

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**BEBEK ÖLÜMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE  
BEBEĞİ ÖLEN VE YAŞAYAN ANNELERDE  
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ashhan KÜLEKÇİ UĞUR**

**DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER**

**ZONGULDAK**

**2017**

**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI**

**BEBEK ÖLÜMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE  
BEBEĞİ ÖLEN VE YAŞAYAN ANNELERDE  
YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Dr. Ashhan KÜLEKÇİ UĞUR**

**DOKTORA TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER**

**ZONGULDAK**

**2017**

**KABUL VE ONAY:**

**“BEBEK ÖLÜMLERİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER İLE BEBEĞİ ÖLEN VE YAŞAYAN ANNELERDE YAŞAM KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ”** başlıklı bu çalışma jürimiz tarafından değerlendirilerek, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

15.06.2017

Başkan :Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER

Üye :Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYDOĞLU

Üye :Doç. Dr. Çiğdem ÇAĞLAYAN

Üye :Doç. Dr. Seval ALKOY

Üye :Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

TARİH: 15.06.2017

Doç. Dr. Mustafa Murat KOÇAK

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

## ÖNSÖZ

Doktora eğitimime büyük katkıları olan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Ferruh Niyazi AYOĞLU, Prof. Dr. Vildan SÜMBÜLOĞLU, Doç. Dr. Sibel KIRAN, Yrd. Doç. Dr. Hülya Kulakçı ALTINTAŞ, Yrd. Doç. Dr. Füzün Köktürk, Yrd. Doç. Dr. Bilgehan AÇIKGÖZ'e ve Tez Danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER'e teşekkür ederim.

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince desteklerinden dolayı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü ve Zonguldak Halk Sağlığı Müdürlüğüne teşekkür ederim.

Tez çalışmam sırasında desteklerini esirgemeyen Zonguldak Halk Sağlığı Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Birimi Personeline teşekkür ederim.

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü çalışanlarına desteklerinden dolayı teşekkür ederim.

Daire Başkanım Dr. Başak TEZEL ve Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığındaki çalışma arkadaşlarıma anlayış ve sabırları için teşekkür ederim.

Uzm. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN'e tez çalışmam sırasında göstermiş olduğu destekten dolayı teşekkür ederim.

Dr. Sevinç SÜTLÜ PEHLİVAN'a dostluğu, her zaman yanımda olduğu ve sonsuz destekleri için teşekkür ederim.

Yaşamımın yön bulmasında sonsuz emekleri için sevgili anneme, babama, kardeşlerime teşekkür ederim.

Sevgili Eşim, Prof. Dr. Mehmet Birol UĞUR'a ve oğlum Utku UĞUR'a bu zorlu süreçte sonsuz destekleri, hoşgörülerini ve daima yanımda oldukları için teşekkür ederim.

Aslıhan KÜLEKÇİ UĞUR  
Haziran 2017, ZONGULDAK

## ÖZET

**Aslıhan Külekçi Uğur, Bebek Ölümünü Etkileyen Faktörler ile Bebeği Ölen ve Yaşayan Annelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Zonguldak, 2017.**

Olgu-kontrol tipteki bu çalışmada; Zonguldak ilinde 2010-2011 yılları arasında annelerin yaşam kalitesi, gebe, bebek izlemleri ile bebek ölümleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. WHOQOL yaşam kalitesi ölçeği ve araştırmacılar tarafından geliştirilen sosyodemografik özelliklerle, anne ve bebeğin takibi ile ilgili bilgileri içeren veri toplama formları kullanılmıştır. Veriler SPSS paket programıyla değerlendirilmiş, karşılaştırmalarda nonparametrik testler kullanılmıştır.

Yaşayan bebekler ölen bebeklere göre, doğumda 38 ve üstü gestasyon haftasında olması, 2500 gramın üzerinde doğum ağırlığı ile doğması, sezaryen ile doğması, devlet hastanesinde doğması açılarından anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Gebelikte risk faktörü olan annelerinin bebeklerinde ölüm oranı yüksek bulunmuştur. Babanın 24 yaşın altında olması, çalışmıyor olmasının da bebek ölümlerini artıran faktörler olduğu bulunmuştur.

Annenin çalışıyor olması, en az ilkokul mezunu olması, gebelik takibini birinci basamakta yaptırması, USG yaptırması bebeğin yaşama olasılığını artırırken, yaşam kalitesi skoru bebeğin yaşama olasılığını etkilememektedir.

Sonuç olarak; yaşam kalitesi ve bebek ölümleri arasında bir ilişki bulunamamıştır. Yaşayan ve ölen bebekler arasında; ailelerin aylık gelirinin yüksek olmasının ve annenin öğrenim durumunun ilkokul üstü olmasının yaşam kalitesi skorlarını artırdığı, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, annenin gebeliği sırasında yaptırdığı USG ve gebelik sırasında annenin idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olmasının bebek ölümlerini etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek, Bebek ölümleri, Ölüm, Etkileyen faktörler, Yaşam kalitesi.

## ABSTRACT

**Aslıhan Külekçi Uğur, Factors Affecting Infant Deaths and Evaluation of the Quality of Life in Mothers of Dead and Alive Babies. Bülent Ecevit University, Institute of Health Sciences, Department of Public Health, PhD Thesis, Zonguldak, 2017.**

In this case control study, it is aimed to evaluate the relationship between the quality of life, pregnancy, infant follow-up and infant mortality of the mothers between 2010-2011 in Zonguldak. WHOQOL quality of life scale and sociodemographic characteristics developed by the researchers and data collection forms which included information on mother and baby follow up were used. The data were evaluated with SPSS package program and nonparametric tests were used in the comparison.

The surviving infants were found to have a significant difference than dead infants regarding being at 38<sup>th</sup> and above gestation weeks during birth, borning with birth weight over 2500 g, borning with cesarean section, and borning in state hospital. Mothers with risk factors for pregnancy have a higher infant mortality rate. The father being under 24 years of age and father unemployment has also been found to be factors that increase infant mortality.

The quality of life score does not affect the likelihood of the baby survival while the working mothers, being at least primary school graduate, having pregnancy follow-up in the primary health care, and having USG performed are the factors increase the survival of the baby.

As a result; no relationship was found between quality of life and infant mortality. Among living and dying babies; that the monthly income of the families is high and that the educational status of the mother is above the primary school, the quality of life scores are increased, the number of infant follow-ups, the number of pregnancy follow-ups, USG that the mother made during pregnancy, and maternal urinary tract infections during pregnancy were found to be factors affecting infant mortality.

