

32875

T. C.
EGE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**MİADINDA DOĞAN BEBEKLERİN
FİZYOLOJİK GELİŞİMLERİNE
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Hemşirelik Programı

(DOKTORA TEZİ)

Uzm. Aynur SARUHAN

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İZMİR - 1994

T.C.
EGE UNIVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTUSU

MİADINDA DOĞAN BEBEKLERİN
FİZYOLOJİK GELİŞİMLERİNE
ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN
İNCELENMESİ

Hemşirelik Programı

DOKTORA TEZİ

Uzm. Aynur SARUHAN

Danışman Öğretim Üyesi : Yard. Doc. Dr. Elçin ERDOĞAN

İZMİR-1994

Ö N S Ö Z

Arastırmanın uygulanmasına olanak saglayan izmir il Saglık Müdürlüğü'ne, arastırmanın yürütülmesine katkıları olan danışman öğretim üyesi Yard. Doc. Dr. Elçin ERDOĞAN'a S.B. izmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Başhekim ve personeline, istatistiksel değerlendirmeler aşamasında destek veren E.O. Bilgisayar Mühendisliği Bilimleri Bölümü Ar. Gör. Timur KOSE'ye çalışmalarım da bilgisayarlarını kullanmama olanak saglayan Çınarlı Anadolu Teknik ve Endüstri Meslek Lisesi Müdürlüğü'ne ve çalışanlarına, te - zin yazım aşamasında büyük desteğini gördüğüm E.O Ege Meslek Yüksek Okulu Bilgisayar programcılığı öğrencisi Birgül ALKAN'a teşekkür ederim.

Uzm. Aynur SARUHAN

I C İ N D E K İ L E R

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| Ö N S Ö Z | ii |
| I C İ N D E K İ L E R | iii |
| TABLolar DİZİNİ | viii |
| GRAFİKLER DİZİNİ | xvi |
| BÖLÜM I | |
| G İ R İ Ş | 1 |
| 1.1. Araştırmanın Amacı | 7 |
| 1.2. Hipotezler | 8 |
| 1.3. Sınırlamalar | 10 |
| 1.4. Tanımlar | 10 |
| 1.5. Genel Bilgiler | 12 |
| 1.5.1. Anne Sağlığı Sorunları | 12 |
| 1.5.1.1. Anne Ölümleri | 14 |
| 1.5.1.2. Anne Sağlığının Tarihçesi | 16 |
| 1.5.2. Anne Ölüm Nedenleri | 17 |
| 1.5.2.1. Antenatal (Prenatal) Bakım | 23 |
| 1.5.2.2. Antenatal Bakım Alma ile ilgili Yapılan Araştırmalar | 27 |
| 1.5.3. İntrauterin Büyüme ve Gelişmeyi Etkileyen Faktörler | 28 |

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 1.5.3.1. İstenmeyen Gebeliklerde Düşükler | 30 |
| 1.5.3.2. Gebelik Döneminde Antropometrik Ölçümleri Etkileyebilecek Faktörler Üzerine Yapılan Araştırmalar | 31 |
| 1.5.3.3. Doğum Öncesi Dönemlerinde Fiziksel Büyümedeki Değişiklikler | 32 |
| 1.5.3.4. Miadında Yenidoğanın Ağırlığı ve Bu Konuda Yapılan Araştırmalar | 33 |
| 1.5.3.5. Miadında Yenidoğanda Boy Uzunluğu | 34 |
| 1.5.3.6. Miadında Yenidoğanın Baş Çevresi... | 35 |
| 1.5.3.7. Miadında Yenidoğanın Göğüs Çevresi | 35 |
| 1.5.4. Ana Sağlığında Beslenmenin Önemi Ve Ekonomik Beslenme | 36 |
| 1.5.4.1. Kadının Besin Gereksinmesi | 37 |
| 1.5.4.2. Beslenme ve Gebelik Aralığı | 39 |
| 1.5.4.3. Ülkemizde Annelerin Beslenme Sorunları | 40 |
| 1.5.5. Gebelik Döneminde Görülen Hastalıkların Yenidoğana Etkileri ... | 45 |
| 1.5.6. Gebelikte Sigara, Alkol ve İlaç Kullanımı Üzerine Yapılan Araştırmalar . | 46 |
| 1.5.7. Türkiye’de Anemi ve Görülme Sıklığı . | 49 |

| | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 1.5.8. Doğurganlığın Ana Sağlığına Etkisi | 52 |
| 1.5.9. Eğitimin Doğurganlık Üzerine Etkisi | 53 |
| 1.5.10. Türkiye'de Bebek Sağlığı Ve Sorunları | 57 |
| 1.5.10.1. Bebek Sağlığını Etkileyen Faktörler | 58 |
| 1.5.10.2. Türkiye'de Bebek Ölümleri | 59 |
| 1.5.11. Türkiye'de Kan Grupları Dağılımı..... | 60 |
| BÖLÜM II | |
| GEREC VE YÖNTEM | 61 |
| 2.1. Araştırmanın Tipi | 61 |
| 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer | 61 |
| 2.2.1. S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Tarihçesi ve Personel Durumu | 61 |
| 2.2.1.1. Tarihçesi | 61 |
| 2.2.1.2. Hastane Binasının Tarihçesi | 63 |
| 2.2.1.3. Personel Sayısı | 65 |
| 2.3. Araştırmanın Evreni ve Süresi | 67 |
| 2.4. Araştırmanın Örnek Seçim Yöntemi ve Örnek Sayısı | 67 |
| 2.5. Veri Toplama | 67 |
| 2.5.1. Anket Formunun Düzenlenmesi | 68 |
| 2.5.2. Denekler ile ilgili Labaratuvar Analizi | 70 |
| 2.5.3. Yenidoğan Cinsiyeti ve Antropometrik Ölçümleri | 70 |

| | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| 2.5.4. Anket Formunun Uygulanması | 70 |
| 2.5.5. Yenidoğanın Antropometrik Ölçümlerinin Yapılması | 71 |
| 2.6. Verilerin Değerlendirilmesi | 71 |
| 2.6.1. Anket Formunun Değerlendirilmesi | 71 |
| BÖLÜM III | |
| BULGULAR | 73 |
| 3.1. Deneklerle ilgili Tanıtıcı Bilgiler.... | 73 |
| 3.2. Araştırma Kapsamına Alınan Deneklerin Gebelik, Düşük ve Doğum Öyküleri | 81 |
| 3.3. Deneklerin Son Gebeliği ile ilgili Bilgiler | 86 |
| 3.4. Deneklerin Antenatal Bakım Alma Durumları ile ilgili Bilgiler..... | 98 |
| 3.5. Deneklerin Doğum Şekli, Kan Grubu ve Yenidoğan ile ilgili Bilgiler..... | 102 |
| 3.6. Yenidoğanın Antropometrik Ölçümlerine Etki Eden Faktörler..... | 106 |
| BÖLÜM IV | |
| TARTIŞMA VE SONUC | 121 |
| 4.1. Tartışma | 121 |
| 4.1.1. Deneklerle ilgili Tanıtıcı Bilgilerin İncelenmesi | 121 |

| | |
|---|-----|
| 4.1.2. Araştırma Kapsamına Alınan Deneklerin Gebelik, Doğum ve Düşük Öykülerinin İncelenmesi..... | 126 |
| 4.1.3. Deneklerin Son Gebeliği ile ilgili Bilgilerin İncelenmesi..... | 130 |
| 4.1.4. Deneklerin Antenatal Bakım Alma Durumları ile ilgili Bilgilerin İncelenmesi..... | 137 |
| 4.1.5. Deneklerin Kan Değerleri Ve Yenidoğan ile ilgili Bilgilerin İncelenmesi... | 140 |
| 4.1.6. Yenidoğanın Antropometrik Ölçümlerine Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi.... | 143 |
| 4.2. Sonuç | 147 |
| 4.2.1. Öneriler | 150 |
| D Z E T | 153 |
| S U M M A R Y | 156 |
| K A Y N A K L A R | 158 |
| E K L E R | |
| E K I - Anket Formu | 176 |
| D Z G E Ç M İ Ş | 182 |

T A B L O L A R D İ Z İ N İ

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 1. Dünyada Bölgelere Göre Anne Ölümü Riski ve Anne Ölümleri (1974-1984) | 15 |
| 2. Türkiye Genelinde Doğumların Yapıldığı Yer | 20 |
| 3. Doğum Öncesi Bakım Alanlarının Bölgelere ve Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı (1983-1989) | 22 |
| 4. Düşüklerin Dağılımı (1984-1987) . | 31 |
| 5. S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde Çalışan Çalışan Personel Sayısı (1993)..... | 65 |
| 6. Deneklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı | 73 |
| 7. Deneklerin Oturdukları Konumlara Göre Dağılımı | 74 |
| 8. Deneklerin Eğitim, Çalışma ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı | 74 |
| 9. Deneklerin Eşlerinin Eğitim, Çalışma ve Meslek Durumlarına göre Dağılımı... | 75 |
| 10. Deneklerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı | 76 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 10-a. Deneklerin Sosyal Güvence Sınıflarına Göre Dağılımı | 77 |
| 11. Deneklerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı | 77 |
| 12. Deneklerin Ev Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı | 78 |
| 13. Deneklerin İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı | 78 |
| 14. Deneklerin Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı | 79 |
| 15. Deneklerin Eşleri ile Akraba Olma Durumlarına Göre Dağılımı | 80 |
| 15-a. Deneklerin Eşleri ile Akraba Olanların Yakınlık Durumuna Göre Dağılımı | 80 |
| 16. Deneklerin İlk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı | 81 |
| 17. Deneklerin Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı ve İdeal Olarak Düşündükleri Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı | 81 |
| 18. Deneklerin Yaptıkları Düşük ve Düşüklerin Oluş Durumlarına Göre Dağılımı | 83 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| 19. Deneklerin Önceki Gebeliklerindeki Erken Doğum, Ölü Doğum, Canlı Doğup Sonra Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı | 84 |
| 20. Deneklerin Önceki Gebeliklerinde 2500 gr'ın Altında ve 4000 Gr'ın Üzerinde Doğan Bebeklerine Göre Dağılımı | 85 |
| 21. Deneklerin Son Gebelik Aralığı Sürelerine Göre Dağılımı | 86 |
| 22. Deneklerin Son Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımı | 86 |
| 23. Deneklerin Gebelikten Önce Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı | 87 |
| 23-a. Yöntem Kullanan Deneklerin Kullandıkları Yöntem Durumlarına Göre Dağılımı | 87 |
| 24. Deneklerin Gebelik Süresince Sigara, Çay ve İçki Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı | 88 |
| 25. Deneklerin Gebelikleri Süresince Hastalık Geçirme ve Röntgen Uygulanma Durumlarına Göre Dağılımı | 89 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 26. Deneklerin Gebelikleri Süresince Tetanoz Aşısı Uygulanma Durumlarına Göre Dağılımı | 90 |
| 26-a. Tetanoz Aşısı Uygulanan Deneklerin Aşı Uygulanma Sayılarına Göre Dağılımı | 90 |
| 27. Deneklerin Gebelik Süresince Kan Basıncı Ölçülme Durumlarına ve Değerlendirme Durumlarına Göre Dağılımı | 91 |
| 28. Deneklerin Gebelikleri Süresince İdrar Tahlili Yapılma ve Değerlendirilme Durumlarına Göre Dağılımı | 92 |
| 29. Deneklerin Gebelikleri Süresince Ödem ve Varis Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı | 92 |
| 30. Deneklere Gebelik Süresince Sağlık Personeli Tarafından İlaç Önerilme, Vitamin ve Demir İlacı Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı | 93 |
| 31. Deneklerin (Vitamin ve Demir İlacı Dışında) İlaç Kullanma ve Kullanılan İlaç Çeşitlerine Göre Dağılımı | 95 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| 32. Deneklerin Gebelik Süresince Beslenmelerine Dikkat Etme Durumlarına Göre Dağılımı | 96 |
| 33. Deneklerin Gebelikte Kilo Alma Durumlarına Göre Dağılımı | 97 |
| 34. Deneklerin Gebelikte Stres Alma Durumlarına Göre Dağılımı | 97 |
| 35. Deneklerin Antenatal Bakım Alma Durumlarına Göre Dağılımı | 98 |
| 36. Deneklerin Antenatal Bakım Aldıkları Sağlık Personeline Göre Dağılımı | 98 |
| 37. Deneklerin İlk Antenatal Bakım Almaya Başladıkları Aylara Göre Dağılımı | 99 |
| 37-a. Deneklerin Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayılarına Göre Dağılımı | 100 |
| 37-b. Deneklerin Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sıklıklarına Göre Dağılımı | 100 |
| 37-c. Deneklerin Antenatal Bakım için Gittikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı..... | 101 |
| 38. Deneklerin Doğum Sekli, Bebeğin Cinsiyeti, Kan Grubu, Kan Uyuşmazlık Durumlarına Göre Dağılımı | 102 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|--|-----------------|
| 39. Deneklerin Bebeklerinin , Kilo, Boy, Baş ve Göğüs Çevresi Ölçümlerine Göre Dağılımı | 103 |
| 40. Deneklerin Hemoglobin ve Hematokrit Değerlerine Göre Dağılımı | 105 |
| 41. Deneklerin Yaş, Evlenme Yaşı, Gebelik Sayısı Canlı Doğum Sayısı, Hemoglobin, Hematokrit Değerleri ile Yenidoğanın Kilo, Boy, Baş ve Göğüs Çevresi Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi | 106 |
| 42. Deneklerin Gebelik Aralıklarının Yenidoğan Kilo Ortalamalarına Göre Dağılımı | 110 |
| 43. Deneklerin Gebelikte Aldığı Kilo Durumlarının Yenidoğan Kilo Ortalamalarına Göre Dağılımı | 112 |
| 44. Deneklerin Bebeklerinin Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğan Kilolarının Dağılımı | 113 |
| 45. Deneklerin Gebelik Aralıklarının Yenidoğan Boy Uzunluk Ortalamalarına Göre Dağılımı | 114 |
| 46. Deneklerin Gebelikte Aldıkları Kilo Durumlarının Yenidoğan Boy Uzunluk Ortalamalarına Göre Dağılımı | 115 |

| <u>Tablo No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 47. Yenidoğan Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğan Boy Uzunluklarının Dağılımı | 116 |
| 48. Deneklerin Gebelik Aralığına Göre Yenidoğanın Baş Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı | 117 |
| 49. Bebeklerin Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğanın Baş Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı | 118 |
| 50. Deneklerin Gebelik Aralıklarının Yenidoğan Göğüs Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı | 118 |
| 51. Deneklerin Gebelikte Aldıkları Kilo Durumlarına Göre Yenidoğan Göğüs Çevresi Ortalamalarının Dağılımı | 119 |
| 52. Bebeklerin Cinsiyetine Göre Yenidoğan Göğüs Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı... | 120 |

GRAFIKLER DİZİNİ

| <u>Grafik No</u> | <u>Sayfa No</u> |
|---|-----------------|
| 1. Denek Yaş Gruplarına Göre Yenidoğan Kilo Ortalaması Dağılımı (Ortalama Değer) | 108 |
| 2. Deneklerin Canlı Doğum Sayısına Göre Yenidoğan Kilo Ortalaması Dağılımı (Ortalama Değer) | 109 |
| 3. Deneklerin Gebelik Aralıklarına Göre Yenidoğan Kilo Ortalaması Dağılımı (Ortalama Değer)..... | 111 |

BÖLÜM I

G İ R İ Ş

1990'lı yıllarda dünyayı etkilemeye başlayan küreselleşme hareketi neticesinde ülkemizde de aynı yönde gelişmeler gözlenmiştir (8).

Kalkınma yolunda gösterilen bütün gayretlere rağmen sosyal yapının temelini içeren aile, çocuk, sağlık, eğitim istihdam, gelir dağılımı, sosyal güvenlik, alt yapı, kentleşme, konut gibi alanlarda istenilen seviyelere ulaşılamamıştır (8).

Yıllık nüfus artış hızınının % 2.17 olduğu ülkemizde, nüfusun demografik yapısında iyileşmelerin devam etmesi beklenmekte, Kalkınmada Öncelikli Yörelerde, kırsal kesimde, düşük gelir guruplarında aile planlaması ile ana ve çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesine gereksinim duyulmaktadır (8).

Dünyanın az gelişmiş ülkelerinde olduğu gibi gelişmekte olan ülkelerde de önemli sayılabilecek ölçüde ana ve çocuk sağlığı sorunları vardır. Bu sorunların başında annelerin ve çocukların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanmaması gelir (77,109).

Risk faktörlerinden çocuk doğurma yaşındaki kadınlar ve çocuklar ciddi olarak etkilenmektedirler. Bunların ikisi, bugün ülkemiz nüfusunun yaklaşık % 60'ını oluşturmaktadır (74, 109).

Özellikle anneler ve çocuklar büyüme ve gelişme sürecinde belirli dönemlerdeki duyarlılık yüzünden riskle karşı karşıyadırlar (3, 109,).

Ülkemizde doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri değişik yollarla, özel klinikler, ayakta bakım, birinci, ikinci ve üçüncü sağlık kuruluşları tarafından gerçekleştirilmektedir. Doğum öncesi bakım hizmetleri, doğumun sağlıklı olmasını dolayısıyla, ana ve çocuk sağlığını en olumlu etkileyen faktörlerin başında gelir (35, 109).

Ana Çocuk Sağlığı hizmetlerinin önemi yadsınamaz. Anne ve çocuk sağlığı iç içe incelenen kavramlardır. Çocuk sağlığı ve özellikle bebek sağlığı, anneye ait bedensel, ruhsal, sosyo-ekonomik hatta kültürel değişkenlerle yakından ilgilidir (40, 74). DSB/UNICEF 1985 yılı Ocak ayında çocuk ve özellikle yenidoğan sağlığını anneye ilişkin değişkenlerin etkilemesi nedeniyle, ana sağlığı çalışmalarını daha fazla destekleme kararı almışlar ve bu yolda ülkeleri sektörler arası işbirliğine çağırılmışlardır (74).

Sağlıklı bir yaşam, insanın doğuştan kazandığı bir haktır. Bu hak, Anayasada "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve bakım görmesini sağlamakla görevlidir." şeklinde belirtilmektedir. Ancak, sağlıklı bir yaşamın ön koşulu, dünyaya sağlıklı olarak gelebilmektir. O halde koruyucu, tedavi edici ve sosyal hizmeti bir bütün halinde sunan çağdaş tıp hizmeti, insan yaşamının doğumdan önceki döneminden de sorumludur (65).

Sayet aile sağlığına ulaşılmak isteniyorsa anne -lerin ve çocukların sağlık gereksinimleri öncelikle göz -önünde bulundurulmalıdır. Ülkemizde yılda yaklaşık 1 600 000 çocuk doğumda ve bunlardan 150 000 kadarı bir yaşına gelmeden ölmektedir (109).

Sağlıklı bir embriyonel ve fetal yaşam için anne adayına düşen büyük sorumluluklar vardır. Bu doğrultuda kadının doğurganlık fonksiyonunu bilgili, düzenli ve dengeli bir biçimde gerçekleştirmesi önemlidir. 18 yaşın altı ve 35 yaşın üstündeki gebelikler, iki yıldan kısa aralıklarla, dört ve daha fazla sayıda doğum, anne organizmasını olumsuz bir biçimde etkilediği kadar yenidoğanın yaşamını da ciddi bir biçimde tehdit etmektedir. Uluslararası çalışmalarda, sadece bu üç faktörün düzeltilmesiyle ana çocuk ölüm oranlarının önemli ölçüde azalabileceği kanıtlanmıştır (34).

Östlendikleri çeşitli rollerle kadınlar, çocukların refahı alanında canalıcı öneme sahiptirler. Bu nedenle kadının statüsünün iyileştirilmesine ve kalkınmasındaki rolünün arttırılmasına yönelik çabalara kız çocuklarından başlanmalıdır (126, 145).

Kadınların sağlık sorunları denilince doğurganlık çağı adı verilen 15-49 yaşlar arasındaki dönemin sağlık sorunları üzerinde durmak gerekir (126).

Kadın sağlığını ilgilendiren çok çeşitli sorunların arasında , temelde kadınlarımızın sağlığını bozan aşırı doğurganlık ile onun yol açtığı sorunlar şöyle sıralana -

bilir: Erken yaşta evlenmeler, sık ve çok sayıda olan gebelikler, optimum yaşlarda gebe kalma, bunların yol açtığı düşükler, doğum öncesi bakımın yetersizliği, doğumların elverişsiz koşullarda ve ehil olmayan kişiler tarafından yaptırılması, beslenme bozuklukları, doğum sonrası erken dönemde ağır iş yapma veya erken işe başlama, aile planlaması yöntemlerinin yeterli ve etkili kullanılmaması gibi sorunlardır (126).

Kadın sağlığı yalnızca kadında hastalık ve sakatlıkların olmaması anlamına gelmemelidir. Sağlık kadının bedensel, ruhsal ve sosyal yönlerden tam bir iyilik halinde olması demektir (126).

Türkiye nüfusunun % 24' ünü 15-49 yaş grubu kadınlar oluşturmaktadır. Toplumun sağlığını yükseltmedeki en önemli hedeflerden biri "Sağlıklı Kadın" olgusu olmalıdır (54).

Ülke nüfusunun yarısını oluşturan kadın nüfusunun sağlığı ve sorunları kadın hayatını, fizik ve mental büyüme gelişmenin yer aldığı 15 yaşına dek olan dönem, doğurganlık ile ilgili olayların yoğunluk kazandığı 15-49 yaş dönemi ve 50 yaşından sonraki post-menopozal dönem olarak grupladığımızda, ülkemizde her 3 dönemin de mediko-sosyal sorunları birbirinden oldukça farklıdır. Türkiye'de doğurgan yaştaki kadınların sağlık sorunları genelde doğurganlığı ile yakından ilgilidir (64).

Türkiye'de sağlıkla ilgili hemen her konuda olduğu gibi kadın sağlığı ile ilgili ölçütlerde de ülkenin

coğrafi bölgelerine, yerleşim yerinin özelliğine, incelenen grubun eğitim düzeyine göre büyük farklılıklar vardır. Örneğin, ülkenin genel olarak doğu yarısında, kırsal alanlarda ve eğitimsiz grupta, hem kadının sosyal statüsü daha düşük hem de sağlıkla ilgili olaylar daha olumsuzdur (37, 49, 131).

Türkiye erişkin okur-yazar oranı; erkeklerde % 90, kadınlarda % 71'dir. Görüldüğü gibi kişinin toplumdaki statüsünü belirleyici önemli bir faktör olan eğitim düzeyinde, ülkemizde kadınların aleyhine bir durum mevcuttur (50). Bu durum Türkiye genelinde kır-kent farklılığında da kendini göstermektedir. Örneğin genel okuma-yazma oranı % 81.92 iken, kırdaki bu oran % 77.74, kentte % 86.18'dir (145).

Ülkemizde ilk evlenme yaşı yıllara göre yükselme göstermekle birlikte halen ortalama 19.8'dir (82). Kadının eğitim düzeyi ile birlikte ilk evlenme yaşı yükselmektedir (112). Kırsal kesimlerde ise bu ortalama (17.2) düşmektedir (8). Sonuç olarak adolesan gebelikler ve ana sağlığında bunların getirdiği sorunlar yaygındır. Konjenital anomalilere neden olan akraba evliliği % 21.6 oranında olup, % 16.6'sı 1.derece akraba evliliğidir (21, 27, 82).

Üreme dönemindeki kadınların % 76.1'i yaşayan üç çocuğu olan kadınların % 83.8'i başka çocuk istememektedir. Yine bu yaş grubu kadınların % 91.1'i üç ve daha az çocuk istemekte, % 43.8'i ise halen sahip olduğu çocuk

sayısının isteginden fazla olduğunu belirtmektedir (37).

Kadınların isteyerek düşük yapmaları ise 1982-1983 dönemi ile 1987 dönemi karşılaştırıldığında önemli artış mevcuttur. Orneğin 100 üreme dönemi kadında isteyerek düşük sırasıyla 2.8 ' den 4.5 ' e, 100 gebelikte 12.1 ' den 23.6 ' ya yükselmiştir. 1987 ' de isteyerek düşük 100 canlı doğumda 35.1 olarak çok yüksek orandadır (37, 38, 137).

Üreme çağı kadınların halen % 39 'u etkisiz yöntem kullanmakta, % 13 ' ü ise çocuk istemedikleri halde, hiç bir yöntem kullanmamaktadır (37).

Türkiye' de gebelerin % 43 'ü doğum öncesi bakım almakta, bu oran kırsal kesimde % 27 'ye düşmektedir (105, 136, 156). Doğum öncesi bakıma başlama ayı ise ortalama 7. ay olup çok geçtir (136). Gebelerin % 11.2 ' sine 1. doz tetanoz aşısı yapılmaktadır. Son doğumların % 76.8'i sağlık kuruluşunda olmuş, % 76.4 ' üne sağlık personeli yardım etmiştir. Bu oran kırsal kesimde % 64.6 ' dır. Yöresel yapılan diğer bazı çalışmalara göre, evde doğum oranı % 80 ' e, geleneksel ebelerin yaptırıldığı doğum oranı ise % 57 ' ye çıkmaktadır (37).

Kadın sağlığı açısından demir eksikliği anemisi ayrı bir önem taşır. Gebelikte anemi oldukça yaygın olup, ülke ortalaması % 50 ' dir. Gebe olmayan 15 yaş üzeri kadınlarda anemi prevalansı % 35 olup, bu oran aynı yaş grubu erkeklerde % 7 'dir (37, 38, 136).

Sağlıklı olma ve sağlığı koruyabilmenin önemli

ögelerinden biri, belki de en önemlisi beslenmedir. Sağlıklı bir beslenme ise; günlük diyetle alınan besinlerin, yaşam için gerekli olan tüm maddeleri yeterince ve dengeli bir biçimde içermesidir (2, 88).

1.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Gerek kendi toplumumuzda, gerekse dünyanın diğer değişik toplumlarında kadının aile düzeni içindeki yeri önemsenmemektedir. Kadın, sadece emirle itaat etmesi gereken birisidir. Aslında konu derinliğine düşünülürse; kadın-anne-aile bütünlüğünü sağlayan, koruyan, çocuk doğuran çocuklarının beslenmelerini üstlenerek onların bedensel ve zihinsel gelişmesini doğrudan veya dolaylı olarak sağlayan kişidir (11).

Uzun vadede ana ölümlerini azaltacak önlemler arasında genç kızları eğitmek, ekonomik özgürlüğe kavuşturmak gelir. Gebe ve doğuran kadınlara yasalarla ek haklar sağlanmalı, uzun vadeli sağlık eğitimleri ile kadınlar bilinçlendirilmeli ve çok çocuk yapmanın bir üstünlük olmadığı, kız-erkek çocuk arasında fark bulunmadığı kavramı topluma benimsetilmelidir.

Aşırı doğurganlık direkt olarak ana-çocuk sağlığını etkilediği gibi dolaylı olarak da çevreyi, beslenmeyi, eğitimi ve sağlık hizmetlerini etkileyerek toplum sağlığını da olumsuz yönde değiştirmektedir. Kadın sağlığını tehdit eden böylesi bir sorunun ne ölçüde yaygın olduğunu saptamanın ana ve çocuk sağlığı konularına ilişkin yürütülecek

çalışmalara katkıda bulunacağı g6r6řs6nden yola cıkılarak aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda bu araştırma planlanmıştır (35, 144).

Miadında doğum yapmak 6zere S.B İzmir Kadın Hasta - lıkları Ve Doğum Hastanesi'ne yatmış olan deneklerin :

1) Sosyo-demografik 6zellikleri, akrabalık durumu, gebelik 6yk6leri açasından incelenmesi

2) Gebelik aralığı, aile planlaması y6ntemi kul - lanma, gebelikteki alışkanlık durumlarının incelenmesi

3) Antenatal bakım alma, kan grubu ve kan değer - lerinin (Hemoglobin, Hematokrit) incelenmesi

4) Yenidoğanın kilo, boy, baş ve g6g6s 6vresi 6l - c6mlerinin incelenmesi

5) Yenidoğanın kilo, boy, baş ve g6g6s 6vresi 6l - c6mlerini etkileyebileceği d6ř6n6len fakt6rlerin (yaş, eğitim, gelir durumu, evlilik yaşı, anne-babanın akrabalık durumu, 6nceki doğumların 6zellikleri, gebelik sayısı, doğum sayısı, bir 6nceki gebelik ile şimdiki gebelik arası s6re, şimdiki gebeliği isteme, şimdiki gebelikte sigara, 6ay, i6ki i6me, gebelik sırasında ge6irilen 6nemli hasta - lık, şimdiki gebeliğinde ila6 kullanma , doğum 6ncesi ba - kım alma, yenidoğanın cinsiyeti , hemoglobin, hematokrit durumları) etkileme derecelerinin incelenmesi.

1.2. HİPOTEZLER

Miadında doğum yapan annelerin bebeklerinin fi - ziksel gelişimlerine etki edecek 6zellikler arasında bir

fark yoktur.

1) Sosyodemografik özellikleri (deneklerin yaş, eğitim, çalışma durumu, eş eğitimi, eş mesleği, eş çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, ilk evlilik yaşı, esi ile akrabalık durumu) bakımından fark yoktur;

2) Doğurganlık özellikleri (ilk gebelik yaşı, şimdiki doğum yaşı, gebelik ve doğum sayıları, ölü doğum, düşük (kendiliğinden-isteyerek), 2500 gr. ve altında, 4000 gr ve üzerinde doğan bebek, canlı doğup sonradan ölen bebek, bir önceki gebelik ile şimdiki gebelik arası süre) bakımından farklılık yoktur;

3) Şimdiki gebelik öyküleri (şimdiki gebeliği isteme, sigara içme, çay içme, ilaç kullanma, gebelikte aldığı kilo ve stres alma durumları) bakımından fark yoktur;

4) Doğum öncesi bakım alma öyküleri (ilk antenatal bakım, antenatal bakım alma, beslenme durumları) bakımından fark yoktur;

5) Genel sağlık öyküleri bakımından fark yoktur;

6) Deneklerin hemoglobin, hematokrit değerleri bakımından fark yoktur;

7) Yenidogana ait antropometrik ölçümler bakımından fark yoktur;

8) Yenidogan antropometrik ölçümleri ile ilişkisi olabilecek faktörler (yaş, eğitim, gebelik sayısı, şimdiki gebeliği isteme, alışkanlıklar, antenatal bakım alma hemoglobin ve hematokrit değerleri) bakımından fark yoktur;

1.3. SINIRLAMALAR

Bu araştırmada prematür, postmatür doğum yapanlar çoğul gebeliğı olan kadınlar, antenatal muayenede anomali fetüs taşıdığı saptanmış olanlar, ölü doğumlar, diabetli gebe kadınlar, kronik hastalığı olanlar (kalp yetmezliğı, yüksek tansiyon, böbrek hastalığı vb.) preeklemsi tanısı konmuş gebe kadınlar, yenidoğanın fiziksel gelişimine etki yapma riski taşıdıkları için araştırma kapsamına alınmamışlardır (127).

1.4 TANIMLAR

Miad Gebelik : Gestasyonun 37. haftasının tamamlanması ile 41. haftasının tamamlanması arasındaki herhangi bir zamanda (267-287 gün) doğmuş olan bebek bazıları tarafından miadında bebek olarak tanımlanır. Böyle bir tanım, bir dönem içerisinde herhangi bir zamanda yapılan doğumun optimal olduğunu, önce ve sonrasında ise olmadığı anlamına gelir (152).

Maternal Mortalite : Gebelik ve doğuma bağılı anne ölümleri oranı (78).

Fetüs : Üçüncü gebelik ayı başından doğuma kadarki devre içinde gebelik ürününe verilen isim; uterus içinde gelişen yavru; cenin (78).

Prenatal Dönem : Gebeliğın oluştuğı andan itibaren eylemin sonuna kadar olan dönemdir. Antenatal dönem veya antepartum dönemi olarak ifade edilebilir (140).

Zamanında Doğum : Son adet tarihinin ilk gününden itibaren doğuma kadar olan gebelik süresinin 259-293 günler arasında (ort.280 gün) bulunmasına zamanında doğum veya son adet tarihinin ilk gününü takiben 38. gebelik haftasının son günleri arasında doğan bir bebeğe zamanında doğan bebek (matür bebek veya term bebek) adı verilir (87).

Ferinatal Dönem : Ferinatal dönemin tanımında kesin bir fikir birliği yoktur. Bir görüşe göre, gebeliğin 20. haftasından doğumdan sonraki 28. gününe kadar olan süreye perinatal dönem adı verilirken, diğer bir görüşe göre ise gebeliğin 28. haftasının tamamlanmasını takiben yaşamın ilk 7 günü içindeki süreye perinatal dönem denilmektedir (134).

Antropometrik Ölçümler : Yenidoğanın doğumu hemen izleyen zamanda ağırlığının gram, boyunun cm, baş çevresinin cm. cinsinden saptanmış ölçümler ile değerlendirilmiştir (99).

Persentil Eğriler : Persentil eğrileri 200 veya 300 çocukluk sağlam kız ve erkek gruplarının doğumdan puberte sonuna kadar belli aralıklar ile ölçülmesi ile elde edilir. Örneğin; aynı yaş ve aynı cinsten 100 normal çocuk olduğunu varsayalım. Boy değerleri en küçükten en büyüğe doğru sıralanır. Alttan 3. çocuğun boy ölçüsü 3. persentil değeri, üstten 3. çocuğun boy ölçüsü 98. persentil değerine uyar. Muayene edilen çocuğun ölçüsü, bu eğriler üzerine işaretlenerek normal sınırlar içinde olup olmadığı saptanır.

nır (141).

3-97 persentil normal büyümenin alt ve üst sınırları olarak kabul edilirler. 50. persentil çizgisi ise median adını alır. Optimal gelişimi gösterir.

1.5. GENEL BİLGİLER

1.5.1. ANNE SAĞLIĞI SORUNLARI

Doğurganlık çağındaki kadınların gebelik ve doğum ile ilgili sorunlarına "Ana Sağlığı Sorunları" denmektedir (49).

Ana sağlığını yansıtan iki önemli ölçüt vardır. Bunlardan birisi morbidite diğeri ise mortalitedir (4).

Anne sağlığı yönünden doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde doğum süreci içerdiği riskler açısından büyük önem taşımaktadır. Doğum öncesi bakım, annenin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyumunu ve bebeğin uygun gelişimini izlemek açısından çok büyük önem gösterir. Gebe izlemleri sırasında gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek patolojilerin de erken tanısı gerçekleşecektir (56, 81, 89, 95, 102).

Bu dönem annenin gebeliğe ve doğuma hazırlanması için beslenme, hijyen, emzirme, bebek bakımı ve aile planlaması konularında bilgilendirilmesi açısından çok uygun bir zamandır (102).

Kadınların eğitimi arttıkça, toplumda yerleri yükseldikçe temel sağlık bakımından yararlandıkça daha az gebe olacaklar ve gebelikleri daha sağlıklı geçecektir. Bu durumda seyrek görülen riskli gebelikler için özel bakım,

müdehale gereken durumlar için acil ve doğru yaklaşım sağlandığında annelerin ölüm olasılığı ortadan kalkacaktır (146).

Anne sağlığını etkileyen sorunlardan biri, doğumda kimin yardım ettiğidir. Gelişmiş ülkelerde doğumların %98'i hastanelerde yapılırken az gelişmiş ülkelerde bu oran %48'dir. Doğuma yardım eden kişilerin eğitimi ve deneyimi de önemlidir (35,49). Türkiye'de : doğumların %50.84'ü hastanede, evde sağlık personeli yardımı ile %24.34'ü, diğer %24.82'dir. Kırsal kesimde : doğumların %33.40'ı hastanede evde sağlık personeli yardımı ile %30.00, diğer %36.54'tür Kentsel kesimde : doğumların %71.73'ü hastanede, evde sağlık personeli yardımı ile %17.48, diğer %10.79' dur (138).

20 yaşın altındaki ilk doğumlarda ana ölüm hızı yüzbinde 10, 20-30 yaşlarında yüzbinde 1'dir. O halde ana sağlığında önemli adımlardan biri, genc yastaki gebelikleri önlemektir (49, 154).

Anne yaşının fazla oluşu gebelikte ölüm tehlikesini arttırır. 30 yaşından sonra bu tehlike gittikçe artar. 45 yaşın üstündekilerde ölüm tehlikesi, 20-24 yaşındaki kadınlara nazaran yaklaşık olarak 9 defa daha fazladır (120).

Aşırı doğurganlık da ana sağlığına etkilemektedir. Aşırı doğurganlığı iki yönden ele almak gerekir. Bunlardan biri, sık doğumdur. Türkiye'de doğumlar arası aralık bir yıl veya daha azdır. Bir diğeri aşırı doğumdur. Tekrarlayan gebelikler risk arttırır (49, 51, 67, 120, 146).

