

58648

T.C.
D.Ü. TIP FAKÜLTESİ
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

**DİYARBAKIR DOĞUMEVİ HASTANESİ'NDE DOĞUM
YAPAN KADINLARDA RİSK FAKTÖRLERİ VE
DOĞUMLARA ETKİSİ**

(UZMANLIK TEZİ)

T 58648

Dr. Günay SAKA

Tez Yöneticisi
Prof.Dr.Ersen İLÇİN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

DİYARBAKIR-1997

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TABLO DİZİNİ	III
ÖNSÖZ	IV
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Risk Kavramı	3
2.2. Risk Faktörü	3
2.2.1. Risk Faktörleri Koşullara Göre Değişen Olgular mıdır?	4
2.3. Risk Yaklaşımı	4
2.4. Yüksek Riskli Gebelikler	6
2.4.1. Öyküden ve Öz Geçmişden Saptanan Risk Faktörleri	8
2.4.2. Önceki Gebelik ve Doğumlarda Kötü Sonuçların Olması	13
2.4.3. Şimdiki Gebelikte Ortaya Çıkan Risk Faktörleri	14
2.5. Doğum Öncesi Bakım - (DÖB)	17
2.5.1. Kayıt Sistemi	20
3. YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Yürütüldüğü Yer	22
3.2. Veri Toplama	23
3.3. Verilerin Değerlendirilmesi	24
4. BULGULAR	25
4.1. Gebelik Öncesi Dönemde Saptanabilen Risk Faktörleri	25
4.1.1. Tanımlayıcı Bulgular (Sosyo-demografik Bulgular)	25
4.1.2. Önceki Gebeliklerin Öyküsünden Saptanan Risk Faktörleri	27
4.2. Şimdiki Gebelik Öyküsü ve Fizik Muayenesinden Saptanan Riskler	33
4.3. Risk Faktörlerinin Doğumlara ve Yenidoğana Etkileri	40
4.3.1. Risk Faktörlerinin Doğumlara Etkileri	40
4.3.2. Risk Faktörlerinin Yenidoğana Etkileri	42
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ	56
7. ÖNERİLER	57
ÖZET	61
KAYNAKLAR	63
EKLER	
Ek 1. Form 005 Gebe-Lohusa İzleme Fişi	69
Ek 2. 15-49 Yaş Kadın İzlem Fişi	70
Ek 3. Anket Formu	71

TABLO DİZİNİ

	Sayfa	
Tablo 1	Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'nde Doğum Yapan Kadınların Temel Özelliklerine Göre Dağılımı	25
Tablo 2	Gebelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı	26
Tablo 3	Gebelerin Bazı Temel Özellikleri ve İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı	26
Tablo 4	Gebelerin Bazı Temel Özelliklerine Göre Akrabalık Durumlarının Dağılımı	27
Tablo 5	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı	28
Tablo 6	Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Ortalama Gebelik Sayılarının Dağılımı	29
Tablo 7	Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Ortalama Canlı Doğum Sayılarının Dağılımı	29
Tablo 8	Gebelerin Temel Özellikleri ve Canlı Doğum Sayılarına Göre İstemli Düşüklerin Dağılımı	30
Tablo 9	Önceki Gebeliklerinin Öyküsünden Saptanan Diğer Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı	31
Tablo 10	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Gebelik Aralıklarının Dağılımı	32
Tablo 11	Şimdiki Gebelik Öyküsünden Saptanan Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı	33
Tablo 12	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Şimdiki Gebeliğinin İstemli Olup Olmama Durumu (Doğumların Planlanması)	34
Tablo 13	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre DÖB Alma Durumunun Dağılımı	35
Tablo 14	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Tetanoz Aşısı Durumunun Dağılımı	36
Tablo 15	Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı	37
Tablo 16	Annelerin Temel Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Preeklampsi Durumunun Dağılımı	38
Tablo 17	Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Anemi Durumunun Dağılımı	39
Tablo 18	Bazı Risk Faktörlerine Göre Doğumların Oluş Biçiminin Dağılımı	40
Tablo 19	Bazı Risk Faktörlerine Göre Doğum Komplikasyonlarının Dağılımı	41
Tablo 20	Risk Faktörlerine Göre Prematüre Doğumların Dağılımı	42
Tablo 21	Risk Faktörlerine Göre Ölü Doğumların Dağılımı	43
Tablo 22	Risk Faktörlerine Göre Yenidoğanın Asfiksi Durumunun Dağılımı	44
Tablo 23	Risk Faktörlerine Göre DDA'lı Doğumların Dağılımı	45
Tablo 24	Anne Özelliklerine Göre Ortalama Canlı Doğum Ağırlıklarının Dağılımı	46

ÖNSÖZ

Uzun yıllardan beri sarfedilen pek çok çabanın sonucunda önemli gelişmeler sağlanmış olmasına karşın, ülkemiz ana-çocuk sağlığı konusunda arzu edilen noktanın henüz uzağındadır.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarınca belirlenmesi oldukça kolay olan, kolay olduğu kadar alınacak basit önlemlerle anne ve bebek sağlığında önemli iyileşmeler sağlayabilecek olan gebelikte risk faktörleri konusunda yapmış olduğum bu çalışma, özellikle bölgemiz sağlık çalışanlarına bir nebze de olsa ışık tutabilirse kendimi amacıma ulaştım sayacağım.

Başta çalışmalarımın her aşamasında değerli katkılarından dolayı hocam Sayın Prof.Dr.Ersen İlçin olmak üzere Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın tüm öğretim üyelerine ve bana destek olan asistan arkadaşlarıma, bilgi ve desteğini esirgemeyen Kadın-Doğum Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç.Dr. Murat Yayla'ya, kurumlarında bana çalışma olanağı sağlayan Diyarbakır Doğumevi Hastanesi değerli başhekimlerine ve diğer meslektaşlarıma, gece gündüz her türlü yardımlarını esirgemeyen doğumhane ve laboratuvarın çalışkan personellerine teşekkürü bir borç bilirim.

Dr.Günay Saka
Diyarbakır, 1997

1. GİRİŞ

Ana-Çocuk Sağlığı (AÇS) Halk Sağlığı'nın temel konularından biridir. Halk sağlığı açısından AÇS ona çok ciddi yaklaşım gerektiren major kriterlerin hemen hemen hepsini içeren bir konudur. Nüfusun %62'sini oluşturan anne-çocuk popülasyonu çeşitli hastalıklar için yüksek risklidirler. Anne ve çocuklarda görülen hastalıklar, gelişmekte olan ve az gelişmiş ülkelerde düşük maliyetli basit sağlık önlemleri ile çoğunlukla önlenemeyen hastalıklardır. Ekonomik ve sosyal açıdan bakıldığında ülkenin gelecek için planlaması bu grubun sağlığından direkt olarak olumlu yönde etkilenecektir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu konuya özel önem vermekte ve AÇS'nin ülkelerin gelişmeleri ve hükümetlerin yatırımları için ana hedeflerden biri olarak düşünülmesi gerektiğine işaret etmektedir(1).

Dünyada her yıl yaklaşık olarak 500 bin kadın gebelik ve doğumla ilgili nedenlerden ölmektedir. Bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde olmaktadır (2). 1990 Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde anne ölümlerinin 2000 yılına dek en az %50 oranında azaltılması çağrısında bulunulmuştu (3). Ülkemizde bu sayı yaklaşık yılda 1500 dir (4). Anne ölümlerinin azalması büyük ölçüde kadınlara acil kadın-doğum bakımı sağlanabilmesine bağlıdır. Burada dikkat edilmesi gereken özellik gebelik ve doğum komplikasyonlarına tanı konularak, annenin uygun sağlık bakımı almasının sağlanmasıdır.

Gebelikte yüksek risk faktörleri perinatal ve infant morbidite ve mortalitesinde artışa neden olurlar. Risk faktörlerinin önlenmesi, erken tanısı ve uygun tıbbi yaklaşımlarda bulunmak anne morbidite ve mortalitesinde olduğu gibi perinatal ve infant mortalite ve morbiditesinde de azalmayı sağlayacaktır. En önemli risk faktörlerinin belirlenmesi ve bu faktörlerden bir veya daha fazlasının ortaya çıktığı bütün kadınların kaydedilmesi yüksek riskli gebeliklerin uygun izlenmesi için ilk koşuldur.

Gebelikte risk yaklaşımı sağlık hizmetlerinin daha verimli, daha nitelikli olması için önerilen bir modeldir. Günümüzde bu yaklaşıma her ülke kendi teknolojilerinin elverdiği ölçüde katkıda bulunmaya çalışmaktadır. Özellikle olanakların kısıtlı, personelin az, personel dağılımının dengesiz olduğu gelişmekte olan ülkelere, hiç değilse hekimin zaman ayıracağı hastaların yardımcı sağlık personeli tarafından bir süzgeçten geçirilmesi, daha çok hizmete gereksinimi olan risklilere daha çok zaman ayrılması, bu konuda yardımcı sağlık personelinin katkılarını sağlamak, bu modelin aslını oluşturur. Hekim riskli olana daha çok zaman ayıracak, yardımcı sağlık personeli hizmete aktif olarak katılacak, hekim-hasta arasında gerekli iletişimi daha özenle sağlayacak, erken tanı ve tedavi olanaklı hale gelecektir. Bu, yardımcı sağlık personelinin eğitilmiş olmasına bağlı olduğu gibi, sağlık hizmetlerinin ekip hizmeti olduğunun da bir göstergesi olacaktır. Risk yaklaşımı sayesinde yük tüm çalışanlar arasında belli oranlarda paylaşılacak, hizmetin niteliği yükselecektir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli öğelerinden olan erken tanı ve tedavi gerçekleştirilmiş olacaktır.

DSÖ ve UNICEF tarafından Alma-Ata'da düzenlenen konferansda ilgi bekleyen risk altındaki grupları tanımlanmış ve özel gereksinimi olan bu gruplara (kadın, çocuk, yüksek riskli işlerde çalışanlar, olanağı kısıtlı olan topluluklar) gerekli olan

çalışmaların yapılması, risk gruplarının tanımlanması için bütün ev ve çalışma yerlerine ulaşılması, risklilerin sürekli bakımının sağlanması ve hastalığa neden olan faktörlerin elimine edilmesi gerektiği önerilmiştir (5).

Ülkemizde AÇS düzeyini değerlendirmek için sıklıkla kullanılan ölçütlere bakıldığında anne ve bebek ölümlerinin yüksek olduğu, gelişmiş ülkelere kıyasla sağlık düzeyinin düşük olduğu görülmektedir (6,7). Bu, anne ve bebeğe ait pek çok faktörün yanısıra, AÇS hizmetlerinin yeterince sunulmamasının da bir sonucudur.

Ülkemizde 1963'de uygulamaya giren sosyalizasyon programına göre annelerin; gebeliklerinde, doğum ve doğum sonu dönemlerde sağlık ocağı ve sağlık evlerinde çalışan ebelerce takip edilmeleri öngörülür. Doğumların deneyimli sağlık personeli tarafından yapılması, özellikle yüksek riskli gebelerin doğumlarını hastanede yapması, annenin doğum sonu kontrolü beklenir.

Bu çalışmada Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'ne doğum yapmak üzere baş vuran kadınlarda, anne ve bebek sağlığını tehlikeye düşürebilecek risk faktörlerini saptamak için gebelerin:

- a. Demografik özelliklerini (yaşı, eğitimi, sosyo-ekonomik durumu, akrabalık durumu, ilk evlenme yaşı gibi),
- b. Gebelik tarihçelerini (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, ölü doğum sayısı, isteyerek/kendiliğinden düşüklükler, çoğul gebelik, düşük doğum ağırlıklı (DDA) doğum, prematüre doğum, önceki gebeliklerinde geçirdiği hastalıklar, son gebeliği ile şimdiki gebeliği arasında geçen süre gibi),
- c. Özgeçmişini (sistemik hastalık, alışkanlıkları),
- d. Şimdiki gebeliğinin öyküsünü (istem durumu, gebelik süresi, sağlık kontrolü, ilaç kullanma, gebelikte hastalık, tetanoz aşısı),
- e. Fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarını (boy, tansiyon, ödem, hematokrit, idrarda protein),
- f. Preeklampsi durumunu,
- g. Anemi durumunu ortaya koymayı ve ayrıca;
- h. Risk faktörlerinin annenin sosyodemografik özellikleri ve ilişkili olduğu düşünülen diğer faktörlerle ilişkisini,
- i. Risk faktörlerinin doğumlara ve yenidoğana etkilerini,
- ı. Perinatal mortalite ve morbiditenin popülasyona özel belirtilerinin tanımlanmasını,
- g. Perinatal mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık çalışanlarına yardımcı olmayı amaçladık.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Risk Kavramı :

Riskin sözlük anlamı bir zarara, bir kayba, bir tehlikeye yol açabilecek bir olayın ortaya çıkma olasılığı, zarara uğrama tehlikesi, tehlikeye sunuk kalma, kötü koşullarda kalma şeklindedir. Tıpta bazı faktörler veya karakterlerden dolayı sağlık sorunlarının görülme olasılığının artması olarak kullanılmaktadır (8,9,10). Her erkek, kadın ve çocuk hastalanma ve ölme riski altındadır, fakat bunlardan bazıları daha yüksek risk taşırlar. Bunlar yüksek risk grupları olarak adlandırılır (11).

Hizmet sunulan aileleri, gebeleri ve çocukları risk faktörleri açısından değerlendirmek ve riskli olanların sorunlarına yönelmek, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin önemli bir ögesidir (12).

2.2. Risk Faktörü:

Risk faktörü, anormal bir tehlikenin gelişmesi ile ilgili olduğu bilinen bir grup ya da kişinin sahip olduğu özellikler ya da durumlardır. Her toplumda anne ve çocuklar hastalıklara, sakatlık ve ölümlere daha yatkındırlar. Çünkü anne ve çocuklar bazı özellikleri nedeni ile hastalıklara daha kolay yakalanırlar. İşte bu özelliklere risk faktörleri denir. Örneğin, gebelik bir çok hastalığın oluşmasında hazırlayıcı faktördür. Çocuklar ise büyüme ve gelişme sürecinde olduklarından hastalıklara yatkındırlar (8).

İlk gebelik, yüksek parite, kısa aralıklı gebelikler, ileri yaş gebelikleri, kısa boy, boya göre düşük ağırlık, gebelikte uygun olmayan ağırlık artışı, önceki gebeliklerinde istenmeyen sonuçların olması, anemi, sigara içme, çocuk ölüm öyküsü ve malnütrisyon istenmeyen gebelik sonuçlarının oluşma şansını arttıran bazı universal risk faktörleridir. Bebekler için; kalabalık aile, eğitimsizlik ve kötü sanitasyon, gastroenteritler ve diğer hastalıklar için bilinen risk faktörü örnekleridir(8,13).

Bazı durumlar, kültür ve gelenekler, kadının eğitimini ve statüsünü kısıtlayarak, gebelikte gerekli besin alımını engelleme veya hijyenik olmayan davranışları sürdürme yoluyla risk faktörleri olabilirler. Diğer taraftan; iklim, gerekli besinlerin elde edilememesi veya kötü çevresel sanitasyon hem anneler, hem de çocuklar için riskleri arttıran durumlardır (8).

Risk faktörünün tanımlanması, istenmeyen bir sonuç ile bir özelliğin ilişkisinin gözlenmesi ile başlar. Bazı faktörler eğitimsiz sağlık çalışanlarınca bile kolayca tanımlanabilir. Örneğin; yaş, parite, anne boyu, önceki fötüs veya çocuk ölümü öyküsü gibi... Artan eğitim ve tanı olanaklarındaki gelişmelerle saptanabilen risk faktörlerinin sayısı artar. Örneğin; kan basıncı, hemoglobün düzeyi, ikiz gebelik tespiti gibi... Üniversite hastanesi olanakları göz önüne alındığında bu liste çok genişletilebilir. Bebekler için doğum ağırlığının ölçümü, büyümenin ve beslenmesinin izlenmesi, hepsi risk faktörlerinin saptanmasını sağlayan ve erken müdahaleyi kolaylaştıran bilgilerdir.

Son birkaç on yılda gebelik sonuçlarını değerlendirmeye yönelik pek çok çaba sarfedildi (14,15,16). Kötü gebelik sonuçlarının olduğu kadınlardaki risklerin değerlendirilmesi bu çabalar arasında korumaya yönelik olanların en önemlileridir. Kapsamlı prenatal bakımın en önemli bileşeni perinatal risklerin erken değerlendirilmesidir. Bu durum birincil koruma önlemlerinin seçimine olanak sağlar (14). Koruyucu hekimlik hizmetlerinde asıl amaç hastalığa neden olan risk faktörünü ortadan kaldırmaktır (17).

2.2.1. Risk faktörleri koşullara göre değişen olgular mıdır?

Doğum öncesi bakımda belirlenebilecek ve önlenilecek risk faktörleri her ülkede, her toplumda farklı olabilir. Toplumda özgü risklerin, bu risklerin görülüş sıklığının ve eldeki kaynaklarla ne kadar kontrol edilebileceğinin belirlenmesi uygulamada yol göstericidir.

Yapılan çalışmalar sonucu bazı faktörlerin, sağlık açısından risk faktörü olduğu kesin olarak ortaya konmuştur. Örneğin; beslenme yetersizliğine bağlı demir eksikliği anemisi, iyot eksikliğine bağlı guatr ve benzeri sayılabilecek bir dizi sorun ana-çocuk sağlığı için de risk faktörüdür. Bu faktörler gelişmiş ülkeler için de risk faktörüdürler. Ancak görülme sıklığı gelişmiş ülkede daha az, gelişmekte olan ülkelerde ise daha fazla olacaktır. Gelişmiş toplumlarda da, az gelişmiş toplumlarda da risk faktörleri önemini koruyacaktır. Burada olayın bir başka boyutu gündeme gelmektedir : Halk sağlığı açısından önemli olan; toplumda çok görülen, çok öldüren, çok sakat bırakan olaylardır (18). Risk faktörlerinin görülme olasılıklarının farklı toplumlarda farklı olacağı göz önüne alınırsa, risk faktörlerinin pratikte uygulamaya yansması hizmetin planlanmasında özellik taşıyacaktır. Her toplumda öncelik taşıyan risk faktörleri farklı olacaktır.

Kısaca risk faktörleri her koşulda önemini koruyan olgular olup, önem sırası toplumdaki topluma, aynı toplumda bölgeden bölgeye değişir. Bu da her toplumun risk yaklaşımını kendi şartlarına göre uygulaması gerekliliğini ortaya koyar.

2.3. Risk Yaklaşımı:

Toplumda herkese sunulan hizmet yanında ihtiyacı olanların (riskli grupların) saptanması ve bunlara daha çok hizmet götürülmesi "Risk Yaklaşımı"nın özünü oluşturur. Kaynakların herkese en yüksek düzeyde sağlık hizmeti götürmeye elverişli olmadığı ülkelerde her gebe ve çocuğa hizmet sunmakla beraber, toplumda risk altında olan gebe ve çocukları seçerek bunlara daha fazla hizmet vermek yolu ile ana ve çocuk sağlığı düzeyinin daha çabuk yükseltileceği düşünülmüştür. Bu strateji "Risk Yaklaşımı" olarak adlandırılmıştır (2,8).

1978 yılında Alma-Ata'da yapılan konferansta; yüksek risk gruplarının özel gereksinimleri ile ilgili karar alınmış, risk altındaki grupların özel gereksinimleri tanımlanmış, yüksek risk gruplarının sistematik olarak tanımlanması, bu gruplara ulaşılması, sürekli bakımının sağlanması ve hastalığa neden olan faktörlerin elimine edilmesi önerilerinde bulunulmuştur (5).

Sağlık servislerinin oluşturulması ve geliştirilmesi için önemli çabalar gösterilmiş olmasına karşın, dünyanın pek çok bölgesinde tıbbi bakıma kolay ulaşabilme olanakları toplumun çoğunluğu için kısıtlıdır. Paradoksal olarak yüksek kalitede sağlık hizmeti toplumun küçük bir bölümü için elde edilebilir. Yeterli para ve eğitilmiş insan gücünün yoksunluğu bunun başlıca nedenidir. Bu nedenle kısıtlı kaynakların optimal kullanımını sağlayacak yolların araştırılmasına gereksinim vardır. Risk yaklaşımı, bireysel ve toplumsal risk faktörlerinin değerlendirilmesi yoluyla, kısıtlı kaynakların esnek ve gerçekçi dağılımını ve uygun AÇS ve AP hizmetleri için bölgesel stratejilerin geliştirilmesini sağlayabilecek yönetimsel bir araç olarak düşünülebilir. Bu yaklaşımın aslı bütün kaynaklardan en üst düzeyde yararlanmadır (8).

Risk yaklaşımı; sadece ana-çocuk sağlığı alanında değil, bütün sağlık disiplinlerinde hastanın tehlikede olduğunun saptanması durumunda da geçerlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) risk yaklaşımının entegre edilmiş ana çocuk sağlığı planlamasında yararlı olacağını kabul etmiştir (19). "Herkes biraz, gereksinimi olana daha fazla" deyişi bu yaklaşımın özetidir.

Gebelikte risk faktörlerinin saptanması veya riskli gebelikleri tanıma; hem tedavide, hem de hizmetin planlanmasında yardımcı olur. Riskli durumlar göreceli olarak seyrek ortaya çıkmalarına karşın sonuçları açısından tehlikeli olurlar. Bu nedenle standartize edilmiş risk yaklaşımının bu tehlikeleri önleyerek prenatal bakımı olumlu kılacağı belirtilmektedir (20,21).

Nüfusa göre personelin ya da diğer kaynakların yetersiz olduğu yörelerde risk yaklaşımı uygulamak en akılcı yoldur. Risk yaklaşımının ana ilkesi, yaşamı tehlikede olanlara toplumdaki diğer kişilerden daha fazla hizmet vermektir. Örneğin; kişisel gücünün üzerindeki sayıda gebe grubunu izlemek durumunda kalan bir ebe, gebelerin hiçbirine istenilen sıklıkta ve düzeyde hizmet veremez. Oysa; bu gebelerden bazılarının sorunları diğerlerinden daha fazla, yani yaşamları risk altında olabilir. İşte bu gebelerin izlenmelerinin aksatılmadan sürdürülmesi onlar yönünden yaşamsaldır. Diğer gebelerin izlenmelerinin daha seyrek yapılması bu gebelerin durumunu bozmayacaktır (22).

Sağlık hizmetlerini karşılayabilmek için ulusal ve yerel bütçe ve kurumlardan kaynak aktarımı yapılmaktadır. Kaynak denince; insan gücü, para, bina, malzeme ve zaman akla gelir. Bu kaynaklardan hiçbiri sınırsız değildir. Gelişmekte olan ülkelerin çoğunda olduğu gibi ülkemizde de kaynaklardan sağlık hizmetlerine ayrılabilen pay yeterli değildir. Böyle durumlarda sağlık yöneticisi elindeki kaynakları önemli sağlık sorunlarının çözümüne yöneltmelidir. Ayırımı yaparken kaynakların tümünü öncelikli olana ayırıp diğer alanları hizmetsiz bırakmak doğru değildir. Bu iş için geliştirilen kural "Herkes biraz, gereksinimi olana daha çok" biçimindedir. Sağlık yönetiminde yıllık ve orta vadeli planlar yaparken öncelikleri saptamada yüksek risk grupları göz önüne alınmalıdır. Yüksek risk gruplarının belirlenmesi kaynak aktarımının doğru yapılmasını sağlar, hizmetin kimlere yada hangi gruplara öncelikli olarak verileceği belirlenir (8,23,24,25,26,27).

Risk yaklaşımı ile eldeki kaynaklar toplumun büyük bölümünün yararlanabileceği şekilde optimum kullanılır. Risk yaklaşımı olmadan kaynaklar tasnif edilirse yüksek

riskli grubun az bir kısmı hizmetten faydalanabilir. Ayrıca eğitilmiş sağlık personelinin optimum kullanımı da sağlanamaz, genel anlamda kaynakların israfı söz konusu olur.

2.4. Yüksek Riskli Gebelikler :

Yüksek riskli gebelikleri değişik kaynaklar değişik biçimde tanımlarlar: Annenin, ya da fötüs veya yenidoğan döneminde bebeğin sağlığının veya yaşamının tamamen veya kısmen tehlikede olduğu gebelik durumları "Yüksek Riskli Gebelikler" olarak tanımlanır (10,28,29,30,31). Kötü beslenme, uygun olmayan prenatal bakım, istenmeyen gebelik, çoğul gebelik, düşük, fötüs ölümü, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyon, mental retardasyon ve diğer sorun yaratan durumları içeren gebelikler de "Yüksek Riskli Gebelik" diye tanımlanır (32).

Her iki tanıma benzer şekilde pek çok tanım yapmak olasıdır. Ancak her tanımın vurgulayacağı gerçekler, ana ve çocuk sağlığının tehlikede olacağı durumlar olacağı kuşkusuzdur. Pek çok çalışmada ilk gebelik, yüksek parite, erken ya da ileri yaşta gebelik, önceki çocuk kaybı ve malnutrisyonun üniversal risk faktörleri olduğu gösterilmiştir (8). Kısa boy, boya göre düşük ağırlık, gebelikte istenen ağırlık artışı olmaması, yakın gebelik aralığı, önceki gebeliğinde istenmeyen sonuç öyküsü, şiddetli anemi ve sigara içme de üniversal risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (13). Ayrıca olumsuz konut şartları, yoksulluk, düşük zeka düzeyi gibi sosyal risk faktörleri de bunlara eklenebilir (2). Bazı insanlar hem bazı hastalıklara göre yüksek risk altındadır, hem de sağlık hizmetlerini daha az kullanıyor olabilirler. Böylece onlar aynı zamanda gerekli sağlık hizmetini alamadıkları için de yüksek risk altındadır (11).

Şu açıktır ki; kötü gebelik sonuçlarının çoğu, yüksek riskli diye tanımlanan ve önceden belirlenebilen gebelerin az bir kısmında meydana gelir. Yüksek riskli gebelik programlarındaki amaç; mortalite ve morbidite açısından artmış riski olan bu gebeleri tanımlayabilmek, onlara daha yüksek kalitede sağlık hizmeti sunarak gebeliklerin istenmeyen sonuçlarını ve buna bağlı olarak anne ve bebek mortalite ve morbiditesini en aza indirmektir (29). Riskli gebelikleri pek çok şekilde sınıflandırmak olasıdır. Nelson riskli gebelikleri aşağıdaki gibi sınıflamaktadır (23) :

A. DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

1. Düşük sosyoekonomik durum
2. Kötü durumda olan etnik gruplar
3. Evlenmemiş anne
4. Anne yaşı
 - a. 16 yaşın altında gravida
 - b. 35 ve daha büyük yaşta ilk gebelikler
 - c. 40 ve daha ileri yaşta gebelikler
5. Annenin çok şişman veya zayıf olması
6. Annenin boyunun 150 cm. den az olması

B. GEÇMİŞ GEBELİKLERİN ÖYKÜSÜ

1. Grand multiparite (5 ve 5 den fazla doğum)
2. 12 haftadan sonra antepartum kanama
3. Erken membran rüptürü, prematüre eylem
4. Önceki sezeryan öyküsü
5. Uzamış eylem
6. Serebral palsili, mental retardasyonlu, doğum travmalı, santral sinir sistemi bozukluğu veya konjenital anomalili bebek öyküsü
7. Ölü doğum veya neonatal ölüm öyküsü
8. 37 haftadan önce, 42 haftadan sonra doğmuş bebek öyküsü

C. ANNENİN ÖZGEÇMİŞİ

1. Hipertansiyon ve böbrek hastalığı veya ikisi birden
2. Diabetes Mellitus (gebelikte ortaya çıkan dahil)
3. Kardiyovasküler hastalıklar (romatizmal, konjenital kalp hastalığı, periferik vasküler hastalık)
4. Hipoksemi veya hiperkapni yapan akciğer hastalığı
5. Tiroid, paratiroid ve diğer endokrin bozukluklar
6. İmmün trombositopenik purpura
7. Neoplastik hastalıklar
8. Kalıtsal hastalıklar
9. Kollajen hastalıklar
10. Epilepsi

D. DİĞER OBSTETRİK VE MEDİKAL NEDENLER

1. Toksemi
2. Asemptomatik bakteriüri
3. Anemi, hemoglobinopati
4. Rh senssitizasyonu
5. Sigara alışkanlığı
6. İlaç ve uyuşturucu madde alışkanlığı
7. Kronik olarak farmakolojik ve kimyasal bir ajana maruz kalma
8. Çoğul gebelik
9. Rubella ve diğer viral enfeksiyonlar
10. Cerrahi müdahale ve anestezi
11. Plasental anomaliler ve uterin kanama
12. Anormal fetal geliş, fötal anomali, oligohidroamnios, polihidroamnios
13. Fötusun veya uterusun büyümesinde anormallikler
14. Gebelikte annenin travmaya maruz kalması
15. Gebelikte emosyonel travma

Çeşitli yayınlarda 18 yaşından önceki gebelikler, 35 yaşından sonraki gebelikler, 4. doğumdan sonraki gebelikler ve iki yıldan daha kısa aralıklı gebeliklerin anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde önemli rol oynadığı üzerinde durulmakta ve diğer bir deyişle "çok erken yaşta, çok geç yaşta, çok sayıda ve çok yakın aralıklı " gebelikler yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir (3,33,34,35,36,37). Daha değişik sınıflandırmalar da yapmak olasıdır. Ancak içerik olarak her sınıflamanın benzer olacağı kuşkusuzdur (8,12,28,32,38). Sağlık Bakanlığı uygulamakta olduğu ana sağlığı programlarında gebelikte risk faktörlerini şu şekilde belirtmektedir (10,22,39):

1. Gebenin 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük olması
2. Gebenin boyunun 150 cm.den kısa olması
3. Birinci ve beş ya da daha sonraki gebelikler
4. Son doğumu ile şimdiki gebeliği arasındaki sürenin 2 yıldan az olması
5. Gebede sıtma hastalığı olması
6. Gebede kronik hastalık (hipertansiyon, diabet, tüberküloz, kalp, böbrek hastalıkları gibi) olması
7. Gebeliğin ilk üç ayı içinde teratojenik ilaç alma
8. Gebenin sigara içmesi
9. Daha önceki gebelik ve doğumları ile ilgili kötü öyküsü olanlar (preeklampsi, eklampsi, habitüel abortus, prematüre doğum, ölü doğum, güç doğum, sezaryen, anomalili bebek, perinatal ölüm, iri bebek, plasenta çıkışında zorluk, doğum sonu fazla kanama öyküsü, bebeğinde patalojik sarılık)
10. Şimdiki gebelik yada doğum sırasında; preeklampsi, eklampsi, ağır anemi, aşırı kilo alma, yetersiz kilo alma, tetanoza karşı aşılammış olma, ilk trimesterde kızamıkçık geçirme, çoğul gebelik, polihidramnios, kanama, Rh uygunsuzluğu, baş-pelvis uygunsuzluğu, prezantasyon bozukluğu, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, uzamış gebelik, kordon sarkması, 1. ve 2. derecede ağır zaafı olması, çocuk kalp seslerinin dakikada 120 den az, 160 dan çok olması, plasenta retansiyonu, tetanik kontraksiyon, doğum sonu kanama olması
11. İstenmeden gebe kalma
12. Annenin eğitim yetersizliği (ilkokul ve daha az oluşu)
13. Yoksulluk
14. Ev koşullarının kötülüğü

İncelediğimiz faktörlerden bazıları üzerinde durmak gerekirse:

2.4.1. Öyküden ve öz geçmişden saptanan risk faktörleri :

Anne yaşı : Yüzyıllar boyu anne yaşı, araştırmalarda önemli bir faktör olmuştur. Beklenen yaşam süresinin 40 yıl olduğu ve doğurganlık kontrolü olmadığı zamanlarda kadınların tercih şansı yoktu ve çok genç yaşlarda çocuk doğuruyorlardı. Son zamanlarda yaşam süresinin ikiye katlanmasıyla ve etkili doğum kontrol yöntemlerinin yaygınlaşmasıyla kadınlar daha ileri yaşlarda çocuk doğurma olanağını elde ettiler. Dünyada yapılan çeşitli çalışmalar çok genç (18 yaş altı) ve çok ileri (35 yaş üstü) yaştaki doğumların hem anne, hem de bebek açısından riskli olduğuna işaret etmektedir. 19-34 yaş annelerin bebeklerine göre 18 yaş altındaki annelerin bebeklerinin ölme riski 1.49, 35 yaş üzeri annelerin

bebeklerinin ölme riski ise 1.22 olarak bulunmuştur (40). Keza, 1993 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) sonuçlarına göre bebek ölüm hızı (BÖH); doğumda anne yaşı 20'nin altında olduğunda %092.8, 20-29 olduğunda %055.0, 30-39 olduğunda %087.9, 40-49 olduğunda %0101.9 olarak bulunmuştur. Annenin doğum sırasında yaşı 20-29 olduğunda çocuklar arasında ölüm hızları en düşük düzeye inmekte, annenin 20 yaşından küçük olduğu yada 30-39 yaşlarında olduğu durumlarda ise çocuk ölüm hızları sırasıyla %69 ve %60 daha fazla olmaktadır. Annenin doğum sırasındaki yaşı ölüm göstergeleri arasında en çok neonatal ölüm hızını etkilemektedir (34).