**Key words:** Baby, Infant deaths, Death, Affecting factors, Quality of life.

# İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa</u></b>
TEZ KABUL VE ONAY .....	iii
ÖNSÖZ .....	iv
ÖZET.....	v
İNGİLİZCE ÖZET (ABSTRACT) .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ .....	ix
ŞEKİL DİZİNİ .....	x
TABLO DİZİNİ .....	xi
1. GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2.1. Bebeklik Dönemi.....	4
2.1.1. Tanımı.....	4
2.2. Mortalite .....	4
2.2.1. Tanımı.....	4
2.2.2. Mortalite ölçütleri.....	4
2.2.3. Mortaliteyi etkileyen faktörler.....	5
2.3. Bebek Ölümü.....	5
2.3.1. Tanımı.....	5
2.3.2. Neonatal ölümler .....	7
2.3.3. Perinatal ölümler .....	8
2.3.4. Potneonatal ölümler.....	8
2.4. Bebek Ölüm Hızı.....	9
2.4.1. Tanımlar .....	9
2.5. Bebek Ölümü Nedenleri ve Etkileyen Faktörler .....	14
2.6. İzlemler.....	16
2.6.1. Gebelik izlemi .....	16
2.6.2. Riskli gebelikler.....	20
2.6.3. Bebek izlemi .....	21
2.7. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) .....	23
2.8. Yaşam Kalitesi .....	28
2.8.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi.....	30

2.8.2. Yaşam kalitesi ölçekleri .....	31
2.8.3. EUROHIS yaşam kalitesi ölçeği .....	32
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	34
3.1. Araştırmanın Tipi .....	34
3.2. Araştırmanın Yeri .....	34
3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi .....	36
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	36
3.4.1. Bağımlı değişkenler .....	36
3.4.2. Bağımsız değişkenler .....	37
3.5. Veri Toplama Yöntemi .....	38
3.5.1. Veri formunun hazırlanması .....	39
3.6. Araştırmada Yararlanılan Ölçeklerin Ayrıntıları .....	39
3.6.1. Yararlanılan ölçekler ve seçilme/kullanılma gerekçeleri .....	39
3.7. İstatistiksel Analiz .....	40
3.8. Etik Konular .....	41
3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler .....	41
3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları .....	42
4. BULGULAR .....	43
5. TARTIŞMA .....	66
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	74
6.1. Sonuçlar .....	74
6.2. Öneriler .....	76
7. KAYNAKLAR .....	78
8. EKLER .....	86
Ek 1. Veri toplama formu-1 .....	86
Ek 2. Veri toplama formu-2 .....	89
Ek 3. EUROHIS yaşam kalitesi anketi .....	91
Ek 4. Etik kurul onayı-1 .....	92
Ek 5. Etik kurul onayı-2 .....	93
Ek 6. Yönetim kurulu kararı .....	94
9. ÖZGEÇMİŞ .....	95



## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetrics and Gynecologists
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EUROHIS	Avrupa Sağlık Etki Ölçeği
ICD-10	Uluslararası Hastalık Sınıflaması
SYK	Sağlıkta Yaşam Kalitesi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
WHOQOL	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
WHS	Dünya Sağlık İstatistikleri

## ŞEKİL DİZİNİ

<b><u>Şekil</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
Şekil 1. İBBS-1'e göre bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015.....	9
Şekil 2. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırması (1000 canlı doğumda), 2015 .....	10
Şekil 3. İBBS-1'e göre neonatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015.....	11
Şekil 4. Neonatal ölüm hızının uluslararası karşılaştırması (1000 canlı doğumda), 2015 .....	12
Şekil 5. İBBS-1'e göre postneonatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015 .....	13
Şekil 6. Erken doğum komplikasyonları ve konjenital anomaliler 1 yaş altı toplam hastalık yükündeki azalmanın en önemli etkenleridir .....	15
Şekil 7. 1 yaş altında DALY'nin nedenlerine göre dağılımı (yüzde) .....	15
Şekil 8. Çocukluk dönemi ölümlülük hızlarındaki eğilimler.....	24

## TABLO DİZİNİ

<b><u>Tablo</u></b>	<b><u>Sayfa</u></b>
Tablo 1. Türkiye Bebek ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızları Yıllık Azalma Oranları.....	13
Tablo 2. Türkiye’de 2007-2013 Arası Bebek Ölümleri Nedenlerinin Yüzde Dağılımı .....	14
Tablo 3. Türkiye’de Yıllara Göre İzlem Faaliyetleri .....	20
Tablo 4. Bebek-Çocuk ve Ergen İzlemleri Özet Tablo.....	23
Tablo 5. Türkiye’de Yıllara Göre İzlem Faaliyetleri .....	23
Tablo 6. Sosyo-ekonomik Özelliklere Göre Erken Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları (TNSA-2013) .....	25
Tablo 7. Demografik Özelliklere Göre Erken Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları (TNSA-2013).....	26
Tablo 8. Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı (TNSA-2013) .....	28
Tablo 9. Okuma Yazma Durumu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2011-2013 (6 ve Daha Yukarı Yaştaki Nüfus) .....	35
Tablo 10. Cinsiyete Göre Doğumlar .....	35
Tablo 11. Bebeklere Ait Sosyodemografik Özellikler.....	43
Tablo 12. Bebeklere Ait Doğumla İlgili Özellikler .....	44
Tablo 13. Bebeklere Ait Ölümüne İlişkin Özellikler.....	44
Tablo 14. Annelere ve Babalara Ait Sosyodemografik Özellikler .....	46
Tablo 15. Annelere Ait Biyodemografik Özellikler .....	47
Tablo 16. Ölen ve Yaşayan Bebeklere Ait Verilerin Karşılaştırılması.....	49
Tablo 17. Ölen Bebeklerin Ölüm Zamanı, Ölüm Yeri Dağılımları ve Ölümün Önlenebilirlik Durumu .....	50
Tablo 18. Bebeklerin Temel Ölüm Nedenlerinin Dağılımı .....	51
Tablo 19. Bebeklerin Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı .....	51
Tablo 20. Son Ölüm Nedenlerine Göre Ölümlerin Meydana Geliş Zamanı Dağılımı .....	52
Tablo 21. Annelerde Risk Faktörü Varlığına Göre Bebek Ölümlerinin Meydana Geliş Zamanının Dağılımı .....	52
Tablo 22. Annelerdeki Risk Faktörü Varlığına Göre Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı .....	53

Tablo 23. Annelerin Yaş Gruplarına Göre Bebeklerin Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı .....	53
Tablo 24. Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Anne ve Babalarına Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	54
Tablo 25. Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerine Ait Gebelik Süreçleri .....	57
Tablo 26. Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerinin Gebelik İzlemi Süreçleri .....	58
Tablo 27. Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerine Ait Gebelikle İlgili Risk Durumu .....	60
Tablo 28. Annelerin Yaşam Kalitesi Skorlarının Anne ve Bebeğe Ait Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması .....	62
Tablo 29. Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (1. Model) .....	63
Tablo 30. Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (2. Model) .....	64
Tablo 31. Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (3. Model) .....	65
Tablo 32. Annelerde Yaşam Kalitesi Skorlarının Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi .....	65

## 1. GİRİŞ

Geleceği temsil eden çocukların, sağlıklı bir şekilde büyümelerini ve gelişmelerini sağlamak tüm toplumların başlıca kaygısı olmalıdır. Çocuklar yetersiz beslenme ve bulaşıcı hastalıklara karşı savunmasızlardır ve bu durumların çoğu etkili bir şekilde önlenemez veya tedavi edilebilir. Yenidoğanlar ise özellikle savunmasızlardır (1).

Çocuk sağlığı göstergeleri içerisinde en çok kullanılan ve önemli olanı ölüm hızları ve ölüm nedenleridir (2).

Ölenlerin yaş gruplarına göre dağılımı o toplumun sosyal refah düzeyinin bir göstergesidir. Bebek, çocuk yaş grubunda meydana gelen ölümlerin, bu dağılımdaki payı yüksektir. Beklenen ise yaşlı nüfusta meydana gelen ölümlerin payının yüksek olmasıdır. Çünkü bu durum doğumdan sonraki ilk bir yılı kapsayan bebeklik dönemi, bir yaştan 18 yaşa kadar uzanan çocukluk ve ergenlik dönemi ve 18 yaş sonrası dönem olan erişkinlik döneminin sorunlarının önleendiği ve tedavi edildiğinin göstergesidir.