Sosyal sınıf farkının ana sağlığına olan oranına

bakacak olursak, düşük sosyal sınıfta ana ölüm hızı yüz - binde 10, yüksek sosyal sınıfta yüzbinde 4'tür. İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde sosyal sınıf farkı yüzünden sağlık hizmetinin farklı olması söz konusu değildir. Türkiye' de ekonomik kalkınma hızlanmalı ve gelir dağılımı dengelenmelidir ki ana sağlığı düzeltilebilsin (49).

Kadının fiziksel yapısı da ölümü etkilemektedir. Boyu 1.60 cm' in altında olan kadınlarda yüzbinde 50, 160 cm'in üstünde olanlarda yüzbinde 28' dir. Boy yapısını da beslenme çok etkilemektedir (49).

Ülkemiz nüfusunun %20-22'sini, 15-49 yaş grubu evli kadınlar oluşturmaktadır. Kadın, fizyolojik yapısı ve sosyal durumu nedeni ile sağlık yönünden oldukça fazla risk altında olan gruptur (81). Günümüzde tıp alanındaki gelişmeler, anne sağlığının ön plana çıkması ile ana ölümlerinin belirgin bir şekilde azalmasına olanak tanımıştır (102).

1.5.1.1. ANNE ÖLÜMLERİ

Gebeliğin ilk gününden postpartum döneme dek gebelik, doğum veya doğumla ilgili başka bir nedene bağlı bir yıl içinde ölen annelerin aynı süre içindeki tüm doğumlara oranı anne ölümüdür. Anne ölümleri daha çok gelişmekte olan ülkelerin sorunudur (5, 105, 120).

Her yıl tahminen 500 bin kadın gebelik ve doğum komplikasyonlarından ölmekte, bir milyondan fazla çocuğun annesiz kaldığını kabullenmek oldukça zor, ama gerçek. O - layın en acı yanı da, günümüzde ulaşılan bilgi düzeyinde,

bu gebelikteki sağlık sorunlarının büyük bir bölümünün, düşük bir maliyet karşılığında önlenebilecek durumda olmasıdır (24, 30, 50, 92, 120). Bu ölümlerin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (105, 113).

Bir kadının gebelikte ya da doğum sırasında ölme olasılığı Kuzey Avrupa ülkelerinde onbinde bir iken, aynı olasılık Afrika'da yaklaşık 20'de bir, Asya'da 54'te bir, Latin Amerika'da ise 73'te birdir (50).

Endüstrileşmiş ülkelerdeki anne ölüm oranları şöyledir : Gebelikle ilişkili sebeplerden ölen bir kadın için yaşam riskleri ortalaması 4000'de bir ve 10.000'de bir arasındadır. Gelişmekte olan ülkelerdeki kadında risk ortalaması 1/5 ve 1/50 'dir. Bu ülkelerde anne ölüm oranı Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinden 200 kez fazladır (77, 91, 105).

TABLO 1 : Dünyada Bölgelere Göre Anne Ölümü Riski ve Anne Ölümleri (1974-1984) (105, 138)

| Bölge | Fekondite Hızı | Yaşam Boyu Anne Ölüm riski | Anne Ölüm Hızı 100.000 Canlı Doğumda |
|---------------|----------------|----------------------------|--------------------------------------|
| G.Doğu Asya | 4.5 | 1:44 | 420 |
| Kuzey Afrika | 6.0 | 1:98 | 500 |
| Batı Asya | 5.8 | 1:34 | 420 |
| Latin Amerika | 3.1 | 1:244 | 110 |
| Doğu Asya | 2.1 | 1:722 | 55 |
| Kuzey Avrupa | 1.8 | 1:9850 | 4.7 |
| ABD | 1.7 | 1:6766 | 7.7 |
| Türkiye | | | 132 |

Annenin ölümü çocukluğuna kadar uzanan bir çok koşulun birbirine zincirlenmesinden ileri gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde iyi beslenmeyen, okula gönderilmeyen, ev ve tarla işleri kendisine yüklenen kadınların doğururken ölme olasılıkları daha yüksektir (105).

1.5.1.2. ANNE SAĞLIĞININ TARİHÇESİ

1540'da Thomas Bull Raynold, 1668'de Francois Mauriceau tarihte ilk kez ana sağlığı ile ilgili yazı yazmışlardır. 18. yy'da Dionis ve William Smellie bu konuda kitap yayınlamıştır (30).

19. yy'da Thomas Bull "Annelere Öğütler" adlı kitabını yazmıştır. 1889'da Edinburg'da ilk tıbbi ana sağlığı ünitesi olan "Premature Yuvası" açılmıştır.

20. yy'da İngiltere'de Dr. J.W. Ballantyne konuya eğilmiş ve 1902'de Edinburg'da Doğum Hastanesinde "Hamilton Yatağı" adı verilen ilk doğum öncesi yatağı ayrılmış ve bu yatağa ilk kez Hydramnioslu bir anne yatırılmıştır.

1917'de A.B.D'de Newyork Tıp Akademisi ana ölümlerine dikkat çekerek 1920'de milli bir komite kurmuştur(30)

1931'de Williams, Philadelphia Gnele Hastanesi'nde, açık oturumlar düzenleyerek herkesin önünde, anne ölümlerini tartışmıştır. Bu tartışmalar ne kadar mahkeme salonu atmosferinde olmuşa da asıl amaç yargılama ve cezalandırma olmadığından çok yararlı olmuştur ve onu izleyen 9 yıl içinde ana ölüm hızı 1931'de 100.000 canlı doğumda 680'den

1940'da 230'a düşmüştür (30).

Bu gelişme, antibiyotik ve kan bankası hizmetleri - nin devreye girmesinden önce gerçekleşmiştir (30).

Türkiye'de ana sağlığı çalışmaları ilk kez 1846'da Mektebi Tıbbiye'de 2 yıllık bir kurs açılarak başlamıştır (30, 4). Ana sağlığı hizmetlerine esas önem Cumhuriyet devrinde verilmeye başlanmıştır (4).

1926'da Ankara ve Konya'da ilk Doğum ve Çocuk Bakımevleri açılmıştır. 1937'de Balıkesir Ebe Okulu, 1938'de Konya Ebe Okulu açılmış ve 1952'de Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF ile işbirliği yapılmaya başlanmış ve bakanlık bünyesinde Ana-Çocuk Sağlığı Örgütü kurulmuştur.

1961'den sonra bu örgüt sağlık hizmetleri içine entegre edilmiştir. Türkiye'de; Sağlık Ocağı: 4 138, Sağlık Evi: 11 621, AÇSAP: 262'dir (4, 30).

1.5.2 ANNE ÖLÜM NEDENLERİ

Anne ölümlerini başlıca 4 büyük nedene bağlayabiliriz :

- 1) Kadının yaşam koşullarına bağlı nedenler,
- 2) Ülkenin ekonomik gelişme geriliğine bağlı nedenler,
- 3) Medikal nedenler,
- 4) Temel sağlık hizmetlerinde yetersizlik (105).

1. Kadının yaşam koşullarına bağlı nedenler:

1.1. **Egitsizlik** : Eğitim sadece kadın sağlığını değil, aile ve toplum sağlığını da etkileyen önemli bir

faktördür (55, 95).

1.2. Küçük yaşta evlendirme (15 yaşından önce evlilik) : Adölasan evlilik gebelik ve doğumlarda komli - kasyon olasılığı fazladır ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde ana ölümlerinin nedenleri arasında önemli yer tutmaktadır (55).

1.3. Kadının ağır çalışma yaşantısı

1.4. Çok evlilik (poligami) kadının yükünü ve stresini arttırmaktadır.

1.5. İleri yaşlarda doğum (35 yaşından sonra) : MMRS'nin 35 ve üzeri yaşta 8 ülkede yapılan çalışmalarda karşılaştırma yapılmış ve 35-39 yaşlarında her kadının % 46-85 arasında 20-24 yaşa oranla daha fazla gebelik esnasında öldüğü gözlenmiştir (58, 76).

1.6. Aile içinde eşitsizlik : Kendi katkısı ile eve sağlanan paradan yararlanamaz, kadın hakları mevcut olsa da kullanmasını bilmez.

1.7. Geleneklere bağlı hatalı uygulamalar.

2. Ülkenin ekonomik gelişme gerilğine bağlı neden - ler.

2.1. İletişim araçlarının noksanlığı

2.2. Fakirlik ve onun beslenme, hijyen vb. üzerine kötü etkileri : Fakir ülkelerde anne ölümlerinde istenmeyen gebeliklerin ve bunun neticesinde yasal olmayan düşüklerin payı yüksektir (148). Gebelerin % 94.2'sinin gebe kalmadan önce uyguladıkları beslenme biçimi, gebelik te de devam etmekte ancak % 1.9'unun da kesin olarak süt

ürünleri tükettiği anlaşılmaktadır (105).

3. Medikal nedenler

3.1. Direkt Obstetrial Nedenler : Hipertansiyon, kanamalar, puerperal infeksiyonlar, uterus rüptürleri, tetanoz, dış gebelik, sezeryan v.b. gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmaların bir sonucu olarak direkt anne ölüm nedenlerinin %50-98'i hemoraji, enfeksiyon ve toksemi beraberliğidir (148). Her 100 canlı doğumda 37'si istenmeyen yada planlanmayan gebelikler sonucunda kadın bebegini düşürmek için riske girer (105). Annenin gebeliğinde aşılmasıyla alınan önlemlerle de ana ölümleri daha az görülmektedir (21).

3.2. İndirekt Obstetrial Nedenler : Anemiler, bozuk obstetrial özgeçmiş, daha geç açığa çıkan ölümlere yol açabilir.

3.3. Doğum Aralığının Etkisi : Bir kadının bir gebeliğin etkisinden fizyolojik olarak tamamen düzelerek diğer bir gebeliğe hazır olabilmesi için 2-3 yıla ihtiyacı vardır. Bu aralığın kısalması anne ve çocuk için ölüm riskini arttırır. Annenin tekrarlayan gebelikleri sırasında proteine gereksinimi artmaktadır. Hatta iyi beslenme, tıbbi bakım ve optimal doğurma yaşı, az doğum sayısı dahi iki yıldan az gebelik aralığında meydana gelecek sağlık sorunlarını kompanse edemez ve anne de "Tükenme Sendromu" adı verilen bir durum ortaya çıkar. Kısa doğum aralığı, düşük doğum kilosu, anemi, perinatal mortalite, prematür doğum insidanslarını ve gebelik-doğum komplikas-

yonlarını arttırır (5, 35).

Uluslararası çalışmalar, doğumlar arasında iki yıl ve daha fazla ara bırakıldığında, hem yenidoğan çocuğun hem de bir önce doğum yapmış olanın ölme tehlikesinin önemli oranda azaldığını ortaya koymaktadır.

Doğumdan önceki aralık kısa olan bebeklerin yaşama şansları, uzun aralık sonunda doğan bebeklerinkine oranla daha az olmaktadır. Ülkemizde tüm doğumların uygun aralıklarla yapılması halinde, bebek ölümlerinin % 27.8'inin önlenebileceği tahmin edilmiştir (1).

4. Temel sağlık hizmetlerinin yeterince yaygınlaştırılmamış olması : Kadınların bir çoğu hiç bir sağlık personelinden yardım görmediklerinden doğururken ölmektedirler. UNICEF raporlarına göre sağlık personelin den yardım alınarak yapılan doğumların dağılımı şöyledir : Afrika %34, Güney Asya %31, Latin Amerika %64, Doğu Asya %93, Kuzey Amerika %100 (14B).

TABLO 2 : Türkiye Genelinde Doğumların Yapıldığı Yer.

| Hastane (%) | Evde Sağlık Personeli Yardımı ile (%) | Diğer (%) |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------|
| 50.84 | 24.34 | 24.82 |
| Kırsal kesimde : | | |
| 33.40 | 30.06 | 36.54 |
| Kentsel kesimde : | | |
| 71.73 | 17.48 | 10.79 |

(13B).

Bu rakamlara göre doğumların yarıya yakın kısmının

sağlıksız koşullarda gerçekleştiği ortaya çıkmaktadır. Doğurganlığın yüksek, gebelik-doğum için sağlık kuruluşlarının daha az kullanıldığı yörelerde, anne ölümlerinin de fazla olduğu düşünülmektedir (136).

Türkiye'de anne ölümlerinin %51'nin değerlendirilmesi yapılmış ve yüksek bir sağlık kuruluşunda karşılanabileceğini ve diğer %24'ünün yükselmiş bir sağlık sistemi ile karşılanabilirliğini belirtmişlerdir (148).

1990 Çocuklar İçin Dünya Zirvesi, anne ölümlerinin 2000 yılına dek en az %50 oranında azaltılması çağrısında bulunmuştu. Bugün bir çok ülke, bu hedefe ulaşmanın yollarını ve araçlarını araştırmaya koyulmuştur (50).

Dünya Sağlık Teşkilatı (WHO) başta olmak üzere, her ülke özel komiteler kanalıyla, Ana-Çocuk ölümlerini yakından izlemeye, ölüm oranlarını indirebilmek için koruyucu önlemler almaya büyük emek harcamaktadır (10).

Anne ölümlerinin yaklaşık yarısı doğum eylemi sırasında, diğer yarısı ise doğumdan önce ve sonra olan ölümlerdir (136, 146).

Özetle, anne ölümlerinin azalması, büyük ölçüde kadınlara acil doğum bakımı sağlanabilmesine bağlıdır. Bunun ille de büyük kentlerde yüksek teknolojik donanımlı hastanelerde verilmesi gerekmez. Gerekli olan bakım küçük doğum evleriyle sağlık ocaklarında da sağlanabilir. Yalnız burada dikkat edilmesi gereken husus, doğumun komplikasyonlu olabileceğinin acilen teşhis edilip annenin derhal

bir doğumevine naklinin sağlanmasıdır (50, 105).

Sağlıklı bir toplumun oluşabilmesi için sağlıklı annelere ve onların doğurdukları sağlıklı bebeklere ihtiyaç vardır. Bu da erken evlilik ve erken doğumların, sık ve çok sayıda doğumların önlenmesi, antenatal bakımın ve doğumların uygun koşullarda yapılması ile sağlanabilir.

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin amacı olan "2000 yılında herkese sağlık" politikasında ulaşılması gereken 38 hedef belirlenmiştir. Bunların 8.'si ana sağlığı ile ilgilidir ve aynen şöyle denilmektedir. "2000 yılında bölgede, ana ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 15'ten daha az olmalıdır", hiç bir ülkenin ana ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 25'ten fazla olmamalıdır (1, 33, 42, 81).

Verilen bu hizmetlerle gebelerin ancak %42.6'sı doğum öncesi bakım almaktadır.

TABLO 3 : Doğum Öncesi Bakım Alanların Bölgelere ve Yerleşim Yerlerine Göre Dağılımı 1983-1989 (%).

| Bölgeler Yerleşim Tipleri | Doğum Öncesi Bakım | | Toplam |
|---------------------------|--------------------|------------|---------|
| | Alanlar | Almayanlar | |
| Batı | 61.8 | 38.2 | 100.000 |
| Güney | 36.5 | 63.5 | 100.000 |
| Orta | 42.4 | 57.6 | 100.000 |
| Kuzey | 37.4 | 62.6 | 100.000 |
| Doğu | 22.4 | 77.6 | 100.000 |
| Kent | 55.7 | 44.3 | 100.000 |
| Kır | 26.9 | 73.1 | 100.000 |
| Türkiye | 42.6 | 57.4 | 100.000 |

1.5.2.1. ANTENATAL (PRENATAL) BAKIM

Sağlıklı bir toplumun oluşumunda, onu oluşturan bireylerin sağlıkları önemli bir ölçüt olarak kabul edilmeye göre; bireysel sağlık prenatal dönemde başlamakta, prenatal ve postnatal dönemlerde sürüp gitmektedir (58).

Döllenme ile başlayan doğumla sona eren gebelik periyodu, gebe ve fetus için fizyolojik, psikolojik değişikliklerle düzenlenmiş doğal bir süreçtir. Bu süreçte anne ve fetusun sağlığının devamlılığı için sürekli kontrolü normalden sapmaların erken tanısı, gerekli bakım ve tedavisinin zamanında yapılması, doğumların uygun ünitelerde gerçekleştirilmesi işlevlerini kapsayan antenatal (prenatal) bakıma gereksinim vardır. Antenatal bakım, günümüzde bütün dünyada benimsenmiş yasa ve yönetmeliklere bağlı bir sağlık politikası olarak kabul edilmiştir (40, 57, 58, 136, 139).

Gebe kadın hamileliğin her ayında bir kez kontrole gitmelidir. Bu 32. haftaya dek 4 haftada bir, 38. haftaya kadar 3 haftada bir, sonra da her hafta kontrole gitmesi şeklinde olur. Eger riskli bir hamilelikse bu vizitler daha sık olmalıdır (65, 69).

Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında gebelerin ebeler tarafından en az 6 kez izlenmesi gerekmektedir. Genellikle Türkiye'de ilk kontrol hamileliğin 7. ayında yapılmaktadır. Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe süre artmakta ve eğitim düzeyi yüksek anneler hamileliğin 5. ayında kontrol yaptırmaktadırlar. Gebelik sırasında kontrolün %81.4 gibi

yüksek bir oranı hekim tarafından yapılmaktadır.

TABLO 3-a : Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Alanların Hizmeti Veren Personele Göre Dağılımı 1983-1988 (%)

| Personelin Niteliği | % |
|---------------------|-------|
| Doktor | 81.4 |
| Ebe ve Hemşire | 15.2 |
| Ara ebesi | 1.1 |
| Diğer | 2.3 |
| Toplam | 100.0 |

İlk muayenede genel tıbbi kontrol ile özellikle abdomen ve pelvis incelenir. Her başvuranda idrar muayenesi, kan basıncı, ağırlık ve kilo kontrol edilir. Hemoglobın ve eritrosit sayımı yapılır. Her gebe kadından Rh faktörü ve kan grubu tayini yapılmalıdır. Kontroller sırasında hijyenik kurallar, beslenme konusu öğretilir ve çıkması olası bazı semptomlar üzerine dikkat çekilir. Ekonomik olanaklar, bölgenin geleneksel yiyecekleri ve görenekleri gözönünde tutularak o yörenin özelliklerine göre öğütler verilir (105).

1968 yılında Eartman ve Jackson maternal kilo artımının bebeklerin doğum ağırlıkları ile paralel gittiğini göstermişlerdir (45).

Normal bir gebe kadın ilk 12 haftada yaklaşık 1.5kg 20. haftaya kadar da 4.5-5 kg. kazanır. Geri kalan 20 haftada ise ayda 1-2 kg. kazanır. Bütün gebeliği boyunca ortalama 10-12 kg kazanır (31, 69, 79,118, 147).

Hamilelikten önce 45 kg. veya daha az olan kadınla-

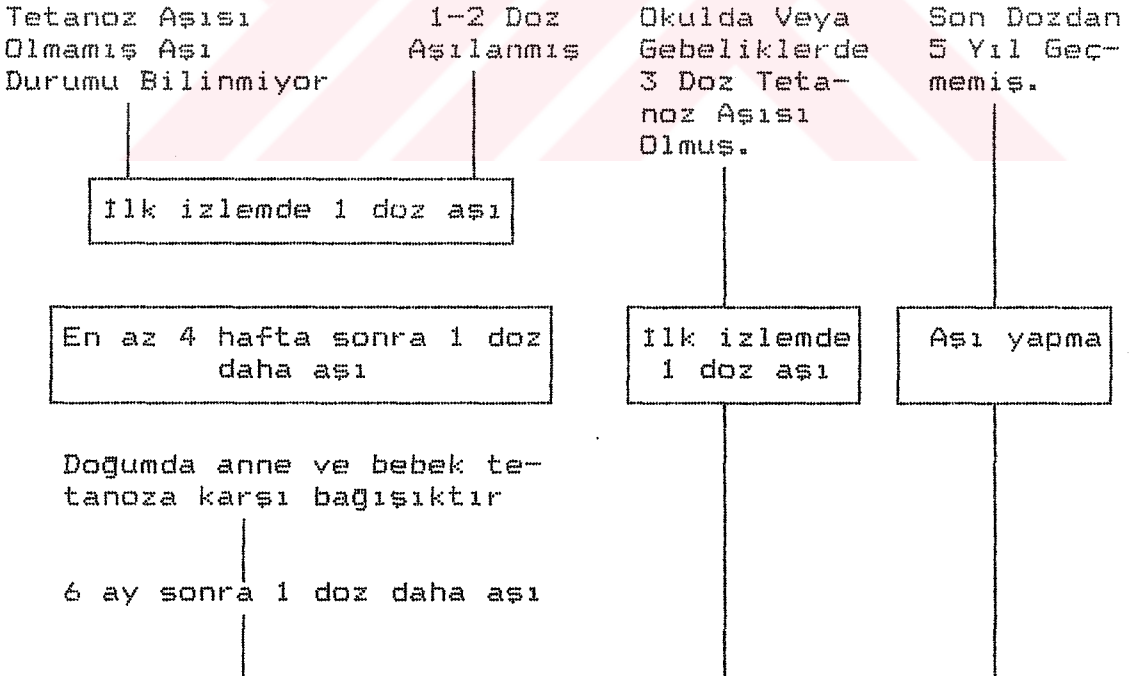
rın gebelik yaşına göre daha küçük bebek doğurma olasılıkları yüksektir. Bu kadınlara kesinlikle kilo almaları önerilmelidir (89).

Gebelikte çok kilo alımı da sakıncalıdır. Bu sakıncaları şöyle özetleyebiliriz :

- Aşırı kilo alma doğumu zorlaştırır,
- Gebeliğe özgü bir hastalık tablosu olan toksemnin ortaya çıkmasının habercisidir,
- Estetik bakımdan da sakıncalıdır. Ayrıca anne doğum sonrası bu kiloları kolaylıkla veremez (100).

Yenidogan tetanozunun görüldüğü toplumlarda annelerin gebeliği 7. ayında tetanoz aşısı uygulanmalıdır (84).

Gebelikte Tetanoz Aşısı Uygulaması



5 yıl süreyle anne ve doğacak bebekler bağışıktır(131).

İdrar Muayenesi : Her başvuranda idrar analizi ve kültürü kesinlikle yapılmalıdır. Bakteriürisi olan hasta-

lar pyelonefrit riskini minimale indirmek amacı ile anti-biyotik tedavisine alınmalıdır (89).

Kan Basıncı : Kan basıncının devamlı 140/90 mmHg civarında ölçülmesi, sistolik basıncın 30 mmHg, diastolik basıncın 15 mmHg artması (hamileliğin erken dönemlerinde) preeklampsinin kanıtları olarak değerlendirilir. Hastaneye yatırmak tartışmalıdır ancak yatak istirahati kesinlikle endikedir (89).

Rh Faktör ve Kan Grup Tayini : Hem annenin hem de babanın kan grup antikor tayini ve anne kan grup tayini en erken zamanda yapılmalıdır (89).

Varis : Varislerin en önemli belirtisi özellikle bacaklardaki toplar damarların şişip kabarmasıdır. Şişen ve kabaran damarlar zaman zaman ağrıya da yol açabilir. Ancak 1. çocuğa hamile olan kadınlarda ender görülür. Hamilelik sayısı arttıkça ortaya çıkma olasılığı artar. Varis hamilelikten önce yoksa doğumdan sonra kaybolur.

Varis'i önlemek için :

- Uzun süre ayakta kalmamak,
 - Vücudun alt kısmını uzun süre sıcakta bırakmamak,
 - Jartiyer, sıkı lastikli kilot, sıkı çorap lastiği gibi vücut alt kısmındaki kan dolaşımını engelleyen giysileri kullanmamak,
 - Oturduğu zaman bacak bacak üstüne atmamak
- önerilmesi gereken hususlardır (100).

Verilen bu hizmetlerle gebelerin ancak %42.6'sı doğum öncesi bakım almaktadır.

1.5.2.2 ANTENATAL BAKIM ALMA İLE İLGİLİ YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Bir toplumda prenatal bakımın değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel göstergeler; AOH (ana ölüm hızı), fetal-neonatal-perinatal mortailite ve morbiditedir (58).

Yapılan araştırmada antenatal bakım ve kontrollerin başlama zamanını %57'si 3. aydan önce, %35'i 3. aydan sonra olarak, "ne kadar aralıkla gitmelidir ?" sorusuna %78'i "her ay düzenli olarak gidilmesi gerekir" şeklinde yanıtlamışlardır. Uygulamalarına bakıldığında, %51'inin her ay kontrole gittiği, %22'sinin hiç gitmediği, geri kalanının düzensiz ya da aklına geldikçe gittiği saptanmıştır. Onsel, S. %27.5, Ekizler, H. %92 oranında antenatal kontrole gidilmediğini belirtmişlerdir (58).

Antenatal kontrollere gidememe nedenleri, sağlık kuruluşundan ve aileden kaynaklanan etmenler arasında yaygın bir dağılım göstermiştir. Sağlık kuruluşunun uzaklığı, sağlık elemanlarının ilgisizliği ve onlardan fazla yararlanamamaları, çocukları bırakacak yerin olmayışı ve kendilerinin gitme gereği duymamaları ilk sıralarda yer alan nedenlerdir (58).

Gebelerin antenatal bakım konusundaki bilgi ve uygulamaları incelendiğinde; %48'i doktorun önerdiği ilaçların kullanılması gerektiğini, %78'i gebelikte röntgen çekirmenin zararlı olduğunu, %50'si ancak aklına geldikçe diş fırçaladıkları, %50'si son aylarda cinsel ilişkinin zararlı olduğu görüşünü paylaştıklarını, %33'ü gebelikte

sık sık banyo yapılması gerektiğini, %60'ı gebelik egzersizlerine inandıklarını belirttiler (58).

Bazı araştırmalar halen gebe kadınların erken dönemlerde prenatal bakımı sağlamanın güçlüklerinin olduğunu ve prenatal bakımın yenidoğan sonucuna olumlu etkisinin kesinliğine rağmen bazen hiç prenatal bakım alınmadığını göstermektedir (31).

Amerikalı doğurgan yaşta olan kadınlardan sağlık güvencesi altında olmayan kadınlar %26 kadardır. Ulusal ortalamaya göre sağlık sigortası olmayan kadınlar, sağlık sigortası olanlara oranla antenatal bakımı iki kez daha fazla geç almakta, almama durumuna bakılırsa 4 kez daha fazla olmaktadır. Antenatal sınıflara devam etmeyenler muhtemelen çoğu kez daha düşük sosyo-ekonomik grupta, evlenmemiş ve sosyal desteği olmayanlardır. Çok genç anneler ve 30 yaşından daha büyük olanlarda daha az devam eden gruptaydılar (62).

Amerika'da 1987'de yapılan araştırmada ziyarete gelenlerin demografik profili %48'i liseden daha az eğitimli, %90'ı işsiz, %23'ü 18 yaşın altındadır (153).

1.5.3. INTRAUTERİN BOYUM VE GELİŞMEYİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Asılanan yumurtanın uterus duvarına implantasyonunun iyi olmaması, sıvısının azlığı (hidroamnios), placentada dolaşım yetersizliği gibi etmenler embriyo ve fetüsün gelişmesini etkileyen durumlardır (73).

Annenin hamilelikte geçirdiği, eklampsi, praeklamsi genel vasküler düzensizliklere neden olduğundan uterus ve plasentanın beslenmesini engelleyerek fetüsün gelişmesini etkilemektedir. Ölü doğum oranı bu annelerin bebeklerinde oldukça yüksek bulunmuştur (73).

Annenin yaşının 16'dan küçük, 35' ten büyük olması da embriyo ve fetüsün gelişmesini etkiler. Bu annelerin daha sık düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdikleri ve bebeklerinde de daha sık doğumsal anomali görüldüğü bildirilmiştir (65, 73).

Annenin gebelik süresince radyasyon ve travmaya maruz kalması ve hava kirliliği de çocukta bozukluk, gelişme geriliği ve doğumsal anomilere neden olan durumlardır (73).

Ekonomik nedenlerle anne adayının hamilelik süresince evin dışında ve ağır şartlarda çalışması, yeterli prenatal bakım almaması, dinlenememesi gibi durumlarda fetüsün gelişmesini etkilemekte, düşük doğum tartılı ve preterm bebek oranını yükseltmektedir (65, 73).

Annenin beslenme durumu ve sosyoekonomik düzeyi ile intrauterin gelişme arasında çok yakın bir ilişki vardır (73, 116). Özellikle protein-enerji malnütrisyonunun sık görüldüğü ülkemiz gibi gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik düzeyi düşük yörelerinde annenin hamilelik süresince yeterli ve dengeli beslenmemesi sonucu gelişme geriliği, düşük doğum tartılı ve preterm doğumların sık olduğu görülmüştür. Bu annelerin bebeklerinde ölü doğum oranı da oldukça yüksektir (65, 73).

Annenin hamilelik süresince tükettiği protein miktarının yenidoğanın vücut tartısı, boy uzunluğu ve beyin gelişimi üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarda da belirtilmiştir (73).

Intrauterin yaşamda bebeğin sağlığı annenin sağlıklı olmasına bağlıdır. Annede kronik ve metabolik hastalıkların varlığı (diyabet, böbrek, kalb vb.) fetüsün sağlığını ve gelişmesini olumsuz yönde etkileyen en önemli sorunlardır (73).

Annenin sigara, alkol ve ilaç bağımlılığı fetüsün sağlığı ve gelişmesi arasında da çok yakın bir ilişki vardır (65, 73, 100, 116).

Gebelik Aralığı (Intervali) : İki yıldan daha kısa aralıklarla gebe kalmak düşük doğum ağırlığına yol açan bir faktör olarak bildirilmiştir.

Yaşanılan Bölge : Annenin deniz seviyesinde yüksek olan bir yerde yaşamasının da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurmasında etkili olduğu bildirilmiş ve olay hipoksi ile açıklanmıştır (65, 116).

1.5.3.1 İSTENMEYEN GEBELİKLERDE DÜŞÜKLER

Doğurganlığın çok fazla olması istenmeyen gebeliklerin artmasına , bu da anne sağlığı için riskli olan düşüklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda kadınlar ya istemedikleri halde bu çocuğu doğurmakta ya da düşüğe başvurumaktadırlar. Her 100 canlı doğumdan 37'si istenmeyen ya da planlanmayan

gebelikler sonucudur.

1984 yılında her 100 gebeden 15.1'i isteğe bağlı düşük yaparken, bu sayı 1987'de 23.6'ya yükselmiştir. Düşüklerde görülen bu artış, 1983 yılında, günün koşullarına göre revize edilen nüfus planlaması hakkındaki yasa ile daha önce yasak olmasına rağmen, elverişsiz koşullarda ve ehil olmayan ellerde yapılan düşüklerin, devletin denetim ve gözetiminde yapılması sağlanmıştır.

TABLO 4 : Düşüklerin Dağılımı 1984-1987 (1000 Gebelik)

| TİP | 1984 | 1985 | 1986 | 1987 |
|---------------|------|------|------|------|
| Isteğe bağlı | 15.1 | 16.8 | 20.2 | 23.6 |
| Kendiliğinden | 7.6 | 8.7 | 8.1 | 8.2 |
| Toplam | 22.7 | 22.5 | 28.3 | 31.8 |

1.5.3.2. GEBELİK DÖNEMİNDE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ ETKİLEYEBİLECEK FAKTÖRLER ÜZERİNE YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Yapılan bir araştırmada annelerin, gebelik süresi gözetilmeksizin bebeğin doğum aralığı ile gebelikte kazanılan ağırlık, sigara kullanımı ve ailenin gelir düzeyi arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$). Eğitim düzeyi ve gelir düzeyinin beslenme durumunu etkilediği anlaşılmış ancak beslenme durumu ile bebek doğum ağırlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (90).

Anemi genellikle biyolojik olaylardan ve sosyo-ekonomik şartlardan ayrılmayan bir faktördür. Yenidoğan

tartısında rol oynayan etkenler arasında anemi, bağımsız bir parametre olarak az sayıda çalışmada ele alınmıştır. Yapılan bir araştırmada annenin hemoglobini hic bir analizde doğum tartısı ile anlamlı bir korelasyon göstermemiştir (29).

McEvan ve Murdock araştırdıkları seride, tartısı yüksek çocuk doğuran kadınların, %23'ünün Hb düzeyinin %11 gr.'in altında, %24'ünde ise Hb'nin %9 gr.'in altında olduğunu saptadılar. Sylvester ağır anemisi bulunan hastaların, tartısı büyük çocuklar doğurduğuna işaret etmiştir. Dikkatli bir antenatal bakım yapılan diğer bir seride ise, düşük tartılı çocuk doğuran kadınların %10.1'inin, buna karşılık tartısı büyük çocuk doğuran annelerden %19.4'ünün anemik olduğu görülmüştür. Araştırmacılar bu sonuçları fetal hayatta tartının normale göre hızla büyüdüğü hallerde anneden alınan Fe'in anemiye yol açması ile yorumlamaktadırlar (29).

Köksal'ın Türkiye çapında yaptığı beslenme araştırma sonuçlarına göre gebelerin %74'ünde Hb düzeyinin %11gr/dl'in altında olduğu saptanmıştır (64).

Binyıldız ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada da baş çevresinin ($p<0.05$) ve boy uzunluğunun ($p<0.01$) annenin Hb, Hct. değerlerinden etkilendiği görülmüştür (16).

1.5.3.3. DOĞUM ÖNCESİ DÖNEMLERİNDE FİZİKSEL BOYUMEDEKİ DEĞİŞİKLİKLER

Yenidoganda doğum öncesi fiziksel büyüme, diğer ge-

lişimlere (olgunlaşmaya) bağlı olarak dönemlere özgü farklılık göstermektedir. Fiziksel büyüme aynı hızda değildir, dönemlere özgü hızlanma ve yavaşlamalar gösterir. 34. gebelik haftasında tartı artması oldukça hızlıdır. 36. gebelik haftasından sonra fetüste büyüme kısmen yavaşlar (73).

Doğumda bebeğin iriligi ve ağırlığı ırk, milliyet, genetik kalıtım, doğuştan metabolik bozukluklar, endokrin faktör, prematüre, konjenital anomaliler, iklim, beslenme, annenin vücut yapısı, uterusun büyüklüğü ve doğum sırasına (2. ve 3. çocukların doğum tartısı ilk çocuktan daha fazladır) göre değişir (3, 36, 61, 90). Annenin eğitim düzeyi, yaşı ve hastalıkları, bebeğin cinsiyeti (erkek çocukları kızlardan biraz daha ağırdır), hamilelik sırasında sigara içme, ayrıca annenin deniz seviyesinden yüksek bir yerleşim bölgesinde yaşaması da bebeğin doğum tartısını etkiler (105, 116, 150).

1.5.3.4. MIADINDA YENİDOĞANIN AĞIRLIĞI VE BU KONUDA YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Gestasyon yaşını tamamlayarak miadında doğan bir bebeğin vücut ağırlığı irksal ve bölgesel farklılıklara göre değişir. ABD 'lerinde beyaz ırkta doğum tartısı erkek çocuklarda 3.27 kg, kız çocuklarda 3.23 kg (ortalama 2.5-4.6 kg). Ülkemizde Marmara Bölgesi'nde kız ve erkek çocuklarda ortalama 3.3 kg olarak bildirilmiştir (97).

Neyzi, Günöz ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada 629 anne-çocukta ortalama doğum ağırlığı 3252 ± 504

gr. olarak gösterilmiştir. Aynı araştırıcılar ülkeyi bölgelere ayırarak yaptıkları bir çalışmada Van yöresinde yenidoğan tartısının diğer yörelerden anlamlı derecede düşük olduğunu saptamışlardır. Adölesan çağında doğuranlar en çok Van yöresinde görölmüştür (105).

Köksal, Kocaoglu ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, doğumda ortalama ağırlık 3332 gr. olarak saptanmıştır (105).

Neyzi ve Kavaklı yenidoğanda ortalama ağırlığı 3.2 ± 0.6 kg. olarak vermişlerdir (98).

Köksal'ın Ankara-Çubuk kasabasında izlenen 115 gebe'nin bebeklerinin ortalama ağırlığını 3322 gr. bulmuştur (85).

Normal bebeklerin %95'i 2500 ile 4250 gr. arasında bulunur (150).

1.5.3.5. MIADINDA YENİDOĞANDA BOY UZUNLUĞU

Miadında doğan sağlıklı bir bebek için ortalama boy 50 cm'dir ve bebeklerin %95'i 47 ile 52 cm arasında bulunur (57, 84, 87, 94).

Neyzi, Günöz ve arkadaşları bölgesel çalışmalarında en düşük yenidoğan boy ortalamasının Van yöresinde olduğu açığa çıkmıştır. Bu çocukların annelerinin boy ve tartıları diğer yörelerdeki kadınlardan düşük bulunmuştur (105).

Köksal'ın Ankara-Çubuk kasabasında yenidoğan boy uzunlukları 50.2 cm bulunmuştur (85).

1.5.3.6. MIADINDA YENİDOĞANIN BAŞ ÇEVRESİ

Baş büyümesi, beyin büyümesi ve gelişmesini yansıtır. Fetal dönemin sonuna doğru ve doğumdan sonra baş vücudun en hızlı büyüyen vücut bölümüdür (73, 84).

