizlerde) fetal kayıp oranı artmıştır (76). Erken doğum riski yaklaşık 10 kat artmıştır. Çoğul gebeliklerin ortalama %40'ında 36. haftadan önce doğum olur. Doğum sonrası dönemde uzun süreli prematüre bakımı ihtiyacı artabilir. Bu bebeklerde intrauterin gelişme geriliği riski de, tekizlere göre 10 misli artmıştır. Yaklaşık görülme sıklığı tüm ikizler içinde %20-25'dir. İkizler arası plasentadaki damarlardaki birtakım düzensiz dağılımlar sonucu ikizlerden biri fazla beslenip, diğeri zayıf kalabilir (İkizden ikize Transfüzyon Sendromu). Bu durum her iki fetüsü de ciddi olarak etkiler (77).

2.2.12. Anemi

Gebe ve emzicilik, kadın için doğal fizyolojik olaylardır. Bu dönemde anne ve bebeğin sağlığını etkileyen en önemli etmenlerden biri olan annenin yeterli ve dengeli beslenmesi ile bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi ve sağlığı arasında yakın bir ilişki bulunmaktadır. Optimum fetal büyüme, annenin besin öğelerini yeterli düzeylerde sağlaması ile mümkün olabilmektedir (78).

Dünyada her yıl doğan altı bebekten biri 2500 g'ın altında yani düşük doğum ağırlığı ile doğmaktadır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sayısı 16-17 milyon arasında değişmektedir. Ülkemizde bu oran %8-10 arasındadır. Düşük doğum ağırlığının en önemli nedenlerinden biri de gebe kadınlardaki beslenme bozukluklarıdır (79, 80).

Anneler, bebek gelişiminin en can alıcı dönemlerinde bebeğin beslenmesini sağlayan kişilerdir. Bu konuda yapılan araştırmalar annenin sağlığı yanında fetüsün de büyüme döneminden başlayarak erken dönemde ortaya çıkan malnütrisyonla, daha sonra ortaya çıkan koroner kalp hastalıkları, diyabet ve yüksek tansiyon arasında bağlantı olduğunu ortaya çıkarmıştır (81).

Demir eksikliği anemisi günümüzde en sık görülen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde yaşayan 3.5 milyar insanda demir eksikliğine bağlı anemi görülmektedir. Tüm yaş grupları için yaşamsal önem taşıyan demir eksikliği anemisi, özellikle doğurganlık çağındaki kadınların sağlığını etkilemekte, anne ölümlerine neden olmakta, çalışma kapasitesini sınırlamakta ve bebek ölümlerine neden olmaktadır.

Ülkemizde de çok yaygın görülen ancak olumsuz etkilerini azaltma çabaları umulandan daha yavaş yürüyen demir eksikliği anemisi, yapılan çeşitli araştırmaların sonuçlarına göre bulgular değişmekle birlikte genel olarak 0-5 yaş grubu çocukların ortalama %50'sinde, okul çağı çocuklarının %30'unda, emzikli kadınların ise %50'sinde görülmektedir (82).

Ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olan anemi ile ilgili farklı yaş gruplarına ait pek çok bölgesel çalışma vardır. Ancak bunlar, tüm ülke genelindeki anemi durumunu yansıtmaya yeterli değildir.

2.2.12.1. Tanımı

Hemoglobin düzeyinin 100 cc kanda 11 g'dan daha düşük olduğu durumdur. Gebeliğin 2. trimestirinden itibaren plazma hacminin artmasına bağlı olarak hemoglobinin düzeyinde hafif bir azalma normal olarak kabul edilmektedir. Buna göre 2. trimestirden itibaren hemoglobin düzeyi 10.5g/100 cc altında kalan gebeler anemik olarak kabul edilmektedir (79).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Dünyadaki tüm kadınların 1/3'ünden fazlasında da anemi mevcuttur. Bu nedenle anemi kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur. Ciddi anemi anne ölümlerinde 5 kat artışa yol açmaktadır. Anemik annelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara hatta kalp yetmezliği gelişmesi ile maternal mortaliteye yol açabilir (80).

Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini artırır.

Gebelikte, fetüsün gereksinimleri ve kan hacmindeki artış nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Demir gereksinimi 2. ve özellikle 3. trimestirde artar. Tüm gebelik boyunca toplam 1000 mg demir (300 mg fetus, 50 mg plasenta, 450 mg artan eritrosit kütlesi, 240 mg annenin devam eden bazal demir kullanımı için) gerekmektedir. İlk trimestirde 0.8 mg/gün olan demir gereksinimi, ikinci ve üçüncü trimestirde 6.3 mg/gün'dür. Doğumdan sonra ve laktasyon süresince de günlük gereksinim yüksektir. Gebelerde demir absorpsiyonu artmaktaysa da diyetle alınan miktar ihtiyacı karşılamaya yetmez. Vücuttaki demir depolarının durumuna göre ek demir desteği gerekir (81).

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların çoğunda beslenme yetersizliği, enfeksiyonlar, sık ve fazla sayıda gebelikler nedeniyle demir depoları çok düşük düzeydedir. Annelere demir desteği yapılmadığı durumlarda demir depolarının gebelik öncesi düzeye gelebilmesi için 2 yıldan fazla bir süre geçmesi gerekmektedir (81).

2.2.12.2. Gebelerde Demir Eksikliği Anemisinin Nedenleri

- **Demir ihtiyacının artması:**

Gebelikte fetüsün gereksinimleri ve kan hacminin artması nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Gebelikte özellikle 2. ve 3. trimestirde demir emilimi arttığı halde diyetle alınan demir ihtiyacı karşılamaya yetmez. Bu nedenle demir desteği gereklidir.

- **Demir depolarının yetersiz olması:**

- a. Yetersiz beslenme düzeyi,
- b. Sık doğumlar ve düşükler,
- c. Sık enfeksiyonlar ve özellikle paraziter hastalıklar (Ancylostoma, Necator, malaria) nedeniyle demir depoları boşalmış veya düşük seviyededir,
- d. Barsaklarda emilim bozukluğu (82, 83)

2.2.12.3. Demir Eksikliği Anemisinin Belirti ve Bulguları

- Baş dönmesi,
- Yorgunluk,
- İştahsızlık,
- Sindirim sistemi bozuklukları,
- Tırnakların incilmesi,

- Kısa nefes alıp verme,
- Avuç içi ve konjunktivalarda solukluk.

Yukarıdaki bulgular normal gebelerde görülse de, anemi araştırması yapılmaktadır (84).

2.2.12.4. Demir Eksikliği Anemisinin Tanı Ölçütleri

- Hemoglobin 7-11 g/dl (84)

2.2.12.5. Ciddi Demir Eksikliği Anemisinin Belirti ve Bulguları

- İstirahat halinde nefes darlığı,
- Dakikada >30 solunum sayısı,
- Kalp yetmezliğine bağlı ödem, öksürük, karaciğerde büyüme, boyun venlerinin belirginleşmesi dinlemekle akciğerlerde raller.

2.2.12.6. Ciddi Demir Eksikliği Anemisinin Tanı Ölçütleri

- Hemoglobin <7 g/dl

Demir yetersizliği anemisinin önlenmesinde beş temel uygulama önem taşımaktadır. Bu uygulamalar sırasıyla, anemi prevalansının saptanması, beslenme eğitimi, demir desteği verilmesi, viral, bakteriyel ve parazit hastalıklarının kontrolü ve demirle besinlerin zenginleştirilmesi gibi aktivitelerdir (85, 86).

Diyetin düzeltilmesi; biyo-yararlılığı yüksek demir içeren besinlerin diyetle artırılması ve bitkisel kaynaklarla biyo-yararlılığı düşük olan demirin emilimini arttıran C vitaminin her öğünde tüketilmesi, demir emilimini azaltan etmenlerin (fitat, tanen, okzalit) ortadan kaldırılması, demir kaybına neden olan enfeksiyonların kontrol altına alınması, ekonomik, eğitim ve sosyal yapı koşullarının düzeltilmesi, besinlerin demirle zenginleştirilmesi, gerektiğinde demir desteği anemiyi önleyen çabalar (87).

Demir eksikliğine bağlı olarak oluşan aneminin önlenmesinde ve ortadan kaldırılmasında, etkin bir beslenme eğitiminin ağırlıklı olduğu özel beslenme danışmanlığı çalışmasının yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu amaç doğrultusunda ilk basamakta uygulanacak olan halkın eğitilmesidir. Bu konuda başta sağlık çalışanı olmak üzere medyanın ve diğer ilgili sektörlerin bilgilendirilmesi ve doğru beslenme uygulamalarının toplumda uygulanabilir hale getirilmesi şarttır. Bunun yanında demir

desteği terapotik bir uygulamalıdır. Destek uygulanmasında etkinlik diyetin bileşimi, demir emilimini ve kaybını etkileyen fizyolojik veya patolojik koşullar, demirin bileşimi, demir yetersizliğinin düzeyi, müdahalenin süresi gibi koşullara dayalıdır. Demir desteğinin sağlanması sorunun önlenmesinde ve kontrolünde etkin bir yoldur ve ülke programı şekline dönüştürülmesi büyük önem taşımaktadır (88).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) gebelerde anemi prevalansı %40'dan az saptandığında ulusal demir desteği önerisi şöyledir; gebelikte ikinci trimesterden itibaren 6 ay süre ile günlük 60 mg elementer demir verilmesi ülke deneyimlerine bağlı olarak önerilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün gebelerde anemi prevalansı %40 ve üzerinde saptandığında ulusal demir desteği önerisi ise şöyledir; gebelikte ikinci trimesterden itibaren 6 ay ve postpartum 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 60 mg elementer demir verilmesi ülke deneyimlerine bağlı önerilmektedir (86, 87, 88).

2.2.12.7. Gebede Aneminin, Yetersiz ve Dengesiz Beslenmenin, Anne ve Bebeğe Neden Olabileceği Etkiler

2.2.12.7.1. Anneye olan etkileri:

- Maternal ve fetal mortalite ve morbiditede artma,
- Düşük doğum ağırlığı riskinde artma,
- Bağışıklık sisteminde zayıflama ve çalışma kapasitesinde azalma.

2.2.12.7.2. Bebek ve çocuğa olan etkileri:

- Motor gelişim ve koordinasyonda bozulma,
- Büyüme-gelişme geriliği,
- Dil ve okul gelişiminde bozukluk,
- Azalmış fiziksel aktivite,
- Yorgunluk,
- Dikkat eksikliği ve enfeksiyonlara karşı dirençte azalma (88).

Gebelikte aneminin sağlığa etkileri üzerine yapılan çalışmalarda aneminin, adölesan gebelerde, diğer yaş grubundaki kadınlara göre daha sık rastlanan bir durum olduğunu göstermektedir. Erken doğum açısından önemli bir risk taşıyan adölesan gebe,

aneminin de var olması ile bu riski daha da artırmaktadır. Şiddetli aneminin varlığı, indirekt olarak maternal mortaliteye yol açan önemli bir etkidir. Demir ve folik asitten yoksun beslenme ile malarya ve intestinal parazitler gibi infeksiyon hastalıkları, adölesan gebedeki aneminin şiddetini artırmaktadır (47,87).

2.2.13. Distosi

Annenin doğum kanalı, fetüs ve rahimdeki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir. Tedavi altta yatan nedene yönelik yapılır. Pelvik darlığa bağlı distosilerde, darlık pelvis giriminde, orta pelviste, pelvis çıkımında veya kombine olabilir. Uterus kontraksiyonlarına bağlı distosilerde hipotonik uterin disfonksiyon, hipertonic ve diskoordine uterin disfonksiyon şeklindedir. Fetusa ait distosilerde, prezantasyon anomalileri, pozisyon anomalileri, fetusa ait gelişme anormallikleri olarak gruplanabilir (33, 35, 89).