Bebek ölüm hızı toplumun genel sağlığı ve anne-çocuk sağlığı düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 2015 yılında dünyada 303.000 kadının gebelik ya da doğumla ilgili komplikasyonlar yüzünden hayatını kaybettiği, 2015 yılında meydana gelen 5.9 milyon beş yaşın altındaki çocuk ölümlerinin %45'inin ise hayatlarının ilk 28 gününde gerçekleştiği bildirilmiştir (3). İlk yaşını doldurmadan önce bir çocuğun ölme riski, en yüksek DSÖ Afrika Bölgesi'nde (1000 canlı doğumda 55) görülmekle birlikte DSÖ Avrupa Bölgesi'ndekilerin (1000 canlı doğumda 10) beş katından fazladır. Küresel olarak, 1990'larda 8.9 milyon olan sayı 2015 yılında 4.5 milyona düşmüş, bebek ölüm hızı, 1990'da 1000 canlı doğumda 63 iken 2015 yılında 1000 canlı doğumda 32'lere gerilemiştir (4).

Cumhuriyetin kurulduğu yıllarda ülkemizde her iki canlı doğumdan birinin, bir yaşını doldurmadan kaybedildiği bilinmektedir. Ancak günümüzde bebek ölüm hızlarında önemli düşüşler izlenmektedir (2). 2015 yılı bebek ölüm hızımız binde 7.6'dır (5).

Tüm dünyada bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması önemli bir sağlık ve gelişmişlik sorunu olarak kabul edilmekte ve bebek çocuk ölüm hızlarını azaltmak

için 1990 Dünya Çocuk Zirvesi, 1994 Uluslararası Nüfus Kalkınma Konferansı, 2000 Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinde bu konuya dikkat çekilmektedir. Bu ölümler ülkenin ya da bölgenin sağlık durumu hakkında ipucu veren en önemli göstergelerdendir. Son yıllarda dünya çapında, çocuk ölümlerinin azaltılması için yapılanlar kayda değer olsa da neonatal ölüm hızları daha yavaş düşüş göstermiştir. Bununla birlikte yenidoğan ölümlerinin çoğunun önlenilebilir olduğu, kadınlar ve çocuklara yönelik bakımın kapsamının artırılmasına yönelik müdahalelerle daha hızlı yol alınacağı görülmüştür (6).

2014 yılında her yenidoğan için önlenilebilir ölümlerin sona erdirilmesi için bir eylem planı taslağı hazırlanmıştır. Toplamda, 300'den fazla kişi, kuruluş ve 45'ten fazla üye devlet bu sürece destek sağlamıştır. Taslak eylem planı revize edilerek tartışılmış ve altmış yedinci Dünya Sağlık Asamblesi'nde görüşülmüştür (3).

Ölüm nedenlerine bakıldığında 0-4 yaş arası dönemde perinatal nedenler ilk sırada yer almaktadır. İkinci sırada kalp hastalıkları yer almakta, bunu solunum hastalıkları takip etmektedir. Enfeksiyonlar da ölüm nedenlerindedir. Bunun yanı sıra bebeklerin cinsiyeti, annelerin eğitim durumu, annenin yaşı, doğurganlık özellikleri, annenin doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde sağlık hizmeti alması, doğum öncesi dönemdeki risk faktörleri, annenin sosyodemografik ve sosyokültürel özellikleri bebek ölüm hızını etkileyen faktörler içerisinde yer almaktadır. Bu yüzden de kadının sosyal gelişmesine yönelik yapılan tüm iyi müdahaleler, toplumda bebek ölüm hızının düşmesini de sağlayacaktır (2).

Ülkemizde 2013 yılında yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Çalışmasına göre, konjenital anomaliler ve erken doğum komplikasyonları halen 1 yaş altı toplam hastalık yükünün %50'sinden fazlasını oluşturmaktadır (7).

Doğum öncesi gebelik izlemleri ve doğum sonrası bebek izlemleri, birinci basamak sağlık hizmetleri içerisinde en önemlilerindedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan Bebek, Çocuk ve Ergen İzlem Protokolleri, bebeğe doğum sonrası bakımla başlayan, bebeğin büyümesi ve gelişimindeki önemli basamaklarda en uygun yaklaşımı sağlayacak olan hizmetlerin verilmesinde kullanılır. Bu sayede sağlık sorunlarının yol açtığı olumsuz durumlara zamanında müdahale edilmesinin yanı sıra bebek ölümlerinin önlenmesi amaçlanmaktadır (8).

Yaşam kalitesi kişilerin yaşadığı değerler sistemi ve kültürler içerisinde değerlendirilmelidir. Dünya Sağlık Örgütü de bunu kabul etmektedir. Bireysel bağımsızlık, çevresel koşullar, sosyal aktiviteler, gereksinimlerin karşılanamaması,

hasta ya da sağlıklı olma halleri, ekonomik koşullar, siyasi durum, güvenlik, sağlıklı çevre gibi etkenler yaşam kalitesini etkilemektedir. Subjektif olarak kişinin çevresini, yaşamı nasıl algıladığı ve objektif olarak da refah düzeyi, sosyal statü, iyilik halinin devamı için gerekli olan kültürel, sosyal, toplumsal gereksinimlerin karşılanması yaşam kalitesi kavramının subjektif ve objektif yönlerini oluşturmaktadır. Yaşam kalitesinden bahsederken sağlıkta yaşam kalitesinden de söz etmek gereklidir. Sağlıkta yaşam kalitesini etkileyen faktörler;

1. Kişilerin fizyolojik, biyolojik, ruhsal kapasitelerini en iyi şekilde kullanmaları
2. Sosyodemografik belirleyiciler; örneğin bazı kültürlerde kentte yaşamının kırsalda yaşamaya göre yaşam kalitesini olumlu etkilediği izlenmiştir.
3. Ekonomik koşullar; örneğin, başkalarına bağlı olmadan yaşamına devam etmek, günlük yaşamını tek başına sürdürebilme gibi durumlar bu ilişkiyi belirleyen ve etkileyen değişkenlerdendir.
4. Kronik hastalıklar ve buna bağlı gelişen durumlar; örneğin, yaşlılarda kronik hastalığa bağlı ağrı.
5. Psikiyatrik hastalıklara eşlik eden başka hastalıkların da olması
6. İleri yaş; yaşın ilerlemesine bağlı örneğin yaşlılarda düşmeler yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Yaşam kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve sağlık çalışanları tarafından sadece nicelik açısından değil nitelik açısından da yeterliliğin sağlanması gereklidir (2).

Bu tez çalışmasında; Zonguldak ilinde 2010-2011 yılları arasındaki bebek ölümlerini etkileyen faktörler ile bebeği ölen ve yaşayan annelerde yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Bebeklik Dönemi**

#### **2.1.1. Tanımı**

Bebeklik dönemi, doğumdan sonraki ilk bir yılı kapsayan dönemdir. Bu dönemin ilk 28 günü yenidoğan dönemi olarak adlandırılır. Doğumdan sonraki ilk bir haftalık dönem (0-6 gün) erken yenidoğan dönemi, 7-28 günlük dönem ise geç yenidoğan dönemidir. 29-364 gün arası döneme yenidoğan sonrası (postneonatal) dönem adı verilmektedir (2).

