

T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

129731

**TOKAT KARŞIYAKA DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİNDE  
DOĞAN BEBEKLERİN SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

Tezi Hazırlayan  
Özlem DURAN

129731

Tezi Yöneten  
Prof.Dr.Osman CEYHAN

**Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı  
Yüksek Lisans Tezi**

**T.C. YÜKSEK ÖĞRETİM KURULU  
BOKÜ MANTANASTON İZMİRCEZİ**

**Ağustos 2003  
KAYSERİ**

Bu çalışma jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Halk Sağlığı** Anabilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

20/11/2003

**JÜRİ :**

Üye : Prof.Dr. Osman CEYHAN (Danışman)

Üye : Prof.Dr. Fevziye ÇETİNKAYA

Üye : Prof.Dr. Mustafa KENDİRCİ

İmza



**ONAY**

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 06.11.03...tarih ve 299. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

11.../11.../03

Enstitü Müdürü  
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN



## TEŞEKKÜR

Bu araştırmanın yapılmasında emeği geçen başta Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Yusuf ÖZTÜRK'e, Biyoistatistik Bilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Osman GÜNAY'a, Anabilim Dalının diğer mensuplarına, Tokat Karşıyaka Doğum ve ocuk Bakımevi Hastanesi Başhekimisi Sayın Jin. Op. Dr. şaban DNMEZOĞLU'na, katkılarından dolayı Mukaddes DEMİR ve Nuray ÖZERCAN'a, araştırmam sırasında benden desteğini esirgemeyen aileme teşekkürlerimi sunarım.

## **TOKAT DOĞUM VE ÇOCUK BAKİMEVİNDE DOĞAN BEBEKLERİN SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

### **ÖZET**

Bebeğin sağlığının temeli doğum öncesine dayanmaktadır. Bebeğin doğum günü hayatının birinci günü kabul edilirse de, bebeğin bir özgeçmişi vardır. Bebeğin sağlığı gebeliğin başlangıcından beri çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Bu araştırma Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde doğan bebeklerin sağlık durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma kapsamına 2002 yılının son dört ayında doğan 721 bebek ve bebeklerin anneleri alınmıştır. Bebekler ile ilgili veriler hastane kayıtlarından, anne ve baba ile ilgili veriler 47 sorudan oluşan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanarak elde edilmiştir. Tek yönlü ANOVA ve Student t testi sonuçlarına göre; anne yaşı, anne öğrenim durumu, anne mesleği, gebelikte sağlık bakımı alma durumu, gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma, hastalık geçirme, gebelikte alınan kilo, annenin boy uzunluğu, akrabalık durumu, babanın öğrenim durumu, ailenin ikamet yeri, ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumu ve sosyal güvence durumunun bebeğin doğum ağırlığı ve boy uzunluğunu önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir. Buna karşılık, annenin gebeliğinde sigara kullanmasının önemli bir etkisi gösterilememiştir. Bebeğin anomalili doğması bakımından, annenin gebeliğinde psikolojik travmaya uğramış olması (% 2.6) ve anne babanın akraba olması (% 3.4) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu nedenle bebeğin yaşama sağlıklı başlaması, annenin gebelik sürecini sağlıklı geçirmesi ile yakından ilgilidir. Bu da, Güvenli Annelik programının etkin şekilde uygulanmasını gerektirmektedir. Bunun yanı sıra bebeğin yaşama sağlıklı başlamasını sağlayan birden fazla faktör olduğu için, öncelikli olan faktörlerin üzerinde durulup, araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır.

**Anahtar Kelimeler :** Gebelik, doğum, bebek, sağlık.

## **EVALUATION OF THE FACTORS EFFECTING HEALTH CONDITIONS OF THE BABIES DELIVERED IN THE TOKAT KARŞIYAKA MATERNITY AND CHILDREN HOSPITAL**

### **ABSTRACT**

The basis of baby health lies upon prenatal period. The health of the baby is influenced from so many factors from the beginning of the pregnancy. This study is made in order to investigate the factors that influence health condition of babies who were born in Tokat Karşiyaka Maternity and Children Hospital.

In this research, 721 babies within the last four months of 2002 and their mothers are taken. The data related to babies is obtained from hospital registers whereas the data related to their parents was obtained face to face interview and their responses to the questionnaire that consists of 47 questions. According to One-Way Anova and Student t Tests; It was found that baby's height and weight were influenced by the age, education, occupation and height of mother. Mother health-care, being exposed to psychological trauma, weight-gain, illness of mother during pregnancy affected the weight and height of the babies significantly. In addition, Kinship state of couples, education of father, residency of parents, presence of health-care center close to their residence and having health insurance were also influenced the baby's birth weight and height significantly. On the other hand, effect of smoking during pregnancy did not have significant effect on baby's birth weight and height. Kinship state of couple (2.6 %) and exposure of mother to psychological trauma during pregnancy (3.4 %) had statistically significant effect on baby having anomaly at birth. Beginning of healthy life for baby closely related to mother's health during pregnancy. This fact requires active performance of Safety Motherhood Programme. Moreover, as there are more than one factors that provide baby with a healthy life, fundamental factors should be chosen and investigations should be made on them.

**Key Words:** Pregnancy, labor, baby, health.

**İÇİNDEKİLER**

	<b><u>Sayfa No</u></b>
İÇ KAPAK	I
KABUL ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR	III
ÖZET	IV
ABSTRACT	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	VII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. FETAL BÜYÜME VE GELİŞME.....	3
2.2. YENİDOĞAN VE ÖZELLİKLERİ .....	4
2.3. FETÜS VE YENİDOĞANI ETKİLEYEN DOĞUMLA İLİŞKİSİ OLAN RİSK FAKTÖRLERİ.....	5
2.3.1. Demografik ve Sosyoekonomik Faktörler.....	5
2.3.2. Davranışsal ve Çevresel Faktörler.....	7
2.3.3. Doğum Öncesi Bakım Eksikliği .....	10
2.3.4. Gebelik Öncesi Tıbbi Riskler .....	12
2.3.5. Gebelikte Meydana Gelen Komplikasyonlar .....	13
2.4. GÜVENLİ ANNELİK PROGRAMI.....	14
2.5. ANNE VE YENİDOĞAN HAKLARI BARCELONA DEKLARASYONU.....	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
4. BULGULAR.....	23
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	47
6. KAYNAKLAR.....	60
ÖZGEÇMİŞ.....	

## TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No

<b>Tablo 2.1:</b>	Apgar skore sistemi ile yenidoğanın fiziksel değerlendirilmesi	4
<b>Tablo 2.2:</b>	Temel özellikler ve bakım alan kişiye göre DÖB alma oranları	12
<b>Tablo 4.1:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş gruplarına göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	25
<b>Tablo 4.2:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş gruplarına ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	25
<b>Tablo 4.3:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin öğrenim durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	26
<b>Tablo 4.4:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin öğrenim durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	26
<b>Tablo 4.5:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin meslek durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	27
<b>Tablo 4.6:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin meslek durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	27
<b>Tablo 4.7:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin toplam gebelik sayılarına göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	28
<b>Tablo 4.8:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin toplam gebelik sayılarına ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	29
<b>Tablo 4.9:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	29
<b>Tablo 4.10:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	30
<b>Tablo 4.11:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebeliği isteme durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	31
<b>Tablo 4.12:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin prenatal bakım alma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	31
<b>Tablo 4.13:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	32

## VIII

Sayfa No

<b>Tablo 4.14:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin prenatal bakım alma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	32
<b>Tablo 4.15:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	33
<b>Tablo 4.16:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelik öncesi sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	33
<b>Tablo 4.17:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	34
<b>Tablo 4.18:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	34
<b>Tablo 4.19:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	35
<b>Tablo 4.20:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	35
<b>Tablo 4.21:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	36
<b>Tablo 4.22:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	36
<b>Tablo 4.23:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte hastalık geçirme durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	37
<b>Tablo 4.24:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte hastalık geçirme ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	37
<b>Tablo 4.25:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte aldıkları kiloya göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	38
<b>Tablo 4.26:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte aldıkları kiloya ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	38
<b>Tablo 4.27:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin boy uzunluğuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	39
<b>Tablo 4.28:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin boy uzunluğuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	39



<b>Tablo 4.29:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin akrabalık durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	40
<b>Tablo 4.30:</b>	Araştırma kapsamına alınan annelerin akrabalık durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	40
<b>Tablo 4.31:</b>	Araştırma kapsamına alınan babaların öğrenim durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	41
<b>Tablo 4.32:</b>	Araştırma kapsamına alınan babaların öğrenim durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	41
<b>Tablo 4.33:</b>	Araştırma kapsamına alınan babaların sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	42
<b>Tablo 4.34:</b>	Araştırma kapsamına alınan babaların sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	43
<b>Tablo 4.35:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerine göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	43
<b>Tablo 4.36:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerine ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	44
<b>Tablo 4.37:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	45
<b>Tablo 4.38:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	45
<b>Tablo 4.39:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin aylık gelir durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı	46
<b>Tablo 4.40:</b>	Araştırma kapsamına alınan ailelerin aylık gelir durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı	46

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde, 6 milyarı aşan dünya nüfusunun üçte birini doğurganlık çağındaki kadınlar ve çocuklar oluşturmaktadır. Toplam dünya nüfusunun dörtte üçü gelişmekte olan ülkelerde yoğunlaşmıştır. Her yıl doğan yaklaşık 16 milyon bebeğinde, 15 milyondan fazlası gelişmekte olan ülkelerde ve çoğu bu ülkelerin yoksul bölgelerinde bulunmaktadır (1-3).

Son elli yılda özellikle gelişmekte olan ülkelerin ekonomik ve toplumsal alandaki gelişmeleri insanların 20 yıl daha uzun yaşamalarına, bebek ölümlerinin üç, doğum sayılarının iki kat azalmasına neden olmuştur. Ancak kadınlar ve çocuklar bu gelişmelerden en adaletsiz şekilde yararlanan grubu oluşturmaktadır. Ülkemizde de sağlanan iyileşmeye rağmen, bebek ölümlerinin önemli bir bölümünün önlenemez nedenlerden kaynaklanma özelliği devam etmektedir (4,5).

Nüfusu 65 milyonu aşan ülkemizde, nüfusun % 62'sini 0-6 yaş grubu çocuklar ve doğurganlık çağındaki kadınlar oluşturmaktadır. Bebeklerin binde 40'ı daha bir yaşını doldurmadan ölmektedir. Bir başka deyişle her yıl 56000 bebek ilk doğum gününü kutlayamadan ölmektedir. Veriler incelendiğinde, gebelik dönemindeki çeşitli faktörlerin bebek ölümlerini doğrudan etkilediği görülmektedir. Bebek ölüm hızı kırsal alanlarda, ilkokula gitmemiş ya da sadece ilkokula gitmiş annelerin çocukları arasında

yüksektir. Annesi nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti alan bebeklerin ölüm hızı azalmaktadır (5-7).

Bunun yanı sıra ülkemiz gelişmiş ekonomiler içinde 22. sırada bulunurken, 5 yaş altı ölüm sıralamasında 77. sırada yer almaktadır . Bizimle aynı sağlık göstergelerine sahip ülkeler, ekonomik gelişmişlikte alt sıradadırlar. Genel sağlık durumumuz ekonomik gelişmişliğimizle paralellik göstermemektedir. Bebek sağlığı ile ilgili veriler de, bir yandan uluslar arası verilerle karşılaştırıldığında yetersizlikler bulunurken, diğer taraftan kent içi ve bölgeler arasında ciddi boyutta farklılıklar bulunmaktadır (5,8,9).

Görüldüğü gibi bebek sağlığının temeli doğum öncesine dayanmaktadır. Bebeğin doğum günü hayatının birinci günü kabul edilirse de, bebeğin bir öz geçmişi vardır. Bu geçmiş içinde annesi, babası, kardeşleri ve ortalama 40 hafta süren intrauterin (gebelik) dönemi yer almaktadır. Bebek sağlığı gebeliğin başlangıcından itibaren çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Annenin eğitimi, sağlık ve beslenme durumu, sosyoekonomik yaşam standardı ve aldığı sağlıkla ilgili hizmetlerin kalitesi iyileştikçe başarılı bir gebelik şansı artmaktadır. Başarılı bir gebelik ve doğum. bebeklerin yaşama sağlıklı başlamalarını sağlamaktadır (10,11).

Bu nedenle; geleceğimiz olan bebeklerin ve temel taşı olan annelerinin içinde bulunduğu durumun iyi bir şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlıklı bir değerlendirme, sağlam bir veri tabanı ile mümkündür. Ülkemizde bu gruba ait verilerdeki yetersizlikler ve bölgeler arasındaki farklılıklar araştırma yapılmasına olan ihtiyacı artırmaktadır.

Bebek sağlığını korumak ve geliştirmek amacının sürekliliğine, bebek sağlığını etkileyebilecek faktörlerin incelenmesi ile katkıda bulunmak mümkündür. Bu araştırma, Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Bakımevinde doğan bebeklerin sağlık durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. FETAL BÜYÜME VE GELİŞME

İntrauterin yaşam, embriyonal ve fetal dönem olmak üzere iki ana döneme ayrılır. İntrauterin yaşamın ilk sekiz haftası embriyonal dönemdir. Döllenen yumurta, insan şeklinde bir organizma durumuna dönüşebilmek için embriyonal dönemde hızlı bir farklılaşma gösterir. Bu dönemde doku (histogenez) oluşumu hızlanır ve çeşitli organlar (organogenez) oluşmaya ve canlının hatları belirginleşmeye başlar. Organogenez sekizinci haftadan sonra kısmen daha geniş bir tempo ile fetal dönemde de devam eder (12,13).

Onuncu haftanın sonuna doğru tüm organ taslakları tamamlanır. Kalp, beyin, refleksler ilkel biçimde de olsa işlevlerini yapmaya başlar. Endokrin bezleri hormon salgısını başlatacak olgunluğa erişir. Ekstremiteler taslakları oluşur, dış genitaler fark edilecek kadar büyür. Bebeğin cinsiyeti anlaşılabilir duruma gelir (12).

Gebelik yaşı 28 haftalık olan bir bebek, bir çok olgunlaşma eksikliğine rağmen dış ortama uyum sağlayabilecek olgunluğa kısmen erişir. Fakat uterus dışında yaşama gücü başta akciğerler olmak üzere bir çok organ ve sistemin yeterince gelişmiş ve fonksiyonlarını kısmen yapabileceği bir olgunluğa erişmiş olmasına bağlıdır (12).

## 2.2. YENİDOĞAN VE ÖZELLİKLERİ

Normal gebelik süresi 38-42 hafta arasındır. 38. gestasyon haftasından erken doğan bebekler preterm (prematüre), 42. gebelik haftasından sonra doğanlar postterm (postmatüre) olarak değerlendirilir. Doğum tartısı 2500 gramın altında olan bebekler düşük doğum ağırlıklı grubuna girerler. Bu bebekler preterm ya da miadında doğmuş olabilirler (14-16).

Miadında doğan bebeklerde ortalama ağırlık 3300 gr. (2500-4300 gr.), boy uzunluğu 50 cm. (48-54 cm.), baş çevresi 35 cm. (33-33.5 cm.), göğüs çevresi 33 cm. (30-33 cm.)'dir. Apgar skoru 8-10 arası, cilt pembe ve ağlama kuvvetlidir (13,14,16).

### Apgar Skorunun Değerlendirilmesi

Yenidoğanın doğumdan sonraki ilk 1 ve 5 dakika içinde fiziksel değerlendirilmesinde kullanılan sisteme **apgar skore sistemi** denir.

Apgar skore sisteminin 5 kriteri vardır. Bu kriterler;

1. Renk,
2. Kalp atım hızı,
3. Solunum,
4. Kas tonüsü ve
5. Reflekslerdir. Toplam 10 puan üzerinden değerlendirilir (Tablo 2.1).

**Tablo 2.1. Apgar Skore Sistemi ile Yenidoğanın Fiziksel Değerlendirilmesi**

Bulgular	Değerler		
	0	1	2
Kalp Atım Sayısı	Yok	100 / dk. altı	100 / dk. Ve üzeri
Solunum Gücü	Yok	Yavaş ve düzensiz	İyi ağlıyor
Kas Tonüsü	Gevşek	Ekstremitelerde hafif fleksiyon	Ekstremitelerede aktif hareket ve tam fleksiyon
Refleksler (ayak tabanındaki uyarıya cevap)	Yok	Hafif ağlama	Kuvvetli ağlama
Renk	Soluk, mor	Vücut pembe, ekstremiteler mor	Bütün vücut pembe

Apgar skoru 0-3 puan arasında olan bebeklerde, ciddi asfiksi vardır. Bu bebeklerin acilen resüsite edilmesi gerekir. Apgar skoru 4-6 puan arasında olan bebekler, genellikle verniks kazeoza ve mekonyum aspirasyonu olan bebeklerdir. Aspirasyonla solunum yollarının açılması gerekir. Apgar skoru 7 ve üzeri olan bebekler ise, sağlıklı olarak yorumlanır (14,15).