Gestasyon döneminin ikinci ayında baş vücut uzunluğunun %5'ini oluşturur. Doğumda baş uzunluğunun boy uzunluğuna oranı 1/4'tür (73).

Miadında doğanlarda baş çevresi ortalama 35 cm'dir (87, 36, 97, 61). Normal bebeklerin %97'si 33 ile 37.5 cm. arasında bulunur (150).

Baş çevresinin ortalaması doğumda erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha fazladır. İlk günlerde baş ve göğüs çevresi, birbirine eşitken vücut büyümesinin öne geçmesi ile göğüs çevresi fazlalaşır (73).

Baş çevresinin normal persentil değerinin $\pm 2.5-3$ altında veya üstünde olması mikrosefali ve makrosefali'ye işarettir (73).

Baş çevresi ölçümü : Arkada oksipital kemiğin en çıkıntılı yerinden, kulaklar ve kaşların üzerinden geçirilen esnemeyen bir mezura ile yapılır (100, 132).

1.5.3.7. MIADINDA YENİDOĞANIN GÖĞÜS ÇEVRESİ

Doğumda yenidoğanda baş ve göğüs çevreleri hemen hemen birbirine eşittir (84, 90). Genellikle 33 cm'dir (97, 105). Yenidoğanda göğüs hemen hemen yuvarlak bir görünümündedir.

Göğüs çevresi ölçümü : Göğüs çevresi ölçümü meme-

ler hizasından geçirilen bir mezura ile alınır (84, 97)

1.5.4. ANA SAĞLIĞINDA BESLENMENİN ÖNEMİ VE EKONOMİK BESLENME

Doğurganlık döneminde menstruasyondan dolayı kadının demir gereksinmesi artar. Gebelik ve emzicilik, ek besin alımını gerektirir. Kadınlarımız bu ek gereksinmeleri karşılayamadıklarından, kendi depolarını harcamakta ve sonuçta başta anemi olmak üzere çeşitli sağlık bozukluklarından etkilenmektedirler. Annelerin üçte bir kadarının çeşitli sağlık şikayeti bulunmaktadır. Annenin sağlığının bozulması, bebeğin sağlıklı doğumunu, sağlıklı büyüme ve gelişmesini olumsuz yönde etkilemektedir. Annenin, artan besin gereksinmelerini karşılayamamalarının başlıca nedenleri; ekonomik güçsüzlük, bilgisizlik ve buna bağlı yapılan hatalı uygulamalar, sık aralıklı çok sayıda gebelik ve doğumlardır. Sürekli ve etkin beslenme eğitimi ile hatalı uygulamaların düzeltilmesi, besin sağlama olanakları sınırlı annelere kontrollü ek besin yardımı yapılması annelerin sağlık düzeyinin yükselmesinde, dolayısıyla çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmelerinde yarar sağlayacaktır (19).

Bir ülkenin yetişen genç ve sağlıklı kuşaklara sahip bulunması geleceğin güvencesidir. " Sağlam kafa sağlam vücutta bulunur" deyimini, bunun en güzel açıklamasıdır(132)

Ölke çapında bilimsel bir beslenme düzenine gire - bilmek için, öncelikle iki engel karşımıza çıkmaktadır.

1- Ekonomik engeller,

2- Egitimsel engeller

Bu engeller birbiriyle çok yakın ilişki içindedir (3, 11, 132).

Yetersiz ve dengesiz beslenme, bireylerin, dolayısıyla toplumun sağlık düzeyini düşürür. Yetersiz ve dengesiz beslenmenin neden olduğu sağlık sorunlarından başlıcaları; çocuk ölüm hızının yüksekliği, büyüme ve gelişme geriliği, kansızlık, raşitizm, enfeksiyonlara direncsizlik, kronik-dejeneratif hastalıklara duyarlılık ve genel verim düşüklüğüdür (7, 19, 60, 128, 136, 142).

Yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından en çok etkilenenler çocuk ve kadınlardır. Bebek ölüm hızı, gelişmiş ülkelerde % 10'u geçmezken, ülkemizde hala % 90'larında seyretmektedir. Ana ölüm hızı da, gelişmiş ülkelerin çok üstündedir. Çocuk ve annelerin %33 ile 70'nde anemi görülmektedir (19).

1.5.4.1. KADININ BESİN GEREKSİNİMİ

Kadın madde üretirken diğer yandan insan üretmektedir. Kadın, doğurganlık dönemi boyunca her ay bir yumurta oluşturur. Yumurta erkek spermi ile birleşince dölün büyümesi başlar. Gebelik süresince dölün büyümesi 80 000 kalori enerji, 950 gr. protein, 30 mg. kalsiyum, 500 mg. civarında demir harcanması gerektirir. Besinlerden vücutta enerji oluşması ve dokuların sentezi için diğer minerallere ve vitaminlere gereksinimler de artar (19, 132).

19. yüzyılın sonlarından beri gebelikte beslenme konusunda çeşitli araştırmacılar birbirinden farklı önerilerle yaklaşmışlardır. Ancak beslenme ile fetüs gelişimi ve fetüs sağlığı ilişkisi basit bir neden-sonuç bağlantısı içinde olmayıp genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve benzeri faktörler etkisinde de bulunduğundan sağlıklı yargılara varmak güçtür. Günümüzde yaygın inanc gebeliği komplikasyonsuz sürmesi ve fetüsün intrauterin gelişimi açısından gebelerin dengeli ve yeterli beslenmeleri gerektiğidir (128).

Gelişmiş ülkelerde hamile kadınların yeterli ve dengeli beslenmeleri nedeniyle bu ülkelerdeki kadınlara ayrıca ek besinlere gerek görülmemektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise intrauterin büyüme gelişme geriliğine ve anomalilere engel olma amacıyla toplumun incelenmesi, beslenme geleneklerine göre eksik olan nütrientlerin saptanması, gerekli olanlar için özel besin eklemeleri yapılması uygundur (5, 73,105).

Gebelik kadın için doğal bir fizyolojik olaydır. Fetüsün büyümesi annenin aldığı besin öğelerinin plasenta ile fetüsa taşınması ile mümkündür. Fetüsa taşınan besin öğeleri gebe kadının kendi gereksinimine ek olarak düşünülmelidir (62). " Hamile kadın iki kişi için yemeli" deyimini bunu miktar olarak doğrulamasa da gebelik devresinde kadının beslenme ihtiyacının yükseldiğini gösterir (2, 60, 68, 88, 110). Gebelikte kadının beslenmesinde iki amaç vardır (142):

1- Bir gebe kadının kendi fizyolojik ihtiyaclarını karşılayarak vücudundaki besin öğeleri yedegini dengede tutmak,

2- Fetüsün normal büyümesi ve salgılanan sütün gerektirdiği enerji ve besin öğelerini tam olarak karşılamak (142).

1.5.4.2. BESLENME VE GEBELİK ARALIğI

Beslenme ve gebelik aralığının etkileşimi, anne ve bebeğin sağlığı, daha sonraki sağlıklı gebelikler açısından çok önemlidir (5).

Doğumdan sonra annenin gebeliği ile ilgili beslenme durumunun düzelmesi için minimum iki yıl ve iyi bir beslenmeye gereksinimi vardır. Fena beslenen bir kadın için ise bu süre iki yıldan da uzun olmalıdır (5).

Eğer diğer bir gebelik hemen meydana gelirse, annenin vücudu hala besin yetmezliğindedir ve bu gebelik sıklıkla, az kilo alma, ağır anemi, yüksek perinatal anne ve bebek mortalitesi ve düşük doğum kilolu çocukla sonlanır.

Besin gereksinimi özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki çok pariteli kadınlar için çok önemlidir. Çünkü bu kadınlar tüm üreme hayatları boyunca ya gebedirler ya da emziriyorlardır. Beslenmeleri genellikle yetersiz ve sıklıkla da parazitleri vardır. Gelişmekte olan ülkelerde kronik malnütrisyon yaygındır. Bu ülkelerde pek çok kadın arka arkaya gelen gebelikler ve laktasyon sonucu devamlı tekrarlayan beslenme yetersizliğindedirler. Bu kadınlar

sıklıkla " Anne Tükenme Sendromu" geliştirirler (5).

1.5.4.3. ÜLKEMİZDE ANNELERİN BESLENME SORUNLARI

Ülkemizde en önemli beslenme sorunu anemidir. Türkiye genelinde hemoglobin düzeylerine göre değişik yaş ve cinsiyet gruplarında anemi sıklığı :

| | Büyük Kent | Kent | Kasaba | Köy |
|---------------|------------|------|--------|------|
| Gebe Kadın | 39.2 | 51.0 | 70.5 | 51.8 |
| Emzikli Kadın | 33.3 | 47.0 | 42.6 | 37.0 |

Ankara'nın Gülveren semtinde yapılan bir araştırmaya göre gebe kadınların %52'sinin hemoglobin düzeyi 11 gr/100 ml'nin altındadır.

Erzurum'da yapılan araştırmada gebe kadınların %57'sinin, emzicklilere %53'nün hemoglobin düzeyleri 11 gr/100 ml.altında bulunmuştur.

Hamilelik, hiç kuşkusuz, kadın vücudunda her dakika işlenen cesitli olayların oluğu olağan üstü bir durumdur. Vücudunda büyüttüğü bebeğin gelişmesi için kendi enerji, protein, vitaminler ve madenlerde yeteri kadarını ona verir. Bu anne için önemli bir besin kaybıdır. Bu kayıp hamileliğin ilk aylarında önemsizdir. Fakat aylar geçtikçe artar ve 5. aydan sonra çok önem kazanır (39).

Hamileliğin ilk aylarında görülen ve bazan uzun süren, bulantı ve kusmalar, iştahsızlıklar da annenin beslenmesi üzerinde olumsuz etki yapar. Şu halde annenin kalori, protein, vitaminler ve bütün madenler ihtiyacı önemli miktarda artmıştır (39).

Beslenme ile hamilelik, hamileliğin seyri, doğum, doğum sonu ve bebeğin sağlık durumu arasında çok yakın bir ilgi vardır. Bu ilgi annenin bütün besin elementleri günlük ihtiyacının arttığı şeklinde özetlenebilir (39, 118).

Gebelikte beslenme problemi açısından riskli grubu; sosyo-demografik durumu iyi olmayan, hastalık nedeniyle özel diyet alma zorunluluğu bulunan, 16 yaşından küçük dönemde iki veya daha fazla gebeliği olan, alkol, sigara ve uyuşturucu kullanan, hemoglobinin değeri 11 gr'ın altında olan, ikinci ve üçüncü trimesterde kilo artışı bir kilogramdan az olan grup şeklinde özetleyebiliriz (45).

Kalori : Hamile annenin günlük kalori ihtiyacı %20 artmıştır. Bu artış günlük ev işleri yapan anne içindir. Eğer anne bir de tarla vb. gibi ağır işlerde çalışıyorsa bu miktar daha da artabilir (39).

Protein : Protein gebelikte fetüs, plasenta, uterus ve memelerin büyüme ve gelişmesi için kullanılır (45, 106). Hamilelikten evvelki normal yaşantısında dengeli ve yeterli beslenen bir kadın vücudunda 1250-2500 gr. kadar bir protein deposu vardır. Hamileliğinde bu depodan da yararlanabilir. Eğer proteinler büyük ölçüde bitkilerden karşılanıyorsa bitkisel protein kaynakları değişik olmalıdır. Buğday, fasulye, mercimek vb. gibi baklagiller, fındık, ceviz, sebzeler ve mümkün olduğu kadar yumurta, süt, yoğurt, peynir, sakatat, et gibi hayvansal proteinler katılmaya çalışılmalıdır (39, 118, 128).

Kalsiyum : Yapılan incelemeler, annenin vücudunda

yeteri kadar kalsiyum deposu bulunsa bile, yine de , kalsiyumdan zengin besinlerle beslenmesi gerektiğini göstermiştir. Bu ihtiyaç günde 1.5 gr. kadardır (39). Günde 1/2 kg sütte bu ihtiyaç karşılanabilir (118,147). Kalsiyum almayan anne ve çocukta kemik hastalıkları sık görülür(100).

Fosfor : Fosfor ihtiyacı kalsiyumdan da çok artmıştır. Eğer anne yeteri kadar proteinli besinlerle beslenirse, bu besinlerde aynı zamanda fazla miktar kalsiyum ve fosfor da bulunduğundan artan bu ihtiyacını da sağlamış olur (39).

Demir : Annenin vücudunda daima yedek bir demir deposu vardır. Depo demirin miktarı annenin beslenmesine göre az veya çok olabilir. Bununla beraber annenin yine de daha fazla demirli besinlerle beslenmesi lazımdır (153). Günlük ihtiyaç 15 mlgr. kadardır. Hamileliğin son yarısında bu ihtiyaç 20 mlgr.'dır. Gerekirse demirli ilaçlarda verilebilir (7, 39).

Mide boş iken ve vitamin C ile alınan demirin emilimi daha da artar, süt ve antasitlerle alınımla demir emilimini azaltır. Ayrıca multivitamin-mineral preparatları içinde bulunan kalsiyum ve magnezyum bileşikleri de demir emilimini azaltırlar, bu nedenle demir tek olarak verilmelidir(7, 147).

Emezisi arttırmamak için 1. trimesterde demir ve - rilmememli ve 3. trimesterin başlangıcı tercih edilmelidir. Bu preparatları alırken ishal ya da kabız olabilecekleri gebe kadınlara hatırlatılmalıdır. Günlük verilen de-

mir dozu arttıkça yan etkileri de artar (147).

Günlük demir ihtiyacı tercihen tek dozda ve geceleri verilmelidir. Gebeliğin son 3 ayında verilmeye başlanan demir preparatlarına doğum sonrasının ilk 3 ayında da devam edilmelidir (147).

Iyod : Hamilelik vücudun iyod ihtiyacını da arttırır. Aslında iyoddan fakir besinlerle beslenen annenin hamileliğinde iyod ihtiyacı daha da artacağından bebeğinde krafen dediğimiz büyüme ve zeka geriliği olan bir hastalık görülebilir. Kuşku altındaki hamile annelerin mutlaka devamlı olarak iyodlu tuz ile beslenmeleri gerekir (39)

A Vitamini : Normal bir kadının A vitamini ihtiyacı 5000 ünite iken hamilelikte 8000 üniteye kadar artar. Süt bu bakımdan da değerlidir. Enefeksiyonlara karşı faydalıdır (9, 39).

D Vitamini : Normaldeki ihtiyac 300 ünite kadardır. Hamilelikte ise 500 ünite olur. Güneşten uzak kişiler için miktar daha da fazladır. Balık yağı iyi bir kaynaktır (9). Süt bu bakımdan da değerlidir (39). D vitamini alamayan anne ve çocuklarında kemik hastalıkları sık sık görülür (100). D vitaminin fazla alınmasında çocukta anomalilere ve hiperkalsemiye neden olabileceği bildirilmiştir (73).

B1 Vitamini : Normal ihtiyac 1.5 mlgr. kadardır. Hamile annede ise 3 mlgr 'dır. Et, süt, yeşil sebzeler, kepekli ekmek vererek bu ihtiyac karşılanmalıdır (39).

B2 Vitamini : İhtiyac miktarı B1 vitamini gibidir. Sütte çok fazla bulunur (39).

C Vitamini : Günlük ihtiyaç normalde 70 mlgr., hamilelikte ise 100 mlgr.'dir. Bu miktar hergün büyükçe bir portakal yenilerek sağlanılabılır (39).

K Vitamini : Bu vitamin eksikligi tehlikeli kanamalara neden olabilir. Bu bakımdan doğum sırasında tehlikeli kanamaları önlemek için, agrılar başlar başlamaz, koruyucu maksatla K Vitamin iğneleri yapılır. Günlük ihtiyaç 2-5 mlgr.'dir (39).

ay - Kahve : Normal miktarlarda alınabilir (118). Bütün gebe kadınlara çok sıcak ve çok soğuk gıdalardan kaçınmaları aşırı miktarda çay ve kahve içmemeleri tavsiye edilmelidir (147).

Pika (İştah Sapması) : Gebelikte genellikle iştah artışı olur ve aşırı derecelere varmazsa normal karşıla - nır. Halk arasında ař erme denen tarzda bazı yiyeceklere özel bir merak olabilir. Bazen iştah sapması çok aşırı olabilir ("pika-pica") ve besin maddesi olmayan şeyleri yeme işteğine varabilir. Bu durum genellikle demir eksikligi olan gebelerde görülür ve demir tedavisi ile ortadan kalkar (118).

1.5.5. GEBELİK DÖNEMİNDE GÖRÜLEN HASTALIKLARIN YENİDOĞANA ETKİLERİ

Embriyonel dönemde anneden plasenta yoluyla geçen viral enfeksiyonlar değişik organlarda bozukluk ve zeka geriliğine neden olur (73).

Kızamıkçık : Annenin kızamıkçık virüsü ile gebeliğin ilk 8 haftasında karşılaşması çocukta enfeksiyon olasılığını %50-80, düşük doğum ağırlıklı bebek oranını da %25 oranında arttırmakta olduğunu bildirmişlerdir. Gebeliğin ikinci trimestrinde enfeksiyon oranı %10-20' lere düşmekte ve 20. gebelik haftasından sonra da tehlike tamamıyla ortadan kalkmaktadır (65,73,).

Toxoplazmosis Gondii : Enfeksiyon gebeliğin ikinci ve üçüncü trimestride geçmekte, evvelce normal bir gelişme gösteren bir beyin, göz gibi organlarda anomiler yapmakta ve ölü doğumlara neden olmaktadır (73).

Genital Herpes Simplex : Yenidoğanda körlük yapan ve anomalilere neden olan bir virüstür (73).

AIDS : Plasenta yoluyla anneden fetüse geçmekte ve yaşayan çocuklarda değişik derecelerde anomalilere neden olmaktadır (73).

Sipilis (Treponema Pallidum) : Gebeliğin ikinci yarısında anneden çocuğa geçer bedensel ve zihinsel gelişimi etkiler (73).

İlaçlar : Thalidomid adındaki ilacın ekstremitelerde yaptığı gibi bazı ilaçlar, bazı organlara ve sistemler üzerine olumsuz etki yaparlar (73).

Influenza, Kolera, Tifo : Bu tip hastalıklarda erken doğum eylemine yol açmaktadır (65).

Kanama : Birinci trimestride kanaması olan kadınlar da düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve neonatal ölümler sağlıklı annelerin bebeklerinden iki kat fazladır (65).

1.5.6. GEBELİKTE SİGARA,ALKOL VE İLAC KULLANIMI ÜZERİNE YAPILAN ARASTIRMALAR

Gebelikte içilen sigaranın spontan düşüğe ya da erken doğuma yol açabildiği eskiden beri bilinmektedir. Sigara içen gebelerin bebeklerinde hastalık ve ölüm riski de içmeyenlerden daha yüksektir. Bu riskin başlıca nedeni bebeğin doğum ağırlığının düşük olmasıdır (7). Alkol plasentadan geçip çocuğa zarar verdiğinden kesinlikle yasaklanmalıdır (69).

1970'lerde gerçekleştirilen çok sayıda çalışma annenin sigara içmesiyle bebeğin doğum ağırlığının azalması arasında mevcut olan ve fetüsün uterus içerisinde gelişimindeki gecikmenin sonucunda ortaya çıkan bir ilişkinin varlığını göstermiştir (7, 96).

Sigara içme sürekli bir değişken olarak düşünüldüğü zaman annenin içtiği her sigaranın 9.2 gr ($p < 0.01$), baba - ninkiler ise 6.1 gr ($p < 0.03$) 'lık ortalama bir doğum ağırlığı kaybına yol açtığı bulunmuştur (114).

Gebelikte sigara içme spontan abortus (1.4 kat) düşük doğum ağırlıklı bebek oranını (1.9 kat) ve perinatal mortaliteyi (1.2 kat) arttırır. İçilen sigara sayısı ve

eşlik eden tıbbi sorunlar bu oranları etkiler (48, 59,117)

Son yapılan çalışmalar, eğer gebe alkol alıyorsa bu etkinin arttığını ortaya koydu. Danimarka'da 12.000'e yakın doğum üzerinde yapılan bir araştırmada gösterildi ki, günde 15'ten fazla sigara içen anne adayları, ayrıca haftada 120 gr. veya daha çok alkol de alıyorsa, bebeğin doğum ağırlığındaki azalma 500 gramı geçmektedir (47).

Yapılan bir araştırmada sigara içenlerin gebelik ürününde direkt fetal gelişim geriliği nedeniyle düşük doğum ağırlığı ve boy uzunluğunda, baş, göğüs, omuz çevresi ölçümünde belirgin azalma vardı (48, 143).

Gebelik sırasında sigara içilmesi konusunda Marlin, günde bir paketten az sigara içen annelerden doğan bebeklerde doğum ağırlığınının 130-200 gr.azaldığı ve yenidoğan dönemindeki ölüm riskininin %2 arttığı sonucuna varmıştır.Bu ölüm oranınının günde bir paket ve bir paketten daha fazla sigara içenlerde %30 olduğunu saptamışlardır (22,143). Sigara içen bir kadın gebelik süresince düşük, kanama ve anemiye %20 daha eğilimlidir.

Dikkatle yapılan birçok çalışmanın sonuçları sigaranın doğum ağırlığı üzerindeki etkisinin, annenin iştahının azalması veya kilo alması üzerinden kaynaklanmadığını göstermiştir (125, 143).

Sigara içen annelerin hamilelik süresinde kanama, dış gebelik gibi komplikasyonlarla daha sık karşılaştıkları, daha çok düşük, ölü doğum ve düşük tartılı bebek dünyaya getirdikleri bildirilmiştir. Bu annelerin canlı doğan

bebeklerinin ilk 1. ve 5. dakikalarda alınan Apgar Puanı - nın daha düşük olduğu ve yaşama şanslarının riskli ve daha az olduğu görülmüştür. Bu çocukların sonraki yıllarda zihinsel ve emosyonel gelişmelerinin yaşatlarına göre daha geri ve okul başarılarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (73).

Son yıllarda (1986) yapılan çalışmalarda günde 10 sigaradan fazla içen annelerin çocuklarında "Fetal Tabacco Syndrom" u (değişik organlarda değişik derecelerde defektler) gözleendiği ve bu çocukların ileri yaşlarda kanser riski ile daha fazla karşılaştıkları bildirilmiştir (73).

Nedeninin tam olarak açıklanmamasına rağmen, nikotin ve karbonmonoksit'in uterusu besleyen kan dolaşımına, oksijenlenmeye engel olarak fetal organlarda özellikle de beyinde vazokontriksiyona neden olduğu gösterilmiştir(73).

Naeye anneleri sigara içmiş çocuklarda 7 yaşına kadar devam eden hafif bir gelişme geriliğinden söz etmektedir (117).

Son yapılan çalışmalarda anneleri sigara içmediği halde babaları sigara içen bebeklerin de düşük doğum tartılı oldukları gözlenmiştir (73).

Hamileliği süresince alkol bağımlılığı devam eden kadınların oranı da oldukça yüksek bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir taramada kadınların hamilelikleri süresince %25'inin sigara, %40'ının ise alkol almaya devam ettikleri görülmüştür. A.B.D'de her yıl 40.000 bebeğin alkole bağımlı annelerden doğumsal anomali-

lerle doğduğu ve bu bebeklerden 1/750'sinin de " Fetal Alcohol Syndrom "lu bebekler olduğu bildirilmiştir. Bu sendrom ile doğan bebeklerin yüz ve vücutlarında anomaliler, merkezi sinir sisteminde bozukluklar, zihinsel motor ve gelişimsel gerilikler sık görülmektedir. Bu bozukluklar bazen de hepsi bir arada görülmektedir (59, 65).

Annenin ilaç bağımlılığı da embriyo ve fetüs üzerinde olumsuz etki yapar (73). Propranolol, steroid, antikönlüzif, sedatif ve trankilizanların da intrauterin büyüme geriliği yaptığı bildirilmiştir (65).

1.5.7 TÜRKİYE'DE ANEMİ VE GÖRÜLME SIKLIĞI

Anemi hemen hemen tüm toplumlarda başta gelen toplum sorunlarından birisidir (64). Gebelerin daha ilk trimesterden itibaren demir yetmezliğine girdiği saptanmıştır (5, 17, 26, 106, 124, 130).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) tanımına göre hemoglobinin değerlerinin erkeklerde 14 gr/100 ml, gebe olmayan kadınlarda 12 gr/100 ml ve gebe kadınlarda 11 gr/100 ml'nin altında olması anemi tanısı için yeterlidir (20, 29, 53, 93, 101). Hematokrit için kabul edilen alt sınır değeri ise hemoglobin değerinin üç sayısı ile çarpılması sonucu elde edilir (25, 80). Dünya Sağlık Örgütü gebelerde hematokrit anemi sınırını %31 kabul etmektedir (121). Gebelerde hematokrit düzeyi ile gebelik sayısı ve gebelik ayı arasında negatif bir korelasyon (gebelik sayısı arttıkça, gebelik ayı ilerledikçe hematokrit değeri düşüyor)

bulunmuştur (63).

WHO kriterlerine göre bugün dünyada 2 milyar 170 milyon (erkek, kadın ve çocuk) anemik olduğu hesaplanıyor. Anemiden en çok etkilenen grupların başında gebe kadınlar geliyor (gebe kadınlarda diğer kadınlara göre %74.8 görülmektedir). Bunu sırasıyla okul öncesi çocuklar, düşük doğum kilolu bebekler, diğer kadınlar, yaşlılar, okul çağındaki çocuklar ve yetişkin erkekler izliyor (64, 106, 121, 133).

Gebelerde anemi görülme nedenleri arasında doğum ve gebelik sayısının fazlalığı, gebelik aralığının kısa olması, beslenme yetersizliği, tekrarlayan enfeksiyonlar, düşüklerle sağlıksız doğumlarla kan kaybı gibi etmenler başta gelmektedir. Ana ölüm hızının yüksek olduğu gelişmekte olan ülkelerde ölüm nedenlerinin %40-50'sinde temel neden anemidir (16, 130, 133, 140, 149).

Normal gebelikte hemoglobinin düzeyinde azalma gebeliğin 6-8. haftasında başlar ve 32-34 haftaya kadar devam eder; daha sonra doğuma kadar stabil kalır. Kadınlarda gebelik sırasında düşen hemoglobin düzeyi tedavi edilmez ise emzirme döneminde de düşük kalmakta ve doğum sonrası 180. günden sonra normal sınırlara gelmektedir (64, 103). Hematokrit değerleri, gebeliğin son üç aylık dönemi boyunca yükselmeye devam ettiğini ve bu yükselmenin özellikle en son (37. ve 42.) gebelik haftaları sırasında dikkat çektiği araştırmalarda görülmektedir (75).

Taylor ve Lind demir takviyesi kullanılan kadınlar-

daki ortalama hematokritin, 26. gebelik haftasında gebeliğin normal süresi sona erene kadar %27 artış gösterdiğini ortaya koymuştur ve bu yapılan çalışmalarda %21 ile %29 arasında değişen artışa yakındır. Demir takviyesi kullanmayan kadınlarda ise ortalama hematokrit, son üç aylık dönem sırasında artış göstermemiştir (75).

Çeşitli toplumlarda örnekleme yöntemi ile yapılan anemi taramalarında çıkan sonuçlara göre gelişmiş ülkelerde yetişkin erkeklerin %3'ünde, yetişkin kadınların %20'sinde, gebelerin %50'sinde anemi bulunmaktadır. Bu oranlar gelişmekte olan ülkelerde daha yüksektir (5). 0-12 yaş grubu çocukların %46-51, gebe kadınların ise %59'u anemiktir (130).

Türkiye'de yapılan toplum taramaları da aneminin özellikle kadınlarda önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir, %15'ten %90'a kadar değişen oranlarda demir eksikliği anemisi saptanmıştır (17, 151). Yapılan bir araştırmada üçüncü trimestride hemoglobin düzeyi 10-11 gr/100 ml. arasında olan ve orta derecede anemik sayılan gebelerin oranı %41.6 ve hemoglobin 10 gr/100 ml'den düşük olan ve ağır anemik sayılan gebelerin oranı %25'dir (124). Özellikle ekonomik ve kültür düzeyinin düşük olduğu bölgelerde, demir eksikliği önemli bir sorun teşkil etmektedir (17).

Bowering ve arkadaşları East Harlem'de 346 gebe üzerinde yaptıkları araştırmada hemoglobin değeri 10gr/100 ml'den düşük %15, 10-11 gr/100 ml. arasında %18 demir ek -

sıklığı anemisi oranları bildirmişlerdir (124).

Gebelerde Cape Town'da %60 ve Hindistan'da %80 oranında demir eksikliği anemisi bildirilmektedir (124).

Simmons ve arkadaşları 1981'den 1984'e kadar dört yıllık sürede antenatal devrede gebelerde hemoglobine bakarak yaptıkları araştırmada da %60-70 oranında anemi bulmuşlar, gebelerin %7-9 kadarında da hemoglobini 9 gr/100 ml'den daha düşük tesbit etmişlerdir (124).

1.5.8. DOĞURGANLIĞIN ANA SAĞILIGINA ETKİSİ

Doğurganlık, insan üremesinin kadına özgü bir yönüdür. Bu dönemde annenin sağlığının iyi olması, yaşının 20-30 arasında olması kendisine yüksek standartlı tıbbi bakım verilmesi maternal riski azaltır. Bu dönemde maternal riski arttıran faktörler ise şunlardır: çok sayıda doğum, kısa gebelik aralığı, çok genç yasta ya da ileri yastaki gebelikler gelişmekte olan ülkelerde sık rastlanan kronik malnütrisyon, doğum öncesi bakımın az ya da hiç olmaması, aşırı çalışma, infeksiyöz ya da diğer hastalıklar, fena çevre şartları riski daha da arttıran faktörlerdir (5).

Son yıllarda Ana Ölüm Hızı tüm dünyada dramatik bir biçimde azaldığı halde gelişmekte olan ülkelerde bu hız hala çok yüksektir. Bazı ülkelerde 100.000 canlı doğumda 740 gibi yüksek bir hızdadır ki bu gelişmiş ülkelerin hızından yaklaşık 50 misli fazladır (5).

Gelişmekte olan ülkelerde kadınların %40'ının dört ve daha fazla çocuğu olduğu halde, gelişmiş ülkelerde bu

%6-7'dir. Bu farkın esas nedeni gelişmekte olan ÷lkelerde kadın ve erkeğin üremelerini kontrol bilgi ve yöntemlerinden yoksun olmalarıdır. Buna ilaveten bu grup sıklıkla, aşırı doğurganlığı kendi hayatlarına ve aile sağlıklarına ne denli zararlı olduğunu da bilincinde değildir (5).

Dünyada pek çok kadın istemediği gebeliğini çare - sizlik sonucu yasa dışı düşüklerle sonlandırır. Bu sayı dünyada bir yılda 20-30 milyon kadardır. Pek çok yasa dışı düşük ise çoğu kez ana ölümüne neden olan şartlarda yapılır (5).

1.5.9 EĞİTİMİN DOĞURGANLIK ÜZERİNE ETKİSİ

Kalkınmakta olan ÷lkelere göre farklı bir konumu olan ÷lkemizde kadın nüfusun eğitimi hızla artmasına karşın doğurganlık oranı yüksektir. Kitlelerin eğitim düzeyi açısından bölge ve yerleşme yerlerine göre anlamlı farklılık gör÷lmektedir (112).

Şimdiye değin yapılan nüfus çalışmalarında eğitim ve doğurganlık arasında ters ilişki bulunmuştur. Değişik ÷lkelerde bu amaç çerçevesinde yapılmış 25 dolayındaki çalışmada aşağıdaki sonuçlar gözlenmiştir :

a) Eğitim ile doğurganlık arasındaki ilişki doğrusal değildir.

b) Ters ilişki kırsal alana göre kentelerde daha belirgindir.

c) Erkek ve kadın eğitimi ile doğurganlık ilişkisinde farklılık gör÷lmektedir.

d) Kesit çalışmalarında araştırmanın yapıldığı dönemde kuvvetli ters bir ilişki bulunmaktadır (112).

Yerleşim yeri kontrol edildiğinde kentsel yerleşmelerde kadının eğitimi arttıkça doğurganlığı düşmektedir (112).

" Doğurganlığı etkilemesi açısından kadının eğitimi erkeğin eğitiminden daha önemlidir." (112).

Kadınların her düzeydeki eğitimine göre doğurganlık farklılığı tüm sayımlarda anlamlı biçimde görülmektedir. Beklenildiği gibi okuma-yazma bilmeyen kadınların ortalama canlı doğum sayıları en yüksektir (112).

Kocanın eğitimsiz kadının eğitilmiş olduğu ailelerin ortalama canlı doğum sayıları daha düşüktür. Ortalama canlı doğum sayısının azalması ile kadının eğitiminin yükselmesi arasında bir ilişki görülmektedir.

Peker'in bir araştırmasında 20 yaşından küçük ve okuma-yazma bilmeyen kadınlar son 5 yılda 2.2 çocuk doğurmuşlardır. Buna karşın orta ve üstü eğitim görenler bu dönemde hiç doğum yapmamışlardır. Eğitimin doğrudan etkisi doğurganlığın en yüksek olduğu 20-34 yaş kuşaklarında görülmektedir. Söz konusu kuşakta son 5 yıl içinde en fazla doğumu okuma-yazma bilmeyen kadınlar yapmıştır. Beklenildiği gibi ortaokul ve üstü eğitimi olan kadınların doğurganlığı en düşük düzeyde kalmaktadır (112).

Evlilik ve aile, insan topluluklarının en değerli ve en kompakt ünitesidir. Tarih boyunca nice imparatorluklar doğmuş ve batmış fakat aile, her zaman ve her kültürde

varlığını korumuştur, koruyacaktır.

Gelir ve eğitim düzeyi artan ailelerde çocuğun işlevi ekonomik olmaktan çıkmakta, sevgi sağlayıcı ve aileyi tamamlayıcı yönde olmaktadır (112).

Kadının aile hayatı içindeki sorumluluğu ve davranışları eğitim ile daha belirginleşmektedir. Bu sorumluluk ailenin sahip olacağı çocuk sayısı, bu çocukların sağlıklı biçimde yetiştirilmeleri ve eğitilme istek ve uygulamalarında görülmektedir. Daha önemlisi kadının bu konudaki tutum ve davranışları kocasının tutum ve davranışlarından daha belirleyicidir (112).

Demografi alanında yapılan yüzlerce araştırma nüfus artışını yavaşlatmada dört temel etmenin rol oynadığını ortaya koymaktadır :

- Kızların ve kadınların eğitimi;
- Sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve çocuk ölüm oranlarının azaltılması;
- Aile planlaması hizmetlerinin mevcudiyeti;
- Gelir düzeylerinin yükseltilmesi.

Bu dört etmen hepsi birlikte devreye girdiğinde, tek tek herbirinin aritmetik toplamından daha büyük bir etki yaratacak, doğum oranlarını daha fazla düşürecektir. Östelik, bu dört etmenden birinin (yükselen gelir düzeyi) yokluğunda bile, diğer üç etmenin ortak etkisi önemli sonuçlar vermektedir. Örneğin; Çin, Hindistan'ın Kerela eyaleti ve Sri Lanka gibi ülkelerde, gelir düzeylerinde yükselme olmadığı halde, çocuk ölümlerinin azaltılması, kız

çocukların eğitimi ve aile planlaması hizmetleri sayesinde doğum oranlarının neredeyse sanayileşmiş ülkelerdeki düzeye kadar inebileceği kanıtlanmıştır (50).

Gerek ekonomik gerekse sosyal değişkenleri doğurganlık üzerindeki etkisi ya da bunların doğurganlıkla ilişkileri göz ardı edilemeyecek kadar önemlidir. Sanayileşme, kentleşme, eğitim gibi değişkenlerin, ailelerin doğurganlık davranışları üzerindeki toplam ve tek tek etkileri kabul edilmekle birlikte doğurganlığı açıklamaya çalışan ekonomik kuramların modellerinde bu değişkenler a - cıklayıcı değişken olarak analize sokulmamaktadır (112).

Evliliğin ilk 5 yılındaki bebek ve çocuk ölümlülüğü anne ve babanın eğitim düzeyine göre değişik ülkelerde yapılan çalışmalarda farklı bulunmuştur. Beklenildiği gibi fakir ve eğitimsiz ailelerde evlilikten sonraki ilk 5 yıl içindeki bebek-çocuk ölümlülüğü çok yüksektir. Öte yandan çocuğun yaşamasında annenin eğitiminin, babanın eğitiminden daha baskın olduğu görülmüştür. Eğitimi olan anne, çocuğun sağlığı için zamanı ve fırsatları iyi kullanmakta ve buna çaba harcamaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde özellikle kırsal alanda okuma-yazma bilmeyen anneler çocuklarının hastalıklarında zamanı geleneksel sağlık hizmetlerinden yararlanmakta harcarken, bakımsızlık sonucu olan ölümün nedenini dinsel ve kültürel değerlerle açıklamaktadırlar (112).