### **2.2. Mortalite**

#### **2.2.1. Tanımı**

Mortalite, bir nüfusta meydana gelen hastalıkların ve sakatlıkların türlerini ve düzeylerini içerir.

#### **2.2.2. Mortalite ölçütleri**

Temelde şu ölçütleri içerir (2);

- Kaba ölüm hızı
- Bebek ölüm hızı
- Yenidoğan-neonatal (0-28 günlük ölümlerdir. 0-6 gün erken neonatal, 7-28 gün geç neonatal olarak adlandırılır) ölüm hızı
- Postneonatal (29-364 gün) ölüm hızı
- Perinatal (gebelik ilk 28 haftası ve doğum sonrası ilk 7 gün) ölüm hızı
- Ölü doğum (gebeliğin ilk 28 haftası) hızı



- Anne ölüm hızı
- Çocuk ve yetişkinde cinsiyete, yaşa, nedene özel ölüm hızları

### 2.2.3. Mortaliteyi etkileyen faktörler

Yaşam koşulları iyileştikçe ülkelerdeki temel ölüm nedenleri de değişir. İlaçlar, fiziki imkanlar, sağlık bakım ve bunu sağlayan sağlık insan gücü hastalık ve ölümlerin oluşumunu etkilemektedir. Etkileyen bir diğer faktör ise bireylerin demografik özellikleridir. Bunlar üç grupta toplanabilir;

1. Doğumdaki biyo-demografik faktörler: Bebeğin cinsiyeti, annenin yaşı, gebelikler arasındaki süre, düşük doğum ağırlığı.
2. Doğum sonrası dönemdeki faktörler: Bebeğin emzirilmesi, ne kadar süre emzirildiği, bulaşıcı hastalıklardan korunma, gebelikler arasındaki sürenin uzaması, steril anne sütü, içme kullanma suyunun durumu (tür, temizlik).
3. Dolaylı ailesel faktörler: Anne ve babanın eğitim durumu, mesleği, ücret, doğumun gerçekleştiği yer, iklim (2).

## 2.3. Bebek Ölümü

### 2.3.1. Tanımı

Bebek canlı doğduktan sonra, 12 ay içerisinde gerçekleşen ölümler bebek ölümü olarak kabul edilir. Yani bebek 1 yaşını tamamladığında meydana gelen ölümlerdir (9).

Doğumun meydana geldiği zamanda fetus ve yenidoğanlarda mortalite riski çok yüksektir. Perinatal dönem gestasyonun 28. haftasından doğum sonrası 7. güne kadar geçen dönemdir. Doğum sonrası 0-28. gün arasında yer alan dönem ise neonatal dönemdir ve çok erken (doğum-ilk 24 saat), erken (doğum-6 gün) ve geç (7-28 gün) neonatal dönem olarak sınıflandırılabilir. Süt çocukluğu ise doğum sonrası ilk yılı kapsar (10).

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü 6 Mayıs 2005 tarihinde yayınladığı 78 sayılı genelge ile Türkiye’de Bebek Ölümü Kayıt Bildirim Formu’nun illere dağıtımını yaparak, her ay tespit edilen bebek ölümlerinin birinci basamak sağlık kuruluşları ve hastanelerden (kamu, özel, üniversite) bildirilmesini, ölüm saptanmamış ise de “0” vaka bildirimini yapılmasını istemiştir. Bu genelgede bebek ölümü; “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler” olarak tanımlanmaktadır (11). AÇSAP Genel Müdürlüğü’nün 04 Mayıs 2009 tarihinde yürürlüğe giren 31 sayılı Genelgesinde ise “her bir bebek ölümünü izleyerek nedenini ortaya çıkarmak ve bir daha aynı nedenlerle oluşabilecek bebek ölümlerini önlemek gerektiği, bu gelişmeyi ancak iyi işleyen kayıt ve bildirim sistemi ile sağlamanın mümkün olacağı ve mevcut uygulamada; ölüm vakalarına ulaşmada ve veri toplama sisteminde bazı aksaklıklar olduğu görüldüğünden, 0-365 gün içerisinde gerçekleşen bütün bebek ölümlerini ve nedenlerini tespit ederek gerekli tedbirleri almak için yeni bir bebek ölüm kayıt sistemi geliştirildiği” ifade edilmektedir (12).

Genelge ekinde bulunan “Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formu–2009 Doldurma Kılavuzu”nda; “bebek ölümü “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler”, olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca 22 hafta veya 500 gramın üzerinde doğan bebekler ve ölü doğumların da bu form ile bildirileceği ve her bebek için (ikiz, üçüz vb. içinde) ayrı form doldurulacağı konuları da yer almaktadır. Ayrıca adı geçen genelge ile, bebek ölümlerini tespit edenlerle, defin ruhsatı verenlerin (kamu, üniversite, özel sağlık kuruluşunda çalışanlar, muhtarlar, jandarma gibi kolluk kuvvetleri) bebek ölümünü bildirmekle yükümlü oldukları ifade edilmektedir (12).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 04.03.2014 tarihinde çıkarılan 2014/6 sayılı Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesinde ise Bebek ölümü; “doğumdan sonraki 365 gün içinde tüm nedenlerle meydana gelen ölümler”, perinatal ölümler ise “ölü doğumlarla birlikte ilk 7 gün içerisinde meydana gelen ölümler” olarak tanımlanmaktadır. 22 hafta veya 500 gramın üzerinde doğan bebekler ve ölü doğumlar da genelgede bahsi geçen form ile bildirilecek ve her bebek için (çoğul gebeliklerde her bebek için) ayrı form doldurulacaktır” biçiminde talimat verilmiştir. 2014/6 sayılı bu genelgede; 22 hafta ve üzeri veya 500 gramın üzerinde olup 1 yaşını doldurmamış bebek ölümlerinin, illerde Halk Sağlığı Müdürlükleri tarafından oluşturulan Bebek Ölümleri İnceleme Komisyonları

tarafından ölüm nedenleri, neden olan faktörler açısından aylık olarak izlenmesi ve gerektiğinde önleyici müdahaleler yapılması yer almaktadır. Komisyon tarafından, her bir bebek ölümünün önlenemez ve önlenemez diye sınıflandırılması, bebek ölümünün meydana gelmesinde ailenin, sağlık personelinin, sağlık kuruluşunun kusuru olup olmadığının saptanması yer almaktadır. Ayrıca tüm bu ölümlerin “Ölüm Bildirim Sistemi” denilen, Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna ait Ulusal bir web uygulamasına kaydedilerek ülke düzeyinde takibinin sağlanması gerektiği belirtilmektedir (13).

### **2.3.2. Neonatal ölümler**

Yenidoğan ya da neonatal ölümler doğumdan sonraki 1 ay içinde gerçekleşen ölümler olup (14), 5 yaşın altındaki çocuklarda ölümlerin %45'ini oluşturur. Tüm yenidoğan ölümlerinin çoğunluğu (%75) yaşamın ilk haftasında oluşur ve %25-45'i ilk 24 saat içinde gerçekleşir. Yenidoğan ölümlerinin başlıca nedenleri prematüre ve düşük doğum ağırlığı, enfeksiyonlar, asfiksi ve doğum travmasıdır. Bu nedenler, bu yaş grubundaki ölümlerin yaklaşık %80'ini oluşturmaktadır (15).