Genç annelerde; preeklampsi, abortus, prematüre doğum, doğum travması, düşük doğum ağırlıklı bebek, anomalili bebek olasılıklarının arttığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (8,38,41,42,43,44,45,46,48,49).

Kadınlar için en uygun çocuk doğurma yaşı 20-35 yaşlar arasındadır. 20 yaş altında ve 35 yaş üzerinde anne mortalitesi artmaktadır. Kadınların genel sağlık durumunun iyi olmadığı, iyi sağlık bakımı alamadığı bölgelerde bu risk çok daha fazladır. Dünyada tüm doğumların üçte biri 20 yaş altı ve 35 yaş üzerinde olmaktadır. Yaşa bağlı maternal ölüm riskindeki bu artışta yüksek paritenin de rolü vardır. İkinci ve üçüncü doğumlar anne için en güvenli olanıdır. Dördüncü çocuktan sonra anne ölüm hızı dramatik olarak artmaktadır (2).

1958'de Concil of the International Federation of Obstetrics tarafından 35 ve daha ileri yaşta ilk doğumunu yapacak kadınlar yaşlı primigravida olarak ifade edildi (50). A.B.D.'de ilerlemiş anne yaşına doğru trend önemli bir demografik gerçektir. 35-40 yaş kadın nüfusunun %42 artacağı ve bunun da ileri yaş doğumlarda %80 artışa neden olacağı hesaplanmıştır. Kadınların meslek seçimi, eğitimi, doğurganlığın kontrolü, geç ve ikinci evliliklerinde ileri yaş gebeliklerin artışında rolü vardır. Yaş ilerledikçe kromozom anomalilerindeki artışa bağlı olarak ve uterin disfonksiyon nedeniyle spontan abortuslarda artış olduğu iyi bilinmektedir. İleri yaş gebeliklerde diyabet ve hipertansiyon insidansında ve buna bağlı maternal mortalitede artış olduğu gösterilmiştir. Obstetrik literatürde yaş ile kronik hipertansiyon ve gebeliğin neden olduğu hipertansiyon arasında pozitif ilişki olduğu konusunda görüş birliği vardır. Hipertansiyon; prematürelite, dismatürite ve ölü doğum insidansını ve böylece perinatal mortalite hızını arttırmaktadır (50). İleri yaş gebeliklerde perinatal mortalitenin arttığını gösteren başka çalışmalar da vardır. Gestasyonel diyabet ve makrosomi insidansı artmaktadır (48). Kromozom anomalili çocuk doğurma riski, maternal yaşla orantılı artmaktadır. Bu kapsamda en sık rastlanan anomali Down sendromu olduğu halde, diğer kromozom anomalilerinin de insidansı artmaktadır (51).

Yaş ilerledikçe maternal mortalitede anlamlı artış olduğu gösterilmiştir. Yaşlılarda maternal mortalite yaklaşık 4 kez fazla bulunmuştur (50). Diyabet ve hipertansiyon gibi yaygın komplikasyonların gelişme olasılığının yaşlı gebelerde 2-4 kez fazla olması nedeniyle bu hastalar genç kadınlara göre daha yakından izlenmelidir.

Doğum komplikasyonları açısından da yaş önemli bir risk faktörüdür. Sezaryen ile doğum oranının yaş ile direkt olarak arttığı kabul edilmektedir (50). Diğer operatif

doğumlar, forseps, makad geliş, epidural anestezi kullanımı yaşlı kadınlarda fazla bulunmuştur (50).

İleri yaş gebelerde istenmeyen neonatal sonuçların (geç fetal ölümler, preterm doğum, makrosomi, düşük apgar skoru, konjenital anomaliler, ölü doğum) daha fazla olduğu bulunmuştur. Perinatal mortalitede ileri yaş gebeliklerde anlamlı şekilde (3-4 kez) artış olmaktadır (50,52).

Parite : Doğum sayısı arttıkça anne ve bebeklerin ölüm olasılığının da arttığı bilinmektedir (4). Doğum sayısının yarattığı bu etki anne yaşı ile bir araya geldiğinde tehlike daha da artmaktadır. 18 yaşın altında bebek ölüm hızı yüksektir. 1993 TNSA'na göre ilk doğumlarda BÖH %064.0, 2.-3. doğumlarda %050.6, 4.-6. doğumlarda %080.3, 7. ve üzeri doğumlarda %0125.1 olarak bulunmuştur (34). İlk ve dördüncüden sonraki doğumlarda olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır. İlk doğumda annenin pelvis yapısında önceden bilinmeyen yetersizlikler, perine kaslarında gerginlikler gibi nedenlerle doğum travmaları sıktır. Dördüncüden sonraki gebelikler ise prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, doğumsal sakatlıklar gibi riskler taşırlar (41,49). Grandmultiparlarda uterus atonisine bağlı postpartum hemoraji, fetal hipoksi, toksemi, uterus rüptürü, anemi, mal pozisyon plasenta previa görülme sıklığı artmaktadır (30,42,53,54). Primiparlarda ve grandmultiparlarda preeklampsi daha sık ortaya çıkmaktadır (30,41).

Doğum aralığı: Annenin fiziksel ve ruhsal sağlığının olumsuz olarak etkilenmemesi için doğumlar arasında en az iki yıllık süre olması öngörülmektedir. Bu süre çocuk sağlığı açısından da gerekli en kısa süredir. Çocuk ölümlerinin önlenmesi ve sağlıklı fizik büyümeyi sağlamanın ötesinde, çocuğun mental gelişimi ve ruh sağlığı da dikkate alındığında doğumlar arası sürenin iki yıldan daha uzun olması gerektiği savunulmakta ve optimal süre olarak dört yıl önerilmektedir. Yapılan araştırmalarda ard arda doğan iki kardeş arasındaki sürenin 2 yıldan kısa olması halinde anne ve bebek ölüm olasılığının yüksek olduğu gösterilmiştir (4,49,57). 1993 TNSA'nda önceki doğum aralığı 2 yıldan az olanlarda BÖH %0113.4, 2-3 yıl olanlarda %050.4, 4 yıl ve daha fazla olanlarda %035.4 olarak bulunmuştur (34). İki gebelik arasındaki sürenin kısa olduğu durumlarda annelerde; anemi ve diğer beslenme bozuklukları, güç doğum, kanama, enfeksiyon, bebeklerde; prematürelilik, düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar anne ve bebek ölümlerine yol açan faktörlerdir (41,42,49). Ayrıca önceki çocuğun anne sütüyle beslenme ve bakım olanaklarını kısıtlamakta ve çocuklar arası rekabet nedeniyle sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir.

Doğurganlık, ailelerin isteğine ve bunun yanısıra aile planlaması hizmetlerin niteliğine bağlı olarak hemen her toplumda giderek azalmaktadır. Bununla birlikte; günümüzde aşırı doğurganlık, önlenmesi olumsuz sonuçların tedavisinden çok daha kolay ve etkin olduğu halde, hala sık görülen önemli bir sağlık sorunudur. Aşırı doğurganlık; gebelik kayıplarını, bebek ölümlerini, çocuk ölümlerini, anne ölümlerini, ayrıca pek çok hastalığın görülme sıklığını doğrudan etkiler. Bu nedenle aşırı doğurganlığın önlenmesi için sunulan aile planlaması hizmeti, öncelikli bir sağlık hizmeti olarak, anne ve çocuk sağlığını iyileştirme programlarında yer almaktadır. Aşırı doğurganlık kapsamında gebelik ve doğum

için uygun olmayan anne yaşı, gebelik aralıklarının sık olması ve fazla sayıda doğum sorunları yer alır. Bu sorunlar istenmeyen gebelikleri de önleyen aile planlaması programları ile çözümlenebilirler. Aşırı doğurganlığa bağlı sorunların çözümlenmesi ile çocuk ve anne ölümlerinin yarı yarıya önlenebileceği hesaplanmıştır (7,55).

Her biri riskli gebelik özelliği taşıyan aşırı doğurganlık sorunları çoğu kez bir arada buldukları için birbirlerinin etkilerini daha da arttırmaktadır. Şöyle ki; erken yaşta doğum yapmaya başlayan kadın çok doğurmakta, çok doğuran kadın geç yaşa kadar doğurmakta, sık doğuran kadın yine çok doğurmakta bu şekilde çok erken, çok geç ve çok sayıda doğum birbirini izlemektedir. Bu özellikler, her bir faktörün etkisini tek başına hesaplamayı güçleştirmekle beraber, bir faktörün ortadan kaldırılması diğerlerinin de dolaylı olarak azalmasını sağlama olanağı vermektedir (56).

Ülkemizde aşırı doğurganlık sorunları içinde en önemlisi sık doğumlardır. Doğumların üçte birinin sık doğum olduğu ve bu sorunu çözecek hizmetlere öncelik tanınması gerektiği belirtilmektedir (56). Sık doğumların önlenmesi ile aşırı doğurganlıkla ilgili diğer faktörler de olumlu olarak etkilenecektir. Doğum aralarını açarak sık doğumların önlenmesi için, bu hizmetlerle görevli sağlık personeli çözümlenmek istenen sorunun tanımını, önemini ve çözüm yollarını iyi bilmelidir. Bu hizmette de, tüm koruyucu hizmetler için geçerli olan "Fırsatları Değerlendirme" ilkesine uygun hareket edilmelidir.

Annede kronik hastalık olması : Kalp ve böbrek hastalıkları, diyabet, hipertansiyon, tüberküloz gibi annenin sistemik hastalıkları; erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, metabolik bozukluklara yol açmaları nedeniyle risk faktörüdürler. Gebelik mevcut hastalığı şiddetlendirebilir (30,41,42,49,58). Maternal kardiyak hastalıkların (romatizmal, organik, hipertansif, konjenital) varlığında; fetal ölümler, ölü doğumlar olmayanlara kıyasla iki kat artmaktadır. Organik kalp hastalığı düşük doğum ağırlıklı bebek riskini de arttırmaktadır (31). Diyabet, kronik hipertansiyon, renal hastalıklar preeklampsi riskini artırır (30,31,51).

Annede kronik hipertansiyon olması; preeklampsi, serebrovasküler hasar, myokard infarktüsü, maternal ölüm, ablasyo plasenta, uteroplazental yetmezlik, intrauterin çocuk ölümü olasılığını artırır (31,58). Diyabetik bir gebede; kronik hipertansiyon, preeklampsi, maternal pyelonefrit, doğum travması, postpartum hemoraji maternal ölüm sık gözlenir, sezeryan sıklığı artar. Yenidoğanda; polihidramnios, konjenital anomali (özellikle kardiyak anomaliler) sıklığı artar, respiratuar distres sendromu, makrosomi, hipoglisemi, hiperbilirubinemi, hipokalsemi görülebilir. Infant genellikle kalıtsal olarak diyabetiktir (30,31,51,58). fetal,

Annede kronik üriner enfeksiyon olması DDA, fetal hipoksiyi arttırmaktadır (41). Gelişmiş ülkelerde bile son yıllarda yabancı göçleri ve HIV enfeksiyonu nedeniyle tüberküloz mortalite ve morbiditesinde artış olmuştur (59,60). Gebede; aktif, tedavi edilmemiş pulmoner, pelvik veya milier tüberküloz varsa fetusa geçme olasılığı vardır (kongenital tbc). Annede aktif tüberküloz olan infantların % 50'sinde bir yıl içinde aktif tüberküloz gelişmektedir. Anne bakteriyolojik olarak

negatif oluncaya kadar bebeğinden ayrılmalıdır (61). Annede sıtma hastalığı olması, endemik bölgelerde maternal ve perinatal mortalitenin önemli nedenlerindedir. Gebelikte sıtma intrauterin gelişme geriliği ve prematüre doğumlara neden olur, bazen fetal enfeksiyonla sonuçlanır (17). Endemik bölgelerde kemoprofilaksi ile gebelikte sıtmanın önlenmesi anne sağlığını ve bu yolla fötusun sağlığını geliştirir (1). Sıtma endemik bölgelerde anemi gelişmesinde önemli rol oynar. Özellikle ilk gebelikte ağır seyrederek, serebral sıtma ve ölüm olasılığı artar. Klorokine direncin artması nedeniyle gebelikte sıtmanın yönetimi karmaşık hale gelmiştir. Sıtma ilaçlarının fetusa etkileri yeterince araştırılmadığından klorokine dirençli bölgelerde rutin kemoprofilaksi önerilmemektedir. Bu bölgelerde gebeler yüksek ateş bakımından yakından izlenmeli, tanı konduğunda acil tedavisi sağlanmalıdır. Çünkü; hastalık komplikasyonları tedavinin yan etkilerinden daha ağırdır. Klorokine rezistans yoksa kemoprofilaksi endemik bölgelerde prenatal bakımda rutin hale getirilmelidir (2,17).

Gebeliğin ilk üç ayında teratojenlere sunuk kalma : Teratojen olduğu bilinen ilaçlar : Alkol, fenitoin, folik asit antagonistleri, lityum, cıva, valproik asit, streptomisin, tetrasiklin, talidomid, trimetadion, androjenler, dietilstilbestrol, kemoterapötik ajanlar, antitiroid ajanlar ve warfarindir. Teratojen etkide bulunabilen enfeksiyonlar : Koksaki virus, sitomegalovirus, herpes simpleks, viral hepatit, influenza, kabakulak, poliomyelit, rubella, varisella, sifiliz, listeriosis, mikoplazmozis ve toxoplazmozis olarak sayılabilir (30,53).

Sigara içme : Gebelikte sigara içmenin fetal büyümeyi azalttığı ve intrauterin gelişme geriliği için riski arttırdığı herkes tarafından kabul edilmektedir. Özellikle oral kontraseptif kullanan kadınların sigara içme yılları arttıkça kardiyovasküler hastalıkların arttığı gösterilmiştir. Altı yıldan fazla sigara içen kadınlarda; plasenta previa, ablasyo plasenta, büyük plasental infarkt görülme sıklığında artış olduğu gösterilmiştir. Nikotin, CO ve diğer toksinlerin etkisiyle fetal büyüme yavaşlamaktadır. Uterin damarlarda vazospazm ve kalıcı hasar nedeniyle uteroplasental kan akımı yavaşlamaktadır. İleri yaşta ve sigara içen kadınlarda düşük doğum ağırlığı riski artmaktadır. İsveç'te kitlesel anti sigara propagandaları sonucu sigara içme prevalansı azalmış, doğum ağırlığının arttığı gösterilmiştir (62,63,64,65). Günde en az bir paket sigara içenlerde preterm doğum % 20 fazla bulunmuştur (66). Gebelikte sigara içme ile prematür doğum, spontan abortus, fetal ve perinatal ölüm arasında ilişki vardır. Gelişmiş ülkelerde infant ölümleri içinde önemli yeri olan ani bebek ölümü, annenin gebelikte sigara içmesiyle ilişkili bulunmuştur (67). Halk sağlığı açısından yaşlı-eski içiciler yüksek risk nedeniyle yakından izlenmelidir.

Sosyo-ekonomik durum : Ailenin sosyo-ekonomik durumu iyi değilse; tıbbi hizmetlerden yararlanamazlar, öneri ve verilen tedaviyi yapmakta ekonomik ve kültürel nedenlerle ihmalcidirler. Her türlü obstetrik komplikasyon sık görülür (42). Anne ve babanın eğitim durumu, aylık gelirleri, yaşadıkları çevrenin sağlık koşulları; doğacak bebeğin beslenmesi, bakımı, bulaşıcı hastalık etkenleriyle karşılaşma ve sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu etkiler (49). 1993 TNSA'na göre; ortanca ilk evlenme yaşı ortaokul ve üzeri eğitimlilerde 23.3, ilkokul altı eğitimlilerde 18.0, DÖB almamayan anne sıklığı; ilkokul altı

eğitilmişlerde %62.1, ortaokul üzeri eğitimlilerde %7.4, tetanoz aşısı yaptırmayan anne sıklığı; ilköğretim altı eğitimlilerde %72.2, ortaokul ve üzeri eğitimlilerde %53.1, sağlık kuruluşunda doğum yaptıran anne sıklığı; ilköğretim altı eğitimlilerde %34.8, ortaokul ve üzeri eğitimlilerde %88.0 olarak bulunmuştur. Doğuya ve kırsal bölgeye gidildikçe benzer şekilde olumsuz davranışta bulunma olasılıkları artmaktadır (34).

Gebenin boyu : Annenin boyu pelvik kapasite ile korelasyon gösterir. 150 cm. altında boyu olanlarda feto-pelvik uygunsuzluk olasılığı yüksektir. Kısa boylu kadınlarda kemik pelvisin çok iyi değerlendirilmesi gerekir, düşük doğum ağırlığı daha sık görülür (39,41,53).

Akraba evliliği : Dünyanın pek çok yerinde yok denecek kadar az olmasına rağmen, bazı Asya ülkeleri ile İslam ülkelerinde sıklıkla yapıldığı bilinen akraba evlilikleri, ülkemizde de yaygın bir evlilik çeşididir. Tıbbi açıdan daha riskli evlilikler birinci ve ikinci derece akraba evlilikleridir. 1. derece akraba evliliği kardeş çocukları, 2. derece akraba evliliği de kardeş torunları arasında yapılan evlilikler olarak tanımlanmaktadır. Türkiye'de 50 yaşın altında halen evli kadınların %21'inin bu tip evlilikler yaptığı, bu tip evliliklerin en çok amca çocukları arasında gerçekleştiği, bunu hala ve teyze oğlu ile yapılan evliliklerin izlediği gösterilmiştir (68,69). Kan yakını evlilikler seyrek görülen otozomal resesif hastalıkların ortaya çıkışını büyük ölçüde arttırmaktadır. Fenilketonüri, kistik fibrozis, orak hücreli anemi, talasemi (beta), galaktozemi bu tip hastalıklardır (12,70). Akraba evliliklerinde mental retardasyon ve özürü çocuk oranının genel popülasyondan yüksek olduğu belirtilmektedir (35).

2.4.2 Önceki gebelik ve doğumlarda kötü sonuçların olması :

Annenin önceki gebeliklerinden biri veya birkaçı ölü doğum, prematürel, düşük doğum ağırlığı, doğumsal hastalık, konjenital anomali vb. gibi çocuk sağlığını tehlikeye sokabilecek biçimde sonuçlanmışsa, daha sonraki gebeliklerinin de aynı sonucu hazırlayabilecek bu olumsuz koşullardan etkilenme olasılığı yüksektir. Özellikle daha önce ölü doğum yapmış olma öyküsü yeni doğacak bebeği de tehdit eden çok önemli bir risktir (42,49). Daha önceki perinatal bebek ölüm öyküsü, özellikle nedeni bilinmeyen ölümler mutlak yüksek risk göstergesidir. Bu kadınlarda perinatal mortalite görülme oranı spontan abortus veya prematür doğum öyküsü olanlardan daha yüksektir. Ölü doğum veya neonatal ölüm öyküsü, fetal veya parental sitogenetik anormalliği düşündürmekle beraber, öncelikle annede diyabet, kronik renovasküler hastalık ve hipertansiyon araştırılmalıdır (30,31,51,53).

Yaşama yeteneği kazanmamış 3 veya daha fazla fetusun arka arkaya kendiliğinden kaybına habitüel düşük denir. Parental genetik anormallikler, uterin servikal anormallikler, enfeksiyon, kollajen doku hastalıkları ve hormonal anormallikler araştırılmalıdır (30,51,53).

ABD'de preeklampsi insidansı % 5 civarındadır. Genç primipar, 35 yaş üstü multipar, çoğul gebelik, diyabet, kronik hipertansiyon, polihidroamnios, mol hidatiform preeklampsi için risk faktörleridir. Daha önce preeklampsi geçiren

kadınların 1/3'ünde sonraki hamileliklerinde bu durum tekrarlayabilmektedir (30,31,51,53).

Preterm doğum perinatal peryodda olumsuz sonuçlara tek başına en fazla katkıda bulunan durumdur ve neonatal morbiditenin %70'inde rol oynamaktadır (71). Daha önceden preterm eylem öyküsü olanların çoğu sonraki doğumlarında da bu risk altındadırlar ve kontraksiyonların erken başlayabileceği düşünülerek yakından takip edilmelidirler (53,58). Yüksek riskli gebelerin sık izlemi, seçilmiş müdahalelerle daha sık gözlem ve daha dikkatli yaklaşımla erken doğum hızında azalma olabileceği gösterilmiştir (71).

Makrozomik infant (> 4000 gr) öyküsü maternal diabeti hatırlarmalıdır. Önceki gebeliklerinde operatif doğum olması, uzamış doğum veya distosi olması, eylem ve doğumla ilgili ciddi psikolojik rahatsızlık olması risk faktörleridir (30).

2.4.3. *Şimdiki gebelikde ortaya çıkan risk faktörleri :*

Anemi, preeklampsi, annenin kalp hastalığı, böbrek hastalığı, diabet, tüberküloz gibi sistemik hastalıkları, 1.trimesterde geçirilen viral hastalıklar, kanamalar, annenin az kilo alması, gebeliğin normal süresi olan 40 haftayı aşması, hidramnios, baş-pelvis uyumsuzluğu, Rh uyumsuzluğu, çoğul gebelik, bebeğin malpozisyonu, yetersiz doğum beslenme, özellikle ilk üç ayda zararlı etkene sunuk kalma, tetanoza karşı aşılınmamış olma doğum öncesi dönemde izlemelerde saptanabilecek risk faktörleridir (10,23,30,31,42,49). Prematür doğum eylemi, erken membran rüptürü, kordon sarkması, fena prezantasyon, çoğul gebelik, plasenta previa, ablosyo plasenta, 1. ve 2. derece ağır zaafı, tetanik kontraksiyonlar, fetal stres, plasenta retansiyonu ise doğumda saptanabilen risk faktörleridir (29,31,39,41,42).

Anemi gebelikte en yaygın hematolojik problemdir. Gelişmekte olan ülkelerde gebelerin 2/3 'ü anemikdir. Gelişmiş ülkelerde bu rakam %14'dür (2). Gebelikte artan gereksinimi karşılayamayan demir ve folik asit alımı yanısıra; sıtma, orak hücre hastalığı, bakteriyel enfeksiyonlar, düşükler nedeniyle kan kayıpları, intestinal parazitik hastalıklar aneminin önemli medikal nedenleridir. Aneminin medikal nedenlerinin altında sosyo-ekonomik faktörler önemli rol oynar. Az gelişmiş ülkelerde yoksulluğun yaygın olması bu ülkelerdeki anemiye açıklamaktadır. Gıda azlığı nedeniyle direncin düşmesi, yanlış beslenme alışkanlıkları, uygun olmayan gıda üretimi ve saklanması, su eksikliği ve etkili bir sosyal güvenlik sisteminin olmayışı gibi durumların hepsi kadın sağlığı ve anemi nedenlerini, diğer direnç düşüren hastalıklar kadar, açıklamaktadır (2). Gebelikte anemi nedenleri : Nutrisyonel (demir, folat ve kobalamin yetersizliği), kemik iliği supresyonu (aplastik ve kronik sistemik hastalıklara ikincil), hemolitik ve kan kaybıdır (72). Gebelikte anemilerin % 75'i demir eksikliğine bağlıdır. Beslenme yetersizliğinin yanısıra kısa gebelik aralığı ve adolesan gebelik yaygın etyolojik faktörleridir (73). Ağır anemi annede kalp yetmezliğine yol açarak anne ve fetus için istenmeyen sonuçlara yol açar. Aneminin; prematüre doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlığı ile ilişkisi gösterilmiştir (72,74). Anemi; bu problemlere neden olmasının yanısıra, nutrisyonel, sosyal ve çevresel faktörlerin göstergesi

olarak da önemlidir. Sadece aneminin tedavisine yönelerek sorunun çözülebileceği kuşkuludur(72,75).

Preeklampsi primer olarak nulliparlarda 20. gestasyonel haftadan sonra ve daha sıklıkla terme yakın görülen ödem, hipertansiyon (>140/90 mmHg), proteinüri üçlüsüdür. Preeklamptik hastada başka nedene bağlanamayan konvülzyonların oluşması ise eklampsi olarak tanımlanmaktadır (30,76,77). Preeklampsi genel popülasyonun % 8'inde, eklampsi % 0.2 - 0.5'inde görülen, anne ve bebek mortalite ve morbiditesini arttıran risk faktörleridir (30,51).

Kalp yetmezliği, böbrek hastalığı, diyabet, tüberküloz gibi annenin sistemik hastalıkları, gebelik süresince anne ve fötusun yaşamını tehlikeye sokacak pek çok komplikasyonun ortaya çıkabilmesi nedeniyle risk faktörüdürler.

Gebeliğin erken döneminde görülen kanamalar; düşük, trofoblastik hastalık, dış gebelik, serviksde erozyon ve kanser, geç dönemdeki kanamalar; plasenta previa, ablasyo plasenta, serviksde erozyon ve kansere bağlıdır. Erken dönemdeki kanamalar düşük ve anne ölümlerine, geç dönemdeki kanamalar ise hem anne hem de bebek ölümlerine neden olabilir (30,42).

Amerikan Obstetrik ve Jinekologlar Birliği gebelik boyunca toplam 10-12 kg. alınmasını uygun bulmaktadır. Zayıf kadınların biraz daha fazla kilo alması gerekirken, obez gebelerin sadece 6-9 kg. almaları yeterli görülmektedir (30). Normalden şişman olanlar veya gebelikte aşırı kilo alanların makrosomik bebek dünyaya getirme olasılıkları fazladır. Yetersiz kilo alımı sonucu ise; düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, erken neonatal dönem ölüm riski artar (30,42). Yetersiz kilo alımı; beslenme yetersizliği, maternal hastalığı veya uygun olmayan anabolik durumu ve volüm kazancını sağlayamayan hormonal dengesizliği yansıtabilir (30).