Bilindiği gibi eğitimle geçen yıllar, ilk evlenme yaşını yükseltir. Bu nedenle çiftlerin doğurgan kuşakta

(15-49) evli olarak geçirdikleri yıllar azalır. İlk evlenme yaşının yükselmesi, tamamlanmış doğurganlığı etkileyebilir (112).

1.5.10. TÜRKİYE'DE BEBEK SAĞLIĞI VE SORUNLARI

Bugün 5 milyona ulaşmış dünya nüfusu içinde ne yazık ki her yıl 14 milyon çocuk yaşamını yitirmektedir. Değişen çağın olumlu ve olumsuz koşullarından en fazla etkilenen bebekler ve çocuklardır (21).

Bugün bütün dünya, "2000 Yılında Herkese Sağlık" ilkesi ile tüm insanların olası en yüksek sağlık düzeyine ulaştırılması hedefini gerçekleştirme çabası içindedir. Oysa 1985-1987 yılları arasında %078 olan bebek ölüm hızı ve %097 olan 5 yaş altı çocuklarda ölüm hızı ile Türkiye, dünyanın gelişmekte olan ülkeleri arasında yerini almaktadır (21).

Bebek ve çocuk ölümleri arasında ilk sıralarda iyi bir temel sağlık hizmeti ile önlenebilecek nedenler vardır. 1983 Türkiye Doğurganlık, Kontraseptif Kullanımı ve Aile Sağlığı Araştırması verilerine göre kadınlarımız için ortalama evlilik yaşı henüz 20'nin altındadır. Evli çiftlerin beşte biri birinci veya ikinci derceden akrabadır. Kadınlarımızın ancak %62'si herhangi bir doğum kontrol yöntemi kullanmaktadır ve gerçekten etkili yöntemler bu yüzdenin yarısını bile oluşturmamaktadır (21).

Çocuk sağlığı ile ana sağlığı birbirine sıkı sıkıya bağlıdır. Bilgisizlik, beslenme bozukluğu ve kötü yaşam

koşullarından etkilenirler (85).

1.5.10.1 BEBEK SAĞLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sosyo-ekonomik faktörler : Aile bireylerinin sayısı, gelenekler, davranış biçimleri, sağlık sistemi, ekonomik ve ekolojik ortamlar,

Anneye ait faktörler : Annenin yaşı, doğum sayısı ve aralığı, beslenmesi, gebelik bakımı, doğumun gerçekleştirildiği yer, tetanoz aşısı yaptırap yaptırmamasını içeren nedenler,

Çevresel faktörler : Hava, toprak, su, besin kirliliği ve insektisitler,

Beslenme bozukluğu faktörleri: Kalori, protein, vitamin, mineral alımı yetersizliği,

Kazalar : Travma, yanık, zehirlenmeler (131).

Yoksul ülkelerde kız çocukları varlıklı ülkelerde ise erkek çocuklar arasında ölüm oranı daha yüksektir(154)

Araştırmalar göstermiştir ki; ailede çocuk sayısı arttıkça çocuk ölümleri de artmaktadır. Çünkü çok çocuk yoksul ailelerde bulunur, artan çocuk sayısı da yoksulluğu sürdürür. Dolayısıyla eğitimsizlik, yoksulluk, bakımsızlık, yetersiz beslenme el ele gider. Doğumlar arasındaki süre kısaldıkça çocuk ölümleri artmaktadır (154).

En kolay saptanabilen sağlık olayı olan ölümler içinde özellikle çocuk ölümleri ve nedenleri, toplumun sağlık durumunu yansıtan bir gösterge olduğu kadar, sağlıkla doğrudan veya dolaylı olarak ilgili çeşitli hizmetlerin

değerlendirilmesinde de yol göstericidir (52).

Bebek ölümlerinin en düşük olduğu 5 ülke İsveç, Japonya, A.B.D., İngiltere ve Batı Almanya'dır.

| | | | | | | |
|--------------|------|-------|---------|------|-------|------|
| İsveç'te | 1000 | canlı | doğumda | ölen | bebek | 6 |
| Fransa'da | " | " | " | " | " | 8.2 |
| Portekiz'de | " | " | " | " | " | 19.3 |
| Türkiye'de | " | " | " | " | " | 92 |
| Hindistan'da | " | " | " | " | " | 110 |
| Pakistan'da | " | " | " | " | " | 120 |
| Nepal'de | " | " | " | " | " | 139 |

1.5.10.2 TÜRKİYE'DE BEBEK ÖLÜMLERİ

Türkiye'de 1972-1977 yıllarında her canlı doğan 1000 bebekten 134'ü daha bir yaşına gelmeden kaybedilirken bu sayı yayınlanmamış geçici verilere göre, 1985-1987 yılları arasında 78'e düşmüştür (21, 155).

Bebek ölümlerinin yarısına yakını ilk bir ay içinde olmaktadır. Doğumdan sonraki ilk 28 günde olan ölümler neonatal ölümler, 28 gün-12 ay arasında olanlar postneonatal ölümler olarak adlandırılır. Kentssel bölgelerimizde bebekler daha çok 0-1 aylıkken (neonatal devrede) ölmekte iken, kırsal kesimde durum tersinedir, yani bebekler daha çok postneonatal devrede kaybedilmektedir (21).

Çünkü gebe izlemlerinin, gebe bağışıklamalarının yapılmadığı, genellikle doğumların uygunsuz koşullarda gerçekleştiği kırsal kesimde doğum sonrası ölümler de büyük bir yüzdeyle (%43.2) erken dönemde görülmektedir (21).

1.5.11. TÜRKİYE'DE KAN GRUPLARI DAĞILIMI

Bütün dünyada kan grupları dağılımını belirlemek amacıyla örnekleme tekniği ile geniş çapta çalışmalar yapılmaktadır. Klasik bilgilere göre dünya üzerindeki beyaz ırktan olan şahısların genellikle %47 O, %41 A, %9 B, %3 AB grubundan oldukları ve yine beyaz ırkta Rh pozitif şahısların %85 oranında bulunduğu bilinmektedir (28).

Türkiye'de ABO kan grupları dağılımı için genel oranlar %33.0 O, %43.3 A, %16.2 B, %7.5 AB ve %89.61 Rh pozitif, %10.39 Rh negatif olarak saptanmıştır (28).

BÖLÜM II

GEREC VE YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Arastırma, Sağlık Bakanlığı İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde miadında doğum yapan, kronik hastalığı olmayan ve fetüs gelişiminde herhangi bir anomalisi olmayan kadınların; sosyo-demografik özelliklerini, geçmiş ve şimdiki gebelik öykülerini, yenidoğanın antropometrik ölçümlerini (ağırlık, boy uzunluğu, baş ve göğüs çevresi) belirlemek ve bunlara etki edebileceği düşünülen faktörlerle ilişkilerini incelemek amacıyla betimleyici, kesitsel, analitik ve retrospektif olarak planlanmıştır (122, 123).

2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIGI YER

2.2.1. S.B.İZMİR KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HASTANESİ TARİHÇESİ VE PERSONEL DURUMU

2.2.1.1 TARİHÇESİ

Genel Bilgiler : Hastane ilk defa 8 Haziran 1976 tarihinde İzmir Çocuk Hastalıkları Hastanesi bahçesinde bulunan üç katlı bir binada 50 yatak kapasiteli olarak hizmete açılmış, daha sonra kapasitesi 75 yatağa çıkarıl-

mış ve 1985 yılına kadar orada hizmet verilmiştir.

İzmir ve çevre illerinden gelen hastaların giderek artması karşısında mevcut durumuyla ihtiyaca cevap veremeyen hastane bakanlığımızın emirleri doğrultusunda Konak'taki eski Devlet Hastanesi binasına taşınmış ve 2 Mart 1985 tarihinde sayın Başbakanın hizmet açışlarıyla 30 yataklı olarak faaliyete geçmiştir.

Hastane Maliye Hazine'sine ait olup Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na tahsisli bulunan 16 pafta, 127 ada ve 8 parsel nolu 6167 m²'lik arsa üzerine kurulmuş üçer katlı üç ana bloktan meydana gelmiştir.

Ön cephede yer alan birinci blok'un zemin katında poliklinikler, laboratuvarlar, vezne, hasta kabul birimleri ve yemekhane; birinci katında idari birimler, eczane ve röntgen; ikinci katında birinci ve ikinci doğum servisleri bulunmaktadır.

İkinci blok'un zemin katında arşiv, morg, eczane depoları, yiyecek, giyecek ve temizlik ile demirbaş malzemelerine ait depolar; birinci katında nüfus planlama, doklar odası, travay odaları ve doğumhane; ikinci katında birinci jinekoloji servisi, yoğun bakım, sterilizasyon odası ve ameliyathaneler yer almaktadır.

Üçüncü blok'un zemin katında hamam, soğuk hava tesisleri, kaorifer dairesi ve atölyeler; birinci katında infertilite ve onkoloji servisiyle dersane ve çamaşırhane, ikinci katında ikinci jinekoloji ve mutfak bulunmaktadır.

Bu ana bloklardan ayrı olarak da 50 çocuk kapasiteli ek bir kreş binası mevcuttur.

Hastanenin kadro yatak kapasitesi 300 olmakla birlikte mevcut binaların yetersiz oluşu nedeniyle fiilen 300 yatak konamamaktadır. Bu nedenle istatistiğe esas olan 170 fiili hasta yatağa dahil olmayan 47 yatakla birlikte 217 yatak serili bulunmaktadır.

Bu yataklardan 84'ü doğum servisine, 56'sı jinekoloji servisine, 14'ü infertiliteye ve 16'sı da onkoloji servisine aittir.

Onkoloji ve infertilite servisi, daha önce hastanede olmayıp, kısıtlı olanakları kullanmak suretiyle çocuğu olmayan kadınların, rahim kanserli hastaların da tedavisini sağlamak üzere 1986 Temmuz ayında hizmete sunulmuştur (139).

2.2.1.2 HASTANE BİNASININ TARİHÇESİ

Yapılan araştırmalardan elde edinilen bilgilere göre; 19. y.y'ın ilk yarısında İzmir'de Rumlar, Museviler, Ermeniler ve diğer azınlıklara ait hastaneler varken Türkler'e ait resmi bir sağlık kuruluşu yokmuş. 1849 yılında meydana gelen deprem ve salgın hastalık nedeniyle Emin Muhlis Paşa tarafından ilk Darülsifa kurulmuş. Bu arada İngiliz mezarlığı olma hastanein bulunduğu yer, İngilizlerin ölümlerini memleketlerine götürmelerinden sonra hastane yapılmak koşuluyla İngiliz Konsolosluğu'nca Türkler'e verilmiş. Emin Muhlis Paşa, padişahın mücade ve yardımları,

halktan toplanan bağışlarla 1851 yılında kadın ve erkeklerle mahsus olmak üzere taş ve ahşaptan oluşan bu hastaneyi inşa ettirmiş. Hastane o zaman 62 yataklı olup, bir cerrah, bir eczacı, bir müdür, bir katip ve bir hademe kadrosuyla hizmete girmiş ve hastaneye "İZMİR GURABAYI MUSLİ - MIN" adı verilmiştir. Yılda 6000 civarında hasta bakılı - yormuş. Bütçesi 1875 yılında 1650 lira, 1891 yılında 2350 lira'ymış. İlk resmi Başhekimisi de (1879 yılında) Cerrah Mustafa Enver (Birgivi) Paşa'ymış.

Zamanla hastane ihtiyacı karşılayamaz hale gelince 1897 yılında Vali Kamil Paşa, eski cephane depolarının bulunduğu yerin de hastaneye verilmesini sağlamış ve yapılan eklerle 1903 yılında 216 yatağa çıkarılmıştır.

Bina 6 kanat üzerine 30 koğuştan ibaret olup içinde idare meclisi odası, mescit, pansuman odaları, mahpuslar için bir koğuş, Hamidiye Sanayi Mektebi öğrencilerine özel ayrı bir koğuş ve bahçe içinde laboratuvar hayvanları için küçük bir ev bulunmaktaymış. Ayrıca yine bahçede saf su ve gül suyu imal edilen bir imbikhane olup, buradan imal edilen gül suyu satılarak hastaneye yılda 35 lira kar sağlanmaktaymış.

Hastanenin diğer önemli bir bölümü de eczane olup, tavanı süslemeli ve dolapları Lyon şehrinde Binbay ağacından yapılmıştır. Ayrıca eczanede ilaçların muhafazasında süslemeli kavanozlar kullanılmaktaymış. Eczanenin baş eczacısı Süleyman Ferit Bey'miş.

Hastanenin bütçesi yılda Sadaka-yi Kasret-i Padişah-

hi'den 44 lira 98 kuruş 10 para, hanlarda tartılan meyva kantariyesinden 226 lira, hastanede ölenlerin gömülmesinden alınan 350 lira, Osmanlı Bankası'ndan 54 lira, Reji idaresinden bağış olarak 57 lira, Ali Paşa meydanı hasılatından 13 lira 80 kuruş alınması suretiyle temin edilmekteydi.

1913 yılında Idare-i Vilayeti Umumiye Kanunu ile Gurabayi Müslimin olan hastanenin adı İzmir Memleket Hastanesi olarak değiştirilmiştir. 1950 yılında da Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na geçmiş ve İzmir Devlet Hastanesi adını almıştır. Bu arada Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin bir bölümü simdiki yerine geçinceye kadar bu binada faaliyet göstermiştir.

İzmir Devlet Hastanesi'nin 30 Nisan 1982 tarihinde Basın Sitesi semtindeki yeni binasına taşınmasından sonra yeniden onarılan bina 2 Mart 1983 tarihinden itibaren "DOĞUMEVİ"olarak hizmete girmiştir (139).

2.2.1.2. PERSONEL SAYISI

S.B.İzmir kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde çalışan sağlık personelinin dağılımı tablo 5'te görülmektedir.

**TABLO 5 : S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastane -
si'nde Çalışan Personel Sayısı (1993) (115)**

| Görev Ünvanı | Sayı |
|--------------------------------|------------|
| Uzman Hekim | 28 |
| Pratisyen Hekim | 9 |
| Eczacı | 5 |
| Diyetisyen, Tıbbi Teknolog | 5 |
| Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı | 2 |
| Hemşire-ebe | 155 |
| Teknisyen | 53 |
| Sözleşmeli Personel | 6 |
| Sivil Sav. Uzm., Sağlık Memuru | 5 |
| Hastane Müdürü ve Yardımcıları | 4 |
| Memur | 22 |
| Hizmetli | 85 |
| Teknisyen Yardımcısı | 7 |
| Şoför, imam, Terzi | 8 |
| Toplam | 394 |

S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesinde
1993 yılına ait hasta hizmet istatistik bilgileri (115).

Kadro Yatağı: 300

Fiili Yatak : 173

Poliklinik Sayısı : 56213

Yatan Hasta Sayısı : 13766

| | Taburcu | Ölen | Yatılan gün sayısı |
|----------------|--------------|-----------|--------------------|
| Ücretsiz Hasta | 3188 | -- | 9279 |
| Öcretli Hasta | 10515 | -- | 30209 |
| Toplam | 13703 | -- | 39488 |

| Yapılan Ameliyat: | Büyük | Orta | Küçük |
|-------------------|-------|------|-------|
| | 1804 | 445 | 6668 |

| Yapılan Doğumlar: | Normal | Müdahaleli |
|-------------------|--------|------------|
| | 6668 | 1732 |

Bir Hastanın Ortalama Kalışı : 3

Yatak İsgal Oranı (%) : 56

İzmir 1990 yılına ait hastane, yatak ve sağlık personeli istatistik sayıları (15)

| | | | |
|---------------------|----------------|----------------|--------------------------|
| Kamu Hastaneleri : | 27 | Yatak Sayısı : | 7656 |
| Özel Hastaneler : | 8 | Yatak Sayısı : | 334 |
| S.S.K Hastaneleri : | 4 | Yatak Sayısı : | 1536 |
| Sağlık Personeli: | Uzman Dr. 2330 | Prat. Dr. 2213 | Hemşire 3696 Ebe 1611 |

2.3. ARASTIRMANIN EVRENİ VE SÜRESİ

Araştırmanın evrenini araştırmanın yapıldığı süre içinde S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde miadında doğum yapan anne ve bebekleri oluşturmaktadır.

Araştırma S.B İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde 1 Mayıs-30 Haziran 1993 tarihleri arasında yapılmıştır.

2.4. ARASTIRMANIN ÖRNEK SEÇİM YÖNTEMİ VE ÖRNEK SAYISI

S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde 1 Mayıs-30 Haziran 1993 tarihleri arasında, miadında doğum yapan annelerden gebelikleri süresince herhangi bir kronik hastalığı olmayan, fetüsü canlı ve anomalisi olmayan, 500 denek olasılıksız örneklem seçim yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır (72).

2.5. VERİ TOPLAMA

Araştırmanın veri toplama tekniği üç aşamada gerçekleştirilmiştir :

Birinci aşamada; annelere genel sağlık, doğurganlık

ve gebeliklerine ilişkin verileri toplamak amacıyla hazırlanmış bir anket formu uygulanmıştır.

İkinci aşamada; annelerden bazı laboratuvar analizleri (hemoglobün, hematokrit, kan grubu) için kan örnekleri alınmıştır.

Araştırmanın üçüncü aşamasında ise yenidoğanın antropometrik ölçümleri yapılmıştır.

Üç aşamada gerçekleştirilen veri toplama araçları olarak anket formu ve görüşme yöntemi, laboratuvar incelemeleri, mezura, boy tahtası ve yenidoğan tartı aleti kullanılmıştır.

2.5.1. ANKET FORMUNUN DÜZENLENMESİ

Araştırmanın veri toplama aşamasında kullanılan anket formu araştırmaya başlamadan önce hazırlanan anket sorularının anlaşılabilirliğini kontrol etmek amacıyla S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde doğum yapan 25 anneye uygulanmış ve alınan sonuçlara göre sorularda gerekli düzeltmeler yapılmıştır (Ek I.)

İlgili literatür taranarak düzenlenenen anket formunda, denekleri tanıtan, doğurganlık, gebelik ve gebelik dönemi izlemlerine ilişkin bilgileri kapsayan bölümler yer almaktadır.

Anketin araştırma kapsamına alınan deneklere ilişkin tanıtıcı bilgiler bölümünde kadının yaşı, eğitimi, çalışma durumu, mesleği, kocasının eğitimi, çalışma durumu ve mesleği, sosyal güvencesinin olup olmadığı, gelir duru-

mu, oturdukları konum, ev sahibi olma durumu, kadının ilk evlilik yaşı, süresi, eşi ile akrabalık durumuna ilişkin sorular yer almaktadır.

Deneklerin doğurganlık durumlarını saptamak için hazırlanan bölümde ise kadının ilk gebelik yaşı, bu gebeliğinin kaçınıcı gebelik olduğu, canlı doğum sayısı, ideal olarak düşündüğü çocuk sayısı, düşük yapma (istemli-istemsiz) durumu, varsa erken doğum, ölü doğum, canlı doğup sonradan ölen çocuk sayısı, 2500 gr. altında ve 4000gr üzerindeki doğumlarına ilişkin sorular yer almaktadır (Ek I.).

Anketin kadınların gebelik ile ilgili durumlarını saptamak için hazırlanan bölümünde de son gebelik aralığı, gebeliği isteme, gebelikten önce aile planlaması kullanma, varsa kullandığı aile planlaması yöntemi, sigara, çay, içki icme, herhangi bir hastalık geçirme, tetanoz aşısı yaptıırma, kan basıncı ölçülmesi, idrar tahlili yaptıırma, ödem varis bulunması, ilaç kullanma, beslenme, kilo alma, stres alma durumlarına ilişkin sorular yer almıştır (Ek I.).

Anketin kadınların gebelik sırasında izlenen durumlarına ilişkin veri toplama ile hazırlanan son bölümünde ise kadının prenatal bakım alıp almadığı, varsa bakımı veren sağlık personeli, ilk kontrolünün kaçınıcı ayda olduğu doğuma kadar izlenme sıklığı, gittiği sağlık kurulusu ile ilgili bilgiler yer almıştır (Ek I.).

2.5.2. DENEKLER İLE İLGİLİ LABARATUVAR ANALİZLERİ

Araştırmanın ikinci aşamasında örneklem grubunu oluşturan annelere anket formunun uygulanmasının yanısıra doğum şekli, kan gruplarının belirlenmesi, eşi ile kan uyumsuzluk durumlarının olup olmadığının incelenmesi ve hemoglobün, hematokrit değerlerinin saptanması için laboratuvar analizleri uygulanmıştır.

Laboratuvar incelemeleri için deneklerden örnek kan alınması işlemi veri toplama gününde başka nedenlerle bu analizlerin yapıldığı denekler dışında araştırmacının kendisi tarafından gerçekleştirilmiş ve laboratuvarda bilgisayarlı "hemocounter" aletinde değerlendirilmiştir.

2.5.3. YENİDOĞAN CİNSİYETİ VE ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİ

Yenidoğan ile ilgili durumları saptamak için yenidoğanın cinsiyeti, kilosunu, boyunu, baş ve göğüs çevresi ölçümleri alınmıştır.

Antropometrik ölçümlerin değerlendirilmesinde bu çalışmada kullanılmak üzere ayarı yapılmış bebek tartısı baş bölümü sabit ayak bölümü hareketli boy tahtası, baş ve göğüs çevresi ölçümleri için de mezura kullanılmıştır.

2.5.4. ANKET FORMUNUN UYGULANMASI

Veri toplama aracı olarak hazırlanan anket formu 1 Mayıs-30 Haziran 1993 tarihleri arasında araştırmanın örneklemine oluşturan 500 denek'e araştırmacı tarafından uygulanmış, formların doldurulmasında görüşme tekniği kul-

lanılmıştır. Görüşme sırasında deneklerin sıkılmaması ve daha rahatlıkla doğru yanıt verebilmeleri için uygun görüşme ortamı hazırlanmış ve uygulama süresi yaklaşık 15 dakika olarak belirlenmiştir.

Anketin uygulanması sırasında ve sonrasında araştırma konusu ile ilgili olarak annelere Ana-Çocuk Sağlığı'na ilişkin (lohusalık bakımı, beslenme, bebek bakımı, aşıları, Ana-Çocuk Sağlığı merkezine kayıt yapılmasının önemi, Aile Planlaması yöntemleri, sık ve fazla sayıda gebelik kalmanın, doğum yapmanın Ana-Çocuk Sağlığı üzerindeki etkileri, kan gruplarının ezberletilmesi) konularda sağlık eğitimi de yapılmıştır.

2.5.5. YENİDOĞANIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİN YAPILMASI

Araştırmanın veri toplama sürecinin üçüncü aşamasında doğumdan hemen sonra yenidoğanın antropometrik ölçümleri (ağırlık, uzunluk, baş ve göğüs çevresi) değerlendirilmiştir. Antropometrik ölçümlerin yapılmasında; ayağı yapılmış bebek tartısı, boy tahtası (baş bölümü sabit ayak bölümü hareketli) ve baş-göğüs çevresi ölçümleri için mezura kullanılmıştır.

2.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

2.6.1. ANKET FORMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Anket formunda, deneklerin oturdukları konumları belirlerken İzmir metropolünde C. Sevgi ve İ. Erefe'nin çalışmalarından faydalanılarak "Üst", "Orta", "Alt" olarak

değerlendirilmiştir (44, 119).

Deneklerin ve eşlerinin çalışma durumlarına göre meslek sınıflaması Kongar'ın meslek sınıflamasından yararlanılmıştır (83).

Deneklerin gelir düzeylerinin belirlenmesinde gelir ve gider durumlarına göre sınıflama yapılmıştır.

Deneklerin eşleri ile akrabalık durumları incelenmesinde; amca, dayı, hala, teyze çocukları ile evlenmeleri birinci derece, diğer akraba evlilikleri ikinci derece olarak belirtilmiştir (15).

Yenidoğanın kilosu ; 2500 gr ve altı, 2550-2950 gr, 3000-3450 gr, 3500-3950 gr, 4000 gr. ve üzeri olarak değerlendirilmiştir.

Yenidoğanın boyu; 47.5 cm. ve altı, 48-51.5 cm, 52-53.5 cm, 54-55.5 cm, 56 cm. ve üzeri alınarak değerlendirme yapılmıştır (73).

Yenidoğanın baş çevresi; 32.5 cm. ve altı, 33-34.5 cm, 35-36.5, 37 cm. ve üzeri, yenidoğanın göğüs çevresi de 32 cm. ve altı, 33-34.5 cm, 35-36.5 cm, 37 cm.ve üzeri alınarak sınıflama yapılmıştır (73, 86, 90).

Deneklerin hemoglobin değeri; 7.9 gr ve altı, 8.0-9.9 gr, 10.0-10.9 gr, 11.0 gr ve üzeri, hematokrit değeri ise ; 33.9 gr ve altı, 34.0 gr ve üzeri olarak değerlendirilmiştir (5, 25, 86, 102, 146).

BÖLÜM III

B U L G U L A R

3.1. DENEKLERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLER

TABLO 6 : Deneklerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

| Yaş Grubu | S | % |
|-----------|-----|--------|
| 16 -19 | 81 | 16.20 |
| 20 -24 | 217 | 43.40 |
| 25 - 29 | 135 | 27.00 |
| 30 - 34 | 47 | 9.40 |
| 35 ve + | 20 | 4.00 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırma kapsamına alınan deneklerin % 16.20'sini 16-19 yaş arası, %43.40'ını 20-24 yaş arası, %27.00'ünü ise 25 yaş ve üzeri kadınlar oluşturmuştur (Tablo 6). Yaş ortalaması 24.084 ± 4.723 olarak saptanmıştır.

TABLO 7 : Deneklerin Oturdukları Konumlara Göre Dağılımı

| Oturdukları Konum | S | % |
|-------------------|-----|--------|
| Üst konum | 116 | 23.20 |
| Orta konum | 175 | 35.00 |
| Alt konum | 209 | 41.80 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Arastirmaya katılan deneklerin %23.20'sinin üst konum, %35.00'inin orta konum, %41.80'inin ise alt konumda oturdukları tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 8 : Deneklerin Eğitim, Çalışma ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|-----------------------------------|-----|-------|
| <u>Eğitim Durumu</u> | | |
| Okur-yazar değil | 65 | 13.00 |
| Okur-yazar | 26 | 5.20 |
| İlkokul | 310 | 62.00 |
| Ortaokul/lise ve ve dengi okul | 95 | 19.00 |
| Fakülte | 4 | 0.80 |
| <u>Çalışma Durumu</u> | | |
| Çalışan | 45 | 9.00 |
| Çalışmayan | 455 | 91.00 |

Meslek Durumu

| | | |
|-----------------------------------|------------|---------------|
| Ev hanımı | 455 | 91.00 |
| Büro, Eğitim ve sağlık hizmetleri | 13 | 2.60 |
| Teknisyen, usta, kalifiye işçi | 5 | 1.00 |
| Vasıfsız işçi | 27 | 5.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 8'de görüldüğü gibi deneklerin %13.00'ü okur-yazar değildir; %62.00'si ise ilkokul mezunudur. Denekler arasında okuma-yazma oranı %87.00'dir.

Örnekleme alınmış olan deneklerin büyük bir çoğunluğu (%91.00) ev hanımı olup çalışmamaktadır.

Deneklerin mesleklerin göre dağılımında büyük çoğunluğunun (%5.40) vasıfsız işçi sınıfında oldukları görülmektedir (Tablo 8).

TABLO 9 : Deneklerin Eşlerinin Eğitim, Çalışma ve Meslek Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|-----------------------------|----------|----------|
| <u>Eğitim Durumu</u> | | |
| Okur-yazar değil | 24 | 4.80 |
| Okur-yazar | 18 | 3.60 |
| İlkokul | 300 | 60.00 |
| Ortaokul/lise ve dengi okul | 143 | 28.60 |
| Fakülte | 15 | 3.00 |

Çalışma Durumu

| | | |
|------------|-----|-------|
| Çalışan | 468 | 93.60 |
| Çalışmayan | 32 | 6.40 |

Meslek Durumu

| | | |
|----------------------------------|------------|---------------|
| Yönetici iş adamı | 14 | 2.80 |
| Büro eğitim ve Sağlık hizmetleri | 50 | 10.00 |
| Teknisyen, usta kalifiye işçi | 293 | 58.60 |
| Vasıfsız işçi | 143 | 28.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin eşlerinin eğitim, çalışma ve meslek durumlarına göre dağılımı tablo 9'da gösterilmiştir. Deneklerin eşlerinin okur-yazarlık oranı %95.20 olup, okur-yazar olan eşlerin %60.00'ı ilkokul, %28.60'ı Ortaokul/Lise ve dengi okul mezunudur. Deneklerin çalışma durumlarına bakıldığında %93.60'ının çalıştığı, %6.40'ının ise çalışmadığı görülmektedir. Deneklerin meslek durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %58.60'ının teknisyen, usta, kalifiye işçi, %28.60'ının vasıfsız işçi olduğu saptanmıştır.

TABLO 10 : Deneklerin Sosyal Güvencelerine Göre Dağılımı

| Sosyal güvence | S | % |
|----------------|------------|---------------|
| Var | 174 | 34.80 |
| Yok | 326 | 65.20 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin sosyal güvencelerine göre dağılımında %34.80'inin sosyal güvencesinin olduğu, %65.20'sinin sosyal güvencesi olmadığı görülmektedir (Tablo 10):

TABLO 10-a : Deneklerin Sosyal Güvence Sınıflarına Göre Dağılımı *

| Sosyal Güvence Sınıfı | S | % |
|-----------------------|-----|--------|
| S.S.K | 76 | 43.68 |
| Emekli Sandığı | 52 | 29.89 |
| Bağ-kur | 15 | 25.86 |
| Diğer | 1 | 0.57 |
| Toplam | 174 | 100.00 |

* Sosyal güvencesi olmayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Deneklerin sosyal güvence sınıflarına göre dağılımlarına bakıldığında bunların %43.68'inin S.S.K 'ya bağlı, %29.89'unun Emekli Sandığı'na bağlı olduğu görülmektedir (Tablo 10-a).

TABLO 11 : Deneklerin Gelir Durumlarına Göre Dağılımı

| Gelir Durumu | S | % |
|--------------|-----|--------|
| Yüksek | 16 | 3.20 |
| Dengede | 237 | 47.40 |
| Az | 247 | 49.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 11'de deneklerin gelir durumları verilmiştir. Tablo incelendiğinde deneklerin %3.20'sinin gelirlerinin giderlerine göre yüksek olduğu, %47.40'ının gelir ve giderlerinin dengede olduğu, %49.40'ının ise gelirlerinin giderlerine göre daha az olduğu saptanmıştır.

TABLO 12 : Deneklerin Ev Sahibi Olma Durumlarına Göre Dağılımı

| Ev Sahibi | S | % |
|-----------|-----|--------|
| Evet | 196 | 39.20 |
| Hayır | 304 | 60.80 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırma kapsamına alınan deneklerin ev sahibi olmalarına göre dağılımları incelendiğinde; ev sahibi olanların %39.20 oranında, kiracı olanların ise %60.80 oranında olduğu gözlenmektedir (Tablo 12).

TABLO 13 : Deneklerin İlk Evlenme Yaşlarına Göre Dağılımı

| Evlenme Yaşı | S | % |
|--------------|-----|--------|
| 13-17 | 146 | 29.20 |
| 18-22 | 281 | 56.20 |
| 23-27 | 63 | 12.60 |
| 28- + | 10 | 2.00 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin evlenme yaşlarına göre dağılımı tablo 13'de gösterilmiştir. Deneklerin %29.20'si 13-17 yaşlarında, %56.20'si 18-22 yaş arasında, %12.60'ı ise 23-27 yaş arasında evlenmişlerdir. Denekler için ilk evlenme yaşı ortalaması 19.408 ± 3.290 'dır.

TABLO 14 : Deneklerin Evlilik Sürelerine Göre Dağılımı

| Evlilik Süresi | S | % |
|----------------|-----|--------|
| 12 ay ve altı | 181 | 36.20 |
| 2-6 yıl | 197 | 39.40 |
| 7-11 yıl | 79 | 15.80 |
| 12-16 yıl | 32 | 6.40 |
| 17- + | 11 | 2.20 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırma kapsamına alınan deneklerin evlilik sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; evlilik süreleri 12 ay ve altı olanların oranı %36.20, 2-6 yıl olanların %39.40 oranında, 17 yıl ve üzeri olanların ise %2.20 oranında olduğu gözlenmektedir (Tablo 14). Tüm deneklerde evlilik süresi ortalaması 4.560 ± 4.362 olarak saptanmıştır.

TABLO 15 : Deneklerin Eşleri ile Akraba Olma Durumlarına Göre Dağılımı

| Akraba Olma Durumu | S | % |
|--------------------|-----|--------|
| Akraba | 103 | 20.60 |
| Akraba değil | 397 | 79.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin eşleri ile akraba olma durumları incelendiğinde; %20.60'ının akraba olduğu, %79.40'ının ise akraba olmadığı saptanmıştır (Tablo 15).

TABLO 15-a : Deneklerin Eşleri ile Akraba Olanlarının Yakınlık Durumlarına Göre Dağılımı

| Yakınlık Durumu | S | % |
|---------------------------------|-----|--------|
| Amca, dayı, hala, ve teyze oğlu | 60 | 58.25 |
| Daha uzak | 43 | 41.75 |
| Toplam | 103 | 100.00 |

Tablo 15-a'da deneklerin eşleri ile akraba olanlarının yakınlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %58.25'inin amca, dayı, hala ve teyze oğlu olduğu, %41.75'inin de daha uzaktan akraba oldukları saptanmıştır.

3.2. ARASTIRMA KAPSAMINA ALINAN DENEKLERİN GEBELİK,
DÜŞÜK VE DOĞUM RYKÜLERİ

TABLO 16 : Deneklerin ilk Gebelik Yaşlarına Göre Dağılımı

| Gebelik Yaş Dağılımı | S | % |
|----------------------|-----|--------|
| 14-18 | 180 | 36.00 |
| 19-23 | 257 | 51.40 |
| 24-28 | 49 | 9.80 |
| 29-33 | 11 | 2.20 |
| 34- + | 3 | 0.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırmada deneklerin %36.00'sinin 14-18 yaşları arasında, %51.40'ının 19-23 yaşları arasında, %0.60 gibi çok az oranda ise ilk gebelik yaşının 34 ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 16). İlk gebelik yaşı ortalaması 20.00 ± 3.4 'tür.

TABLO 17 : Deneklerin Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı ve İdeal Olarak Düşündükleri Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|-----------------------|-----|-------|
| <u>Gebelik Sayısı</u> | | |
| 1. Gebelik | 220 | 44.00 |
| 2. " | 115 | 23.00 |
| 3. " | 75 | 15.00 |
| 4. " | 37 | 7.40 |
| 5. ve + | 53 | 10.60 |

| <u>Canlı Doğum Sayısı</u> | | |
|---------------------------|------------|---------------|
| 1 | 248 | 49.60 |
| 2 | 142 | 28.40 |
| 3 | 68 | 13.60 |
| 4 ve + | 42 | 8.40 |
| <u>İdeal Çocuk Sayısı</u> | | |
| 1 | 88 | 17.60 |
| 2 | 353 | 70.60 |
| 3 | 51 | 10.20 |
| 4 ve + | 8 | 1.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 17'de deneklerin gebelik sayıları incelendiğinde %67.00'sinin bir ve ikinci gebelikleri olduğu, %15.00'inin üçüncü gebeliği, %18.00'inin de dört ve üzeri gebelikleri olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı ortalaması tüm deneklerde 2.2 ± 1.5 olarak bulunmuştur.

Deneklerin canlı doğum sayılarına bakıldığında %78.00 gibi büyük bir oranının bir ve iki canlı doğum yaptıkları saptanmıştır. Canlı doğum ortalaması ise tüm denekler için 1.8 ± 1.1 olduğu belirlenmiştir.

Deneklerin büyük çoğunluğunun (%70.60) iki çocuğu ideal olarak düşündükleri saptanmıştır. Dört ve üzeri çocuğu ideal olarak düşünenler ise %1.60 gibi çok az orandır (Tablo 17).

TABLO 18 : Deneklerin Yaptıkları Düşük ve Düşüklerin Oluş Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|---------------------------------|----------|----------|
| <u>Düşük Yapma Durumu</u> | | |
| Yapan | 122 | 24.40 |
| Yapmayan | 378 | 75.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |
| <u>Düşüklerin Oluş Durumu *</u> | | |
| İsteyerek | 43 | 35.24 |
| Kendiliğinden | 69 | 56.56 |
| İste. + Kendi. | 10 | 8.20 |
| Toplam | 122 | 100.00 |

* Düşük yapmayan denekler yüzdeye alınmamıştır.