### **2.3. FETÜS VE YENİDOĞANI ETKİLEYEN VE DOĞUMLA İLİŞKİSİ OLAN RİSK FAKTÖRLERİ**

#### **2.3.1. Demografik ve sosyoekonomik faktörler**

**Anne yaşı :** 18 yaşından önceki ve 35 yaşından sonraki gebelikler bebek ölümlerini önemli ölçüde yükseltmektedir. Düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebeklerin 1/4'ü 17 yaştan erken yani adölesan gebeliklerde görülmektedir (14,17,18).

DSÖ tarafından 10-19 yaş grubu adölesan dönemi olarak tanımlanmaktadır. Adölesan dönem çocukluğun bağımlılığından, erişkinin bağımsızlığına geçiş dönemidir. Adölesan annelerin bebeklerinde morbidite ve mortalite daha sıktır (19). Bebeklerin önemli bir ölüm nedeni olan düşük doğum ağırlığı da, adölesan annelerin bebeklerinde daha sık görülür. Bu bebekler erken çocukluk süresince de devamlı problemlerle karşı karşıya kalırlar (20).

Meydanlı M. ve arkadaşları tarafından yapılan adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirildiği bir araştırmada; preterm doğum insidansı, adölesan gebelerde % 5.6, 19-36 yaş grubu gebelerde % 0.2 olarak bulunmuştur. Adölesan gebelerden doğan DDA'lı yenidoğan % 8, 19-36 yaş grubu gebelerden doğan DDA'lı yenidoğan % 4.4 olarak belirlenmiştir (21). Mackey MC. ve Tiller CM. tarafından yapılan preterm doğuma yatkın olan adölesanların preterm doğumla ilgili deneyimlerinin tanımlandığı başka bir araştırmada ise; ailesi tarafından desteklenen ve uygun doğum öncesi bakım alan adölesanların term ya da terme yakın doğum yaptıkları belirlenmiştir (22).

35 yaşın üzerindeki gebeliklerde (ileri anne yaşı); fetal anomaliler (en çok kalp defektleri ve down sendromu), perinatal mortalite, gelişme geriliği yaşla doğru orantılı bir artış gösterir. Bu yaşlardaki annelerin sağlıklı bir bebek doğurmaları mümkündür ama herhangi bir problemin ortaya çıkma ihtimali fazladır (12,20,23).

Türkiye'de ilk evlenme yaşında ve gebelik yaşında yükselme olduğu gözlenmektedir. 45-49 yaş grubunda 18.4 olan ortanca ilk evlenme yaşı, 25-29 yaş grubu kadınlarda

20.4'e çıkmaktadır. Ancak hala yaşanan adölesan gebeliklerin varlığı istenilen düzeyde olmadığına bir göstergesidir (24).

**İrk:** DDA'lı bebek doğumu siyah ırkta beyaz ırka göre iki kat daha fazladır. Bunun sebebi tam olarak bilinmemektedir. Siyahlarda fazla olan adölesan çağı gebeliğinin bu durumdan kısmen sorumlu olduğu söylenebilir (20,25).

**Sosyoekonomik durum:** Ailenin sosyoekonomik düzeyi ile DDA'lı ve preterm bebekler arasında çok yakın bir ilişki vardır. Gelişmiş toplumlarda, doğum tartısı 2500 gramın altında doğan bebeklerin oranı % 4-5 arasında değiştiği halde, gelişmekte olan ve beslenme yetersizliğinin bir sorun olduğu toplumlarda bu oran % 30-40'lara ulaşmaktadır (12,20).

DDA yoksulluğun belirtisi olmakla birlikte, birleşik risk faktörlerinin bir sonucudur (13,17). Birleşik faktörlerin analizinin yapıldığı bir araştırmada, düşük sosyal sınıf ve düşük gelir düzeyine sahip kişilerde preterm doğum riskinin önemli oranda arttığı belirlenmiştir (26).

**Annelerin eğitim düzeyi:** DDA 12 yıl ve üzeri eğitim alan annelerde ırk ve yaştan bağımsız olarak azalmaktadır (20).

Ülkemizde toplam yetişkin okuryazarlık oranı % 83, cinsiyete göre kadınlarda % 74, erkeklerde % 94'tür. Kadınlar arası okuryazarlık, kadının güçlenmesi ve gelişmesi için bir araçtır. Ailelerin ve çocukların sağlık, beslenme ve eğitim düzeylerindeki iyileşmeler açısından büyük önem taşımaktadır (8).

**Akraba evliliği:** Sosyal bilimler ve tıp bilimlerinde akraba evliliği, kardeş çocuklarının ve kardeş torunlarının evliliğidir. Kardeş çocuklarının evliliğine birinci derece, kardeş torunlarının evliliğine ikinci derece akraba evliliği denmektedir (27).

1998 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda (TNSA), araştırmanın kapsadığı son beş yıllık dönem içerisinde olan doğumların % 27'sinde eşler arasında akraba evliliği, % 17'sinde ise konjenital anomali görülme sıklığı açısından daha fazla risk taşıyan birinci derece akraba evliliği olduğu görülmektedir. Akraba evliliği yapan popülasyonda özürlü doğma riski akraba evliliği yapmayan popülasyona göre iki kat daha artarak % 8-9 olmaktadır (28-29).

### 2.3.2. Davranışsal ve Çevresel Faktörler

**Sigara kullanımı:** Tüm gebe kadınların % 20-30'u sigara içmektedir. Bir sigara 2500'den fazla zehirli madde içerir. Bu maddeler maternal ve fetal olumsuz etkilere neden olur. Araştırmalar sigara içenlerin içmeyenlere göre daha kötü beslendiklerini göstermiştir (30).

DDA sigaranın her zaman görülen belirlenmiş bir etkisidir. DDA'nın nedeni fetal dokulara dağıtılan O<sub>2</sub> basıncı ve O<sub>2</sub> bağlanma kapasitesinin azalması yani fetal hipoksidir. Fetal hipoksiden de; anne ve fetus kanındaki yüksek karboksihemoglobin ve nikotin konsantrasyonuna bağlı olarak meydana gelen damar daralmasının neden olduğu plasenta yetersizliği sorumlu tutulmuştur (31). Ciddi düşük doğum ağırlığı, günde içilen sigara sayısı ile ya da pasif içici olarak sigarayla karşılaşmayla doğrudan ilişkilidir (30). Canter ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; gebeliğinde sigara kullanan ve kullanmayan annelerin bebekleri doğum ağırlıkları yönünden karşılaştırıldığında günde 9 sigara ve daha az kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı kız bebeklerde 88 gr., erkek bebeklerde 107 gr., günde 10 sigara ve daha fazla kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı kız bebeklerde 168 gr., erkek bebeklerde 247 gr. daha düşük bulunmuştur (32).

Sexton ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; sigara içen annelerin bebeklerinin, içmeyen annelerinin bebeklerine göre ortalama ağırlıklarının 92 gr. ve boy uzunluklarının 0.6 cm. daha az olduğu belirlenmiştir (33).

Saito tarafından yapılan başka bir araştırmada da; sigara kullanan anne ve babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması, kullanmayan anne ve babaların bebeklerine göre 99.6 gr. daha düşük bulunmuştur (34).

Fetus sigaraya maruz kaldığında perinatal ve neonatal mortalite oranı % 33 artar. Bu durum prematüre doğum riskinin artması ile ilişkilidir. Gebelikte sigara kullanımının, gebeliğin ölü doğumla sonlanma riskini 2 kat ve bebek ölüm riskini de 1.8 kat artırdığı bulunmuştur (30). Gebelerin % 30'unun sigara içtiği bir toplumda gebelik seyrinde sigara içilmesinin önlenmesi ile, ölü doğumların % 30 ve bebek ölümlerinin % 25 oranında azaltılabileceği belirlenmiştir (35).

Burguet ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ise; gebelik döneminde sigara kullanan annelerin bebeklerinin prematüre doğma oranının yüksek olduğu, gebelik



sırasında sigara kullanımı bırakıldığında prematüre doğumlarda azalma meydana geldiği belirlenmiştir (36).

Son yıllarda yapılan çalışmalarda günde 10 sigaradan daha fazla içen annelerin çocuklarında "Fetal Tabacco Syndrom"u denilen, değişik organlarda değişik derecelerde defektlerle karakterize bir durum gözlenmektedir. (30).

Sigara içen annelerin çocuklarında astım gelişme riski, içmeyenlerin çocuklarına göre iki kat fazladır. Özellikle prenatal dönemde sigaraya maruziyet fazla ise daha sonra astım gelişimini etkiler (30).

Annenin sigara kullanımı kadar babanın sigara kullanımı da fetüsün gelişimini olumsuz etkilemektedir. Zhang ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; baba günlük 20'den fazla sigara kullanıyorsa bebeğin doğum ağırlığının, sigara kullanmayanlara göre 30 gr. daha düşük olduğu bulunmuştur (37).

Martinez ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; baba günlük 20'den fazla sigara kullanıyorsa bebeğin doğum ağırlığının, sigara kullanmayanlara göre 88 gr. düşük olduğu bulunmuştur (38).

Saito tarafından yapılan bir araştırmada, annenin gebeliği sırasında sigara kullanmayı bırakan veya azaltan babaların bebeklerinin doğum ağırlığının, sigara kullananlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Günde 20 sigara içen babaların bebeklerinin doğum ağırlığı içmeyenler göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (34).

Savitz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada ise; babanın sigara kullanımının yarık damak ve dudaklı, hidrosefalili bebek doğumuna neden olduğu belirlenmiştir (39).

**Alkol kullanımı:** Birleşik Devletler' de embriyo ve fetüslerin % 70'i alkole maruz kalmaktadır (30).

Alkol fetüse, genetik hassasiyet, maruz kalınan zaman ve doz gibi faktörlere bağlı olarak değişik zararlı etkiler yapabilir. Fetal etkiler hiç görülmeyebileceği gibi alkole bağlı defektleri içeren "Fetal Alkol Sendrom"una (FAS) yol açabilir (12,30).

ABD'de yapılan bir taramada kadınların gebelikleri süresince % 40'ının alkol almaya devam ettikleri, her yıl 40000 bebeğin alkole bağımlı annelerden doğumsal anomalilerle doğduğu ve bu bebeklerin 1 / 750'sinin "Fetal Alkol Sendrom"lu bebekler olduğu bildirilmiştir (12).

**Yetersiz beslenme:** Annenin beslenme durumu ile intrauterin gelişme arasında çok yakın bir ilişki vardır. Özellikle protein-enerji malnütrisyonunun sık görüldüğü ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde ve gelişmiş ülkelerin sosyoekonomik düzeyi düşük yörelerinde, annelerin gebelikleri süresince yeterli ve dengeli beslenememesi sonucu gelişme geriliği, DDA'lı ve preterm doğumların sık olduğu görülmüştür. Bu gebelerde abortus ve toksemi görülme sıklığı artar, ölü doğum oranı da oldukça yüksektir. Fetüsün beslenmesi, annenin gebelik boyunca aldığı ve var olan besin kaynakları, plasental fonksiyonlarla ilişkilidir. Annede ciddi derecede beslenme bozukluğu olmadıkça yetersiz beslenme ile fetal büyüme / gelişme arasında doğrudan bir bağlantı kurmak güçleşebilir. Bilindiği gibi bir çok fetüs, kötü beslenmeye rağmen yeterli derecede gelişebilir. Bu sonuç, kısmen plasental madde geçişinin karmaşıklığı kısmen de fetüsün beslenme yeteneği ile açıklanabilir. Bunun yanı sıra ciddi beslenme yetersizliği, zeka geriliği gibi fetüsün beyin gelişiminde geriye dönüşü olmayan sonuçlar doğurabilir. Ayrıca, yaşayan yenidoğanların ilk altı ayda enfeksiyonlara daha sık yakalandığı gözlenmiştir(12,33,34).

Özellikle çok ve sık doğum yapan kadınlarda ve 19 yaşından önce, daha kendisi büyüme çağını tamamlamadan gebe olan kadınlarda yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu ortaya çıkan zararlar daha büyüktür (40).

Annenin gebeliği süresince 9-13 kg. alması gereklidir. Bundan az veya fazla kilo alması bebeği ve kendisi için bir risk faktörüdür (14).

**Aşırı veya yetersiz fiziksel aktivite:** Çalışan annelerin çalışma sürelerinin günde 8, haftada 40 saati geçmemesi, mümkünse gündüz çalışmaları önerilir. Ekonomik nedenlerle anne adayının gebelik süresince evin dışında ve ağır şartlarda çalışması, yeterli doğum öncesi bakım almaması, dinlenmemesi gibi durumlar fetüsün gelişmesini etkilemekte, DDA'lı ve preterm bebek oranını yükseltmektedir (12,14).

Ayrıca abortus, prematür eylem ya da plasental yetmezlik öyküsü olan gebe kadınların, günlük aktivitelerinde de bazı sınırlamalar yapılabilir (14).

Huffman tarafından yapılan bir araştırmada; gebelik döneminde aktif olarak çalışan kadınların 9.2 kg.'dan az kilo aldıkları, aktif olarak çalışmayanlara göre doğan bebeklerinin daha küçük olduğu belirlenmiştir (41).

**Psikolojik faktörler:** Bazı kadınlar, gebelik süresince psikolojik ya da psikosomatik kaynaklı stres ve anksiyete yaşayabilir. Gebelik süresince deneyimlenen hastalık, boşanma, aile üyelerinin kaybı, iş kaybı vb. olumsuz yaşam olayları gebeyi ve dolayısıyla gebelik seyrini ve bebeği olumsuz yönde etkileyebilir. Buna karşın kadının gebelik, travay ve doğumda yaşadığı komplikasyonlar, onun ilişkilerini karmaşık hale getirebilir. Tüm bu sorunlar, kadının psikolojik olarak gebeliğe karşı negatif durumunu tetikler (42).

Bu durumda gebe, eş ya da yakın çevresinden sosyal desteğe gereksinim duyar. Gebelikte yüksek strese maruz kalan ve sosyal destek sistemleri yetersiz olan kadınların gebelik ve fetüse ilişkin komplikasyonlarının anlamlı derecede arttığı bildirilmiştir (42).

Strese maruziyet doğumun erken başlamasında veya uzamasında etkili olabilmektedir. Yenidoğanın doğumdaki vücut ağırlığı ile annenin gebeliğinde stres altında olması arasında yakın ilişki bulunmuştur (12,13). Ayrıca istemediği halde doğum yapan kadının hem psikolojik hem de sosyoekonomik bazı sorunları vardır. Eğer anne gebeliği istemiyorsa kendisi ve bebeğin sağlığı konusunda ilgisiz kalacaktır. Bu da yenidoğana verilmesi gereken bakımı azaltabileceğinden bebek ölümleri için bir risk faktörüdür (23).

### 2.3.3. Doğum Öncesi Bakım Eksikliği

**Doğum öncesi bakım (DÖB):** Annenin ve fetüsün bir sağlık personeli tarafından bütün gebelik boyunca gerekli muayeneler ve öneriler yapılarak düzenli olarak kontrol edilmesidir (40). Doğum öncesi bakımın amacı; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, özelde aileye, genelde topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktır (14,40). Bu amaç doğrultusunda bir gebenin ebe tarafından en az 6 kez izlenmesi gerekir. Ülkemizde DÖB hizmetinden yararlanma hala istenilen seviyeye ulaşmamıştır. 1998 TNSA verilerine göre en az bir kez sağlık personelinden doğum öncesi bakım alan anne oranı % 68'dir. Bunun yanı sıra, coğrafik bölgeler, kırsal ve kentsel alanlar arasında hem sağlık hizmetlerinin kullanımı, hem de bebek ve çocuk sağlığı göstergeleri arasında bir eşitsizlik mevcuttur (17,23,43).

DÖB almada ve alınan hizmetin niteliğinde annelerin ve eşlerinin eğitim durumu önemli değişken olarak bulunmuştur. Annenin eğitimi, eşinin eğitimine göre DÖB almada daha belirleyici olup, annenin ortaokul ve üzeri okullardan mezun olması DÖB

almada belirgin fark yaratmaktadır. Bu grupta DÖB alma olasılığı, eğitimi olmayan ve ilkokulu bitirmeyenlere göre 4.7 kat daha fazladır(44).