Gebelik süresinin son menstrüel periyoddan sonra 42 haftayı (294 gün) geçmesi durumunda uzamış gebelikten bahsedilir, %7-12 arasında görülmektedir. Bu tip gebeler yakından takip edilmiyorsa - kongenital anomali, mekonyum aspirasyonu, fetal distres, makrozomi ve ona bağlı travmatik doğum nedeniyle - perinatal mortalite ve morbidite 3-5 kat daha fazladır (30,76,78). Amniyotik sıvı volümünü klinik olarak önemlidir çünkü; 32.-36. gestasyon haftaları arasında 1.5-2 litreden fazla olması (hidramnios, polihidramnios), veya 0.5 itreden az olması (oligohidramnios) sıklıkla fötal anormallikler ve/veya kötü perinatal sonuçlara eşlik eder (30,76).

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki prenatal bakım düzeyi ile bebeğin durumu arasında yakın ilişki vardır. Daha az ve daha geç prenatal kontrolü olan kadınlarda; prematüre doğum, preterm eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek ve ölü doğum riski artmaktadır (12,37,45,82). 1993 TNSA'nda; gebelik ve doğumda tıbbi bakım almamış annelerde BÖH %066.8, gebelik ve doğumda tıbbi bakım almış annelerin bebeklerinde ise BÖH %043.9 olarak bulunmuştur (34).

Perinatal ve maternal mortalite ve morbiditeyi arttıran, dolayısıyla kontrol edilebildiklerinde mortalitenin düşmesini sağlayabilecek başlıca risk faktörleri aşağıdaki gibi özetlenebilir (41) :

I. Perinatal mortaliteyi arttıran gebelik riskleri

a. Doğan bebeğin düşük doğum ağırlıklı olmasına yol açan durumlar

Öyküde

Sık doğum aralığı
Anne yaşı <20
Aşırı multiparite (>4)
Sigara içme
Kronik üriner enfeksiyon
Sistemik hastalık
Düşük doğum ağırlıklı bebek
Perinatal ölüm

gebelikte

Ağırlık artışı olmaması
Çoğul gebelik
Preeklampsi
Vajinal kanama
Üriner enfeksiyon
Uterusun büyümemesi
Çok kısa boy (<150 cm)
Uterusda şekil bozukluğu
Servikal yetmezlik
Polihidramnios
Preterm doğum

b. Doğum travmasına yol açan risk durumları

Öyküde

Doğum ağırlığı >4 kg bebek
Cerrahi girişimli doğum
Yardımsız doğum

Gebelikte

Baş-pelvis uygunsuzluğu
Prezentasyon bozukluğu
Çoğul gebelik
Çok kısa boy
Hızlı doğum

c. Fetal hipoksiye yol açan risk durumları

Öyküde

Anne yaşı <34
Maternal malnütrisyon
Maternal obesite
Aşırı multiparite
Perinatal ölüm
Kronik üriner enfeksiyon
Sistemik hastalık
Kan grubu uyumsuzluğu

Gebelikte

Anemi
Kronik enfeksiyon
Vajinal kanama
Preeklampsi
Sistemik hastalık
Çoğul gebelik
Makat gelişi
Plasenta previa
Gecikmiş doğum
Ağırlık artışı olmaması

d. Vajinal kanamaya yol açan risk durumları

Öyküde

Hipertansif hastalık

Gebelikte

Kaza geçirme
Preeklampsi
Çoğul gebelik, Preterm doğum
Plasenta previa, Ablasyo plasenta

e. Anomalili bebek doğumuna yol açan risk durumları

Öyküde

Anne yaşı <18
Anne yaşı >34
Akraba evliliği
Anomalili doğum öyküsü
Diabet

Gebelikte

Erken gebelik döneminde radyasyon
Denetimsiz ilaç kullanımı
Viral enfeksiyonlar
Toksoplazmozis
Diabet

II. Maternal mortaliteyi arttıran gebelik riskleri

a. Toksemiye yol açan risk durumları

Öyküde

Anne yaşı <20
Anne yaşı >34
Primiparite
Aşırı multiparite
Preeklampsi/eklampsi
Diabet

Gebelikte

Çoğul gebelik
Aşırı ağırlık artışı
Dengesiz beslenme
Poihidroamnios
Mol hidatiform
Diabet

b. Doğum travmasına yol açan risk durumları

Öyküde

Anne yaşı <20
Anne yaşı >34
Güç doğum
Cerrahi girişimli doğum

Gebelikte

Baş-pelvis uygunsuzluğu
Prezentasyon bazuklukları
Çoğul gebelik
Çok kısa boy

c. Kanamaya yol açan risk durumları

Öyküde

Doğumun 3. evresi ile ilgili patoloji
Hipertansif hastalık
Pıhtılaşma bozukluğu

Gebelikte

Preeklampsi, Anemi
Tam olmayan düşükler
Çoğul gebelik, Dış gebelik
Mol hidatiform, Polihidramnios
Plasenta previa, Ablasyo plasenta
Ölü fötüs
Uterus rüptürü

d. Enfeksiyona yol açan riskli durumlar

Öyküde

Kronik üriner enfeksiyon

Gebelikte

Anemi
Erken membran rüptürü
Tromboflebit
Pyelonefrit
Puerperal sepsis

Elbette bilinen risk faktörlerinin tümünü saptayabilmek eldeki olanaklara bağlıdır. Biz çalışmamızda eldeki olanaklarla saptayabileceğimiz faktörleri araştırdık. Bunlar: Öyküden saptayabildiğimiz anne yaşının çok genç veya çok ileri olması, ilk evlenme yaşı, ailenin sosyo-ekonomik durumu, akrabalık durumu, grand multiparite, düşük, ölü doğum, neonatal bebek ölümü öyküsü, annenin özgeçmişi, sistemik hastalıkları, kötü alışkanlıkları, antenatal bakım görüp görmediği, bağıışıklama durumu, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu, doğum aralığı, bu gebeliğinin isteyerek olup olmadığı idi.

Özet olarak risk faktörleri gebeye ait, çocuğa ait diye ayrılabilir de birbirini etkileyen, içiçe faktörlerdir. Her biri diğerinin sonucu olduğu gibi birbirini mutlaka etkileyen faktörlerdir. Bu faktörlerin önce tespiti, daha sonra azaltılması, anne ve bebek ölümlerini azaltabileceği gibi, hizmetin niteliğini de yükseltecektir.

2.5. Doğum Öncesi Bakım (DÖB):

Özellikle kadının genel sağlık durumunun çok kötü olduğu bölgelerde, maternal mortalite ve morbiditenin önlenmesi için en etkili sağlık girişimi prenatal bakımdır. Annelerin daha sağlıklı gebelik geçirmelerini ve daha sağlıklı bebekler doğurmalarını amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Hiç doğum öncesi bakım almamış annelerin bu hizmetten yararlananlara göre daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha

fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları ve bebeklerinin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (2,30,40,41,42,51,80).

Anne açısından DÖB'in yararları : Gebe kadının emosyonel sağlığını geliştirmek ve sürdürmek, doğum öncesi süreçte komplikasyonları azaltmak, güvenli doğumu sağlamak, doğum sonu dönemde en iyi sağlık şartlarını sağlamak, fötusun bütün gereksinimleri için annenin desteklenmesidir. Çocuk açısından DÖB'nin yararları ise: Prematürite, ölü doğum ve neonatal ölümlerin önlenmesi ve yenidoğanın optimal sağlığının güvenceye alınması olarak ifade edilebilir. Maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması geniş anlamda DÖB'in asıl amacıdır. Diğer bir etkisi ise perinatal mortalitede azalma sağlamasıdır (29,30).

DÖB hizmeti ile; gebeliğin sağlıklı geçmesine yardımcı olmanın yanısıra riskli gebeliklerin belirlenmesi, bu durumlarda hastanede doğumun yapılmasının sağlanması, gebelik komplikasyonlarının tedavisi ve özel bakım gereken durumlarda gebenin uygun bir merkeze sevk edilmesi amaçlanır (29,39,41,81). Anne adayları gebelik öncesi içinde bulunduğu koşullar ve taşıdığı risklerle birlikte değerlendirilmelidir. Bu riskler dikkate alınarak tüm gebelik süresince karşılaşılabileceği olumsuz durumlardan en iyi şekilde korunmalıdır. Bu amaçları gerçekleştirebilmek için DÖB'da;

- * Ayrıntılı bir öykü ve var olan risklerin belirlenmesi
- * Eğitim ve danışmanlık yaparak sağlıklı gebeliğin sürdürülmesi,
- * Özel önlemlerle korunulabilecek risklerin önlenmesi
- * Gebelik süresince annede ve bebekte ortaya çıkabilecek risklerin belirlenmesi
- * Belirlenen risklerin etkilerini azaltıp ortadan kaldırmak için özel hizmet verilmesi gerekir.

Doğum öncesi bakımda sağlık eğitimi informal olarak bireylere veya sistematik olarak gruplara yapılabilir. Gebelikte beslenme ve kendi kendine bakım gibi genel konular yanısıra, tehlike işaretleri ve nasıl davranılması gerektiği konusunda eğitim yapılmalıdır. Ayrıca; doğum sonu periyod içinde yenidoğanın bakımı, beslenmesi, emzirme ve aile planlaması konularında da prenatal bakım sırasında eğitim yapılmalıdır. İyi yapıldığında doğum öncesi sağlık eğitimi anneler ile sağlık servisleri arasında iyi ilişkiler gelişmesine yardım eder. Bu da gelecekte kadın ve ailesi için yarar sağlayacaktır.

Risk faktörleri için izlemenin asıl amacı; diğerlerinden daha fazla istenmeyen gebelik sonuçları oluşabilecek kadınları saptamak, doğum öncesi dönemde daha ileri değerlendirmelerinin yapılabilmesi ve daha sonra muhtemelen güç doğumlarının uygun koşullarda yapılabilmesi için onları sevk etmektir. İzleme bir kere değil düzenli olmalıdır çünkü; kadında risk faktörü gebeliğin geç döneminde de gelişebilir. Risk faktörlerine göre sevk işlemi yaparken iki önemli nokta göz önüne alınmalıdır : Risk faktörü ile kötü sonuç arasındaki ilişki ne kadar kuvvetlidir? Ve istenmeyen sonuç ne kadar şiddetlidir, örneğin; anne yaşamı risk altında mıdır? Kadınların çoğunda mutlak sevklerini gerektiren risk faktörleri olmadığı için, gerekenlerin sevk edilmeleri sağlık sisteminde aşırı yüklenmeye yol açmayacak ve sağlık kuruluşlarının optimum kullanımı sağlanacaktır. İzleme ve sevk etme yaşam kurtarmada çok etkili olabilir, ancak; bunun için kadınları ikinci

basamak sağlık kuruluşuna ulaştıracak olanakların olması, ikinci basamak sağlık kuruluşlarının kolay ulaşılabilir olması da gerekir. Bu sağlanmadığında bütün sistem etkisiz olacaktır.

Risk faktörlerinin izlenmesinde "Gebe İzleme Kartları" önemli rol oynar. Her gebeye ayrı ayrı bu formlar düzenlenmeli, risk faktörlerini ayrıntılı olarak içermelidir. Gebe izleme kartları prenatal bakımın kalite ve etkinliğini artırır.

Prenatal bakımın önemli işlevleri arasında; maternal mortalite ve morbiditede önemli rol oynayan aneminin tespiti, tedavisi veya önlenmesi vardır. Prenatal bakımın diğer önemli ve yaşam kurtarıcı işlevlerinden biri de preeklampsinin tespiti ve yönetimidir. Erken dönemden başlayarak kan basıncının periyodik olarak ölçümü, ödem kontrolü, ani ağırlık artışı belirlenmesi, ani baş ağrısı gibi uyarıcı semptomlara dikkat edilmesi ile bu durum belirlenebilir.

Vajinal kanamalı gebelerin acil olarak ikinci basamak sağlık kuruluşuna sevki prenatal bakımın diğer önemli bir fonksiyonudur. Doğum öncesi kanama nedeniyle pek çok ölüm eğer erken belirtileri tespit edilip hızlı davranılırsa önlenebilir. Plasenta previa nedeniyle olan kanama genellikle ağrısız, gelip geçicidir. Bu nedenle hasta kendiliğinden bildirimde bulunmayabilir. Sağlık personeli kanamalar hakkında bilgili olmalı, aktif ve hızlı davranabilmelidir. Prenatal bakımda 7. aydan sonra makad geliş ve transvers duruş, çoğul gebelik gibi doğumda profesyonel yardım gerekecek pozisyonları tespit için gebe muayenesi yapılır.

Gebelere sağlık bakımı verilmesi yirminci yüzyılın başlarında önerilmişse de önemi son elli yıl içinde giderek daha iyi anlaşılmıştır. DÖB gelişmiş ülkelerde 1960'lardan sonra ana ve çocuk sağlığı (AÇS) hizmetlerinin önemli bir parçası haline gelmiş ve gebelerin tümünün yararlandığı bir hizmet olmuştur. Gelişmekte olan ülkelerde ise DÖB hizmetlerinden yararlanabilen kadın oranı %20 ile %90 arasında değişmektedir. Ülkemizde 1993 TNSA'na göre annelerin çoğu (% 62) en az bir kez sağlık personelinde DÖB almaktadır. Genç , üç ve daha az çocuğu olan , iyi eğitilmiş , kentte yaşıyan, batı ve güneyde yaşıyan anneler daha fazla DÖB hizmetlerinden yararlanmaktadır (34). Diğer bir deyişle doğu-güneydoğuda, kırsal bölgede yaşıyan, eğitimsiz annelerde bu oran % 35'lere düşmektedir.

UNICEF ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) desteğiyle 1952 yılında Türkiye'de AÇS hizmetleri örgütlenirken temel amaçlarından biri DÖB hizmetlerinin verilmesini yerleştirmek olmuştur. 1961 yılından sonra da Temel Sağlık Hizmetleri kapsamında AÇS kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ağırlıklı bir parçası olarak diğer hizmetlere entegre edilmiştir.

Ülkemizde AÇS merkezleri ve Doğumevleri polikliniklerinde gebeler kendileri başvurdukları takdirde DÖB alabilirler. Aynı şekilde özel hekimlik uygulamalarından yararlanabilirler. Temel Sağlık Hizmetlerinin sunulduğu Sağlık Ocağı'nın hizmet kapsamı içinde ise; ortalama 500 evli kadının bir sağlık evi ebesi tarafından düzenli aralıklarla izlenmesi, bu izlemede doğurganlık yaşamı ile ilgili danışmanlık yapılması, gebeliklerin erken dönemde saptanması ve düzenli aralıklarla evde izlenmesi öngörülmüştür. Pratisyen hekim olan sağlık ocağı

hekimi, bu hizmetlerin denetiminden ve desteklenmesinden sorumludur. Gerekli vakalar için uzman desteği üst sağlık kurumu olan hastanelerden karşılanmalıdır (39,41,42,81,82).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nca DÖB'in şu sıklıkla yapılması önerilmektedir (39) :

<u>Gebelik haftası</u>	<u>İzleme sıklığı*</u>
12. haftaya kadar	Tespit-izleme
24. hafta (6. ayda)	1 kez
28. hafta (7. ayda)	1 kez
32. hafta (8. ayda)	1 kez
36. hafta (9. ayda)	1 kez
<u>39. hafta (10. ayda)</u>	<u>1 kez</u>
Toplam*	6 kez

* Riskli gebeliklerde belirtilen bu sayı değişir. Risk faktörünün özelliğine göre gebe daha sık izlenmelidir.

DÖB'in etkinliği izlem sayısının yanısıra niteliği ile de ilişkilidir. Sayısı çok olsa da değerlendirmenin tam yapılmadığı izlemler, seyrek ancak uygun zamanlarda yapılan nitelikli izlemlerin yerini tutamazlar (41,42,83). Nitelikli DÖB aşağıdaki özellikleri taşımalıdır :

- Kadının tıbbi, obstetrik ve sosyal yaşam öyküsü ve yaşam koşullarına bağlı risk faktörleri ortaya çıkarılır.
- Korunulabilen risk faktörlerinden korunma sağlanır.
- Gebelik süresince oluşabilecek risk faktörleri belirlenir.
- Risk faktörleri belirlendikten sonra;
 - Özel yaklaşımla gebeye bilgi verilir, gerekiyorsa uygun tedavi yapılır.
 - Daha sık izlenir.
 - Daha ayrıntılı değerlendirme yapacak kuruma sevk edilir.
 - Doğum için hastaneye sevk edilir.

Nitelikli bir bakım için gebenin fizik, biyolojik ve sosyal çevresini tanımak önemlidir. Gebeyi evde değerlendirmek, çevresini tanımak için çok değerli bir olanaktır.

2.5.1. Kayıt sistemi :

Gebelikteki risk faktörlerini değerlendirmeye yardımcı olmak amacıyla bir çok form geliştirilmeye çalışılmıştır. Bazıları çok basit listeler halinde olup, bazıları önem ve oranlarına göre numaralanmış listeler halindedir. Bu formlar sayesinde hastanın takibi, riskli durumların erken tanısı ve yapılması gerekenler bir düzen halinde yapılabilmektedir (53).

DSÖ yıllardan beri AÇS'nda erken tespit ve sağlığın desteklenmesine yol gösterecek temel bilgileri kapsayan, evlerde uygulanan basit kayıt sisteminin kullanımını aktif olarak teşvik etmektedir. İlk kez 1970'lerde kırsal Hindistan'da geliştirilen, ev temelli kadın kartı sisteminin temel sağlık hizmeti çalışanlarına gebe izlemede rehberlik etmede yararlı olduğu görülmüştür (17). 1982'de DSÖ;

riskli durumların erken tespitine yardımcı olmak, tespit edilen riskli vakaların zamanında sevkini sağlamak; gebelik, doğum , doğum sonu ve gebelikler arası dönemde sağlık durumunun izlenmesini geliştirmek, kadınların, ailelerin ve toplumun kendi sağlık bakımlarına katılımını arttırmak amacıyla kayıt sistemi prototipi geliştirdi (13). İdealde gebelik belirlenir belirlenmez her kadın için kurumun alışılmış kayıtları dışında bir DÖB izlem kartı çıkarılması, gebenin özelliklerinin bu karta yazılması ya da zaman ve düzen elvermiyorsa kadının DÖB yaptırabileceği ilgili bir kuruma çıkartılan bu kartla birlikte gönderilmesi gerekir. Bu kartın kurumlarda değilde kadın tarafından saklanması, nerede yapılırsa yapılsın her muayenede DÖB bulgularının bu karta kaydedilmesi ve doğuma giderken de bu kartın kadının yanında bulunması, DÖB'in etkinliğini ve niteliğini arttıracak önemli bir uygulamadır (41).

Risk yaklaşımında ilk basamak hekimi ve yardımcı sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Bölgesini iyi tanıyan birinci basamak sağlık çalışanı sistemin kayıta dayanan subjektif yanlarını ortadan kaldıracaktır. Çünkü iyi hazırlanmış prenatal kayıt bu sistemin en önemli parçasıdır. Riskli risksiz ayırımının bir kısmı bu kayıtlardan yapılabilir. Ev ziyaretleri yapan, bölgesini ve hastasını iyi tanıyan sağlık evi ebesinin kararı ile subjektif yargılar düzeltilebilir. İyi bir kayıt sistemi, sağlık ocağı arşivinin iyi tanzim edilmesi etkinliği arttıracaktır.

Ülkemizde AÇS hizmetlerinin sunulduğu sağlık ocağı ve AÇS dispanserlerinde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilmiş "gebe-lohusa izleme fişi (form no:005)" kullanılmaktadır (Ek:1). Ayrıca gebelik riski altında buluna 15-49 yaş grubu evli kadınların gebelik öncesi risk durumunu tespit edilebildiği "15-49 yaş evli kadın izleme formu" mevcuttur (Ek:2). Uygulamaya göre her ebe hizmet ettiği bölgede (ortalama 2500 nüfus) tespit ettiği her gebeye (ideal olarak ilk üç ay içinde) gebe-lohusa izleme fişi doldurur, rutin izlemelerini yapar. Risk durumu varsa daha sık izlem altına alır. Hamile olmayan evli kadınları ayrıca izleme formuna kaydeder, 4 ay arayla takip ederek gebelik öncesi risk durumlarını belirler.

3. YÖNTEM

Bu çalışma analitik kesitsel bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma örneğini bir aylık sürede Diyarbakır Doğumevi Hastanesinde doğum yapan tüm kadınlar (764 kişi) oluşturmuştur. Gebelerde risk faktörlerinin sıklığı araştırılmış, risk faktörlerinin gebenin bazı sosyo-demografik özellikleri ve şüpheli etyolojik faktörlerle ilişkisi saptanmaya çalışılmıştır. Ayrıca risk faktörlerinin doğumlara ve yeni doğanlara etkileri incelenmiştir.

3.1. Araştırmanın yürütüldüğü yer:

Diyarbakır Doğumevi Hastanesi ilk olarak 1963 yılında Diyarbakır Nümune Hastanesi içinde servis olarak hizmet vermeye başlamış, 1966 yılında ayrı binada hastane olarak çalışmaya devam etmiştir. 1970 yılında Dicle Üniversitesi bünyesine katılmış, 1982 yılında üniversite bünyesinden ayrılarak Devlet Hastanesi'ne dahil olmuştur. 1986 yılında ise Doğumevi Hastanesi adı altında ayrı bir baştabiplik olarak hizmet vermeye başlamıştır. Halen 125 kadro, 85 fiili yatağı mevcuttur. Yılda ortalama 44 000 poliklinik, 2000 ameliyat (küçük, orta, büyük) ve 9 000 normal ve müdahaleli doğum olmaktadır. 11 uzman hekim, 11 pratisyen hekim, 79 ebe-ebehemşire, 13 laboratuvar teknisyeni, 5 narkoz teknisyeni, 4 röntgen teknisyeni ile hizmet vermektedir. 1990 yılında röntgen ünitesi, 1991 yılında ultrasonografi ünitesi hizmete girmiştir. 2 ameliyathanesi, 1 ambulansı bulunmaktadır.

1995-1996 yılına ait bazı istatistiksel bilgiler *:

	1995	1996
Poliklinik	43 980	44 220
Yatan hasta sayısı	12 273	12 892
Doğum servisi yatan hasta	9 515	9 999
Jinekoloji servisi yatan hasta	2 758	2 893
Doğum servisi ölen hasta s.	8	1
Büyük ameliyat	612	986
Orta ameliyat	166	243
Küçük ameliyat	1 266	1 680
Tüp ligasyonu	349	363
Normal doğum	6 984	6 759
Müdahaleli doğum	1 928	1 710
Canlı doğum sayısı	6 543	8 907
Ölü doğum sayısı	2252	391
Yenidoğan ölümü	169	37

*Diyarbakır Doğumevi Hastanesi istatistik şubesinden alınmıştır.

Ayrıca 1996 yılında; dış gebelik : 7, gebelikte kanama : 266, eklampsi : 33, hiperemesis gravidarum : 182, adli ve tıbbi endikasyon nedeniyle yaptırılan düşük :1521, spontan düşük : 140, diğer düşükler (tasrih edilemeyen) : 26, komplikasyonsuz doğum : 6759 doğum öncesi ve sonrası kanamalar nedeniyle distosik doğurma : 202 (ölen kadın sayısı : 1), pelvis anomalisi, fötöpelvik uygunsuzluk nedeniyle distosik doğurma : 621, perine, uterus yırtığı, doğum travması ve diğer komplikasyonlar : 1710.

1996 yılında Diyarbakır'da hastanelerde yapılan doğumlar *:

- Doğumevi hastanesi : 9298 (%76.2)
 - SSK hastanesi : 1607 (%13.2)
 - D.Ü. Tıp Fak. : 1291 (%10.6)
- (* İlgili hastane kayıtlarından elde edilmiştir)

3.2. Veri toplama :

Daha önce hazırlanıp ön denemesi yapılan anket (Ek:3) araştırmacı tarafından uygulandı. İletişim sorunu olduğunda doğumhane personelinden yararlanıldı. Doğum öncesi dönemde gebelerden kapiller kan alındı, hastane laboratuvarı kullanılarak hematokrit ölçümleri yapıldı ve kaydedildi. Hastaların tansiyon ölçümleri, boy ölçümleri, ödem muayenesi yapıldı, gebe idrarında protein araştırmacı tarafından bakıldı. Tüm doğumlar gözlenerek doğum sonu yenidoğanların tartısı, boy ölçümü ve asfiksi değerlendirildi doğum salonunda yapıldı ve kaydedildi. Gerekli olduğunda hasta dosyalarından yararlanıldı.

Anket altı başlık altında 45 şıktan oluşmaktadır. Riskli gebelikler yönünden önemli olan gebenin yaşı, oturduğu yer, ilk evlenme yaşı, sosyoekonomik durumunun göstergesi olarak; eğitim durumu, eşinin mesleği, sosyal güvence durumu, eşiyile akrabalık durumu saptandı. 8.-23. sorularda (varsa) önceki gebeliklerinin öyküsünden saptanabilecek risk faktörleri araştırıldı. Doğurganlıkta önemli olan toplam gebelik sayısı, canlı doğan ve yaşayan çocuk sayıları saptandı. 24. ve 25. sorularda gebenin sistemik/kronik hastalığı ve sigara içme durumu sorulmuştur. Gebenin sigara içme durumu DSÖ tanımlarına uygun olarak içmeyenler, hergün içenler, ağır içiciler, arasıra içenler ve bırakmış olanlar şeklinde değerlendirilmiştir (84). 26.-36. şıklarda şimdiki gebeliğinin öyküsü, fizik muayene ve laboratuvar muayenesinden saptanabilecek bazı risk faktörleri araştırılmıştır. SAT' ye göre gebelik süresinin < 37 hafta (prematüre) ve > 42 hafta (postmatür) olması riskli durum olarak değerlendirilmiştir. Gebeliğinde hiç sağlık kontrolü olmamış (veya 3 kereden az olmuş) kadınlar riskli olarak değerlendirilmiştir. Gebeliğinde hiç tetanoz aşısı olmamış gebeler aşısız, daha önce aşıli olmayıp bir doz aşı yaptıranlar eksik aşıli, iki doz aşı yaptıranlar ve daha önce aşıli olup bir doz aşı yaptıranlar tam aşıli kabul edildiler.

Gebenin boyu ayakta, bacaklar bitişik, topuklar duvara dönük ve baş dik pozisyonda ölçülerek, ≤ 150 cm.ve > 150 cm. olarak değerlendirilmiştir. Mevcut olanaklar kullanılarak tüm olguların hematokrit ölçümleri ve şüpheli olguların idrarda protein ölçümleri yapılmıştır. Hematokrit ölçümü Wintrobe (mikrohematokrit) metoduyla yapıldı ve < %33 değerler anemi olarak kabul edildi (30,51,73,74,87). Hipertansiyon ($> 140/90$ mmHg), proteinüri ve ödem varlığı durumunda gebeler preeklampsili olarak tanımlandı (77,88).

37.-40. şıklarda gebelik sonucu ve doğum hakkında bilgiler kaydedildi. Daha sonraki bölümde ise doğan bebeklerin cinsiyeti, apgar skoru ve asfiksi durumu, ağırlık ve boyları ölçülerek kaydedildi. Ağırlık ölçümü doğumun ardından, doğum salonunda, kordonu kesilip temizlendikten sonra 5 gr göstergeli sabit bebe

terazisiyle yapıldı. Her ölçümden önce yeniden sıfır ayarı yapıldı. Boy ölçümleri özel olarak yaptırılan bir ucu sabit, bir ucu hareketli ve 0.5 cm hassasiyetli boy ölçer ile doğum salonunda yapıldı. Asfiksi değerlendirmesi 1. dakika apgar skorundan yararlanarak yapıldı. Apgar skoru 8-10 normal, 5-7 hafif asfiksi 4 ve altında değerler ağır asfiksi olarak değerlendirildi (30,23,89).

3.3. Verilerin değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirmesinde Minitab bilgisayar programından yararlanıldı. İstatistiksel olarak yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, ki kare, korelasyon ve t testi kullanıldı, 0.05'in altındaki yanılma olasılıkları anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışma 15 Nisan 1995 - 15 Mayıs 1995 tarihleri arasında Diyarbakır Doğumevi Hastanesine doğum nedeniyle başvuran 764 kadın üzerinde yürütülmüştür.

4.1. Gebelik Öncesi Dönemde Saptanabilen Risk Faktörleri

4.1.1. Tanımlayıcı Bulgular (sosyo-demografik bulgular)

Kadınların seçilmiş temel özelliklere göre dağılımı aşağıdaki gibidir.