Tablo 18'de deneklerin düşük ve düşüklerin oluş durumları incelendiğinde; %24.40'ının düşük yaptığı saptanmıştır. Düşük yapan deneklerin oluş durumları incelendiğinde %35.24'ünün isteyerek, %56.56'sinin kendiliğinden, %8.20'sinin ise hem isteyerek hem de kendiliğinden düşük yaptıkları saptanmıştır.

TABLO 19 : Deneklerin Önceki Gebeliklerindeki Erken Doğum, Ölü Doğum, Canlı Doğup Sonra Ölen Çocuk Sayılarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|-------------------------------------|------------|---------------|
| <u>Erken Doğum</u> | | |
| Yapan | 10 | 2.00 |
| Yapmayan | 490 | 98.00 |
| <u>Ölü Doğum</u> | | |
| Yapan | 11 | 2.20 |
| Yapmayan | 489 | 97.80 |
| <u>Canlı Doğup Sonra Ölen Çocuk</u> | | |
| Var | 28 | 5.60 |
| Yok | 472 | 94.40 |
| <u>Toplam</u> | <u>500</u> | <u>100.00</u> |

Araştırma kapsamına giren deneklerden erken doğum öyküsü olanların oranı %2.00, ölü doğum yapanların oranı %2.20 olduğu ve canlı doğup da sonradan çocuğu ölen annelerin oranı ise %5.60 olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

TABLO 20 : Deneklerin Önceki Gebeliklerinde 2500 gr'ın Altında ve 4000 gr'ın Üzerinde Doğan Bebeklerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|-------------------------|-----|--------|
| <u>2500 gr'ın Altı</u> | | |
| Var | 45 | 9.00 |
| Yok | 412 | 82.40 |
| Bilmiyor | 43 | 8.60 |
| <u>4000 gr'ın Üzeri</u> | | |
| Var | 54 | 10.80 |
| Yok | 411 | 82.20 |
| Bilmiyor | 35 | 7.00 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 20'de deneklerden 2500 gr'ın altında doğum yapanların %9.00 oranında olduğu ve %8.60'ının ise bebeklerinin doğum kilolarını bilmedikleri, deneklerden 4000 gr'ın üzerinde doğum yapanların %10.80 oranında olduğu ve %7.00'sinin bebeklerinin doğum kilolarını bilmedikleri saptanmıştır. Tüm deneklerde 2500 gr'ın altında bebeği olanların yaş ortalaması 25.20, bilmeyenlerin 26.39, 4000 gr'ın üzeri bebeği olan deneklerin yaş ortalaması 26.79, bilmeyenlerin yaş ortalaması ise 26.51'dir.

3.3. DENEKLERİN SON GEBELİĞİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

TABLO 21 : Deneklerin Son Gebelik Aralığı Sürelerine Göre Dağılımı

| Gebelik Aralığı | S | % |
|-----------------|-----|--------|
| 1.Gebelik | 220 | 44.00 |
| 6 Ay ve altı | 38 | 7.60 |
| 7-12 ay | 40 | 8.00 |
| 13-24 ay | 52 | 10.40 |
| 25 ay ve + | 150 | 30.00 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 21'de görüldüğü gibi gebelik aralığı süresi 6 ay ve daha kısa olan deneklerin oranı %7.60, gebelik aralığı 7-12 ay olan deneklerin oranı %8.00, gebelik aralığı süresi 25 ay ve daha fazla olan deneklerin oranı ise %30.00 olarak saptanmıştır.

TABLO 22 : Deneklerin Son Gebeliği İsteme Durumlarına Göre Dağılımları

| Gebeliği isteme | S | % |
|-----------------|-----|--------|
| İsteyen | 359 | 71.80 |
| İstemeyen | 141 | 28.20 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 22'de görüldüğü gibi deneklerin çoğunun son gebeliği (%71.80) istediği, %28.20'sinin ise son gebeliği

istememediği belirlenmiştir.

TABLO 23 : Deneklerin Gebelikten Önce Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

| Yöntem Kullanma | S | % |
|-----------------|-----|--------|
| Kullanan | 231 | 46.20 |
| Kullanmayan | 269 | 53.80 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 23'de görüldüğü gibi deneklerin çoğunun (%53.80) gebeliği önleyici yöntemleri kullanmadıkları, %46.20'sinin ise yöntem kullandıkları saptanmıştır.

TABLO 23-a : Yöntem Kullanan Deneklerin Kullandıkları Yöntem Durumlarına göre Dağılımı

| Kullandığı Yöntem | S | % |
|-------------------|-----|--------|
| RIA | 52 | 22.51 |
| HAP | 35 | 15.15 |
| Kaput | 30 | 12.99 |
| Geri Çekme | 94 | 40.69 |
| Fitil | 3 | 1.30 |
| Vajen lavası | 5 | 2.17 |
| Takvim yöntemi | 4 | 1.73 |
| Emzirme | 8 | 3.46 |
| Toplam | 231 | 100.00 |

Tablo 23-a'da yöntem kullanan deneklerden etkili yöntem kullananlar (R1A, HAP, kaput) %50.65 oranında etkisiz ve etkili sınırlı (geriçekme, fitil, yıkama, takvim, emzirme) kullanan oranı ise %49.35 olarak saptanmıştır.

TABLO 24 : Deneklerin Gebelik Süresince Sigara, Çay ve İçki Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|---------------------------|------------|---------------|
| <u>Sigara İçme Durumu</u> | | |
| Arasıra içen | 58 | 11.60 |
| Günde 1-5 adet içen | 43 | 8.60 |
| Günde 6-10 adet | 26 | 5.20 |
| Günde 11 adet - + | 21 | 4.20 |
| İçmeyen | 352 | 70.40 |
| <u>Çay İçme Durumu</u> | | |
| Günde 1-3 bardak içen | 260 | 52.00 |
| Günde 4-6 bardak içen | 97 | 19.40 |
| Günde 7 bardak ve + | 76 | 15.20 |
| İçmeyen | 67 | 13.40 |
| <u>İçki İçme Durumu</u> | | |
| Arasıra içen | 7 | 1.40 |
| İçmeyen | 493 | 98.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 24'te deneklerin gebeliği süresince sigara içmeyenlerin oranı %70.40, arasıra sigara içenlerin oranı %11.60, günde 1-5 adet sigara içenlerin oranı %8.60, günde 11 adet ve üzeri sigara içenlerin oranı %4.20 olarak saptanmıştır.

Deneklerin, gebeliği süresince çay içme oranı %86.60 çay içmeme oranı ise %13.40 olarak saptanmıştır.

Deneklerin içki içme durumuna bakıldığında %98.60 oranında içki içmedikleri, sadece %1.40 gibi çok az oranda gebeliği süresinde içki içtikleri saptanmıştır.

TABLO 25 : Deneklerin Gebelik Süresince Hastalık Geçirme ve Röntgen Uygulanma Durumlarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|---------------------------------|-----|--------|
| <u>Hastalık Geçirme Durumu</u> | | |
| Geçiren | 5 | 1.00 |
| Geçirmeyen | 495 | 99.00 |
| <u>Röntgen Uygulanma Durumu</u> | | |
| Uygulanmayan | 498 | 99.60 |
| Uygulanan | 2 | 0.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebeliği süresince hastalık geçirme ve röntgen uygulanma durumları incelendiğinde deneklerin %99.00'unun hastalık geçirmediği

ve %99.60'ına da röntgen uygulaması yapılmadığı saptanmıştır (Tablo 25).

TABLO 26 : Deneklerin Gebelik Süresince Tetanoz Aşısı Uygulanma Durumlarına Göre Dağılımı

| Tetanoz Aşısı Uygulanma | S | % |
|-------------------------|------------|---------------|
| Uygulanan | 329 | 65.80 |
| Uygulanmayan | 155 | 31.00 |
| Önceden uygulanan | 16 | 3.20 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin gebeliği süresince tetanoz aşısı uygulanma durumları tablo 26'da incelendiğinde; %65.80 oranında tetanoz aşısı uygulandığı saptanmıştır.

TABLO 26-a : Tetanoz Aşısı Uygulanan Deneklerin Aşısı Uygulanma Sayılarına Göre Dağılımı

| Aşısı Uygulanma Sayısı | S | % |
|------------------------|------------|---------------|
| Bir kez | 89 | 27.05 |
| İki kez | 240 | 72.95 |
| Toplam | 329 | 100.00 |

Tablo 26-a'da görüldüğü gibi, deneklerin %27.05'ine bir kez, %72.95'ine iki kez aşı uygulandığı saptanmıştır.

TABLO 27 : Deneklerin Gebelik Süresince Kan Basıncı Ölçülme ve Değerlendirilme Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|---|----------|----------|
| <u>Kan Basıncı Ölçme Durumu</u> | | |
| Ölçülen | 438 | 87.60 |
| Ölçülmeyen | 62 | 12.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |
| <u>Kan Basıncı Değerlendirme Durumu *</u> | | |
| Normal | 383 | 87.44 |
| Düşük | 36 | 8.22 |
| Yüksek | 19 | 4.34 |
| Toplam | 438 | 100.00 |

* Kan basıncı ölçülmeyen denekler yüzdeye alınmamıştır.

Tablo 27'de deneklerin %12.40'ının gebelik süresince kan basıncının ölçülmediği, kan basıncı ölçülen deneklerden %87.44'ünün kan basıncının normal olduğu, %4.34'ünün kan basıncının yüksek olduğu saptanmıştır.

TABLO 28 : Deneklerin Gebelik Süresince İdrar Tahlili Yapılma ve Değerlendirilme Durumlarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|---|-----|--------|
| <u>İdrar Tahlili Yapılma Durumu</u> | | |
| Yapılan | 213 | 42.60 |
| Yapılmayan | 287 | 57.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |
| <u>İdrar Tahlili Değerlendirme Durumu *</u> | | |
| Normal bulunan | 177 | 83.10 |
| Normal bulunmayan | 36 | 16.90 |
| Toplam | 213 | 100.00 |

* İdrar tahlili yapılmayan denekler yüzdeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin %57.40'ının gebeliği süresince idrar tahlili yapılmadığı, idrar tahlili yapılan deneklerden %83.10 oranında idrar tahlilinin normal olduğu saptanmıştır (Tablo 28).

TABLO 29 : Deneklerin Gebelik Süresince Ödem ve Varis Bulunma Durumlarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|----------------------------|-----|-------|
| <u>Ödem Bulunma Durumu</u> | | |
| Var | 155 | 31.00 |
| Yok | 345 | 69.00 |

| <u>Varis Bulunma Durumu</u> | | |
|-----------------------------|------------|---------------|
| Var | 71 | 14.20 |
| Yok | 429 | 85.80 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 29'da görüldüğü gibi deneklerin %31.00'inde ödem, %14.20'sinde varis bulunduğu saptanmıştır.

TABLO 30 : Deneklere Gebelik Süresince Sağlık Personeli Tarafından İlaç Önerilme, Vitamin ve Demir İlacı Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|--|------------|---------------|
| <u>İlaç Önerilme Durumu *</u> | | |
| Önerilen | 374 | 74.80 |
| Önerilmeyen | 84 | 25.20 |
| Toplam | 458 | 100.00 |
| <u>Vitamin ilacı Kullanma Durumu **</u> | | |
| Kullandı | 324 | 86.63 |
| Kullanmadı | 50 | 13.37 |
| Toplam | 374 | 100.00 |
| <u>Vitamin ilacı Kullanmaya Başladığı Ay ***</u> | | |
| 4. ay ve öncesi | 139 | 42.90 |
| 5 - 7 ay | 159 | 49.08 |
| 8. ay ve sonrası | 26 | 8.02 |
| Toplam | 324 | 100.00 |

Vitamin ilacı Kullanma Düzeni ***

| | | |
|----------|-----|--------|
| Düzenli | 212 | 65.43 |
| Düzensiz | 112 | 34.57 |
| Toplam | 324 | 100.00 |

Demir ilacı Kullanma Durumu **

| | | |
|------------|-----|--------|
| Kullandı | 323 | 86.36 |
| Kullanmadı | 51 | 13.64 |
| Toplam | 374 | 100.00 |

Demir ilacı Kullanmaya Başladığı Ay ***

| | | |
|------------------|-----|--------|
| 4. ay ve öncesi | 130 | 40.25 |
| 5 - 7 ay | 155 | 47.98 |
| 8. ay ve sonrası | 38 | 11.77 |
| Toplam | 323 | 100.00 |

Demir ilacı Kullanma Düzeni ***

| | | |
|----------|-----|--------|
| Düzenli | 217 | 67.18 |
| Düzensiz | 106 | 32.82 |
| Toplam | 323 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamıştır

** ilac önerilmeyenler yüzdeye alınmamıştır.

***ilac kullanmayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Deneklere gebelik süresince sağlık personeli tarafından ilaç önerilme, vitamin ve demir ilacı kullanma durumları tablo 30'da incelendiğinde; deneklerin %74.80'ine sağlık personeli tarafından ilaç verildiği, ilaç verilen deneklerden %86.63'ünün verilen vitamin ilacını kullandığı, vitamin ilacı kullananların %49.08 oranında 5-7. aylar

arasında kullanmaya başladığı, %65.43 oranında vitamin i - lacını düzenli kullandıkları görülmektedir (Tablo 30).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelikleri süresince demir ilacı kullanma durumlarına bakıldığında ise (Tablo 30), %86.36 oranında demir ilacı kullandığı, demir ilacı kullananların en yüksek oranda (%47.98) 5-7. aylarda başladığı, %67.18 oranında da demir ilacını düzenli kullandıkları saptanmıştır.

TABLO 31 : Deneklerin (Vitamin ve Demir ilacı Dışında) İlaç Kullanma ve Kullanılan İlaç Çeşitlerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|-----------------------------|-----|--------|
| <u>İlaç Kullanma Durumu</u> | | |
| Kullandı | 102 | 20.40 |
| Kullanmadı | 398 | 79.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Kullanılan İlaç Cesitleri *

| | | |
|---------------------------------|------------|---------------|
| Agrı kesici | 38 | 37.25 |
| Antibiyotik | 23 | 22.55 |
| Düşük tehdidi + erken doğ. " | 18 | 17.65 |
| Uriner Anti - septikleri | 7 | 6.86 |
| Antiemetik | 6 | 5.88 |
| Suppozituar | 7 | 6.86 |
| Sakinleştirici | 2 | 1.96 |
| Serum | 1 | 0.98 |
| Toplam | 102 | 100.00 |

* İlaç kullanmayan denekler yüzdeye alınmamış -
tır.

Tablo 31'de görüldüğü gibi deneklerin vitamin ve demir ilacı dışında ilaç kullanma oranı %20.40, kullanılan ilaçlardan %37.25 gibi yüksek bir oranının ağrı kesici olduğu saptanmıştır.

TABLO 32 : Deneklerin Gebelik Süresince Beslenmelerine Dikkat Etme Durumlarına Göre Dağılımı

| Beslenmeye Dikkat Etme | S | % |
|------------------------|------------|---------------|
| Dikkat eden | 302 | 60.40 |
| Dikkat etmeyen | 198 | 39.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Arastırma kapsamına alınan deneklerin gebelikleri süresince beslenmelerine dikkat etme durumları incelendiğinde; deneklerden %60.40' ının beslenmelerine dikkat ettiği görülmüştür (Tablo 32).

TABLO 33 : Deneklerin Gebelikte Kilo Alma Durumlarına Göre Dağılımı

| Kilo Alımı | S | % |
|--------------|-----|--------|
| 9 kg ve altı | 91 | 18.20 |
| 9 - 13 kg | 135 | 27.00 |
| 14 kg ve + | 115 | 23.00 |
| Bilmeyen | 159 | 31.80 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Deneklerin bu gebeliklerinde kilo alma durumları Tablo 33'te incelendiğinde; %27.00'sinin 9 - 13 kg. arasında, %23.00'ünün de 14 kg ve üzerinde kilo aldıkları saptanmıştır (Tablo 33).

TABLO 34 : Deneklerin Gebelikte Stres Alma Durumlarına Göre Dağılımı

| Stres | S | % |
|---------|-----|--------|
| Alan | 159 | 31.80 |
| Almayan | 341 | 68.20 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 34'te deneklerin gebelik süresince stres alma durumları görülmektedir. Tablo incelendiğinde; %68.20'sinin gebeliği süresince stres almadığı saptanmıştır.

3.4. DENEKLERİN ANTENATAL BAKIM ALMA DURUMLARI İLE İLGİLİ BİLGİLER

TABLO 35 : Deneklerin Antenatal Bakım Alma Durumlarına Göre Dağılımı

| Antenatal Bakım | S | % |
|-----------------|-----|--------|
| Bakım alan | 458 | 91.60 |
| Bakım almayan | 42 | 8.40 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Araştırma kapsamına alınan deneklerin antenatal bakım alma durumları incelendiğinde deneklerin %91.60'ının antenatal bakım aldığı görülmüştür (Tablo 35).

TABLO 36 : Deneklerin Antenatal Bakım Aldıkları Sağlık Personeline Göre Dağılımı *

| Sağlık Personeli | S | % |
|------------------|-----|--------|
| Dr. | 210 | 45.85 |
| Hemşire-ebe | 150 | 32.75 |
| Dr.-ebe | 98 | 21.40 |
| Toplam | 458 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Deneklerin antenatal bakım aldıkları sağlık personeli durumları Tablo 36'da incelendiğinde; %45.85'inin antenatal bakımı Dr.'dan aldığı, %32.75'inin ise hemşire-ebeden antenatal bakım aldıkları saptanmıştır.

TABLO 37 : Deneklerin İlk Antenatal Bakım Almaya Başladıkları Aylara Göre Dağılımı *

| Antenatal Bakım Ayı | S | % |
|---------------------|------------|---------------|
| 3. ay ve öncesi | 315 | 68.78 |
| 4 - 5. ay | 86 | 18.77 |
| 6 - 7. ay | 49 | 10.70 |
| 8. ay ve sonrası | 8 | 1.75 |
| Toplam | 458 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Tablo 37'de deneklerin gebeliklerinde ilk antenatal bakım aldıkları aylara göre dağılımları görülmektedir. Tablo incelendiğinde deneklerin en çok (%68.78) 3. ay ve daha önce ilk antenatal bakım aldıkları, en az da (%1.75) 8. ay ve sonrası ilk antenatal bakım aldıkları saptanmıştır.

TABLO 37-a : Deneklerin Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sayılarına Göre Dağılımı *

| Bakım Sayısı | S | % |
|--------------|-----|--------|
| Birkaç kez | 94 | 20.52 |
| 4 - 6 kez | 186 | 40.61 |
| 7 ve + | 178 | 38.87 |
| Toplam | 458 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin antenatal bakım alma sayılarına göre dağılımları incelendiğinde en fazla oranda (%40.61) 4 - 6 kez, en az oranda da (%20.52) birkaç kez antenatal bakım aldıkları saptanmıştır (Tablo 37-a)

TABLO 37-b : Deneklerin Gebelikte Antenatal Bakım Alma Sıklıklarına Göre Dağılımı *

| Bakım Alma Sıklığı | S | % |
|---------------------------|-----|--------|
| Her ay | 284 | 62.00 |
| Başında-ortasında-sonunda | 51 | 11.14 |
| Son aylarda | 50 | 10.92 |
| 5. aydan sonra | 32 | 6.99 |
| Sikayeti yoktu, az gitti | 31 | 6.77 |
| Sikayeti olunca | 10 | 2.18 |
| Toplam | 458 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamışlardır.

Deneklerin antenatal bakım alma sıklıkları incelendiğinde; her ay antenatal bakım aldığını söyleyen denek oranı %62.00, gebeliğin başında-ortasında-sonunda %11.14, şikayeti olunca %2.18 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 37-b).

TABLO 37-c : Deneklerin Antenatal Bakım için Gittikleri Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı *

| Sağlık Kuruluşu | S | % |
|-----------------------|------------|---------------|
| Hastane | 42 | 9.17 |
| Sağlık Ocağı | 178 | 38.86 |
| Özel Doktor | 75 | 16.38 |
| Sağlık ocağı + Hast. | 89 | 19.43 |
| Sağ. Ocağı + Özel Dr. | 74 | 16.16 |
| Toplam | 458 | 100.00 |

* Antenatal bakım almayanlar yüzdeye alınmamıştır.

Deneklerin antenatal bakım için gittikleri sağlık kuruluşlarına göre dağılımı incelendiğinde; antenatal bakım için gittikleri sağlık kuruluşu en yüksek oranda Sağlık Ocağı (%38.86), ikinci sırada Sağlık Ocağı+Hastane (%19.43), en az oranda da Hastane (9.17) olduğu gözlenmektedir (Tablo 37-c).

3.5. DENEKLERİN DOĞUM ŞEKLİ, KAN GRUBU, VE YENİDOĞAN İLE İLGİLİ BİLGİLER

TABLO 38 : Deneklerin Doğum Şekli, Kan Grubu, Kan Uyumsuzluk Ve Bebeğin Cinsiyet Durumlarına Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|---------------------------|-----|--------|
| <u>Doğum Şekli</u> | | |
| Normal doğum | 411 | 82.20 |
| Sezaryan | 89 | 17.80 |
| <u>Kan Grubu</u> | | |
| A Rh (+) | 220 | 44.00 |
| B Rh (+) | 70 | 14.00 |
| AB Rh (+) | 30 | 6.00 |
| O Rh (+) | 142 | 28.40 |
| A Rh (-) | 14 | 2.80 |
| B Rh (-) | 3 | 0.60 |
| AB Rh (-) | 5 | 1.00 |
| O Rh (-) | 16 | 3.20 |
| <u>Kan Uyumsuzluğu</u> | | |
| Var | 35 | 7.00 |
| Yok | 465 | 93.00 |
| <u>Bebek'in Cinsiyeti</u> | | |
| Erkek | 262 | 52.40 |
| Kız | 238 | 47.60 |
| Toplam | 500 | 100.00 |

Tablo 38'de görüldüğü gibi deneklerin büyük bir kısmının doğumlarının normal doğumla (%82.20) sonlandığı, kan gruplarına bakıldığında en yüksek oranda (%44.00) A Rh(+), ikinci sırayı (%28.40) O Rh (+) almakta, araştırmada en az olan kan grubu (%0.60) B Rh (-), Rh (+) kan grupları %92.40 , Rh (-) kan grupları oranı da %7.60 olduğu saptanmıştır.

Deneklerin kan uyumsuzluğu durumlarının %7.00 olduğu görülmektedir (Tablo 38).

Bebeklerin cinsiyetlerine bakıldığında yarısından fazlasının (%52.40) erkek olduğu görülmektedir (Tablo 38).

TABLO 39 : Deneklerin Bebeklerinin Kilo, Boy, Baş ve Göğüs Çevresi Ölçümlerine Göre Dağılımı

| Değişkenler | S | % |
|--------------------|-----|-------|
| <u>Kilo Durumu</u> | | |
| 2500 gr. ve altı | 15 | 3.00 |
| 2550 - 2950 gr. | 53 | 10.60 |
| 3000 - 3450 gr. | 216 | 43.20 |
| 3500 - 3950 gr. | 169 | 33.80 |
| 4000 gr. ve + | 47 | 9.40 |
| <u>Boy Durumu</u> | | |
| 47.5 cm. ve altı | 26 | 5.20 |
| 48 - 51.5 cm. | 110 | 22.00 |
| 52 - 53.5 cm. | 316 | 63.20 |
| 54 - 55.5 cm. | 47 | 9.40 |
| 56 cm. ve + | 1 | 0.20 |

Baş Çevresi

| | | |
|------------------|-----|-------|
| 32.5 cm. ve altı | 56 | 11.20 |
| 33 - 34.9 cm. | 249 | 49.80 |
| 35 - 36.9 cm. | 181 | 36.20 |
| 37 cm. ve + | 14 | 2.80 |

Göğüs Çevresi

| | | |
|------------------|-----|-------|
| 32.5 cm. ve altı | 170 | 34.00 |
| 33 - 34.5 cm. | 230 | 46.00 |
| 35 - 36.5 cm. | 87 | 17.40 |
| 37 cm. ve + | 13 | 2.60 |

| | | |
|--------|-----|--------|
| Toplam | 500 | 100.00 |
|--------|-----|--------|

Arastırmada; deneklerin bebeklerinin kilolarına bakıldığında %43.20 'sinin 3000 - 3450 gr. arasında, boy uzunluğu %63.20 'sinde 52 - 53.5 cm., baş çevresi %49.80 'inde 33- 34.9 cm. , göğüs çevresi %46.00' sında 33 - 34.5 cm. olduğu saptanmıştır (Tablo 39).

TABLO 40 : Deneklerin Hemoglobin ve Hematokrit Değerlerine Göre Dağılımı

| <u>Değişkenler</u> | <u>S</u> | <u>%</u> |
|--------------------------|------------|---------------|
| <u>Hemoglobin Değeri</u> | | |
| 7.9 gr. ve altı | 7 | 1.40 |
| 8.0 - 9.9 gr. | 63 | 12.60 |
| 10.0 - 10.9 gr. | 105 | 21.00 |
| 11.0 gr. ve + | 325 | 65.00 |
| <u>Hematokrit Değeri</u> | | |
| 33.9 gr. ve altı | 220 | 44.00 |
| 34.0 gr. ve + | 280 | 56.00 |
| <u>Toplam</u> | <u>500</u> | <u>100.00</u> |

Arastırma kapsamına giren deneklerin hemoglobin ve hematokrit değerlerine göre dağılımları incelendiğinde; hemoglobin değeri, 9.9 gr. ve altında %14.00, 10.0 - 10.9 gr. %21.00 , 11.0 gr ve üzeri olma oranı %65.00, hematokrit değeri, 33.9 gr.'ın altında %44.00, 34.0 gr.'ın üzeri oranı ise %56.00 olarak bulunmuştur (Tablo 40).

3.6. YENİDOĞANIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLER

TABLO 41 : Deneklerin Yaş, Evlenme Yaşı, Gebelik Sayısı, Canlı Doğum Sayısı, Hemogloblin ve Hematokrit Değerleri ile Yenidoğanın Kilo, Boy, Baş ve Göğüs Çevresi Ölçümleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

| Değişkenler* | Kilo, Boy, Baş ve Göğüs Çevresi Ölçümleri | | | |
|--------------------|---|--------|----------|------------|
| | Kilo | Boy | Baş Çev. | Göğüs Çev. |
| Anne yaşı | r 0.225 | 0.091 | 0.181 | 0.158 |
| | p *** | A.D. | *** | ** |
| Evlenme yaşı | r 0.039 | -0.012 | 0.026 | 0.016 |
| | p A.D. | A.D. | A.D. | A.D. |
| Gebelik sayısı | r 0.166 | 0.066 | 0.138 | 0.146 |
| | p *** | A.D. | *** | *** |
| Canlı Doğum sayısı | r 0.217 | 0.106 | 0.174 | 0.202 |
| | p *** | ** | *** | *** |
| Hemogloblin | r -0.080 | -0.046 | -0.099 | -0.088 |
| | p A.D. | A.D. | ** | A.D. |
| Hematokrit | r -0.096 | -0.042 | -0.103 | -0.079 |
| | p A.D. | A.D. | ** | A.D. |

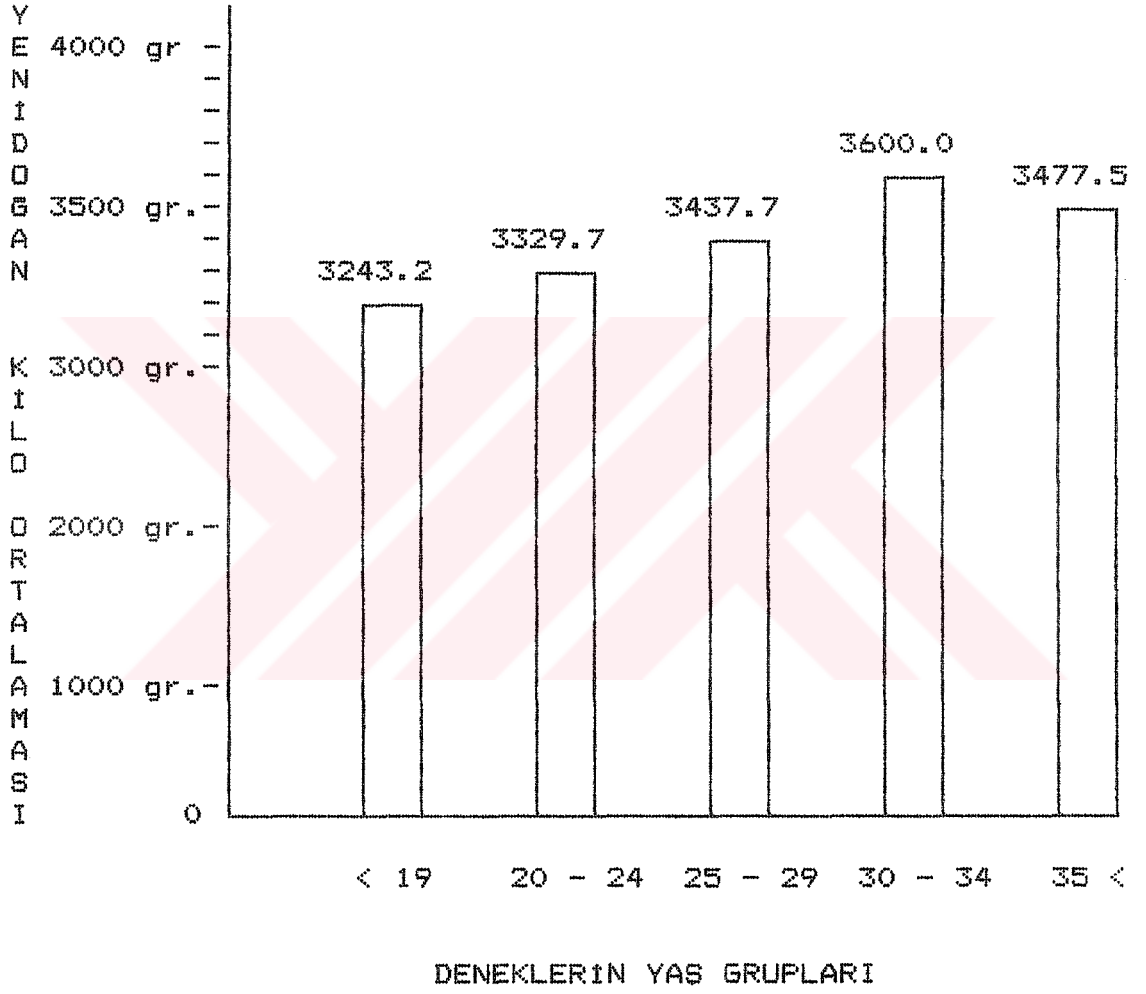
* N=500 SD=-2 A.D.=Anlamlı değil

** 0.05 düzeyinde anlamlı

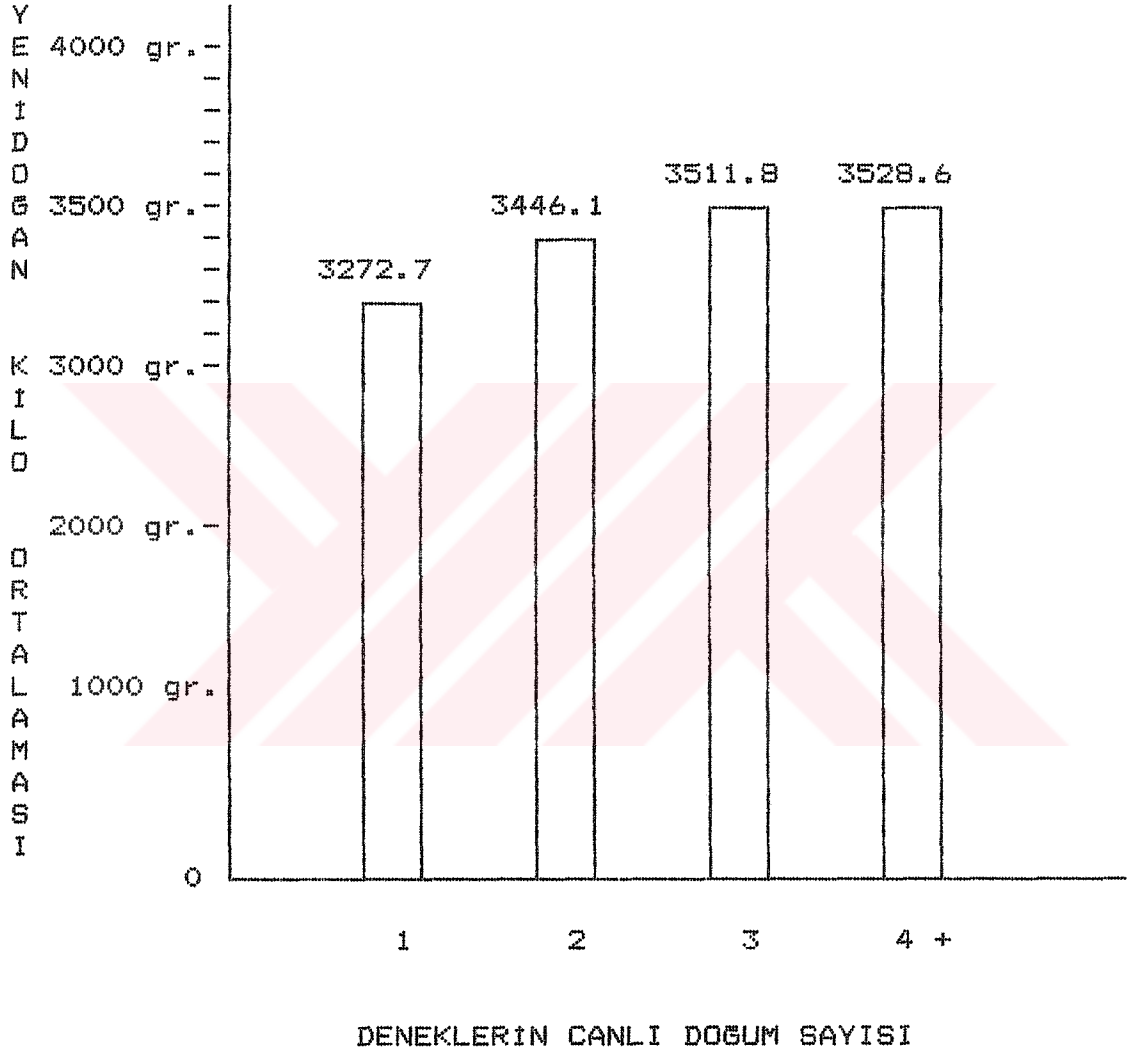
*** 0.01 düzeyinde anlamlı

Tablo 41 incelendiğinde anne yaşının yenidoğanın kilo (Grafik 1) ve baş çevresi ile $p < 0.01$, göğüs çevresi ile $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur. Evlenme yaşı ile yenidoğanın antropometrik ölçümleri ile arasındaki ilişkinin anlamsız olduğu gözlenmektedir. Gebelik sayısı ile yenidoğanın kilo, baş ve göğüs çevresi arasındaki ilişki anlamlı ($p < 0.01$), yenidoğanın boyu ile arasındaki ilişki anlamlı bulunmamıştır. Canlı doğum sayısı ile yenidoğanın kilosu (Grafik 2), baş ve göğüs çevresi arasında $p < 0.01$, boy uzunluğu ile $p < 0.05$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Deneklerin hemoglobin ve hematokrit değerleri ile yenidoğanın antropometrik ölçümleri arasında baş çevresi ölçümü dışında anlamlı bulunmamıştır. Baş çevresi ile $p < 0.05$ düzeyinde negatif yönde korelasyon bulunduğu saptanmıştır (Tablo 41).



GRAFİK 1 : Denek Yaş Gruplarına Göre Yenidoğan Kilo Ortalaması Dağılımı (Ortalama Değer)



GRAFİK 2 : Deneklerin Canlı Doğum Sayısına Göre Yenidoğan Kilo Ortalaması Dağılımı

TABLO 42 : Deneklerin Gebelik Aralıklıklarının Yenidoğan Kilo Ortalamalarına Göre Dağılımı.