Annenin sağlık sigortasının olması DÖB almada önemli faktör olarak bulunmuştur. Herhangi bir sağlık sigortası olanların DÖB alma olasılığı, olmayanlara göre % 78 daha fazladır(44).

Annenin gebeliği istemesi DÖB almayı etkilemektedir. Gebeliğini istemeyen anneler daha az sıklıkta DÖB almaktadırlar. Doğum sırası yeterli ve nitelikli DÖB almada belirleyici olmaktadır. Anneler ilk gebeliklerinde daha yüksek oranda yeterli ve nitelikli DÖB almaktadırlar (44). DÖB, annelerin ve doğacak bebeklerinin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili sağlık hizmetlerindedir. Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre daha fazla ölüm riski taşıdıkları, daha fazla DDA'lı bebek doğurdukları, bebeklerin perinatal dönemde daha fazla öldüğü belirlenmiştir (14, 40,43). Yapılan araştırmalar bebek ölüm hızındaki yaklaşık % 20'lik azalmayı artan DÖB hizmetlerinin kullanımı ve doğumların sağlık kuruluşlarında yapılmasına bağlamaktadır. Ayrıca DÖB 'ın yaşamın ilk iki yılındaki ölüm riskini azalttığı ortaya konmuştur (43). Bu nedenlerle gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen iyi bir doğum öncesi bakım ile patolojik değişiklikler daha iyi fark edilip, oluşabilecek kötü sonuçlar en aza indirilebilir (14,43).

#### **Bakım talebinde etkili olan faktörler**

a) **Gelir:** Ailenin mali durumunun bakım talebini önemli şekilde etkileyip etkilemediği tartışmalıdır. Bazı çalışmalarda gelirin doğum öncesi bakım talebini etkileyen önemli bir faktör olduğu, bazılarında ise önemli bir etkisi olmadığı ortaya konmuştur (43).

b) **Bakıma ulaşılabilirlik:** Yapılan çalışmalarda, bakım verilen merkeze artan uzaklığın bakım talebini olumsuz yönde etkilediği bulunmuştur (43).

c) **Sigorta:** Sigorta uygun doğum öncesi bakımı etkileyen önemli bir faktör olarak gösterilmektedir (43).

d) **İkametgah yeri:** İkametgah yeri önemli bir değişken olarak kabul edilmekte, kırsal ve kentsel alandaki farklılıklar, sağlık hizmetlerinin varlığı, yüksek gelir ve eğitim seviyesi gibi değişkenlerle anılmaktadır (43).

e) **Eğitim:** Anne eğitimi, DÖB hizmeti kullanımının en önemli göstergelerinden biri olarak gösterilmiştir. Anne eğitiminin bakım talebini pozitif yönde etkilediği bulunmuştur (43).

f) **İrk ve azınlık:** DÖB ve doğum yardımı için önemli bir faktördür (43).

**Tablo 2.2.** Temel Özellikler ve Bakım Alan Kişiyeye Göre DÖB Alma Oranları (%)

	Doktor	Ebe / Hemşire
Batı	79.5	6.0
Güney	63.4	8.8
Orta	61.0	12.7
Kuzey	61.5	5.2
Doğu	34.4	3.7
Kent	71.1	6.6
Kır	42.1	8.5
Eğitimi yok / ilkököl bitirmedi	32.0	5.3
İlkököl mezunu	66.3	9.1
Ortaokul ve üzeri	93.4	2.5
Anne yaşı < 20	54.4	9.1
Anne yaşı 20-34	62.6	7.2
Anne yaşı 35 +	46.3	5.3
1. doğum	72.1	7.1
2-3. doğum	61.7	8.3
4-5. doğum	43.4	7.2
6 + doğum	33.1	3.5
TÜRKİYE	60.2	7.3
<i>Kaynak: TNSA (1998)</i>		

#### 2.3.4. Gebelik Öncesi Tıbbi Riskler

Her gebeliği etkileyebilecek gebelik öncesi bazı risk faktörleri mevcuttur (14).

**Kötü obstetrik öykü:** Spontan düşük veya preterm doğum için eğilim oluşturur. Özellikle iki preterm doğumu olan bir kadının bundan sonra preterm doğum riski oldukça yüksektir. Aynı durum DDA'lı bebek doğumu içinde geçerlidir (14,20).

**Uterusa ait konjenital malformasyonlar:** Annenin uterusundaki konjenital malformasyonlar preterm doğum riskini artırmaktadır (45).

**Eksojenlere maruziyet:** Özellikle Dietilstilbestrol'e (DES) maruziyet fetüs ölümlerine, düşük ve preterm doğumlara neden olmaktadır. Organogenez sırasında radyasyon ve hava kirliliğine maruziyet büyüme gelişme geriliği, mikrosefali, doğumsal anomaliler, iskelet defektleri, spontan abortus ve fetal ölüme neden olabilir (12,13,42).

**Servikal yetmezlik:** Özellikle preterm doğuma neden olmaktadır (13,45).

**Annenin boyu:** Azalmış uterin büyüme potansiyeline bağlı olarak boy uzunluğu 155 cm.'nin altındaki kadınlarda DDA'lı bebek doğurma riski artar. Bunun yanı sıra doğum esnasında bebekte doğum travması gelişebilir (20,42).

**Gebelik aralığı:** Kadının bir diğer gebeliğe fizyolojik olarak hazırlanması 2-3 yılını alır. 2 yıldan sık olan gebeliklerde anemi, prematüre doğum, DDA'lı bebek doğumu, zor doğum ve sık tekrarlayan abortuslar görülmektedir (23).

**Gebelik ve doğumların sayısı:** İlk gebeliklerde ve dördüncü gebelikten sonra DDA riski artış göstermektedir. Doğum sayısı arttıkça bebek ölüm riski de artmaktadır (20,23).

### 2.3.5. Gebelikte meydana gelen komplikasyonlar

Gebelik fizyolojik bir olay olmasına rağmen anne ve bebek için bazı riskler söz konusudur (14).

**Fetal anomaliler:** Anensefali, renal agenezis ve diğer fetal anomaliler preterm doğum riskini artırmaktadır (13,45).

**Enfeksiyonlar ve sistemik hastalıklar:** Annede önceden varolan ve gebeliği komplike hale getirebilen hastalıklar, gebelik seyrini ve fetal sağlığı olumsuz yönde etkileyebilir (12,42).

**Enfeksiyonlar:** Annenin gebelikte geçirdiği enfeksiyonlar SGA'lı (gebelik yaşına göre küçük) bebek doğumunda etkilidir. Özellikle birinci trimesterde geçirilen enfeksiyonlar SGA'lı bebeklerin % 5-10'unda etkilidir (20). Embriyonal dönemde anneden plasenta yoluyla geçen viral enfeksiyonlar değişik organlarda anomalilere ve zeka geriliğine neden olur (12). Kızamıkçık virüsünün neden olduğu ve bir çok organı tutan "Rubella Sendromu" gözde, merkezi sinir sisteminde, kardiyovasküler sistemde, diğer organ ve sistemlerde değişik derecelerde doğumsal anomalilere neden olmaktadır (12). Toxoplazmoziste fetüsün beyin ve göz gibi organlarında anomaliler yapar ve ölü

doğumlara neden olur (12). Herpes simplex virüsü yenidoğanda körlüğe ve anomalilere neden olur (12). Bunların dışında influenxa ve polio virüs DDA'lı bebek doğumu riskini artırmaktadır (10):

## 2.4. GÜVENLİ ANNELİK PROGRAMI

Anneliği güvenli yapmak; kadına ailelere gebeliğin zamanlamasını, sayısını, aralığını uygun şekilde planlayabilmeleri için gerekli hizmetlerin verilmesi ve tüm gebelerin temel obstetrik bakıma ulaşmalarının sağlanmasıdır .

Güvenli annelik programlarına, gelişmekte olan ülkelerde özellikle ihtiyaç vardır. Çünkü;

1. Tüm dünyada her yıl 500 binden fazla kadın gebelik ve doğum nedeni ile ölmekte, 20 milyon kadın ise kronik kalıcı hastalık ve sakatlıklarla yaşamaktadır.
2. Tüm ölümlerin % 99'u gelişmekte olan ülkelerde, sadece % 1'i gelişmiş ülkelerde meydana gelmektedir.
3. Her yıl dünyada yaklaşık 8 milyon bebek yaşamlarının ilk bir ayında, çoğu da doğumu izleyen ilk birkaç gün içerisinde kaybedilmektedir. Bu 8 milyon bebeğin ölümü genellikle gebelik ve doğumda, anne ve bebeğe yetersiz bakım verilmesine bağlıdır.
4. Gebelik bir hastalık değildir. Meydana gelen ölüm ve sakatlıklar temel sağlık hizmetleri ile kolaylıkla önlenabilir niteliktedir.
5. Her kadın güvenli gebelik ve doğum hakkına sahiptir.
6. Tüm dünyada anneler ve yenidoğan bebekler aynı temel olaylar sonucu benzer nedenlere bağlı olarak ölmektedirler (46).

### Anne ölüm nedenleri

- Kanama
- Enfeksiyon
- Toksemi
- Engellenmiş doğum
- Sağlıksız düşük

Uzun süreli  
Tıbbi

11/11/2011

### **Yenidoğan bebek ölümleri**

- Gebelikte yetersiz bakım
- Doğumda yanlış yaklaşım
- Asfiksi
- Hipotermi
- Enfeksiyon

Anne ve yenidoğan bebek ölümlerinin önlenmesi pahalı ilaç ve araç-gereç ya da ileri teknoloji gerektirmemektedir.

1987 yılında DSÖ öncülüğünde sağlıkla ilgili diğer uluslar arası kuruluşların da işbirliği ile Nairobi’de yapılan uluslar arası bir toplantı ile, temel amacı 2000 yılına kadar anne ölümlerini, olanın yarısına indirmek olan “Güvenli Annelik” programı başlatıldı. Günümüzde 100’den fazla ülkede uygulanan bu program Türkiye’de de 1994 yılında pilot uygulamalar şeklinde başlatılmıştır.

Güvenli annelik programı sadece anne sağlığı değil aynı ölçüde bebek sağlığı içinde önem taşımaktadır (46).

### **2.5. ANNE VE YENİDOĞAN HAKLARI BARCELONA DEKLARASYONU**

Barcelona Deklarasyonu’nun hazırlanması ve dağıtılması fikri 5. Dünya Perinatal Tıp Kongresi Organizasyon Komitesi öncülüğünde olmuştur. Bu deklarasyon ilk kez üreme sağlığı kriterleri temel alınarak düzenlenmiştir. İlk taslak perinatoloji alanında uzmanlaşmış bir çalışma grubu, biyoetik, ebelik ve gelişme alanlarında çalışan sivil toplum örgütleri tarafından oluşturulan bilirkişilerce hazırlanmıştır. Oluşturulan metin daha sonra “Perinatal Tıp Organizasyon Kurulu” tarafından değerlendirilmiş ve bazı değişiklikler yapıldıktan sonra 300’ün üzerinde bilimsel topluluk, mesleki kurul ve sivil toplum örgütünün görüş ve değişiklik önerilerine sunulmuştur.

**Barcelona Deklarasyonunun esas amacı:** Topluma görüş oluşturmak, toplumu uyandırmak, sağlık alanında çalışanların dikkatini çekmek, hükümetler ve enstitülerden etkin geri bildirim almaktır. Bu dökümanın uluslar arası sunumu, dünyanın her yerinden 3000’in üzerinde perinatoloğun katılımıyla Barcelona’da gerçekleşen 5. Dünya Perinatal Tıp Kongresi (23-27 Eylül 2001) bünyesinde gerçekleştirilmiştir.



## **Anne Hakları Deklarasyonu**

1. Annelik özgür bir seçim olmalıdır. Her kadın çocuk sahibi olmak için en iyi zamanlamaya, sahip olmak istediği çocuk sayısına ve doğumlar arası bekleme süresine karar verme hakkına sahiptir. Her kadın için etkin doğum kontrol yöntemleri erişilebilir olmalıdır.
2. Bütün kadınlar üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yenidoğan bakımı ile ilgili bilgi ve yeterli eğitim alma hakkına sahiptir. Sağlık hizmetleri ve çalışanları böyle bir eğitimin kadına ve eşine sağlanmasından ve prenatal bakımın ayrılmaz bir parçası olan hazırlık dönemine birlikte katılmaları için özendirilmelerinden sorumludur.
3. Bütün kadınlar dünyada her ülkede hükümetler tarafından garanti altına alınmış, gereksiz risklerin uzaklaştırıldığı ve doğum yardımı alabildiği bir gebelik süreci geçirme hakkına sahiptir. Bütün kadınlar gebelik sırasında yeterli sağlık hizmeti ve koruyucu önlemleri hak eder. Gebelik sırasındaki sağlık hizmetlerinin nitelikli ve yeterli kaynaklara sahip olması gereklidir. Obstetrik bakım sınır tanımaz. Obstetrik bakım sırasında kültür ve inanç farkları dikkate alınmalıdır.
4. Bütün kadınlar, gebelik ve doğumda uygulanabilecek teknolojik gelişmeler ve girişimlerle ilgili yeterli bilgi alma ve var olan güvenli uygulamalara ulaşma hakkına sahiptir. Bütün gebe kadınlar prenatal tanı için uygulanabilecek girişimlerle ilgili bilgi alma hakkına sahiptir. Bu testlerin yaptırılma kararı önceden bilgilendirilerek özgürce alınmalıdır.
5. Bütün kadınlar gebelik sırasında yeterli beslenme hakkına sahiptir. Kadının beslenmesi, bebeğin sağlıklı beslenmesi ve annenin sağlığı için gerekli bütün besinleri sağlayacak şekilde olmalıdır.
6. Bütün çalışan kadınlar gebelik nedeniyle ve gebelik sırasında dışlanmama hakkına sahiptir. Çalışma yaşamının var olması ve sürdürülmesi gebelik nedeniyle bir ayrımcılık durumu yaratmaksızın garanti altına alınmalıdır. Anne olma hakkı, hükümetlerin çalışmayı düzenleyen yasaları ile, maaşını etkilemeksizin ve işini yitirme riski yaratmaksızın annelik izni ve doğum sonrası çalışma programına uyum sağlamasını garanti altına alacak biçimde koruma altına alınmalıdır. Anneler çalışma saatlerinde çocuklarını emzirme hakkına sahiptir.

7. Bütün kadınlar istemli olarak gebeliklerini sonlandırdıklarında ayrımcılığa, cezalandırılma ve sosyal reddedilmeye maruz kalmama hakkına sahiptir.
8. Annelik hakkı sosyal yapı ile sınırlandırılmamalıdır. Tek ebeveynli aileler de iki ebeveynli aileler kadar annelik hakkına sahiptir.
9. Her anne üreme ile ilgili kararlarda, baba ile sorumluluk paylaşma hakkına sahiptir. Babanın, annenin kararına saygı gösterme sorumluluğu vardır. Bütün kadınlar annelik ile ilgili eşi tarafından baskı görmeme ve zorlanmama hakkına sahiptir. Bir çift için üreme kararı, kadın ve erkeğin arasında eşitlik ve eş sorumluluk ile alınması gereken bir karardır.
10. Bütün kadınlar emzirmenin yararları ile ilgili bilgilendirilme ve doğumdan sonra emzirmeye başlamak için özendirilme hakkına sahiptir. Ancak bütün kadınlar sosyal ya da kültürel olarak ön yargı ile karşı karşıya kalmaksızın istediği süt verme biçimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
11. Bütün kadınlar kendini ve fetüsünü etkileyecek karar verme işlemine (tanı ve tedaviler) katılma hakkına sahiptir. Bütün kararlar önceden bilgilendirilme sonrası özgürce alınmalıdır.
12. Bir kurumda doğum yapan kadınların kendisi için kültürel önem taşıyan bebeği ve kendi iç giyinme ve beslenme biçimine, plasentanın kullanımı ve diğer girişimlere karar verme hakkı vardır.
13. Toplumda dışlanmaya neden olacak ilaç bağımlılığı, AIDS ya da diğer tıbbi ve özel sosyal sorunları olan gebe kadınlar özel yardım programları alma hakkına sahiptir.
14. Bütün kadınlar gizlilik hakkına sahiptir. Sağlık çalışanlarının görevi kadınların güven duyma hakkına saygı göstermektir.

### **Yenidoğan Hakları Deklarasyonu**

1. İnsan hakları evrensel beyannamesi yaşamın bütün evrelerini kapsar. Bütün insanlar eşit, erdemle, özgür doğarlar.
2. Bir insan olarak yenidoğanın onuru üstün değerdedir. Yenidoğanlar "Çocuk Hakları Anlaşması" gereğince korunmalıdır.