Tablo 1: Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'nde Doğum Yapan Kadınların Temel Özelliklerine Göre Dağılımı

<u>Temel özellik</u>	<u>Sayı</u>	<u>Yüzde</u>
<u>Yaş</u>		
< 19	112	14.66
20 - 24	286	37.43
25 - 29	164	21.47
30 - 34	112	14.66
35 +	90	11.78
<u>Eğitim</u>		
Okuryazar değil	417	54.58
Okuryazar	87	11.39
İlkokul mezunu	197	25.79
Ortaokul mezunu	24	3.14
Lise ve üzeri	39	5.10
<u>Eş mesleği</u>		
İşsiz, geçici işçi	264	34.56
Kadrolu işçi, memur	116	15.18
Serbest mes (esnaf vb)	305	39.92
Çiftçi	71	9.29
Diğer	8	1.05
<u>Geldiği yer</u>		
D.Bakır merkez	490	64.14
D.Bakır ilçeleri	206	26.96
Komşu iller	68	8.90
<u>Sosyal güvence durumu</u>		
Yok	600	78.53
Var (Em.San.)	140	18.33
Yeşil kart	24	3.14
<u>Akrabalık durumu</u>		
Yok	428	56.02
1. derece	235	30.76
2. derece	101	13.22
<u>TOPLAM</u>	764	100.00

Kadınların yaş ortalaması 25.360 ± 6.171 dir. Yaş gruplarına göre %37.43 ile 20-24 yaş grubu, %21.47 ile 25-29 yaş grubu doğum için en sık başvuran yaş gruplarıdır. Gebelerin %54.58'i okuryazar değildir. %11.39'u okuryazar, %25.79'u ilkokul mezunu, sadece %8.24'ü ortaokul ve üzeri eğitim görmüşlerdir. Eşinin mesleği serbest meslek (esnaf) olan kadınlar %39.92 ile en sık hastaneye başvuranları oluşturmaktadır. %34.56 kadının eşi sürekli gelir getiren bir işte çalışmamaktadır. Araştırmaya katılanların %64.14'ü Diyarbakır merkez, %26.96'sı D.Bakır ilçeleri, %8.9'u komşu illerden gelmişlerdir. %78.53'ünün sosyal

güvenceleri yoktur. %30.76 kadının eşiyle 1.derece akrabalığı (kardeş çocukları), %13.22 kadının eşiyle 2.derece akrabalıkları (kardeş torunları) olduğu saptandı. 18 yaş altındaki gebe sayısı 36 (%4.71), 35 yaş üzeri gebe sayısı 90 (11.78) dir. Araştırmaya katılanların yaş grupları ve eğitim durumuna göre dağılımı tablo 2'de verilmiştir. 15-19 yaş grubunda okuryazar olmayanlar %36.61 iken, 30-34 yaş grubundan sonra bu oran %70'leri aşmaktadır.

Tablo 2 : Gebelerin Yaş Grupları ve Eğitim Durumuna Göre Dağılımı

YAŞ	OY.DEĞİL		O. YAZAR		İLKOKUL		ORTAOKUL		LİSE +		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
15-19	41	36.61	16	14.29	49	43.75	5	4.46	1	0.89	112	14.66
20-24	133	46.50	28	9.79	96	33.57	12	4.20	17	5.94	286	37.43
25-29	83	50.61	24	14.63	38	23.17	5	3.05	14	8.54	164	21.47
30-34	81	72.32	15	13.39	9	8.04	2	1.79	5	4.46	112	14.66
35-39	57	85.07	4	5.97	4	5.97	0	0.00	2	2.99	67	8.77
40 +	22	95.65	0	0.00	1	4.35	0	0.00	0	0.00	23	3.01
Top.	417	54.58	87	11.39	197	25.79	24	3.14	39	5.10	764	100.00

*5. ve 6. satır, 4. ve 5. sütun birleştirildi.

(df:12 χ^2 :100.575 p<0.001)*

Tablo 3'de bir risk faktörü olarak ilk evlenme yaşının annenin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 3 : Gebelerin Bazı Temel Özellikleri ve İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı

Temel Özellik	İlk Evlenme Yaşı				TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Eğitim</u>						
OYD	321	76.98	96	23.02	417	54.58
OY	73	83.91	14	16.09	87	11.39
İLK OK.	142	72.08	55	27.92	197	25.78
OR.OK	14	58.33	10	41.67	24	3.14
LİSE +	10	25.64	29	74.36	39	5.10
(df:4 χ^2 :56.042 p<0.001)						
<u>Akrabalık</u>						
Yok	294	68.69	134	31.31	428	56.02
1. der.	185	78.72	50	21.28	235	30.76
2. der.	81	80.20	20	19.80	101	13.22
(df:2 χ^2 :10.631 p<0.01)						
<u>Geldiği yer</u>						
DB Mrk.	356	72.65	134	27.35	490	64.14
DB İlçe	155	75.24	51	24.76	206	26.96
Komşu İl	49	72.06	19	27.94	68	8.90
(df:2 χ^2 :0.556 p>0.05)						
<u>Eş Mesleği</u>						
İşsiz,g. işçi	202	76.52	62	23.48	264	34.56
İşçi,memur	63	54.31	53	45.69	116	15.18
Serbest	233	76.39	72	23.61	305	39.92
Çitçi	56	78.87	15	21.13	71	9.29
Diğer	6	75.00	2	25.00	8	1.05
(df:3 χ^2 :25.388 p<0.001)*						
TOPLAM	560	73.30	204	26.70	764	100.00

* 1. ve 5. satırlar birleştirildi.

Araştırmaya alınan kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 17.983 ± 3.197 dir. Gebelerin %73.30'u 19 ve daha küçük yaşlarda evlenmişlerdir. Eğitim düzeyi yükseldikçe erken yaşta evlenme oranında azalma görülmektedir ($p < 0.001$). Akraba evliliği yapanlarda erken yaşta evlenme daha yaygındır ($p < 0.01$) ve eşinin mesleği kadrolu işçi-memur olanlarda erken yaşta evlenenlerin sayısı düşmektedir ($p < 0.001$).

Tablo 4'de gebelerin bazı temel özelliklerine göre akrabalık durumlarının dağılımı verilmiştir.

Tablo 4 : Gebelerin Bazı Temel Özelliklerine Göre Akrabalık Durumlarının Dağılımı

Temel Özellik	Yok		Akrabalık durumu				Toplam	
	sayı	%	sayı	%	sayı	%	sayı	%
Yaş								
15-19	62	55.36	34	30.36	16	14.28	112	14.66
20-24	163	56.99	91	31.82	32	11.19	286	37.43
25-29	95	57.93	49	29.88	20	12.19	164	21.47
30-34	64	57.14	34	30.36	14	12.50	112	14.66
35 +	44	48.89	27	30.00	19	21.11	90	11.78
(df:8, $X^2:6.582$, $p > 0.05$)								
Eğitim								
OYD	231	55.40	137	32.85	49	11.75	417	54.58
OY	45	51.73	28	32.18	14	16.09	87	11.39
İLK OK.	102	51.78	62	31.47	33	16.75	197	25.78
OR. OK.	18	75.00	4	16.67	2	8.33	24	3.14
LİSE +	32	82.05	4	10.26	3	7.69	39	5.11
(df:6 $X^2:18.856$ $p < 0.01$)*								
Meslek								
İşsiz,g. işçi	135	51.14	93	35.23	36	13.63	264	34.56
Kadrolu	76	65.52	20	17.24	20	17.24	116	15.18
Esnaf	171	56.07	97	31.80	37	12.13	305	39.92
Çiftçi	40	56.34	23	32.39	8	11.27	71	9.29
Diğer	6	75.00	2	25.00	0	0.00	8	1.05
(df:6 $X^2:13.212$ $p < 0.05$)**								
Geldiği yer								
DB Merk	293	59.80	141	28.77	56	11.43	490	64.14
DB İlçe	105	50.97	66	32.04	35	16.99	206	26.96
Komşu İl	30	44.12	28	41.18	10	14.70	68	8.90
(df:4 $X^2:10.558$ $p < 0.05$)								
TOPLAM	428	56.02	235	30.76	101	13.22	764	100.00

* 4. ve 5. satırlar birleştirildi. **1. ve 5. satırlar birleştirildi.

Tabloda görüldüğü gibi akraba evliliklerinin eşi kadrolu işte çalışmayanlarda ($p < 0.05$), komşu illerden gelenlerde ($p < 0.05$) ve ortaokul altı eğitimlilerde ($p < 0.01$) daha yaygın olduğu saptanmıştır.

4.1.2. Önceki gebeliklerinin öyküsünden saptanan risk faktörleri

Bir risk faktörü olarak grand multipariteyi (5 ve daha fazla gebelik) incelemek amacıyla gebelerin bazı özelliklerine göre gebelik sayıları tablo 5'de verilmiştir. Gebelerin %32.33'ünün grand multipar, %33.77'sinin primipar olduğu

saptanmıştır. Tabloda görüldüğü gibi grand multiparite okuryazar olmayan ve okuryazar olanlarda ($p<0.001$), eş mesleği çiftçi olanlarda ($p<0.001$) ve akraba evliliği yapanlarda ($p<0.05$) yüksek bulunmuştur. Gebelerin geldikleri yere göre grand multiparite farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Yaşa göre grand mutiparite durumu doğal olarak artış göstermektedir ($p<0.001$); 25-29 yaş grubunda %37.20, 30-34 yaş grubunda %74.11, 35+ yaş grubunda %92.22 dir.

Tablo 5: Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı (grand multiparite)

Temel Özellik	Gebelik sayısı						Toplam	
	1		2-4		5 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yaş Grubu								
15-19	91	81.25	21	18.75	0	0.00	112	14.66
20-24	125	43.71	141	49.30	20	6.99	286	37.43
25-29	32	19.51	71	43.29	61	37.20	164	21.47
30-34	9	8.03	20	17.86	83	74.11	112	14.66
35 +	1	1.11	6	6.67	83	92.22	90	11.78
								(df:8 X^2 :457.966 $p<0.001$)
Eğitim								
OYD	111	26.62	112	26.86	194	46.52	417	54.58
OY	26	29.88	33	37.93	28	32.18	87	11.38
İO	85	43.15	91	46.19	21	10.66	197	25.79
OO +	36	57.14	23	36.51	4	6.35	63	8.25
								(df:6 X^2 :105.199 $p<0.001$)
Eş mesleği								
İşsiz,	106	40.15	69	26.14	89	33.71	264	34.56
Kadrolu	38	32.76	45	38.79	33	28.45	116	15.18
Esnaf	96	31.48	125	40.98	84	27.54	305	39.92
Çitçi	14	19.72	18	25.35	39	54.93	71	9.29
Diğer	4	50.00	2	25.00	2	25.00	8	1.05
								(df:6 X^2 :34.016 $p<0.001$)*
Akrabalık								
Yok	157	36.68	145	33.88	126	29.44	428	56.02
1.derece	74	31.49	81	34.47	80	34.04	235	30.76
2.derece	27	26.73	33	32.67	41	40.60	101	13.22
								(df:2 X^2 :8.563 $p<0.05$)**
Geldiği yer								
D. Mer.	166	33.88	179	36.53	145	29.59	490	64.14
D. İlçe	72	34.95	60	29.13	74	35.92	206	26.96
Kom. İl	20	29.41	20	29.41	28	41.18	68	8.90
								(df:4 X^2 :6.863 $p>0.05$)
TOPLAM	258	33.77	259	33.90	247	32.33	764	100.00

* 1.ve 5. satırlar birleştirildi. **1. ve 2. sütunlar birleştirildi.

Yaş gruplarına göre ortalama gebelik sayıları ve ortalama canlı doğum sayıları tablo 6 ve tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 6 : Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Ortalama Gebelik Sayılarının Dağılımı

Yaş Gr.	n	Gebelik Sayısı	Ort. Gebelik S.
15-19	112	143	1.27
20-24	286	630	2.20
25-29	164	617	3.76
30-34	112	667	5.95
35-39	67	569	8.49
40 +	23	213	9.26
TOPLAM	764	2839	3.72

Tablo 7 : Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Ortalama Canlı Doğum Sayılarının (CDS) Dağılımı

Yaş Gr.	n	CDS	Ort. CDS
15-19	112	132	1.18
20-24	286	527	1.84
25-29	164	512	3.12
30-34	112	594	5.30
35-39	67	485	7.24
40 +	23	185	8.04
TOPLAM	764	2435	3.19

Kadınların ortalama 3.72 gebelik geçirdiği ve ortalama 3.19 canlı doğum yaptığı saptanmıştır.

Çalışmamızda birden fazla gebeliği olan 506 gebenin 43'ü (%8.50) istemli, 156'sı (30.83) istemsiz düşük yaptığını belirtmişlerdir. İstemli ve istemsiz düşük yapan kadın sayısı 186 (%36.76) dir. 100 gebelikte; isteğe bağlı düşük 2.36, kendiliğinden düşük 8.73, toplam düşük 11.09 olarak saptanmıştır.

Tablo 8'de istemli düşükler gebelerin bazı özelliklerine göre verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi istemli düşüklerin yaş ilerledikçe ($p<0.01$) ve canlı doğum sayısı arttıkça ($p<0.01$) daha sık görüldüğü bulunmuştur. Eğitim düzeyi ilkokul üzeri olanlarda (%10.07) ve eşi kadrolu işte çalışan gebelerde (%14.10) daha fazla istemli düşük gözlenmesine karşın istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($p>0.05$).

Tablo 8 : Gebelerin Temel Özellikleri ve Canlı Doğum Sayılarına Göre İstemli Düşüklerin Dağılımı

Temel Özellik	İstemli Düşük Öyküsü				Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Yaş</u>						
15-19	21	100.00	0	0.00	21	4.15
20-24	152	94.41	9	5.59	161	31.82
25-29	123	93.18	9	6.82	132	26.09
30-34	94	91.26	9	8.74	103	20.35
35-39	54	81.82	12	18.18	66	13.04
40 +	19	82.61	4	17.39	23	4.55
						(df:3 X^2 :13.727 p<0.01)*
<u>Eğitim</u>						
İlkokul altı	338	92.10	29	7.90	367	72.53
İlkok.üstü	125	89.93	14	10.07	139	27.47
						(df:1 X^2 :0.611 p>0.05)
<u>Geldiği yer</u>						
D.B. Mer.	299	92.28	25	7.72	324	64.03
D.B. İlçe	120	89.55	14	10.45	134	26.48
Komşu il	44	91.67	4	8.33	48	9.49
						(df:2 X^2 :0.912 p>0.05)
<u>Akrabalık</u>						
Yok	249	91.88	22	8.12	271	53.56
1. derece	149	92.55	12	7.45	161	31.82
2. derece	65	87.84	9	12.16	74	14.62
						(df:2 X^2 :1.554 p>0.05)
<u>Canlı Doğum Sayısı</u>						
0-2	223	94.89	12	5.11	235	46.44
3-4	103	92.79	8	7.21	111	21.94
5 +	137	85.62	23	14.38	160	31.62
						(df:2 X^2 :10.821 p<0.01)
<u>Eş mesleği</u>						
İşsiz, g. işçi	150	94.94	8	5.06	58	1.23
Kadrolu	67	85.90	11	14.10	78	15.42
Esnaf	189	90.43	20	9.57	209	41.30
Çiftçi	53	92.98	4	7.02	57	11.26
Diğer	4	100.00	0	0.00	4	0.79
						(df:3 X^2 :6.260 p>0.05)**
TOPLAM	463	91.50	43	8.50	506	100.00

*15-24,35-40+ yaş grupları birleştirildi. **Diğer grubu işsiz grubuyla birleştirildi.

Önceki gebeliklerin öyküsünden saptanabilen diğer bazı risk faktörlerinin sıklığı tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9 : Önceki Gebeliklerinin Öyküsünden Saptanabilen Diğer Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı (n = 506)

<u>Risk faktörü</u>	<u>Sayı</u>	<u>%</u>
- Ölü doğum öyküsü	53	10.47
- 0-7 gün. bebek ölüm öyküsü	26	5.14
- 8-28 günlük bebek ölüm öyküsü	22	4.35
- Çoğul gebelik öy.	6	1.19
- DDA'lı bebek doğum öyküsü	21	4.15
- Prematüre bebek doğum öyküsü	10	1.98
- İri bebek doğumu	14	2.77
- Anomalili bebek doğum öyküsü	8	1.58
- Önceki gebeliklerde hast. öyküsü	31	6.13
- Sezeryan öyküsü	20	3.95

Birden fazla gebeliği olan 506 kadının önceki gebeliklerinin %10.47'sinde ölü doğum, %5.14'ünde 0-7 günlük bebek ölümü, %4.15'inde DDA'lı bebek doğumu, %6.13'ünde annede gebelik ile ilgili hastalık, %3.95'inde sezeryan öyküsü olduğu bulunmuştur.

Gebelerin son doğumları ile şimdiki gebelikleri arasındaki geçen sürenin gebenin bazı özelliklerine göre dağılımı tablo 10'da verilmiştir. Gebelik aralığı iki yıldan az olanlar %39.33 dür. Genç (<19 yaş) annelerde ($p<0.001$), gebelik sayısı az (2-3) olanlarda ($p<0.01$) ve yaşayan çocuk sayısı az (0-1) olanlarda ($p<0.001$) kısa gebelik aralığı daha sık görülmektedir. Ortaokul ve üzeri eğitilmiş gebelerde ve eşi kadrolu bir işte çalışan gebelerde kısa gebelik aralığı görülme sıklığı daha az olmakla beraber istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 10 : Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Gebelik Aralıklarının Dağılımı

Temel Özellik	< 24 ay		Gebelik Aralığı ≥ 24 ay		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Yas						
15-19	13	61.90	8	38.10	21	4.15
20-24	80	49.69	81	50.31	161	31.82
25-29	47	35.61	85	64.39	132	26.09
30-34	35	33.98	68	66.02	103	20.35
35 +	24	26.97	65	73.03	89	17.59
(df:4 X^2 :19.430 p<0.001)						
Eğitim						
OYD	118	38.56	188	61.44	306	60.47
OY	24	39.34	37	60.66	61	12.06
İlk. Ok.	49	43.75	63	56.25	112	22.13
Ort.Ok. +	8	29.63	19	70.37	27	5.34
(df:3 X^2 :2.057 p>0.05)						
Meslek						
İşsiz,g. işçi	73	46.20	85	53.80	158	31.23
Kadrolu	25	32.05	53	67.95	78	15.42
Esnaf	77	36.84	132	63.16	209	41.30
Çiftçi	23	40.35	34	59.65	57	11.26
Diğer	1	25.00	3	75.00	4	0.79
(df:3 X^2 :5.036 p>0.05)*						
Akrabalık						
Yok	104	38.38	167	61.62	271	53.56
1. derece	63	39.13	98	60.87	161	31.82
2. derece	32	43.24	42	56.76	74	14.62
(df:2 X^2 :0.581 p>0.05)						
Gebelik sayısı						
2-3	96	48.48	102	51.52	198	39.13
4-5	37	33.33	74	66.67	111	21.94
6-7	29	31.52	63	68.48	92	18.18
8 +	37	35.24	68	64.76	105	20.75
(df:3 X^2 :11.715 p<0.01)						
Yaşayan C.S.						
0-1	90	52.63	81	47.37	171	33.79
2-3	49	34.03	95	65.97	144	28.46
4-5	36	30.25	83	69.75	119	23.52
6 +	24	33.33	48	66.67	72	14.23
(df:3 X^2 :19.571 p<0.001)						
TOPLAM	199	39.33	307	60.67	506	100.00

*Diğer grubu işsiz grubuyla birleştirildi.

4.2. Şimdiki Gebelik Öyküsü ve Fizik Muayenesinden Saptanan Risk Faktörleri

Şimdiki gebelik öyküsünden saptanan bazı risk faktörlerinin dağılımı tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11 : Şimdiki Gebelik Öyküsünden Saptanan Bazı Risk Faktörlerinin Dağılımı

<i>Risk Faktörü</i>	Sayı	%
Sistemik hastalık öyküsü	37	4.84
Sigara içme		
içmiyor	611	79.97
günlük içici	70	9.16
ağır içici	11	1.44
arasıra içici	15	1.96
bırakmış	57	7.46
Gebelik süresi		
< 37 hafta	68	8.90
37-42 hafta	672	87.96
> 42 hafta	24	3.14
İlaç kullanma		
kullanmamış	456	59.69
demir, vitamin	268	35.08
diğer	40	5.24
Gebelikte hastalık öyküsü	111	14.53

Gebelerin %4.84'ünün sistemik hastalığı olduğu, %79.97'sinin sigara içmediği, %8.90'ının gebelik süresinin 37 hafta altında olduğu, %35.08'inin vitamin ve/veya demir ilacı aldığı, %5.24'ünün bunların dışında ilaç kullandığı, %14.53'ünün gebeliği süresince hastalandığı saptandı.

Tablo 12'de şimdiki gebeliklerinin istemli olup olmama durumu verilmiştir. Tabloda görüldüğü gibi kadınların %38.22'sinin bu gebeliğinin istemeden/planlamadan olduğu saptanmıştır. Gebeliğin istemsiz olması durumu anne yaşı ilerledikçe ($p<0.001$), anne eğitimi azaldıkça ($p<0.001$), eş mesleği çiftçi olduğunda ($p<0.001$), akraba evliliği yapanlarda ($p<0.01$), gebelik sayısı arttıkça ($p<0.001$), ve yaşayan çocuk sayısı arttıkça ($p<0.001$) yükselmektedir. 35 yaştan büyük kadınların %88.89'unun, okuryazar olmayan kadınların %49.16'sinin, eşi çiftçi olanların %60.56'sini, eşiyle ikinci derece akrabalığı olanların %49.50'sinin, 4 ve üzeri gebeliği olanların %73.70'inin, 6 ve daha fazla yaşayan çocuğu olanların %94.44'ünün bu gebelikleri istemsizdir.

Tablo 12 : Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Şimdiki Gebeliğinin İstemli Olup Olmama Durumu (Doğumların planlanması)

Temel Özellik	İsteyerek		İstemedenden		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne yaşı						
< 20	102	91.07	10	8.93	112	14.66
20-24	226	79.02	60	20.98	286	37.43
25-29	96	58.54	68	41.46	164	21.47
30-34	38	33.93	74	66.07	112	14.66
35 +	10	11.11	80	88.89	90	11.78
(df:4 χ^2 :212.081 p<0.001)						
Eğitim durumu						
OYD	212	50.84	205	49.16	417	54.58
OY	55	63.22	32	36.78	87	11.39
İLK OK.	149	75.63	48	24.37	197	25.79
O.O.	20	83.33	4	16.67	24	3.14
LİSE +	36	92.31	3	7.69	39	5.10
(df:3 χ^2 :56.837 p<0.001)*						
Eş mesleği						
İşsiz, g.iş.	155	58.71	109	41.29	264	34.56
Kadrolu	84	72.41	32	27.59	116	15.18
Esnaf	198	64.92	107	35.08	305	39.92
Çitçi	28	39.44	43	60.56	71	9.29
Diğer	7	87.50	1	12.50	8	1.05
(df:3 χ^2 :22.407 p<0.001)**						
Akrabalık						
Yok	287	67.06	141	32.94	428	56.02
1. der.	134	57.02	101	42.98	235	30.76
2. der.	51	50.50	50	49.50	101	13.22
(df:2 χ^2 :12.747 p<0.01)						
Gebelik sayısı						
1.	250	96.90	8	3.10	258	33.77
2.	85	76.58	26	23.42	111	14.53
3.	56	64.37	31	35.63	87	11.39
4. +	81	26.30	227	73.70	308	40.31
(df:3 χ^2 :309.517 p<0.001)						
Yaşayan ç.s.						
0-1	379	88.34	50	11.66	429	56.15
2-3	66	45.83	78	54.17	144	18.85
4-5	23	19.33	96	80.67	119	15.58
6 +	4	5.56	68	94.44	72	9.42
(df:3 χ^2 :330.942 p<0.001)						
TOPLAM	472	61.78	292	38.22	764	100.00

* 3. ve 4. satırlar birleştirildi. ** 1. ve 5. satırlar birleştirildi.

Gebelerin şimdiki gebeliklerinde DÖB alıp almama durumu gebenin eğitim, eş mesleği, geldiği yer, eşiyile akrabalık durumu, sosyal güvence, gebeliğin istem durumu ve gebelik sayısına göre tablo 13'de verilmiştir.

Tablo 13 : Gebelerin Temel Özelliklerine Göre DÖB Alma Durumunun Dağılımı

Temel Özellik	DÖB								Toplam	
	0		1-2		3-4		5 +		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>										
< 20	44	39.28	41	36.61	20	17.86	7	6.25	112	14.66
20-34	229	40.75	151	26.87	129	22.95	53	9.43	562	73.56
35 +	53	58.89	17	18.89	16	17.78	4	4.44	90	11.78
										(df:4 X^2 :16.427 p<0.01)*
<u>Eğitim</u>										
OYD	236	56.59	96	23.02	70	16.79	15	3.60	417	54.58
OY	35	40.23	26	29.88	22	25.29	4	4.60	87	11.39
İlk.OK.	52	26.40	71	36.04	53	26.90	21	10.66	197	25.78
O.O. +	3	4.76	16	25.40	20	31.75	24	38.09	63	8.25
										(df:4 X^2 :87.285 p<0.001)**
<u>Eş mesleği</u>										
İşsiz, g.										
işçi	137	51.89	68	25.76	42	15.91	17	6.44	264	34.56
Kadrolu	19	16.38	27	23.28	45	38.79	25	21.55	116	15.18
Esnaf	112	36.72	101	33.11	71	23.28	21	6.89	305	39.92
Çiftçi	54	76.06	11	15.49	5	7.04	1	1.41	71	9.29
Diğer	4	50.00	2	25.00	2	25.00	0	0.00	8	1.05
										(df:6 X^2 :105.385 p<0.001)***
<u>Geldiği yer</u>										
DB Mr.	177	36.12	150	30.61	118	24.08	45	9.19	490	64.14
DB İlçe	119	57.77	46	22.33	30	14.56	11	5.34	206	26.96
K. İl	30	44.12	13	19.12	17	25.00	8	11.76	68	8.90
										(df:6 X^2 :31.513 p<0.001)
<u>Akrabalık</u>										
Yok	169	39.49	111	25.93	101	23.60	47	10.98	428	56.02
1. der.	111	47.23	70	29.79	46	19.58	8	3.40	235	30.76
2. der.	46	45.54	28	27.73	18	17.82	9	8.91	101	13.22
										(df:6 X^2 :15.530 p<0.05)
<u>Sosyal güvence</u>										
Yok	291	48.50	172	28.67	106	17.67	31	5.16	600	78.53
E.San	26	18.57	31	22.14	51	36.43	32	22.86	140	18.33
Bağ K										
Y.Kart	9	37.50	6	25.00	8	33.33	1	4.17	24	3.14
										(df:4 X^2 :76.590 p<0.001)*
<u>Gebeliğin istem durumu</u>										
İstemli	172	36.44	135	28.60	112	23.73	53	11.23	472	61.78
İstemsiz	154	52.74	74	25.34	53	18.15	11	3.77	292	38.22
										(df:3 X^2 :26.521 p<0.001)
<u>Gebelik sayısı</u>										
1	98	37.98	81	31.40	51	19.77	28	10.85	258	33.77
2-3	56	28.28	64	32.32	55	27.78	23	11.62	198	25.92
4-5	60	54.06	23	20.72	25	22.52	3	2.70	111	14.53
6 +	112	56.85	41	20.81	34	17.26	10	5.08	197	25.78
TOPL.	326	42.67	209	27.36	165	21.59	64	8.38	764	100.00
										(df:6 X^2 :49.565 p<0.001)*

*3. ve 4. sütunlar birleştirildi. ** 3. ve 4. satır ile 3. ve 4. sütunlar birleştirildi.
*** 1. ve 5. satır ile 3. ve 4. sütunlar birleştirildi.

Gebelerin %42.6'sı hiç DÖB almadığını, %27.36'sı 1-2 kez, %21.59'u 3-4 kez ve %8.38'i 5-6 kez DÖB aldığını belirtmişlerdir. 35 yaş üzeri olanların (p<0.01), 4 ve daha fazla gebeliği olanların (p<0.001), eğitim düzeyi ilkökul ve altında olanların

($p<0.001$), eş mesleği çiftçi olanların ($p<0.001$), Diyarbakır ilçelerinde oturanların ($p<0.001$), akraba evliliği yapanların ($p<0.05$), sosyal güvencesi olmayanların ($p<0.001$), istemeyerek gebe kalanların ($p<0.001$), üçden fazla gebeliği olanların ($p<0.001$) DÖB hizmetlerinden daha az yararlandıkları anlaşılmaktadır.

Tablo 14 : Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Tetanoz Aşısı Durumunun Dağılımı

Temel Özellik	aşısız		Aşısı durumu eksik aşı		tam aşı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne yaşı								
< 20	90	80.36	7	6.25	15	13.39	112	14.66
20-34	480	85.41	23	4.09	59	10.50	562	73.56
35 +	88	97.78	1	1.11	1	1.11	90	11.78
								(df:4 χ^2 :13.812 $p<0.001$)
Eğitim								
OYD	383	91.85	11	2.64	23	5.52	417	54.58
OY	79	91.02	3	3.45	5	5.75	87	11.39
İlk Ok.	151	76.65	13	6.60	33	16.75	197	25.78
Or.Ok. +	45	71.43	4	6.35	14	22.22	63	8.25
								(df:6 χ^2 :40.395 $p<0.001$)*
Eş mesleği								
İşsiz, g. işçi	234	88.64	9	3.41	21	7.95	264	34.56
Kadrolu	99	85.34	3	2.59	14	12.07	116	15.18
Esnaf	250	81.97	18	5.90	37	12.13	305	39.92
Çiftçi	70	98.59	0	0.00	1	1.41	71	9.29
Diğer	5	62.50	1	12.50	2	25.00	8	1.05
								(df:6 χ^2 :16.432 $p<0.05$)**
Geldiği yer								
DB Mrk.	408	83.27	23	4.69	59	12.04	490	64.14
DB İlçe	189	91.75	5	2.43	12	5.82	206	26.96
Komşu il	61	89.71	3	4.41	4	5.88	68	8.90
								(df:4 χ^2 :10.067 $p<0.05$)
Akrabalık								
Yok	355	82.94	19	4.44	54	12.62	428	56.02
1. derece	210	89.36	9	3.83	16	6.81	235	30.76
2. derece	93	92.08	3	2.97	5	4.95	101	13.22
								(df:4 χ^2 :9.703 $p<0.05$)
Gebeliğin istem durumu								
İstemli	386	81.78	26	5.51	60	12.71	472	61.78
İstemsiz	272	93.15	5	1.71	15	5.14	292	38.22
								(df:2 χ^2 :19.659 $p<0.001$)
Gebelik sayısı								
1	209	81.01	17	6.59	32	12.40	258	33.77
2-3	164	82.83	9	4.54	25	12.63	198	25.92
4-5	106	95.50	1	0.90	4	3.60	111	14.53
6 +	179	90.86	4	2.03	14	7.11	197	25.78
								(df:2 χ^2 :9.205 $p<0.05$ ***)
DÖB								
0	326	100.00	0	0.00	0	0.00	326	42.67
1-2	165	78.95	16	7.66	28	13.40	209	27.36
3-4	123	74.55	11	16.92	31	18.79	165	21.60
5-6	44	68.75	4	6.25	16	25.00	64	8.37
								(df:2 χ^2 :49.815 $p<0.001$)*
TOPLAM	658	86.12	31	4.06	75	9.82	764	100.00

* 2. ve 3. satırlar, 1. ve 2. sütunlar birleştirildi. ** 1. ve 5. satırlar birleştirildi. *** 3. ve 4. satırlar birleştirildi.