Omuz distosisi, bebeğin başının doğduktan sonra omuzlarının kemik yapılarla takılarak sıkışmasıdır. Annede diyabet, iri bebek, şişmanlık, doğumun 2. evresinin uzaması, vakum ya da forseps gerektiren doğumlar ile daha önce omuz takılması öyküsünün olması risk faktörleridir. Bebeğin kol ve klavikula kemiklerinde kırılma, sinir zedelenmesi, bebeğin uzun dönem doğum kanalında kalmasına bağlı oksijenizasyonun bozulması ve bebeğin kaybedilmesi gibi komplikasyonları olabilir.

Normal doğumda karşılaşılabilecek en korkunç komplikasyonlardan biridir. Manevra gerektiren omuz distosi sıklığı %0.6-1.4 arasındadır (89).

Adölesan gebeler, doğum eylemini normalden daha uzun sürme tehlikesi altında bulunmaktadır. İskelet ve nöromüsküler sistem, gelişmesini en geç tamamlayan sistem olmasından dolayı adölesan gebelerde, doğacak olan bebek ile pelvis kemikleri arasında uyumsuzluk meydana gelmesi sık karşılaşılan bir durum olabilmektedir. Ayrıca 20 yaş üzerindeki gebelerde de gelişebilecek bir durum olan lomber lordoz, kas ve iskelet sistemi tam gelişmemiş olan adölesan gebelerde daha belirgin olabilmektedir (45).

Sefaolopelvik uyumsuzluk ya da doğum eyleminin uzaması, acil obstetrik bakım ve doğumun sezaryen ile gerçekleşmesini gerektirmektedir. Uzamış ve ilerlemeyen doğum eylemi, pelvis gelişimini tamamlamamasından dolayı 16 yaşından küçük kadınlarda birinci doğum sırasında, genellikle küçük pelvis ya da bebeğin pozisyonunun uygun olmamasına bağlı olarak meydana gelmektedir. (35, 45, 55).

2.2.14. Sezaryen Doğum

Sezaryen doğum; fetus, plasenta ve membranların abdominal ve uterus duvarlarındaki insizyon yoluyla doğması şeklinde tanımlanır (90).

1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrar artmıştır. Her ne kadar bu oranlar ülkeden ülkeye farklılık gösterse de sezaryen operasyon sıklığı genel olarak bütün dünyada önemli artış göstermiştir (90, 91). Bu artışın sebepleri arasında; paritenin azalması ve gebe kadınların yaklaşık yarısının nullipar olması önemli yer tutmaktadır. Bu kadınlarda sezaryen endikasyonu oluşturabilecek durumların daha fazla görülmesiyle açıklanmaktadır.

Son 20 yılda 30-39 yaş arası nullipar doğumlar iki katına çıkmış, 40-44 yaş arası doğumlar ise %50 artmıştır. 1970'lerden itibaren elektronik fetal monitorizasyon yaygın olarak kullanıldığından sezaryen sıklığında artış olmuştur. Makat gelişler %80'den fazla oranda sezaryen ile sonuçlanmaktadır. Sosyoekonomik durumu iyi olan kadınlar daha çok sezaryeni tercih etmektedirler (90).

35 yaş üzerindeki kadınlarda sezaryenle doğum hızında artış görülmektedir. Disfonksiyonel doğum eylemi 40 yaş üstü kadınlarda daha sık görülmektedir. Multipar olanlarda daha önceden sezaryen geçirme olasılığı da artmaktadır (93, 94).

Gordon ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 35 yaş üstü gebelerde sezaryen riskinin arttığı bulunmuştur. Ecker ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada sezaryen doğum oranının 25 yaştan düşük kadınlarda %11.6 iken, 40 yaş ve üzeri kadınlar için %43.1'e çıktığını tespit etmişlerdir. En çok malprezentasyon ve daha önce myomektomi ameliyatı geçirmiş olma sezaryen endikasyonu olarak belirlenmiştir (95, 96).

Hipertansiyon, diabet, prematür eylem ve plasental ablasyon gibi sorunların artması sonucu sezaryen hızı da artmaktadır (97).

2.2.15. Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR) veya amniorheksis fetal zarların doğum başlamasından en az bir saat önce yırtılması ve amnion sıvısının akmasıdır, böylece fetus ve dış ortam arasındaki bariyer yıkılmış olur. EMR gebelik haftasından önce meydana gelirse, preterm erken membran rüptürü (PEMR) denir. Etiyoloji,

komplifikasyon ve sonuçlar açısından PEMR ve EMR benzemektedir; ama PEMR'de membran yırtılmasında asıl rol oynayan nedenin koriodesidual bölgedeki enfeksiyon olduğu düşünülmektedir (98).

2.2.15.1. İnsidans

EMR, tüm gebeliklerin %10'unda görülmekle birlikte olguların %60-80'i term gebelerde , %20-40'ı 37. haftadan kk gebelerde meydana gelmektedir. PEMR tüm doğumların %2-3 nde görülmekte olup, preterm doğumun en sık nedenidir.

Adölesan gebelerde amnion kesesi, 20 yağ ve üzerindeki gebelere göre normal doğum eylemi bağlamadan önce açılarak %95 oranında erken doğum eylemine ya da erken doğum riskine neden olabilmektedir (99).

2.2.15.2. Etiyoloji

EMR'nin etiopatogenezi tam olarak bilinmemektedir ve birçok hipotezler ileri sürülmektedir. Bazı epidemiolojik alığmalarda PEMR'ye neden olabilecek bazı etkenler belirtilmiğtir. Bunlar genital yol enfeksiyonları veya bazı mikroorganizmalarla kolonizasyonu, mekanik zarar, sigara, bazı vitamin ve besin eksiklikleri, koitus, dğk sosyo ekonomik durum, gebelikte kanamadır. Maternal kilo, travma veya mekonyum ile EMR arasında iliğki bulunmamığtır.

Termde zarlarda zayıflamaya bağlı olarak EMR'nin fizyolojik olay sayılabileceği grğ tam destek grmemiğtir. Polihidramnios da zarları ağırını gerip zayıflatabilir ve bu EMR'ye neden olabilir. İviz gebeliklerde ve daha önce EMR yks olanlarda EMR sık görülmektedir. Servikal yetersizlik olgularında zarlar bir süre vajen içine kabardıktan sonra sıklıkla yırtılır (99, 100).

2.2.15.3. Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri

EMR'de en önemli komplifikasyonlar, erken doğum dolayısıyla prematürite, materyal ve fetal enfeksiyonlar, umbilikal kord basısına veya kordon sarkmasına bağlı hipoksi ve asfiksi, pulmoner hipoplazi ve fetal deformitelere (100).

EMR anne ve fetüste enfeksiyon riskini artırır. Maternal enfeksiyon riski sosyoekonomik duruma, gebelik haftasına, latent period süresine, amniotik sıvı volümüne bağlıdır. Latent period uzadıkça (özellikle 24 saati geçen olgularda) enfeksiyon riski de artmaktadır. Korioamnionitis insidansı, düşük sosyoekonomik düzeyli gebelerde, sık vajinal muayenede ve internal monitörizasyonda artmaktadır. Gebelik haftasının altında ise korioamnionitis riski ilk 72 saatten sonra artmaz. EMR'li gebede oligohidramnios varsa, enfeksiyon riski artmaktadır (100).

EMR ile ilişkili olarak gelişen maternal enfeksiyonlar, korioamnionitis ve endometritistir. Korioamnionitis insidansı, EMR'li olgularda %9 civarındadır. Endometritis, doğumdan önce veya sonra gelişebilir, myometrium hatta parametriumu yayılabilir. Korioamnionitis sonucu endometritis gelişebildiği gibi sepsis, renal yetmezlik ve yetişkin tipi respiratuar distres sendromu ortaya çıkabilir. Korioamnionitis nedeni olan mikroorganizmalar çok çeşitli olup, en önde gelenler aerobik ve anaerobik streptokoklar, aerobik koliform gram negatif bakterilerdir (99).

EMR varlığında, yenidoğanda enfeksiyon riski artmaktadır (%1.4) . Korioamnionitis gelişmişse bu oran %8.7 çıkar.

Yenidoğanda enfeksiyon riski prematürütede, maternal B grubu streptokok kolonizasyonunda ve erkek fetüste artmaktadır. Yenidoğanda 34. gebelik haftasının altında latent period ile enfeksiyon insidansı arasında pozitif bir korelasyon yok iken, termdeki gebelerde 72 saatten uzun süren latent period varlığında perinatal morbidite ciddi şekilde artmaktadır. Materyal enfeksiyona neden olan aynı organizma konjenital pnömoni, sepsis veya menenjit oluşturabilir (98, 99, 101).

Malprezentasyon varlığında EMR ile umbilikal kord prolapsusu riski artmaktadır. Ayrıca oligohidramniosla bağlı olarak prolapsus olmaksızın da kord basısı olabilir. Bu komplikasyon, eylem öncesinde veya sırasında meydana gelebilir. Ablasyo plasenta da fetal distres yapabilir (98).

Normal akciğer gelişimi ve normal solunum hareketleri için yeterli amnion sıvısı gereklidir. Özellikle 22. gebelik haftasının altında ve uzun süren oligohidramnios olgularında pulmoner hipoplazi gelişebilir. Oligohidramniosun ortaya çıkardığı bası ile abdomen diafragmaı yukarı iter, akciğer kompresyonu meydana gelir ve fetal akciğer sıvısı boşalır. Bu sıvı azlığı ve yokluğunda akciğer matürasyonu sağlıklı olmaz.

EMR'nin latent periodu ve oligohidramniyozun derecesi ile ilgili olarak fetal deformiteler meydana gelebilir. En çok ekstremiteler kontraksiyonları görülür. Ancak EMR ilk trimesterde oluşmuş ise, multiple ciddi fetal deformiteler görülebilir (100).

2.2.16. Puerperal Sepsis

Hijyenik olmayan sağlık kuruluşlarında doğum eylemine maruz kalan gebelerde doğum sonrası enfeksiyona uğrama riski yüksektir. Puerperal enfeksiyon, adölesan ve ileri yaş gebe kadınlar arasında maternal mortalite riskini artıran en önemli nedenlerin başında gelmektedir. Özellikle adölesan gebelerde sık görülebilen uzamış veya ilerlemeyen doğum eylemi, puerperal sepsis veya postpartum enfeksiyon riskinin artmasına neden olmaktadır (101).

2.2.17. Postpartum Kanama

Doğumdan sonraki ilk 24 saat içinde 500 ml.den fazla kan kaybı postpartum hemoraji olarak adlandırılır. Bu dönemdeki kanama primer veya akut olarak nitelendirilir. İlk 24 saatten sonraki hemoraji ise sekonder veya geç postpartum hemoraji olarak adlandırılır (103, 106).

Postpartum hemoraji maternal mortalite ve morbiditenin önemli nedenlerindedir ve önlenebilir olduğundan erken tanı ve etkin tedavi esastır. Anne ölümlerine neden olan kanamalar çoğunlukla plasenta dekolmanı, plasenta previa, postpartum atoni ve ektopik gebelik rüptürüne bağlıdır. Daha seyrek rastlanan nedenler ise uterus rüptürü, plasenta yapışma anomalileri, serviks ve vajen yırtıklarındır. Yetersiz sütürasyon, sütürlerin açılması, enfeksiyon gibi sebepler üterin damarlardan postoperatif kanamaya yol açabilir (107).

Postpartum kanama ile karşılaşıldığında spesifik etiyoloji araştırılmalı ve tedaviye hemen başlanmalıdır.