3. Her yenidoğan yaşam hakkına sahiptir. Bu hakka dil, din, ırk, ekonomik durum, cinsiyet, doğum yeri ve diğer ayrımlar yapılmaksızın tüm insanlar ve hükümetler saygı göstermelidir.
4. Her yenidoğan yaşamın kültürel, politik ya da dini nedenlerle riske atılmaması hakkına sahiptir. Hiç kimse kısa ya da uzun dönemde yenidoğanın sağlığını riske atacak ya da fiziksel bütünlüğünü etkileyecek herhangi bir hareketi uygulama hakkına sahip değildir.
5. Her yenidoğanın doğru kimlik, milliyet ve kurumsal güvence tesbitine hakkı vardır. Devlet bu hakkı, diğer bireylere sağladığı ölçüde garanti altına almalıdır.
6. Her yenidoğan daha sonraki yaşamında kendisinin azami fiziksel, zihinsel, ruhsal, ahlaki ve sosyal gelişimini sağlayacak sağlık, sosyal ve duygusal bakımı alma hakkına sahiptir.
7. Her yenidoğan büyümesinin garanti altına alacak doğru beslenme hakkına sahiptir. Annenin süt vermesi kolaylaştırılmalı ve desteklenmelidir. Anneye ait kişisel, fiziksel ya da psikolojik nedenlerle anne sütü verilmesinin mümkün olmadığı durumlarda doğru, yapay beslenme sağlanmalıdır.
8. Bütün yenidoğanlar doğru tıbbi bakım alma hakkına sahiptir. Devletler çocuğun sağlığında belirleyici olan geleneksel uygulamaların yok edilmesini hedefleyen tüm önlemleri almalıdır. Hükümetler hem doğum öncesi hem de doğum sonrasındaki dönemdeki sağlıkla ilgilenmelidir.
9. Yaşamla bağdaşmayacak şekilde anomalili bir fetüs taşıyan gebe bir kadının, gebeliğini sürdürme ya da isterse kendi ülkesinin yasal sınırları içinde sonlandırma hakkı vardır. Bu fetüs doğduğu takdirde, gereksiz tıbbi müdahale uygulanmamalıdır.
10. Yaşama sınırını aşan derecede immatür olan yenidoğanın yaşatılması için girişimde bulunulmamalıdır. Bu durumlarda karar hakkı uygulanırken doğumun gerçekleştiği yerin coğrafi, sosyal ve ekonomik koşulları dikkate alınmalıdır. Ender görülen olgularda doğum gerçekleşmeden önce aileler bilgilendirilmeli ve karara katılımları sağlanmalıdır.
11. Her yenidoğanın ülkesinin sosyal koruma ve güvenlik hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Bu hak sağlık alanında korunma ve bakımın olduğu kadar yasal alanı da kapsar.

12. Yenidoğan ailesinden, onay olmaksızın ayrılamaz. Çocuk istismarına ait kanıtın bulunduğu ve yenidoğanın yaşamının risk altında olduğu koşullarda, çocuğun korunmasının garanti altına alınması adına uygun yasal ya da yönetsel önlemler, çocuğun ailesinden ayrılmasını gerektirse bile alınmalıdır.

13. Her yenidoğan, evlat edinilme durumunda, en azami garantilerle evlat edinilme hakkına sahiptir.

14. Bütün yenidoğan ve gebe kadınların silahlı çatışmanın olduğu ülkelerde korunma altına alınma hakkı vardır. Bu koşullarda annenin emzirmesi özendirilmeli ve koruma altına alınmalıdır.

Her yenidoğan fiziksel ve zihinsel olgunlaşmanın tamamlanmış olması nedeniyle kendisi talep etmese de, belirli haklara sahip bir bireydir. Bu haklar, topluma, ülkelerin yasa yapan ve yürüten kurumlarını zorlayan bir seri sorumluluklar ve zorunlulukları yükler (47).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırma 2002 yılında Tokat Karşıyaka Doğum ve Çocuk Bakımevi'nde yapılmıştır. Hastanede her yıl ortalama 3600 doğumun meydana geldiği belirlenmiş ve 2002 Eylül, Ekim, Kasım ve Aralık aylarında doğan 721 bebek ve bebeklerin anneleri araştırma kapsamına alınmıştır. Bebekler ile ilgili veriler hastane kayıtlarından, anne ile ilgili veriler anket formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanarak elde edilmiştir. Literatür taranarak geliştirilen anket formu, gerekli izin alındıktan sonra 40 bebek ve annesine ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sırasında anlaşılmayan, eksik olduğu düşünülen sorular eklenerek yeni bir anket formu geliştirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan annelerin yatıştan sonra doğum öncesi kilosu yer baskülü ile belirlendi ve boyları mezüro ile ölçüldü. Bebeklerin doğum ağırlığı 5 gramı ölçebilen hassasiyete sahip bebek baskülü ile, boyları mezüro ile doğumdan sonraki ilk 15-30 dakika içinde ölçüldü. Annelerin gebelikte hastalık geçirme, fiziksel travma ve psikolojik travmaya uğrama durumları kendi ifadelerine göre değerlendirildi. Hastalık geçirme durumları; gebelik süresince yaşanan hastalıkların tamamını kapsıyordu. Fiziksel travma; şiddete maruz kalma, düşme, çarpma ve kaza geçirmeyi içeriyordu. Psikolojik travma ise; gebelikte annenin stres yaşamasına neden olan yakınların vefatı, aile içi geçimsizlik ve eşten ayrı olma gibi durumları kapsıyordu. Bebek ile ilgili gözle

görülür anomali değerlendirmesi pediatri uzmanı tarafından değerlendirildikten sonra kayıt edildi.

## **ARAŞTIRMADA KULLANILAN DEĞİŞKENLER**

### **Anneye Ait Değişkenler**

- Annenin yaşı
- Öğrenim durumu
- Mesleği
- Gebelik sayısı
- Son iki gebeliği arasındaki süre
- Gebeliği isteme durumu
- Gebelikte sağlık bakımı alma durumu
- Gebelik öncesi sigara kullanma durumu
- Gebelikte sigara kullanma durumu
- Gebelikte fiziksel travmaya maruziyet
- Gebelikte psikolojik travmaya maruziyet
- Gebelikte hastalık geçirme
- Gebelikte alınan kilo
- Akrabalık durumu

### **Babaya Ait Değişkenler**

- Öğrenim durumu
- Mesleği
- Sigara kullanma durumu

### **Aileye Ait Değişkenler**

- İkamet yeri
- İkamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumu
- Aylık gelir düzeyi
- Sosyal güvence durumu

### **Doğuma Ait Değişkenler**

- Doğum şekli
- Doğumun meydana geldiği gebelik haftası

### **Bebeğe Ait Değişkenler**

- Doğum ağırlığı
- Boy uzunluğu
- Apgar skoru
- Anomali durumu

Elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 10.0 programında değerlendirildi. İstatistiksel analiz için Dört Gözlü ve Çok Gözlü Düzenlerde Ki-Kare Testi, Fisher Kesin Ki-Kare Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi, Student t Testi ve Mann Whitney U Testi kullanıldı (48).

**Araştırmanın sınırlılıkları:** Bebeğin sağlık durumunu etkileyen faktörler olarak; doğum ağırlığı, boy uzunluğu, doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili doğma durumu düşünülmüştür. Apgar skoru hastane protokolüne göre sadece 1. dakikada değerlendirildiği için tek bir apgar skoru değerlendirmesi kullanılmıştır. Bu nedenle araştırmanın bağımlı değişkenleri içine alınmamıştır. Doğuma ait değişkenlerden doğum şeklinde; müdahaleli doğum, doğumun fizyolojik mekanizması dışındaki tüm müdahaleleri kapsadığı için oldukça geniş kapsamlı ele alınmıştır.



## 4. BULGULAR

Araştırmaya alınan 721 bebeğin 349'u kız, 372'si erkekti. Bebeklerin doğduğu gebelik haftaları 32 ile 42 hafta, ağırlıkları 800 gr. ile 4870 gr. arasında değişmekteydi. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması  $3139.61 \pm 22.37$  gr., boy uzunluğu ortalaması  $49.34 \pm 0.08$  cm. olarak bulundu. Bebeklerin annelerinin yaş ortalaması  $24.29 \pm 0.20$ , ilk evlilik yaş ortalaması  $18.39 \pm 0.09$ , ilk gebelik yaş ortalaması  $19.38 \pm 0.10$  olarak belirlendi. Bebeklerin annelerinin % 31.5'i ortaokul ve üstü öğrenime sahipti ve % 7.4'ü çalışıyordu. Annelerin % 83.6'sı en az bir kez prenatal bakım almıştı. Prenatal bakım alma ortancası  $3.00 \pm 0.09$ 'du. Prenatal bakım alan annelerin % 0.5'i pratisyen doktordan, % 58.9'u kadın doğum uzmanından, % 19.7'si ebeden, % 20.9'u hem kadın doğum uzmanı, hem de ebeden bakım almıştı. Bakım sırasında % 43.7'sine doğumunu hastanede yapması önerilmişti. Annelerde doğum sonu komplikasyon belirlenemedi. Annelerde gebelik döneminde alkol kullanımı, röntgen çektirme, DES' e maruziyet, ilaç kullanımı ve herpes simplex tip 2, kızamıkçık, sifiliz, toksoplazma, sitomegalovirüs, gonore gibi enfeksiyon öyküsü belirlenemedi. Bebeklerin % 11.4'ünün DDA'lı, % 1.2'sinin anomalili olduğu, % 21.9'unun normal doğum, % 78.1'inin müdahaleli doğum ile dünyaya geldiği belirlendi. Annelerin önceden anomalili bebek dünyaya getirmediği bulundu. Bebeklerin apgar skoru ortancası  $8.00 \pm 1.19$ 'du. Bebeklerin ailelerinin % 16.2'sinin ikamet yerlerinde sağlık kuruluşu ve % 14.2'sinin sosyal güvencesi olmadığı bulundu. Doğum sonu bebekte görülen anomaliye yönelik 3 bebeğin (% 0.4) başka hastaneye sevk edildiği belirlendi.



**Tablo 4.1.** Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş gruplarına göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Yaş Grubu						F	p
	15-24		25-34		35-49			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	429	3058.38 ± 27.43	244	3282.11 ± 37.88*	48	3141.25 ± 112.97	F= 11.087	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	429	49.18 ± 0.11	244	49.70 ± 0.14*	48	48.96 ± 0.46	F= 4.447	p< 0.05

\* Birinci gruptan farklıdır.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi yaşı 24 ve altı, 35 ve üstü olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması düşüktür. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annelerin yaş gruplarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.2.** Araştırma kapsamına alınan annelerin yaş gruplarına ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Yaş Grubu						Toplam	
	15-24		25-34		35-49		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
<b>37 ve</b>	37	8.6	19	7.8	8	16.7	64	8.9
<b>38 ve</b>	392	91.4	225	92.2	40	83.3	657	91.1
<b>Toplam</b>	429	100.0	244	100.0	48	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 3.393$						$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>								
<b>Normal</b>	72	16.8	67	27.5	19	39.6	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	357	83.2	177	72.5	29	60.4	563	78.1
<b>Toplam</b>	429	100.0	244	100.0	48	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 19.683$						$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>								
<b>Var</b>	5	1.2	3	1.2	1	2.1	9	1.2
<b>Yok</b>	424	98.8	241	98.8	47	97.9	712	98.8
<b>Toplam</b>	429	100.0	244	100.0	48	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$							

Tablo 4.2’de görüldüğü gibi yaşı 24 ve altı, 35 ve üstü olan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası anne yaş gruplarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. 35-49 yaş grubu annelerde müdahaleli doğum oranı daha düşüktür.

Bebeklerin doğum şekli anne yaş gruplarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. 35-49 yaş grubundaki annelerin bebeklerinin anomalili doğma oranı daha yüksektir. Bebeklerin anomalili doğma durumu anne yaş gruplarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.3.** Araştırma kapsamına alınan annelerin öğrenim durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Anne Öğrenim Durumu				t	p
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve üstü			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	494	3105.60 ± 27.47	227	3213.63 ± 38.05	t= 2.249	p< 0.05
Boy uzunluğu	494	49.20 ± 2.59	227	49.65 ± 1.77	t= 2.727	p< 0.05

Tablo 4.3'te öğrenim düzeyi yüksek olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annelerin öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.4.** Araştırma kapsamına alınan annelerin öğrenim durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Anne Öğrenim Durumu				Toplam	
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	47	9.5	17	7.5	64	8.9
38 ve	447	90.5	210	92.5	657	91.1
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	132	26.7	26	11.5	158	21.9
Müdahaleli	362	73.3	201	88.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	x <sup>2</sup> = 21.155 p < 0.05					
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	7	1.4	2	0.9	9	1.2
Yok	487	98.6	225	99.1	712	98.8
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	p > 0.05					

Tablo 4.4'te öğrenim düzeyi yüksek olan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde doğma oranının yüksek, anomalili doğma oranının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ve anomalili doğma durumu anne öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Öğrenim düzeyi yüksek olan annelerde müdahaleli doğum oranı yüksektir. Bebeklerin doğum şekli annelerin öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.5.** Araştırma kapsamına alınan annelerin meslek durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Anne Mesleği				t	p
	Ev hanımı		Çalışıyor			
	n	( $\bar{X} \pm SX$ )	n	( $\bar{X} \pm SX$ )		
Doğum ağırlığı	668	3114.80 $\pm$ 23.31	53	3452.36 $\pm$ 66.21	t= 3.987	p< 0.05
Boy uzunluğu	668	49.27 $\pm$ 0.09	668	50.21 $\pm$ 1.31	t= 4.612	p< 0.05

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi çalışan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması yüksektir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anne mesleğine göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.6.** Araştırma kapsamına alınan annelerin meslek durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Anne Mesleği				Toplam	
	Ev hanımı		Çalışıyor		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	62	9.3	2	3.8	64	8.9
38 ve	606	90.7	51	96.2	657	91.1
<b>Toplam</b>	668	100.0	53	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	154	23.1	4	7.5	158	21.9
Müdahaleli	514	76.9	49	92.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	668	100.0	53	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 6.024$ p < 0.05					
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	9	1.3	0	0.0	9	1.2
Yok	659	98.7	53	100.0	712	98.8
<b>Toplam</b>	668	100.0	53	100.0	721	100.0
	p > 0.05					

Tablo 4.6'da görüldüğü gibi çalışan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası doğma oranı düşüktür. Çalışan annelerin bebeklerinde anomali belirlenmemiştir. Bebeklerin 37. gebelik haftası ve altında doğması ve anomalili olması annelerin meslek durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Ev hanımı olan annelerde normal doğum oranı yüksektir. Bebeklerin doğum şekli annelerin meslek durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.7.** Araştırma kapsamına alınan annelerin toplam gebelik sayılarına göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Gebelik Sayısı						F	p
	1		2-4		5 ve üstü			
	n	( $\bar{X} \pm SX$ )	n	( $\bar{X} \pm SX$ )	n	( $\bar{X} \pm SX$ )		
<b>Doğum ağırlığı</b>	250	3044.18 ± 34.75	400	3187.19 ± 29.55*	71	30207 ± 91.74	F= 4.916 p< 0.05	
<b>Boy uzunluğu</b>	250	49.23 ± 0.13	400	49.41 ± 0.13	71	49.38 ± 0.32	F= 4.612 P> 0.05	

\* Birinci gruptan farklıdır.