Tablo 14'de gebelerin tetanoza karşı bağışıklanma durumu verilmiştir. Gebelerin %86.12'sinin hiç aşılanmadığı, sadece %9.82'sinin tam aşı olduğu anlaşılmıştır. Gebe yaşının aşılanma durumunu etkilemediği ($p>0.05$), ilkökul ve üzeri eğitimlilerde ($p<0.001$), eşi esnaf ve kadrolu işte çalışanlarda ($p<0.05$), D.Bakır merkezde oturanlarda ($p<0.01$), akraba evliliği yapmamış olanlarda ($p<0.05$), isteyerek hamile kalanlarda ($p<0.001$), gebelik sayısı 4'ün altında olan ($p<0.01$) ve 3 ve daha fazla DÖB alan gebelerde ($p<0.001$) aşılanmanın daha yüksek olduğu saptanmıştır. Doğum için hastaneye gelmeden önce herhangi bir sağlık personelinin DÖB almış 438 gebenin sadece 75'inin (%17.12) tam aşı olduğu belirlenmiştir.

Üniversal risk faktörleri olan anne yaşının çok genç (< 18 yaş) ve yaşlı (> 34 yaş), kısa doğum aralığı (< 24 ay) ve yüksek doğum sırasına (> 4 gebelik) göre, önlenbilir doğurganlık davranışı olmayan ilk gebelikler hariç, gebelerin değerlendirilmesi tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15 : Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı

	Sayı	%
Hiç bir risk kategorisinde değil :	136	26.88
Tek risk kategorileri	223	44.07
yaş < 18	0	0.00
yaş > 34	3	0.59
doğum aralığı < 24 ay	114	22.53
doğum sırası > 4	106	20.95
Çoklu risk kategorileri	147	29.05
yaş < 18 + doğ. aralığı < 24 ay	3	0.59
yaş > 34 + doğ. aralığı < 24 ay	3	0.59
yaş > 34 + doğum sırası >4	62	12.25
doğ. aralığı < 24 ay + doğ. sırası > 4	58	11.46
yaş > 34 + doğ sırası > 4 + doğ. aralığı < 24 ay	21	4.15
Herhangi bir risk kategorisinde olan :	370	73.12
Toplam	506	100.00

Gebelerin % 73.12'sinde belirtilen risk faktörlerinin en az biri vardır. %44.07'inde tek risk faktörü, %29.05'inde birden çok risk faktörü bir arada bulunmuştur. Doğum aralığı 24 aydan kısa olanlar %22.53 ve gebelik sayısı 4'den fazla olanlar %20.95 olup, en sık saptanan tek risk faktörleridir. İleri yaşta 5 ve daha fazla gebeliği olanlar %12.25 ve kısa doğum aralıklı 5'den fazla gebeliği olanlar %11.46 olup en sık çoklu risk grupları olarak belirlenmiştir.

Araştırmaya alınan tüm gebeler göz önüne alındığında ; 36 gebenin (%7.11) yaşı 18'in altında, 90 gebenin (%17.78) yaşı 35 ve üzerinde, birden fazla gebeliği olan 506 gebe göz önüne alındığında ;199 gebenin (%39.32) son gebelik aralığı 24 aydan kısa, 247 gebenin (48.81) grand multipar olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda saptanan preeklampsi olgularının gebenin bazı özelliklerine göre dağılımı tablo 16'da gösterilmiştir.

Tablo 16 : Annelerin Temel Özellikleri ve Risk Faktörlerine Göre Preeklampsi Durumunun Dağılımı

Temel Özellik	Preeklampsi				Toplam	
	Sayı	var %	Sayı	yok %	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>						
15-19	2	1.79	110	98.21	112	14.66
20-24	16	5.59	270	94.41	286	37.43
25-29	7	4.27	157	95.73	164	21.47
30-34	3	2.68	109	97.32	112	14.66
35 +	8	8.89	82	91.11	90	11.78
(df:2 X^2 :0.346 $p>0.05$)*						
<u>Eğitim</u>						
OYD	20	4.80	397	95.20	417	54.58
OY	4	4.60	83	95.40	87	11.39
İlk Ok.	9	4.57	188	95.43	197	25.78
Orta Ok. +	3	4.76	60	95.24	63	8.25
(df:3 X^2 :0.018 $p>0.05$)						
<u>Eş mesleği</u>						
İşsiz,g.işçi	17	6.44	247	93.56	264	34.56
Kadrolu	3	2.59	113	97.41	116	15.18
Esnaf	9	2.95	296	97.05	305	39.92
Çiftçi	6	8.45	65	91.55	71	9.29
Diğer	1	12.50	7	87.50	8	1.05
(df:3 X^2 :7.685 $p>0.05$ ****)						
<u>Akrabalık</u>						
Yok	18	4.21	410	95.79	428	56.02
1. derece	10	4.26	225	95.74	235	30.76
2. derece	8	7.92	93	92.08	101	13.22
(df:2 X^2 :2.670 $p>0.05$)						
<u>Gebelik sayısı</u>						
1	16	6.20	242	93.80	258	33.77
2-3	5	2.53	193	97.47	198	25.92
4-5	4	3.60	107	96.40	111	14.53
6 +	11	5.58	186	94.42	197	25.78
(df:1 X^2 :1.925 $p>0.05$ **)						
<u>Gebelik süresi</u>						
< 37 haf.	7	10.29	61	89.71	68	8.90
37-42 haf.	24	3.57	648	96.43	672	87.96
42 haf. +	5	20.83	19	79.17	24	3.14
(df:2 X^2 :20.558 $p<0.001$)						
<u>DÖB</u>						
0	13	3.99	313	96.01	326	42.67
1-2	12	5.74	197	94.26	209	27.36
3-4	8	4.85	157	95.15	165	21.60
5-6	3	4.69	61	95.31	64	8.37
(df:2 X^2 :0.879 $p>0.05$ ***)						
<u>Sistemik hastalık</u>						
Yok	31	4.26	696	95.74	727	95.16
Var	5	13.51	32	86.49	37	4.84
(df:1 X^2 :6.708 $p<0.01$)						
TOPLAM	36	4.71	728	95.29	764	100.00

* 1. ve 2., 4. ve 5. satırlar birleştirildi. ** 2., 3., 4. satırlar birleştirildi.

*** 3. ve 4. satırlar birleştirildi.

****1.ve 5. satırlar birleştirildi

Çalışmamızda tüm gebelerin %4.71'inde preeklampsi saptanmıştır. Preeklampsi daha çok gebelik süresi 42 hafta üzerinde olanlarda (%20.83) ve 37 hafta altında olanlarda (%10.29) ($p<0.001$) ve sistemik hastalığı olanlarda (%13.51), ($p<0.01$) saptanmıştır. Eğitim, DÖB alma durumu ve akrabalık ile preeklampsi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0.05$). 35 yaş ve üzerinde, ilk gebeliği ve 5'den fazla gebeliği olan, eşi çiftçi ve işsiz olan gebelerde daha sık gözlenmesine karşın anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 17'de gebelerde tespit edilen anemi durumunun gebenin bazı özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 17 : Gebelerin Temel Özelliklerine Göre Anemi Durumunun Dağılımı

Temel Özellik	Anemi durumu				Toplam	
	var (hct<33)		yok(hct≥33)		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>						
15-19	26	23.21	86	76.79	112	14.66
20-24	86	30.07	200	69.93	286	37.43
25-29	68	41.46	96	58.54	164	21.47
30-34	64	57.14	48	42.86	112	14.66
35 +	61	67.78	29	32.22	90	11.78
						(df:4 X^2 :57.761 $p<0.001$)
<u>Anne eğitimi</u>						
OYD	212	50.84	205	49.16	417	54.58
OY	32	36.78	55	63.22	87	11.39
İlk Ok.	53	26.90	144	73.10	197	25.78
Or. Ok. +	8	12.70	55	87.30	63	8.25
						(df:3 X^2 :54.468 $p<0.001$)
<u>Eş mesleği</u>						
İşsiz, g. işçi	108	40.91	156	59.09	264	34.56
Kadrolu	31	26.72	85	73.28	116	15.18
Esnaf	123	40.33	182	59.67	305	39.92
Çiftçi	40	56.34	31	43.66	71	9.29
Diğer	3	37.50	5	62.50	8	1.05
						(df:3 X^2 :16.512 $p<0.001$)
<u>Gebelik sayısı</u>						
1	48	18.60	210	81.40	258	33.77
2	27	24.32	84	75.68	111	14.53
3	31	35.63	56	64.37	87	11.39
4	32	52.46	29	47.54	61	7.98
5 +	167	67.61	80	32.39	247	32.33
						(df:4 X^2 :143.766 $p<0.001$)
<u>DÖB</u>						
0	172	52.76	154	47.24	326	42.67
1-2	61	29.19	148	70.81	209	27.36
3-4	59	35.76	106	64.24	165	21.60
5-6	13	20.31	51	79.69	64	8.37
						(df:3 X^2 :43.901 $p<0.001$)
<u>Gebelikte ilaç kullanma</u>						
Yok	209	45.83	247	54.17	456	59.68
Demir, vit.	77	26.92	191	71.27	268	35.08
Diğer	19	47.50	21	52.50	40	5.24
						(df:2 X^2 :21.595 $p<0.001$)
TOPLAM	305	39.92	459	60.08	764	100.00

Gebelerin %39.92'sinin anemik olduğu saptanmıştır. Yaşı 35 ve üzerinde olanların %67.78'inde, okuryazar olmayanların %50.84'ünde, eşinin mesleği çiftçi olanların %56'sında, 5 ve daha fazla gebeliği olanların %67.61'inde, DÖB hizmetinden yararlanamayanların %52.76'sında olmak üzere gebelerde aneminin daha sık olduğu bulunmuştur (p<0.001).

Gebelik sayısı ile Hct arasında $r = -0.46$ gibi korelasyon bulunmuştur (t=14.310, p<0.01). Gebelik sayısı artıkça Hct düzeyi azalmaktadır.

4.3. Risk Faktörlerinin Doğumlara ve Yenidoğana Etkileri

4.3.1. Risk Faktörlerinin Doğumlara Etkisi

Tablo 18 : Bazı Risk Faktörlerine Göre Doğumların Oluş Biçiminin Dağılımı

Risk Faktörü	N.Spontan		Doğum biçimi		İndüksiyon		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>								
15-19	97	86.61	4	3.57	11	9.82	112	14.66
20-24	218	76.22	26	9.09	42	14.69	286	37.43
25-29	123	75.00	16	9.76	25	15.24	164	21.47
30-34	82	73.21	14	12.50	16	14.29	112	14.66
35 +	57	63.33	14	15.56	19	21.11	90	11.78
(df:8 χ^2 :16.587 p<0.05)								
<u>Gebelik sayısı</u>								
1.	205	79.46	18	6.98	35	13.56	258	33.77
2.-4.	206	79.54	22	8.49	31	11.97	259	33.90
5. +	166	67.21	34	13.76	47	19.03	247	32.33
(df:4 χ^2 :14.576 p<0.01)								
<u>Gebelik süresi</u>								
< 37 haf.	34	50.00	8	11.76	26	38.24	68	8.90
37-42 haf.	527	78.42	63	9.38	82	12.20	672	87.96
> 42 haf.	16	66.67	3	12.50	5	20.83	24	3.14
(df:2 χ^2 :28.038 p<0.001)*								
<u>DÖB</u>								
yok	245	75.15	35	10.74	46	14.11	326	42.67
1-2	164	78.47	12	5.74	33	15.79	209	27.35
3-4	124	75.15	20	12.12	21	12.73	165	21.60
5-6	44	68.75	7	10.94	13	20.31	64	8.38
(df:6 χ^2 :7.517 p>0.05)								
<u>Gebenin boyu</u>								
< 150 cm	24	57.14	11	26.19	7	16.67	42	5.50
≥ 150 cm	553	76.59	63	8.73	106	14.68	722	94.50
(df:2 χ^2 :14.593 p<0.001)								
TOPLAM	577	75.52	74	9.69	113	14.79	764	100.00

* 2. ve 3. sütunlar birleştirildi.

Gerçekleşen doğumların oluş biçiminin annenin özelliklerine göre dağılımı tablo 18'de verilmiştir. 577 doğum (%75.52) normal spontan, 74 doğum (%9.69) sezeryan, 113 doğum (%14.79) ise indüksiyonla gerçekleşmiştir. Sezeryan doğumların yaş ilerledikçe (p<0.05), gebelik sayısı artıkça (p<0.01) ve gebenin

boyu <150 cm. olduğunda arttığı (p<0.001) saptanmıştır. Prematüre doğumlarda sezeryan+indüksiyon doğumlar belirgin şekilde fazla gerçekleşmiştir (p<0.001). DÖB alma ile doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0.05).

Çalışmamızda 10 gebede aşırı kanama, 6 gebede erken membran rüptürü (EMR), 7 gebede kordon sarkması, 3 gebede eklampsi, 1 gebede plasenta retansiyonu ve 11 gebede diğer nedenler olmak üzere gebelerin %4.97'sinde doğum komplikasyonları saptanmıştır. Tablo 19'da bu komplikasyonların bazı anne özelliklerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 19: Bazı Risk Faktörlerine Göre Doğum Komplikasyonlarının Dağılımı

Risk Faktörü	Doğum komplikasyonu				Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne yaşı						
15-19	107	95.54	5	4.46	112	14.66
20-24	276	96.50	10	3.50	286	37.43
25-29	156	95.12	8	4.88	164	21.47
30-34	106	94.64	6	5.36	112	14.66
35 +	81	90.00	9	10.00	90	11.78
(df:4 χ^2 :6.231 p>0.05)						
Gebelik sayısı						
1	247	95.74	11	4.26	258	33.77
2-4	251	96.91	8	3.09	259	33.90
5 +	228	92.31	19	7.69	247	32.33
(df:2 χ^2 :6.085 p<0.05)						
DÖB						
0	304	93.25	22	6.75	326	42.67
1-2	201	96.17	8	3.83	209	27.36
3-4	161	97.58	4	2.42	165	21.60
5-6	60	93.75	4	6.25	64	8.37
(df:2 χ^2 :2.082 p>0.05)*						
Anne boyu						
> 150 cm.	685	94.88	37	5.12	722	94.50
≤ 150 cm.	41	97.62	1	2.38	42	5.50
(df:1 χ^2 :0.632 p>0.05)						
Gebelik süresi						
< 37 hafta	59	86.76	9	13.24	68	8.90
37-42 hafta	645	95.98	27	4.02	672	87.96
>42 h.	22	91.67	2	8.33	24	3.14
(df:2 χ^2 :28.038 p<0.001)*						
TOPLAM	726	95.03	38	4.97	764	100.00

* 3.,4. satırlar birleştirildi.

Doğum komplikasyonlarının dağılımının annenin yaşı, DÖB alma durumu ve boyuna göre farklılık göstermediği (p>0.05), 5. ve daha fazla gebeliği olan gebelerde (p<0.05) ve prematüre doğumlarda ise daha sık ortaya çıktığı (p<0.01) bulunmuştur.

4.3.2. Risk Faktörlerinin Yenidoğana Etkileri

Risk faktörlerine göre prematüre doğumların dağılımı tablo 20'de verilmiştir. Araştırma örneğimizde toplam 65 yenidoğanda (%8.63) (ikiz doğumlar dahil edilmemiştir) prematürelilik saptanmıştır. Prematüre olgularının anne yaşı, akrabalık durumu, gebelik sayısı, DÖB alma ve sistemik hastalık durumuna göre dağılımında farklılık bulunmamıştır ($p>0.05$). Gebeliğinde hastalık geçirenlerde ise daha yaygındır ($p<0.001$).

Tablo 20 : Risk Faktörlerine Göre Prematüre Doğumların Dağılımı

Risk Faktörü	Prematürelilik				toplam	
	var sayı	%	yok sayı	%	sayı	%
<u>Anne yaşı</u>						
15-19	9	8.11	102	91.89	111	14.74
20-24	21	7.42	262	92.58	283	37.58
25-29	16	9.94	145	90.06	161	21.38
30-34	12	10.81	99	89.19	111	14.74
35 +	7	8.05	80	91.95	87	11.56
(df:4 X^2 :1.619 $p>0.05$)						
<u>Akrabalık</u>						
Yok	28	6.64	394	93.36	422	56.04
1. derece	27	11.69	204	88.31	231	30.68
2. derece	10	10.00	90	90.00	100	13.28
(df:2 X^2 :5.107 $p>0.05$)						
<u>DÖB</u>						
0	32	10.03	287	89.97	319	42.36
1 - 2	17	8.25	189	91.75	206	27.36
3 - 4	11	6.71	153	93.29	164	21.78
5 - 6	5	7.81	59	92.19	64	8.50
(df:3 X^2 :1.654 $p>0.05$)						
<u>Gebelik sayısı</u>						
1	27	10.59	228	89.41	255	33.86
2 - 4	15	5.84	242	94.16	257	34.13
5 +	23	9.54	218	90.46	241	32.01
(df:2 X^2 :4.038 $p>0.05$)						
<u>Gebelikte hast.</u>						
geçirmedi	44	6.81	602	93.19	646	85.79
geçirdi	21	19.63	86	80.37	107	14.21
(df:1 X^2 :19.114 $p<0.001$)						
<u>Sistemik hast.</u>						
Yok	60	8.38	656	91.62	716	95.09
Var	5	13.51	32	86.49	37	4.91
(df:1 X^2 :1.176 $p>0.05$)						
TOPLAM	65	8.63	688	91.37	753	100.00

*1. ve 5. satırlar birleştirildi.

İstenmeyen gebelik sonuçlarından olan ölü doğumlar çeşitli risk faktörlerine göre tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21 : Risk Faktörlerine Göre Ölü Doğumların Dağılımı

Risk Faktörü	Var		Ölü doğum Yok		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>						
15-19	5	4.50	106	95.50	111	14.74
20-24	18	6.36	265	93.67	283	37.58
25-29	11	6.83	150	93.17	161	21.38
30-34	8	7.21	103	92.79	111	14.74
35 +	16	18.39	71	81.61	87	11.56
<i>(df:4 X²:16.504 p<0.01)</i>						
<u>Eğitim</u>						
OYD +OY	48	9.64	450	90.36	498	66.14
İlk Ok.ve üzeri	10	3.92	245	96.08	255	33.86
<i>(df:1 X²:7.753 p<0.01)</i>						
<u>Gebelik sayısı</u>						
1	12	4.69	244	95.31	256	34.00
2 - 4	17	6.61	240	93.39	257	34.13
5 +	29	12.08	211	87.92	240	31.87
<i>(df:2 X²:10.180 p<0.01)</i>						
<u>Akrabalık</u>						
Yok	24	5.61	398	94.39	422	56.04
1. derece	24	10.21	207	89.79	231	30.68
2. derece	10	10.00	90	90.00	100	13.28
<i>(df:1 X²:5.485 p<0.05)*</i>						
<u>DÖB</u>						
0	32	10.03	287	89.97	319	42.36
1-2	19	9.22	187	90.88	206	27.36
3-4	4	2.44	160	97.56	164	21.78
5-6	3	4.69	61	95.31	64	8.50
<i>(df:1 X²:9.871 p<0.01)*</i>						
<u>Gebeliğin istem durumu</u>						
İsteyerek	24	5.14	443	94.86	467	62.02
İstemedi	34	11.89	252	88.11	286	37.98
<i>(df:1 X²:11.364 p<0.001)</i>						
<u>Gebelik süresi</u>						
< 37 hafta	32	49.23	33	50.76	65	8.63
37-42 hafta	22	3.31	642	96.69	664	88.18
> 42 hafta	4	16.67	20	83.33	24	3.19
<i>(df:2 X²:178.387 p<0.001)</i>						
<u>Sistemik hast.</u>						
Yok	53	7.40	663	92.60	716	95.09
Var	5	13.51	32	86.49	37	4.91
<i>(df:1 X²:1.848 p>0.05)</i>						
<u>Gebelikte hast.</u>						
Geçirmedi	43	6.66	603	93.34	646	85.79
Geçirdi	15	14.02	92	85.98	107	14.21
<i>(df:1 X²:6.999 p<0.01)</i>						
TOPLAM	58	7.70	695	92.30	753	100.00
<u>Ölü doğum öyküsü</u>						
Yok	34	7.64	411	92.36	445	89.36
Var	12	22.64	41	77.35	53	10.64
<i>(df:1 X²:12.712 p<0.001)</i>						
TOPLAM	46	9.24	452	90.76	498	100.00

* 2.,3. satırlar birleştirildi.

Ölü doğum sıklığı %7.70 olarak saptanmıştır (ikiz doğumlar dahil edilmemiştir). Anne yaşı 35 ve üzeri olduğunda ($p<0.01$), anne eğitimi ilkökul altında olduğunda ($p<0.01$), 5. ve daha sonraki gebeliklerde ($p<0.01$), akraba evliliği olduğunda ($p<0.05$), 0-2 DÖB alındığında ($p<0.01$), gebelik istemli olmadığında ($p<0.001$), prematüre doğanlarda ($p<0.001$), anne gebeliği süresince hastalık geçirdiğinde ($p<0.01$) ve ölü doğum öyküsü olduğunda ($p<0.001$) ölü doğumların daha sık olduğu saptanmıştır. Annenin sistemik hastalığı olmasıyla ölü doğumlar arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 22 : Risk Faktörlerine Göre Yenidoğanın Asfiksi Durumunun Dağılımı

Risk faktörü	yok		Asfiksi durumu				Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Anne yaşı								
15-19	94	88.68	10	9.43	2	1.89	106	15.25
20-24	225	84.91	32	12.07	8	3.02	265	38.13
25-29	121	80.67	25	16.67	4	2.66	150	21.58
30-34	84	81.55	14	13.59	5	4.86	103	14.82
35 +	53	74.65	13	18.31	5	7.04	71	10.22
(df:4 X^2 :7.354 $p>0.05$)*								
Gebenin boyu								
> 150 cm	563	84.79	79	11.90	22	3.31	664	95.54
≤ 150 cm	14	45.16	15	48.39	2	6.45	31	4.56
(df:1 X^2 :32.996 $p<0.001$)*								
DÖB								
0	232	80.84	45	15.68	10	3.48	287	41.29
1-2	167	87.89	19	10.00	4	2.11	190	27.34
3-4	127	80.38	23	14.56	8	5.06	158	22.73
5-6	51	85.00	7	11.67	2	3.33	60	8.64
(df:3 X^2 :5.122 $p>0.05$)*								
Gebelik sayısı								
1	204	83.95	33	13.58	6	2.47	243	34.96
2-4	211	87.92	23	9.58	6	2.50	240	34.54
5 +	162	76.42	38	17.92	12	5.66	212	30.50
(df:2 X^2 :10.793 $p<0.01$)*								
Sistemik hastalık öyküsü								
Yok	552	83.26	90	13.57	21	3.17	663	95.40
Var	25	78.12	4	12.50	3	9.38	32	4.60
(df:1 X^2 :0.571 $p>0.05$)*								
Gebelik süresi								
< 37 haf.	12	36.36	14	42.43	7	21.21	33	4.75
37-42 haf.	559	87.07	69	10.75	14	2.18	642	92.37
> 42 haf.	6	30.00	11	55.00	3	15.00	20	2.88
(df:2 X^2 :98.126 $p<0.001$)*								
Gebelikte hast. geçirme								
geçirmedi	510	84.58	77	12.77	16	2.65	603	86.76
geçirdi	67	72.83	17	18.48	8	8.69	92	13.24
(df:1 X^2 :7.820 $p<0.01$)*								
Doğum şekli								
N.Spontan	470	86.72	63	11.62	9	1.66	542	77.99
Sezeryan	34	54.84	22	35.48	6	9.68	62	8.92
İndüksiyon	73	80.22	9	9.89	9	9.89	91	13.09
(df:2 X^2 :40.691 $p<0.001$)*								
TOPLAM	577	83.02	94	13.53	24	3.45	695	100.00

* 2.,3. sütunlar birleştirildi.

Toplam 695 ikiz olmayan canlı doğumda yapılan asfiksi değerlendirmesi sonuçlarının bazı risk faktörlerine göre dağılımı tablo 22'de verilmiştir. Canlı doğan bebeklerin %13.53'ünde hafif, %3.45'inde ağır olmak üzere toplam %16.98'inde (118 bebek) asfiksi saptanmıştır. Asfiksi durumunun annenin yaşı, sistemik hastalığı ve DÖB ile ilişkili olmadığı ($p>0.05$); 5. ve üzeri gebeliği olan annelerin bebeklerinde ($p<0.01$), prematür ve sürmatür bebeklerde ($p<0.001$), gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinde ($p<0.01$), boyu <150 cm. olan annelerin bebeklerinde ($p<0.001$), sezeryan ile doğan bebeklerde ($p<0.001$) daha sık olduğu saptanmıştır.

Tablo 23: Risk Faktörlerine Göre DDA'lı Doğumların Dağılımı

Risk faktörü	DDA				Toplam	
	Var (<2500gr.) Sayı	%	Yok (\geq 2500gr.) Sayı	%	Sayı	%
<u>Anne yaşı</u>						
< 20	8	7.55	98	92.45	106	15.25
20-34	16	3.10	502	98.82	518	74.53
> 34	1	1.41	70	98.59	71	10.22
(df.2,X ² :490.758,p<0.001)						
<u>Eğitim</u>						
OYD+OY	18	4.00	432	96.00	450	64.75
İlk Ok. +	7	2.86	238	97.14	245	35.25
(df.1,X ² :0.592,p>0.05)						
<u>Gebelik sayısı</u>						
1	14	5.76	229	94.24	243	34.97
2 - 4	4	1.67	236	98.33	240	34.53
5 +	7	3.30	205	96.70	212	30.50
(df.2,X ² :5.915,p>0.05)						
<u>DÖB</u>						
0	14	4.88	273	95.12	287	41.29
1-2	1	0.53	189	99.47	190	27.34
3-4	7	4.43	151	95.57	158	22.73
5 +	3	5.00	57	95.00	60	8.64
(df.1,X ² :2.313,p>0.05)**						
<u>Eş mesleği</u>						
İşsiz,g. işçi	8	3.43	225	96.57	233	33.53
Kadrolu	4	3.57	108	96.43	112	16.11
Esnaf	10	3.56	271	96.44	281	40.43
Çiftçi	3	4.92	58	95.08	61	8.78
Diğer	0	0.00	8	100.00	8	1.15
(df.3,X ² :0.362,p>0.05)*						
<u>Gebelik süresi</u>						
< 37 hafta	12	37.50	20	62.50	32	4.60
37-42 hafta	12	1.87	631	98.13	643	92.52
> 42 hafta	1	5.00	19	95.00	20	2.88
(df.1,X ² :110.825,p<0.001)***						
<u>Annede anemi</u>						
Var	9	3.44	253	96.56	262	37.70
Yok	16	3.70	417	96.30	433	62.30
(df.1,X ² :0.032,p>0.05)						
TOPLAM	25	3.60	670	96.40	695	100.00

* 1.,5. satırlar birleştirildi. ** 2.,3.,4 satırlar birleştirildi. *** 2.,3. satırlar birleştirildi.

İstenmeyen gebelik sonucu olan DDA'lı bebek doğumlarının çeşitli risk faktörleriyle ilişkisi tablo 23'de verilmiştir. İkiz olmayan 695 canlı doğumdan 25'inde (%3.60) DDA saptanmıştır. Genç annelerde (<20 yaş) DDA'lı bebek doğurma sıklığı daha fazla bulunmuştur (p<0.001). Prematüre doğumların önemli bir kısmının (%37.50) DDA'lı olduğu saptanmıştır (p<0.001). Diğer risk faktörleriyle DDA arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır, ancak ilköğretim altı eğitimlilerde ve ilk gebeliklerde diğer gruplardan daha sık gözlenmiştir (p>0.05).