Neonatal ölüm riskinin en güçlü göstergeleri; doğum ağırlığı ve gestasyon haftasıdır. 22. gestasyon haftasında yaşam şansı %0'a yakındır. 23. gestasyon haftasında %15, 24. haftada %56 ve 25. haftada yaşam şansı %79'dur (10).

Ayrıca neonatal dönemde yüksek riskli bebeklerin erken tanınması neonatal mortalite ve morbiditeyi azaltmakta önemlidir. 1000 gramın altında doğan ve 30. gestasyon haftasından küçük bebeklerde neonatal mortalite oranları en yüksek olmakla birlikte, 38-42. gestasyon haftada doğan ve doğum ağırlığı 3000-4000 gram olan bebeklerde ise en düşüktür. Gestasyon haftası 25. haftadan 37. haftaya kadar olan süreçte her bir haftalık artışta mortalite oranları yarı yarıya azalır. Ayrıca doğum ağırlığı 500 gramdan 3000 grama doğru arttıkça mortalite oranı da logaritmik olarak azalmaktadır (10).

### **2.3.3. Perinatal ölümler**

Perinatal ölümler; “ölu doğumlarla birlikte ilk 7 gün içerisinde meydana gelen ölümler” dir (12,13). Perinatal ölümler içinde, fetal ölümler neonatal ölümlerden daha fazla görülmektedir. Perinatal mortalite ve morbiditenin, doğum uzmanlarınca azaltılması mümkündür. Bu azalma; doğumda fetal görüntülemenin yapılması, riskli gebeliklerin önceden tanımlanması ve takibi, fetal distress, obstetrik komplikasyonlar gibi durumlarda sezeryanla doğumun yaptırılması, doğum uzmanı ve pediatriğin iletişim içinde olması ile sağlanabilir (10).

### **2.3.4. Postneonatal ölümler**

Postneonatal ölüm; doğumdan sonraki bir aydan sonra ve 1 yıldan önce olan ölümlerdir (14). Bebeklerin neonatal dönem bakımlarındaki gelişmelerle, neonatal dönemde ölümler azalmakta ve sekeller kalmaktadır. Bu sekeller de postneonatal dönemdeki ölüm nedenlerini oluşturmaktadır. Örneğin; konjenital enfeksiyonu olan bir bebek neonatal dönemde iyi bakımla yaşatılmakta ancak meydana gelen ensefalopati sekeliyle postneonatal dönemde kaybedilmektedir. Bu örnekleri artırmak mümkündür. Ani bebek ölümü sendromu, solunum ve enterik enfeksiyonlar ve travmalar gibi neonatal ölüm nedenlerinden farklı nedenlerden bebekler kaybedilmektedir (10).

## 2.4. Bebek Ölüm Hızı

### 2.4.1. Tanımlar

#### 2.4.1.1. Bebek ölüm hızı

Bir toplumda bir yılda canlı doğup ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1.000 ile çarpımı sonucu elde edilir.

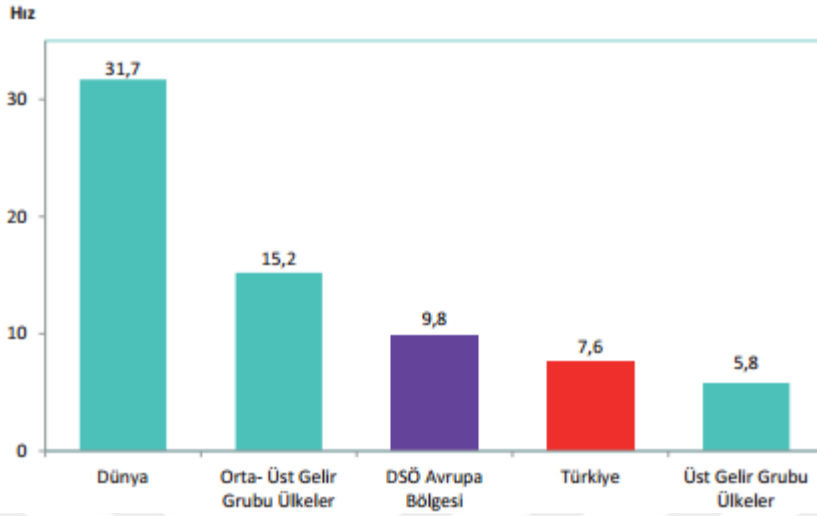
$$\text{Bebek Ölüm Hızı (Bin canlı doğumda)} = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve bir yaşını tamamlamadan ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısı}} \times 1000$$

Türkiye’de 2015 yılında bölgelere göre bebek ölüm hızları Şekil 1’de yer almaktadır (5).



Şekil 1. İBBS-1’e göre bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015 İstatistikî Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS).

Dünyada 2015 yılına ait bebek ölüm hızları Şekil 2’de gösterilmiştir (5).



Şekil 2. Bebek ölüm hızının uluslararası karşılaştırması (1000 canlı doğumda), 2015.

#### 2.4.1.2. Perinatal ölüm hızı

Bir toplumda bir yılda ölü doğan ve 7 gün içinde ölen (Erken Neonatal) bebek sayısına aynı yıl içerisinde gerçekleşen ölü doğum sayısı eklenerek aynı yılda meydana gelen toplam doğum sayısına (canlı+ölü) oranınının 1000 ile çarpımı sonucu elde edilir.

$$\text{Perinatal Ölüm Hızı (Bin doğumda)} = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda ölü doğan ve 7 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Toplam (ölü ve canlı) doğum sayısı}} \times 1000$$

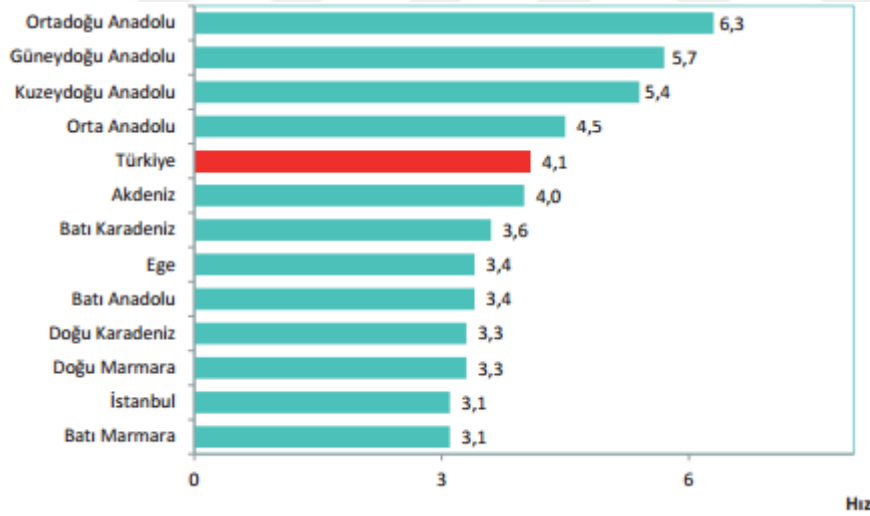
#### 2.4.1.3. Neonatal ölüm hızı

Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 28 gün içinde ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranınının 1000 ile çarpımı sonucu elde edilir. Neonatal ölümler, 5 yaş altındaki ölümlere önemli katkı yapmaktadır. 5 yaş altı ölümler azaldıkça oran giderek artmaktadır. Küresel olarak binde 28’lik neonatal mortalite hızı, binde 45 olan bebek mortalite oranınının %62’sini

ve binde 72 olan 5 yaş altı ölüm hızının %43'ünü oluşturur. Neonatal ölümlerin oranı endüstrileşmiş ülkelerde (bebek ölümlerinin %60'ı ve 5 yaş altı mortalitenin %50'si), az gelişmiş ülkelerden daha fazladır (bebek ölümlerinin %49'u ve 5 yaş altı ölümlerin %31'i). Ancak çocuk mortalite oranlarının en yüksek olduğu ülkelerde tüm çocuk ölümlerinin sadece %20 civarı neonatal dönemde olurken mortalite hızının binde 35'in altında olduğu ülkelerde toplam çocukluk ölümlerinin %50'sinden azının neonatal dönemde olduğu bilinmektedir (10).