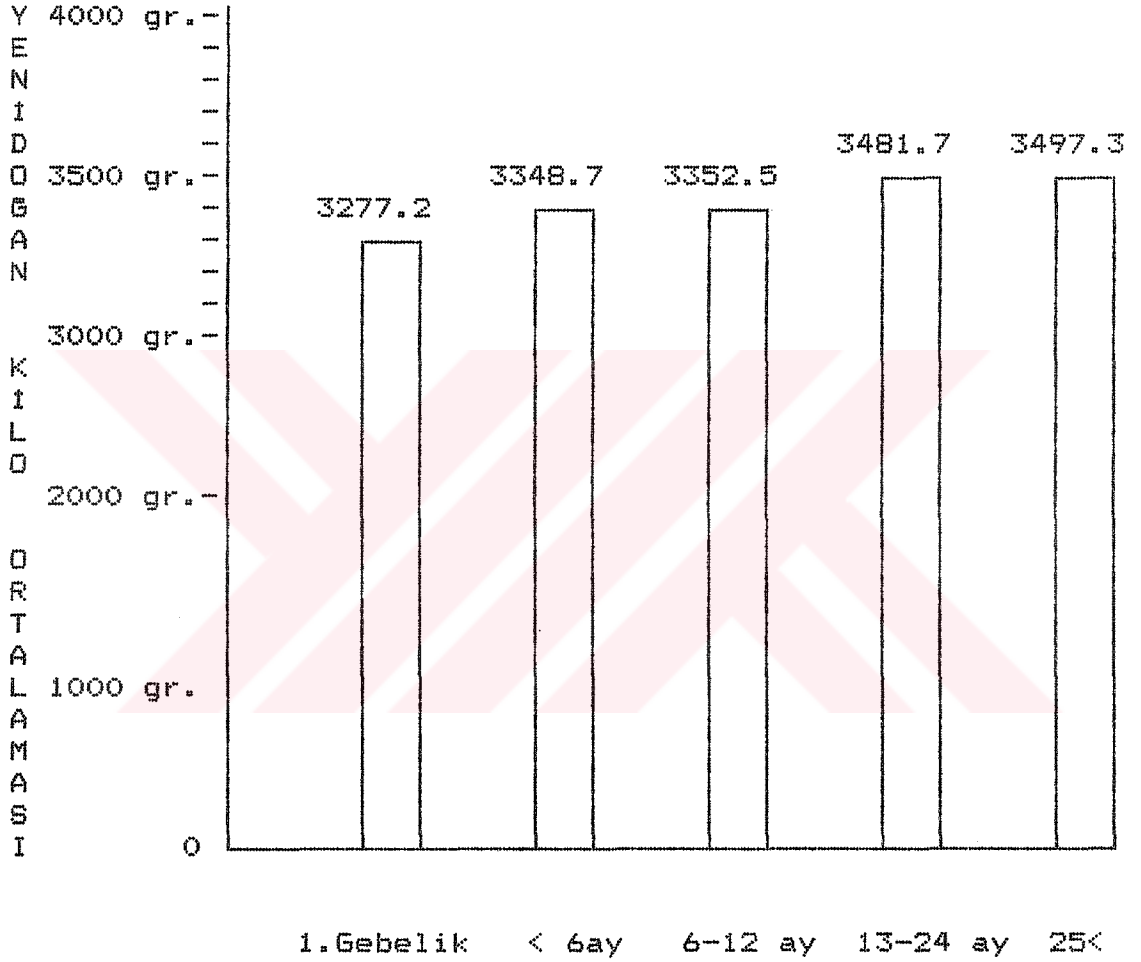
| Gebelik Aralığı | N | \bar{X} | Ss |
|-----------------|-----|-----------|-------|
| 1. Gebelik | 220 | 3277.2 | 419.9 |
| 12 Ay ve altı | 78 | 3350.6 | 493.0 |
| 13 - 24 ay | 52 | 3481.7 | 387.9 |
| 25 ay ve + | 150 | 3497.3 | 385.3 |

| Varyasyon kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 4988040 | 3 | 1662680 |
| Grup içi | 87111392 | 496 | 175628 |
| Genel | 92099424 | 499 | - |

$$F = 9.47$$

$$P < 0.05$$

Deneklerin gebelik aralıklarına göre, yenidoğan kilolarının ortalamaları incelendiğinde (Tablo 42), gebelik aralıkları arttıkça yenidoğan kilo ortalamalarında artma görülmektedir. Yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur ($F = 9.47$, $P < 0.05$) (Grafik 3).



DENEKLERİN GEBELİK ARALIĞI

GRAFİK 3 : Deneklerin Gebelik Aralıklarına Göre Yenidogan Kilo Ortalaması Dağılımı

TABLO 43 : Deneklerin Gebelikte Aldığı Kilo Durumlarının
Yenidoğan Kilo Ortalamalarına Göre Dağılımı

| Aldığı Kilo | N | \bar{X} | Ss |
|-------------|-----|-----------|-------|
| 9 kg < | 91 | 3269.8 | 399.3 |
| 9 - 13 kg. | 134 | 3340.1 | 440.0 |
| 14 kg < | 114 | 3484.2 | 456.7 |
| Bilmiyor | 161 | 3389.1 | 402.1 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 2561589 | 3 | 853863 |
| Grup içi | 89537840 | 496 | 180520 |
| Genel | 92099424 | 499 | - |

| | |
|----------|----------|
| F = 4.73 | P < 0.05 |
|----------|----------|

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelikleri süresince aldıkları kilo durumlarına göre yenidoğan kilo ortalamaları Tablo 43'te görülmektedir. Yapılan varyans analizinde $\alpha = 0.05$ önem düzeyinde anlamlı bulunmuştur (F = 4.73, P < 0.05).

TABLO 44 : Deneklerin Bebeklerinin Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğan Kilolarının Dağılımı

| Bebegin Cinsiyeti | Yenidoğanın Kilosu | | | | | | Toplam | |
|----------------------|--------------------|------|--------------|-------|-----------|-------|--------|--------|
| | < 2500gr. | | 2550-3950gr. | | 4000 gr.< | | S | % |
| | S | % | S | % | S | % | | |
| Erkek | 6 | 2.29 | 221 | 84.35 | 35 | 13.36 | 262 | 100.00 |
| Kız | 9 | 3.78 | 217 | 91.18 | 12 | 5.04 | 238 | 100.00 |
| Toplam | 15 | 3.00 | 438 | 87.60 | 47 | 9.40 | 500 | 100.00 |

$$\overset{2}{X} = 10.765 \quad SD = 2 \quad P < 0.01$$

Deneklerin bebeklerinin cinsiyet durumlarına göre yenidoğan kilo değerleri Tablo 44'te incelenmiştir. Erkek yenidoğanın 4000 gr. üzerinde olma oranı (%13.36), kız yenidoğandan (%5.04) daha fazla olup bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\overset{2}{X} = 10.765$, $SD=2$, $P < 0.01$).

TABLO 45 : Deneklerin Gebelik Aralıklarının Yenidoğan Boy Uzunluk Ortalamalarına Göre Dağılımı

| Gebelik Aralığı | N | \bar{X} | Ss |
|-----------------|-----|-----------|-------|
| 1. Gebelik | 220 | 49.705 | 1.570 |
| 12. ay ve altı | 78 | 49.808 | 1.652 |
| 13 - 24 ay | 52 | 50.135 | 1.085 |
| 25 ay ve + | 150 | 50.093 | 1.363 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 17.38 | 3 | 5.79 |
| Grup içi | 1086.66 | 496 | 2.19 |
| Genel | 1104.04 | 499 | |

| | |
|----------|----------|
| F = 2.64 | P < 0.05 |
|----------|----------|

Deneklerin gebelik aralıklarının yenidoğan boy uzunluk ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 45'te gösterilmiştir. Gebelik aralıklarının yenidoğan boy uzunluklarına etkisini incelemek üzere yapılan varyans analizi ile bulunan fark $\alpha = 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak önemlidir (F = 2.64, P < 0.05).

TABLO 46 : Deneklerin Gebelikte Aldıkları Kilo Durumlarının Yenidoğan Boy Uzunluk Ortalamalarına Göre Dağılımı

| Gebelikte Aldığı Kilo | N | \bar{X} | Ss |
|-----------------------|-----|-----------|-------|
| 9 Kg. ve altı | 91 | 49.593 | 1.468 |
| 9-13 kg. | 134 | 49.687 | 1.629 |
| 14 Kg. ve üzeri | 114 | 50.272 | 1.278 |
| Bilmiyor | 161 | 49.932 | 1.463 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 30.43 | 3 | 10.14 |
| Grup içi | 1073.61 | 496 | 2.16 |
| Genel | 1104.04 | 499 | - |

$$F = 4.69$$

$$P < 0.05$$

Deneklerin gebelikte aldığı kilo durumlarının yeni-doğan boy uzunluk ortalamaları ve standart sapmaları tablo 46'da gösterilmiştir. Gebelikte aldıkları kilo durumlarının yeni-doğan boy uzunluğu üzerindeki etkisini incelemek üzere yapılan varyans analizi ile bulunan fark $\alpha = 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak önemlidir ($F = 4.69$, $P < 0.05$).

TABLO 47 : Yenidoğan Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğan Boy Uzunluklarının Dağılımı

| Bebegın Cinsiyeti | Yenidoğan Boy Uzunluğu | | | | | | | |
|-------------------|------------------------|-------|-------|-------|--------|------|--------|--------|
| | < 49.5 | | 50-52 | | 52.5 < | | Toplam | |
| | S | % | S | % | S | % | S | % |
| Erkek | 49 | 13.70 | 198 | 75.57 | 15 | 5.73 | 262 | 100.00 |
| Kız | 87 | 36.55 | 147 | 61.76 | 4 | 1.68 | 238 | 100.00 |
| Toplam | 136 | 27.20 | 345 | 69.00 | 19 | 3.80 | 500 | 100.00 |

$$\bar{X} = 23.427 \quad SD = 2 \quad P < 0.001$$

Araştırma kapsamına alınan deneklerin yenidoğan cinsiyetlerine göre boy uzunluğu incelendiğinde; erkek yenidoğanların kız yenidoğanlara oranla daha uzun boylu oldukları görülmektedir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\bar{X} = 23.427$, $SD = 2$, $P < 0.001$) (Tablo 47).

TABLO 48 : Deneklerin Gebelik Aralığına Göre Yenidoğan Baş Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı

| Gebelik Aralığı | Yenidoğan Baş Çevresi | | | | | | Toplam | |
|-----------------|-----------------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|--------|
| | < 32.5 | | 33-35.5 | | 36 < | | S | % |
| | S | % | S | % | S | % | S | % |
| 1. doğum | 33 | 15.00 | 173 | 78.64 | 14 | 6.36 | 220 | 100.00 |
| < 6 ay | 5 | 13.16 | 29 | 76.32 | 4 | 10.53 | 38 | 100.00 |
| 6-12 ay | 7 | 17.50 | 24 | 60.00 | 9 | 22.50 | 40 | 100.00 |
| 13-24 ay | 5 | 9.62 | 38 | 73.08 | 9 | 17.31 | 52 | 100.00 |
| 25 ay < | 6 | 4.00 | 114 | 76.00 | 30 | 20.00 | 150 | 100.00 |
| Toplam | 56 | 11.20 | 378 | 75.60 | 66 | 13.20 | 500 | 100.00 |

$$\bar{X} = 29.584 \quad SD = 8 \quad P < 0.001$$

Tablo 48'de araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelik aralığına göre yenidoğan baş çevresi ölçümleri incelendiğinde ; gebelik aralığı 6 aydan az olan deneklerde yenidoğan baş çevresi ölçümü 36 cm. ve üzeri olma oranı %10.53, deneklerin gebelik aralığı 25 ay ve üzeri olanlarda ise bu oranın %20.00 olduğu görülmektedir. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur

$$(X = 29.584, \quad SD = 8, \quad P < 0.001).$$

TABLO 49 : Bebeklerin Cinsiyet Durumlarına Göre Yenidoğan Baş Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı

| Yenidoğan Cinsiyeti | Yenidoğan Baş Çevresi | | | | | | | |
|---------------------|-----------------------|-------|---------|-------|------|-------|--------|--------|
| | < 32.5 | | 33-35.5 | | 36 < | | Toplam | |
| | S | % | S | % | S | % | S | % |
| Erkek | 15 | 5.73 | 199 | 75.95 | 48 | 18.32 | 262 | 100.00 |
| Kız | 41 | 17.23 | 179 | 75.21 | 18 | 7.56 | 238 | 100.00 |
| Toplam | 56 | 11.20 | 378 | 75.60 | 66 | 13.20 | 500 | 100.00 |

$$\chi^2 = 25.673 \quad SD = 2 \quad P < 0.001$$

Tablo 49'da yenidoğan cinsiyetlerine göre yenidoğan baş çevresi ölçümleri incelenmiştir. Erkek yenidoğanlarda baş çevresi 32.5 cm. ve altında olma oranı %5.73. kız yenidoğanlarda ise bu oran %17.23 olarak bulunmuştur. Aradaki ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\chi^2 = 25.673$, $SD = 2$, $P < 0.001$).

TABLO 50 : Deneklerin Gebelik Aralıklarının Yenidoğan Göğüs Çevresi Ortalamalarına Göre Dağılımı

| Gebelik Aralığı | N | \bar{X} | Ss |
|-----------------|-----|-----------|-------|
| 1. Gebelik | 220 | 32.895 | 1.746 |
| < 12 ay | 78 | 33.154 | 1.843 |
| 13-24 ay | 52 | 33.577 | 1.589 |
| 25 ay < | 150 | 33.550 | 1.515 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 46.33 | 3 | 15.44 |
| Grup içi | 1399.82 | 496 | 2.82 |
| Genel | 1446.15 | 499 | - |

$$F = 5.47$$

$$P < 0.05$$

Deneklerin gebelik aralıkları ortalamalarına göre yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları ve standart sapmaları tablo 50'de görülmektedir. Gebelik aralıklarının yenidoğan göğüs çevresine etkisini incelemek üzere yapılan varyans analizi ile bulunan fark $\alpha = 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak da önemlidir ($F = 5.47$, $P < 0.05$).

TABLO 51 : Deneklerin Gebelikte Aldıkları Kilo Durumlarına Göre Yenidoğan Göğüs Çevresi Ortalamaları Dağılımı

| Alınan Kilo | N | \bar{X} | Ss |
|-------------|-----|-----------|-------|
| < 9 kg. | 91 | 32.648 | 1.603 |
| 9-13 kg. | 134 | 33.119 | 1.746 |
| 14 kg. < | 114 | 33.478 | 1.758 |
| Bilmiyor | 161 | 33.391 | 1.614 |

| Varyasyon Kaynağı | Kareler Top. | Serb. Der. | Kareler Ort. |
|-------------------|--------------|------------|--------------|
| Gruplararası | 346323 | 3 | 115441 |
| Grup içi | 91753104 | 496 | 184986 |
| Genel | 92099424 | 499 | - |

$$F = 4.69$$

$$P < 0.05$$

Tablo 51'de deneklerin gebelikte aldıkları kilo durumlarına göre yenidoğan göğüs çevresi ortalamalarının dağılımı incelendiğinde kilo durumlarının artmasıyla yenidoğan göğüs çevresi ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Deneklerin gebelikte aldıkları kilo durumlarının yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları üzerindeki etkisini incelemek üzere yapılan varyans analizi $\alpha = 0.05$ düzeyinde istatistiksel olarak bulunan fark önemlidir (F = 4.69, P < 0.05).

TABLO 52 : Bebeklerin Cinsiyetlerine Göre Yenidoğan Göğüs Çevresi Ölçümlerinin Dağılımı

| Cinsiyet | Yenidoğan Göğüs Çevresi | | | | | | Toplam | |
|----------|-------------------------|------|------------|-------|--------|-------|--------|--------|
| | < 30 cm | | 30.5-33 cm | | 33.5 < | | S | % |
| | S | % | S | % | S | % | S | % |
| Erkek | 7 | 2.67 | 114 | 43.51 | 141 | 53.82 | 262 | 100.00 |
| Kız | 16 | 6.72 | 124 | 52.10 | 98 | 41.18 | 238 | 100.00 |
| Toplam | 23 | 4.60 | 238 | 47.60 | 239 | 47.80 | 500 | 100.00 |

$$\bar{X} = 10.551 \quad SD = 2 \quad P < 0.01$$

Tablo 52'de yenidoğan cinsiyetinin göğüs çevresi ölçümlerine etkisi incelenmiş ve görüldüğü gibi erkek yenidoğan göğüs çevresi ölçümlerinde %53.82'si, kız yenidoğanlarda ise %41.18'i 33.5 cm ve üzerinde bulunmuştur. Bu ilişki istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur

$$(\bar{X} = 10.551, SD = 2, P < 0.01).$$

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUC

4.1. TARTIŞMA

4.1.1. DENEKLERLE İLGİLİ TANITICI BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deneklerin yaş grupları incelendiğinde; %70.40'ının gebelik için en uygun yaş olan 20-29 yaş grubunda oldukları belirlenmiştir (Tablo 6). Ülkemizde bebek ölümlerini etkileyen anneye bağlı sebepler arasında annenin doğumdaki yaşı önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Erken yaşta anne olma, anne ve yenidoğan açısından risk yaratmaktadır. Araştırmada bu risk grubuna girenlerin (19 yaşın altı ve 35 yaş ve üzeri, %20.20) oranı küçümsenmeyecek orandadır. UNICEF raporlarına göre dünyada 18 yaşına kadar doğuran kadınların dağılımı : Afrika %28, Asya %18, Latin Amerika %21; 35 yaşından sonra doğuranların dağılımı : Nijerya %15, Senegal %17, Meksika %13, Bangladeş %25, ABD %21'dir (105).

Deneklerin oturdukları konumlara göre dağılımları incelendiğinde ; büyük çoğunluğunun (%41.80) alt konumda, %35.00'inin orta konumda, %23.20'sinin üst konumda oturdukları saptanmıştır (Tablo 7).

Araştırmada deneklerin %62.00'si ilkokul mezunudur ve denekler arasında okur-yazar oranı %87.00 olarak saptanmıştır (Tablo 8). Okur-yazar olmayanların oranı Batı

Bölgesi'nde en düşük, Doğu Bölgesi'nde ise yüksek olarak bulunmuştur (27, 66, 136). Bir nüfus grubunun kültür düzeyinin ölçülmesinde en iyi göstergelerden biri, o toplumda okur-yazar oranıdır. İzmir ili ülkemizde okur-yazar oranı en yüksek olan illerin başında gelir (14). Türkiye genelinde 1990'da yetişkin kadınlarda okur-yazar oranı %71.00 olarak verilmiştir (50). Demir ve Ulufar'ın İzmir metropolünde doğurgan yaş denek gruplarında yaptıkları araştırmalarda ilkokul mezunu oranları sırasıyla %56.33, %57.92 olarak bulunmuştur (73, 144).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin okur-yazarlık oranının Türkiye genelindeki kadın okur-yazar oranına göre yüksek olması, araştırmaya katılan deneklerin İzmir ve çevresinde oturmalarından ve deneklerin genç yaş grubunda bulunmasından ileri geldiği düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin çalışma durumuna göre dağılımları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%91.00) ev hanımı olup çalışmadığı görülmüştür. Çalışan deneklerin oranı %9.00'dur (Tablo 8). 1991 Türkiye Ekim ayına göre kadınlarda iş gücüne katılma oranı (12 yaş ve yukarısı için) %32.9'dur. Kentlerde bu oran %13.9, kırsal kesimde ise %53.2'dir (134). İş gücüne katılım oranının Türkiye geneline ve kentlere göre daha düşük olmasının araştırılmaya alınan deneklerin 3/5'ünün 24 yaş ve daha genç nüfus grubunda bulunmaları nedeniyle olduğu düşünülebilir. Bu, Karababa ve arkadaşlarının Bornova Kızılay Sağlık Ocağı'nda yaptıkları araştırmayla (%93.05'inin ev hanımı) bir

benzerlik göstermektedir (70).

Araştırmada çalışanların büyük bir kısmının tarım kesiminde olduğu görülmektedir (Tablo 8). Türkiye çapında yapılan araştırmalarda çalışan kadınların %80.00'inin hala tarım kesiminde çalıştığı görülmektedir (136).

Tablo 9'da deneklerin eşlerinin eğitim, çalışma ve meslek durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; okur-yazar oranı %95.20 olarak saptanmıştır. Deneklerin eşlerinin eğitim düzeyleri, deneklerin eğitim düzeylerinden daha yüksek olarak bulunmuştur. 1990'da Türkiye çapında yapılan bir araştırmada yetişkinlerde okur-yazar oranı erkeklerde %90.00 olarak verilmiş olup araştırma verilerine uygunluk göstermektedir (50).

Türkiye'de 15 yaşın üstünde okur-yazar olan her yüz erkeğe karşılık 79 kadın vardır. İlkokula kayıtlı her yüz erkek çocuğa karşın 93 kız çocuk, Ortaokula kayıtlı her yüz erkek çocuğa karşılık 60 kız çocuk vardır (38).

Kadınların eğitim düzeylerinin düşük olması, kadınların toplum içindeki statüleri, beslenme, doğurganlık, bebek bakımı v.b. davranışlara olumsuz etkileri açısından büyük önem taşımaktadır.

Araştırmada çalışma oranı %93.60, çalışmama oranı ise %6.40 olarak saptanmıştır. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Hanehalkı İlgücü anketi sonuçlarına göre (1991) erkeklerde işsizlik oranı Türkiye'de %8.8, kentlerde %10.0, kırsal kesimde %7.5 olarak bildirilmiştir (134). Araştırmada işsizlik oranının Türkiye genelinden

daha düşük bulunması araştırmanın İzmir gibi Türkiye'nin üçüncü büyük kentinde gerçekleştirilmesinin etkisi ile olabilir.

Tablo 10'da deneklerin sosyal güvencelerine göre dağılımları incelendiğinde %65.20'sinin güvencesi olmadığı, sosyal güvencesi olanların ise en fazla (%43.68) S.S.K'lı oldukları gözlenmektedir (Tablo 10-a).

VI. Plan'da sosyal güvenlik alanında toplam nüfus içindeki sigortalı nüfus oranı 1991 yılı için %67.00 olarak hedeflenmiş iken, %74.00 olarak gerçekleşmiştir. Sağlık hizmetleri bakımından da toplam nüfusun %56.00'si sosyal sigorta kapsamına alınmıştır (8).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gelir durumlarının gider durumlarına göre dağılımlarında; yarıya yakın kısmının (%47.40) dengede olduğu gözlenmektedir (Tablo 11). Kalkınmakta olan ülkemizde "geliri gidere göre yüksek" olanların oranınının (3.20) az olması beklenti doğrultusundadır.

Deneklerin ev sahibi olma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %60.80'inin kiracı olduğu saptanmıştır (Tablo 12). Türk Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de ailelerin %74.2'si kendine ait evde oturmaktadır (8). Aradaki fark araştırma kapsamındaki deneklerin çok genç yaşta olmalarından kaynaklanabilir. Aydemir'in araştırmasında deneklerin ev sahibi olma durumları %35.5 olarak bulunmuştur (12).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin %29.20'sinin

13-17 yaşları arasında evlendikleri saptanmıştır (Tablo 13) Tüm denekler için ortalama evlilik yaşı 19.408 ± 3.290 ' dir. Türkiye'de ortalama ilk evlilik yaşı, kadınlar için 1975 yılında 18.2'den 1990 yılında 19.8'e yükselmiştir (82). Türk Aile Yapısı Araştırması sonuçlarına göre, Türkiye'de ortalama ilk evlenme yaşı erkeklerde 22.7, kadınlarda 18.9'dur (8, 21). Başka bir açıdan bakıldığında; yaşa özel evlenme hızları, erkek nüfusun 20-29, kadın nüfusun ise 15-24 yaş gruplarında en yüksek evlenme hızlarına sahip olduğu görülmektedir (82). Kırsal kesimde ve özellikle eğitim seviyesi düşük nüfus gruplarında ilk evlenme yaşı daha da düşmektedir (8, 38). Batı'da kentsel alanlardaki genç kızlar, Doğu'da yaşayanlardan 1-1.4 yıl daha geç evlenmektedirler (38, 136). Genç yaştaki evlilikler, kadının sağlığı ile doğrudan ilgisi olan gebelik, doğum, lohusalık gibi ana sağlığına yönelik olayların erken yaşta ortaya çıkmasına yol açmaktadır (136).

UNICEF raporlarına göre dünyada 18 yaşına kadar evlenmiş kadın adedi Bangladeş'te %90.00, Endonezya'da %59.00, Kolombiya'da %26.00, Kenya'da %45.00, Senegal'de %62.00, ABD'de %8'dir (105).

Deneklerin evlilik sürelerine göre dağılımları incelendiğinde; evlilik süreleri 6 yıl ve daha az olanların %75.60 oranında, 7 yıl ve daha fazla olanların ise %24.40 oranında oldukları gözlenmektedir (Tablo 14). Tüm deneklerde evlilik süresi ortalaması 4.560 ± 4.362 olarak saptanmıştır.

Arastırma kapsamına alınan deneklerin eşleri ile aralarında akrabalık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %20.60'ının akraba oldukları, %79.40'ının da akraba olmadıkları gözlenmektedir (Tablo 15). Türkiye'de 1988'de yapılan bir araştırmaya göre evli kadınlarda akraba evliliği dağılımı %21.1 olarak verilmiştir (21,146). Araştırmayla paralellik göstermektedir.

Bayık'ın yapmış olduğu bir araştırmasında deneklerin %23.59'unun eşi ile arasında akrabalık ilişkisi bulunduğu, akraba evliliklerinin %56.41'inin kardeş çocukları, %43.59'unun diğer türde akraba evlilikleri olduğunu saptamıştır (18).

Arastırma kapsamına alınan deneklerin eşleri ile akrabalık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %58.25'inin amca, dayı, hala, ve teyze oğlu (yani birinci derecede akraba), %41.75'inin ise daha uzak dereceden akraba oldukları saptanmıştır (Tablo 15-a). Türkiye'de yapılan akraba evlilikleri en çok (%70.00) birinci dereceden akraba evliliğidir, kuzenler arasında gerçekleşmektedir. Dogu, Güney ve Kuzey bölgeleri, birinci dereceden akraba evliliklerinin en sık görüldüğü yerlerdir (136).

4.1.2. ARASTIRMA KAPSAMINA ALINAN DENEKLERİN GEBELİK, DÜŞÜK VE DOĞUM DİYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

Arastırma kapsamına alınan deneklerin %36.00'sinin ilk gebelik yaşı 18 yaş ve daha genç oldukları saptanmıştır (Tablo 16). İlk gebelik yaşı ortalaması 20.0 ± 3.4 o -

lup, Coşkun ve Tekin'in çalışma sonuçları araştırmanın bulgularıyla paralellik göstermektedir (34).

Tablo 17'de %44.00'ünün birinci gebelik, %23.00'ü - nün ikinci gebelik, %15.00'inin üçüncü gebelik, %18.00'i- nin de dördüncü ve üzeri gebeliği olduğu saptanmıştır. Görüldüğü gibi deneklerin %62.00'si riskli gebelik grubu olan birinci ya da dördüncü ve üzeri gebeliklerini yaşı - maktadırlar. Mete'nin Elazığ Devlet Hastanesi'nde yaptığı bir araştırmada riskli gebelik grubuna girenlerin (birin- ci, dördüncü ve üzeri gebelik) oranı %66.7 olarak bulun- muştur (95).

5 ve üzeri gebelik oranı %10.60 olarak saptanmıştır. Ba - har ve Dervişoğlu'nun Ankara'da 503 kadından oluşan evren- lerinde 5 ve daha fazla sayıda gebelikleri %5.4 olarak bulmuşlardır (13). Aradaki fark araştırmanın Ankara Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde doğum öncesi bakım hizmet- lerinin nitelik ve niceliğinden kaynaklanabilir. Karaçam'ın araştırmasında iki ve üzeri gebelik oranı %74 olarak bulunmuştur (71).

Araştırma kapsamındaki deneklerde ortalama gebelik sayısı 2.2 ± 1.5 , yaşayan çocuk ortalaması 1.8 ± 1.1 ola- rak saptanmıştır.

Deneklerin canlı doğum sayılarına bakıldığında %49.60'ının bir, %28.40'ının iki, %13.60'ının üç, %8.40'ı- nın 4-ve üzeri çocuğu vardır. Deneklerin %50.40'ının mul - tipar olduğu saptanmıştır (Tablo 17). Coşkun'un araştırma- sında multipar oranı %52.2 olarak bulunmuştur (34).

Arastırma kapsamına alınan deneklerin istedikleri ideal çocuk sayısı en fazla oranla (%70.60) iki çocuktur. Deneklerin en fazla iki çocuğa sahip olma oranı ise %78.00 olarak saptanmıştır (Tablo 17).

Türkiye genelinde kadınların 3/4 'ünden fazlası iki ya da üç çocuk istemektedir. Ancak kadınların %43.8'inin sahip oldukları çocuk sayısının istedikleri sayıdan fazla olduğu görülmüştür (33). Türk Aile Yapısı Arastırması sonuçlarına göre de Türkiye'de ideal çocuk sayısı iki çocuktur (8). Arastırmada ideal çocuk sayısını dört ve üzeri isteme %1.60, Türkiye genelinde ise kentlerde %14.00, kırsal kesimde %28.00 olarak bulunmuştur (105). Aradaki farkın büyük kentte yaşamanın etkisi olduğu düşünülebilir.

Arastırma kapsamına alınan deneklerin %75.60'ının hiç düşük yapmadığı, %24.40'ının en az bir kez düşük yaptığı, %35.24'ünün isteyerek, %56.56'sının kendiliginden düşük yaptığı saptanmıştır (Tablo 18).

1979-1982 dönemine ait yapılan bir arastırmada her 5 gebelikten biri düşükle sonlanmaktadır. Meydana gelen düşüklerin yarısından fazlası da annelerin istemedikleri gebelikleri sonucu olan "isteyerek" düşüklerdir. İstenilen düşüklerin oranı özellikle kentsel bölgelerde kırsaldakinin iki katı ve okuma-yazma bilmeyen veya ilkokul mezunu kadınlarda fazladır (21, 107).

Türkiye'de 1987 yıl verilerine göre, her yüz canlı doğum için toplam düşük sayısı %47.3 olup bunun %35.00'i isteyerek yapılan düşüklerdir (38, 137).

Ulke çapında yapılan araştırmaların sonuclarına göre, isteyerek düşük yapan kadın oranı giderek artmaktadır (107).

Coskun ve Aydemir'in araştırmalarında en az bir düşük yapma sırasıyla %16.00 ve %22.00 olarak bulunmuştur (12, 34).

1982-1983 dönemi ile 1987 dönemi karşılaştırıldı - gında önemli artış mevcuttur. Orneğin; 100 üreme dönemi kadında isteyerek düşük sırasıyla 2.8'den 4.5'e, 100 gebelikte 12.1'den 23.6'ya yükselmiştir. 1987'de isteyerek düşük 100 canlı doğumda 35.1 olarak bulunmuş olup araştır - mayla paralellik göstermektedir (37). Karaçam'ın araştır - masında ise %34.00'ünün bir ya da daha fazla düşük yaptığı görülüyor (71).

Tablo 19'da görüldüğü gibi önceki gebeliklerinde erken doğum yapan denek oranı %2.00, ölü doğum yapan denek oranı %2.20, canlı doğup sonra ölen çocuk oranı ise %5.60 olarak saptanmıştır. Aydemir'in araştırmasında erken doğum yapma oranı %10.2 olarak bulunmuştur (12). Aktaş'ın araç - tirmasında ölü doğum yapma oranı da %32.00 olarak bulun - muştur (6). Aradaki bu fark araştırmanın yapıldığı yer - lerin (Batı-Doğu) farklı olmasından kaynaklanabilir. Ayde - mir'in araştırmasında ölü doğum oranı %5.1 (12), Kara - çam'ın araştırmasında ise %6.00 (71) olarak bulunmuştur. Araştırmada ölü doğum yapanların yaş ortalaması 25.82 olarak saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin 2500 gr al-

tında doğan bebek oranının %9.00, 4000 gr'ın üzerinde doğan bebek oranının %10.80 olduğu belirlenmiştir (Tablo 20) 2500 gr ve altı bebeği olan deneklerin yaş ortalaması 25.20, bilmeyenlerin 26.39 olarak bulunmuştur. 4000 gr ve üzerinde bebeği olan deneklerin yaş ortalaması 26.79, bilmeyenlerin yaş ortalaması 26.51 'dir.

4.1.3. DENEKLERİN SON GEBELİĞİ İLE İLGİLİ BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Tablo 21'de deneklerin gebelik aralıklarına bakıldığında, gebelik aralığı 12 ay ve daha az olma oranı %15.60 olarak saptanmıştır. Deneklerin gebelik aralığı 25 ay ve üzeri olma oranı %30.00 olarak bulunmuştur. Aktaş'ın yaptığı araştırmada risk taşıyan gebe oranı (12 ay ve daha az) %35.00 gibi daha yüksek bulunmuştur (6). Ulufer'in araştırmasında son gebelik aralığı bir yıldan az %26.67 olarak bulunmuştur(144). Araştırma kapsamındaki deneklerin %30.00'unun gebelik aralıklarının iki yıldan fazla oluşu Aile Planlaması çalışmalarını etkinliğinin başarılı olmasına bağlanabilir.

Deneklerin son gebeliği isteme durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; gebeliği isteme oranının %71.80, istememe oranı ise %28.20 olduğu görülmüştür (Tablo 22). Doğurganlığın fazla olması, istenmeyen gebeliklerin artmasına; bu da anne sağlığı için riskli olan düşüklerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin oluşması durumunda, kadınlar ya istemedikleri halde bu çocuğu doğurmakta ya da düşüğe başvurmaktadır. Her 100 canlı do -

gundan 37'si istenmeyen ya da planlanmayan gebelikler so -
nucudur (105, 136). Aydemir'in araştırmada gebeliği is -
teme oranı %68.3 olarak bulunmuştur (12). Araştırmada is -
temeden gebe kalan deneklerin yaş ortalaması 25.94, iste -
yerek gebe kalan deneklerin yaş ortalamasından (23.36)
daha yüksek olduğu görülmüştür.

Deneklerin çoğunun gebeliği önleyici yöntem kullan -
mamaları (%53.80) araştırma kapsamına alınan deneklerin
%44.00'ünün primipar olmasından kaynaklanabilir (Tablo 23)

Yöntem kullanan deneklerin modern ve etkili yöntem
kullanma oranınının (Ria + Hap + Kaput) %50.65, düşük etkili
ve geleneksel yöntem kullanma oranınının %49.35 olduğu g -
rülmektedir (Tablo 23-a). 1988'de kadınların %51.00 gibi
büyük bir oranı geleneksel yöntemleri kullanmaktadır (33)
Araştırmayla benzerlik göstermektedir.

1988'de yapılan bir araştırmada yöntem kullananla -
rın oranı %77.00, kullanmayanların oranı %23 olarak bulun -
muştur (146).

Karababa ve arkadaşlarının Bornova'da 15-44 yaş
grubuyla yaptıkları bir çalışmada %81.85'inin etkin yöntem
(%51.35 kondom, %25.87 hap, %4.63 RiA), %18.15'inin etkin
olmayan geri çekme yöntemi kullandıkları görülmüştür (70).

Türkiye'de Aile Planlaması yöntemlerinin ve bunlar -
dan da etkin yöntemlerin kullanımı yıllara göre düzenli
artmaktadır. 5 yılda bir yinelenen doğurganlık araştırma -
larında; 1978 yılında %36.00 olan etkin yöntemlerin kulla -
nım düzeyi 1983'te %44.00, 1988'de %49.00 olarak bulunmuş -

tur (33, 70). Araştırmayla bir paralellik göstermektedir (modern ve etkili yöntem kullanma %50.65 olarak saptanmıştır).

Aynı araştırmalar, etkin yöntemler içinde RIA araç kullanım düzeyinin 1978'de %4 iken, 1983'de %8.9'a ve 1988'de %17'ye ulaştığını göstermiştir (70). Araştırmayla yakın bir benzerlik vardır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin sigara içme durumları incelendiğinde; büyük bir oranının gebeliklerinde (%70.40) sigara kullanmadığı, ara-sıra içen grup %11.60, sigara içen grubun ise %18.00 olduğu görülmektedir (Tablo 24).

Aydemir'in araştırmasında sigara içen deneklerin oranı %27.5, içmeyenlerin oranı ise %72.5 olarak bulunmuştur (12). Karacam'ın araştırmasında ise sigara kullanmayan gebelerin oranı %72.00 olarak saptanmıştır (71).

Deneklerin çay içme durumları incelendiğinde; çay içen deneklerin oranı %86.60, çay içmeyen deneklerin oranı %13.40 olarak bulunmuştur (Tablo 24).

Deneklerin içki içme durumları incelendiğinde içki içmeyen deneklerin oranı %98.60 olarak saptanmıştır (Tablo 24). Bu sonucun toplumumuzdaki kadınların çoğunun içki kullanmadıkları ve bunda sosyo-kültürel faktörlerin de etkisi olduğu düşünülebilir.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelik süresinde hastalık geçirme durumları incelendiğinde; %99.00'unun hastalık geçirmediği ve röntgen uygulanma durumları

incelendiğinde %99.60'ına röntgen uygulaması yapılmadığı görülmüştür (Tablo 25). Aydemir'in araştırmasında deneklerin %95.00'inin röntgen ışını almadıkları görülmüştür (12).

Deneklerin gebeliklerindeki tetanoz aşısı uygulaması incelendiğinde; %65.80'ine aşı uygulandığı (Tablo 26), aşı uygulanan deneklerden %72.95'ine iki kez aşı uygulandığı görülmüştür (Tablo 26-a). Türkiye'de tetanoza karşı bağışık kılınan gebelerin oranı ancak %15.00'i bulmaktadır (38).

Aktaş'ın araştırmasında tetanoza karşı bağışıklanmama %36.00 olarak bulunmuştur (6). Araştırmada deneklerin daha az oranda (%31.00) tetanoza karşı bağışıklanmadığı görülmektedir.