2.2.17.1. Postpartum Kanama Nedenleri

- 1) Uterus atoni ve hipotonisi
- 2) Doğum yolu yaralanmaları

- 3) Plasenta ayrılma ve atılma bozuklukları
- 4) Uterus rüptürü
- 5) İnversiyon uteri
- 6) Pelvik hematomlar
- 7) Koagülasyon sistemindeki anormallikler (102, 103, 104, 108).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmek amacı ile yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığı üzerine etkilerini değerlendirmek amacı ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapılacağı Yer ve Özellikleri

Araştırma Mersin il merkezinde bulunan 300 yataklı Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde (MKDÇHH) yapılmıştır. MKDÇHH'nde 19 kadın doğum uzmanı hekim, 108 ebe, 52 hemşire çalışmaktadır. Kadın Doğum ve Çocuk olmak üzere iki binadan oluşmaktadır. Kadın doğum binasında gebe polikliniği, jinekoloji polikliniği, aile planlaması polikliniği ve jinekoloji-doğum sonu servisleri(lohusa servisi, cerrahi doğum servisi) doğum salonu, riskli yenidoğan ünitesi, çocuk cerrahi servisi, jinekoloji müdahale odası (septik), ameliyathane ünitelerinden oluşmaktadır.

32 yataklı lohusa servisinde 8 ebe, 1 hemşire ve 1 yardımcı personel, 26 yataklı cerrahi doğum servislerinde ise 10 ebe, 4 hemşire, 1 yardımcı personel çalışmaktadır. Bu servislerde bulunan 25 personel 08.00-16.00 / 16.00-08.00 olmak üzere iki vardiya şeklinde çalışmaktadırlar.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırma evrenini Mersin il merkezinde bulunan Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 2008 yılı içinde doğum yapan(normal ve sezaryen) 10014 anne oluşturmaktadır.

3.5. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 01.10.2009-01.03.2010 tarihlerinde doğum yapan(normal ve sezaryen) anneler oluşturmuştur. Hastane 2008 yılı verilerine göre, doğum yapan annelerin sayısı 10014'tür. Örneklem kapsamına alınacak anne sayısı (n), aşağıdaki örneklem genişliği formülüne göre hesaplanmıştır (116).

$$n = N \cdot t^2 \cdot P \cdot q / d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q$$

N : Evrendeki doğum yapmış annelerin sayısı (10014)

n : Örneklem alınacak birey sayısı

p : İncelenen olayın görülüş sıklığı.(% 50)

q : İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (% 50)

t : Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablo değeri(1.96)

d : Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen (\pm) sapma (0.05)

$$n = \frac{10014 \times (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (10013) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = 370$$

Adölesan, erişkin ve ileri yaş grubundaki annelerin sağlık durumları bakımından anlamlı bir farklılığın ortaya çıkarılması için kaynak 25'teki makale referans ve Tip I Hata %5, Tip II Hata %20 alınıp MedCalc®v11.0.1 paket programı kullanılarak her grupta minimum 163 anne ile çalışılması gerektiğine karar verilmiştir. Örneklem kapsamına alınacak anne sayısı 489 olarak belirlenmiştir.

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilen veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Kullanılacak veri toplama formunun birinci bölümünü oluşturan 1-10.sorular; gebelerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin sorulardan, ikinci ve üçüncü bölümünü oluşturan 11-34.sorular ise obstetrik özelliklerini ve gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

3.6.2. Veri Toplama Formunun Ön Uygulaması

Anket formunun, amaca uygunluğunu ve anlaşılabilirliğini belirlemek için Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde doğum yapan 10 anneye uygulanmıştır.

3.6.3. Veri Toplama Formunun Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Veri toplama formu kurum onayı alındıktan sonra Mersin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde 08.00-16.00 saatleri arasında, postpartum 2-4. saatlerini tamamlayan, lohusa ve cerrahi doğum servisindeki gönüllü kadınlarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Gruplardan elde edilen değerlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile test edilmiştir. Bütün değişkenler için ve her bir alt grup için tanıtıcı istatistikler hesaplanmıştır. Normal dağılan parametreler için tanımlayıcı istatistik olarak ortalama ve standart sapma, diğer parametreler için medyan ve quartiller verilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki için Ki-kare analizi kullanılmıştır. Yaş grupları arasında bebeklerin ortalama ağırlıkları bakımından farklılık olup olmadığı Kruskal Wallis Testi ile test edilmiştir. Post hoc testi olarak da Dunn Testi kullanılmıştır. İstatistik anlamlılıkta $p < 0.05$ istatistik açıdan anlamlı kabul edilmiştir. Hesaplamalarda SPSS 11.5 ve MedCalc®v11.0.1 paket programı kullanılmıştır(115).

Gebelik süresine bakılmaksızın doğum ağırlığı 2500 gramın altındaki bebekler “düşük doğum ağırlıklı”, 2500-4000 gram “normal doğum ağırlıklı”, 4000 gram üzeri “yüksek doğum ağırlıklı bebek” olarak kabul edildi(58).

4. BULGULAR

Çizelge 4.1. Annelerin Yaş Dağılımları

n:489

Yaş	Annelerin yaş grupları	
	n	%
15	2	1.2
16	7	4.2
17	38	23.3
18	54	33.1
19	62	38.2
20-22	31	19.1
23-25	27	16.5
26-28	31	19.1
29-31	36	22.0
32-34	38	23.3
35-37	114	70.0
38-40	40	24.5
41-43	9	5.5
Toplam	489	100.0

X ort.
18.02 ± 0.5
27.43 ± 2.2
36.86 ± 2.2

Çizelge 4.1’de araştırma kapsamına alınan annelerin yaş dağılımları yer almaktadır. 15-19 yaş arası adölesan annelerin %94.6’sı 17-19 yaş grubunda olup, annelerin yaş ortalamasının 18.02±0.5 olduğu görülmektedir. 20-34 yaş arası erişkin annelerin %64.4’ü 26-34 yaş grubunda olup, annelerin yaş ortalaması 27.43±2.2’dir. İleri yaş annelerin %94.5’i 35-40 yaş arasında olup, annelerin yaş ortalamalarının 36.86±2.2 olduğu görülmektedir.

Çizelge 4.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Eğitim Durumu	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okur-yazar değil	49	30.0	31	19.0	47	28.8	127	25.9
İlköğretim	96	58.8	105	64.4	102	62.6	303	61.9
Lise	16	9.8	21	12.9	12	7.4	49	10.2
Üniversite	2	1.2	6	3.7	2	1.2	10	2.0
Mesleği								
Ev Hanımı	155	95.2	144	88.3	157	96.3	456	93.2
İşçi	7	4.2	8	4.9	1	0.6	16	3.2
Memur	1	0.6	11	6.8	5	3.1	17	3.6
Eşlerinin Eğitim Durumu								
Okur-yazar değil	33	20.2	9	5.5	26	16.0	68	13.9
İlköğretim	111	68.2	116	71.2	119	73.0	346	70.7
Lise	14	8.5	21	12.9	13	8.0	48	9.8
Üniversite	5	3.1	17	10.4	5	3.1	27	5.6
Eşlerinin Mesleği								
Serbest Meslek	95	58.2	98	60.1	91	55.8	284	58.0
Memur	1	0.6	14	8.6	13	7.0	28	5.9
İşçi	67	41.2	51	31.3	59	36.2	177	36.1
Sağlık Güvence Durumu								
S.G yok	33	20.2	13	8.0	26	16.0	72	14.7
S.G var	130	79.8	150	92.0	137	84.0	417	85.3
Aile Tipi								
Geniş aile	44	27.0	18	11.0	36	22.1	98	20.0
Çekirdek aile	119	73.0	145	89.0	127	77.9	391	80.0
Gelir Düzeyi*								
İyi	6	3.7	11	6.7	4	2.4	21	4.2
Orta	82	50.3	108	66.3	87	53.4	277	56.6
Kötü	75	46.0	44	27.0	72	44.2	191	39.2

Çizelge 4.2. Annelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (Devam)

n:489

Sürekli Yaşadığı Yer								
	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
İl merkezi	115	70.5	144	88.3	127	77.9	386	79.7
İlçe	37	22.8	19	11.7	28	17.2	84	17.1
Köy	11	6.7	0	0.0	8	4.9	19	3.2
Eşi İle Akrabalık Durumu								
Evet	44	27.0	34	20.9	38	23.3	116	23.7
Hayır	119	73.0	129	73.1	125	76.7	373	76.3

* Gelir düzeyi dağılımı annelerin kendi ifadelerine göre iyi-orta-kötü olarak tanımlanmıştır.

Çizelge 4.2, araştırma kapsamına alınan annelerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımını içermektedir. Adölesan annelerin %30.0'unun, erişkin annelerin %19.0'unun, ileri yaş annelerin %28.8'inin okuma-yazma bilmediği, adölesan annelerin %58.8'inin, erişkin annelerin %64.4'ünün, ileri yaş annelerin %62.6'sının ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Adölesan annelerin %95.2'si ev hanımı, %68.2'sinin eşleri ilköğretim mezunu, eşlerinin %58.2'si serbest meslek yapmakta, %79.8'inin sağlık güvencesi bulunmakta, %73'ü çekirdek aile yapısına sahip, %50.3'ü orta gelir düzeyinde, %70.5'i il merkezinde yaşamakta, %73'ünün eşi ile akrabalığı bulunmamaktadır. Erişkin annelerin %88.3'ü ev hanımı, %71.2'sinin eşleri ilköğretim mezunu, eşlerinin %60.1'i serbest meslek yapmakta, %92'sinin sağlık güvencesi bulunmakta, %89'u çekirdek aile yapısına sahip, %66.3'ü orta gelir düzeyinde, %88.3'ü il merkezinde yaşamakta, %73.1'inin eşi ile akrabalığı bulunmamaktadır. İleri yaş annelerin %96.3'ü ev hanımı, %73'ünün eşleri ilköğretim mezunu, eşlerinin %55.8'i serbest meslek yapmakta, %84'ünün sağlık güvencesi bulunmakta, %77.9'u çekirdek aile yapısına sahip, %53.4'ü orta gelir düzeyinde, %77.9'u il merkezinde yaşamakta, %76.7'sinin eşi ile akrabalığı bulunmamaktadır.

Yaş gruplarıyla gelir düzeyleri ve eşleri ile akrabalık durumları değerlendirildiğinde, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.42$ $p>0.05$). Yaş grupları ile, eşlerinin çalışma durumları, eğitim durumları, aile tipleri, sağlık güvenceleri karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 =0.02$, $p<0.05$).

Çizelge 4.3. Annelerin Gebelik Öncesi Var olan Hastalıklarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tanısı Konulmuş Hastalık varlığı								
Hastalığım yok	140	85.8	138	84.7	142	87.1	420	85.8
Hastalığım var	23	14.2	25	15.3	21	12.9	69	14.2
Tanısı Konulmuş Hastalıkları								
Hastalığım yok	140	85.8	138	84.7	142	87.1	420	85.8
Diyabet	1	0.6	1	0.6	0	0.0	2	0.4
Kan Hastalıkları	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.2
Kalp-damar hastalıkları	2	1.3	2	1.2	1	0.6	5	1.0
Üriner sistem hastalığı	16	9.8	19	11.7	12	7.4	47	9.6
Tiroid hastalıkları	3	1.8	4	2.5	8	4.9	15	3.0

Çizelge 4.3, yaş gruplarına göre gebelik öncesi tanısı konulmuş hastalıkların dağılımını göstermektedir. Adölesan annelerin %23.0'ünün, erişkin annelerin %15.3'ünün, ileri yaş annelerin %12.9'unun tanısı konulmuş hastalığı mevcuttur. Adölesan annelerin %9.8'inin, erişkin annelerin %11.7'sinin, ileri yaş annelerin %7.4'ünün üriner sistem hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarıyla tanısı konulmuş hastalıkları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.81$, $p>0.05$).