Tablo 24 : Anne Özelliklerine Göre Ortalama Canlı Doğum Ağırlıklarının Dağılımı (n:695)

Özellik	n	Mean	S. D	
<u>Eğitim</u>				
OYD	371	3295.8	523.8	t:1.41,p>05
OY	79	3412.8	434.0	t:0.49,p>05
İlk. Ok.	183	3319.2	447.0	t:0.96,p>05
Or. Ok.	24	3392.9	476.0	t:0.03,p>05
LİSE +	38	3377.9	318.0	
<u>Gebenin boyu</u>				
≥ 150 cm.	659	3332.9	485.0	
< 150 cm.	36	3143.3	437.0	t:7.455,p<01
<u>Sigara içme</u>				
İçmiyor	548	3314.5	479.0	
Günlük içici	68	3368.5	568.7	t:0.75,p>05
Ağır içici	10	3008.0	432.9	t:2.21,p<05
Seyrek içici	15	3324.7	588.2	t:0.06,p>05
Bırakmış	54	3411.3	373.9	t:1.76,p>05
<u>DÖB</u>				
0	287	3297.3	527.1	
1-2	190	3317.8	383.2	
3-4	158	3377.0	517.0	
5 +	60	3321.7	466.8	t:1.54,p>05
<u>Gebelikte ilaç kullanma</u>				
Yok	409	3312.5	513.5	
Vit., Fe	254	3335.7	433.1	t:0.91,p>05
Diğer	32	3359.4	492.4	
<u>Eş Mesleği</u>				
İşsiz	115	3257.7	464.4	t:1.46,p>05
Geçici işçi	118	3272.2	397.8	t:1.32,p>05
K.işçi, memur	112	3347.8	463.8	
Esnaf	281	3354.4	497.0	t:0.12,p>05
Çiftçi	61	3382.6	640.2	t:0.32,p>05
Diğer	8	3116.3	197.2	
<u>Gebelik süresi</u>				
< 37 hafta	32	2538.1	653.9	t:7.00,p<01
37 - 42 hafta	643	3357.0	436.0	
> 42 hafta	20	3491.5	578.9	t:1.03,p>05
TOPLAM	695	3323.1	484.2	

Çalışmamız süresince canlı doğan 695 bebeğin (ikiz doğumlar hariç) ortalama doğum ağırlığı 3323.1±484.2 gr. (erkeklerde 3379.6±510.3, kızlarda 3260.3±445.8), ortalama boyu 49.899±1.742 cm. (erkeklerde 50.025±1.847,

kızlarda 49.760 ± 1.608) olarak bulunmuştur. Bebeklerin 25'sinin (%3.60) doğum ağırlığı < 2500 gr., 47'sinin (%6.76) doğum ağırlığı > 4000 gr. olarak bulunmuştur. Anne özelliklerine göre ort. canlı doğum ağırlıklarının dağılımı tablo 24'de verilmiştir. Ortalama canlı doğum ağırlığı; prematürelere miadında doğanlara göre ($p < 0.01$), ağır sigara içicilerde içmeyenlere göre ($p < 0.05$), boyu < 150 cm. olanlarda ≥ 150 cm. olanlara göre ($p < 0.01$) düşük bulunmuştur

Annenin Hct değeri ile doğum ağırlığı arasında korelasyon saptanmamıştır ($r = -0.007$, $t = 0.184$, $p > 0.05$). Gebelik sayısı ve anne yaşı ile canlı doğum ağırlığı arasında pozitif korelasyon belirlenmiştir ($r = 0.121$, $t = 3.208$, $p < 0.01$; $r = 0.154$, $t = 4.08$, $p < 0.01$).

5. TARTIŞMA

Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan gebelerde maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi arttırabilecek bazı risk faktörlerinin araştırıldığı bu çalışmada risk faktörlerinden gebelerde eğitim düzeyi düşüklüğü önemli bir bulgu olarak saptandı. Annenin eğitim düzeyinin anne ve bebek mortalite ve morbiditesindeki rolü bir çok yayında vurgulanmıştır (2,40). Çalışmamızda gebelerin % 54.58' i okuryazar değildi ve sadece %8.24'ü ilkökul üzeri eğitim almıştı. Okuryazar olmayanların oranı 30-34 yaş grubundan sonra %70'leri aşmaktaydı. 1993 TNSA'nda evli kadınlarda eğitimi olmayanlar %27.1 olarak bulunmuştur. Buna göre araştırma örneğimizde okuryazar olmama durumunun Türkiye ortalamasının iki katı olduğu görülmektedir. Aynı kaynakta Doğu Bölgesi için saptanan %55.8'lik okuryazar olmama oranı çalışmamızla benzerlik göstermektedir (34). Çalışmaya alınan gebelerde eğitimsizlik yaygın bir risk faktörüdür.

Gelişmekte olan ülkelerde erken yaşta evlenmenin yaygınlığı önemli bir sorundur. Erken yaşta evlenme erken yaşta gebelik riskini de beraberinde getirmekte, anne ve çocuk sağlığı tehlikeye girmektedir. Erken yaşta evlilik kadının doğurganlık dönemini uzattığından ülkelerin nüfus artış hızında etkili olmaktadır. Ayrıca sosyal ve psikolojik açıdan yeterli olgunluğa ulaşmadan anne olmanın yarattığı önemli sorunlar da vardır. Erken yaşta evlilik ve erken gebelik kadınların eğitimlerine devam etmelerini engellemektedir (90). Çalışmamızda ilk evlenme yaşı ortalama 17.983 ± 3.197 , ortanca ilk evlenme yaşı 18.0 olarak bulunmuştur. Ankara'nın bir gecekondu mahallesinde yapılan çalışmada ortalama ilk evlenme yaşı 17.62 ± 0.17 , ortanca ilk evlenme yaşı 17.0, Kayseri'de yapılan bir çalışmada 15-24 yaş grubu kadınlarda ortalama ilk evlenme yaşı 18.4 olarak bulunmuştur (90,91). 1993 TNSA'na göre Türkiye'de 25-49 yaş grubu kadınlarda ortanca ilk evlenme yaşı 19 olarak bildirilmiştir (34). Araştırma kapsamına giren kadınlar Türkiye ortalamasına göre bir yıl daha erken evlenmektedirler. Buna karşın Ankara'daki gecekondu mahallesindeki kadınların ilk evlenme yaşı ile benzerlik vardır. Gebelerin %73.30'unun 19 yaş altında evlendikleri saptanmıştır. Konya'da Doğum ve Çocuk Bakım Evi'nde yapılan bir çalışmada doğum yapan kadınların %31.9'unun 19 yaş altında evlendiği bulunmuştur (92). Evlilik yaşı bölgesel, etnik ve kültürel faktörlerden etkilenmektedir. Toplumda gençlerin erken yaşta evlenmelerinin

önlenmesi kültürel yapı değişikliğiyle sağlanabilir. Adölesan evliliklerin ve gebeliklerin önlenmesi, toplumun değer yargıları, eğitim ve sosyokültürel faktörlerin etkisiyle uzun zamanda sonuç alınabilecek bir aktivitedir. Yakın gelecekte adölesan evliliklerin önlenmesi pek olası olmadığından, adölesan gebeliklerin bir süre ertelenmesi , risk altında olan bu yaş grubunun sağlıklı bir gebelik, doğum ve doğum sonu dönem geçirmelerini ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmelerini sağlamak gerekmektedir (93). Çalışmamıza alınan kadınlarda erken yaşta evlenmelerin yaygın olduğu, eğitimin, eş mesleği ve akrabalık durumunun evlenme yaşını etkileyen faktörler olduğu ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda bir risk faktörü olarak akraba evlilikleri incelendiğinde ; kadınların %30.76'sının 1. derece, %13.22'sinin 2. derece olmak üzere toplam % 43.98'inin akraba evliliği yaptığı, komşu illerden gelenlerde Diyarbakır'dan gelenlere göre akraba evliliğinin daha yaygın olduğu, ilkokul üzeri eğitilmiş gebelerde akraba evliliğinin önemli ölçüde azaldığı, eşin sosyal güvence sağlayan meslekte çalışmasının akraba evliliklerini azaltan bir faktör olduğu saptanmıştır. Akraba evliliği sıklığı ilkokul üzeri eğitimlilerde %20.63, ilkokul ve daha az eğitimlilerde %46.08, komşu illerden gelenlerde %55.88, Diyarbakır merkez ve ilçelerinden gelenlerde %42.81 bulunmuştur. 1988 TNSA sonuçlarına göre Türkiye'de akraba evliliği sıklığı %21.1, Doğu Anadolu'da %30.8, okuryazar olmayanlarda %34.1 olarak saptanmıştır (68). Buna göre örneğimizde akraba evliliğinin Türkiye ortalamalarının çok üzerinde olduğu ve özellikle ilkokul altı eğitimlilerde önemli bir sorun olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda grandmultiparite sıklığı %32.33 (birden fazla gebeliği olanlarda %48.81) olarak bulunmuştur. 25-29 yaş grubunda %37.20 olan bu sıklık 30-34 yaş grubunda %74.11, 35 ve üzeri yaş grubunda ise %92.22 dir. Doğurganlık çağı tamamlanıncaya dek kadınların çoğu grand multipar hale gelmektedir. Ortaokul ve üzeri eğitimlilerde grand multiparite %6.35 iken okuryazar olmayanlarda %46.52, eşi çiftçilikle uğraşanlarda %54.93 iken kadrolu bir işte çalışanlarda %28.45 dir. Ayrıca akraba evliliği yapanlarda ve D.Bakır merkez dışında oturanlarda grand multiparitenin daha yaygın olduğu görülmektedir. Diyarbakır il merkezinde bir sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada da grand multiparite; 15-49 yaş grubu kadınlarda %35.8, okuryazar olmayanlarda %53.2 olarak bulunmuş olup, çalışmamızla benzerlik göstermektedir (94). Buradan da anlaşılacağı gibi eğitim, eş mesleği, akrabalık durumu ve yaşanılan yer doğurganlığı etkilemektedir.

Ortalama gebelik sayısı 3.72 olup, bu sayı yaş ilerledikçe doğal olarak artmaktadır. ≤19 yaş grubunda ortalama gebelik sayısı 1.27, 20-34 yaş grubunda 3.41, 35 ve üzeri yaş grubunda 8.69 dur.

1993 TNSA'na göre; Türkiye'de evli kadınların ortalama canlı doğum sayıları 15-19 yaş grubunda 0.5, 20-24 yaş grubunda 1.3, 25-29 yaş grubunda 2.3, 30-34 yaş grubunda 3.1, 35-39 yaş grubunda 3.9, toplam ortalama 3.0 bulunmuştur (34). Araştırmamızda bu ortalamalar sırasıyla 1.18, 1.84, 3.12, 5.30, 7.44, toplam ortalama 3.19 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda toplam ortalama CDS Türkiye ortalamasının çok üzerinde olmamakla beraber, özellikle ileri yaşlarda ortalama CDS'nin Türkiye ortalamalarının çok üzerinde olduğu görülmektedir.

İstemli düşükler kadın sağlığı açısından dünya ölçeğinde bir sorundur. Gelişmekte olan ülkelerde istenmeyen gebelikler nedeniyle başvuru yasa dışı düşükler üreme çağındaki kadınların başlıca ölüm nedenlerindedir (2). Düşükleri yasal hale getirmek, istenmeyen gebelikleri güvenli bir biçimde sonlandıracak ortamı sağlar. Ülkemiz de 1983'de kabul edilen yeni nüfus planlaması yasasıyla, hizmete gereksinimi olan her kadına güvenli düşük hizmeti sunma yolunu seçmiştir. İstemli düşükler AP hizmetlerinin değerlendirilmesinde de önemli göstergelerdir.

Çalışmamızda bir risk faktörü olan istemli düşükler bazı anne özelliklerine göre incelenmiştir. Birden fazla gebeliği olan 506 kadının 43'ü (%8.50) istemli düşük yaptığını belirtmiştir. İstemli düşük yapan kadın oranı 20-24 yaş grubunda %5.59, 25-29 yaş grubunda %6.82, 30-34 yaş grubunda %8.74 iken 35-39 yaş grubunda %18.18 ve 40+ yaş grubunda %17.39 dur. Canlı doğum sayısına göre istemli düşük sıklığı incelendiğinde; 0-2 canlı doğum yapmış gebelerde %5.11, 3-4 canlı doğum yapmış olanlarda %7.21 olduğu halde 5 ve üzeri canlı doğum yapmış olanlarda bu sıklık %14.38 olarak saptanmıştır. Anne yaşı ilerledikçe ve bağlı olarak doğurganlık arttıkça istemli düşük sıklığında artış olmaktadır. İlkokul üzeri eğitilmiş kadınlar ve eşi sosyal güvence sağlayan işte çalışan kadınlar diğer gruplara göre istemli düşüğe daha sık başvurduklarını belirtmişlerdir. Bu bulgular ışığında anne yaşı, eğitimi, canlı doğum sayısı ve eş mesleğinin istemli düşükleri etkileyen faktörler olduğu görülmektedir. Buda bize soyoekonomik durumu iyi olmayan kadınların istemedikleri gebeliklerini düşükle sonlandırma olanaklarını daha az bulabildiklerini, kültürlerinin de etkisiyle doğumla sonuçlandırdıklarını, çocuk sayısı arttıkça bu "çare"ye daha çok başvurdıklarını göstermektedir.

Bu araştırmada birden fazla gebeliği olan kadınların %36.76'sının düşük yaptığı saptanmıştır. Buna ilk gebeliği olan kadınlar da eklendiğinde %24.35 kadının düşük yaptığı görülmektedir. Toplam olarak birden fazla gebeliği olan kadınların %30.83'ünün, ilk gebeliği olanlar da eklendiğinde %20.42'sinin kendiliğinden düşük yaptığı bulunmuştur. 100 gebelikte istemli düşük 2.6, kendiliğinden düşük 9.6 dır. Türkiye'de 100 gebelikte toplam istemli düşük 13.4, kendiliğinden düşük 8.3; düşük yapan kadınlar ise %28.0 olarak saptanmıştır (34). Çalışmamızda istemli düşükler Türkiye ortalamasının çok altındadır. Sosyo-ekonomik ve kültürel faktörler nedeniyle araştırma kapsamına alınan kadınlarda istenmeyen gebelikler doğumla sonuçlanmaktadır.

Annenin önceki gebeliklerinin bir veya bir kaçında anne ve bebek sağlığını tehlikeye düşürebilecek istenmeyen sonuçlar oluşmuşsa daha sonraki gebeliklerinde de aynı olumsuz sonucun tekrarlanması olasıdır. Bu nedenle DÖB'da önceki gebelikleriyle ilgili bilgiler alınmalı, istenmeyen sonuçların olduğu gebeler riskli kabul edilip daha sık izlenmelidir. Çalışmamızda gebelerin varsa önceki gebeliklerinin öyküsünden saptanabilecek bazı riskli durumlar araştırılmıştır. Birden fazla gebeliği olan kadınların %10.47'sinde ölü doğum, %5.14'sinde erken neonatal bebek ölümü, %4.35'inde geç neonatal bebek ölümü, %1.19'unda çoğul gebelik, %4.15'inde DDA, %1.98'inde prematürelilik, %2.77'sinde iri bebek, %1.58'inde anomalili bebek, %3.95'inde sezeryan, %6.13'ünde önceki gebeliklerinde hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır. Kayseri'de yapılan bir çalışmada doğum polikliniğine baş vuran gebelerin %2.2'sinde DDA'lı bebek, %2.2'sinde iri bebek, %6.6'sında sezeryan, %2.2'sinde erken neonatal bebek ölümü

saptanmıştır (95). Diğer bir çalışmada ise doğumevine baş vuran 15-24 yaş grubu kadınların %15.8'inin ölü doğum yaptığı bulunmuştur (91). Araştırmada örnek seçimlerinin farklı olması nedeniyle bulunan değerler arasında farklılık görülmesine karşın görülme sıklığı sıralaması benzerlik göstermektedir.

Sık doğumların anne ve bebek morbidite ve mortalitesinde artışlara neden olduğu pek çok çalışmada ortaya konulduğundan tüm dünyada yüksek risk oluşturan durum olarak kabul edilmektedir. Çalışmamızda kısa gebelik aralığı kadınların %39.33'ünde tespit edilmiştir. Başka çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (91,96). Kısa doğum aralığı sorununun ülkemizde yaygın olduğu söylenebilir. Gebelerin özelliklerine göre incelendiğinde; kısa doğum aralığı sıklığı 15-24 yaşlarda, ilköğretim ve altı eğitimlilerde, gebelik ve yaşayan çocuk sayısı az olanlarda fazla, eşi sosyal güvenceli işte çalışanlarda daha az görülmektedir.

Gebenin sistemik/kronik hastalığı anne ve fetusda istenmeyen sonuçlara yol açabileceği gibi, mevcut sistemik hastalık gebelik nedeniyle ağırlaşabilir. Sistemik/kronik hastalığı olan doğurgan yaşta kadınlara gebelik öncesi danışmanlık verilmeli, gebelerde sistemik hastalık araştırılmalı ve tespit edildiğinde daha yakından izlenmeli, gerekirse 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşlarına sevk edilmelidir. Çalışmamızda gebelerde sistemik/kronik hastalıkların varlığına gelince; %4.84'ünde sistemik hastalık olduğu saptanmıştır. Bunların 13'ü sistemik seyreden enfeksiyon hastalıkları (sıtma, tbc, hepatit, tifo, brucella), 10'u kalp-damar hastalıkları, 8'i endokrin, 4'ü akciğer, 2'si hematolojik hastalıklardır .

Araştırmada gebelerin %14.53'ü gebeliği süresince herhangi bir hastalık geçirdiğini ifade etmiştir. Bunların %46.85'inde, çoğunlukla üriner enfeksiyon olmak üzere, enfeksiyon hastalıkları , %32.43'ünde kanama, %16.22'sinde hipertansiyon, %1.80'inde kalp hastalıkları öyküsü alınmıştır. Çalışmamızda özellikle ilk üç ayda geçirilen virütik hastalıklar araştırılmış ancak tesbit edilmemiştir.

Türkiye'de kadınların 1988'de %37'sinin, 1993'de %32.4'ünün son doğumunu istemeden/planlamadan yaptığı, bu oranın doğum sırası ile birlikte arttığı, dördüncü ve daha sonraki gebeliklerin %60'ının istenmemiş/planlanmamış olduğu, anne yaşı arttıkça doğumların istemsiz olma oranının arttığı ve 40-44 yaş arası kadınlarda %64 olduğu saptanmıştır (4,34,68,). Bulgularımız Türkiye ortalamalarına benzerlik göstermektedir. Kadınların %38.22'sinin bu gebeliği istemediği ortaya çıkmıştır . Anne yaşı arttıkça bu oran artmaktadır, 20 yaşın altında %8.93 iken 30-34 yaş grubunda %66.07, 35 ve daha ileri yaşlarda %88.89 olarak bulunmuştur. Yaşa bağlı olarak doğurganlığın artmasıyla istenmeyen gebeliklerin oranı da artmaktadır.

İstenmeyen gebeliklerin sıklığı eğitim ile de yakından ilgilidir, okuryazar olmayanlarda %49.16, lise ve üzeri eğitimlilerde %11.11 olarak bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça istenmeyen gebelik sıklığı azalmaktadır. Az eğitimlilerin aynı zamanda ekonomik düzeyi düşük, doğurganlıklarının yüksek olduğu göz önüne alındığında aile planlaması hizmetlerini bu gruba ulaştırmanın önemi ortaya çıkmaktadır.

İstenmeyen gebelikler eşinin mesleğine göre incelendiğinde; eşi kadrolu işte çalışanlarda %27.59 iken, eşi çiftçi olanlarda %60.56 olduğu bulunmuştur.

İstenmeyen gebelik; eşiyle akrabalığı olmayanlarda %32.94, 1. derece akraba olanlarda %42.98, 2. derece akraba olanlarda %49.50 dir. Gebelik sayısına göre; 2. gebeliği olanların %23.42'si, 4. ve daha çok gebeliği olanların %73.70'ü son gebeliklerini istememişlerdir. Yaşayan çocuk sayısına göre; 0-1 yaşayan çocuğu olanların %24.56'sı, 4-5 yaşayan çocuğu olanların %80.67'si, 6 ve daha fazla yaşayan çocuğu olanların %94.44'ü son gebeliklerini istememişlerdir.

Anne ve çocuk sağlığını korumayı amaçlayan hizmetlerin en önemlilerinden biri doğum öncesi bakımdır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin DÖB'dan yararlanma durumları ve bunu etkileyebilecek bazı faktörler araştırılmıştır. Gebelerin %42.67'sinin hiç DÖB almadığı, %27.36'sınının 1-2 kez, %21.59'unun 3-4 kez, %8.38'inin 5 ve daha fazla DÖB aldığı saptanmıştır. Yaşı 35 ve üzeri (%58.89), eğitimi ilkokul altında (%53.77), eşi çiftçi (%76.06) ve işsiz (%50.77), sosyal güvencesi olmayan (%48.50), 4 ve üzeri gebeliği olan (%52.84), ilçelerde oturan (%57.77) gebelerde DÖB'dan yararlanmama durumunun daha sık olduğu belirlenmiştir. Buna göre anne yaşı, sosyo-ekonomik durumu, oturduğu yer, gebeliğin istem durumu ve gebelik sayısının DÖB'dan yararlanmayı etkileyen faktörler olduğu görülmektedir. 1993 TNSA'nda gebelerin toplam olarak %37.0'sinin hiç DÖB almadığı, anne yaşı 35 + olduğunda (%57.4), gebelik sayısı 6 ve üzeri olduğunda (%68.4), kırdan yaşayanlarda (%52.6), anne eğitimi ilkokul altında olanlarda (%62.1) DÖB'dan yararlanmama durumunun en sık olduğu saptanmıştır (34). Bu çalışmada DÖB'dan yararlanmama sıklığı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bu durumun en çok görüldüğü anne özellikleri TNSA sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

30 Eylül 1990 tarihinde toplanan Çocuklar İçin Dünya Zirvesi'nde benimsenen ve 2000 yılına kadar ulaşılması hedeflenenlerden biri de neonatal tetanozun ortadan kaldırılmasıdır (55). Tetanoz toksoid (TT) aşısı neonatal tetanozun önlenmesi için en önemli koruyucu tedbirlerden biridir. Türkiye'deki aşı şemasına göre aşılanmamış kadınların bağışıklanması için gebelikleri süresince iki doz tetanoz toksoidi almaları gerekmektedir. Ancak kadın daha önceki gebeliğinde aşılanmışsa bir doz alması yeterlidir. Bu çalışmada gebelerin %86.12'sinin aşısız, %4.06'sinin eksik aşı ve sadece %9.82'sinin tam aşı olduğu görülmüştür. İleri yaşı, ilkokul altı eğitimi, eş mesleği çiftçi olan, akraba evliliği yapmış, ilçeden gelmiş, 3 den fazla gebeliği olan ve istem dışı gebeliği olan gebelerde aşısız olma oranının arttığı saptanmıştır. 1993 TNSA'na göre Türkiye'de aşısız gebe oranı %57.6 dir, aşısızlık 35 yaş üzeri, 4'den fazla gebeliği olan, kırdan yaşayan, ilkokul altı eğitimi gebelerde daha fazla bulunmuştur (34). Antalya'da yapılan bir çalışmada gebelerin %49.7'sinin, Kayseri'de yapılan bir çalışmada ise eğitim sağlık ocağı bölgesinde %2.83'ünün, diğer bir sağlık ocağı bölgesinde %48.23'ünün aşısız olduğu tespit edilmiştir (97,98). Araştırmamızda aşısız gebe oranı diğer çalışmalardakilerin üzerindedir. Temel özelliklere göre incelendiğinde 1993 TNSA ile benzer bulgular izlenmektedir.

Gebelerin DÖB alma durumuna göre tetanoza karşı aşılanma durumu incelendiğinde, doğumdan önce bir sağlık personeline görülmüş gebelerin (%57.33) yalnızca %17.12'sinin tam bağışık olduğu saptanmıştır. Her ne kadar izlem sayısı arttıkça aşılanan gebe sayısı artmakla ise de (1-2 izlemde %13.40, 3-4 izlemde %18.79, 5-6 izlemde %25.00) arzu edilenin çok altındadır. DÖB alan

gebelerin %82.87'sinin tam aşılı olma fırsatı kaçırılmıştır. Bu, bölgemizde DÖB hizmetlerinin niteliğinin de yetersiz olduğunun göstergesidir. Gebenin yaşı, sosyo-ekonomik durumu, gebeliğin istem durumu, gebelik sayısı ve DÖB'dan yararlanma durumunun aşılmasını etkileyen faktörler olduğu görülmektedir.

Eldeki kaynaklar anne ve bebeğin gerek hastalığının, gerekse ölüm riskinin dört tip gebelikte çok yüksek olduğunu göstermektedir : 18 yaşından önceki gebelikler, 35 yaşından sonraki gebelikler, 4. doğumdan sonraki gebelikler ve iki yıldan daha az aralıklı gebelikler (33,99). Ünlversal risk faktörleri denilen bu 4 özelliğe göre araştırma örneği incelendiğinde; birden fazla gebeliği olanların %26.88'inin anılan risk faktörlerinin hiç birine girmediği, %44.07'sinde tek risk faktörü olduğu, %29.05'inde birden fazla risk faktörünün bir arada bulunduğu, %73.12'sinde herhangi bir risk faktörünün bulunduğu saptanmıştır. 1993 TNSA'da hiç bir risk kategorisinde olmayanlar %32.1, tek risk kategorisinde olanlar %34.6, herhangi bir risk kategorisinde olanlar %67.9 olarak tespit edilmiştir (34). Bu araştırma kapsamına alınan gebelerde riskli durumlar daha yaygındır. TNSA'nda tek risk kategorilerinden doğum aralığı 24 aydan kısa olanlar %9.4, doğum sırası >3 olanlar %13.0 iken araştırmamızda sırasıyla %22.53 ve %20.95 (gebelik sayısı >4) olup daha yaygın olduğu görülmektedir.

Preeklampsia anne ve fötüs morbidite ve mortalitesinin en önemli, kolay belirlenebilir ve tedavi edilebilir nedenlerindedir (17). İlk gebeliklerde, 20 yaş altı ve 35 yaş üzerinde, düşük sosyo-ekonomik durum varlığında, diyabet, kronik hipertansiyon, molhidatiform, polihidramnios ve çoğul gebeliklerde daha sık görüldüğü bildirilmektedir (2,30). A.B.D.'inde preeklampsia insidansı ortalama %6-7 olarak bildirilmiştir (88). Çubuk'ta yapılan bir çalışmada gebelerin %14.7'sinin preeklampitik olduğu saptanmıştır (100). Araştırmamızda preeklampsia sıklığı daha düşük tespit edilmiştir (%4.71). Sadece gebelik sonunda, doğum evresindeki gebelerin araştırma kapsamına alınmış olması bunda rol oynayabilir. Ancak yine de önemsenmesi gereken yaygınlıkta olduğu söylenebilir. Çalışmamız sırasında çeşitli anne özellikleriyle preeklampsia arasında ilişki aranmıştır. 35 ve daha ileri yaşta olan, ilk ve 5 den fazla gebeliği olan, düşük gelir düzeyli gebelerde preeklampsinin daha sık olduğu saptanmış olmakla birlikte istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Prematür ve sürmatür doğum yapan ve sistemik / kronik hastalığı olanlarda ise anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.

Gelişmekte olan ülkelerde gebelerde anemi, maternal ve fötal morbidite ve mortalitelerde ve DDA riskinde artışa neden olan önemli bir sorundur (87). Gelişmiş ülkelerde gebelerin %14'ünde anemi görülürken, bu ülkelerde gebelerin 2/3'ünün anemik olduğu tahmin edilmektedir (2). Araştırma kapsamına alınan gebelerin %39.92'sinde anemi saptanmıştır. Aneminin en sık görüldüğü gebeler; 35 yaş ve üzerinde olanlar (%67.78), okuryazar olmayanlar (%50.84), eşi çiftçi olanlar (%56.84), 5 ve üzeri gebeliği olanlar (%67.61), hiç DÖB almayanlar (%52.76) ve vitamin ve demir kullanmamış olanlar (%45.97) dir. Gebelerde anemi sıklığı; Adana, Karataş S.O bölgesinde %38.8 (101), Ankara Park S.O. bölgesinde %36.6 (102), Erciyes Üniv.Tıp Fak. Hast. Kadın Doğum Polikliniği'ne baş vuran gebelerde %35.2 (95), Kayseri Doğumevi'nde 15-24 yaş grubu gebelerde %39.2 (91) olarak tespit edilmiştir. Örneğimizdeki anemi sıklığı diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Anne yaşı, eğitimi, eş mesleği, DÖB'dan yararlanma durumu,

gebelikte ilaç kullanımı anemiye etkileyen faktörlerdir. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında örneğimizde aneminin çok daha büyük sorun olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda doğumların %75.52'sinin normal spontan, %9.69'unun sezeryan, %14.79'unun indüksiyonla gerçekleştiği saptanmıştır. Doğumların oluş şeklinin; anne yaşı, gebelik sayısı, gebelik süresi, gebenin boyu ile ilişkili olduğu görülmektedir. Anne yaşı >30 olduğunda, gebelik sayısı >4 olduğunda, gebelik süresi <37 hafta olduğunda sezeryan ve indüksiyon doğumların daha sık olduğu saptanmıştır. Anne boyu <150 cm. olduğunda sezeryan doğumlar daha sık olmuştur. Kayseri'de yapılan bir çalışmada müdahalesiz doğum sıklığı %95.9, müdahaleli doğumlar %4.1 bulunmuştur (103). Oregon'da yapılan bir çalışmada ise spontan doğum %65, indüksiyon %21, sezeryan %22 olarak saptanmıştır (104). Farklı merkezlerde farklı sıklıklar bulunsa da bu sonuçlar ileri yaşta, grandmultipar, kısa boylu gebelerin önceden belirlenip doğumlarını sağlık kuruluşunda yapmalarının sağlanması gerektiğini göstermektedir.

Anne ölümlerinin yaklaşık yarısı doğum eylemi sırasında olmaktadır (40). Doğumda ve erken neonatal dönemdeki ölüm nedenleri bebek ölümleri içinde önemli yer tutmaktadır (105,106). Anne ve bebek ölümlerini önlemek için, diğer faktörler yanı sıra, doğumda komplikasyon gelişebilecek riskli gebelerin uygun koşullarda doğum yapmasının sağlanması çok önemlidir. Çalışmamızda doğumları izlenen gebelerden %4.97'sinde doğum komplikasyonu tespit edilmiştir. Komplikasyonlar: Aşırı kanama (10), erken membran rüptürü (6), kordon sarkması (7), plasenta retansiyonu (1), eklampsi (3) ve diğer nedenler (11) idi. 4'den fazla gebeliği olanlarda ve gebelik süresi <37 hafta olanlarda komplikasyonlar daha sık gelişmiştir. Gebelik sayısı ve gebelik süresi doğumda komplikasyon gelişmesini en çok etkileyen faktörler olarak ortaya çıkmaktadır.