Tablo 4.7'de annenin gebelik sayısı artıkça bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. 2-4 gebeliğe sahip annelerin bebeklerinin boy uzunluğu ortalaması yüksektir. Bebeklerin boy uzunluğu ortalaması annenin toplam gebelik sayısına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır

**Tablo 4.8.** Araştırma kapsamına alınan annelerin toplam gebelik sayılarına ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Gebelik Sayısı						Toplam	
	1		2-4		5 ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
37 ve	21	8.4	35	8.8	8	11.3	64	8.9
38 ve	229	91.6	365	91.2	63	88.7	657	91.1
<b>Toplam</b>	250	100.0	400	100.0	71	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 0.580$						$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>								
Normal	21	8.4	104	26.0	33	46.5	158	21.9
Müdahaleli	229	91.6	296	74.0	38	53.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	250	100.0	400	100.0	71	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 55.622$						$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>								
Var	4	1.6	5	1.3	0	0.0	9	1.2
Yok	246	98.4	395	98.7	71	100.0	712	98.8
<b>Toplam</b>	250	100.0	400	100.0	71	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$							

Tablo 4.8’de annenin gebelik sayısı arttıkça, bebeğin normal doğum ile dünyaya gelme oranının arttığı görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Annenin gebelik sayısı arttıkça bebeğin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı artmakta, anomalili doğma oranı azalmaktadır. Bebeklerin doğum haftası ve anomalili doğma durumu annelerin gebelik sayılarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.9.** Araştırma kapsamına alınan annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Son İki Gebelik Arası Süre				t	p
	2 yıldan az		2 yıl ve daha fazla			
	n	( $\bar{X} \pm SX$ )	n	( $\bar{X} \pm SX$ )		
<b>Doğum ağırlığı</b>	470	3101.67 $\pm$ 27.15	251	3210.66 $\pm$ 39.01	t= 2.328	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	470	49.24 $\pm$ 0.11	251	49.53 $\pm$ 0.16	t= 1.585	p> 0.05

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi son iki gebeliği arasındaki süre 2 yıl ve daha fazla olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması yüksektir. Bebeklerin doğum ağırlığı

ortalaması annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Son iki gebeliği arasında 2 yıl ve daha fazla olan annelerin bebeklerinin boy uzunluğu ortalaması yüksektir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.10.** Araştırma kapsamına alınan annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Son İki Gebelik Arası Süre				Toplam	
	2 yıldan az		2 yıl ve daha fazla		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	46	9.8	18	7.2	64	8.9
38 ve	424	90.2	233	92.8	657	91.1
<b>Toplam</b>	470	100.0	251	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 1.080$				$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	89	18.9	69	27.5	158	21.9
Müdahaleli	381	81.1	182	72.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	470	100.0	251	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 6.996$				$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	5	1.1	4	1.6	9	1.2
Yok	465	98.9	247	98.4	712	98.8
<b>Toplam</b>	470	100.0	251	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi son iki gebeliği arasında 2 yıl ve daha fazla süre olan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde doğma oranı ve anomalili doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ve anomalili doğma durumu annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Son iki gebeliği arasında 2 yıl ve daha fazla süre olan annelerde normal doğum oranı yüksektir. Doğum şekli annenin son iki gebeliği arasındaki süreye göre farklı olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.11.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebeliği isteme durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Gebeliği İsteme Durumu				t	p
	İstenilen		İstenilmeyen			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	494	3124.16 ± 25.50	227	3173.24 ± 44.40	t= 0.059	p> 0.05
Boy uzunluğu	494	49.38 ± 0.09	227	49.25 ± 0.18	t= 0.650	p> 0.05

Tablo 4.11’de isteyerek gebe kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasının düşük, boy uzunluğu ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annenin isteyerek gebe kalma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.12.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebeliği isteme durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Gebeliği İsteme Durumu				Toplam	
	İstenilen		İstenilmeyen		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	41	8.3	23	10.1	64	8.9
38 ve	453	91.7	204	89.9	657	91.1
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 0.439$				$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	79	16.0	79	34.8	158	21.9
Müdahaleli	415	84.0	148	65.2	563	78.1
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 6.996$				$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	7	1.4	2	0.9	9	1.2
Yok	487	98.6	225	91.1	712	98.8
<b>Toplam</b>	494	100.0	227	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.12’de istemeden gebe kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek, anomalili doğma oranının düşük olduğu görülmektedir. Bebeğin doğduğu gebelik haftası ve anomalili doğma durumu annenin gebeliği istemesine göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. İsteyerek gebe kalan annelerde müdahaleli doğum oranı yüksektir. Doğum şekli annenin

gebeliği isteme durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.13.** Araştırma kapsamına alınan annelerin prenatal bakım alma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Prenatal Bakım Alma				t	p
	Alan		Almayan			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	603	3197.29 ± 23.56	118	2844.87 ± 57.84	t= 5.966	p< 0.05
Boy uzunluğu	603	49.52± 0.09	118	48.52 ± 0.26	t= 3.936	p< 0.05

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi prenatal bakım alan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması yüksektir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annenin prenatal bakım alma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.14.** Araştırma kapsamına alınan annelerin prenatal bakım alma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Prenatal Bakım Alma				Toplam	
	Alan		Almayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	49	8.1	15	12.7	64	8.9
38 ve	554	91.9	103	87.3	657	91.1
<b>Toplam</b>	603	100.0	118	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 2.030$				$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	125	20.7	33	28.0	158	21.9
Müdahaleli	478	79.3	85	72.0	563	78.1
<b>Toplam</b>	603	100.0	118	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 3.020$				$p > 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	9	1.5	0	0.0	9	1.2
Yok	594	98.5	118	100.0	712	98.8
<b>Toplam</b>	603	100.0	118	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.14'te görüldüğü gibi prenatal bakım almayan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, normal doğum ile doğma oranı yüksektir. Prenatal bakım almayan annelerin bebeklerinde anomali belirlenmemiştir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası,



doğum şekli ve anomalili doğması annenin prenatal bakım alma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.15.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Sigara Kullanma				t	p
	Kullanan		Kullanmayan			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	41	3213.78 ± 72.79	680	3135.14 ± 23.31	t= 0.814	p> 0.05
Boy uzunluğu	41	49.90 ± 0.18	41	49.31 ± 2.42	t= 2.965	p< 0.05

Tablo 4.15'te gebelik öncesi sigara kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması annenin gebelik öncesi sigara kullanımına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Bebeklerin boy uzunluğu ortalaması annenin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.16.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelik öncesi sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Sigara Kullanma				Toplam	
	Kullanan		Kullanmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	3	7.3	61	9.0	64	8.9
38 ve	38	92.7	619	91.0	657	91.1
<b>Toplam</b>	41	100.0	680	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	13	31.7	145	21.3	158	21.9
Müdahaleli	28	68.3	535	78.7	563	78.1
<b>Toplam</b>	41	100.0	680	100.0	721	100.0
	x <sup>2</sup> = 1.868 p > 0.05					
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	1	2.1	8	1.2	9	1.2
Yok	40	97.9	672	98.8	712	98.8
<b>Toplam</b>	41	100.0	680	100.0	721	100.0
	p > 0.05					

Tablo 4.16’da gebelik öncesi sigara kullanan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde, normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili doğması annenin gebelik öncesi sigara kullanma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.17.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Sigara Kullanma				M-W-U	p
	Kullanan		Kullanmayan			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	21	3111.67 ± 81.30	700	3140.70 ± 23.04	M-W-U= 8728.00	p> 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	21	49.81 ± 0.17	700	49.32 ± 0.09	M-W-U= 8918.00	p>0.05

Tablo 4.17’de sigara kullanan ve kullanmayan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması arasındaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görülmektedir.

**Tablo 4.18.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Sigara Kullanma				Toplam	
	Kullanan		Kullanmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
<b>37 ve</b>	2	7.4	62	8.9	64	8.9
<b>38 ve</b>	25	92.6	632	91.1	657	91.1
<b>Toplam</b>	27	100.0	694	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Doğum Şekli</b>						
<b>Normal</b>	9	33.3	149	21.5	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	18	66.7	545	78.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	27	100.0	694	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Bebekte anomali</b>						
<b>Var</b>	1	3.7	8	1.2	9	1.2
<b>Yok</b>	26	96.3	686	98.8	712	98.8
<b>Toplam</b>	27	100.0	694	100.0	721	100.0
	p > 0.05					

Tablo 4.18’de gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir.

Bebeklerin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili doğması annenin gebelikte sigara kullanma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.19.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Fiziksel Travma				t	p
	Maruz kalan		Maruz kalmayan			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	38	2888.68 ± 109.74	683	3153.57 ± 22.72	t= 2.656	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	38	48.87 ± 0.44	683	49.37 ± 0.08	t= 1.268	p> 0.05

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi gebeliğinde fiziksel travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması düşüktür. Bebeklerin doğum ağırlığı ortalaması annenin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Boy uzunluğu ortalaması annenin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.20.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte fiziksel travmaya maruz kalma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Fiziksel Travma				Toplam	
	Maruz kalan		Maruz kalmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
<b>37 ve</b>	4	10.5	60	8.8	64	8.9
<b>38 ve</b>	34	89.5	623	91.2	657	91.1
<b>Toplam</b>	38	100.0	683	100.0	721	100.0
	p > 0.05					
<b>Doğum Şekli</b>						
<b>Normal</b>	7	18.4	151	22.1	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	31	81.6	532	77.9	563	78.1
<b>Toplam</b>	38	100.0	683	100.0	721	100.0
	x <sup>2</sup> = 0.111 p > 0.05					
<b>Bebekte anomali</b>						
<b>Var</b>	0	0.0	9	1.3	9	1.2
<b>Yok</b>	38	100.0	674	98.7	712	98.8
<b>Toplam</b>	38	100.0	683	100.0	721	100.0
	p > 0.05					

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi gebeliğinde fiziksel travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, müdahaleli doğum ile doğma oranı yüksek ve anomalili doğma oranı düşüktür. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili doğması annenin gebeliğinde fiziksel travmaya maruz kalma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.21.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Psikolojik Travma				t	p
	Maruz kalan		Maruz kalmayan			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	230	3055.61 ± 45.58	491	3178.96 ± 24.81	t= 2.337	p< 0.05
Boy uzunluğu	230	48.87 ± 0.20	491	49.56 ± 0.08	t= 3.144	p< 0.05

Tablo 4.21’de gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annenin gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.22.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Psikolojik Travma				Toplam	
	Maruz kalan		Maruz kalmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	31	13.5	33	6.7	64	8.9
38 ve	199	86.5	458	93.3	657	91.1
<b>Toplam</b>	230	100.0	491	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 8.026$				$p < 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	61	26.5	97	19.8	158	21.9
Müdahaleli	169	73.5	394	80.2	563	78.1
<b>Toplam</b>	230	100.0	491	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 4.190$				$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	6	2.6	3	0.6	9	1.2
Yok	224	97.4	458	93.3	712	98.8
<b>Toplam</b>	230	100.0	491	100.0	721	100.0
	$p < 0.05$					

Tablo 4.22’de gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili doğması annelerin gebelikte psikolojik travmaya maruz kalma durumuna göre farklı olup, ardaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.23.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte hastalık geçirme durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Hastalık Geçirme				t	p
	Hastalık geçiren		Hastalık geçirmeyen			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	116	2981.99 ± 49.53	555	3186.76 ± 24.72	t= 3.890	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	116	48.89 ± 0.21	555	49.48 ± 0.09	t= 2.605	p< 0.05

Tablo 4.23’te görüldüğü gibi gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması düşüktür. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması annelerin gebeliğinde hastalık geçirme durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.24.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte hastalık geçirme ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Hastalık Geçirme				Toplam	
	Hastalık geçiren		Hastalık geçirmeyen		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
<b>37 ve</b>	24	14.5	40	7.2	64	8.9
<b>38 ve</b>	142	85.5	515	98.2	657	91.1
<b>Toplam</b>	166	100.0	555	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 7.433$				$p < 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
<b>Normal</b>	36	21.7	122	22.0	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	130	78.3	433	78.0	563	78.1
<b>Toplam</b>	166	100.0	555	100.0	721	100.0
	$\chi^2=0.007$				$p > 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
<b>Var</b>	4	2.4	5	0.9	9	1.2
<b>Yok</b>	162	97.6	550	98.1	712	98.8
<b>Toplam</b>	166	100.0	555	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.24'te görüldüğü gibi gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, müdahaleli doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması annelerin gebelikte hastalık geçirme durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası annelerin gebelikte hastalık geçirme durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.25.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte aldıkları kiloya göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Gebelikte Alınan Kilo						F	p
	8 kg. ve altı		9-13 kg.		14 kg. ve üstü			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	306	2806.31 ± 34.82	293	3269.89 ± 25.14	122	3597.57 ± 41.75	F= 124.363	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	306	48.30 ± 0.17	293	49.90 ± 0.09	122	50.62 ± 0.10	F= 65.700	p< 0.05

Tablo 4.25'te görüldüğü gibi annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça, bebeğin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının da arttığı görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.26.** Araştırma kapsamına alınan annelerin gebelikte aldıkları kiloya ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomalili durumuna göre dağılımı

	Gebelikte Alınan Kilo						Toplam	
	8 kg. ve altı		9-13 kg.		14 kg. ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
<b>37 ve</b>	54	17.6	8	2.7	2	8.9	64	8.9
<b>38 ve</b>	252	82.4	285	97.3	120	91.9	657	91.1
<b>Toplam</b>	306	100.0	293	100.0	122	100.0	721	100.0
	p < 0.05							
<b>Doğum Şekli</b>								
<b>Normal</b>	83	27.1	56	19.1	19	15.6	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	223	72.9	237	80.9	103	84.4	563	78.1
<b>Toplam</b>	306	100.0	293	100.0	122	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 9.064$ p < 0.05							
<b>Bebekte anomalili</b>								
<b>Var</b>	6	2.0	2	0.7	1	0.8	9	1.2
<b>Yok</b>	300	98.0	291	99.3	121	99.2	712	98.8
<b>Toplam</b>	306	100.0	293	100.0	122	100.0	721	100.0
	p > 0.05							

Tablo 4.26'da annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça, bebeğin 37. gebelik haftası ve altında, normal doğum ile doğma oranının azaldığı görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ve doğum şekli annelerin gebelikte aldıkları kiloya göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Gebeliğinde 8 kg. ve altında kilo alan annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı yüksektir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.27.** Araştırma kapsamına alınan annelerin boy uzunluğuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Boy Uzunluğu				t	p
	154 cm. ve altı		155 cm. ve üstü			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	174	2942.13 ± 52.32	547	3202.43 ± 23.53	t= 4.466	p< 0.05
Boy uzunluğu	174	48.52 ± 0.26	547	49.60 ± 0.07	t= 3.982	p< 0.05

Tablo 4.27'de görüldüğü gibi 155 cm. ve üstü boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması yüksektir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları annenin boy uzunluğuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.28.** Araştırma kapsamına alınan annelerin boy uzunluğuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Boy Uzunluğu				Toplam	
	154 cm. ve altı		155 cm ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	22	12.6	42	7.7	64	8.9
38 ve	152	87.4	505	92.3	657	91.1
<b>Toplam</b>	174	100.0	547	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 3.433$				$p > 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	60	34.5	98	17.9	158	21.9
Müdahaleli	114	65.5	449	82.1	563	78.1
<b>Toplam</b>	174	100.0	547	100.0	721	100.0
	$\chi^2=21.173$				$p < 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	5	2.9	4	0.7	9	1.2
Yok	169	97.1	543	99.3	712	98.8
<b>Toplam</b>	174	100.0	547	100.0		100.0
	$p < 0.05$					

Tablo 4.28’de görüldüğü gibi 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı daha yüksektir. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması annelerin boy uzunluğuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası annelerin boy uzunluğuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.29.** Araştırma kapsamına alınan annelerin akrabalık durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Akrabalık Durumu				t	p
	Akrabalar		Akraba değiller			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
Doğum ağırlığı	146	2989.93 ± 57.11	575	3177.11 ± 23.79	t= 3.396	p< 0.05
Boy uzunluğu	146	48.59 ± 0.29	575	49.53 ± 0.09	t= 3.162	p< 0.05

Tablo 4.29’da eşi ile akraba olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları annelerin akrabalık durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.30.** Araştırma kapsamına alınan annelerin akrabalık durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Akrabalık Durumu				Toplam	
	Akrabalar		Akraba değiller		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	19	13.0	45	7.8	64	8.9
38 ve	127	87.0	530	92.2	657	91.1
<b>Toplam</b>	146	100.0	575	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 3.259$		$p > 0.05$			
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	42	28.8	116	20.2	158	21.9
Müdahaleli	104	71.2	459	79.8	563	78.1
<b>Toplam</b>	146	100.0	575	100.0	721	100.0
	$\chi^2=5.025$		$p < 0.05$			
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	5	3.4	4	0.7	9	1.2
Yok	141	96.6	571	99.3	712	98.8
<b>Toplam</b>	146	100.0	575	100.0	721	100.0
	$p < 0.05$					



Tablo 4.30'da eşi ile akraba olan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması annelerin eşleri ile akrabalık durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası annelerin eşleri ile akraba olma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.31.** Araştırma kapsamına alınan babaların öğrenim durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Baba Öğrenim Durumu				t	p
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve üstü			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	329	3017.92 ± 34.10	392	3241.75 ± 26.80	t= 5.068	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	329	48.91 ± 0.15	392	49.71 ± 0.09	t= 4.417	p< 0.05

Tablo 4.31'de öğrenim düzeyi yüksek olan babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması babaların öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.32.** Araştırma kapsamına alınan babaların öğrenim durumuna ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Baba Öğrenim Durumu				Toplam	
	İlkokul ve altı		Ortaokul ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
<b>37 ve</b>	37	11.2	27	6.9	64	8.9
<b>38 ve</b>	292	88.8	365	93.1	657	91.1
<b>Toplam</b>	329	100.0	392	100.0	721	100.0
	x <sup>2</sup> = 4.201		p < 0.05			
<b>Doğum Şekli</b>						
<b>Normal</b>	100	30.4	58	14.8	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	229	69.6	334	85.2	563	78.1
<b>Toplam</b>	329	100.0	392	100.0	721	100.0
	x <sup>2</sup> = 25.437		p > 0.05			
<b>Bebekte anomali</b>						
<b>Var</b>	7	2.1	2	0.5	9	1.2
<b>Yok</b>	322	97.9	390	99.5	712	98.8
<b>Toplam</b>	329	100.0	392	100.0	721	100.0
			p > 0.05			

Tablo 4.32’de öğrenim düzeyi yüksek olan babaların bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının düşük olduğu görülmektedir. Bebeğin doğduğu gebelik haftası babanın öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Öğrenim düzeyi yüksek olan babaların bebeklerinin müdahaleli doğum ile doğma oranı yüksek ve anomalili doğma oranı düşüktür. Bebeğin doğum şekli ve anomalili doğması babaların öğrenim durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.33.** Araştırma kapsamına alınan babaların sigara kullanma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Sigara Kullanma				t	p
	Kullanan		Kullanmayan			
	n	( $\bar{X} \pm SX$ )	n	( $\bar{X} \pm SX$ )		
<b>Doğum ağırlığı</b>	403	3100.89 $\pm$ 30.99	318	3188.68 $\pm$ 31.96	t= 1.952	p> 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	403	49.22 $\pm$ 0.13	318	49.50 $\pm$ 0.12	t= 1.650	p> 0.05

Tablo 4.33’te sigara kullanan babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması babanın sigara kullanımına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.34.** Araştırma kapsamına alınan babaların sigara kullanma ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı.