Antalya il merkezinde yapılan bir araştırmada; tetanoza karşı bağışıklık durumunun %50.3 olduğu görülmüştür (32).

Bahar ve Dervişoğlu'nun Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde yaptıkları bir araştırmada gebelerin %35.00'ine bir kez, %61.8'ine ise iki kez tetanoz aşısı yapıldığı görülmüştür (13).

Deneklerin gebelik süresinde kan basıncı ölçülme durumları incelendiğinde; %87.60'ının gebelikte kan basıncına bakıldığı görülmüştür. Kan basıncına bakılmayan deneklerin oranı ise %12.40 olarak saptanmıştır (Tablo 27). Kan basıncı ölçülen deneklerin kan basınçlarının %87.44'ünün normal, %8.22'sinin düşük olduğu görülmüştür.

1989'da Antalya kent merkezinde gebe kadınların antenatal bakımları ile ilgili yapılan bir araştırmada %94.00'ünün kan basıncının ölçüldüğü, ölçülmeyenlerin oranının ise %6.00 olduğu saptanmıştır (136).

Coşkun'un yaptığı araştırmada deneklerin %10.3'ünde, ve diğer literatürlerde kan basıncı, gebelikte tehlike sınırı olarak kabul edilen 140/90 mmHg. ve üzerinde bulunmuştur (34). Bu da bize o bölgeye sunulan sağlık hizmetinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 28 incelendiğinde; araştırma kapsamına alınan deneklerin idrar tahlili yapılma durumları incelendiğinde idrar tahlili yapılmama (%57.40) oranının yarısından fazla olduğu görülmektedir. İdrar tahlili yapılan (%42.60) deneklerden normal bulunma oranı %83.10'dur. İdrar tahlili normal bulunmayanların oranı ise %16.90'dır.

1989'da Antalya kent merkezinde yapılan bir çalışmada gebe kadınların antenatal bakımda %45.00'inin idrar tahlili yapılmıştır (136).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebeliklerinde ödem ve varis bulunma durumları incelendiğinde; %69.00'unda ödem, %85.80'inde varis bulunmadığı görülmüştür (Tablo 29).

Aktaş'ın araştırmasında ödem ve varis bulunma durumları %31.00 ve %24.00 olarak bildirilmiştir (6). Deneklerde ödem bulunma durumunun araştırmayla aynı oranda olduğu gözlenmiştir.

Deneklere gebelik süresince sağlık personeli tara-

findan ilaç önerilme, vitamin ve demir ilacı kullanma durumları Tablo 30'da incelendiğinde, deneklerin %74.80'ine sağlık personeli tarafından ilaç önerildiği saptanmıştır. ilaç verilen deneklerden %86.63'ünün vitamin ilacı kullandığı, vitamin ilacı kullananların %49.08 oranında 5-7. aylar arasında kullanmaya başladığı, %65.43'ünün vitamin ilacını düzenli olarak kullandıkları görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelikleri süresince demir ilacı kullanma durumları incelendiğinde; demir ilacı kullanma oranı %86.36 olarak bulunmuştur. Deneklerin demir ilacı kullanmaya başladıkları aylar incelendiğinde en çok 5-7. ayda kullanmaya başladıkları (%47.98) görülmüştür. Deneklerin demir ilacını düzenli kullanma durumlarında %67.18 oranında düzenli kullandıkları saptanmıştır (Tablo 30).

Antalya il merkezince yapılan bir araştırmada; gebeliği sırasında düzenli olarak demir ilacı kullanan kadınlar %58.4 olarak bulunmuştur (32). Coşkun ve Tekin'in yaptıkları başka bir araştırmada deneklerin demir ilacı kullanma oranı %42.9 olarak saptanmıştır (34).

Tablo 31'de araştırma kapsamına alınan deneklerin vitamin ve demir ilacı dışında başka bir ilaç alma durumları incelendiğinde deneklerin %20.40'ının vitamin ve demir ilacı dışında ilaç aldıkları saptanmıştır.

Deneklerin vitamin ve demir ilacı dışında aldıkları ilaçlar incelendiğinde en yüksek oranda (%37.25) ağrı kesici ve antibiyotik (%22.55) kullandıkları gözlenmiştir.

Aydemir'in araştırmasında ilac kullanma oranı %29.9 olarak bulunmuş olup, kullanılan ilaçlar arasında kullanılma sıklığına göre başta ağrı kesiciler olmak üzere sırası ile hekim önerisine göre kullanılan antibiyotikler, antiemetikler, düşük tehdidi ya da erken doğum tehdidi tedavisinde kullanılan ilaçlar, antiasitler, üriner antiseptikler ve öksürük şurupları yer almıştır (12).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebelik süresince beslenme durumları incelendiğinde (Tablo 32); gebelik süresince beslenmesine dikkat eden denek oranı %60.40 gibi yarıdan fazla bir oran bulunmuştur. Türkiye genelinde gebelerin %94.2'sinin daha önce uyguladıkları beslenmelerine devam ettikleri gözlenmiştir (105, 136). Karacam'ın araştırmasında gebelerin %54.00'ü beslenmelerinde değişiklik yapmışlardır (71).

Tablo 33'de deneklerin gebeliklerinde kilo alma durumları incelendiğinde %18.20'sinin 9 kg. ve daha az %27.00'sinin 9-13 kg. arası , %23.00' ünün 14 kg. ve daha fazla, %31.80'inin ise ne kadar kilo aldıkları bimedikleri belirlenmiştir. Antalya kent merkezinde yapılan araştırmada ağırlıkları ölçülmüş olanlar %68.00, ölçülmemiş olanlar %32.00 olarak bulunmuştur (136).

Aktaş'ın araştırmasında fazla kilo alma oranının %7.00 olduğu görülmüştür. Gebeliklerinde aldığı kiloyu bilmeyenler %31.00 olarak bulunmuştur (6). Aydemir'in araştırmasında deneklerin %26.9'u gebelikte aldıkları kiloyu bilmemektedirler (12).

Araştırma kapsamındaki deneklerin gebelikte stres alma durumları incelendiğinde; gebeliklerinde stres alma oranı küçümsenmeyecek oranda (%31.80) bulunmuştur (Tablo 34).

4.1.4. DENEKLERİN ANTENATAL BAKIM ALMA DURUMLARI İLE İLGİLİ BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebeliklerinde antenatal bakım alma durumları incelendiğinde büyük bir çoğunluğunun (%91.60) antenatal bakım aldığı, %8.40 oranında da antenatal bakım almadıkları saptanmıştır (Tablo 35).

Türkiye genelinde kadınların yaklaşık olarak yarısının (%57.00) antenatal bakım almadıkları, köylerde antenatal bakım almayan gebelerin oranı (%73.00), kentsel kesimlerde antenatal bakım almayanlardan (%24.00) üç kat fazla bulunmuştur (77, 156). Yapılan başka bir araştırma bulgularına göre; yaklaşık olarak kentte yaşayan her 10 kadından 6'sının antenatal bakım için görüldüğü, kırsal alanda her 10 kadından 3'ü antenatal bakım için kontrole geldiği ve antenatal bakım alan kadın yüzdesi Batı'da en fazla, Doğu'da en az bulunmuştur (27, 66).

Antalya kent merkezinde yapılan araştırmada antenatal bakım alan kadınlar %15.8 olarak bulunmuştur (32).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü'nün 1988 yılında yaptığı araştırmaya göre doğum yapan kadınların %57.4'ünün doğum öncesi bakım almadığı belirlenmiştir. Bu oranlar kırsal ve kentsel bölgeler arasında

ve annenin eğitim düzeyine göre farklılıklar göstermektedir. Kentsel yörelerde annelerin %55.7'sinin kırsal alanlarda ise %26.9'unun antenatal bakım aldığı saptanmıştır (33).

Sağlık Bakanlığı görüşüne göre verilen hizmetlerle gebelerin ancak %42.6'sı doğum öncesi bakım almaktadır. 1983-1988'de doğum öncesi bakım alanların yerleşim yerlerine göre Batı'da antenatal bakım alanlar %61.8, almayanlar %38.2, Türkiye genelinde antenatal bakım alanlar %42.6, almayanlar %57.4'tür (105, 136).

Coskun'un araştırmasında kadınların %49.8'inin düzenli olarak antenatal kontrollere gittikleri görülmüştür (34). Aydemir'in araştırmasında düzenli antenatal bakım alma %65.9, ara-sıra %16.7, sorun olduğunda %11.9, hiç almayan %5.5 olarak bulunmuştur (12).

Kocaman'ın Bornova'da yaptığı bir çalışmada, doğum öncesi bakım alan kadın oranı %68.5 olarak saptanmıştır (76).

Tablo 36 incelendiğinde deneklerin antenatal bakım aldıkları sağlık personeline göre dağılımları incelendiğinde yüksek bir oranda (%45.85) Doktor'dan bakım aldıkları, Hemşire-Ebe'den bakım alanlar %32.75, Doktor-Ebe'den antenatal bakım alanlar ise %21.40 olarak bulunmuştur.

1983-1988'de yapılan bir çalışmada doğum öncesi bakım hizmeti alanların hizmeti veren personele göre dağılımında bir çok kişi bakımı (%81.4) Doktor'dan, %15.2'si eğitilmiş Hemşire ya da Ebe'den almıştır (27, 136).

Aydemir'in çalışmasında doğum öncesi bakım veren sağlık personeli %75.9 Doktor, %20.4 Doktor + Hemşire, %3.7 Doktor + Ebe olarak saptanmıştır (12).

Deneklerin gebeliğinde ilk antenatal bakım aldıkları aylara göre dağılımı incelendiğinde (Tablo 37) ilk üç ay ve öncesi kontrol için gidenlerin oldukça fazla(%68.78) oranda olduğu görülmektedir. Deneklerden 5. aya kadar ilk kontrole gitme oranı ise %87.55 gibi yüksek bir orandır.

Genellikle Türkiye'de ilk kontrol hamileliğin 7. ayında yapılmaktadır (136). Annenin eğitim düzeyi yükseldikçe süre azalmakta ve eğitim düzeyi yüksek anneler hamileliğin 5.ayından başlayarak kontrol yaptırmaktadırlar (66, 136).

Kırsal kesimde kadınlar antenatal bakıma kentsel kesimden biraz daha geç gitmektedir (27).

Karaçam araştırmasında kadınların %44.00'ünün 2-3. aylarda, %36.00 sinin 4. ve daha sonraki aylarda kontrole gelmeye başladıklarını saptamıştır . Birinci ayda kontrole gelme oranı %20.00'dir (71).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin gebeliğinde antenatal bakım alma sayıları incelendiğinde (Tablo 37-a); 4-6 kez antenatal bakım alma oranı %40.61, 7 ve üzeri antenatal bakım alma oranı %38.87 olduğu görülmüştür. Erdoğan ve arkadaşlarının çalışmasında antenatal kontrole 7. ay ve üzeri gitme oranı %39.42 olarak bulunmuştur (41). Araştırmayla paralellik göstermektedir.

Bahar ve Dervişoğlu'nun Çubuk merkez Sağlık Ocağı

bölgesinde yaptıkları bir araştırmada gebelerin %84.7'si gebeliği boyunca 5 ve daha fazla sayıda ebeler tarafından izlendiklerini bildirmişlerdir (13).

Sağlık Bakanlığı kuruluşlarında gebelerin ebeler tarafından en az 6 kez izlenmesi gerekmektedir(136). Araştırmada en az 6 ve üzeri bakım alma oranı %51.74 olarak saptanmıştır.

Tablo 37-b'de deneklerin gebelikte antenatal bakım alma sıklıklarına göre dağılımlarında %62.00'sinin her ay antenatal kontrole gittikleri görülmekte ve bu oranın da birinci gebeliklerinin fazla olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Deneklerin gebeliklerinde antenatal bakım için gittikleri sağlık kuruluşları incelendiğinde en fazla %38.86 oranında Sağlık Ocağına gittikleri, %19.43 oranında Sağlık Ocağı + Hastane'ye gittikleri gözlenmiştir.

Aydemir'in araştırmasında ise deneklerin %83.3'ü Sağlık Kurumu'ndan, %9.4'ü Özel Doktor'dan, %3.2'si Sağlık Kurumu + Özel Doktor'dan, %4.1'i de Sağlık Kurumu + İşyeri'nden antenatal bakım aldıkları saptanmıştır (12).

4.1.5. DENEKLERİN KAN DEBERLERİ VE YENİDOĞAN İLE İLGİLİ BİLGİLERİN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan deneklerin doğum şekillerine göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 38) %82.20'sinin normal doğum, %17.80'inin sezeryan ile doğum yaptıkları saptanmıştır. Coşkun'un araştırmasında %79.3'ünün

normal doğum yaptıkları saptanmıştır (34). Aydemir'in araştırmasında ise sezeryan oranı %18.4 olarak bulunmuştur (12).

Deneklerin bebeklerinin cinsiyetleri incelendiğinde %52.40'ının erkek, %47.60'ının kız olduğu görülmüştür (Tablo 38). Aydemir'in araştırmasında bebek cinsiyetinin erkek olma oranı %52.1 olarak bulunmuştur (12).

Deneklerin kan gruplarına göre dağılımları incelendiğinde (Tablo 38), %46.80'inin A grubu, %31.60'ının O grubu, %14.60'ı B grubu, %7.00'si de AB grubu olarak saptanmıştır. Rh (+)'lik oranı %92.40, Rh (-)'lik oranı ise %7.60 olarak saptanmıştır. Türkiye çapında yapılan bir araştırmada genel oranlar A grubu için %43.3, O grubu için %33.00, B grubu için %16.2, AB grubu için %7.5 ve Rh (+)'lik %89.61, Rh (-)'lik ise %10.39 olarak belirlenmiştir (28).

Deneklerin eşleri ile kan uyumsuzluğu durumları incelendiğinde (Tablo 38); büyük bir çoğunlukta (%93.00) kan uyumsuzluğu olmadığı görülmüştür. Kan uyumsuzluk oranı %7.00 olarak saptanmıştır. Aydemir araştırmasında esi ile kan uyumsuzluğu olma oranını %7.1 olarak bulmuştur (12).

Araştırma kapsamına alınan deneklerin bebeklerinin kilo durumları incelendiğinde %43.20 oranında 3000-3450 gr.'da oldukları, %33.80'inin 3500-3950 gr. ve üzeri, %9.40'ının da 4000 gr. ve üzeri ağırlıkta oldukları saptanmıştır (Tablo 39). Tüm deneklerin yenidoğan kilo ortalamaları 3376.0 gr. olarak bulunmuştur.

Coşkun ve Tekin'in yaptıkları araştırmalarda yenidoğan doğum ağırlıkları ortalaması 3137.216 ± 599.803 olup %12.32'si 2500 gr. ve altında bulunmuştur (34).

Ülkemizde İstanbul ve Ankara'da yenidoğanlarla yapılan araştırmada, Türk çocuklarının doğum ağırlıklarının Batı normlarına çok yakın değerler gösterdiği açıklanmıştır (105).

Deneklerin bebeklerinin boy ölçümleri incelendiğinde %22.00'sinin 48-51.5 cm., %63.20'sinin 52-53.5 cm. uzunlukta oldukları saptanmıştır (Tablo 39). Yenidoğan boy uzunluk ortalaması 49.88 cm. olarak bulunmuştur.

Deneklerin bebeklerinin baş çevresi ölçümleri incelendiğinde %49.80'inin baş çevresinin 33-34.9 cm, %36.20'sinin 35-36.9 cm. olduğu saptanmıştır. Baş çevresinin 33 cm. ve üzeri oranı %88.80 olarak bulunmuştur (Tablo 39). Yenidoğan baş çevresi ölçüm ortalaması 34.23 cm. olarak bulunmuştur.

Deneklerin bebeklerinin göğüs çevresi incelendiğinde; %66.00'sinin göğüs çevresi 33 cm ve üzeri, %34.00'ünün ise 32.5 cm. ve daha az olduğu gözlemlenmiştir (Tablo 39). Yenidoğan göğüs çevresi ölçüm ortalaması 33.20 cm. olarak bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin hemoglobin değerleri incelendiğinde hemoglobin değeri 11.0 gr ve üzeri olanların oranı %65.00 olarak bulunmuştur. Hematokrit değerleri 34.0 gr. ve üzerinde olanların oranı %56.00, 33.9 gr.'ın altında olanların oranı %44.00 olarak saptan-

mıştır (Tablo 40). Tüm deneklerde hemoglobin ortalaması 11.39 gr, hematokrit ortalaması ise 34.33 bulunmuştur.

Gebelikte anemi oranını Bahar ve Dervişoğlu %22.9 (13), Hamzacebi ve arkadaşları %38.8 (63), Egemen %20.7 (25), Coşkun ve Tekin %26.18 (34), Aktas %66.00 (6), Erefe ve arkadaşları %61.2 (43) olarak bulmuşlardır. Köksal'ın Türkiye çapında yaptığı araştırmada Ege-Marmara Bölgesi'nde hemoglobin seviyesinin 11.0 gr. ve üzeri %33 olarak bulunmuştur (86).

4.1.6. YENİDOĞANIN ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİNE ETKİ EDEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ

Tablo 41'de gebelik sayısının yenidoğan kilosuna baş ve göğüs çevresi ölçümleriyle anlamlı ($p < 0.01$) korelasyon kurulmuştur. Britanya'da yapılan çalışmalarda düşük doğum ağırlıklı bebek oranı nulliparlar arasında %7.6 olarak bulunmuştur. Bu oran ikinci bebeklerde %5.4 iken 5 ve 5'ten sonraki bebeklerde %7.4'e çıkmıştır (Grafik 1) (65). Canlı doğum sayısının yenidoğan kilo, baş ve göğüs çevresi ile $p < 0.01$, boy ile $p < 0.05$ düzeyinde pozitif korelasyon saptanmıştır. Araştırmalar artan pariteyle birlikte bebek doğum kilosunun arttığını ve en düşük doğum kilolu bebeğin birinci çocuk olduğunu göstermişlerdir (Grafik 2) (70, 74). Bu durum araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir.

Tablo 42'de deneklerin gebelik aralıklarına göre yenidoğan kilo ortalamaları arasındaki farkın önemli

olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelik aralığı 12 ay ve daha az olan annelerin bebeklerinin kilo ortalamaları ($\bar{x} = 3350.6$), gebelik aralığı 25 ay ve üzeri olan annelerin yenidoğan kilo ortalamaları ($\bar{x} = 3497.3$) anlamlı olarak farklı bulunmuştur ($p < 0.05$) (Grafik 3). Bu farkın 146.7 gr. olduğu gözlemlenmektedir.

İngiltere'de yapılan bir araştırmaya göre gebelik aralığının 24 aydan fazla olduğu durumlarda düşük doğum ağırlığı oranının %7.8 iken, gebelik aralığının 24 aydan daha az olduğu durumlarda %10.3'e çıktığı bildirilmiştir. Gebelik aralığının 18 aydan daha kısa olduğu durumlarda, oranının 24-36 ay olan gebelik aralığına göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (65).

Deneklerin gebelikte aldıkları kilo durumlarına göre yenidoğan kilo ortalamaları incelendiğinde farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo 43). Gebeliği süresince 14 kg ve daha fazla kilo alan annelerin bebeklerinin kilo ortalamaları ($\bar{x} = 3484.2$), gebeliği süresince 9 kg. ve daha az kilo alan annelerin yenidoğan kilo ortalamaları ($\bar{x} = 3269.8$) anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Aradaki fark 214.4 gr'dır. Fazla kilolu kadınların çocuklarının doğum ağırlıkları yüksek olur (70, 105). Özer ve Ak-sakoğlu'nun yaptıkları araştırmada gebelikte kazanılan ağırlık ile bebeğin doğum ağırlığı arasındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (104).

Yenidoğan cinsiyetine göre yenidoğan kilosunu incelendiğinde; yenidoğanın 4000 gr. ve üzerinde olan erkek

yenidoğan oranının (%13.36) kız yenidoğan oranından (%5.04) daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 44). Bu fark istatikselsel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.01$). Erkek yenidoğanlar kız yenidoğanlara göre biraz daha ağırdır.

Deneklerin gebelik aralıklarına göre yenidoğan boy uzunluk ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (Tablo 45). Gebelik aralığı 12 ay ve daha az olan annelerin yenidoğan boy uzunluk ortalamaları ($\bar{x} = 49.808$), gebelik aralığı 13-24 ay olan annelerin yenidoğan boy uzunluk ortalamalarından ($\bar{x} = 50.135$) daha kısa bulunmuştur ($p < 0.05$). Aradaki fark 0.327 cm.'dir.

Tablo 46'da deneklerin gebelikte aldıkları kilo durumlarına göre yenidoğan boy uzunluk ortalamaları incelendiğinde farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebeliği süresince 9 kg.'dan daha az kilo alan deneklerin yenidoğan boy uzunluk ortalamaları ($\bar{x} = 49.593$), gebeliği süresince 14kg. ve daha fazla kilo alan annelerin yenidoğan boy uzunluk ortalamalarından ($\bar{x} = 50.272$) daha kısa bulunmuştur. Aralarında 0.679 cm.'lik fark bulunmaktadır.

Yenidoğan cinsiyet durumlarına göre yenidoğan boy uzunluğu incelendiğinde; yenidoğan boy uzunluğu 50-52 cm. olan erkek yenidoğanların (%75.57) kız yenidoğan oranından (%61.76) daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 47). Bu fark istatikselsel olarak da anlamlı bulunmuştur ($p < 0.001$). Erkek çocuklarının boyu kız çocuklarına kıyasla daha uzundur (73).

Deneklerin gebelik aralığı ile yenidoğan baş çevre-

si incelendiğinde; gebelik aralığı 6 aydan daha az olan deneklerde baş çevresi 36 cm. ve üzeri olma oranı %10.53, gebelik aralığı 25 ay ve üzeri olanlarda %20.00 olarak saptanmış (Tablo 48) olup bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($\bar{x} = 29.584$, $SD = 8$, $p < 0.001$).

Bebeklerin cinsiyet durumlarına göre yenidoğan baş çevresi incelendiğinde erkek yenidoğanlarda baş çevresi 36 cm. ve üzeri olma (%18.32) oranı kız yenidoğanlardan (%7.56) daha fazla bulunmuştur (Tablo 49) ($\bar{x} = 25.673$, $SD=2$, $p < 0.001$).

Baş çevresi erkek çocuklarda kızlara kıyasla daha fazladır (73).

Tablo 50'de deneklerin gebelik aralıklarına göre yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebelik aralığı 12 ay ve daha az olan deneklerin yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları ($\bar{x} = 33.154$), gebelik aralığı 13-24 ay olan deneklerin yenidoğan göğüs çevresi ortalamalarından ($\bar{x} = 33.577$) daha az bulunmuştur. Bu fark 0.423 cm.'dir.

Deneklerin gebelikte aldıkları kilo durumları ile yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları incelendiğinde farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$) (Tablo 51). Gebeliği süresince 9 kg.'dan daha az alan deneklerin yenidoğan göğüs çevresi ortalamaları ($\bar{x} = 32.648$), gebeliği süresince 14 kg. ve üzeri alan deneklerin yenidoğan göğüs çevresi ortalamalarından ($\bar{x} = 33.478$) daha az bulunmuştur. Gebelikte alınan fazla kilonun yenidoğan ağırlığına olan poziti-

tif etkisi aynı şekilde boy üzerinde de etkili olmaktadır.

Bebeklerin cinsiyetlerine göre yenidoğan göğüs çevresi ölçümleri incelendiğinde; erkek yenidoğanların göğüs çevresinin 33.5 cm. ve üzeri olma oranı %53.82, kız yenidoğanlarda ise bu oran %41.18 olarak saptanmıştır (Tablo 52).

4.2. SONUÇ

Bu araştırma S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nde miadında doğan bebeklerin kilo, boy, baş ve göğüs çevreleri ölçümlerini saptamak ve bunlara etkisi olduğu düşünülen bazı sosyo-kültürel, biyolojik faktörlerin ilişkisini incelemek amacıyla planlanmış ve uygulanmıştır. Bu araştırma bulgularına göre yenidoğanlarından çoğunun (%43.20) kilolarınının 3000-3450 gr, boylarınının (%63.20) 52-53.5 cm, baş çevresi (%49.80) 33-34.9 cm, göğüs çevrelerinin (%46.00) 33-34.5 cm olduğu belirlenmiştir.

Deneklerin %43.40'ınının 20-24 yaş grubunda, %41.80'inin alt konumda oturdukları saptanmıştır.

Deneklerin %62.00'sininin ilkokul mezunu ve okur-yazar oranınının %87.00 olduğu, deneklerin eşlerininin %60.00'inin ilkokul mezunu ve büyük bir oranda okur-yazar (%95.2) olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin büyük bir çoğunluğunun (%91.00) çalışmadığı ve ev hanımı olduğu, deneklerin eşlerininin ise büyük bir kısmınının (%58.60) kalifiye işçi olarak çalıştıkları saptanmıştır.

Deneklerin %34.80'inin sosyal güvencesi olduğu, %49.40'ının gelirlerinin giderlerine göre daha az olduğu, %60.80'inin kiracı olduğu saptanmıştır.

Deneklerin %56.20'sinin 18-22 yaşlarında evlendikleri ve ortalama ilk evlilik yaşınının 19.4 olduğu, %39.40'ının 2-6 yıl evli olup ortalama evlilik sürelerinin 4.5 yıl, %20.60'ının eşleri ile akraba olduğu ve %58.25'inin amca, dayı, teyze, hala oğlu olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deneklerin yarısından çoğunun (%51.40) 19-23 yaşlarında ilk gebe kaldıkları, ortalama gebelik yaşınının 20.0, %44.00'ünün ilk gebelikleri, ortalama gebelik sayısının 2.2, ortalama canlı çocuk sayısının 1.8 olduğu saptanmıştır.

Deneklerin %75.60'ının düşük yapmadığı, %9.00'unun 2500 gr. ve altında, %10.80'inin 4000 gr. ve üzerinde doğum yaptığı, %30.00'unun gebelik aralığının 25 ay ve üzerinde olduğu, %71.80'inin bu gebeliği istediği, %46.20'sinin gebeliği önleyici yöntem kullandığı, yöntem kullanan deneklerin %50.65'inin RİA, hap, prezervatif kullandığı saptanmıştır.

Görüşülen deneklerin %70.40'ının sigara, %13.40'ının çay, %98.60'ının içki içmediği, %65.80'ine tetanoz aşısı uygulandığı, %87.60'ının kan basıncı ölçüldüğü, %42.60'ına idrar tahlili yapıldığı, %31.00'nde ödem, %14.20'sinde varis bulunduğu saptanmıştır.

Deneklere sağlık personeli tarafından ilaç önerilme oranı %74.80, vitamin ilacı kullanma oranı %86.63, demir

ilacı kullanma oranı %86.36, bu ilaçlar dışında başka ilaç kullanma oranı %20.40 ve en yüksek oranda kullanılan ilacın (%37.25) ağrı kesici olduğu saptanmıştır.

Deneklerin beslenme durumlarına değinildiğinde; %60.40'ının beslenmelerine dikkat ettikleri, %39.00'unun gebeliklerinde 9-13 kg. aldıkları, %91.60'ının antenatal bakım aldıkları, %45.85'inin doktordan bakım aldığı, %68.78'inin gebeliğin üçüncü ve daha önce ilk antenatal bakıma gittikleri, %40.61'inin 4-6 kez antenatal bakım aldığı, %62.00'sinin her ay antenatal bakıma gittiği, %38.86'sinin antenatal bakım için sağlık ocağına gittiği saptanmıştır.

Yenidoğan cinsiyetlerine bakıldığında; %52.40'ının erkek bebek olduğu, %23.20'sinin 3000-3450 gr ağırlığında %63.20'sinin 52-53.5 cm.uzunluğunda, %49.80'inin baş çevresinin 33-34.9 cm, %46.00'sinin göğüs çevresinin 33- 34.5 cm. olduğu saptanmıştır.

Deneklerin %82.20'sinin normal doğum yaptığı, %92.40'ının Rh faktörünün (+) olduğu, %93.00'ünde kan uyumsuzluğu olmadığı, %86.00'sinin hemoglobin değeri 10.0 gr.'ın, %56.00'sinin hematokrit değerinin 34.0 gr.'ın üzerinde olduğu saptanmıştır.

Yenidoğanın cinsiyet durumu ile, yenidoğanın kilo, boy, baş ve göğüs çevresi ölçümleri arasında yapılan Ki-ka re analizleri $P < 0.01$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Deneklerin gebelik aralığı, gebelikte aldığı kilo durumları ile yenidoğanın kilo, boy, göğüs çevresi ölçümü

arasında yapılan varyans analizinde $P < 0.05$ düzeyinde, deneklerin gebelik aralığı ile baş çevresi arasında yapılan Ki-kare testinde $P < 0.001$ düzeyinde anlamlı bulunmuştur.

Deneklerin yaş, evelenme yaşı, gebelik sayısı, canlı doğum sayısı ile yenidoğanın antropometrik ölçümleri arasındaki korelasyon testinde $P < 0.05$ ve $P < 0.01$ düzeylerinde pozitif düzeyde, hemoglobin ve hematokrit değerleri ile yapılan korelasyon testinde sadece baş çevresi ölçümlerinde $P < 0.05$ düzeyinde negatif korelasyon saptanmıştır.

4.2.1. ÖNERİLER

Ülkemiz nüfusunun yaklaşık %62.00'sini doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlıklı bireyler oluşturmada toplum sağlığı çalışmaları kapsamında AÇS ve AP hizmetleri öncelikle önemli bir yer tutar. Ana-Çocuk Sağlığı konusundaki toplumsal gerçekler ve araştırmadan elde edilen sonuçlar gözönüne alındığında aşağıdaki ilkelere özen gösterilmesinin yararlı olacağı düşünülmüş ve önerilmiştir.

- 1- Sosyo-ekonomik duruma bakılmaksızın tüm gebelere düzenli antenatal kontrole gitmenin önemi anlatılmalı, antenatal bakım olanağından bütün gebeler eşit oranda yararlandırılmalı ve özellikle risk faktörü taşıyan gebeler antenatal kontrollerde daha dikkatli gözlenmelidir.
- 2- Antenatal bakım veren poliklinikler arttırılmalı ve eğitsel formasyona sahip olacak biçimde düzenlenmelidir.

- 3- Antenatal bakımın bütünlüğünün sağlanması amacıyla, halk sağlığı ekibi ile antenatal bakım veren poliklinikler sürekli işbirliği içinde olmalıdır.
- 4- Antenatal kontrol ve muayeneler sırasında anne adayları hijyenik alışkanlıklar, enfeksiyonlardan korunma ve beslenme konusunda aydınlatılmalı gereğinden çok ve gereğinden az beslenmenin zararları, dengeli ve yeterli beslenme ilkeleri konusunda uyarılmalıdır.
- 5- Sigara içen gebelere, sigara içmeyi bırakmaları ya da mümkün olduğunca azaltmaları önerilmelidir. Sağlık kuruluşlarının bu konudaki broşürlerinden faydalanılarak sigaranın neden olduğu tehlikeler açıkça belirtilmelidir. Gebeler ayrıca aşırı çay-kahve içmenin sakıncaları açısından uyarılmalıdır.
- 6- Bebegan dünyaya sağlıklı gelebilmesi için nitelikli bir doğum öncesi bakımın yanısıra uygun koşullarda doğum hizmeti de her kesime ulaştırılabilmelidir.
- 7- Aşırı doğurganlık, çocuk hastalıklarının ve ölümlerinin temel risk faktörüdür. Bu nedenle Aile Planlaması hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve Çocuk Sağlığı hizmetleri ile entegre edilmelidir.
- 8- Kadınların özellikle 20 yaş altı ve 35 yaş üzeri gebeliklerini ve iki yıldan sık aralıklı doğumlarını önlemek amacıyla yeterli sağlık eğitimi yapılmalı, uygun ve modern Aile Planlaması yöntemleri kullanılması sağlanmalıdır.
- 9- Toplumun sağlık hizmetlerine katılımı hizmetin hem ni -

teligini hem de niceligini arttıracaktır. Bu nedenle sağlık eğitimi kitle iletişim araçları ve temel eğitim olanakları kullanılarak kişileri sağlıklı olmaya, sağ - lığı korumaya ve geliştirmeye özendirilerek yapılmalı - dir.

10- Konu ile ilgili sağlık eğitiminde Basın-yayın araçla - rının desteği sağlanmalı, basın-yayın, TV, radyo v.b. kitle iletişim araçlarıyla da aileler doğum öncesi ve doğum sonrası konularında eğitilmelidir.

11- Verilen hizmetin kalitesini yükseltmek için gerekli teknolojik destek sağlanmalı, bakım ve eğitim hizmeti verenlerin sosyal ve ekonomik durumları iyileştirilme - li, personelin örgün ve sürekli eğitimi yapılmalıdır.

12- Bilindiği gibi sık görülen ve lme yol açan hastalık - larının çoğu bozuk evre koşullarından kaynaklanmakta - dir. Bu nedenle başta gelen önceliklerden biri olarak evre ile ilgili alt yapı eksiklikleri de giderilmeli - dir.

13- Sağlık hizmetlerinin toplum tarafından kullanımında temel etken eğitimidir. Bu nedenle toplumdaki tüm ka - dınların ve erkeklerin temel eğitim düzeyi de yüksel - tilmelidir.

14- Uzun vadede Ana-ocuk sağlığını yükseltecek önlemler arasında ise genç kızlar, kadın hakları, kadın sağlığı Ana ocuk Sağlığı ve Aile planlaması konularında eğitilmeli ve ekonomik zgrle kavuşturulmalıdır.

Ö Z E T

Bu araştırma, miadında doğan bebeklerin fizyolojik gelişimlerine etki eden faktörleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Araştırma, 1 Mayıs - 30 Haziran 1993 tarihleri arasında S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğumevi'nde olasılıksız örneklem yöntemi ile seçilmiş 500 denek üzerinde yapılmıştır. Kronik hastalığı ve bebeğinde anomali bulunan anneler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak; anket formu ile görüşme, bebeğe yönelik ölçme ve annelere laboratuvar analizleri uygulanmıştır. Düzenlenen anket formunda araştırma kapsamına alınan deneklerle ilgili tanıtıcı bilgiler, doğurganlık durumları, simdiki gebeliği ile ilgili bilgiler; yenidoğanın kilo, boy, baş ve göğüs çevresi (antropometrik) ölçümleri ile annelerin hemoglobin, hematokrit ve kan grubu analizleri yer almıştır.

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdelik, Ki-kare testi, varyans analizi ve korelasyon testi uygulanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; deneklerin ortalama evlilik yaşınının 19.4, ilk gebelik yaşınının 20.0, gebelik sayısınının 2.2, canlı doğum sayısınının ise 1.8 olduğu saptanmıştır.

Araştırmada ayrıca deneklerin %44.00'ünün bu gebe -

liğin birinci gebeliği olduğu, %71.80'inin gebeliği iste -
 diği, %70.40'ının gebelik süresince sigara içmediği,
 %65.80'ine gebeliğinde tetanoz aşısı uygulandığı, %86.63'-
 ünün vitamin, %86.36'sinin ise demir ilacı kullandığı,
 %60.40'ının gebelikte beslenmesine dikkat ettiği, %91.60'-
 ının antenatal bakım aldığı, bunlardan sadece %68.78'inin
 gebeliğinin ilk üç ayı içerisinde antenatal bakıma başla -
 dığı, %62'sinin her ay kontrole gittiği, %52.40'ının erkek
 bebekleri olduğu, %82.20'sinin normal doğum yaptığı,
 %92.40'ının Rh faktörünün (+) olduğu, %86.00'sinin hemog -
 lobininin 10.0 gr., %56.00'sinin hematokritinin 34.0 gr'ın
 üzerinde olduğu görülmüştür.

Araştırmada, miadında doğan bebeklerin %43.20'sinin
 3000 - 3450 gr. ağırlığında, %63.20'sinin 52 - 53.5 cm. u -
 zunluğunda olduğu saptanmış, %49.80'inin baş çevresinin
 33 - 34.9 cm., %46.00'sinin göğüs çevresinin ise 33 - 34.5
 cm. olduğu görülmüştür.

Araştırmanın verileri arasında yapılan istatistiksel
 karşılaştırmalarda yenidoğanın antropometrik ölçümleri
 (kilo, boy, baş ve göğüs çevresi) ile annelerin yaşı, ge -
 belik sayısı, gebelik aralığı ve canlı doğum sayısı ara -
 sında (+) korelasyon, hemoglobin ve hematokrit değerleri
 arasında ise (-) korelasyon görülmüştür.

Yapılan diğer istatistiksel analizlerde ise annelerin
 eğitim durumlarının, gelir düzeylerinin, düşük yapma du -
 rumlarının, sigara - çay ve ilaç kullanmalarının, beslen -
 me durumlarının, stres alma durumlarının ve antenatal ba -

kım almalarının yenidoğanın antropometrik ölçümleri üzerinde etkisi olmadığı saptanmıştır.