Çizelge 4.4. Annelerin Doğurganlık Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Gebelik sayısı	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1-3	163	100.0	131	80.3	59	36.2	353	72.1
4-6	0	0.0	31	19.1	92	56.4	123	25.1
7 ve üzeri	0	0.0	1	0.6	12	7.4	13	2.8
Abortus								
Abortus yok	153	93.8	144	88.3	138	84.7	435	88.9
Abortus var	10	6.2	19	11.7	25	15.3	54	11.1
Yaşayan Çocuk Sayısı								
İlk Çocuk	123	75.4	22	13.6	5	3.0	150	30.6
2-3	40	24.6	134	82.2	104	63.8	278	56.8
4 ve üzeri	0	0	7	4.2	54	33.2	61	12.6
Gebelik Aralığı								
Gebelik yok	112	68.7	19	11.6	4	2.5	135	27.6
İki yıldan az	36	22.0	26	16.0	18	11.6	80	17.3
İki yıldan fazla	15	9.3	118	72.4	140	85.9	273	55.1

Çizelge 4.4'te annelerin doğurganlık özelliklerinin yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Adölesan annelerin en fazla 1-3 gebeliği, %93.8'inin abortusunun olmadığı, %75.4'ünün ilk gebeliği, %22.0'sinin gebelikleri arasında iki yıldan az süre olduğu, erişkin annelerin %80.3'ünün 1-3 gebeliği, %88.3'ünün abortusunun olmadığı, %82.2'sinin 1-3 yaşayan çocuğu olduğu, %72.4'ünün gebelikleri arasında iki yıldan fazla süre olduğu, ileri yaş annelerin %56.4'ünün 4-6 gebeliği, %84.7'sinin abortusunun olmadığı, %63.8'inin 1-3 yaşayan çocuğu olduğu, %85.9'unun gebelikleri arasında iki yıldan fazla süre olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarıyla, gebelik, abortus, yaşayan çocuk sayıları ve gebelik aralıkları karşılaştırılması yapıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$).

Çizelge 4.5. Annelerin Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Bazı Verilerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu								
Evet	79	48.5	124	76.1	79	48.5	282	57.6
Hayır	84	51.5	39	23.9	84	51.5	207	42.4
Doğum Öncesi Bakım Aldıkları Yer								
Kontrole Gitmedim	84	51.5	39	23.9	84	51.5	207	42.4
Sağlık Ocağı	23	14.3	18	11.1	20	12.0	61	14.7
Devlet Hastanesi	54	33.0	101	62.0	54	34.4	209	43.3
Üniversite Hastanesi	2	1.2	5	4.0	5	2.1	12	3.0
Doğum Öncesi Kontrollere Gitme Sıklığı								
Kontrole Gitmedim	84	51.5	39	23.9	84	51.5	207	42.4
1-2	2	1.2	3	3.4	3	3.4	8	2.3
3-5	6	4.5	5	4.5	2	1.2	13	4.8
6-7	16	9.0	35	18.5	23	12.6	74	12.3
8 ve üzeri	55	33.8	81	49.7	51	31.3	187	38.2
Kontrollerde Gebelik Yaşının Anne Sağlığına Etkileri İle İlgili Bilgi Alma Durumu								
Kontrole Gitmedim	84	51.5	39	23.9	84	51.5	207	42.4
Evet	3	1.8	2	2.1	3	3.5	8	7.0
Hayır	76	46.7	122	74.0	76	55.0	273	50.6
Kontrollerde Gebelik Yaşının Yenidoğan Sağlığına Etkileri İle İlgili Bilgi Alma Durumu								
Kontrole Gitmedim	84	51.5	39	23.9	84	51.5	207	42.4
Evet	2	2.0	2	3.9	1	0.3	5	1.4
Hayır	78	47.5	122	72.2	78	48.2	277	56.2
Gebelikte Demir ve Vitamin Hapı Kullanma Durumu								
Evet	72	44.2	110	67.5	64	39.3	246	50.3
Hayır	91	55.8	53	32.5	99	60.7	243	49.7

Çizelge 4.5, annelerin doğum öncesi bakıma ilişkin bazı verilerinin yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin %51.5'inin doğum öncesi bakım almadığı, bakım alanların %33.7'sinin devlet hastanesinden aldığı, %33.8'inin 8 ve üzeri kontrollere gittiği, %46.7'sine gebelik yaşının anne sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verildiği, %47.5'ine gebelik yaşının yenidoğan sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verildiği, %55.8'inin gebeliğinde demir ve vitamin hapı kullanmadığı, erişkin annelerin %76.1'inin doğum öncesi bakım aldığı, bakım alanların %62.0'sinin devlet hastanesinden aldığı, %49.7'sinin 8 ve üzeri kontrollere gittiği, %74'üne gebelik yaşının anne sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verilmediği, %72.2'sine gebelik yaşının yenidoğan sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verilmediği, %32.5'inin gebeliğinde demir ve vitamin hapı kullanmadığı, ileri yaş annelerin %51.5'inin doğum öncesi bakım almadığı, bakım alanların %34.4'ünün devlet hastanesinden aldığı, %31.3'ünün 8 ve üzeri kontrollere gittiği, %55.0'ine gebelik yaşının anne sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verilmediği, %48.2'sine gebelik yaşının yenidoğan sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verilmediği, %60.7'sinin gebeliğinde demir ve vitamin hapı kullanmadığı tespit edilmiştir. Yaş gruplarıyla doğum öncesi bakım alma, doğum öncesi bakım aldıkları yer, doğum öncesi kontrollere gitme sıklığı, kontrollerde anne ve yenidoğan sağlığına yönelik bilgi alma, demir ve vitamin hapı kullanma durumları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$).

Çizelge 4.6. Annelerin Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu								
	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
Evet	77	47.2	96	58.9	76	46.6	249	50.9
Hayır	86	52.8	67	41.1	87	53.4	240	49.1
Kullandıkları Yöntemlerin Dağılımı								
Yöntem kullanmayan	86	52.8	67	41.1	87	53.4	240	49.1
Kondom	51	31.4	47	28.8	41	25.2	139	28.4
RİA	8	4.9	17	10.4	29	17.8	54	11.0
Doğum Kontrol Hapı	5	3.0	27	16.6	3	1.8	35	7.1
Geri Çekme	13	7.9	6	3.7	3	1.8	22	4.4

Çizelge 4.6, annelerin aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Adölesan annelerin %50.9'unun plansız gebeliği olduğu, %52.8'inin aile planlaması yöntemi kullanmadığı, yöntem kullananların %31.4'ünün kondom kullandığı, erişkin annelerin %42.4'ünün plansız gebeliği olduğu, %41.1'inin aile planlaması yöntemi kullanmadığı, yöntem kullananların %28.8'inin kondom kullandığı, ileri yaş annelerin %52.6'sının plansız gebeliği olduğu, %53.4'ünün aile planlaması yöntemi kullanmadığı, yöntem kullananların %25.2'sinin kondom kullandığı tespit edilmiştir. Yaş gruplarıyla aile planlaması yöntem kullanma durumları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.04$, $p< 0.05$).

Çizelge 4.7. Annelerin Son Gebeliğinde Yaşadıkları Sorunların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Son Gebeliğinde sorun yaşama durumu	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	115	70.5	94	57.7	72	44.2	281	57.4
Hayır	48	29.5	69	42.3	91	55.8	208	42.6
Yaşadıkları Sorunların Dağılımı								
Sorun Yaşamadım	48	29.4	70	42.9	91	55.8	209	42.7
Hipertansiyon	0	0.0	2	1.2	2	1.2	4	0.8
Preeklampsi	3	1.8	2	1.2	8	4.9	13	2.6
Kansızlık	31	18.9	33	20.2	29	27.8	93	18.9
Diyabet	1	0.6	1	0.6	0	0.0	2	0.4
Kanama	1	0.6	0	0.0	6	3.7	7	1.4
Baş ağrısı	0	0.0	0	0.0	2	1.2	2	0.4
Kramp	0	0.0	7	4.3	11	6.7	18	3.6
Hemoroid	0	0.0	1	0.6	1	0.6	2	0.4
Bulantı ve kusma	78	47.7	44	27	8	4.9	130	26.4

Çizelge 4.7'de araştırma kapsamına alınan annelerin son gebeliğinde sorun yaşama ve yaşadıkları sorunların yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Adölesan annelerin %29.5'i, erişkin annelerin %42.3'ü, ileri yaş annelerin %55.8'i son gebeliğinde sorun

yaşadığını ifade etmiştir. Yaşadıkları sorunların dağılımına baktığımızda adölesan annelerin %47.7'si, erişkin annelerin %27.0'si bulantı ve kusma, ileri yaş annelerin %27.8'i kansızlık yaşadıklarını belirtmişlerdir. Yaş gruplarıyla son gebeliğinde sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$).

Çizelge 4.8. Annelerin Doğumları ile İlgili Özelliklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Doğum Şekli	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal doğum	20	12.2	34	20.9	90	55.2	144	29.4
Normal doğum + Müdahale	80	49.2	45	27.6	19	11.7	144	29.4
Sezaryen doğum	63	38.6	84	51.5	54	33.1	201	41.2
Doğum Zamanlarının Dağılımı								
Erken doğum	19	11.6	6	3.7	4	2.5	29	5.9
Tam zamanında doğum	142	87.2	154	94.5	158	96.9	454	92.8
Geç doğum	2	1.2	3	1.8	1	0.6	6	1.3
Doğumda Sorun Yaşama Durumu								
Evet	87	53.3	78	47.9	60	36.8	225	46.1
Hayır	76	46.7	85	52.1	103	63.2	264	53.9
Doğumda Yaşadıkları Sorunların Dağılımı								
Sorun Yaşamadım	76	46.7	85	52.1	103	63.2	264	53.9
Uzamış doğum eylemi	25	15.7	11	6.7	5	4.2	41	8.3
Hızlı doğum eylemi	3	1.3	4	2.5	1	0.4	9	1.8
Prezentasyon anomalisi	27	16.7	42	25.8	31	19.1	100	20.4
Kanama	7	4.2	5	3.1	4	3.3	15	3.4
Fetal distress	25	15.4	16	9.8	19	9.8	60	12.2

Çizelge 4.8, araştırma kapsamına alınan annelerin doğumları ile ilgili özelliklerin yaş gruplarına göre dağılımını göstermektedir. Adölesan annelerin %49.2'sinin müdahaleli normal doğum, erişkin annelerin %51.5'inin sezaryen doğum, ileri yaş annelerin %55.2'sinin normal doğum yaptığı görülmektedir. Doğum zamanlarının dağılımına baktığımızda adölesan annelerin %87.2'si, erişkin annelerin %94.5'i, ileri yaş annelerin %96.9'u tam zamanlı doğum yapmıştır. Adölesan annelerin %53.3'ü, erişkin annelerin %47.9'u, ileri yaş annelerin ise %36.8'i doğumlarında sorun yaşamışlardır. Doğumda yaşadıkları sorunların dağılımına baktığımızda ise adölesan, erişkin ve ileri yaş grubunun çoğunluğunda neden prezentasyon anomalisidir (%16.9, %25.8, %19.1). Yaş gruplarıyla doğum şekli ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$) ve doğum zamanları ($\chi^2=0.04$, $p<0.05$) karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yaş gruplarıyla doğumda sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.09$, $p>0.05$).

Çizelge 4.9. Annelerin Doğum Sonu Yaşadıkları Sorunların Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

n:489

Doğum Sonu Dönemde Sorun Yaşama	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	67	41.2	39	23.9	28	17.2	134	27.4
Hayır	96	58.8	124	76.1	135	82.8	355	72.6
Yaşadıkları Sorunların Dağılımı								
Sorun Yaşamadım	96	58.8	124	76.1	135	82.8	355	72.6
Aşırı Kanama	15	9.4	2	1.2	7	4.3	25	5.3
Damarsal Sorunlar	2	1.2	2	1.2	0	0.0	3	0.5
Emzirme sorunları	50	30.6	35	21.5	21	12.9	106	21.6
Doğum Sonu Dönemde Psikolojik Sorun Yaşama Durumlarının Dağılımı								
Evet	7	4.3	7	4.3	2	1.2	16	3.2
Hayır	156	95.7	156	95.7	161	98.8	473	96.8

Çizelge 4.9’da annelerin doğum sonu yaşadıkları sorunların yaş gruplarına göre dağılımı yer almaktadır. Adölesan annelerin %58.8’i, erişkin annelerin %76.1’i, ileri yaş annelerin %82.8’i doğum sonu dönemde sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Sorun yaşadıklarını ifade eden adölesanların %30.6’sı, erişkinlerin %21.5’i, ileri yaş grubunun ise %12.9’u emzirme problemi yaşamışlardır.