	Sigara Kullanma				Toplam	
	Kullanan		Kullanmayan		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
37 ve	44	10.9	20	6.3	64	8.9
38 ve	359	89.1	298	93.7	657	91.1
<b>Toplam</b>	403	100.0	318	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 4.708$				$p < 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
Normal	93	23.1	65	20.4	158	21.9
Müdahaleli	310	76.9	253	79.6	563	78.1
<b>Toplam</b>	403	100.0	318	100.0	721	100.0
	$\chi^2 = 0.722$				$p > 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
Var	8	2.0	1	0.3	9	1.2
Yok	395	98.0	317	99.7	712	98.8
<b>Toplam</b>	403	100.0	318	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.34'te sigara kullanan babaların bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası babaların sigara kullanma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Sigara kullanan babaların bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması babaların sigara kullanma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.35.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerine göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	İkamet Yeri						F	p
	Köy		Kasaba		İlçe ya da şehir merkezi			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	207	2943.04 ± 43.81*	89	3190.84 ± 57.26	425	3224.62 ± 27.98	F= 0.060	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	207	48.73 ± 0.18*	89	49.63 ± 0.23	425	49.58 ± 0.11	F= 9.973	P< 0.05

\* Diğer gruplardan farklıdır.

Tablo 4.35'te köyde ikamet eden ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu

ortalaması ailenin ikamet ettiği yere göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.36.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerine ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	İkamet Yeri						Toplam	
	Köy		Kasaba		İlçe ya da şehir merkezi		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
37 ve	30	14.5	5	5.6	29	6.8	64	8.9
38 ve	177	85.5	84	94.4	396	93.2	657	91.1
<b>Toplam</b>	207	100.0	89	100.0	425	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 11.455$						$p < 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>								
Normal	56	27.1	21	23.6	81	19.1	158	21.9
Müdahaleli	151	72.9	68	76.4	344	80.9	563	78.1
<b>Toplam</b>	207	100.0	89	100.0	425	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 5.367$						$p > 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>								
Var	4	1.9	0	0.0	5	1.2	9	1.2
Yok	203	98.1	89	100.0	420	98.8	712	98.8
<b>Toplam</b>	207	100.0	89	100.0	425	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$							

Tablo 4.36'da köyde ikamet eden ailelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ailenin ikamet yerine göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Köyde ikamet eden ailelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksektir. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması ailenin ikamet yerine göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.

**Tablo 4.37.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Sağlık Kuruluşu				t	p
	Bulunuyor		Bulunmuyor			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	604	3194.17 ± 25.59	117	2857.95 ± 55.28	t= 5.659	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	604	49.53 ± 0.09	117	48.38 ± 0.26	t= 4.258	p< 0.05

Tablo 4.37’de görüldüğü gibi ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunmayan ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları düşüktür. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamaları ailelerin ikamet ettiği yerde sağlık kuruluşu bulunma durumlarına göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.38.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Sağlık Kuruluşu				Toplam	
	Bulunuyor		Bulunmuyor		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>						
<b>37 ve</b>	47	7.8	17	14.5	64	8.9
<b>38 ve</b>	557	92.2	100	85.5	657	91.1
<b>Toplam</b>	604	100.0	117	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 4.716$				$p < 0.05$	
<b>Doğum Şekli</b>						
<b>Normal</b>	127	21.0	31	26.5	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	477	79.0	86	73.5	563	78.1
<b>Toplam</b>	604	100.0	117	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 1.713$				$p > 0.05$	
<b>Bebekte anomali</b>						
<b>Var</b>	9	1.5	0	0.0	9	1.2
<b>Yok</b>	595	98.5	117	100.0	712	98.8
<b>Toplam</b>	604	100.0	117	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$					

Tablo 4.38’de görüldüğü gibi ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunmayan ailelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma ve normal doğum ile doğma oranı yüksek, anomalili doğma oranı düşüktür. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması

ailelerin ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunma durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

**Tablo 4.39.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin aylık gelir durumuna göre bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamalarının dağılımı

	Aylık Gelir Durumu						F	p
	199 milyon ve altı		200-599 milyon		600 milyon ve üstü			
	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)	n	(X ± SX)		
<b>Doğum ağırlığı</b>	373	2980.27 ± 32.14*	256	3273.42 ± 33.66	92	3413.32 ± 50.80	F= 31.472	p< 0.05
<b>Boy uzunluğu</b>	373	48.86 ± 0.14*	256	49.77 ± 0.11	92	50.11 ± 0.15	F= 17.435	P< 0.05

\* Diğer gruplardan farklıdır.

Tablo 4.39’da 199 milyon ve altı aylık gelire sahip ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması ailenin aylık gelir durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 4.40.** Araştırma kapsamına alınan ailelerin aylık gelir durumu ve bebeğin doğduğu gebelik haftası, doğum şekli ve anomali durumuna göre dağılımı

	Aylık Gelir Durumu						Toplam	
	199 milyon ve altı		200-599 milyon		600 milyon ve üstü		Sayı	%
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Gebelik Haftası</b>								
<b>37 ve</b>	43	11.5	18	7.0	3	3.3	64	8.9
<b>38 ve</b>	330	88.5	238	93.0	89	96.7	657	91.1
<b>Toplam</b>	373	100.0	256	100.0	92	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 7.907$				$p < 0.05$			
<b>Doğum Şekli</b>								
<b>Normal</b>	94	25.2	46	18.0	18	19.6	158	21.9
<b>Müdahaleli</b>	279	74.8	210	82.0	74	80.4	563	78.1
<b>Toplam</b>	373	100.0	256	100.0	92	100.0	721	100.0
	$\chi^2= 5.022$				$p > 0.05$			
<b>Bebekte anomali</b>								
<b>Var</b>	7	1.9	2	0.8	0	0.0	9	1.2
<b>Yok</b>	366	98.1	254	99.2	92	100.0	712	98.8
<b>Toplam</b>	373	100.0	256	100.0	92	100.0	721	100.0
	$p > 0.05$							

Tablo 4.40'ta 119 milyon ve altı aylık gelire sahip ailelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu görülmektedir. Bebeklerin doğduğu gebelik haftası ailenin aylık gelir durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bebeklerin doğum şekli ve anomalili doğması ailenin aylık gelir durumuna göre farklı olup, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamamıştır.



## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi yaşı 24 ve altı, 35 ve üstü olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). 1998 TNSA verilerine göre annenin doğumdaki yaşı arttıkça 2500 gramdan az çocuk doğurma oranı azalmaktadır (18). Kayseri’de yapılan bir araştırmada; anne yaşı arttıkça, bebeğin doğum ağırlığının da arttığı ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (49). Diyarbakır’da yapılan bir araştırmada da; anne yaşı arttıkça bebeğin doğum ağırlığının da arttığı, ancak ileri anne yaşında bu artışın görülmediği belirlenmiştir (50). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. 25-34 yaş grubundaki annelerin önerilen doğurgan çağda olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, 25-34 yaş grubundaki annelerin bebeklerinin, diğer yaş grubundaki annelerin bebeklerine göre 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının azlığı etkili olabilir ( Tablo 4.2,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.2’de görüldüğü gibi 35-49 yaş grubu annelerde müdahaleli doğum oranı anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). 1998 TNSA araştırmasına göre; doğumdaki anne yaşı arttıkça, sezaryenle doğum oranının da arttığı belirlenmiştir (18). Taşkale tarafından yapılan bir araştırmada; anne yaşının doğumun normal yada sezaryenle olmasını etkilemediği bulunmuştur (51). Anne yaşının artışı ile birlikte paritenin artışının annenin gebelik ve doğuma fizyolojik olarak yatkınlığını artırmasının etkili olduğu düşünülebilir. İleri yaş grubundaki annelerin bebeklerinin



anomalili doğma oranının daha yüksek olduğu belirlense de, araştırmamızda istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi öğrenim düzeyi yüksek olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması, anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Kayseri'de yapılan bir araştırmada; ilkokul ve altı öğrenime sahip annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması ile ortaokul ve üstü öğrenime sahip annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (49). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe, bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (50). 1998 TNSA verilerine göre; eğitimi olmayan, ilkokul bitirmeyen annelerin bebeklerinde DDA ilkokul ve üstü öğrenime sahip annelerin bebeklerine göre daha düşüktür (18). Başka bir araştırmada DDA'nın 12 yıl ve üstü eğitim alan annelerde ırk ve yaştan bağımsız olarak azaldığı bulunmuştur (20). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Ortaokul ve üstü öğrenime sahip annelerin yüksek oranda prenatal bakım almasının, prematüre doğum oranının azlığının ve bilinçli beslenme davranışlarının etkili olduğu düşünülebilir. Prenatal bakım alma oranının ilkokul ve altı öğrenime sahip annelerde % 79.8, ortaokul ve üstü öğrenime sahip annelerde % 92.1 olması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Bunun yanı sıra aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmasa da, öğrenim düzeyi yüksek olan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde doğma oranının yüksekliği de etkili olabilir (Tablo 4.4,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.4'te görüldüğü gibi öğrenim düzeyi yüksek olan annelerde müdahaleli doğum oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). 1998 TNSA verilerine göre annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe, sezaryenle doğum oranı artmaktadır. Gebelikleri sırasında bakım almayan annelerin % 4'ü sezaryen ile doğum yaparken, bu sıklık yeterli doğum öncesi bakım alanlarda oldukça yüksek % 28 bulunmuştur. Hekimden doğum öncesi bakım alanlarda, sezaryen doğumların sıklığı daha yüksektir (18). Annenin öğrenim düzeyi yükseldikçe prenatal bakım alma oranındaki artış, doğum tercihindeki değişiklikler ve müdahale kapsamının geniş tutulmasının etkili olduğu düşünülebilir. İlkokul ve altı öğrenime sahip annelerin bebeklerinin anomalili doğma oranı daha yüksek bulunsada, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi çalışan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Huffman tarafından yapılan bir araştırmada; gebelik döneminde aktif olarak çalışan kadınların 9.2 kg.'dan az kilo aldıkları, aktif olarak çalışmayanlara göre doğan bebeklerinin daha küçük olduğu belirlenmiştir (41). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; fiziksel olarak ev dışında ağır işlerde çalışmayan annelerin bebeklerinin daha yüksek doğum ağırlığı ortalamasına sahip olduğu anlamlı olarak farklı bulunmuştur (50). Bu durumda araştırma kapsamına alınan annelerin ağır işlerde çalışmamasının ve prenatal bakım alma oranının yüksek olmasının etkili olduğu düşünülebilir. Araştırmamızda ev hanımı olan annelerin en az bir kez prenatal bakım alma oranının % 82.5 ve çalışan annelerin en az bir kez prenatal bakım alma oranının % 98.1 olması bu düşüncüyü desteklemektedir. Bunun yanı sıra istatistiksel açıdan anlamlı bulunamasa da, çalışan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının düşüklüğü de etkili olabilir (Tablo 4.6,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.6 'da görüldüğü gibi ev hanımı olan annelerde normal doğum oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Bu durum annelerde prenatal bakımın artışı ile birlikte, fetüste gelişebilecek patolojik durumlara erken müdahale ve müdahale kapsamının geniş tutulmasına bağlı olabilir. Çalışan annelerin bebeklerinde anomali belirlenemese de, istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi annenin gebelik sayısı arttıkça, bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da anlamlı olarak arttığı ( $p < 0.05$ ), ancak boy uzunluğu ortalaması için aynı durumun geçerli olmadığı bulundu. Kayseri'de yapılan bir araştırmada; annenin gebelik sayısı arttıkça bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı ve aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (49). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada ise; annenin doğum sayısı arttıkça bebeğin doğum ağırlığının arttığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu, ancak beş ve üstünde doğum yapan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığının düşüş gösterdiği bulunmuştur (50). 1998 TNSA'nda da parite arttıkça 2500 gramdan az çocuk doğurma oranının azaldığı belirlenmiştir (18). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Parite arttıkça bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının artması, anne organizmasının gebeliğe adaptasyonu ile açıklanabilir. Tablo 4.8'de görüldüğü gibi gebelik sayısı arttıkça, bebeğin normal doğum ile dünyaya gelme oranı anlamlı olarak artmaktadır ( $p > 0.05$ ). 1998 TNSA'nda paritenin artışı ile birlikte sezaryen ile doğum oranının azaldığı belirlenmiştir (18). Artan

parite ile birlikte annenin doğuma fizyolojik ve psikolojik olarak hazırlığının etkili olduğu düşünülebilir. Annenin gebelik sayısı arttıkça bebeğin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı artmakta ve anomalili doğma oranı azalmakta olsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.9'da görüldüğü gibi son iki gebeliği arasındaki süre iki yıl ve daha fazla olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Bebeklerin boy uzunluğu ortalaması annelerin son iki gebeliği arasındaki süreye göre farklı olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; iki gebelik arasında 24 ay ve daha fazla süre olan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamalarının daha yüksek olduğu. ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur (50). Bu durum annenin bir diğer gebeliğe fizyolojik olarak hazırlanmasının 2-3 yılını alması ile açıklanabilir. Tablo 4.10'da görüldüğü gibi son iki gebeliği arasında iki yıl ve daha fazla süre olan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde doğma oranı ve anomalili doğma oranı yüksek bulunsada, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Bunun yanı sıra son iki gebeliği arasında iki yıl ve daha fazla süre olan annelerde normal doğum oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Annenin gebeliğe fizyolojik ve psikolojik açıdan hazırlanması ile gebelik ve doğuma yönelik risklerin azalması ve müdahale kapsamının daralmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.11'de görüldüğü gibi isteyerek gebe kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması düşük, boy uzunluğu ortalaması yüksek bulunsada, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Kayseri'de yapılan bir araştırmada; gebeliği istemeyen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması, gebeliği isteyen annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasına göre daha yüksek ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur (49). İsteyerek gebe kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasının yüksek olması beklenirken, araştırmamızda düşük bulundu. Bu durum ilk gebeliklerin daha çok istenmesi ve ilk gebeliklerin çoğunlukla adölesan yaş grubunda yaşanması ile açıklanabilir. 15-24 yaş grubu annelerde isteyerek gebe kalma oranının (% 81.1) diğer yaş grubundaki annelere göre yüksek olması da bu düşünceyi desteklemektedir. Tablo 4.12'de görüldüğü gibi istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmasada, istemeden gebe kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı yüksek, anomalili doğma oranı düşük bulundu

( $p > 0.05$ ). İsteyerek gebe kalan annelerde müdahaleli doğum oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Bu durum isteyerek gebe kalan annelerin doğumun başlangıç belirtileri ile hastaneye başvurması ve müdahale kapsamının artması ile açıklanabilir.