Preterm (prematüre) doğum obstetriğin major problemlerinden kabul edilmektedir. %5-10 oranında görüldüğü ve Kuzey Amerika'da ve Avrupa'da perinatal mortalite ve morbiditenin %75'inde rol oynadığı ifade edilmektedir (30,76). İstanbul'da yapılan bir çalışmada erken neonatal bebek ölüm nedenleri arasında prematüreliliğin ilk sırada olduğu gösterilmiştir (106). Preterm bebeklerde morbidite ve mortaliteyi etkileyen en önemli faktörler asfiksi, solunum güçlüğü sendromu, enfeksiyon ve apnedir (12). Preterm doğumu predispoze eden faktörler arasında; sosyo-ekonomik düzey, yaşam biçimi, çalışma ortamı, önceki tıbbi öykü (özellikle preterm doğum öyküsü), şimdiki gebeliğinde tıbbi faktörler (multiple gestasyon), sık doğum, anne yaşı (<16 yaş, >35 yaş), annede asemptomatik bakteriüri sayılabilir (12,23,79). AÇS'ndaki ilerlemeler morbidite ve mortalitenin diğer nedenlerini azaltabilmiş olmasına rağmen prematürite önemli sorun olmaya devam etmektedir. Yüksek riskli ve prenatal bakım almamış gruplarda preterm doğumlarının en sık gözlemlendiği yapılan bir çalışmada gösterilmiştir (79). Prematüre doğum için yüksek riskli gebelerin seçilmiş müdahalelerle desteklenmesi, daha sık gözlem ve daha dikkatli yaklaşımla erken doğum hızında azalma olabileceği gösterilmiştir (71).

Çalışmamızda ikiz doğumlar hariç tutulduğunda %8.63 vakada erken doğum saptanmıştır. Erken doğum olgularının %50.77'si canlı, %49.23'ü ölü doğum ile sonuçlanmıştır. Risk faktörü oluşturabilecek çeşitli anne özelliklerine göre

incelendiğinde; 25-29 (%9.94) ve 30-34 (%10.81) yaş gruplarında, ilk (%10.59) ve dördten fazla gebeliği olanlarda (%9.54), hiç DÖB almamışlarda (%10.03) ve sistemik hastalığı olanlarda (%13.51) daha sık olduğu bulunmuş ancak erken doğumla bu faktörler arasında istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Gebeliği süresince hastalık geçirenlerde ise bu ilişki anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (%19.63). Çubuk'ta yapılan bir çalışmada prematür canlı doğum sıklığı %4.8 olarak bulunmuştur (100). Konya'da yapılan bir çalışmada ise anne yaşı ile prematür doğum arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (92). Sonuç olarak prematür doğumlar araştırma örneğimizde diğer çalışma sonuçlarıyla benzer bulunmuştur. Gebelikte hastalık geçirmenin erken doğum için önemli risk faktörü olduğu görülmektedir. Diğer risk faktörleriyle açık bir ilişkinin gösterilebilmesi için daha geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır.

Perinatal ölümlerin önemli bir kısmını geç fetal ölümler oluşturur. Brezilya'da yapılan bir çalışmada perinatal ölümlerin %58.5'inin, İstanbul'da yapılan bir çalışmada %53'ünün ölü doğum olduğu saptanmıştır (107,108). Ölü doğum sıklığı gelişmiş ülkelerde 1000 canlı doğumda 7-8 arasındadır. Türkiye'de yapılan sınırlı çalışmalarda sıklık binde 16-18 olarak saptanmıştır (12). Yapılan çalışmalarda ölü doğumların anne yaşı, akrabalık durumu, önceki gebelik kaybı, doğum komplikasyonu, gebelik süresi, gebelik komplikasyonu, yetersiz antenatal bakım ile ilişkili olduğu, DÖB ve doğum yardımı hizmetlerinin geliştirilmesiyle azaltılabileceği gösterilmiştir (107,108,109). 1993 TNSA'nda 100 gebelikte 1.5, 100 kadın için 1.2 ölü doğum olduğu, 35 yaştan sonra ve ilkökul altı eğitimlilerde daha sık ölü doğum görüldüğü saptanmıştır (34). Araştırmamızda ikiz doğumlar hariç tutulduğunda ölü doğum sıklığı %7.70 olarak bulunmuştur. Ayrıca kadınların doğurganlık süresince 100 gebelikte 4.44 ölü doğum yaptığı, ölü doğum hızının ise 1000 canlı doğumda 51.33 olduğu anlaşılmıştır. Ölü doğumların; anne yaşı ≥ 35 (%18.39), anne eğitimi ilkökul altı (%9.64), gebelik sayısı >4 (12.08), akraba evliliği yapmış (%10.77), DÖB almamış (%10.03), istemeden gebe kalmış (%11.89), gebelik süresi <37 hafta (%49.23), gebelikte hastalık geçirdiğinde (%14.02), ve ölü doğum öyküsü olduğunda (%22.64) daha sık görüldüğü saptanmıştır. Bu araştırmada ölü doğumların diğer çalışmalarda belirtilenlerden daha sık olduğu görülmektedir. Risk gruplarında ise benzerlik vardır: Anne yaşı, sosyo-ekonomik durumu, gebelik sayısı, DÖB'dan yararlanma durumu, gebeliğin istem durumu ve önceki gebeliklerinde ölü doğum öyküsü olması ölü doğum sıklığını etkileyen faktörlerdir.

Perinatal asfiksi, doğuma yakın bir sürede, doğum sırasında ya da doğumu izleyen dakikalarda bebeğin oksijensiz kalması olarak tanımlanır. Ülkemizde bebek ölümleri içinde neonatal mortalitenin yüksek olduğu (%56) ve yenidoğan ölümleri arasında asfiksinin ilk sıralarda yer aldığı bilinmektedir. Perinatal asfiksi, büyük ölçüde önlenabilir bir durumdur. Sık doğumların önlenmesi, nitelikli DÖB'ın sağlandığı, riskli gebeliklerin çağdaş olanaklar kullanılarak yakın izleme alındığı, doğumların uygun koşullarda yaptırıldığı ve gerektiğinde yenidoğan bebeğin hemen resüsite edilebildiği toplumlarda perinatal asfiksi sıklığı çok azaldığı bildirilmiştir (12,34,105,110). Asfiksini tanıyarak (perinatal asfiksini bebek üzerindeki etkisini objektif olarak değerlendirmek için) ve yapay solunuma gereksinim olup olmadığına karar vermek için apgar skor değerlendirmesinin (doğum sonunda solunum durumu, kordon kanı pH değeri, perinatal dönem öykü bulguları ve nörolojik muayene bulguları birlikte değerlendirilerek) önemli olduğu

belirtilmektedir (12,23,105,110,111). Apgar skoru 8-10 normal, 5-7 hafif, 0-4 ise ağır asfiksi olarak değerlendirilmektedir (30,89). Apgar skoru 1. dakikada 0-3 ise şiddetli asfiksi, 4-6 ise orta şiddette asfiksi, 7-8 ise hafif asfiksi olarak da tanımlanmaktadır (111). Çalışmamızda istenmeyen gebelik sonucu olan asfiksi durumu apgar değerlendirmesinden de yararlanarak araştırılmıştır. İkiz doğumlar hariç 695 canlı doğan bebeğin %13.53'ünde hafif, %3.45'inde ağır olmak üzere %16.98'inde asfiksi saptanmıştır. Asfiksinin ilk gebeliği ve 4'den fazla gebeliği olan, gebelik süresi <37 hafta ve >42 hafta olan, gebeliği süresince hastalık geçiren, boyu 150 cm.den kısa olan, sezeryanla doğum yapan gebelerin bebeklerinde daha sık oluştuğu belirlenmiştir. Gebelik sayısı, gebelik süresi, gebelikte hastalık geçirme durumu, gebe boyu ve doğum şeklinin yenidoğanın asfiksi durumunu etkileyen faktörler olduğu görülmektedir.

Sağlık istatistiklerinde standart bir ölçü oluşturmak amacıyla 1961 yılında Avrupa Anne ve Çocuk Sağlığı Komitesi gebelik süresine bakılmaksızın doğum ağırlığı 2500 gr. altında olan tüm yenidoğanlar için "Düşük Doğum Ağırlığı" (DDA) tanımını kabul etmiş, bu tanım DSÖ tarafından da onaylanmıştır (12). Gelişmiş ülkelerde DDA olan yenidoğanların %70'inin pretermiler olduğu belirtilmiştir (12). Prematüre doğum ve DDA ile düşük sosyo-ekonomik düzey arasında pozitif korelasyon mevcuttur. Böyle ailelerde maternal kötü beslenme, anemi ve diğer hastalıklar, yetersiz prenatal bakım, obstetrik komplikasyonlar, kötü obstetrik öykü (ölü doğum, prematüre, DDA vb.) gibi durumların insidansı yüksektir. Adölesan gebelik, kısa gebelik aralığı, grand multiparite düşük sosyo-ekonomik grupta yaygındır (23). Düşük doğum ağırlıklı (ve/veya prematüre) bebekler zamanında ve sağlıklı doğanlara göre daha sık hastalanma, ölme, özürlü olma tehlikeleri ile karşı karşıyadırlar. Yaşamın ilk haftasında ölen bebeklerin 2/3'ünü 2500 gr. altında doğan bebekler oluşturmaktadır (110). Öyküde; kısa doğum aralığı, genç ve ileri anne yaşı, grand multiparite, sigara içme, sistemik hastalık, DDA'lı bebek, perinatal ölüm, gebelikte; ağırlık artışı olmaması, çoğul gebelik, preeklampsi, kısa boy, preterm doğum, hastalık geçirme vb. durumlar DDA'na yol açarak perinatal mortaliteyi arttıran riskli durumlardır (41). Perinatal ve neonatal ölümlerin temel nedenleri asfiksi, DDA, doğum travması, intrauterin veya neonatal enfeksiyonlardır (1). DDA'lı yenidoğanların daha yoğun izleme, tedavi desteğine gereksinimleri olduğu için ve sıklıkla sağlık merkezi veya hastaneye sevkleri gerektiğinden doğumdan sonra mümkün olduğunca hızlı tespit edilmelidirler (17).

Ülkemizde DDA'lı bebek oranı %8 olarak bulunmuştur (112). Yapılan çeşitli çalışmalarda %4.1 ile %12.6 arasında sıklıklar bildirilmiştir (92,100,103,113,114, 115,116). Yine ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda tek başına anne eğitimi, ekonomik durum ile DDA arasında ilişki bulunmamıştır (92,100,114) ; diğer bazı çalışmalarda ilk ve 5'den sonraki doğumlarda ve anne yaşı <19 ve > 34 olduğunda DDA sıklığının arttığı bildirilmiştir (100,113,117). Ortalama canlı doğum ağırlığı Sincan'da 3209±71, Diyarbakır'da 3352±92, Kayseri'de erkeklerde 3380, kızlarda 3210 gram olarak tespit edilmiştir (103,113,114).

Çalışmamızda ortalama canlı doğum ağırlığı 3323.1±484.2 (erkeklerde 3379.6±510.3, kızlarda 3260.3±445.8) gram; ortalama boy 49.899±1.742 (erkeklerde 50.025±1.847, kızlarda 49.760±1.608) cm. olarak bulunmuştur. Ortalama canlı doğum ağırlığı; prematürelere miadında doğanlara göre, ağır

sigara içicilerde içmeyenlere göre, gebe boyu < 150 cm. olanlarda \geq 150 cm. olanlara göre anlamlı derecede düşük bulunmuştur. DDA'lı bebek doğum sıklığı %3.60 olarak saptanmıştır. Anne yaşı ve gebelik süresi ile DDA arasında ilişki saptanmıştır. Anne eğitimi ilkokul altı olanlarda ve ilk gebeliği olanlarda DDA 'nın diğer gruplara göre daha yaygın olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak araştırmamızda ortalama canlı doğum ağırlığı ve farklı anne özellikleri ile doğum ağırlığı arasındaki ilişkilerin diğer çalışmalarla benzerlik gösterdiği; doğum ağırlığına pek çok faktörün birlikte etki ettiği söylenebilir. DDA sıklığı ise diğer çalışmalarda bildirilenlerden düşük bulunmuştur.

6. SONUÇ

Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'nde doğum yapan 764 kadında bazı risk faktörlerinin sıklığı, risk faktörlerinin annenin sosyo-demografik özellikleri ve ilişkili olduğu düşünülen diğer faktörlerle ilişkisi ve doğumlara etkilerinin araştırıldığı bu çalışmada ulaşılan sonuçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir :

Araştırma kapsamına alınan kadınların; ortalama yaşı 25.36 ± 6.17 , ortalama gebelik sayısı 3.72, ortalama canlı doğum sayısı 3.19 dir.%64.14'ü Diyarbakır merkez, %26.96'sı Diyarbakır ilçeleri, %8.9'u komşu illerden gelmiştir.

Kadınların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur : %54.58'i okuryazar olmayıp, %65.97'si bir öğrenim kurumundan mezun değildir. 30 yaşından büyük kadınların %79.21'i okuryazar değildir. İlkokul üzeri eğitim görenler, tüm kadınların %8.24'ünü oluşturmaktadır. Kadınların %34.56'sının eşleri işsiz veya geçici işlerde çalışmaktadır ve %78.53'ünün sosyal güvenceleri yoktur.

Eğitim ve ekonomik düzeyin düşüklüğünün var olan sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkilediği görülmektedir. Okuryazar olmayan gebelerin %43.41'i DÖB almışken, ortaokul ve üzeri eğitimlilerin %95.24'ü bu hizmetten yararlanmıştır. Eşi işsiz olan kadınların %48.11'i, sosyal güvencesi olmayanların %51.50'si bu hizmetten yararlanırken, eşi kadrolu bir işte çalışanların %83.62'si, sosyal güvencesi olanların %78.66'sı DÖB almıştır.

Var olan sağlık hizmetlerinin (DÖB, AP) eksik ve yetersiz sunumu kadın sağlığını etkileyen önemli bir sorundur. Kadınların %42.67'si hiç DÖB almamışken, sadece %8.38'i arzu edilen sayıda DÖB almıştır. Kadınların %86.12'sine hiç tetanoz aşısı uygulanmamışken, DÖB alan kadınların sadece %17.12'si tam bağışık hale getirilmiştir. Bu sonuçlar sunulan sağlık hizmetinin niteliğinin de yetersiz olduğunu göstermektedir. AP hizmetlerinin yetersizliğinin göstergesi olarak kadınlarda istenmeyen gebelikler, istemli düşükler, sık doğumlar, grand multiparite ve sık doğumların yaygın olduğu görülmüştür.

Kadınlarda eğitimsizlik, yoksulluk ve sosyal güvence olmayışının yanı sıra sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve var olan sağlık hizmetlerinden yararlanamama nedenleriyle gebelerde anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyen risk faktörlerinin

[Adölesan gebelik (%14.66), ileri yaş gebelik (%11.78), akraba evliliği (%43.98), grandmultiparite (%32.33), istemli düşük öyküsü (%8.50), kısa gebelik aralığı (%39.33), istemsiz gebelik (%38.22)] yaygın olduğu anlaşılmıştır. Gebelerin %73.12'si bir risk kategorisine girmektedir.

Riskli gebelik davranışları nedeniyle annelerde; preeklampsi (%4.71), anemi (%39.92), müdahaleli doğum (%24.48), doğum komplikasyonu (%4.97), yeni doğanlarda; prematürite (%8.63), ölü doğum (%7.70), asfiksi (%16.98), DDA (%3.60) gibi istenmeyen sonuçlar önemli düzeylerde bulunmuştur. Görüldüğü gibi risk faktörlerinin yaygın olduğu araştırma grubumuzda anne ve çocuk sağlığı olumsuz yönde etkilenmiştir.

7. ÖNERİLER

Bu araştırma Diyarbakır ve komşu illere hizmet eden bölge hastanesi konumundaki Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada ulaşılan sonuçları içine alan öneriler DÖB, AP ve Doğumevi Hastanesine ilişkin olarak üç başlık altında toplanabilir.

7.1. DÖB'la ilişkili olanlar.

Gebelerin DÖB hizmetlerinden örneğimizde çok yetersiz yararlanmaları annede yaygın anemilere, ölü ve prematüre doğumlara, gebelerin bağışıklanamamasına neden olmaktadır. Bu nedenle DÖB'in önemi ve eksikliğinin anne ve bebekte yaratacağı sorunlar gebelere tüm açıklığıyla anlatılmalıdır. Bu konuda sürekli, periyodik sağlık eğitimine gereksinim vardır.

Tüm gebelerin DÖB hizmetini almalarının sağlanabilmesi için esasen var olan sağlık sisteminin yeniden etkin hale getirilmesi gereklidir. Bunun için sağlık ocakları ve AÇS dispanserlerindeki personel eksiklikleri (nitelik ve nicelik bakımından) giderilmelidir. Topluma bu hizmeti sunacak olan sağlık personeli gebelikte anne ve çocuk sağlığını tehlikeye düşürebilecek risk faktörlerini, bu faktörlerin anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkilerini, bu faktörlerle mücadelenin toplumun sağlık düzeyinin iyileşmesine yapabileceği olumlu etkileri ve mücadele yollarını, kısaca çözümlenmek istenen sorunun tanımını, önemini ve çözüm yollarını iyi bilmelidir. Amaçlanan bu sonuç mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası sürekli hizmet içi eğitimlerle ve denetlenen hizmetle sağlanabilir.

Belli bir nüfusa, sahaya giderek hizmet vermesi öngörülen ebe ve ebe-hemşirelerin gebe tespit ve izlemlerinin çok yetersiz olduğu bilinmektedir. I. basamak sağlık kuruluşları neredeyse sadece kuruma baş vuranlara hizmet sunar hale gelmiştir. Bu kurumlarda hizmet sunan sağlık ekibinin bu edilgen durumdan çıkarak "yeniden" etkin hale gelmesi ve hizmeti sahaya götürmesi sağlanmalıdır. Hizmet sunarken gerekli araç-gereç bakımından desteklenmelidir.

Gebelikte AÇS-AP (Gebelikte sağlık bakımı, riskli durumlar, tehlike işaretleri, gebe ve bebek beslenmesi, doğum yerinin planlanması, doğum sonu bakım, doğum sonu AP, yenidoğan bakımı vb.) eğitimi DÖB'nin önemli amaçlarından biridir. Sağlıklı bir gebeliğin sürdürülmesi ve sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesinde en önemli koruyucu sağlık hizmetlerindedir. Bu amaca ulaşabilmek için DÖB'nin yaygınlaştırılmasındaki sorunlar aşılanmalıdır. I. basamak sağlık çalışanları hizmeti sahaya götürmeli, yaşlı, doğurganlığı yüksek, ilkökul altı eğitilmiş, sosyoekonomik durumu iyi olmayan, eşi çiftçilikle uğraşan, il merkezi dışında yaşayan, istem dışı gebeliği olan gebeler hizmetten daha az yararlanabildikleri için bu gruplara hizmet sunmada öncelik vermeli, hizmete talebi arttıracak toplumun eğitimine yönelik çabaları arttırmalıdır.

Sağlık personeli DÖB hizmeti sunarken anne ve bebekte en çok istenmeyen sonuçlara (prematürelük, ölü doğum, asfiksi, DDA, sezaryen, doğum komplikasyonu vb.) neden olan sık rastlanan risk faktörlerini (Adölesan ve ileri yaş gebelikler, primiparite, grandmultiparite, akraba evliliği; düşük, ölü doğum, erken yenidoğan ölümü, önceki gebelikte hastalık öyküsü, kısa gebelik aralığı, istemsiz gebelik, preeklampsi, anemi, kısa boy vb.) saptamaya özen göstermeli, saptadığında daha sık izlemde bulunmalı, gerektiğinde bir üst kuruma sevk olanaklarını kullanmalı, doğumun yapılacağı yeri gebe ile birlikte önceden kararlaştırmalı, doğumların uygun koşullarda yapılmasını sağlamalıdır.

Gebelikte aneminin yaygınlığının azaltılması için DÖB'da öncelikle yaşlı, az eğitilmiş, eş mesleği çiftçi olan, doğurganlığı yüksek gebelere beslenme eğitimi yapılmalı, aneminin erken tespiti yapılmalı ve ilave vitamin ve mineral gereksinimleri karşılanmalıdır. Uzun dönemde toplumda yaygın anemilerin azaltılabilmesi için kadının statüsünün yükseltilmesi, yüksek doğurganlığın azaltılması gereklidir.

Preeklampsi olgularının erken tanı ve tedavisi için nitelikli DÖB hizmetlerinin yaygınlaştırılması, sevk zinciri işletilmeli, doğumların sağlık kuruluşlarında yapılması sağlanmalıdır. Ebeler özellikle ilk gebeliği olan genç gebelerde, sistemik hastalığı olan, daha önce preeklampsi öyküsü olan gebelerde ağırlık artışına, ödem muayenesine, tansiyon ve idrarda protein ölçümüne önem vermelidir.

I. basamak sağlık kuruluşlarından üst kurumlara sevk zinciri iyi işletilmelidir. Özellikle doğum hizmetlerinde gecikmeler önlenmelidir. Hastanelerden geriye bilgi akışı sağlanmalı, hastaneler I. basamak sağlık kuruluşlarını desteklemelidir. Böylece hem yüksek riskli gebelerin tedavileri ve uygun şartlarda doğumları gerçekleşir, hemde sağlık kurumlarına güven artar.

DÖB ile yüksek riskli olduğu saptanıp doğumunu mutlaka hastanede yapması önerilen ve il merkezi dışında yaşayan ulaşım sorunu olan gebeler için Doğumevi hastanesi yakınında "Bekleme Evi" denebilecek, doğuma yakın günlerde hastaların kalabileceği bir kurum oluşturulması doğumla ilgili istenmeyen durumların önlenmesi açısından yararlı olabilir.

7.2. AP hizmetlerinin iyileştirilmesi ile ilgili olanlar :

Örneğimizde adölesan gebeliklerin, kısa aralıklı doğumların, grand multiparitenin, istenmeyen gebeliklerin, istemli düşüklerin ileri yaş gebeliklerin yüksek olması AP hizmet yetersizliği ve hizmet açığını olduğunu göstermektedir. Her biri ayrı birer risk faktörü olan bu durumların anne ve çocuk sağlığına olumsuz etkileri çalışmamızda da ortaya konmuştur. Örneğin; ileri anne yaşında DÖB'den yararlanım azalmakta, annede anemi, sezaryen doğumlar, doğum komplikasyonları, ölü doğumlar, DDA'lı doğumlar artmaktadır. Grandmultiparlarda annede anemi, sezeryan doğumlar, doğum komplikasyonları, prematürelilik, ölü doğumlar, asfiksi daha sık meydana gelmektedir. İstenmeyen gebeliklerde DÖB'dan yararlanım azalmakta, ölü doğumlar artmaktadır. Bu sonuçlar kadınların sağlıkları ve gebeliklerine ilişkin bilgilerden yoksun olduklarını da göstermektedir. Toplumun AP'nin kapsamı ve amaçları konusunda büyük bir bilgi eksikliği içerisinde olduğu görülmektedir. Ancak var olan sistem bu bilgilendirmeyi içerdiği halde, uygulamalar son derece yetersizdir. Bu bilgi eksikliği televizyon, basın ve afiş, broşür gibi materyallerle giderilebilir.

Aşırı doğurganlık gebelik kayıplarını, bebek ölümlerini, çocuk ölümlerini, anne ölümlerini, ayrıca pek çok hastalığın görülme sıklığını doğrudan etkiler. Bu nedenle aşırı doğurganlığın önlenmesi için sunulan AP hizmeti öncelikli bir sağlık hizmeti olarak ana-çocuk sağlığını iyileştirme programları içinde yer almaktadır. Aşırı doğurganlık kapsamında gebelik ve doğum için uygun olmayan anne yaşı, gebelik aralıklarının sık olması ve fazla sayıda doğum sorunları yer alır. Bu sonuçlar istenmeyen gebelikleri de önleyen AP programları ile çözümlenebilirler. Aşırı doğurganlığa bağlı sorunların çözülmesi ile çocuk ve anne ölümleri yarı yarıya önlenebilecektir.

AP hizmeti sunan resmi kurumların (I. basamak sağlık kuruluşları -sağlık ocağı, AÇS dispanserleri-, kadın doğum klinikleri) arzu edilen düzeyde hizmetin yaygınlaşmasını sağlayamadıkları görülmektedir. Bu duruma kurumların sadece başvuranlara hizmet verme şeklindeki edilgen konumları yol açmaktadır. Bu kurumlara baş vuruları arttırmak için (talebi arttırmak için) topluma yaygın AP eğitiminin her türlü olanak kullanılarak verilmesinin yanısıra, gönüllü kuruluşların çabalarının da önemi büyük olacaktır.

Erken yaşta evlenmelerin, adölesan gebeliklerin, akraba evliliklerinin, aşırı doğurganlığın, istenmeyen gebeliklerin, sık doğumların, ileri yaş gebeliklerin daha sık görüldüğü eğitim düzeyi düşük, sosyal güvencesi olmayan, kırsal bölgede yaşayan, 20 yaş altı ve 35 yaş üzeri kadınlar (aileler) AP hizmeti sunmada öncelikli gruplar olarak seçilmelidir.

AP hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında eğitim çabaları yanısıra "danışmanlık " hizmetinin de sunulması gerekir. Genel anlamda sağlık eğitimi, özelde üreme sağlığı ve AÇS-AP konularında, evlilik öncesi ve gebelik öncesi danışmanlık ve eğitim, akraba evlilikleri, adölesan gebelikler, aşırı doğurganlık, istenmeyen gebelikler, sık aralıklı doğumlar gibi anne ve çocuk sağlığı açısından pek çok riskli durumun en aza indirilmesinde önemlidir. Resmi kurumların bu hizmeti sunmadaki

yetersizliği nedeniyle bu konuda da gönüllü kuruluşlar önemli görevler yerine getirebilir.

7.3. Diyarbakır Doğumevi Hastanesi ile ilgili sorunlar :

Araştırma sırasında Doğumevi Hastanesi'nde de bazı eksiklikler, hizmet sunumunda yetersizlikler saptanmıştır.

AP ve DÖB hizmetlerinin yetersiz olduğu, sağlık personelinin ev doğumlarına çağrılmadığı bir bölgeye hizmet eden hastanenin kapasitesi artırılmalıdır. Günde 20-30 gebenin giriş çıkış yaptığı doğumhanede doğum masası, sancı odası ve yatak sayısı artırılarak daha rahat ortamda doğumların yapılması sağlanmalıdır.

Doğumhane personelinin dinlenme odaları oldukça küçük ve gereksinimi karşılamaktan uzaktır. Sürekli, özel dikkat gerektiren yorucu ve önemli bir görevi yerine getiren doğumhane personeline daha rahat dinlenme olanağı sağlanmalıdır.

Her 10 doğumdan biri sezeryanla olmaktadır. Diğer büyük ameliyatlara beraber yılda 700 büyük ameliyat yapılmakta olmasına karşın anestezi uzmanı yoktur. Bu eksiklik en kısa sürede giderilmelidir. Böylece anestezi uygulamalarından kaynaklanabilecek olumsuzluklar en aza indirilebilir.

Bebek ölümleri, özellikle erken yenidoğan ölüm nedenleri içinde prematüre, asfiksi ve DDA'lı doğumların ve diğer yenidoğan sorunlarının önemli rolü vardır. Bu nedenlerden kaynaklanabilecek hastalık, sakatlık ve ölümlerin önlenmesi için uzman hekim denetiminde özel bakım olanaklarının sağlanması gereklidir. Her 11-12 yeni doğandan birinin prematüre, 5-6 yenidoğandan birininse asfiktik olduğu doğumevi hastanesinde "Yenidoğan Bakım Ünitesi" oluşturulmasının, pediatri uzmanı istihdam edilmesinin ve gerekli olanaklar sağlanması önemli yadsınamaz.

Sosyal güvencesi olmayan düşük gelir düzeyli gebelerin doğum için hastaneye gelmelerini engelleyen ücret (hizmetin pahalılığı) sorunu için önlem alınmalı, hastane devletçe desteklenmelidir.

Diyarbakır'da her yıl yaklaşık 12' 000 doğum hastanelerde olmaktadır. Özellikle AP eğitiminde ve uygulamalarında doğum sonu dönemin en uygun olduğu bilinmektedir. ayrıca lohusalık bakımı ve beslenmesi, yenidoğan bakımı ve beslenmesi, özellikle anne sütünün teşviki için de bu kurumlarda önemli fırsatlar ortaya çıkmaktadır. Doğumevi Hastanesi'nde günlük rutin işlemlerin akışı içinde ortaya çıkan bu fırsatlar değerlendirilememektedir. Bunda, hasta akışının yoğun oluşu ve hastane olanaklarının yetersizliğinin rolü vardır. Bu konuda eksiklikler giderilmeli, hastane yönetimince eğitime özel önem verilerek bu önemli fırsat mutlaka değerlendirilmelidir.

ÖZET

Halk Sağlığı'nın temel konularından olan AÇS ile ilgili ülkemizde uzun yıllar harcanan pek çok çaba sonucu önemli gelişmeler sağlanmış olmasına karşın, henüz istenilen düzeye erişilememiştir. AÇS düzeyinin iyileştirilmesinde gebelerde risk faktörlerinin bilinmesi ve risk yaklaşımı uygulanmasının önemi açıktır.