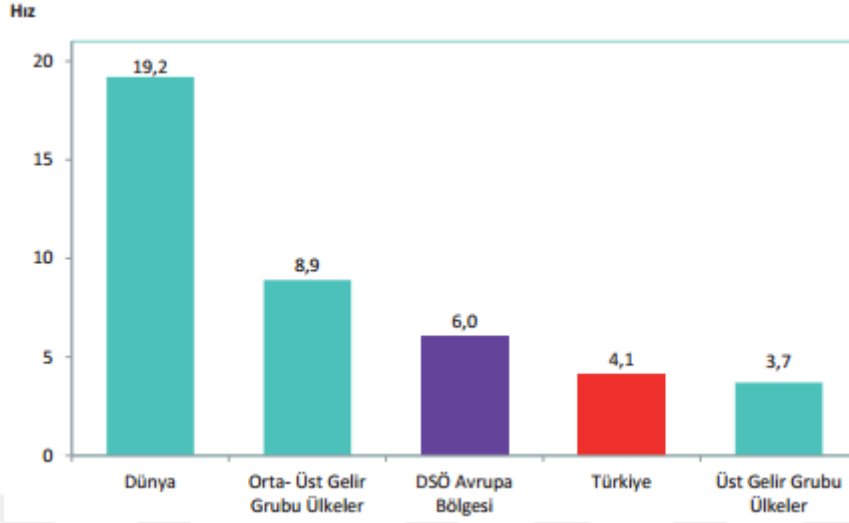
$$\text{Yenidoğan bebek ölüm hızı} = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve ilk 28 gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısı}} \times 1000$$

Türkiye'de 2015 yılında bölgelere göre neonatal ölüm hızları Şekil 3'de yer almaktadır (5).



Şekil 3. İBBS-1'e göre neonatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015.

Dünyada 2015 yılına ait neonatal ölüm hızları Şekil 4’de gösterilmiştir (5).



**Şekil 4.** Neonatal ölüm hızının uluslararası karşılaştırması (1000 canlı doğumda), 2015.

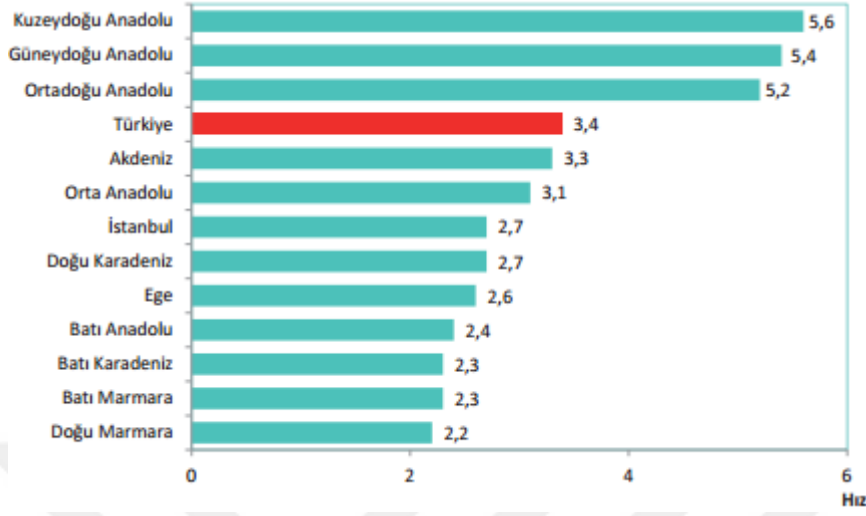
#### 2.4.1.5. Postneonatal ölüm hızı

Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 29. gün ile 364. gün içinde ölen bebek sayısının aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısına oranının 1000 ile çarpımı sonucu elde edilir.

$$\text{Postneonatal ölüm hızı} = \frac{\text{Bir toplumda bir yılda canlı doğan ve 29. gün ile 364. gün içinde ölen bebek sayısı}}{\text{Aynı toplumda aynı yıl içerisinde canlı doğan bebek sayısı}} \times 1000$$



2015 yılında Türkiye’de bölgelere göre postneonatal ölüm hızları Şekil 5’de gösterilmiştir (5).



Şekil 5. İBBS-1’e göre postneonatal ölüm hızı (1000 canlı doğumda), 2015.

Türkiye’deki toplam hastalık yükü 2000-2013 yılları arasında iki zıt etkinin sonucunda %4.4 düşmüştür. Bunlarda biri; 1 ve 5 yaş altı mortalitede önemli oranda azalma diğeri ise bulaşıcı olmayan hastalıklardan kaynaklanan morbidite artışıdır. 1 ve 5 yaş altı ölümlerin azaltılmasıyla elde edilen başarı (yıllık değişim %6.3-%6.4) Türkiye’yi BKH 4’ün %4.4’lük düşüş hedefinin de (1990-2015 arasında 5 yaş altı ölümler için) üstünde performans gösteren ülkeler arasına sokmuştur (7). Beş yaş altı ölüm hızı; doğumdan sonraki beş yıl içinde çocukların ölme olasılığıdır (14). Bu durum Tablo 1’de gösterilmektedir (16).

Tablo 1. Türkiye Bebek ve 5 Yaş Altı Ölüm Hızları Yıllık Azalma Oranları.