Adölesan, erişkin, ileri yaş annelerin tamamına yakını doğum sonu dönemde psikolojik sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir (%95.7, %95.7, 98.8). Yaş gruplarıyla doğum sonu dönemde sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$). Yaş gruplarıyla doğum sonu dönemde psikolojik sorun yaşama durumları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=0.19$, $p>0.05$).

Çizelge 4.10. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanın Sağlık Sorunu Yaşama Durumunun Dağılımı

n:489

	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yenidoğan Sağlık Sorunu Yaşama								
Evet	67	41.1	41	25.2	34	20.9	142	29.0
Hayır	96	58.9	122	74.8	129	79.1	347	71.0
Yaşadıkları Sorunların Dağılımı								
Sağlık sorunu yok	96	58.9	122	74.8	129	79.1	347	71.0
Prematürite	0	0.0	1	1.2	1	1.2	2	0.7
Konjenital anomali	1	1.2	1	1.2	1	1.2	3	0.6
Düşük apgar skoru	44	27.0	20	12.3	18	11.4	82	16.7
Sarılık	22	12.9	16	9.7	11	5.2	49	9.6
Emme sorunları	0	0.0	3	1.8	3	1.8	6	1.4

Çizelge 4.10’da yaş gruplarına göre yenidoğanın sağlık sorunu yaşama durumunun dağılımı gösterilmiştir. Adölesanların %41.1’inde, erişkinlerin %25.2’sinde, ileri yaştakilerin %20.9’unda yenidoğanlarda sağlık sorunu yaşanmıştır. Yaşanan sorunlara baktığımızda adölesan annelerin %27.0’sinde, erişkin annelerin %12.3’ünde, ileri yaş

annelerin %11.4'ünde yenidoğanlarında düşük apgar skoru görülmüştür. Yaş gruplarıyla yenidoğanın sağlık sorunu yaşama durumları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$).

Çizelge 4.11. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanların Kilolarının Dağılımı

n:489

	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
2400 gr altı	5	3.1	5	3.1	3	1.8	13	2.7
2500-4000 gr	156	95.7	151	92.6	156	95.7	463	94.6
4000 gr üzeri	2	1.2	7	4.3	4	2.5	13	2.7

Çizelge 4.11'de yaş gruplarına göre yenidoğanların kilolarının dağılımı gösterilmiştir. Adölesan ve erişkin annelerin %3.1'i, ileri yaş annelerin %1.8'i 2500 gr ve altında, adölesan annelerin %1.2'si, erişkin annelerin %4.3'ü, ileri yaş annelerin %2.5'i 4000 gr ve üzerinde bebek dünyaya getirmişlerdir. Yaş gruplarıyla yenidoğanların kiloları karşılaştırıldığında farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=0.01$, $p<0.05$).

Çizelge 4.12. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Yenidoğanların Kilo Ortalamalarının Dağılımı

n:489

	Adölesan		Erişkin		İleri yaş		P
	med	Q1-Q3	med	Q1-Q3	med	Q1-Q3	
Kilo	3000	2800-3100	3100	3000-3250	3100	3000-3400	<0.001

Çizelge 4.12'de adölesan, erişkin ve ileri yaş gruplarında doğum yapan annelerin bebeklerinin kilo ortalamaları arasındaki farklılık Kruskal Wallis Testi ile test edilmiştir ve bebeklerin ortalama ağırlıkları arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı bulunmuştur. Post Hoc karşılaştırması ise Dunn testi ile yapılmış olup;

Adölesan ile erişkin yaş grubunda olan annelerin bebeklerinin ortalama ağırlıkları arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlıdır ($p<0.05$). Erişkin ile ileri yaş grubunda olan annelerin bebeklerinin ortalama ağırlıkları arasındaki farklılık istatistik açıdan anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

TNSA 2008 sonuçlarına göre 15-24 yaş kadınların %17'si, 25-29 yaş kadınların %12'si, 30-49 yaş kadınların %27'si hiçbir eğitim düzeyini tamamlamamıştır(17). Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin % 30'unun, erişkin annelerin %19'unun, ileri yaş annelerin %28.8' inin okuma-yazma bilmediği bulunmuştur. Çalışma grubunun eğitim düzeyi Türkiye ortalamasından düşüktür.

Doğum öncesi bakım almayı etkileyen en önemli faktörlerden biri de sağlık güvencesi olup olmadığıdır. Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık güvencesine sahip kadınların %80'inin en az bir kez doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir (109,114). Araştırmamızda adölesan annelerin %20.2'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Yaş gruplarıyla sağlık güvence olup olmaması durumları istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Adölesan annelerin %23'ünün, erişkin annelerin %15.3'ünün, ileri yaş annelerin %12.9'unun tanısı konulmuş hastalığı mevcuttur. Adölesan annelerin %9.8'inin, erişkin annelerin %11.7'sinin, ileri yaş annelerin %7.4'ünün üriner sistem hastalığı olduğu tespit edilmiştir. Yaş gruplarıyla tanısı konulmuş hastalıkları karşılaştırıldığında farklılık anlamlı bulunmamıştır.

Arka arkaya yapılan iki canlı doğum arasında geçen süre bir doğum aralığını ifade eder. Araştırmalar bir önceki doğumdan sonra iki yıl içinde doğan çocukların iki yıldan daha uzun süre sonra doğan çocuklara göre morbidite ve mortalite açısından daha fazla risk taşıdığını göstermektedir. TNSA 2003 verilerine göre Türkiye'de 15-19 yaş grubundaki birden fazla doğum yapan kadınların %60.8'inin son doğumu, bir önceki doğumdan sonra iki yıl içinde meydana gelmiştir(31). Araştırmamızda ise birden fazla doğum yapan adölesan kadınlardan %22'si bir önceki doğumunu iki yıldan daha kısa zamanda yapmıştır. Bu durum aile planlamasına olan ihtiyacı göstermektedir.

Yaş gruplarına göre doğurganlık özelliklerinin dağılımını incelediğimizde ileri yaş annelerin %56.4'ünün 4-6 gebeliği olduğu görülmektedir. Çalışmamızda özellikle ileri yaş

gebeliklerde gebelik sayıları yüksek bulunmuştur. Saka ve arkadaşlarının Diyarbakır'da Kadın Sağlığı Merkezi'nde yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 4.3 olarak bulunması çalışmamızla paralellik göstermektedir (110).

Kişioğlu ve Arkadaşlarının Isparta ilinde yaptığı çalışmada yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.95 değişik çalışmalarda yaşayan çocuk sayısı ortalaması 2.5, 2, 2.7, 1.92 ve 2.07 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da adölesan ve erişkin yaş grubundaki annelerin çoğunluğunun en fazla 3 çocuğa sahip olması literatürle paralellik göstermektedir (111, 112).

Adölesan gebeliklerde anatomik ve fizyolojik gelişimin tamamlanmaması, beslenme ve sosyoekonomik şartların istenen düzeyde olmaması gibi nedenlerle düşükler meydana gelebilmektedir(35). Araştırmadaki annelerin %11.1'inin düşüğü olmuş ve düşük yapma oranı yaşla birlikte artmıştır. Karakaya 2004 yılında İstanbul'da adölesan evli kadınlarla yaptığı çalışmada %15.1'inde düşüklerin olduğunu bulmuştur. Soylu'nun İzmir'de yaptığı çalışmada da, kadınların %8.6'sının daha önce en az 1 kez düşük yaptığı, %12.3'ünün ise daha önce en az bir kez kürtaj olduğu saptanmıştır (113).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi, gebelik döneminde annelerin yeterli sıklıkta izlemi, risklerin önceden belirlenmesi ile mümkün olmaktadır (14, 48). TNSA 2003 verilerine göre annelerin %14.7'sinin, TNSA 2008'de ise %7.8'inin sağlık personelinde doğum öncesi bakım almadığı saptanmıştır (17, 31). İstanbul'daki araştırmada bu oran %6.9 olarak bulunmuştur (114). Araştırmamızda adölesan annelerin %51.5'i, erişkin annelerin %23.9'u, ileri yaş annelerin %51.5'i doğum öncesi bakım almamıştır. Araştırma verilerinin, Büyükgediz ve Özçelik'in yaptıkları çalışmaların sonuçlarının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğunu görmekteyiz (5, 14).

Çiftlerin istedikleri sayı ve istedikleri zamanda çocuk sahibi olabilmeleri için gebeliklerini planlamaları önemlidir. Planlanmış gebeliklerde anne ve yenidoğan sağlığı da korunmuş olmaktadır. TNSA 2008'de gebeliği önleyici yöntem kullanım yaygınlığı %73'tür. Gebeliği önleyici yöntem kullanımı kadının yaşına göre farklılaşmaktadır. Herhangi bir yöntem kullanımı 15-19 yaş grubundaki evli kadınlar arasında en düşük düzeyde iken (yüzde 40), 30-34 yaş grubunda yüzde 84'e kadar yükselmekte ve 45-49 yaş grubunda yüzde 59'a düşmektedir. Evli kadınlar tarafından en çok kullanılan modern yöntem yüzde 17 ile RIA'dır. En yaygın olarak kullanılan ikinci yöntem yüzde 14 ile kondomdur (17). Araştırmamızda

adölesan annelerin %47.2'sinin, erişkin annelerin %58.9'unun, ileri yaş annelerin %46.6'sının aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Kullanılan yöntemlere bakıldığında ilk sırada kondom (%31.4, %28.8, %25.2) olduğu görülmektedir. İzmir'de yapılan çalışmada kadınların %51.7'sinin geçmişte bir aile planlaması yöntemi kullandığı, kullanılan yöntemler arasında ilk sırada kondom (%19.1) olduğu görülmüştür (113).

Literatürde bulantı ve kusma gebelikte en yaygın ve erken dönemde görülen semptomlardır. Kadınların yarısında bulantı, üçte birinde kusma görülebilmektedir. Gebeliğin çok istenmesi, istenmeyen gebelik olması durumunda, anneliğe hazır olunmaması durumunda, yorgunluk ve bağırsakta peristaltik hareketlerin yavaşlaması sonucunda da meydana gelebileceği belirtilmektedir. Çalışmamızda adölesan annelerin %29.5'i, erişkin annelerin %42.3'ü, ileri yaş annelerin %55.8'i son gebeliğinde sorun yaşadığını ifade etmiştir. Yaşadıkları sorunların dağılımına baktığımızda adölesan annelerin %47.7'si, erişkin annelerin %27'si bulantı ve kusma yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bizim çalışmamızda da adölesan annelerin %52.8'inin istenmeyen gebelikleri olması literatür bilgisiyle örtüşmektedir (25). İleri yaş annelerin %27.8'inin kansızlık sorunu yaşadığı belirlenmiş olup bu durum çok sayıda gebelikleri olmasından, demir haplarını kullanmamış olmalarından kaynaklanabilir.

Adölesanlarda hem antenatal bakım eksikliği, hem doğum ve ebeveynlik için iyi hazırlık yapılmamasından dolayı, doğum ve doğum sonrası komplikasyon oranı yüksektir. Adölesan annelerin %53.3'ü, erişkin annelerin %47.9'u, ileri yaş annelerin ise %36.8'i doğumlarında sorun yaşamışlardır. Yaşanılan sorunlar incelendiğinde tüm yaş gruplarında en fazla yaşanan sorunun prezentasyon anomalisi olduğu görülmektedir. Bulut, Yılmaz ve Çetinoğlu'nun yaptıkları çalışmalarda doğumda yaşanan sorunlar içerisinde ilk sıralarda prezentasyon anomalisi gelmektedir (6, 16, 19). Conde ve arkadaşlarının adölesanlar üzerine yaptıkları çalışmalar ve diğer çalışmalar da bizim çalışmamızı desteklemektedir (33, 35, 45, 49, 50).