Bu çalışmada gebelerde bazı risk faktörlerinin sıklığını, risk faktörlerinin annenin sosyo-demografik özellikleri ve ilişkili olduğu düşünülen diğer faktörlerle ilişkisini, risk faktörlerinin doğumlara ve yenidoğana etkilerini saptamak amaçlanmıştır.

Araştırma, Diyarbakır Doğumevi Hastanesi'ne bir aylık bir sürede doğum yapan 764 kadın üzerinde yürütülen kesitsel analitik bir çalışmadır. Araştırmada gebelere sosyo-demografik özellikleri, önceki gebelik öyküleri, öz geçmişleri, şimdiki gebelik öykülerini içeren anket uygulanmıştır. Ayrıca fizik muayeneleri ve idrarda protein ile hematokrit ölçümleri yapılmış, doğumları izlenerek doğum ve yenidoğan hakkındaki bilgiler kaydedilmiştir. Veriler minitab bilgisayar programında değerlendirilmiş, istatistiksel olarak yüzde, aritmetik ortalama, ortanca, khi kare, korelasyon ve t-testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 25.36 ± 6.17 , ortalama gebelik sayısı 3.72, ortalama canlı doğum sayısı 3.19 dur. %65.97'si bir öğrenim kurumundan mezun değildir ve %34.56'sının eşi işsiz olup %78.53'ünün sosyal güvencesi yoktur. Kadınlarda bazı risk faktörlerinin sıklığı şu şekilde saptanmıştır: Adölesan gebelik %14.66, 35 yaş üstü gebelik %11.78, 1. ve 2. derece akraba evliliği %43.98, grandmultiparite %32.33, kısa gebelik aralığı %39.33, istemsiz gebelik %56.13, DÖB almayan %42.67, tetanoz aşısı olmayan %86.12, preeklampsi %4.71, anemi %39.92. Ayrıca %9.69 doğumun sezaryenle olduğu, doğumların %4.97'sinde komplikasyon olduğu, prematüre doğum sıklığı %8.63, ölü doğum sıklığı %7.70, yeni doğanda asfiksi sıklığı %17.98, DDA'lı doğan bebek sıklığı %3.60 olarak saptanmıştır.

Sunulan DÖB, AP hizmetlerinin yetersiz olduğu, araştırma kapsamına alınan kadınların eğitim ve ekonomik düzeylerinin düşük olduğu ve bu durumun var olan sağlık hizmetlerinden yararlanmayı olumsuz etkilediği görülmüştür. Her üç nedenle kadınlarda riskli doğurganlık davranışı yaygındır ve bu da anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir.

Riskli gebeliklerin azaltılması ve riskli gebeliklerin yönetilmesi konusunda DÖB, AP, Doğumevi Hastanesi başlıkları altında öneriler geliştirildi.

SUMMARY

MCH (Maternal and Child Health) is one of the most important subjects of Public Health. Although many important developments have been provided as a result of long year's efforts on MCH in our country, the expected levels couldn't have been reached yet. The importance of risk factors and risk approach on pregnant women are very well known subjects.

The objectives of this study were to examine the frequency of some risk factors on pregnant and correlation of risk factors between the mother's sociodemographic characteristics and other factors and effects of risk factors on labour and infants.

This research was a cross-sectional study which studied on 764 pregnant who delivered in Diyarbakır Maternity Hospital in one month. A questionnaire which covered the following topics were assigned to the all pregnant: Sociodemographic specialities, history of previous pregnancy, background characteristics, obstetric history. Moreover, their physical examinations, urine for protein and haematocrit measures were checked and the knowledges about labour and newborn baby were recorded by observing their labour. Data were evaluated statistically by using chisquare, correlation and t-test on minitab computer programme.

The average age of women were 25.36 ± 6.17 , average number of total pregnancies were 3.72, average number of live births were 3.19. 54.58 percent of women were illiterate, 34.56 percent of women were husband without job and 78.53 percent of women were without social insurance. Results of this study were ; adolescent pregnancy 14.66%, advanced maternal age (>35) 11.78%, , consanguineous marriages 43.98%, grand multiparity 32.33%, short birth interval (<2 years) 39.33%, unwilling pregnancy 56.13%, without prenatal care 42.67%, without immunization for tetanos 86.12%, pre-eclampsia 4.71%, anemia 39.92%. Moreover, the following results were confirmed ; ceserian section 9.69%, labour complications 4.97%, preterm birth (<37 weeks) 8.63%, stillbirth 7.70%, asphyxia 17.98%, LBW (Low birth weight) 3.60%.

Finally, it was seen that prenatal care and family planning services were inefficient and the socioeconomic levels of women were too low, and this condition effected the utilization of present health services in negatively. Because of these three causes prevelance of risk factors on women were too high and this effected MCH negatively.

Some suggestions were developed on the subject of lowering and management of high risk pregnancy.

KAYNAKLAR

1. WHO/UNICEF. Maternal Care For The Reduction of Perinatal and Neonatal Mortality.WHO,Geneva,1986.
2. Preventing Maternal Deaths. Royston E. and Armstrong S.(Edit.), WHO, Geneva, 1989.
3. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu Raporu,1991.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Dünyada ve Türkiye'de Sağlık, Kalkınma ve Çevre Açısından Nüfus Sorunu. Akın, Ayşe (Edit.), AÇS-AP Gen.Müd., UNFPA, Ankara, 1995.
5. WHO, UNICEF. Alma-Ata 1978 Primary Health Care,Who, Geneva, 1978.
6. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu Raporu, 1994.
7. UNICEF. Türkiye'de Anne ve Çocukların Durum Analizi. Ankara, Yeniçağ Matbaası, 1991.
8. Risk Approach For Maternal and Child Health Care. WHO Ofset Puplication no. 39, WHO, Geneva, 1978.
9. Büyük Larousse Sözlük ve Ansiklopedisi.Cilt 19, Interpress Basın ve Yayıncılık A.Ş. İstanbul, 1986.
10. SSBYB. Sağlık Hizmetlerinde Denetim. Sağlık Eğitimi Gen. Müd. 1987.
11. Bölge Sağlık Yönetiminde Epidemiyoloji El Kitabı. Bertan M., Enünlü T. (Çev.Edit.), Ankara, H.Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı A.D. Yayın no. 90/51, 1990.
12. Pediatri. Neyzi, O.,Ertuğrul T. (Düzenleyen), Cilt I, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 1993.
13. WHO. Home Based Maternal Records. WHO, Geneva, 1994.
14. De Counes, F., Alexander, G.R., Berchel, C., Guengant, J.P., Papiernik, E. "Anamnestic Risk Assesment," Int. J. Gynecol. Obstet. 33, (1990).
15. Naeye, R. "Causes Of Fetal and Neonatal Mortality By Race In a Selected US Population," Am.J. Puplic Health, 69:857-861,(1979).
16. Hoffman, HJ., Bakketeig, LS. "Risk Factors Associated With The Ocurance Of Preterm Birth," Clin. Obstet. Gynecol, 27:539-52,(1984).
17. Braveman, PA., Tarimo, E. Screening In Primary Health Care. WHO Pup., Geneva, 1994.
18. Fişek, N. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No 2, Ankara, Çağ Matbaası, 1983.
19. Something For All and More For Those In Greater Need, A Risk approach For Integrated Maternal and Child Health Care (Editorial). WHO, Chronical, 31:150, 1977.
20. Hobel, Calvin. J.Obstetrics and Gynecology. 21:2, 1978.
21. Le Fevre, M., Williamson HA., Hector, M. Jr. "Obstetric Risk Assesment In Rural Practice," The Journal Of Family Practice. 28;6:691-696,1989.
22. Sağlık Ocağı Hekimleri Eğitim Programı. Öncü Limited, Ankara, 1993.
23. Nelson Textbook of Pediatrics. Behrman, R.E.,Vaughan, V.C. (Edit), Twelf Edition, W.B. Saunders Co. Philadelphia, London, Toronto, 1983.
24. Eren, N. Sağlık Hizmetlerinde Yönetim. 3. Bası, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1987.
25. Hart, R.H., Belsey, M.A. Tarimo, E." The Risk Approach," World Health Forum, Vol. 13, Num. 2/3, (1992).

26. Hall, M. Stratejik Planlama, Türkiye'de Aile Planlamasının Yarını, Yeni Yaklaşımlar. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 1992.
27. Çilingiroğlu, N. "Sağlık Planlamasında Maliyet Yarar ve Maliyet Etkinlik Analizleri," Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl 4, Sayı 3, (Temmuz 1989).
28. Depp, R., Eschenbach D.A., Sciarra, J.J. Gynecology and Obstetrics. Vol 3, J.B. Lippincott Co. Philadelphia, 1988.
29. Weingold, A.B., Waxman, B., Larsen, J.W.Jr. "Prenatal Care," Sciarra Gynecology and Obstetrics, Sciarra J.J. (Edit), Vol. 2, Harper Row Publishers, 1981.
30. Çağdaş Obstetrik ve Jinekoloji, Teşhis ve Tedavi. Saraçoğlu, F. (Çev.Ed.), Cilt I, İstanbul, Barış Kitabevi, 1994
31. Kükner, S., Vicdan, K., Erhin, T. "Yüksek Riskli Gebeliğin Tanımlanması," Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt I, Sayı 11, (Kasım 1992).
32. Benson, R.C. Obstetrics and Gynecology. Lange Medical Puplication, Fifth Edition, 1974.
33. Population Reports. Population Information Program, The Johns Hopkins University, Seri J, No:27,(Nisan 1987).
34. Sağlık Bakanlığı (Türkiye), Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Ens. ve Macro International Inc. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1993. Ankara, Türkiye, 1994.
35. Tümerdem, Y. Halk Sağlığı. Cilt I, İst. Üniv. Yayın no:3625, İstanbul, 1990.
36. Kaynak. İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı. Yıl 2, Sayı 9, (Haziran 1993).
37. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. H.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Özel ek, Yıl 11, (Nisan 1990).
38. Ana Sağlığı Programı. Ankara, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1986.
39. Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment. Pernoll, M.L., Benson, R.C. (Edit.), Middle East Edition, 6 th. Edition, 1987.
40. Türkiye'de Bebek Ölümleri Temel Etkenler. Tunçbilek, E. (Edit), H.Ü.N.E.E., Ankara, 1988.
41. Bulut, A. "Doğum Öncesi Bakım," (İçinde: Ana ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. Neyzi, O. (Düzenleyen), Nobel Tıp Kitabevleri, 1994.
42. Akın, A., Özvarış, Ş.B. "Ana Sağlığı ve Aile Planlaması," (İçinde: Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Bertan, M., Güler, Ç. (Edit.), Ankara, 1995.)
43. Jorgenson, V. "Clinical Report On Pensilvania Hospitals Adolescent Obstetric Clinic," Am. J. Obstet. Gynecol. 112:816, 1972.
44. Perkins, R.P. et.al. "İntensive Care In Adolescent Pregnancy," Obstet. Gynecol. 52:179, 1978.
45. Hutchins, F., Kendell, N. and Rubiono, J. "Experience With Teenage Pregnancy," Obstet. Gynecol. 54:1, 1979.
46. Ryan, G.M. and Schinder, J.M. " Teenage Obstetric Complications," Clin. Obstet. Gynecol," 21:1191, 1978.
47. Klein, L. " Antecedents Of Teenage Pregnancy," Clin. Obstet. Gynecol. 21:1151, 1978.
48. Dott, A. and Fort, A. "Medical and Social Factors Affecting Early Teenage Pregnancy," Am. J. Obstet. Gynecol., 125:532, 1976.
49. Beyazova, U., Egemen, A. "Çocuk Sağlığında Risk Yaklaşımı," Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Yıl 1, Sayı 3, (Temuz, 1990).
50. Viviane, J.F., Nelson, B.I. "Non Genetic Implication Of Childbearing After Age Thirty-Five," Obstet and Gynecological Survey. Vol:43, No:12, 1988.

51. Danforth's Obstetrics and Gynecology. Scott, J.R., DiSaia, P.J., Hammond, C.B., Spellacy, W.N. (Edit.). Sixth Edition, J.B. Lipincott Company, Philadelphia, 1986.
52. Naeye, R. "Maternal Age, Obstetric Complications and The Outcome Of Pregnancy," *Obstet. Gynecol.* 61:210, 1983.
53. Kükner, S., Ergin, T. "Yüksek riskli Gebeliklerin Takibi," *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* Cilt 2, Sayı 1, (Ocak 1993).
54. Ziel, H.A. "Grand Multiparity- Its Obstetric Implications," *Am. J. Obstet. Gynecol.* 84:1427, 1962.
55. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu Raporu, 1992.
56. Bulut, A. "Sık Doğumların Önlenmesi," (İçinde: Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. Neyzi, O. (düzenleyen), Nobel Tıp Kitabevleri, 1994).
57. Kontraseptif Yöntemler: Uluslararası Basım. Dervişoğlu, A.A. (Çev. Edit.), İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı, Yayın No: 1, 1990.
58. *Obstetrics And Gynecology.* Beck, W.W. (Edit.), 2 nd. Edition, Harwal Pupliching Co. Malvern, Pennsylvania, 1992.
59. Raviglione, M.C., Sudre, P., Rieder, H.L., Spinaci, S., Kochi, A. "Seculer Trends Of Tuberculosis In Western Europe," *Bulletin Of WHO.* 71(3/4):297-306, 1994.
60. Dolin, P.J., Raviglione, M.C., Kochi, A. "Global Tuberculosis Incidence and Mortality During 1990-2000," *Bulletin Of WHO.* 72(2):213-220, 1994.
61. Brown, Z. "Tuberculosis In Pregnancy," (İçinde: Sciarra Gynecology and Obstetrics. Sciarra, J.J. (Edit), Vol. 3, Chapter 49, Harper&Row Puplichers, Philadelphia, 1987).
62. Galbrait, R.S., Karchmar, E.J., Piercy, W.N. et.al. "The Clinical Prediction of Intrauterine Growth Retardation," *Am. J. Obstet. Gynecol.* 135:281, 1979.
63. Cnattingius, S., Axelson, O., Ekland, B., Lindmark, G. "Smoking, Maternal Age and Fetal Growth," *Obstetrics and Gynecology,* Vol 66, No 4, (October 1985).
64. Naeye, R.L. "Effects of Maternal Cigarette Smoking On The Fetus and Placenta," *Br. J. Obstet. Gynaecol.* 85:732, 1978.
65. Stein, Z., Kline, J. "Smoking, Alcohol and Reproduction," *Am. J. Puplic Health.* 73:1154-56, 1983.
66. Shiono, P.H., Klebanoff, M.A., Rhoads, G.G. "Smoking and Drinking During Pregnancy. Their Effects On Preterm Birth," *JAMA,* Vol 255, No 1, Jan 3, 1986.
67. WHO. Women and Tobacco. WHO, Geneva, 1992.
68. 1988 Turkish Population And Health Survey. Hacettepe University Institute Of Population Studies. Ankara, Turkey, 1989.
69. Ulusoy, M., Tunçbilek, E. "Türkiye'de Akraba Evlilikleri ve Çocuk Ölümlerine Etkisi," *Nüfus Bilim Dergisi.* Cilt 9, Sayfa:7-26, (1987).
70. Başaran, Nurettin. *Tıbbi Genetik.* 5. Baskı, Bilim Teknik Yayınevi, 1994.
71. Hobel, J.C., Ross, M.G., Bemis, R.L., Bragonier, J.R., Nessim, S., Sandhu, M., Bear, M.B., Mori, B. "The West Los Angeles Preterm Birth Prevention Project," *Am. J. Obstet. Gynecol.* 170:54-62, (Jan. 1994).
72. Williams, M.D., Wheby, M.S. "Anemia In Pregnancy," *The Medical Clinics Of North America.* Vol. 76, Number 3, 631-45, (May. 1992).
73. Gookin, K., Marrison, J.C. "Anemia Associated with Pregnancy," (İçinde: Sciarra Gynecology And Obstetrics. Sciarra, J.J. (Edit), Harper&Row Puplichers, Vol. 3, Philadelphia, 1987).

74. Hytten, Frank. "Blood Volume Changes In Normal Pregnancy," Clinics In Haematology. Letsky, E.A. (Edit.), Vol. 14, Number 3, W.B. Saunders Co., Philadelphia, Toronto, October 1985.
75. Klebanof, M.A., Shiono, P.H., Selby, J.V. et. al. "Anemia and Spontaneous Preterm Birth," Am. J. Obstet. Gynecol. 164:59, 1991.
76. Creasy, R.K., Resnik, R. Maternal Fetal Medicine: Principles And Practise. Second Edition, W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1989.
77. Davson, J.M., Lindheimer, M.D. "Hypertension In Pregnancy," (İçinde: Sciarra Gynecology And Obstetrics. Sciarra, J.J. (Edit), Harper&Row Puplichers, Vol. 3, Philadelphia, 1987).
78. Horeustein, J., Paul, H.R. " Postterm Gestation," (İçinde: Sciarra Gynecology And Obstetrics. Sciarra, J.J. (Edit), Harper&Row Puplichers, Vol. 3, Philadelphia, 1987).
79. Balcazar, H., Hartney, J., Cole, G. "The effect of Prenatal Care Utilization and Maternal Risk Factors On Pregnancy Outcome Between Mexican Americans and Non-Hispanic Whites," Journal of The National Medical Association. Vol 85, Number 3:195-202, 1993.
80. Ryan, G.M., Sweeney, P.J., Solola, A.S. "Prenatal Care and Pregnancy Outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 137:876-881, 1980.
81. Güler, Ç. Ana Sağlığı ve Aile Planlaması. 2. Bası, Hatipoğlu Yayınevi, Ankara, 1989.
82. Sağlık Ocağı Yönetimi. Öztekin, Z., Eren, N. (Edit.), Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Enstitüsü Yayını, No 22, Ankara 1982.
83. Ortaylı, N., Bulut, A. " Doğum Öncesi Bakım I," Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt 1, Sayı 3, (Mart 1992).
84. Sigara Alarmı. Türkiye Halk Sağlığı Derneği Sigarayla Mücadele Kolu Yayını. Sayı 2, (Haziran 1992).
85. Kjeldesberg C.R. "Principles of Haematologic Examination". Wintrobe's Clinical Haematology. Ninth Edition, Vol. 1, 9-10, Lea&Febiger, Philadelphia, London, 1993.
86. Maxwell, M., Wintrobe, J.N., Lukens, S., Lee, R. "The Approach To The Patient With Anemia". Wintrobe's Clinical Haematology. Ninth Edition, Vol. 1, 733-736, Lea&Febiger, Philadelphia, London, 1993.
87. DeMayer, E.M. Preventing And Controlling Iron Deficiency Anemia Through Primary Health Care. WHO, Geneva, 1989.
88. Sibai, B.M. "Preeklampsia-Eklampsia," (İçinde: Sciarra Gynecology And Obstetrics. Sciarra, J.J. (Edit), Harper&Row Puplichers, Vol. 2, Philadelphia, 1987).
89. Can, Gülay. "Yenidoğanın Değerlendirilmesi," (İçinde: Pediatri. Neyzi, O., Ertuğrul, T. (Düzenleyen), Cilt I, 2. Baskı, Nobel Tıp Kitabevi, 1993).
90. Bertan, M., Doğan, B.G., Taş, A., Toper, Z.D., Tarhan, Ş., Türkmen, Ö. " Ankara'nın Bir Mahallesinde Yaşayan Kadınların İlk Evlenme Yaşları Konusunda Bir Araştırma," Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. Yıl 16, Sayı 1-2, (Ocak-Nisan 1995).
91. Çetinkaya, F., Öztürk, Y., Günay, O., Öztürk, T. " Kayseri Doğumevi'ne Başvuran 15-24 Yaş Grubu Kadınların Sağlık Durumunun Saptanması," III. Halk Sağlığı Günleri: Gençlerin Sağlık Sorunları. Öztürk, Y. (Edit). Erciyes Üniversitesi Yayın No.46, Kayseri 1993.

92. Çivi, S., Demireli, O., Arıcı, İ. "Adölesan ve İleri Yaş Gebeliklerinde Doğum ve Perinatal Dönem Özellikleri," Halk Sağlığı Günleri I: Ana Sağlığı Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Sivas, Haziran 1989.
93. Özcebe, H., Dervişoğlu, A.A. " Türkiye'de Gençler arasında Doğurganlık Bir Sorun mudur?," Nüfus bilim Dergisi. Cilt 15, Hacettepe Üniv. Nüfus Etütleri Ens. 1993.
94. Toksöz, P., Çelik, Y., Aydınalp, A., İlçin, E. "Diyarbakır İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Kadınların Doğurganlık Özellikleri." Dicle Tıp Bülteni. Cilt 18, Sayı 2, 21-27, (1991).
95. Eğri, M., Öztürk, Y., Çetinkaya, F., Kişioğlu, N. "Erciyes Üniv. Tıp Fak. Kadın-doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Değerlendirilmesi," IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Karababa, A.O., Uçku, R. (Edit.), Didim, Eylül 1994.
96. Beşer, E. "15-45 Yaş Grubu evli Kadınlarda Korunulabilir Yüksek Riskli Gebelik Prevalansı," Halk Sağlığı Günleri I: Ana Sağlığı Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Sivas, Haziran 1989.
97. Çalı, Ş., Aytekin, M. "Gebeler Antanatal Bakımdan Ne Kadar Yararlanıyor?," V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İstanbul, 1990.
98. Ceyhan, O., Ozan, T., Günay, O., Aykut, M., Öztürk, Y. "Kayseri İlinde İki Sağlık Ocağında 1987-88 yıllarındaki Gebe İzlem Kartlarının Değerlendirilmesi," II. Halk Sağlığı Günleri: Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
99. UNICEF. Dünya Çocuklarının Durumu Raporu, 1993.
100. Bahar, Ş., Dervişoğlu, A.A. "Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Yenidoğan Yönünden değerlendirilmesi," II. Halk Sağlığı Günleri: Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
101. Hamzaçelebi, H., Tuncer, A., Burgut, R. "Karataş Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebelerde Anemi Prevalans Çalışması," II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1990.
102. Işık, A., Çöl, M., Dalgıç, N. " A.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesinde Gebelerde Anemi Prevalans Çalışması," II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı. İ.Ü. Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, 1990.
103. Öztürk, Y., Çetinkaya, F., Günay, O., Aykut, M., Erdem, S. " Kayseri Doğumevinde Gerçekleşen Doğumların Değerlendirilmesi," Halk Sağlığı Günleri I: Ana Sağlığı Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Sivas, Haziran 1989.
104. Wall, M.E., Sinclair, A.E., Nelson, J., Toffler, W.L. "The Relationship Between Assessed Obstetric Risk and Maternal Perinatal Outcome," The Journal Of Family Practise. Vol 28, NO. 1, 35-40, 1989.
105. Yurdakök, M. "Yenidoğan Ölümlerinin Önlenmesi I," Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. Cilt 2, Sayı 2, (Şubat 1993).
106. Gökçay, G., Bulut, A., Kayatürk, F., Neyzi, O. "İstanbul'da Bebek ve Çocuk Ölümlerine Epidemiyolojik Bir Yaklaşım," II. Halk Sağlığı Günleri: Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
107. Ferraz, E.M., Gray, R.H. "A Case Control Study Of Stillbirths In Northeast Brasil," Int. Gynecol. Obstet. 34:13-19, 1990.
108. Açıkgöz, M., Yoksal, N., Bulut, A. " Perinatal Mortalite ve Morbiditede Risk Faktörlerinin Bir Doğum Servisinde İncelenmesi," II. Halk Sağlığı Günleri:

- Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
109. Enünlü, T., Özcebe, H., Bertan, M. "Ölü Doğumlarla İlişkili Bazı Risk Faktörlerinin saptanması," II. Halk Sağlığı Günleri: Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
110. Uzel, N. "Yenidoğan Bebeğin Bakımı," (İçinde: Anne ve Çocuk sağlığında Öncelikler. Neyzi, O. (Düzenleyen), Nobel tıp Kitabevleri, 1994).
111. Tuncer, M. "Yenidoğan Bebeğin Canlandırılması," Katkı (10): 976-984, 1983.
112. UNICEF, Dünya Çocuklarının Durumu Raporu, 1996.
113. Toksöz, P., Özkaynak, V., Ertem, M., İlçin, E. "Diyarbakır Bölgesinde Ortalama Bebek Doğum Ağırlığı ve Bunun Anneye Ait Bazı Değişkenlerle İlişkisi," XXXV. Milli Pediatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı. Adana, Kasım 1991.
114. Akgün, S., Kayhan, M., Kırçalıoğlu, N. " Sincan I Sağlık Ocağı Bölgesinde DDA'lı Bebek Sıklığı ve Bunu Etkileyen Bazı Faktörler," Halk Sağlığı Günleri I: Ana Sağlığı Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Sivas, Haziran 1989.
115. Akbaba, M., Alparıslan, N. "Doğankent Sağlık Eğitim Araştırma Bölgesinde 1988 Yılı Doğumları," Halk Sağlığı Günleri I: Ana Sağlığı Bildiri Özetleri. Cumhuriyet Üniv.Tıp Fak. Sivas, Haziran 1989.
116. Tamer, F., Özgür, S., Koçoğlu, G. "Gebelikteki Bazı Özelliklerin Bebeğin Doğum Ağırlığına Etkileri ve Bebeklerin Beslenme Şekli İle Büyüme -Gelişme Arasındaki İlişki," II. Halk Sağlığı Günleri: Çocuk Sağlığı, Bildiri Özetleri. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Bursa, 1991.
117. Cebeci, D.S., Kalaycı, G., Çalı, Ş., Karavuş, M., Hayran, O. " Prematüre ve Gestasyonel Yaşa Göre DDA Sıklığını Etkileyen Faktörler," IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Karababa, A.O., Uçku, R. (Edit) Didim, Eylül 1994.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMAN
NEYZİ

Ek 3

ANKET FORMU

Tarih :..... Sıra no :.....

A. Sosyo-demografik özellikler

1. Gebenin yaşı :.....
2. Oturduğu yer
a.D.Bakır merkez b.D.Bakır ilçe c.Komşu il
3. Eğitim durumu
a.OYD b.OY c.İlkokul d.Ortaokul e.Lise ve üzeri
4. İlk evlenme yaşı :.....
5. Eş Mesleği
a.İşsiz b.Geçici işçi c.Kadrolu d.Esnaf e.Çiftçi f.Diğer
6. Sosyal güvence durumu
a.Yok b.Em.San.,Bağ-Kur c. Yeşil kart
7. Eşiyle Akrabalık durumu
a.Yok b.1.derece c.2.derece

Kolon Kod

B. Önceki gebeliklerinin öyküsü

8. Toplam gebelik sayısı :.....
9. Canlı doğum sayısı :.....
10. Yaşayan çocuk sayısı :.....
11. İsteyerek düşük sayısı :.....
12. Kendiliğinden düşük sayısı :.....
13. Ölüm doğum sayısı :.....
14. 0-7 günlük bebek ölüm öyküsü a.Yok b.Var
15. 8-28 günlük bebek ölüm öyküsü a.Yok b.Var
16. Çoğul gebelik öyküsü a.Yok b.Var
17. DDA'lı bebek doğum öyküsü a.Yok b.Var
18. Prematüre doğum öyküsü a.Yok b.Var
19. İri bebek doğum öyküsü a.Yok b.Var
20. Anomalili bebek doğum öyküsü a.Yok b.Var
21. Önceki gebeliklerinde geçirdiği hastalıklar :.....
22. Sezeryan öyküsü a.Yok b.Var
23. Doğum aralığı a.İki yıldan az b.İki yıl ve daha uzun

C.Öz Geçmişi

24. Sistemik/kronik hastalık :.....
25. Sigara içme durumu
a.Hiç içmemiş
b.Günde en az bir tane veya daha fazla içiyor
c.Günde 20 adet ve daha fazla içiyor
d.Günde bir taneden az içiyor
e.Bırakmış

D. Şimdiki gebelik öyküsü ve fizik muayenesi

26. Gebeliğin istem durumu
a.İsteyerek b.İstemededen/planlamadan
27. Gebelik süresi
a.<37 hafta b.38-42 hafta c.>42 hafta

28. DÖB alma durumu
a. Yok b. 1-2 kez c. 3-4 kez d. 5-6 kez
29. Gebelikte ilaç kullanma
a. Kullanmamış b. Vitamin, demir c. Diğer :
30. Gebelikte geçirdiği hastalıklar :
31. Tetanoz aşı durumu
a. Aşısız b. Eksik aşı c. Tam aşı
32. Boyu a. <150 cm. b. ≥150 cm.
33. Tansiyon/..... mmHg.
34. Ödem a. Yok b. + c. ++ d. +++
35. İdrarda protein a. Negatif b. + c. ++ d. +++
36. Hematokrit :

E. Doğum hakkında bilgiler

37. Gebelik sonucu
a. Miadında canlı doğum
b. Prematüre canlı doğum
c. Postmatüre canlı doğum
d. Ölü doğum
38. Prezantasyon
a. Verteks b. Transvers c. Makad d. Diğer :
39. Doğum şekli
a. Normal spontan b. Sezeryan c. İndüksiyon
40. Doğum komplikasyonu
a. Yok b. Aşırı kanama c. EM rüptürü d. Pl. retansiyonu
e. Kordon sarkması f. Diğer :

F. Yenidoğan hakkında bilgiler

41. Cinsiyeti a. Erkek b. Kız
42. Apgar skoru :
43. Asfiksi durumu a. Yok b. Hafif c. Ağır
44. Ağırlığı : gr.
45. Boyu : cm.

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKUZ EKİM ÜNİVERSİTESİ
MERKEZİ