Yaş Grubu	Ölüm hızında yıllık azalma oranı (%)			
	Erkek		Kız	
	1990-2000	2000-2013	1990-2000	2000-2013
1 yaş altı (bebek)	5.1	6.2	5.4	6.5
5 yaş altı (çocuk)	5.4	6.2	5.9	6.5

## 2.5. Bebek Ölümü Nedenleri ve Etkileyen Faktörler

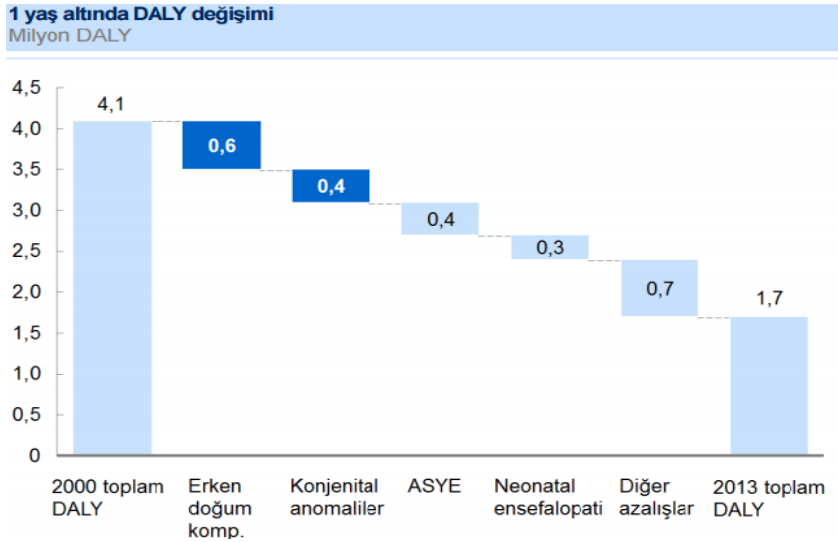
Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ilk sırasında “prematüre” yer almaktadır. 2007-2011 arasında ikinci sırayı konjenital anomaliler, üçüncü sırayı sepsis almakta iken, 2013 yılı için ikinci sıraya konjenital kalp hastalığı (KKH) yerleşmiştir. Prematüre, KKH, Konjenital Anomali, Sepsis, Respiratuvar Distres Sendromu (RDS) ve Perinatal Asfiksi ilk 6 nedeni oluşturmaktadır. Tablo 2’de gösterilmiştir (17).

**Tablo 2.** Türkiye’de 2007-2013 Arası Bebek Ölümleri Nedenlerinin Yüzde Dağılımı.

Ölüm Nedenleri	2007-2011	2012	2013
Prematüre	27.7	27.0	26.3
Konjenital Anomali	14.3	10.3	9.9
Sepsis	10.2	8.6	7.7
Konjenital Kalp Hast.	7.8	11.7	10.0
Perinatal Asfiksi	4.8	3.5	2.9
RDS	3.6	7.4	5.8

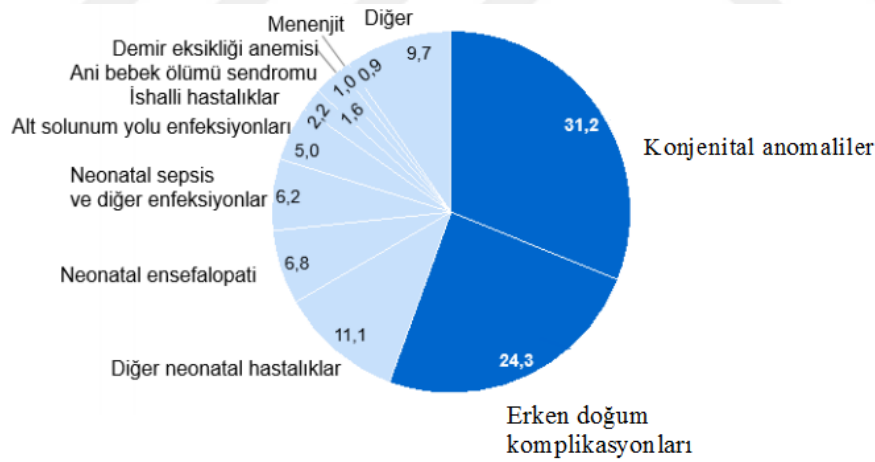
Doğumların %99’u hastanede olsa da gebelerin sadece %83’ü prenatal bakım almaktadırlar. Prenatal bakımın yeterli olması perinatal komplikasyonları önlemektedir (10).

2013 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Hacettepe Üniversitesi tarafından yapılan Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması sonuçlarına göre; erken doğum komplikasyonları ve konjenital anomalilerin 1 yaş altı toplam hastalık yükündeki azalmanın en önemli etkenlerinden olduğu tespit edilmiştir (Şekil 6) (7).



**Şekil 6.** Erken doğum komplikasyonları ve konjenital anomaliler 1 yaş altı toplam hastalık yükündeki azalmanın en önemli etkenleridir.

Türkiye’deki bebek ölüm nedenleri arasında en büyük yeri de %31.2 ile konjenital anomaliler ve %24.3 ile de erken doğum komplikasyonlarının aldığı tespit edilmiştir (Şekil 7) (7).



**Şekil 7.** 1 yaş altında DALY’nin nedenlerine göre dağılımı (yüzde).

Ayrıca bu çalışmanın sonuçlarına göre; düzenli gebelik ve bebek izleminde artışın (Gebelikte en az 1 kez hekime giden anne oranı 2002-2013 arasında %70’ten %98’e yükselmiştir), sağlık kuruluşunda yapılan doğumların 2002-2013 arasında %75’ten %98’e yükseldiği, bebek izlem oranının 2002-2013 arasında %62’den %99’a ulaştığı, artan yenidoğan tarama uygulamalarının (konjenital hipotiroidi,

fenilketonüri, işitme testleri), anneye ve bebeğe ücretsiz D vitamini ve demir takviyesinin, bebek dostu hastanelerin sayısının 2002-2013 arasında 141'den 990'a yükselmesi sayesinde bebek ölümlerindeki bu düşüşün nedenleri arasında yer aldığı açıklanmıştır (7).

Annenin eğitim durumu, annenin beslenme durumu, doğurganlığa ara vermesi, gebeliği engelleyen yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım alması konularındaki bilgisi, hane içi refah seviyesi, gibi sosyoekonomik özellikler de bebek ölümünü etkileyen nedenlerdir. Bunların yanı sıra çocuğa ve anneye ait; bebeğin cinsiyeti, annenin yaşı, önceki doğumuyla arasındaki zaman, doğumun sırası, bebeğin doğduğu zamanki ağırlığı gibi demografik özelliklerin de bebek ölümlerini etkileyen faktörler arasında yer aldığı bilinmektedir (14).

Doğumdaki, doğum sonrası dönemdeki biyo-demografik faktörler, annenin ve babanın mesleği, doğumun gerçekleştiği yer, iklim gibi çevresel koşulların da bebek ölümleri üzerine etkisi bulunmaktadır (2).

## **2.6. İzlemler**

### **2.6.1. Gebelik izlemi**

Obstetrik hizmetler arasında en önemlilerinden birisi doğum öncesi bakım hizmetleridir. Annenin gebeliği boyunca, bu konuda eğitim almış bir sağlık personeli tarafından, belirli zaman aralıklarıyla takip edilmesi olarak tanımlanır (2) .

Gebeliğin 14. haftasından doğuma kadar olan süreçte annenin sorunsuz bir gebelik dönemi geçirmesi ve sağlıklı bir bebek doğurabilmesi için, belirli aralıklarla yapılan sağlık hizmetidir. Bu hizmet; birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde aile Hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından, ikinci ve üçüncü basamakta ise kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ve ebeler tarafından verilmektedir.