Literatürde genelde ilk doğumlarda epizyotomi uygulanması söz konusudur. Buna göre %75.4 ile adölesanların ilk gebelikleri olması literatürle örtüşmektedir (15).

İtil ve arkadaşlarının belirttiği üzere Gordon ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (95) 35 yaş üstü gebelerde sezaryen riskinin arttığı bulunmuştur. Ecker ve arkadaşları yaptıkları araştırmada sezaryen doğum oranının 25 yaştan düşük kadınlarda %11.6 iken, 40 yaş ve üzeri kadınlar için %43.1'e çıktığını tespit etmişlerdir (95, 96). İstanbul'daki bir

araştırmada adölesan kadınlarda sezaryen doğum oranı %25.9 iken, araştırmamızda bu oran adölesanlarda %38.6'dır. Türkiye genelinde ise TNSA 2003 verilerine göre sezaryen doğum oranı adölesanlarda %11.5'dir (31). Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş gruplarına göre doğumları ile ilgili özelliklerin dağılımına baktığımızda ileri yaş annelerin %33.1'inin sezaryen doğum yaptığı görölmektedir. Adölesanlarda sezaryen oranı literatürün aksine fazla bulunmuştur. Çalışma sonucumuz literatür sonuçlarının üzerindedir.

Anne sütü, bebeğın gereksinim duyduğu besin maddelerini uygun miktar ve kalitede içeren tek fizyolojik bebek besinidir. Bu nedenle bebeklerin doğum sonrası en kısa sürede emzirilmeye başlanması gerekmektedir. Doğum şekli, ilk doğumlar, tekniğe uygun emzirememe, meme ile ilgili sorunlar ise emzirmeye geç başlanılmasına neden olmaktadır (114). Adölesan annelerin %58.8'i, erişkin annelerin %76.1'i, ileri yaş annelerin %82.8'i doğum sonu dönemde sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Sorun yaşadıklarını ifade eden adölesanların %30.6'sı, erişkinlerin %21.5'i, ileri yaş grubunun ise %12.9'u emzirme problemi yaşamışlardır. Adölesan yaş grubunda daha fazla görölüyor olması bu gruptakilerin yarısından çoğunun ilk gebeliği olmasından kaynaklanabilir.

Literatürde gebelik öncesi vücut ağırlığının düşük olması, gebelikte yetersiz kilo alınması, sosyoekonomik düzeyin düşük olması, sigara kullanılması, anemi, ilk gebelik olması ve yeterli olmayan doğum öncesi bakım yenidoğanda sağlık problemi yaşanmasında hazırlayıcı faktörler arasındadır. Çağlar'ın prematüre doğan bebekler ve annelerindeki risk faktörlerini konu alan çalışmasının sonuçlarında özellikle adölesan annelerden doğan prematür bebeklerin apgar skorlarında düşüklük olduğunu belirtmiştir (58). Yaş gruplarına göre yenidoğanın sağlık sorunu yaşama durumunun dağılımını incelediğimizde adölesanların %41.1'inde, erişkinlerin %25.2'sinde, ileri yaş annelerin %20.9'unda bebeklerinde sağlık sorunu yaşanmıştır. Yaşanan sorunlara baktığımızda adölesan annelerin %27'sinde, erişkin annelerin %12.3'ünde, ileri yaş annelerin %11.1'inde bebeklerinde düşük apgar skoru görölmüştür. Çalışma sonucumuzla paralellik göstermektedir.

Literatürde erken yenidoğan döneminde sarılık gelişimiyle ilgili risk faktörleri ilk bebek olma, doğum şekli, yeterli anne sütü alamama, erken taburcu edilme, patolojik tartı kaybı olarak belirtilmektedir (31). Çalışmamızda da adölesan annelerin %12.9'unun bebeklerinde sarılık görölmesi ilk gebelikleri olması ve sezaryen doğum oranının yüksekliğinden olabilir.

İstanbul'daki araştırmada adölesan kadınların %17.7'sinin bebeklerinde düşük doğum ağırlığı saptanmıştır(31). Araştırmalar, anne yaşının küçük olmasının yenidoğanın düşük ağırlıklı doğma riskini etkileyen en önemli etmenlerden birisi olduğunu göstermektedir (31). Bizim çalışmamızda da adölesan ve erişkin annelerin %3.1'i, ileri yaş annelerin %1.8'i 2500 gr ve altında bebek dünyaya getirmişlerdir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerini belirlemeye yönelik 489 katılımcıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir;

- Çalışmamızda adölesan annelerin yaş ortalamalarının 18.02 ± 0.52 , erişkin annelerin yaş ortalamalarının 27.43 ± 2.2136 , ileri yaş annelerin yaş ortalamalarının 36.86 ± 2.243 olduğu bulunmuştur.
- Çalışmaya katılan adölesan annelerin %30'unun, erişkin annelerin %19'unun, ileri yaş annelerin %28.8'inin okuma-yazma bilmediği tespit edilmiştir.
- Adölesan annelerin %20.2'sinin sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır.
- Adölesan annelerin %23.0'ünün, erişkin annelerin %15.3'ünün, ileri yaş annelerin %12.9'unun gebelik öncesi tanısı konulmuş hastalığı olduğu tespit edilmiştir.
- Adölesan annelerin %75.4'ünün ilk gebeliği, erişkin annelerin %80.3'ünün 1-3 gebeliği, ileri yaş annelerin %56.4'ünün 4-6 gebeliği olduğu saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki annelerin %11.1'inin düşüğü olduğu ve düşük yapma oranının yaşla birlikte arttığı saptanmıştır.
- Adölesan annelerin %22'sinin gebelikleri arasında iki yıldan az süre olduğu bulunmuştur.
- Adölesan annelerin %51.5'inin, erişkin annelerin %23.9'unun, ileri yaş annelerin %51.5'inin doğum öncesi bakım almadığı bulunmuştur.
- Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin %47.2'sinin, erişkin annelerin %58.9'unun, ileri yaş annelerin %46.6'sinin aile planlaması yöntemi kullandığı belirlenmiştir. Kullanılan yöntemler arasında ilk sırada kondom olduğu tespit edilmiştir.
- Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin %29.5'inin, erişkin annelerin %42.3'ünün, ileri yaş annelerin %55.8'inin son gebeliğinde sorun yaşadığı, yaşadıkları sorunların ise adölesan ve erişkin annelerde daha çok bulantı ve kusma, ileri yaş annelerde kansızlık olduğu tespit edilmiştir.
- Adölesan annelerin %49.2'sinin müdahaleli normal doğum, erişkin annelerin %51.5'inin sezaryen doğum, ileri yaş annelerin %55.2'sinin normal doğum yaptığı

belirlenmiştir. Adölesan annelerin %53.3'ünün, erişkin annelerin %47.9'unun, ileri yaş annelerin %36.8'inin doğumlarında sorun yaşadığı, yaşadıkları sorunların dağılımına baktığımızda ise prezentasyon anomalisi, kanama ve fetal distressin her üç yaş grubunda yüksek olduğu tespit edilmiştir.

- Adölesan annelerin %58.8'inin, erişkin annelerin %76.1'inin, ileri yaş annelerin %82.8'inin doğum sonu dönemde sorun yaşamadıkları bulunmuş, sorun yaşadıklarını ifade eden adölesanların %30.6'sı, erişkinlerin %21.5'i, ileri yaş grubunun ise %12.9' u emzirme problemi yaşadıklarını belirtmişlerdir.
- Adölesan annelerin % 41.1'inde, erişkin annelerin %25.2'sinde, ileri yaş annelerin %20.9'unda yenidoğanlarda sağlık sorunu yaşandığı bulunmuştur. Yaşanan sorunlara bakıldığında ise her üç grupta yenidoğanda çoğunlukla düşük apgar skoru görülmüştür.
- Araştırma kapsamına alınan adölesan annelerin %12.9'unun bebeklerinde sarılık tespit edilmiştir.
- Adölesan ve erişkin annelerin %3.1'inin, ileri yaş annelerin %1.8'inin 2500 gr ve altında bebek dünyaya getirdiği bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Çalışmamızda doğum öncesi bakım alma oranı Türkiye ortalamasından düşük bulunmuştur. Bu nedenle çalışmanın yapıldığı bölgede birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında doğum öncesi bakım hizmetlerinin yeterli ve nitelikli verilmesi,
- Aile planlaması yöntemi kullanma oranı tüm yaş gruplarında düşük bulunmuştur. Doğum öncesi ve doğum sonu izlemlerde aile planlaması eğitimi ve danışmanlığına önem ve öncelik verilmesi,
- Okullarda üreme sağlığı eğitimlerinin yapılmasının sağlanması,
- Çalışmanın verilerinin erken postpartum dönemde toplanması nedeniyle anne ve yenidoğanda görülebilecek komplikasyonların daha uzun sürede değerlendirilmesi açısından benzer çalışmaların postpartum 2. hafta ve bir ay sonra ev ziyaretleriyle destekli tekrarlanması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. **Akay N.** Sezaryen Sonrası Annenin ve Bebeğin İzlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2003.
2. **Coşkun A.** Üreme Sağlığının Kadın Yaşamındaki Yeri, HB, 2005:11-40.
3. **Coşkun G.** Doğum Sonu Bakımın Anneler Tarafından Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2003.
4. **Eryılmaz HY.** Doğum Sonu Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesinde Ölçek Geliştirilmesi. VII Ulusal Hemşirelik Kongresi. Erzurum, Bildiri Özet Kitabı,1999:22.
5. **Büyükgebiz A, Eroğlu Y, Karaman Ö, Kınık E.** Height and weight measurements of male Turkish adolescents according to biological maturation. Acta Paediatr Jpn, 2007;36:80-83.
6. **Bulut I.** Adölesan Evliliklerinin ve Doğurganlıklarının Sosyoekonomik Belirleyiciler Açısından Yetişkin Evlilikleri ile Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2005.
7. **UNESCO** Principal Regional Office for Asia and the Pacific, Bangkok,2006.
8. **Fadıloğlu Ç, Yılmaz D.** Adölesan annelerin gebeliğe uyum durumlarının incelenmesi. I. Ulusal Ana ve Çocuk Sağlığı Hemşireliği Sempozyumu. İstanbul, İ.Ü. Basımevi ve Film Merkezi,2005:71-75.
9. Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E., Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Ankara, Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü, 2007.
10. **Hansen JP.** Older maternal age and pregnancy outcome: a review of the literature. Obstet Gynecol Surv, 2006; 41(14) :726-42.
11. **Adams MM, Oakley GP Jr, Marks JS.** Maternal age and births in the 1980s. JAMA, Jan 22-29 2007;247(4):493-4.
12. **Dildy GA, Jackson GM, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clark SL.** Very advanced maternal age: pregnancy after age 45. Am J Obstet Gynecol, 2007;175:668 -74,
13. **Ziadeh S, Yahaya A.** Pregnancy outcome at age 40 and older. Arch Gynecol Obstet, 2001;265:30 -3.
14. **Özçelik S, Kale O.** Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi.Perinatoloji Dergisi, 2004;12(4):12-16.