Doğum öncesi bakım, annelerin ve doğacak bebeklerin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili sağlık hizmetlerindedir. Bebek sağlığının yükseltilmesinde kullanılan temel müdahalelerden biridir (50). Tablo 4.13'te görüldüğü gibi prenatal bakım alan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Hiç doğum öncesi bakım almamış annelerin, doğum öncesi bakım alanlara göre daha fazla DDA'lı bebek doğurdukları belirlenmiştir (43). Kayseri'de yapılan bir araştırmada; gebeliğinde sağlık bakımı alan ve almayan annelerin bebekleri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (49). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada ise; prenatal bakım almayan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (50). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Nitelikli prenatal bakım alan annelerin bebeklerinin daha sağlıklı olması beklenmektedir. Prenatal bakım alma ortancasının ve prenatal bakım alan anne oranının yüksekliğinin (% 83.6) etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, prenatal bakım almayan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek olması da etkili olabilir (Tablo 4.14,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.14'te görüldüğü gibi prenatal bakım almayan annelerin bebeklerinin normal doğum ile doğma oranının yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ). Bunun yanı sıra istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, prenatal bakım alan annelerin bebeklerinde anomali oranı yüksek bulundu ( $p > 0.05$ ). Bu durumun problemlerle gebeliklerde annelerin daha fazla prenatal bakım alması ile ilgili olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.15'te görüldüğü gibi istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, gebelik öncesi sigara kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması yüksek bulundu ( $p > 0.05$ ). Bununla birlikte gebelik öncesi sigara kullanan annelerin bebeklerinin boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, gebelik öncesi sigara kullanan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4.16,  $p > 0.05$ ). Gebelik öncesi sigara kullanan annelerin büyük çoğunluğunun gebelikte sigara kullanımını bırakmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.17’de görüldüğü gibi sigara kullanan annelerin bebeklerinin, kullanmayan annelerin bebeklerine göre doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Tablo 4.18’de arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmasa da, gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinin 38. gebelik haftası ve üstünde, normal doğum ile ve anomalili doğma oranının yüksek olduğu bulundu ( $p > 0.05$ ). Özsoy tarafından yapılan bir araştırmada; gebeliğinde sigara kullanan annelerin bebeklerinin DDA’lı doğma oranı daha yüksek olarak belirlenmiş, sonuç istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bebeklerin boy uzunluğu ortalamaları sigara içmeyen annelerde ve günde 20’den fazla sigara içenlerde daha yüksek bulunmuş, sigara içmeyen anneler ile günde 1-10 adet ve 10-20 adet sigara içen annelerin bebeklerinin ortalama boy uzunluğu arasında anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Sigara kullanan annelerin bebeklerinin, kullanmayanlara göre daha yüksek oranda prematüre doğum ile dünyaya geldiği, sonucun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur (52). Sexton ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; sigara içen annelerin bebeklerinin, içmeyen annelerinin bebeklerine göre ortalama ağırlıklarının 92 gr. ve boy uzunluklarının 0.6 cm. daha az olduğu belirlenmiştir (33). Canter ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; gebeliğinde sigara kullanan ve kullanmayan annelerin bebekleri doğum ağırlıkları yönünden karşılaştırıldığında günde 9 sigara ve daha az kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı kız bebeklerde 88 gr., erkek bebeklerde 107 gr., günde 10 sigara ve daha fazla kullanan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı kız bebeklerde 168 gr., erkek bebeklerde 247 gr. daha düşük bulunmuştur (32). Saito tarafından yapılan başka bir araştırmada; sigara kullanan anne ve babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması, kullanmayan anne ve babaların bebeklerine göre 99.6 gr. daha düşük bulunmuştur (34). Burguet ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada ise; gebelik döneminde sigara kullanan annelerin bebeklerinin prematüre doğma oranının yüksek olduğu. gebelik sırasında sigara kullanımı bırakıldığında prematüre doğumlarda azalma meydana geldiği belirlenmiştir (36). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermemektedir. Gebeliğinde sigara kullanan annelerin günlük kullandıkları sigara sayısının 10 taneden az olmasının etkili olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi gebeliğinde fiziksel travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Fiziksel travma düşme, çarpma ve kaza geçirme gibi durumları

kapsadığından annelerin bebeğin sağlığına ilişkin kaygı ve stres düzeyleri artmaktadır. Artan kaygı ve stresin bebeğin intrauterin gelişimini olumsuz etkilediği düşünülebilir. İstatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, fiziksel travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek olmasının da etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.20,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.20'de görüldüğü gibi gebeliğinde fiziksel travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin normal doğum ile dünyaya gelme oranı yüksek, anomalili doğma oranı düşük olsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.21'de görüldüğü gibi gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının anlamlı olarak düşük olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Annenin psikolojisinde meydana gelen olumsuz etkilimlerin strese yol açması, stresin annenin beslenmesini ve fetüsün gelişimini olumsuz etkilemesi ile açıklanabilir. Ayrıca arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek oluşunun etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.22,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.22'de görüldüğü gibi gebeliğinde psikolojik travmaya maruz kalan annelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksek, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulundu ( $p < 0.05$ ).

Tablo 4.23'te görüldüğü gibi gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Gebelikte geçirilen influenza gibi enfeksiyonlar DDA'lı bebek doğumu riskini artırmaktadır (10). Araştırmamızda en çok geçirilen hastalıkların ÜSYE, İnflüenza ve İYE olmasıyla ilgili olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra gebeliğinde hastalık geçiren annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının anlamlı olarak yüksek olmasının da etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.24,  $p < 0.05$ ). Tablo 4.24'te görüldüğü gibi gebeliğinde hastalık geçiren müdahaleli doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksek bulursa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.25'te görüldüğü gibi annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça, bebeğin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının da anlamlı şekilde arttığı bulundu ( $p < 0.05$ ). Öztürk tarafından yapılan bir araştırmada; gebeliğinde beslenmesine dikkat eden annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasının, gebeliğinde beslenmesine dikkat etmeyen annelerin bebeklerin doğum ağırlığı ortalamasından daha yüksek olduğu,

ancak aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir (49). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça, bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu belirlenmiştir (52). Can tarafından yapılan bir araştırmada ise; gebeliklerinde 12 kg. ve üzerinde kilo alan annelerin bebeklerinde DDA'lı bebek oranı daha az bulunmuştur. Annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça, bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı belirlenmiştir (53). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Tablo 4.26'da görüldüğü gibi annenin gebelikte aldığı kilo arttıkça bebeğin normal doğum ile doğma ve 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının anlamlı olarak azaldığı bulundu. Bebeğin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının 14 kg. ve üstü kilo alan annelerde yeniden yükseldiği belirlendi ( $p < 0.05$ ). Yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu fetüsün gelişiminin olumsuz etkilenmesi ile prematüre doğuma meydana gelen yatkınlık ile açıklanabilir. Ayrıca daha çok adölesan yaş grubu annelerde gebelikte meydana gelen hiperemezise bağlı beslenme yetersizliği sık görüldüğünden, bu yaş grubundaki anneler prematüre doğuma daha yatkındırlar. Gebeliğinde 8 kg. ve altı kilo alan annelerin bebeklerinde anomali görülme oranı yüksek bulunsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.27'de görüldüğü gibi 155 cm. ve üstü boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). Can tarafından yapılan bir araştırmada; 148.5 cm.'nin altındaki boya sahip annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı daha yüksek bulunsa da, genel ortalama arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (53). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada ise; annenin boyu arttıkça , bebeğin doğum ağırlığı ortalamasının da arttığı ve bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (50). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip gebelerde uterusun büyüme ve fetüsün intrauterin gelişme potansiyelinin azalmasının etkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca arada istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamasa da, 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının yüksek olmasının etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.28,  $p > 0.05$ ). Tablo 4.28'de görüldüğü gibi 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip annelerde müdahaleli doğum oranı yüksek beklenirken, anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Bu durum müdahale kapsamının geniş tutulması ile açıklanabilir. 154 cm. ve altı boy uzunluğuna sahip annelerin bebeklerinin anomalili doğma oranı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p < 0.05$ ). 155 cm.

ve altı boy uzunluğuna sahip gebelerde doğum esnasında bebekte doğum travması gelişme riski yüksektir. Ancak araştırmamızda belirlenen anomaliler, gözle görülür konjenital anomalileri kapsamaktadır. Bu nedenle konuyla ilgili araştırmalar yapılabilir.

Tablo 4.29'da görüldüğü gibi akraba evliliği yapan ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Tablo 4.30 da görüldüğü gibi akraba evliliği yapan ailelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranının anlamlı olarak yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ), bebeklerin 37. gebelik haftası ve atında doğma oranı yüksek olsa da, ardaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulundu ( $p > 0.05$ ). Durmuş ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, düşük sayısı, ölü doğum sayısı, ölen çocuk sayısı ve sakat doğan çocuk sayısı anlamlı olarak fazla bulunmuştur (54). Topbaş ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; akraba evliliği yapanların, yapmayanlara göre daha fazla gebe kaldıkları ve konjenital anomali oranının daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (55). Taşkale tarafından yapılan bir araştırmada da; anne babanın akraba olmasının bebeğin doğum ağırlığı ve boy uzunluğunu etkilemediği belirlenmiştir (51). Akraba evliliği yapan ailelerin sosyoekonomik dezavantajlarının etkili olduğu düşünülebilir.

Tablo 4.31'de görüldüğü gibi öğrenim düzeyi yüksek olan babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Kayseri'de yapılan bir araştırmada; ortaokul ve üstü öğrenime sahip babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması, ilkokul ve altı öğrenime sahip babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasından daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (49). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Babanın öğrenim düzeyinin yükselmesi ile alınan prenatal bakım hizmetlerinin artması ve annenin daha sağlıklı bir gebelik geçirmesine desteğin artması ile ilgili olduğu düşünülebilir. Prenatal bakım alma oranının ilkokul ve altı öğrenime sahip babaların eşleri için % 73.9, ortaokul ve üstü öğrenime sahip babaların eşleri için % 91.8 olması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Bunun yanı sıra öğrenim düzeyi yüksek olan babaların bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının anlamlı olarak düşük bulunmasının da etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.32,  $p < 0.05$ ). Tablo 4.32'de görüldüğü gibi öğrenim düzeyi yüksek olana babaların bebeklerinin müdahaleli doğum ile doğma ve anomalili



doğma oranı yüksek bulunsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.33'te görüldüğü gibi sigara kullanan babaların bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının düşük olduğu bulunsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Özsoy tarafından yapılan bir araştırmada; pasif olarak sigaraya maruz kalan annelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamaları, maruz kalmayan annelerin bebeklerine göre daha düşük ve aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Pasif olarak sigaraya maruz kalan annelerin bebeklerinin boy uzunluğu ortalamaları, maruz kalmayanların bebeklerine göre daha düşük, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (52). Zhang ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; baba günlük 20'den fazla sigara kullanıyorsa bebeğin doğum ağırlığının, sigara kullanmayanlara göre 30 gr. daha düşük olduğu bulunmuştur (37). Martinez ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; baba günlük 20'den fazla sigara kullanıyorsa bebeğin doğum ağırlığının, sigara kullanmayanlara göre 88 gr. düşük olduğu bulunmuştur (38). Saito tarafından yapılan bir araştırmada, annenin gebeliği sırasında sigara kullanmayı bırakan veya azaltan babaların bebeklerinin doğum ağırlığının, sigara kullananlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Günde 20 sigara içen babaların bebeklerinin doğum ağırlığı içmeyenlere göre anlamlı olarak düşük bulunmuştur (34). Turrel ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; pasif olarak sigaraya maruz kalan bebeklerde morbidite ve mortalitenin yüksek olduğu bulunmuştur (56). Haug ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada; annenin sigara kullanmadığı durumlarda, babanın sigara kullanmasının bebeğin doğum ağırlığına anlamlı bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Babanın sigara kullanma prevalansı azaldığında doğum ağırlığı ortalamasındaki artış, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (57). Bu durum da annelerde babalara göre sigara kullanma oranının az oluşunun etkili olduğu düşünülebilir. Tablo 4.34'te görüldüğü gibi sigara kullanan babaların bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranı anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Babanın sigara kullanımı, annenin de pasif olarak sigaraya maruz kalmasına neden olabilir. Bu durum da, sigaranın yan etkilerine bağlı prematüre doğum riskinin artması ile açıklanabilir. Sigara kullanan babaların bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksek bulunsa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ). Savitz ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada;

babanın sigara kullanımının yarık damak ve dudaklı, hidrosefalili bebek doğumuna neden olduğu belirlenmiştir (39). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.35'te görüldüğü gibi köyde ikamet eden ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; köyden ve gecekondudan gelen ailelerin bebeklerinin doğum ağırlıklarının, il ve ilçe merkezinden gelen ailelerin bebek doğum ağırlıklarından daha düşük olduğu, bu farkın anlamlı olduğu bulunmuştur (50). Bu durumu ailelerin sosyoekonomik avantajları ile açıklamak mümkündür. Araştırmamızda köyde oturan gebelerin prenatal bakım alma oranı (% 55.6) kasaba (% 93.3) veya şehir merkezinde (% 95.3) oturanlara göre düşük bulunmuştur. Ayrıca köyde oturan ailelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının anlamlı olarak yüksek olmasının da etkili olduğu düşünülebilir (Tablo 4.36,  $p < 0.05$ ). Tablo 4.36'da görüldüğü gibi arada anlamlı bir fark bulunmasa da, köyde ikamet eden ailelerin bebeklerinin normal doğum ile anomalili doğma oranının yüksek olduğu bulundu ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.37'de görüldüğü gibi ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunan ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalaması anlamlı olarak düşük bulundu ( $p < 0.05$ ). Bu durumda prenatal bakım alma oranının azlığının etkili olduğu düşünülebilir. İkamet yerinde sağlık kuruluşu bulunmayan gebelerin prenatal bakım alma oranı % 32.5 iken, ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunan gebelerin prenatal bakım alma oranının % 93.5 olması bu düşüncüyü desteklemektedir. Ayrıca ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunmayan ailelerin bebeklerinin 37. gebelik haftası ve altında doğma oranının anlamlı olarak yüksek olması da etkili olabilir (Tablo 4.38,  $p < 0.05$ ). Tablo 4.38'de görüldüğü gibi ikamet yerinde sağlık kuruluşu bulunmayan ailelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksek bulunsada, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Tablo 4.39'da görüldüğü gibi 199 milyon ve altı aylık gelire sahip ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ve boy uzunluğu ortalamasının anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu ( $p < 0.05$ ). Kayseri'de yapılan bir araştırmada; ailenin aylık geliri ve bebeğin doğum ağırlığı arasında bir ilişki bulunamamıştır (49). Diyarbakır'da yapılan bir araştırmada; ailenin sosyoekonomik statüsü yükseldikçe bebeğin doğum ağırlığının da arttığı ve bu artışın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur (50). Can tarafından yapılan bir araştırmada ise; düşük gelirli gruptaki ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması,

orta gelirli gruptaki ailelerin bebeklerinin doğum ağırlığı ortalamasından daha düşük aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (53). Bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Ailenin ekonomik durumunun sağlık hizmetlerinden yararlanma imkanını azaltıp, gebelikte beslenmeyi etkileyerek gebede strese neden olur. Gebede meydana gelen stresin fetüsün gelişimini olumsuz etkilemesi ile açıklanabilir. Beslenme durumu ve strese etkisinin aynı zamanda prematürite riskini artırmasına da bağlanabilir. 199 milyon ve altı gelire sahip ailelerin bebeklerinin, diğer gruplara oranla daha fazla 37. gebelik haftası ve altında doğması, aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamlı bulunması bu düşünceyi desteklemektedir (Tablo 4.40,  $p < 0.05$ ). Tablo 4.40'ta görüldüğü gibi 199 milyon ve altı gelire sahip ailelerin bebeklerinin normal doğum ile ve anomalili doğma oranı yüksek bulursa da, aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunamadı ( $p > 0.05$ ).

Araştırmamızda;

- Annenin erken ya da ileri yaşta, çok sayıda ve sık aralıklarla gebelik yaşamasının bebeğin doğum ağırlığını, boy uzunluğunu önemli ölçüde etkilediği,
- Anne ve babanın öğrenim durumunun, ailenin köyde ikamet etmesinin ve ikamet ettiği yerde sağlık kuruluşu bulunmamasının ve düşük gelir düzeyine sahip olmasının bebeğin doğum ağırlığını, boy uzunluğunu önemli ölçüde etkilediği,
- Anne babanın akraba olmasının ve annenin gebelikte psikolojik travmaya uğramasının bebeğin anomalili doğma oranını yükselttiği,
- Annenin DÖB hizmetlerinden yararlanamamasının gebelikteki riskli durumların erken dönemde belirlenememesine bağlı bebeğin sağlıklı bir şekilde dünyaya gelmesini olumsuz yönde etkilediği belirlendi.