Araştırmanın bu sonuçları doğrultusunda; miadında doğan bebeklerin fizyolojik gelişimlerini daha iyiye götürmek amacıyla kadınların ilk gebelik yaşlarının yükseltilmesi, doğum aralıklarının uzatılması, aşırı doğurganlıklarının önlenmesi gerekmektedir. Bunun için kadınların eğitim düzeylerinin, sosyo-ekonomik durumlarının, evlenme yaşlarının yükseltilmesi ve iş gücüne katılımlarının artırılması sağlanmalı; ayrıca annelere ana ve çocuk sağlığına yönelik (gebelik yaşı, gebelik aralığı, gebelik sayısı, sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebek bakımı v.b.) kapsamlı sağlık eğitimi verilmelidir.

S U M M A R Y

The purpose of this research is to examine and determine the factors which affect the physiological development of newborn babies.

This study has been carried out between 1 May and 30 June 1993. Five hundred subjects were chosen from the Health Ministry Izmir Gynecology and Obstetry Hospital. Only women who gave birth to healthy babies were selected.

The data for this research were collected through the use of a questionnaire which completed by personal interviews, and analyses of laboratory tests performed on both the mothers and babies. The questionnaire included information about the mother's blood type, hemotocrit, hemoglobin analyses, personal information, number of children, pregnancy and the newborn babies' head size, chest size, weight, and length.

According to the research results : the average age at marriage for the subjects is 19.4, while it is 20 for first pregnancy. The average number of pregnancies is 2.2, and the number of births is 1.8. This was the first pregnancy for 44% of the subjects. Seventyone point eight percent of the subjects planned the pregnancy. Seventy percent of the subjects didn't smoke during the pregnancy, and 65% of the subjects had a tetanus vaccine. Eighty six percent of the subjects used vitamins, and iron

supplements were used by 86% of the subjects. Sixty percent of the subjects were careful about their nutrition during the pregnancy, and 52% of the subjects gave birth to a boy. Eighty to percent of the subjects had a normal delivery. For 86% of the subjects hemoglobin increased by 10 gr. Hemotocrit increased 34.00 gr. for 86% of the subjects. Fourty three percent of the babies weighed between 3000 - 3450 gr. at birth, and 63% of the babies were between 52 and 53.5 cm in length. The head size for 49% of the babies were between 33 and 34.5 cm, and the chest size for 46% of the babies measured between 33 and 34.5 cm.

According to the results of statistical comparisons between healthy newborn babies' weight, length, head size, and chest size and their mothers' age and number of births there was a positive correlation. More over there was a negative correlation between the babies' features and the mothers' hemotocrit and hemoglobin levels.

Having examined the results, others propose that for even healthier prenatal physiological development, the mothers' age should be higher and there should be a greater length of time between pregnancies. It would also help if the mothers' educational level, socio-economic level, and marriage age were higher. Also all expectant mothers' should attend classes concerning mother and baby health.

K A Y N A K L A R

1. Akadlı, B., Tuncbilek, E., "Türkiye'de doğum aralıkları ile çocuk ölümleri arasındaki ilişkinin bir değerlendirilmesi", Nüfusbilim Dergisi/Turk.J.Pop. Stud., C:9, (1987),
2. Akdır, R., "Sağlıklı beslenmenin önemi", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl:9, S:4, (1988), 4-6.
3. Akgün, S., "İlkokul çocuklarında büyüme ve gelişme", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Yıl:13 S:1-2 (1992), 5-8.
4. Akın, A., "Ana ölümleri", (Mimograf, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Toplum Hekimliği, Ankara, tarihsiz).
5. Akın, A., "Doğurganlığın ana sağlığına etkisi", (Mimograf, Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği, Ankara, tarihsiz).
6. Aktas, N., 1988-1989 dönemine ait halk sağlığı uygulamalarında gebelikte görülen risk faktörlerinin saptanması ve bu uygulamaların değerlendirilmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 12-14 Eylül 1990, 860-865.
7. Alcan, Z., "Demir tedavisinin yarar ve zararları", THD, 6, 2, (1980), 49-55.
8. Altıncı beş yıllık kalkınma planı (1990-1994), 1993 yılı programı.

9. Arıncı, Ü., "Hastalıklarda beslenme", 2. Baskı, Ankara, Yargıoğlu Matbaası, 1980, 168-169.
10. Arısan, K., "Doğum bilgisi", 3. Baskı, İstanbul, Çeltüt Matbaacılık, 1991, 730,956,1091.
11. Arslan, F., "Toplum-aile-sağlığında beslenme eğitiminin önemi", THD, S:4, (1983), 28-31.
12. Aydemir, G., Çalışan kadınlarda çalışma kollarının gebeliğin gidisi, sonucu ile gebelik ürününü (yenidoğan) etkileyişi ve çalışan-calışmayan kadınlar arasındaki farklılıkların incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, 1990.
13. Bahar, S., Dervişoğlu, A. A., Çubuk Merkez Sağlık Ocağı bölgesinde doğum öncesi bakım hizmetlerinin yenidoğan yönünden değerlendirilmesi, II. Halk Sağlığı Günleri, Bursa, 20-22 Mayıs 1991.
14. Bahar, Z., Erefe, İ., Argon, G., Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı toplumda koroner kalp hastalığı risk faktörleri ve prevalans araştırması Ege Ü. Rektörlüğü araştırma fonu, Proje No:Hem/001-90.
15. Başaran, N., Akraba evlilikleri, Genetik Hastalıklar ve Genetik Danışma, Ed: Özkınay C., Ayın Kitabı, İzmir, Ege. Ü. Tıp F. Dekanlığı Yayın Bürosu Offset Atölyesi, 1989/1990, 20-27.
16. Batioğlu, S., Mungan, T., "Prematür eylemle maternal hematokritin ilişkisi", Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler, C:2, S:1 (Ocak1991) 27-30.

17. Baydaş, G., Türkoğlu, A., "Elazığ ve yöresindeki çocuk ve gençlerde demir eksikliği anemisi", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi, 9, (1991), 126-130.
18. Bayık, A., Naldöken Sağlık Ocağı bölgesinde akraba evliliklerinin yaygınlığı, III. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, S.B. Basımevi, Ankara, 30 Nisan-2 Mayıs 1992, 34.
19. Baysal, A., "Ana sağlığında beslenmenin önemi ve ekonomik beslenme", THD, C:38, S:2, (1988), 24-27.
20. Baysal, A., "Genel beslenme bilgisi", 5.Baskı, Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1989, 96-98.
21. Bertan, M., Güris, D., Türkiye'de çocuk sağlığının durumu, Ankara, Hacettepe Ü. Tıp F. Halk Sağlığı A.B.D., Yayın No: 89/48, Şubat 1989, 1-49.
22. Bewley, B.R., "Smoking in Pregnancy", British Medical Journal, Vol:288, No:6415, (Feb. 1984), 424-425.
23. Beyazova, V., Egemen, A., "Çocuk sağlığında risk yaklaşımları", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, S:3 (1990), 3-5.
24. Bilgel, N., "Anne ölümleri", Sağlık Dergisi (Med. Jour.), C: 61, S: 2, (1989), 76-81.
25. Bilgel, N., "Halk sağlığı açısından demir eksikliği anemisi", Türkiye Klinikleri, 5, 1, (1985), 42-44.

26. Bilgin, O., Karapınar, S., Oztekin, K., Ozkılıç, H.,
"Normal gebelikte hematolojik değisiklikleri
serum ferritin düzeyi ile hemoglobin, hematokrit
değerleri ve eritrosit sayısı arasındaki ilişki"
Ege Tıp Dergisi, 29 (1), (1990), 133-137.
27. 1988 Turkish population and health survey, Hacettepe
U. Institute of population studies, Ankara, Turkey
(April-1989), 133.
28. Binyıldız, P., Büyükyüksel, C., "Türkiye'de kan grup-
ları dağılımı", Tıp Fak. Mec., S:42 (1979),
166-175.
29. Binyıldız, P.O., Gürsan, C.T., "Annenin hemoglobin ve
hematokrit değerlerinin yenidoğan tartısı üzeri-
ne etkisi", Tıp Fak. Mec., S:42, (1979), 9-14.
30. BölükbaŐı, S., "Anne ölüm nedenleri ve alınması gere-
ken önlemler", Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı
Yeni Tıp Dergisi, Gebelikte ve Doğumda Görülen
Acil Durumlar özel sayısı, C:7, S:3 (1990),
187-194.
31. Cople, S.C., "Access to prenatal care anal prevention
of low birt weight", Maternal Child Nursing 12,4
(1987), 235-238.
32. Çalı, S., Aktekin, M., Gebeler antenatal bakımdan ne
kadar yararlanıyor?", II.Ulusal Halk Sağlığı
Kongresi, İstanbul, 20-25 Mayıs 1990.
33. CavuŐođlu, H., "Çocuk sağlığı hemsireliği", C:1, Anka-
ra, Hürbilek Mat., 1994, 5-13.

34. Coşkun, A., Tekin, N., Doğum sayısı, gebelik yaşı ve aralığının ana ve çocuk sağlığına olan etkisi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 12-14 Eylül 1990, 717-725.
35. Demir, O., İzmir metropolinde evli ve doğurgan yaşta (15-49) olan kadınların doğum aralıklarına etki eden faktörlerin incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu, 1992.
36. Demirağ, B., "Çocuk sağlığı ve hastalıkları", C:1, Ankara, Türkiye Klinikleri Yayınları, No:1, 1985
37. Dervişoğlu, A., "Türkiye'de kadın sağlığı ve sorunları", Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler, C:1, S:1, (1990), 13-19.
38. Dirican, R., Bilgel, N., "Halk sağlığı (toplum hekimliği)", 2. Baskı, Bursa, Bursa Uludağ Ü. Basım - evi, 1993.
39. Ekin, İ., "A'dan -Z'ye dengeli beslenme 1", Ankara, Bas-Yay Mat., (1984), 254-258.
40. Erdoğan, E., "Kadın hastalığı ve hemşirelik", Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C:4, S:2, (1988), 65-72.
41. Erdoğan, E., Yılmaz, D., Sirin, A., Annelerin prenatal dönemde bakım alma ve kontrole gitme durumları üzerinde bir inceleme, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 24-26 Haziran 1992, III. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, 171-178.

42. Erefe, I., "2000 yılı Avrupa Bölgesi sağlık hedefleri ve birinci plan Avrupa Hemşirelik Konferansı'n - dan yansımalar", Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, C:4, S:3, (1988), 80.
43. Erefe, I., Bayık, A., Bahar, Z., Aydemir, G., Bornova sosyalizasyon bölgesinde risk yaklaşımı ile gebelerin izlenmesi üzerine bir çalışma, I.Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 13-14 Eylül 1985, 274-283.
44. Erefe, I., Kocaman, G., Bahar, Z., Bayık, A., Aydemir, G., İzmir anakentinde aile ve toplum sağlığı öncelikleri, Ege Ü. Rektörlüğü Araştırma Fonu, Proje No:Hem/002, Bornova-İzmir, 1988.
45. Erk, A., "Normal gebelik ve beslenme ", Kadın Doğum Dergisi, C:1, S:3, (1985).
46. Fenwick, E., "Annelik ve bebek bakımı", Ankara, ABC Kitabevi Yayın ve Dağıtım A.Ş., 1993, 38-51.
47. Fidaner, C., "Hamile kadın, sigara ve sonuç:az kilolu bebekler", Bilim Teknik dergisi,S:231, 17 Ağustos 1992, 6.
48. Fielding, E.J., "Smoking: health effects and control", The new England Journal of Medicine, 313, 8, (1985), 491-496.
49. Fişek, N., "Türkiye'de ana sağlığı sorunları ve çözüm yolları", THD, C:38, S:2, (1988), 15-16.
50. Grant, J.P., Dünya çocuklarının durumu, 1993, UNICEF.
51. Grant, J.P., Dünya çocuklarının durumu, 1986, UNICEF.

52. Gökçay, G., Bulut, A., Neyzi, O., Kayatürk, F., Shorter, F., "İstanbul'da 5 yaş altı çocuk ölümlerinin epidemiyolojisi", Turkish Journal of Medical Sciences, 16, 5, (1992).
53. Görgüç, A., "Doğum bilgisi", 6. Basım, Ankara, Yargıçoğlu Mat., 1986, 376.
54. Gücsavas, N., "Kadın sağlığı sorunları", THD, 36, 2, (1986), 52-54.
55. Gücsavas, N., Sezgin, A., Güler, H., Beker, M., Sivas ili Kızılırmak ve Yeşilyurt bölgelerinde 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum, yaş, gebelik aralığı ve tercihlerinin incelenmesi, II. Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 12-14 Eylül 1990, 178-186.
56. Güler, C., "Ana sağlığı ve aile planlaması", Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1987, 39-43.
57. Güler, C., Azak, M., "Doğum aile planlaması jinekoloji hemşireliği", Ankara, Hatipoğlu Yayınevi, 1993 80-190.
58. Güler, K., Coşkun, A., Ekizler, H., ve ark., "Prenatal bakımı etkileyen faktörlerle ilgili epidemiyolojik bir çalışma", Hemşirelik Bülteni, 3, 12, (1988), 58-62.
59. Gülmezoglu, M., Özmen, S., "Yüksek riskli gebelerde tanı ve tedavi", İstanbul, Cem Ofset Mat. 1990 13-14.

60. Güneşli, V., Taskın, L., "Gebeliğin fizyolojisi ve beslenme", THD, 1, (1982), 15-20.
61. Gürson, C.T., "Çocuk hastalıklarında tedavi", 2. Baskı Kervan Kitapçılık Basın Sanayi ve Tic. A.Ş. , 1981, 64-70.
62. Hadley, A., "Maternity benegits", 82, 45, (1986),34-35
63. Hamzacebi, H., Tuncer, A., Burgut, R., Karataş Sağlık Ocağı bölgesinde gebelerde anemi prevalans çalışması, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, İstanbul, 20-25 Mayıs 1990.
64. Hayran, D., Minasyanöz, A., Kocagöz, T., "Doğurgan çağdaki kadınlarda anemi görülme sıklığı ve doğurganlık ilişkisi", Kadın Doğum Dergisi, 2, 2, (1986), 69-71.
65. İdil, A., Dalgıç, N., "Düşük doğum ağırlıklı bebek sorunu ve etkili faktörler", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, Yıl:4, S:1 Ocak-Mart 1994, 11-15.
66. İnanc, N., "Kadın sağlığı", THD, 4, 1-2, (1991), 48-51
67. İnanc, N., "Mutlu doğuma yardım", THD, 39, 3, (1990), 37-42.
68. Innocenti Bildirgesi, Haccettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Özel ek, (1991), 3-4.
69. Kadın Doğum Ders Notları, Metay Yayınları, Ankara, 1992, 51-55.

70. Karababa, A.O., Doğan, F., Tokgöz, M., "Kızılay Sağlık Ocağına başvuran 15-44 yaş grubu evli kadınların gebeliği öneleyici yöntemleri kullanım düzeyleri ve yöntemlerim koruyuculuk oranları", Ege Tıp Dergisi, 29, 2, (1990), 279-281.
71. Karaçam, Z., "Gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin uygulamaları", THD, 44, 2, (1994), 14-22.
72. Karasar, N., "Bilimsel araştırma yöntemi", Ankara, Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Şti., 1984.
73. Kavaklı, A., "Çocukluk yaşlarında büyüme ve gelişme", İstanbul, Hilal Mat. A.Ş., 1992, 30-33.
74. Kayhan, M., Akgün, S., Kırçalıoğlu, N., "Anneye bağlı düşük doğum ağırlığı nedenlerine ilişkin bir çalışma", jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler, 2, 1, (1991), 21-25.
75. Klebanoff, M.A., Shiono, P.H., Berendes, H.W., "Anemi ve erken doğum", Gelişim Jama, 2, 10, (1989), 727-733.
76. Kocaman, G., Annelere ve çocuklara verilen sağlık hizmetlerinde gelişmeler ve sorunlar", I.Ulusal Hemşirelik Kongresi, İzmir, 13-14 Eylül 1985, 231-236.
77. Kocaman, G., "Güvenli annelik bakımından hemşirenin sorumlulukları", Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 4, 2, (1988), 73-82.

78. Kocatürk, V., "Açıklamalı tıp terimleri sözlüğü", 4. Basım, Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, 1989, 476.
79. Kocatürk, V., "Gebenin kitabı", 2. Basım, Ankara, Servinç Mat., 1983, 29-31.
80. Kochenour, N.K., "Normal gebelik ve prenatal bakım", Ed. Erez, S., İstanbul, Yüce Yayınları A.Ş. 1990 143-185.
81. Koc, F., "Sağlık Ocağı düzeyinde ana-sağlığı hizmetleri", THD, 38, 2, (1988), 20-23.
82. Koc, F., "Türkiye'de evlenme hızları ve evlenme hızlarının yaşam tablosu yöntemi ve analizi", Nüfus - bilim Dergisi / The Turkish Journal of Population studies, 14, (1992), 27-51.
83. Kongar, E., "İmparatorluktan günümüze Türkiye'nin toplumsal yansıması", 5. Baskı, İstanbul, Remzi Kitabevi, 1985, 386-387.
84. Korkusuz, Z., "Türkiye Klinikleri ders notları serisi 2 pediatri", 1. Baskı, Türkiye Klinikleri Yayınevi, Ankara, 1992, 1-9.
85. Köksal, O., "Gebelikte beslenme - anne sütü büyüme ve gelişme ilişkileri", Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, 8, 4, (1987), 3.
86. Köksal, O., "Türkiye 1974 beslenme - sağlık ve gıda tüketimi araştırması", Ankara, 1977, 557-561.
87. Küçüköyük, S., "Yenidoğan ve hastalıkları", Ankara, Feryal Mat., 1994, 1-49.

88. Kücükylmaz, H., Esen, M., "Ankara Numune Hastanesi'ne 200 kişide eritrosit, hemogloblin ve lökosit değerlerinin araştırılması", Aylık Tıp Dergisi (Dırım), 3-4, (1991), 99.
89. Kükner, S., Ergin, T., "Yüksek riskli gebelerin takibi", Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 2, 1, (1993), 5-10.
90. Kürtçüoğlu, M., "Çocuk hastalıklarında klinik tanı", Ankara, Hacettepe Taş Kitapçılık Ltd. Sti., 1988 26.
91. Mahler, H., "The safe motherhood initiative : a call to action", the Lancet (Marc 21. 1987), 668-670.
92. Maine, D., Family planning : Its Impact on the health of women and children. Center for population and family health Columbia University 1981.
93. Mayberry, F.J., Bond, A.F., Morris, S.J., " Medical problems in pregnancy ", British Library Cataloguing in Publication Presented By Britain, 1986, 122-123.
94. Meriç, N., Pediatri, Temel bilgiler ve ayırıcı tanı, Bursa, Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1983, 34.
95. Mete (Kılıç), S., Kadınların doğum öncesi bakım almama nedenleri, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Sivas, 24-26 Haziran 1992, 509-516.
96. Newton, W.R., "Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight" Brith. Med. J. (April 1984), 288, 1191

97. Neyzi, O., Ertugrul, T., Pediatri, C:1, Istanbul, Nobel Tıp kitapevi, 1989, 64-77.
98. Neyzi, O., Kavaklı, A., Çocuk hemşireliği bilgisi, Istanbul, Demet Ofset Mat., 1982, 250-281.
99. Neyzi, O., Koc, L., Çocuk sağlığı ve hastalıkları 1-2 Istanbul, Fatih Genclik Vakfı Mat., 1983, 33-38.
100. Nuhoglu, A., Ugur, S., "Bebek sağlığı", Istanbul, Çocuk Vakfı Yayınları, (1993), 7-42.
101. Okumus, H., "Gebelikte anemi", Ege Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2, 2, (1986), 71-74.
102. Özbek, B., Acıkalın, I., Dervişoğlu, A., "Anne ve kadının sağlığında erken tanı yaklaşımı", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 3, 1, (1994), 18-20.
103. Özdemir, O., Özcebe, O., "Gebelik ve hematolojik sistem", Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2, 1, (1993), 19.
104. Özer, S., Aksakoğlu G., Gebelik döneminde bebek doğum ağırlığını etkileyebilecek faktörler, II. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Istanbul, 1990.
105. Özgür, S., Özgür, T., "Sosyal pediatri", 2. Baskı, Izmir, Ege Ü. Tıp Fak. Yayınları, No:102, 1993, 207-231.
106. Özkılıç, H., Kumanlıoğlu, K., Derebek, E., "Anne ile fötüsün depo demiri bakımından ilişkisi: Fötüs tam bir parazit mi?", Ege Tıp Dergisi, 31, 4, (1992), 675-677.

107. Özsoy, S., Bayık, A., "1990'lı yıllarda Türkiye'de kadın sağlığı", sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 4, 1, (1994), 6-10.
108. Öztekin, Z., "2000 yılında herkese sağlık Avrupa Bölgesi hedefleri", Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 1, 1, (1991), 27-29.
109. Öztürk, Y., Cetinkaya F., Günay, O., "Kayseri Doğum-evi'nde gerçekleşen doğumların değerlendirilmesi", Jinekoloji ve Obstetri'de Yeni Görüş ve Gelişmeler, 2, 1, (1991), 11-20.
110. Özüpak, B., "Türkiye'de ana sağlığında hemşirelik hizmetleri ana sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hemşireliği", THD, 38, 2, (1988), 17-19.
111. Pasinlioglu, T., Ebeveynlerin sağlık ocaklarının verdiği ana ve çocuk sağlığı hizmetlerini kullanma durumları ve bunu etkileyen faktörler, Doktora Tezi, Hacettepe Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu 1991.
112. Peker, M., "Türkiye'de eğitim-doğurganlık ilişkisi (1960-1980) ", Anne İdaresi Dergisi, 17, 3, Ankara, Sevinç Mat., 1984, 123-158.
113. Rosenfield, A., "Gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite", Gelişim Jama, 2, 10, (1989), 717-726
114. Rubin, D.H., Krasilnikoff, P.A., Leventhal, J.M., "Effect of passive smoking on birth-weight", The Lancet, (1986), 415-417.
115. S.B. İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Arşivi, Yayınlanmış İstatistik Verileri, 1993.

116. Sarıalioglu, F., Yurdakök, M., Kutluk, T., Çalıklıoğlu, S., "Çocuk hastalıkları tanı ve tedavi C:1, Ankara, Güneş Kitabevi, 1993, 62.
117. Saylan, C., Yüce G., "Gebelik döneminde sigara içiminin arteria umbilicalis morfolojisi üzerine etkileri", Ege Tıp Dergisi, 31, 4, (1992), 679-682.
118. Sencer, E., "Beslenme ve diyet", 2. Baskı, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 1987, 250-257.
119. Sevgi, C., "Kentleşme sürecinde İzmir ve gecekondular", İzmir (Merkez ilçe) Konak Belediyesi Kültür Hizmetleri, İzmir, 1988, 59-67.
120. Soysal, Z., "Gebelik doğum ve lohusalıkta anne ölümleri", Jinekoloji ve Obstetri Dergisi, 3, (1989), 68-89.
121. Söylemez, F., Cengiz, S., Bahçeci, M., "Prophylaxis and treatment of anemia during pregnancy", Turkish Journal of Obstetrics and Gynaecology, 1, 3, (1985), 163-166.
122. Sümbüloğlu, K., "Sağlık bilimlerinde araştırma teknikleri ve istatistik", Ankara, Çağ Mat., 1978, 112-141.
123. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K., "Sağlık bilimlerinde araştırma yöntemleri", Ankara, Hatipoğlu Yayın-evi, 1988, 42-45.

124. Sahin, Y., Durmus, Z., Göknen, O., "Gebelikte demir eksikliği anemisi ve hemoglobin, serum demiri ve serum demir baglama kapasitesi düzeylerinin değerlendirilmesi", Kadın Doğum Dergisi, 3, 1, (1989), 29-34.
125. Tanac, G., Velibese, S., Yangın, R., "Sigaranın gebelik ve yenidoğan üzerine etkilleri" Aylık Tıp Dergisi (Dirim), 3-4, (1989), 82-85.
126. Taskın, L., Inanc, N., Gücsavas, N., Doğan, N., "Kadın sağlığı sorunları ve hemsirenin rolü", THD 35, 4, (1985), 27-30.
127. Tezcan, S., "türkiye'de bebek ve çocuk ölümleri", Hacettepe Üniversitesi Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, Yayın No: 8, 5/26, Ankara, 1985, 17-63.
128. Tınar, S., Yılmaz, N., Soylu, F., Senbak, G., "50 gebede beslenme faktörünün incelenmesi", İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi, XXVIII, 4, (1990) 416-419.
129. Timm, M.M., "Prenatal education evaluation", Nursing Resarch, 28, 6, 1979, 338-341.
130. Toksöz, P., Ilcin, E., Özcan, M., "Diyarbakır Bağlar Sağlık Ocağı bölgesinde gebe kadınlarda anemi prevalansı", Beslenme ve Diyet Dergisi, 19, (1990), 61-69.
131. Tuncel, N., Sanlı, T., Perk, M., "Halk sağlığı hemşireliği", T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları, No: 568, Eskişehir, 1992, 45-56.

132. Tunçdoğan, İ., Tunçdoğan, C., "Çocuk ve beslenme", Ankara, Ayyıldız Mat. A.Ş., 1985.
133. Tüketici rehberi sağlık "Anemi, anne adayları için daha tehlikeli", İnsan Kaynağını Geliştirme Vakfı Yayın Organı, 3, 28, (1993).
134. T.C. Başbakanlık DİE, Hane Halkı İşgücü Anketi Sonuçları, Ekim, 1991.
135. T.C. Başbakanlık DİE, Türkiye İstatistik Yıllığı, 1990
136. T.C. Hükümeti-UNICEF, Türkiye'de anne ve çocukların durum analizi, 1991.
137. T.C. Sağlık Bakanlığı-Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, "Çocuk sağlığı el kitabı", 4.Baskı, Ankara, 1991.
138. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık istatistikleri, Yayın NO:558, 1993.
139. T.C. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı : İzmir Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Bastabipliği. İzmir.
140. Türkiye Klinikleri Yayınevi ders notları serisi, "Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi", 2. Baskı, Ankara, 1993, 80-195.
141. Türkiye Klinikleri Yayınevi ders notları serisi, Pediatri, 1. Baskı, Ankara, 1992, 6
142. Uğurlubaş, D., Özhan, N., Yaman, N., "Gebelikte beslenmenin önemi ve amacı", THD, 2, (1980), 24-26.

143. Ulufer, F., "Annenin sigara içmesinin fetüs üzerine etkileri konusunda yapılmış araştırma sonuçları" THD, 40, 1-2, (1991), 41.
144. Ulufer, F., Kürtaja başvuran kadınların kaygı durumlarının incelenmesi, Doktora Tezi, Ege Ü. Hemsirelik Yüksek Okulu, 1992.
145. UNICEF-Ana ve çocuk sağlığında temel bilgiler, 2.baskı, 1992, 39-88.
146. UNICEF-Ana ve çocuk sağlığında temel bilgiler, 1992, 39-120.
147. Onal, O., Mert, A., "Gebelikte beslenme", Sendrom, (1992), 70-74.
148. WHO, Maternal mortality : helping women of the road to death, 40, 5, 1986, 175-183.
149. WHO, Women, health and development, N:9, Genova, 1985
150. Yegin, O., "Yenidoğan el kitabı", 1. Baskı, Ankara, Güneş Kitabevi Ltd. Sti., 1989, 17-18.
151. Yıldız, I., "Demir eksikliği anemisi ve gelişim üzerine etkileri", Sendrom, 4, 9, (1992), 16-18.
152. Yılmaz, I., Aydemir, V., "Williams doğum bilgisi", Ankara, Güneş Kitabevi, 1985, 1-8.
153. Young, C., Mcmohon, J.E., "Maternal reasons for delayed prenatal care", Nursing Research, 38, 4, (1989), 242-243.
154. Yörükoglu, A., "Değişen toplumda aile ve çocuk", 3. Baskı, İstanbul, 1989.

155. Yurdakök, M., "Yenidoğan ölümleri önlenmesi I.",
Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2, 2, (1993), 40-42
156. Yurdakök, M., "Yenidoğan ölümleri önlenmesi II.", Sü-
rekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2, 3, (1993), 82-85.



EK I.

ANKET FORMU

Adı Soyadı :

Denek No :

Yerleşim Yeri :

GENEL BİLGİLER

1. Kaç yaşındasınız? (.....)

2. Eğitim durumunuz nedir?

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| 1- Okur-yazar değil | 4- Ortaokul/Lise ve dengi okul |
| 2- Okur-yazar | 5- Fakülte/Yüksekokul |
| 3- ilkokul | |

3. Eşinizin eğitim durumu nedir?

- | | |
|---------------------|--------------------------------|
| 1- Okur-yazar değil | 4- Ortaokul/Lise ve dengi okul |
| 2- Okur-yazar | 5- Fakülte/Yüksekokul |
| 3- ilkokul | |

4. Ev dışında ücretli bir işte çalışıyor musunuz?

- 1- Evet
2- Hayır (6. soruya geçiniz)

5. Çalıştığınız iş kolu nedir?

- 1- Yönetici
2- Büro, eğitim ve sağlık hizmetleri
3- Teknisyen, usta, kalifiye işçi
4- Toprak, orman, hayvan, deniz ürünleri, işçi

6. Eşiniz çalışıyor mu?

- 1- Evet
2- Hayır

7. Eşinizin mesleği nedir?

- 1- Yönetici
2- Büro, eğitim ve sağlık hizmetleri
3- Teknisyen, usta, kalifiye işçi
4- Toprak, orman, hayvan, deniz ürünleri, işçi

8. Sosyal güvenceniz var mı?

- 1- Evet
2- Hayır (10. soruya geçiniz)

9. "Evet" ise belirtiniz.
1- SGK
2- Emekli Sandığı
3- Bağ-kur
4- Diğer
10. Ailenizin geliri giderine oranla ne durumdadır?
1- Gelir, gidere göre yüksek
2- Gelir ve gider dengede
3- Gelir, gidere göre daha az
11. Oturduğunuz ev kendinizin mi?
1- Evet
2- Hayır
12. Kaç yaşında evlendiniz? (.....)
13. Eşiniz ile aranızda akrabalık bağı var mı?
1- Evet
2- Hayır (15. soruya geçiniz)
14. "Evet" ise belirtiniz (.....)

DOĞURGANLIK DYKOLERİ

15. İlk gebe kaldığınızda kaç yaşındaydınız? (.....)
16. Toplam kaç cocunuz olsun isterdiniz? (.....)
17. Bu gebeliğinizle birlikte kaç kez gebe kaldınız? (...)
18. Düşüğünüz var mı?
1- Evet
2- Hayır (20. soruya geçiniz)
19. "Evet" ise nasıl sonuçlandı?
1- İsteyerek
2- Kendiliğinden
20. Erken doğum yaptınız mı?
1- Evet
2- Hayır
21. Ölü doğum yaptınız mı?
1- Evet
2- Hayır
22. Kaç canlı doğum yaptınız? (.....)
23. Miadında, ancak 2500 gr. ve daha küçük bebek doğurdunuz mu?
1- Evet
2- Hayır
3- Bilmiyor

24. Miadında, 4000 gr.'ın üzerinde bebek doğurdunuz mu?
1- Evet
2- Hayır
3- Bilmiyor
25. Canlı doğupta sonradan ölen çocuğunuz var mı?
1- Evet
2- Hayır

SİMDİKİ GEBELİK İLE İLGİLİ BİLGİLER

26. Bir önceki gebeliğiniz ile şimdiki gebeliğiniz arasındaki süre nedir?
1- 6 aydan az
2- 6-12 ay
3- 13-24 ay
4- 25 ay ve üzeri
27. İsteyerek mi gebe kaldınız?
1- Evet
2- Hayır
28. Aile planlaması yöntemi kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır (30. soruya geçiniz)
29. Gebe kalmadan önce hangi yöntemi kullanıyordunuz?
1- RİA
2- Hap
3- Prezarvatif
4- Geri çekme
5- Fitol, Jel
6- Yıkama
7- Takvim
8- Diğer
30. Gebeliğiniz süresince sigara içtiniz mi?
1- Evet
2- Hayır (32.soruya geçiniz)
31. İçtiğiniz sigara miktarı nedir?
1- Ara-sıra
2- Günde 1-5 tane
3- Günde 6-10 tane
4- Günde 11 ve üzeri
32. Gebeliğiniz süresince çay içtiniz mi?
1- Evet
2- Hayır (34. soruya geçiniz)
33. İçtiğiniz çay miktarı nedir?
1- 1-3 bardak
2- 4-6 bardak
3- 7 bardak ve üzeri

34. Gebeliğiniz süresince içki içtiniz mi?
1- Evet
2- Hayır
35. Gebeliğiniz süresince önemli bir hastalık geçirdiniz mi?
1- Evet
2- Hayır (37. soruya geçiniz)
36. "Evet" ise geçirdiğiniz hastalık nedir? (.....)
37. Gebeliğiniz süresince röntgen uygulandı mı?
1- Evet
2- Hayır
38. Gebeliğiniz süresince tetanoz aşısı yapıldı mı?
1- Evet
2- Hayır
39. "Evet" ise kaç kez yapıldı?
1- Bir kez
2- İki kez
40. Gebeliğiniz süresince tansiyonunuz ölçüldü mü?
1- Evet
2- Hayır (42. soruya geçiniz)
41. "Evet" ise tansiyonunuz nasıl bulundu?
1- Normal
2- Yüksek
3- Düşük
42. Gebeliğiniz süresince idrar tahlili yapıldı mı?
1- Evet
2- Hayır (44. soruya geçiniz)
43. "Evet" ise tahlil sonucu normal miydi?
1- Evet
2- Hayır
44. Gebeliğiniz süresince ayaklarınızda ödem oldu mu?
1- Evet
2- Hayır
45. Gebeliğiniz süresince varis oldu mu?
1- Evet
2- Hayır
46. Gebeliğiniz süresince sağlık personeli tarafından size ilaç önerildi mi?
1- Evet
2- Hayır (53. soruya geçiniz)

47. "Evet" ise vitamin ilacı kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır (50. soruya geçiniz)
48. "Evet" ise kaçınıcı ayda başladınız? (.....)
49. Düzenli kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır
50. "46. soru evet" ise demir ilacı kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır
51. "Evet" ise kaçınıcı ayda başladınız? (.....)
52. Düzenli kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır
53. Gebeliğiniz süresince başka ilaç(lar) kullandınız mı?
1- Evet
2- Hayır
54. "Evet" ise kullandığınız ilaç(lar)'ın ismi. (.....)
55. Gebeliğiniz süresince beslenmenize dikkat ettiniz mi?
1- Evet
2- Hayır
56. Gebeliğiniz süresince toplam kaç kilo aldınız?
1- 9 kg'dan az
2- 9-13 kg
3- 14 kg ve daha fazla
4- Bilmiyor
57. Gebeliğiniz süresince stres yaratacak bir olay yaşadınız mı?
1- Evet
2- Hayır
58. Gebeliğiniz süresince doğum öncesi bakım aldınız mı?
1- Evet
2- Hayır
59. "Evet" ise bakımı kimden aldınız? (.....)
60. Gebeliğiniz süresinde ilk izleminiz kaçınıcı ayda oldu? (.....)
61. Doğum yapıncaya kadar kaç kez izlendiniz? (.....)
62. Doğum yapıncaya kadar izlenme sıklığınız nedir? (....)

63. Gebeliginiz süresince izlemlerinizi hangi saglik kurulusunda yaptirdiniz?
1- Hastane
2- Saglik Ocagi
3- Ozel

YENIDOGAN ILE ILGILI BILGILER

64. Bebegin kilosu (.....)
65. Bebegin boyu (.....)
66. Bebegin bas cevresi (.....)
67. Bebegin gögüs çevresi (.....)
68. Bebegin cinsiyeti
1- Erkek
2- Kiz

ANNENIN KAN DEGERLERI, KAN GRUBU VE DOGUM SEKLI

69. Annenin hemoglobin degeri (.....)
70. Annenin hematokrit degeri (.....)
80. Annenin kan grubu (.....)
81. Anne Rh(-) ise esi ile Rh uyusmazligi var mi?
1- Evet
2- Hayir
82. Anne gebeligi sonlanma durumu
1- Normal dogum
2- Sezeryan

D Z G E C M I S

Uzman Aynur SARUHAN

23.10.1954 yılında İzmir'de doğdu. İlk, Orta, Lise öğrenimini İzmir'de tamamladı. 1975 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'na girdi. 1979 yılında mezun oldu. 1980 - 1988 yılları arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Meslek Lisesi'nde meslek dersi öğretmeni olarak çalıştı. 1984 - 1986 yıllarında Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans çalışmalarını tamamladı. 1988. de Sağlık Meslek Lisesi'nin lağvedilmesinden dolayı Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu'nda görevlendirildi. 1989 yılında Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora çalışmalarına başladı. 1992 yılında doktora yeterlilik sınavını başarıyla verdi. Bu tarihten itibaren doktora tezi çalışmalarını sürdürmektedir.

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