- 15. Timor-Tritsch IE.** The Multifetal Pregnancy:Sonographic Aspects. *Obstetrik ve Jinekoloji Sürekli Eğitim Dergisi*, 2008;15(1):148-53.
- 16. Yılmaz S.** Vajinal Yol ve Sezaryenle Doğum Yapan Kadımların Doğumdan Sonra Kendi ve Yeni Doğan Bakımında Yaşadığı Sorunlar. Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, 2002.
- 17. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009)** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
- 18. Hoyert DL.** Maternal mortality and related concepts. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*, 2007; 3(33).
- 19. Çetinoğlu E, Canbaz S, Ağlan Z, Peşken Y.** Samsun İl Merkezi 2004 yılı İleri Yaş Gebelik Prevalansının Saptanması ve Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2006;13(6):22-36.
- 20. Özaydın N, Akın A.** İstenmeyen gebelikler ve düşüklerin kadın sağlığına etkileri. *Sağlık ve Toplum*, 2007;8:55-60.
- 21. İtil İM, Özşaran A, Kazandı M, Terek MC, Aşkar N.** Kırk yaş üstü gebeliklerin değerlendirilmesi. *T Klin J Gynecol Obst*, 2007;10(3):10-18.
- 22. Turner MJ, MacDonald D.** Pregnancy after the age of 40 years: Are the risks increased ? *J Obstet Gynecol*, 2005;5(1):31-36.
- 23. Göl M, Aydın C, Güven CM, Yensel U, Karcı L, Baloğlu A.** Pregnancy outcome in women aged 40 or over. *Gynecol Obstet Reprod Med*, 2003; 9:176-9.
- 24. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES.** Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age: indications and associated factors in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol*, 2001;185: 883-7.
- 25. Babadağlı B.** Gebelik Yaşının Fizyolojik, Psikolojik Değişikliklere, Komplikasyonlara ve Doğuma Yönelik Etkilerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli, 2003.
- 26. Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi**, T.C. Sağlık Bakanlığı, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, 2002.
- 27. Bozkurt T, Özyüncü Ö, Ayhan A.** Maternal Mortality Rates at Hacettepe University Hospital Turkey. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 2006;7:206-9.
- 28. Treffers P.** Adolescent Pregnancy Issues in Adolescent Health and Development, II. Series. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2004;5-10.

- 29. Geller SE, Rosenberg D, Cox S et al.** The continuum of maternal morbidity and mortality: factors associated with severity. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;191: 939–944.
- 30.** Sağlık Bakanlığı, H.Ü.N.E.E., Macro InternationalInc. (1999) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, Ankara, Sağlık Bakanlığı AÇS ve AP Genel Müdürlüğü.
- 31.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye.
- 32. Madazlı R.** Adölesan Gebelikleri. İ.Ü. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı II, Mart 2008, Sempozyum Dizisi No: 63;51-52.
- 33. Conde AA, Beliza'n JM, Lammers C.** Maternal perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America:Cross sectional study.*AM J Obstetric Gyneocology*, 2005;192-3429.
- 34. Akın A.** Dünyada ve Türkiye’de Adölesan Gençlerin Sağlığı. 5. Uluslar arası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara,2007:56-59.
- 35. Karakaya E.** Adölesan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığı ve Sosyoekonomik-Kültürel Özellikler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2004.
- 36.** Dünyada ve Türkiye’de Gençlerin Üreme ve Cinsel Sağlık Durumları. Gençlik Danışmanlık Ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü, Katılımcı Rehberi. T.C.Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007;19-28.
- 37. Yıldırım Y, İnal MM, Tinar S.** Reproductive and Characteristics of of Adolescent Pregnancies in Turkish women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2005;18: 249-53.
- 38. Wax JR, Cartin A, Pinette M et al.** Patient choice cesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Surv*, 2004; 59: 601–616.
- 39. Ünalın P, Apaydın Kaya Ç, Akgün T, Yıkılkan H, İsgör A.** Birinci Basamakta Ergen Sağlığına Yaklaşım. *Türkiye Klinikler J Med Sci*, 2007;27:567-576.
- 40.** Adölesan (Ergen) Sağlığı. http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/adolesan.htmErişim tarihi: 11.06.2009.
- 41. Bulut S, Gürkan A, Sevil Ü.** Adölesan Gebelikler. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2008;13: 37-44.
- 42. Demir SC, Kadayıfçı O, Ürünsak İF, Evrücke İC.** Adölesan Gebelikleri. http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=1462/ Erişim tarihi: 11.06.2009.

- 43. Uyanık D, Doğan S.** Kız Çocukları Açısından Erken Yaş Evliliği. http://www.die.gov.tr/tkba/paper1_1.pdf/ Erişim tarihi: 11.06.2009.
- 44. Ergin F.** Aydın Merkezinde İstenmeyen Gebelikler ve Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Aydın, 2004.
- 45. Deneux-Tharaux C, Berg C, Bouvier-Colle MH et al.** Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol*, 2005;106:684–692.
- 46. MacKay AP, Berg CJ, Duran C et al.** An assessment of pregnancy-related mortality in the United States. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2005;19:206–214.
- 47. McIntyre P.** Health Problems Associated With Adolescent Pregnancy. *Pregnant Adolescents Delivering on Global Promises of Hope*. Geneva, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2006;10-15.
- 48. Koç İ, Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz S, Ergöçmen B, Yüksel İ.** Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık (2006) Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu, Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık, 2005: 51-92.
- 49. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH.** Association of Young Maternal Age With Adverse Reproductive Outcomes. *N Engl J Med*, 2005;332:1113-7.
- 50. Leppert PC, Namerow PB, Barker D.** Pregnancy Outcomes Among Adolescent And Older Women Receiving Comprehensive Prenatal Care. *J Adolesc Health*, 2009;7:112-7.
- 51. Osbourne GK, Howat RCL, Jordan MM.** The Obstetric Outcome of Teenage Pregnancy. *Br J Obstet Gynecol*, 2008;88: 215-21.
- 52. Duenhoelter JK, Jimenez JM, Baumann G.** Pregnancy Performance of Patients Under Fifteen Years of Age. *Obstet Gynecol*, 2007;46: 49-52.
- 53. Sermet H.** 16-24. Haftalardaki Gebelerde Preterm Doğum Riskinin Belirlenmesinde Ultrasonografik Servikal Değerlendirme. Uzmanlık Tezi, S.B. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 3. Kadın hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul, 2005.
- 54. Gökçe Ö.** Adölesan gebelikler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 2007;9:4.
- 55. Gökmen E.** Puberte Fizyolojisi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi, 2005;43: 9-16.

- 56. Horon IL.** Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problem of maternal mortality. *Am J Public Health*, 2005;95:478–482.
- 57. Atrash HK, Rowley D & Hogue CJ.** Maternal and perinatal mortality. *Curr Opin Obstet Gynecol*,2007;4:61–71.
- 58. Çağlar AU.** Hastanemizde Doğan Prematüre Bebek Doğum Oranı ve Annelerindeki Risk Faktörleri. Uzmanlık Tezi, S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konak Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, 2006.
- 59. Tay JI, Moore J, Walker JJ.** Ectopic pregnancy *BJM*, 2009;320-916-9.
- 60. Bouyer J, Coste J, Shojaei T, et al.** Risk factor for ectopic pregnancy: A comprehensive analysis based on a large control populationbased study in France. *Am J Epidemiol*. 2003 Feb 1;157(3):185-94.
- 61. Pugliese A, Arsieri R, Patriarca V and Spagnolo A.** Incidence and neonatal mortality of twins, Italy, 2005-2008. *Acta Genet Med Gemellol*, 2009;43:139-144.
- 62. Dahlstrom BL, Ellstrom EM, Bukholm G, Loian A.** Changes in the prevalence of pre-eclampsia in Akershus County and the rest of Norway during the past 35 years. *Acta Obstet Gynecol*, 2006;85:916-921.
- 63. Haliloğlu B, KIR SAH_N F, Demirbaşoğlu S, Bozuklu Ö, Haliloğlu B, Peker H.** Neonatal Outcomes of Premature Infants of Severe Preeclamptic Mothers Between 28-34 Weeks' gestation. *The Medical Journal of Kocatepe*, Eylül 2005;6:35-39.
- 64. Sibai BM.** Diagnosis, prevention and management of eclampsia. *Obstet. Gynecol*, 2005;105:402-410.
- 65. Turok DK, Ratcliffe SD, Baxley AG.** Management of gestational diabetes mellitus. *Am Fam Physician* 2003;68:1769–72.
- 66. Dornhorst A, Paterson CM, Nicholls JS, Wadsworth J, Chiu DC, Elkeles RS, et al.** High prevalence of gestational diabetes in women from ethnic minority groups. *Diabet Med*, 2006;9:820–825.
- 67. Kim C, Tabaei BP, Burke R, McEwen LN, Lash RW, Johnson SL, et al.** Missed opportunities for type 2 diabetes mellitus screening among women with a history of gestational diabetes mellitus. *Am J Public Health*, 2006;96:1643-8.
- 68. Şahin NH, Bildircin M, Gökyıldız Ş.** Gebelik, doğum ve postpartum döneme ilişkin Cochrane'de yer alan araştırma örnekleri ve perinatoloji hemşireleri için kanıta dayalı araştırma konuları. *Hemşirelik Forumu Dergisi*,2009; 7(3):46-4951.
- 69. ACOG Practice Bulletin.** Prenatal diagnosis of fetal chromosomal abnormalities. *Obstet Gynecol*, 2009;97(5):1-12.

- 70. Jolly MC, Sebire NJ, Harris JP, Regan L, Robinson S.** Risk factors for macrosomia and its clinical consequences: a study of 350,311 pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2003;111: 9–14.
- 71. O'Sullivan JB, Charles D, Mahan CM, Dandrow RV.** Gestational diabetes and perinatal mortality. *Am J Obstet Gynecol*, 2008;116:901–4.
- 72. Nachum Z, Ben-Shlomo I, Weiner E, Shalev E.** Twice daily versus four times daily insulin dose regimens for diabetes in pregnancy: randomised controlled trial. *BMJ*, 2003;319:1223–7.
- 73. Henry OA, Beischer NA, Sheedy MT, Walstab JE.** Gestational diabetes and follow-up among immigrant Vietnam-born women. *Aust NZ J Obstet Gynecol*, 2003;33:109–14.
- 74. Armson BA, O'Connell C, Persad V, Joseph KS, Young DC, Baskett TF.** Perinatal mortality and serious neonatal morbidity in the second twin. *Obstet Gynecol*, 2006;108:556-564.
- 75. Smith GC, Snah I, White IR, Pell JP, Dobbie R.** Mode of delivery and the risk of delivery-related perinatal death among twins at term: a retrospective cohort study of 8073 births. *BJOG*, 2005;112 (8): 1139-1144.
- 76. Ong SS, Zamora J, Khan KS, Kiby MD.** Prognosis for the co-twin following single twin death; a systematic review. *BJOG*, 2006;113 (9):992-998.
- 77. Wen SW, Fung KF, Huang L, Demissie K, Joseph KS, Allen AC.** Fetal and neonatal mortality among twin gestations in a Canadian population: the effect of intrapair birth weight discordance. *Am J Perinatol*, 2005;22:279-286.
- 78. Bozkurt A, Koçoğlu F, Beydağı H, Çevik İ, Çelik B.** Gaziantep kent merkezinde yaşıyan 15-49 yaş kadınlarda anemi prevalansı. *Dicle Tıp Dergisi*, 2002;29(1-2):1-10.
- 79. Sean R.** The Impact of Iron Fortification on Nutritional Anemia. *Best Practice & Research Clinical Haematology*, 2005;18(2):333-346.
- 80. Harma M, Harma M, Kafalı H, Artuç H, Demir N.** Multipar Gebe Kadınlarda Anemi Sıklığı. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi*, 2004;14:12-15.
- 81. Scholl OT.** Iron Status During Pregnancy: Setting The Stage for Mother and Infant. *American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;81(5):1218-1222.
- 82. Bakırcı G, Parlak Ş, Boran N.** Gebelik ve Anemi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 2007;9(3):10-12.
- 83. Patra S, Pasrija S, Trivedi S, Puri M.** Maternal and perinatal outcome in patients with severe anemia in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet*, 2005;91:164-165.