Bu sonuçlar doğrultusunda şu önerilerde bulunabiliriz:

- Bebeğin sağlık durumunu etkileyen faktörlerden; erken ve ileri yaştaki, sık aralıklarla ve çok sayıda gebeliğin önlenmesi için aile planlaması ile ilgili danışmanlık hizmeti verilerek, gebeliğin anne ve doğacak bebeği için sağlıklı geçirilmesi sağlanmalıdır.
- Bütün gebelere nitelikli bir doğum öncesi bakım hizmeti sağlanmalıdır. Doğum öncesi bakım gebeliğin tespiti ile başlamalı ve doğuma kadar olan süreç içinde

sürekliği korunmalıdır. Doğum öncesi bakım alımını etkileyen faktörlerin en aza indirilmesini sağlayacak bir hizmet modeli geliştirilmeli, tüm gebelerin bu hizmetten eşit şekilde yararlanması sağlanmalıdır. Gebelikte risk faktörleri erken dönemde belirlenmeli, riskli gebeliklerde bakıma öncelik verilmelidir.

- Gebede strese neden olabilecek etkenlerin en aza indirilmesi için gebe bireysel olarak bakım sürecine katıldığı gibi, eşi ve ailenin diğer üyelerinin de bakım sürecine katılımı desteklenmelidir.
- Kadınların toplumumuzda sigara kullanma oranı düşük olsa da, özellikle gebelikte sigara kullanmamaları konusunda bilinçlendirilmeleri için doğum öncesi bakım hizmetleri kapsamında eğitim planlanmalıdır. .
- Bebeğin yaşama sağlıklı başlamasını sağlayan birden fazla faktör olduğu için öncelikli olan faktörlerin üzerinde durulup, araştırmalar yapılmasına gereksinim vardır.

## 6. KAYNAKLAR

1. Neyzi O. Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. İstanbul. 1994: 1-3, 77-92.
2. Dirican R., Bilgel N. Halk Sağlığı ( Toplum Hekimliği ). II. Baskı. Uludağ Üniversitesi Basımevi. Yayın No: 70. 1993: 350-357.
3. Brown LR. Dünyanın Durumu 2000. “ Yeni Yüzyılın Sorunları ”. Tema Vakfı Yayınları. No: 32.
4. Bulut A. Türkiye’de kadınlar, çocuklar ve gençlerin sağlığı. Yeni Türkiye 2001; 39: 441-458.
5. UNICEF: T.C. Hükümeti-UNICEF 2001-2005 İşbirliği Programı. Türkiye’de Çocuk ve Kadınların durumu Raporu. Aralık. 2000: 3-6.
6. İldırım İ. Türkiye’de çocukların durumu. Yeni Türkiye 2001; 39: 494-497.
7. Teziç H. T. 2000’li yıllarda Türkiye’de çocuk sağlığı. Yeni Türkiye 2001; 39: 498-503.
8. UNICEF: Dünya Çocuklarının Durumu. 2001:17.
9. Açıkalın İ. Türkiye’de ana sağlığı ve aile planlaması. Yeni Türkiye 2001; 39: 441-458.
10. Atalay Y. Çocuk sağlığı nasıl kazanılır. Yeni Türkiye 2001; 39: 504-509.
11. Öztürk Y. Günay O. Sağlık 21 “ 21. Yüzyılda Herkese Sağlık ”. Erciyes Üniversitesi Yayınları. No: 126. Kayseri. 2000: 21-161.
12. Kavaklı A. Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme. İstanbul. 1992: 27-70.
13. Neyzi O. Ertuğrul T. Pediatri 1. Nobel Tıp Kitabevi. 1989:161-193.
14. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara. 1995: 103-218.
15. Celeste RP. Family-Centered Maternity and Newborn Care, Fourth Edition, Mosby. USA. 1996: 327-333, 352-353.

16. Novak JC. Broom BL. Maternal and Child Health Nursing, Ninth Edition, Mosby. 1999: 378-380.
17. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, Cilt I. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu. Ankara. 1997: 5-13.
18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü . Ankara. 1999: 62-72, 112-113.
19. Özvarış ŞB. Akın A. Üreme sağlığı. Sağlık ve Toplum Dergisi 1998; 3-4: 23-32.
20. Akçay Z. Maral I. Düşük doğum ağırlığı. STED 1999; 8 ( 1 ) : 8-9.
21. Meydanlı MM. Çalışkan E. Ecemiş T. Arlier S. Dölen İ. ve ark. Adölesanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Jinokoloji-Obstetrik 2000; 10 ( 2 ) : 98-103.
22. Mackey MC. Tiller CM. Adolescents description and manegement of pregnancy and preterm labor. Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing 1998; 27 ( 4 ) : 410-419.
23. Özen İ. Tamamlanmış Gebeliklerin Bazı Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi ve Bebeklerine Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Denizli 1999.
24. Açıkalın İ. Türkiye’de ana sağlığı ve aile planlaması. STED 2001: 10 ( 5 ) ; 176-179.
25. Behrman RE. Preventing low birth weightt. Journal Pediatr 1985: 107: 842-854.
26. Peacock JL. Bland JM. Anderson HR. Preterm delivery, effects of socioeconomic factors, psychological stress, smoking , alcohol and caffeine. British Medical Journal 1995: 311; 531-555.
27. Tunçbilek E. Türkiye’de Akraba Evlilikleri. Katkı. 1985:129-136.
28. Özvarış Ş.B. Koçoğlu G. O. Akın A. Türkiye’de akraba evlilikleri. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı-2. ss: 575-578, 23-28 Eylül 2002. Dicle Üniversitesi. Diyarbakır.
29. Akın A. 1998- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi. TAP Vakfı. UNFPA. Ankara. 2002: 217-239.
30. Taşkın L. ( Çeviri Editörü ). Gilbert ve Harman. Yüksek Riskli Gebelikler ve Doğum. Palme Yayıncılık. Ankara. 2002: 541-543.
31. Ulufer F. Annenin sigara içmesinin fetüs üzerine etkileri konusunda yapılmış araştırma sonuçları. Türk Hemşireler Dergisi 1991; 40 ( 1-2 ) : 41.
32. Canter V. Cortinovis J. Rogari P. Riva L. Weight growth in infants born to mother who smoking during pregnancy. British Medical Journal, 1995; 310: 768-771.
33. Sexton M. Hebel JR. A clinical trial of change in maternal smoking and its effect on birth weight. JAMA 1984; 251: 911-915.

34. Saito R. The effect of paternal smoking on the birthweight of newborns whose mothers did not smoke. *Am J Public Health* 1994; 84 (9): 1489-91.
35. Bilir N. Gebelikte sigara içilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Toplum Hekimliği Bülteni* 2002; 23: 2
36. Burguet A. Agnani G. Smoking, fertility and very preterm birth. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2003; 32: 159-16.
37. Zhang J. Ratcliffe JM. Paternal smoking and birthweight in Shanghai. *Am J Public Health* 1993; 83: 207-10.
38. Martinez FD. Wright AL. Taussig LM. The smoking habits of pregnant women and their husbands, and the effect on their infants. *Nippon Koshu Eisei Zasshi* 1991; 38: 124-31.
39. Savitz DA. Schwingl PJ. Keels MA, Influence of paternal age, smoking, and alcohol consumption on congenital anomalies. *Teratology* 1991; 44: 429-40.
40. Öztürk Y. Günay O. Aile Sağlığı El Kitabı. Erciyes Üniversitesi Yayınları. No: 83. Kayseri. 1995: 30-50.
41. Huffman S. Women, work and pregnancy outcome *Mothers Child* 1988; 7: 1-3.
42. Dağoğlu T. Görak G. Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002: 57-84.
43. Çelik Y. Doğum öncesi bakım kullanımı etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1999; 9 ( 1 ): 25-32.
44. Akın A. Özvarış ŞB. Türkiye’de doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonu hizmetlerden yararlanma durumu. 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı-2. ss: 111-114. 23-28 Eylül 2002. Dicle Üniversitesi. Diyarbakır.
45. Mesleh AM. Kurdi TO. Sabagh AA. Algwiser R. Changing trends in perinatal deaths at the Armed Forces Hospitals. *Journal Obstet Gynecol* 2001; 21: 49-55.
46. Akın A. Bayar N. Güvenli Annelik. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 1998; 8 ( 3-4 ): 33-36.
47. Atasay B. Arslan S. Anne ve Yenidoğan Hakları Barselona Deklarasyonu. *STED* 2001; 10 ( 12 ): 457-459.
48. Aksakoğlu G. Sağlıkta Araştırma Teknikleri ve Analiz Yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Rektörlük Matbaası. İzmir. 2001: 217-280.
49. Öztürk A. Çeşitli Faktörlerin Doğum Ağırlığına Etkileri. Yüksek Lisans Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri 1999.
50. Demir F. Doğum Ağırlığını Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Diyarbakır 1998.
51. Taşkale T. Gebeliği ve Bebeği Etkileyen Faktörlerin Araştırılması. Uzmanlık Tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Konya. 1997.

52. Özsoy S. Gebelikte Sigara İçme Alışkanlığı ve Evde Sigara İçilmesinin, Doğum Şekli ve Bebeğin Doğum Tartısı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 1989.
53. Can A. Doğum Ağırlığının Etkileyen Etmenler, Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bursa 1988.
54. Durmuş E. Öztürk A. Öztürk Y. Kayseri il merkezinde akraba evliliği görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. 8. Halk Sağlığı Günleri Kongre Bildiri Özetleri Kitabı. ss: 255. 22-25 Haziran 2003. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
55. Topbaş M. Küçük E. Çan G. Giresun'da akraba evliliği görülme sıklığı ve bazı tıbbi sonuçları. 8. Halk Sağlığı Günleri Kongre Bildiri Özetleri Kitabı. ss: 246, 22-25 Haziran 2003. Cumhuriyet Üniversitesi. Sivas.
56. Turrell G. Battistutta D. McGuffog I. Social determinants of smoking among parents with infants. Aust N Z J Public Health 2002; 26; 30-7.
57. Haug K. Irgens LM. Skjaerven R. Markestad T. Baste V. et. al. Maternal smoking and birth weight: effect modification of period, maternal age and paternal smoking. Acta Obstet Gynecol Scand 2000; 79; 485-9.



**EK-1**

**TOKAT KARŞIYAKA DOĞUM VE ÇOCUK BAKIMEVİNDE DOĞAN  
BEBEKLERİN SAĞLIK DURUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN  
İNCELENMESİ**

Anket No: .....

1. Annenin Yaşı:.....
2. Annenin öğrenim durumu
  1. Okur –yazar değil
  2. İlkokul
  3. Ortaokul
  4. Lise
  5. Üniversite
3. Annenin mesleği
  1. Evhanımı
  2. Memur
  3. İşçi
  4. Emekli
  5. Serbest Meslek
  6. Diğer.....
4. Annenin ilk evlenme yaşı.....
5. Annenin ilk gebelik yaşı.....
6. Annenin gebelik sayısı.....
7. Annenin canlı doğum sayısı.....
8. Annenin yaşayan çocuk sayısı.....
9. Annenin ölü doğum sayısı.....
10. Annenin ölen çocuk sayısı.....
11. Annenin düşük sayısı.....
12. Annenin son iki gebeliği arasındaki süre: ..... yıl.
13. Bu gebelik istenilen bir gebelik mi idi ?
  1. Evet
  2. Hayır – Korunuyor mu? 1. Etkili 2. Etkisiz 3. Korunmuyor
14. Gebelik sırasında sağlık bakımı aldınız mı?
  1. Evet
  2. Hayır ( Neden  
.....)
15. Evet ise kimler tarafından takip edildiniz ?
  1. Pratisyen hekim
  2. Kadın doğum uzmanı
  3. Ebe- hemşire
16. Gebelik boyu kaç kez sağlık personeli tarafından takip edildiniz?: ..... defa

17. Gebeliğinizin ilk 3 ayında aşağıdaki enfeksiyonlardan birini geçirdiniz mi ?
1. Herpes simplex tip 2
  2. Kızamıkçık
  3. Sifiliz
  4. Toksoplazma
  5. Sitomegalovirüs
  6. Gonore
18. Sigara kullanır mısınız ?
1. Evet kullanıyor ( günde .....adet)
  2. İçmiş bırakmış
  3. Hiç kullanmamış
19. Gebeliğinizde aşağıdaki maddelerden birine maruz kaldınız mı ?
1. Röntgen çekirme
  2. DES (düşükleri önlemek amacıyla kullanılan bir madde)
  3. Sigara kullanımı ( günde.....adet)
  4. Alkol kullanımı
  5. İlaç kullanımı (Kullanılan ilaçların isimleri.....)
20. Gebeliğinizde fiziksel travmaya (düşme, çarpma, kaza geçirme vs ) maruz kaldınız mı?
1. Evet (.....)
  2. Hayır
21. Gebeliğinizde psikolojik travmaya (sevilen birinin kaybı, üzüldüğü herhangi bir durum ) maruz kaldınız mı ?
1. Evet (.....)
  2. Hayır
25. Gebeliğinizde herhangi bir hastalık geçirdiniz mi?
1. Evet (.....)
  2. Hayır
26. Bu gebelikte alınan ortalama kilo: .....
27. Annenin boyu: ..... cm
28. Anne-babanın akrabalık durumu
1. Akrabalar ( 1. derece , 2. derece )
  2. Akraaba değiller.
29. Babanın öğrenim durumu
1. Okur- yazar değil
  2. İlkokul
  3. Ortaokul
  4. Lise
  5. Üniversite
30. Babanın mesleği
1. Çiftçi
  2. Memur
  3. İşçi
  4. Emekli
  5. Serbest meslek
  6. İşsiz
  7. Diğer.....

31. Baba sigara kullanıyor mu ?  
1. Evet kullanıyor ( günde .....adet)  
2. İçmiş bırakmış  
3. Hiç kullanmamış
32. İkamet yeriniz 1. Köy 2. Kasaba 3. İlçe ya da Şehir merkezi
33. Bulunduğunuz yerde sağlık kuruluşu var mı ?  
1. Evet (.....)  
2. Hayır
34. Ailenin aylık gelir durumu  
1. 199 milyon ve altı  
2. 200 –399 milyon  
3. 400-599 milyon  
4. 600 milyon ve üzeri
35. Ailenin sosyal güvence durumu  
1. Emekli sandığı  
2. SSK  
3. Bağ-Kur  
4. YeŐilkart  
5. Yok  
6. Diğer.....
36. Doğumunuzu gerçekleŐtireceėiniz yer doğum öncesi bakım veren sağlık personeli tarafından önerildi mi ?  
1. Evet  
2. Hayır
37. Doğumun oluŐ biçimi  
1. Normal doğum  
2. Sezeryan  
3. Müdahaleli doğum.
38. Doğumun gerçekleştiği gebelik haftası  
1. 42. Hafta ve üzeri  
2. 38-41. Gebelik haftası  
3. 37. Hafta ve altı
39. Doğum eyleminin suresi:..... saat
40. Doğum sonu komplikasyon  
1. Var .....  
2. Yok
41. Bebeğin cinsiyeti  
1. Kız 2. Erkek
42. Bebeğin ağırlığı: .....gr.
43. Bebeğin boyu:.....cm
44. Bebeğin apgar skoru: .....
45. Bebekte anomali var mı?  
1. Evet  
2. Hayır
46. Önceden anomalili bir bebek dünyaya getirdiniz mi?  
1. Evet.....  
2. Hayır
47. Doğum sonu başka hastaneye sevk edildiniz mi?  
1. Evet.....  
2. Hayır

## ÖZGEÇMİŞ

26.02.1978 tarihinde Tokat'ın Turhal ilçesinde dünyaya geldi. İlk ve orta öğrenimini Tokat'ın Pazar ilçesinde tamamladı. 1992 yılında Tokat Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümünü kazandı. 1996 yılında Sağlık Meslek Lisesi'nden mezun olup, aynı yıl Gazi Osman Paşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nde öğrenime başladı. 1997 yılında Tokat Karşiyaka Doğum ve Çocuk Bakımevi ameliyathane servisine ebe olarak atandı. 26.06.2000 tarihinde Gazi Osman Paşa Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan okul birincisi olarak mezun oldu. 2001 yılında Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı yüksek lisans programında öğrenime başladı. 24.10.2002 tarihinde Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'na araştırma görevlisi olarak naklen tayin edildi. Özel Ufuk Lisesi ve Argıcık Lisesi Öğrencilerinin Sık Görülen Sağlık Yakınmalarının Değerlendirilmesi ile ilgili ulusal bir yayın yapmış olup, halen Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'nda araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

### Yazışma Adresi:

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu

58140 Kampüs / SİVAS

### Tel:

0346 2191010-2513

### e-mail:

[oduran@cumhuriyet.edu.tr](mailto:oduran@cumhuriyet.edu.tr)

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
BOKÜ MANTASYON MERKEZİ