- 84. Cimete G.** Gebelikte madde kullanımının anne, fetüs ve yenidoğan üzerine etkisi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2002;5 (1): 68-77.
- 85. Özen İ, Bostancı M, Zencir M, Demirhan H.** Bağbaşı ve Kayhan bölgesindeki tamamlanmış gebeliklerin risk faktörleri açısından değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum, 2006; 3:24-35.
- 86. Kılıç B, Acar R, Özgen H, Gök K.** İzmir Güzelbahçe Sağlık Ocağı bölgesindeki gebe kadınlarda anemi prevalansı. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara: 2006.p.286-287.
- 87. Beştepe G, Bilgin N.** Afyon ili 2 ve 4 no'lu sağlık ocaklarındaki gebelerde anemi prevalansı ve anemiye etkileyen bazı etmenlerin incelenmesi. Sağlık ve Toplum, 2007;2:43-53.
- 88. Taşpınar A, Özbaşaran F, Bolsoy N.** Manisa ili Horoz köy Sağlık Ocağı bölgesinde bulunan gebelerde risk etmenlerinin saptanması. 1.Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara:2001.p. 277- 78.
- 89. Smith RB, Lane C, Pierson JF.** Shoulder dystocia: What happens in the next delivery? Br J Obstet Gynecol, 2008; 101: 713-715.
- 90. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ.** Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics, 2003;5: 537-565.
- 91. De Cherney AH, Nathan L.** Cesarean section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 2003;7:518-529.
- 92. Demir N.** Normal Doğum. In: Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A (eds).Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Medical Network, 2003:1258-1298.
- 93. Erdemoğlu M, Kale A, Akdeniz N.** Obstetrik nedenlerle acil histerektomi yapılan 52 olgunun analizi. Dicle Tıp Dergisi, 2006;33(4):227-230.
- 94. De Charney AH, Nathan L.** Cesarean Section In: Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment. 2003;518-529.
- 95. Ecker LE, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES.** Increased risk of cesarean delivery with advancing maternal age:Indications and associated factors in nulliparous women. American Journal Of Obstetrics and Gynecology, 2007;185(4):883-7.
- 97. Zeitlin JA, Ancel PY, Cubizolles MJS, Papiernik E.** Are risk factors the same for small for gestational age versus other preterm births? American Journal Of Obstetrics and Gynecology,2006;185:208-15.
- 98. Alçalay M, Hourvitz A, Reichman B, Luski A, Quint J, Barkai G, et al.** Prelabour rupture of membranes at term: early induction of labour versus expectant management. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006;70(2):129-33.

- 99. Akyol D, Mungan T, Unsal A, Yüksel K.** Prelabour rupture of the membranes at term--no advantage of delaying induction for 24 hours. *Obstet Gynecol*, 2009;39(3):291-5.
- 100. Malik AS.** Prelabour rupture of membranes and neonatal morbidity in level II nursery in Kelantan. *Obstet Gynecol*,2004;49(1):12-6.
- 101. Kanra G, Akalın E.** İnfeksiyon Hastalıkları. Birinci baskı, Ankara:2003:25-28.
- 102. Hopkins FW, MacKay AP, Koonin LM et al.** Pregnancy-related mortality in Hispanic women in the United States. *Obstet Gynecol*, 2009;94: 747–752.
- 103. MacKay AP, Berg CJ, King JC et al.** Pregnancy-related mortality among women with multifetal pregnancies. *Obstet Gynecol*, 2006; 107:563–568.
- 104. Fox H.** Pathology of maternal death. In: Fox H, Wells M (eds) *Obstetrical and Gynecological Pathology*, Churchill Livingstone, London: 1995:1837-1851.
- 105. Atrash HK, Koonin LM, Lawson HW, Franks AL, Smith JC.** Maternal mortality in the United States, *Obstet Gynecol*,2008; 76:1055-1060.
- 106. Khan KS, Wojdyla D, Say L et al.** WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. *Obstet Gynecol*, 2006; 367:1066-1074.
- 107. Whitehead SJ, Berg CJ & Chang J.** Pregnancy-related mortality due to cardiomyopathy: United States. *Obstet Gynecol*, 2003; 102:1326–1331.
- 108. Özgünen FT.** Sezaryen. In: Özgünen FT, Evrücke C(eds). *Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara: Medical Network; 2001:1322-1330.
- 109. Ersin F ve ark.** Bir sağlık ocağı bölgesinde evli kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumları ve yöntem bırakma nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2003;5(1): 30–37.
- 110. Saka G. ve ark.** Kadın Sağlığı Merkezi'nde İstemli Düşük Yapan Kadınların Özellikleri – Diyarbakır, *Sağlık ve Toplum*, 2004;14 (1) : 73-77.
- 111. Kişioğlu AN, Öztürk M, Uskun E.** Isparta ili Sadık Yağcı Ana –Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi'nin Aile Planlaması Polikliniğine 2000 Yılında Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*, 2003;13 (1):68–74.
- 112. Lüleci E, Nardal İ, Benli M.** Manisa Merkezi'nde 15–49 Yaş Arası Evli Kadınların Doğurganlık Davranışları ve Aile Planlaması Uygulamalarının Değerlendirilmesi. 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi. Ankara, 29–31 Mart 2001.

113. Soylu F. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Hastanemize Başvuran Kadınlarda Etkin Kontraseptif Yöntem Kullanımı Ve Etkileyen Faktörler. Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2007.

114. Keskinöğlü P, Pıçakçıfe M, Bilgiç N, Kılıç B. 2001 Yılında İnönü Sağlık Ocağı Bölgesinde Gerçekleşen Adölesan Gebelikler. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m19.htm> Erişim tarihi:12.12.2010.

115. IBM SPSS Statistics. Version 11.5 Software, Chicago: SPSS Inc., 2011.

116. Sümbüloğlu K., Biyoistatistik, Özdemir Yayıncılık, Ankara, 1995.

EKLER

EK- 1 ANKET FORMU

Değerli katılımcı, araştırmamız gebelik yaşının anne ve yenidoğan sağlığına etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmada kullanılan Veri Toplama Formu'nun uygulama süresi yaklaşık on beş dakika sürecektir. Toplanan veriler sadece araştırma amaçları için kullanılacaktır. Araştırmayı kabul etmeniz halinde, anket üzerinde kimliğinizle ilgili bilgi belirtmeniz gerekmemektedir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Arş. Gör. Mürşide ŞAHİN

Bölüm 1 **SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER**

1. Yaşınız:

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

3. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı b) İşçi c) Memur d) Diğer (.....)

4. Eşinizin eğitim durumu nedir?

a) Okur yazar değil b) İlköğretim c) Lise d) Üniversite

5. Eşinizin mesleği nedir?

a) Serbest meslek b) Memur c) İşçi d) Emekli f) Diğer (.....)

6. Sağlık güvence durumunuz?

a) Yok b) Bağkur c) E.S. d) Yeşilkart e) SSK f) Diğer(.....)

7. Aile tipiniz?

- a) Çekirdek b) Geniş

8. Gelir düzeyiniz?

- a) İyi b) Orta c) Kötü

9. Sürekli olarak yaşadığınız yer ?

- a) İl merkezi
b) İlçe
c) Kasaba
d) Köy

10. Eşinizle akraba mısınız?

- a) Evet(Açıklayınız.....) b) Hayır

Bölüm 2

11. Gebelik sayınız:

12. Düşük sayınız:

13.Yaşayan çocuk sayınız:

14. Gebelik aralığınız nedir?

- a) 2 yıldan az b) 2 yıldan fazla

15. Gebeliğiniz boyunca düzenli kontrollere gittiniz mi?

- a) Evet b) Hayır

16. Cevabınız evetse gebelik boyunca en çok nereden bakım aldınız?

- a) Sağlık Ocağı c) Üniversite Hastanesi
b) Devlet Hastanesi d) Diğer (.....)

17. Doğum öncesi kontrollere kaç kere gittiniz?

a) 1-2 c) 6-7

b) 3-5 d) 8 +

18. Kontrollerinizde gebelik yaşının anne sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

19. Kontrollerinizde gebelik yaşının yenidoğan sağlığına etkileri ile ilgili bilgi verildi mi?

a) Evet b) Hayır

20. Gebelikte demir ve vitamin hapı kullandınız mı? () Evet () Hayır

21. Gebelikte aldığınız kilo :Belirtiniz.....

22. Şimdiki gebeliğiniz planlı bir gebelik mi?

a) Evet (Açıklayınız.....) b) Hayır

23. Cevabınız hayır ise aile planlaması yöntemi kullandınız mı?

a) Evet b) Hayır

24. Doğumunuzu hangi şekilde gerçekleştirdiniz?

a) Vajinal Doğum b) Vajinal doğum+Müdahale c) Sezaryen Doğum

25. Doğum zamanınız?

a) Erken doğum b) Tam zamanında c) Geç doğum

26. Doğum sonu dönemde sorun yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

27. Cevabınız evet ise ne tür sorunlar yaşadınız?

- Kanama Tromboembolik sorunlar
 Postpartum enfeksiyon Psikiyatrik sorunlar
 Atoni Laktasyon sorunları
 Diğer(.....)

28. Doğum sonu dönemde psikolojik açıdan sorun yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır

29. Cevabınız evet ise ne tür sorunlar yaşadınız?

- Endişe Aşırı yorgunluk
 Ağlama Hissi Anksiyete
 Uyku bozukluğu Karamsarlık
 Sinirlilik İştah bozuklukları
 Ağlama hissi Konsantrasyon bozuklukları
 Ölüm ve intihar ile ilgili düşünceler Yetersizlik hissi

Bölüm 3 (Bu bölüm hasta dosyasından alınacak verilerle doldurulacaktır.)

30. Hgb: Hct:

31. Tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı : Var Yok

- Diyabet
 Kan Hastalıkları
 Kalp damar hastalıkları
 Hipertansiyon
 Üriner sistem hastalığı
 Tiroid hastalıkları (Guatr vb.)
 Diğer problemler (.....)

32. Son gebeliğinde sorun yaşama durumu: Evet Hayır

33. Evet ise yaşadığı sorun:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertansiyon | <input type="checkbox"/> Düşük |
| <input type="checkbox"/> Preeklampsi | <input type="checkbox"/> Kanama |
| <input type="checkbox"/> Ablasyo plasenta | <input type="checkbox"/> Plasenta previa |
| <input type="checkbox"/> Eklampsi | <input type="checkbox"/> Baş ağrısı |
| <input type="checkbox"/> Kansızlık | <input type="checkbox"/> Kramp |
| <input type="checkbox"/> Diyabet | <input type="checkbox"/> Hemoroid |
| <input type="checkbox"/> Varis | <input type="checkbox"/> Bulantı ve kusma |

34. Doğumunda sorun yaşama durumu:

- a) Evet b) Hayır

31. Evet ise yaşadığı sorun:

- Uzamış doğum eylemi
- Hızlı doğum eylemi
- Prezantasyon anomalisi
- Kanama
- Fetal Distress
- Ölü doğum
- Diğer(.....)

32. Yenidoğanın kilosu:.....

33. Yenidoğanın sağlık problemi yaşama durumu:

- a)Evet b)Hayır

34. Evet ise yaşadığı sorun:

- Prematürite
- Konjenital anomali
- Düşük Apgar Skoru
- Sarılık
- Emme sorunları
- Diğer (.....)

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı 1984 yılında Mersin’de doğmuştur. İlk öğrenimini İleri İlkokulu’nda, orta öğrenimini Mersin Ortaokulu’nda, lise öğrenimini Mersin Ticaret ve Sanayi Odası Anadolu Lisesi’nde tamamlamıştır. 2007 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik bölümünü bitirmiştir. 2008 yılında Mersin Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrenimine başlamış, 2009 – 2010 yılları arası Ebelik Anabilim Dalı’nda Araştırma Görevlisi olarak çalışmıştır. 2010 yılında Mersin Tarsus Devlet Hastanesi’ne atanmış olup, halen aynı hastanede ebe olarak görev yapmaktadır.