Gebelik izlemi ile amaçlanan; annede var olan ya da gebeliğe bağlı oluşabilecek sağlık sorunlarını tespit ve takip etmek, anneye bu süreçte gereken eğitimleri vermek, fetüsün uterus içerisindeki gelişimini takip etmek ve olası sorunlarda müdahale etmek, doğumla ilgili yapılacakları planlamak (yer, doğum

şekli, kim tarafından yapılacağı), annenin psikolojik ve sosyal olarak desteklenmesidir (2).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2014 yılında çıkarılan Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri 2014/9 Genelgesinin ekinde yer alan Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre izlem aralıkları ve her izlemde yapılması gerekenler aşağıda belirtilmiştir (18):

#### BİRİNCİ İZLEM (*İlk İzlem-İlk 14 hafta*)

Gebeliğin ilk 14 haftası içerisinde yapılır. Gebenin ilk ziyaretinde sağlık personeli; kişisel bilgilerini (yaş, akraba evliliği mi, eğitim düzeyi vb.), aile sağlık öyküsünü, alışkanlıklarını, tıbbi ve gebelikle ilgili önceki ve mevcut bilgileri alır. Fiziksel olarak muayene edip laboratuvar testleri yapar (idrara tahlili, kan tetkiki, gerekli gördüğü diğer tahlilleri yapar)

Sağlık personeli gebeye bu haftada aşağıdaki konularda bilgi verir;

- Anemi tespit edildiğinde tedavi dozunda demir başlanmalıdır.
- 12. Haftadan itibaren 1200 IU (9 damla) günlük tek doz D Vitamini Preparatı başlanması ve emzirme döneminde alması önerilir.
- Anemi yoksa 16. gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlaması ve doğum sonu 3ay devam etmesi tavsiye edilir.
- Tetanoz bağışıklanması yapıp yapılmadığı sorgulanır gerekiyorsa tetanoz toksoit aşısını yapılır (Tetanoz bağışıklanması 12. haftadan itibaren yapılabilir.)

Ayrıca;

- Yorgunluk
- Bulantı ve kusma
- Sık idrara çıkma
- Baş dönmesi
- Varis ve hemoroid
- Kabızlık
- Mide yanması
- Bacaklarda kramplar
- Nefes darlığı
- Ciltteki değişiklikler

- Memelerde hassasiyet
- Vajinal akıntı
- Meme başındaki glandlarda belirginleşme
- Kolostrum salınımı
- Aşırı tükürük salgılanması
- Toprak vb. yeme konularında bilgi verilir.

Aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık verilir:

- Beslenme ve diyet
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları
- Gebelikte cinsel yaşam
- Hijyen ve genel vücut bakımı
- Ağız ve diş sağlığı
- Sigara alışkanlığı
- Alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı
- İlaç kullanımı
- Tetanoz toksoid immünizasyonu
- Gebelikte tehlike işaretleri:
  - Vajinal kanama
  - Konvülziyon (Sara nöbeti gibi kasılmalar)
  - Baş ağrısı ile beraber görmede bozulma Ateş ve/veya ciddi güçsüzlük
  - Ciddi karın ağrısı
  - Solunum güçlüğü veya sık solunum
  - Suyunun gelmesi
  - Yüz, el ve bacaklarda şişme

#### İKİNCİ İZLEM (18-24. haftalar)

- Gebeliğin 24-26. haftaları arasında glukoz tarama testinin yapılması önerilir.
- Obstetrik Ultrasonografi yapılması önerilir.

Birinci izlemdekilere ek olarak ayrıca aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık verilir:

- Fetus hareketlerinin hissedilememesi
- Hızlı kilo alımı

### ÜÇÜNCÜ İZLEM (28-32. haftalar)

- Mevcut gebelik öyküsü alınarak fiziksel muayene yapılır.

Birinci izlemdekilere ek olarak ayrıca aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık verilir:

- Fetus hareketlerinin hissedilememesi
- Hızlı kilo alımı
- Doğum eylemi ve doğum
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıın planlanması
- Anne sütü ve emzirme
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı

### DÖRDÜNCÜ İZLEM (36-38. haftalar)

Birinci izlemdekilere ek olarak ayrıca aşağıdaki konular ile ilgili de danışmanlık verilir:

- Fetus hareketlerinin hissedilememesi
- Hızlı kilo alımı
- Doğum eylemi ve doğum
- Doğumun nerede ve kim tarafından yapılacağıın planlanması
- Anne sütü ve emzirme
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı verilir.

Sağlık Bakanlığının oluşturmuş olduğu bu rehberde, İkili-üçlü test ve ultrasonografi gebelik izlemleri sırasında zorunlu uygulamalar değildir. Rehberin ana amacı birinci basamakta aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından yapılması gereken gebe izlemleri sırasında yapılması gereken iş ve işlemleri tanımlamaktır.

Gebelik sonrası da anne ve bebeğin izlemleri birinci basamakta aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından yapılmaktadır (19).

2015 yılı Türkiye Sağlık İstatistiklerine göre, ülkemizde yıllara göre gebelerdeki izlem faaliyetleri Tablo 3'te görülmektedir (5).

**Tablo 3.** Türkiye’de Yıllara Göre İzlem Faaliyetleri.

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Gebe başına ortalama izlem sayısı	1.7	4.3	4.1	4.3	4.8	4.7

### 2.6.2. Riskli gebelikler

Bir diğer önemli husus riskli gebeliklerdir. Düşük yapma riski, fetal ölüm, fetal ya da yenidoğan hastalıkları, intruterin gelişme geriliği, konjenital malformasyonlar mental retardasyon ve diğer risklerin olduğu gebelikler riskli gebelik olarak kabul edilirler. Perinatal mortalite ve morbitenin neredeyse yarıya yakın kısmı bu gebeliklerde izlenir (10).

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2014 yılında yayınlanan Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri Genelgesi kapsamında anneye gebelik öncesi, anne ve bebeğe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmetlerinin verilmesi, istenmeyen ve yüksek riskli gebeliklerin önlenmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası komplikasyonların tanımlanması, önlenmesi ve yönetimini kapsayan anne ve bebek ölümlerinin ve komplikasyonlarının azaltılmasına yönelik bütüncül yaklaşımı içeren Güvenli annelik tanımı yer almaktadır. Ayrıca tüm gebelerin tespit edilerek ilk izlemlerinde genelge ekinde yer alan risk değerlendirmesi formu kullanılarak varsa risk durumunun belirlenmesi ve izlemlerin ne zaman ve nasıl yapılacağı ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen gebelere, en az dört izlem yapılması, eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesi, uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemlerin, birinci veya ikinci basamakta devam ettirilmesi, gebenin izleminin birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülmesi, gerekirse izlem sayısının artırılmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Birinci basamakta Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından bu hizmetler verilmektedir (18,19).



Riskli gebelerin takibinde ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2014/10 sayılı genelge ile yayınlanan Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi kullanılmaktadır (20).

Bu genelgede, gebeliği olumsuz etkileyebilecek risklerin gebelikte ortaya çıkabileceği gibi gebelikten önce de oluşabileceği, 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadınların bu durum düşünülerek takip edilmesi üzerinde durulmakla birlikte anne ölümlerini ve bebek ölümlerini engellemede bu risk faktörlerinin erken dönemde belirlenmesinin önemi üzerinde durulmaktadır (20). Genelgenin ekinde yer alan Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi ile de bu risklerin neler olduğu ve yönetiminden ayrıntılı olarak bahsedilmektedir. Tüm sağlık kuruluşlarında, sağlık kuruluşunun müdahale yetkisine göre, risklerin saptanması ve takibine yönelik çalışmaların yapılması önem arz etmektedir. Ayrıca rehberde gebedeki risk faktörüne göre gebe izlemlerinin nasıl olacağı, nelere dikkat edileceği tek tek ele alınmıştır (21).

### **2.6.3. Bebek izlemi**

Bebek ve çocuk izlemlerinde temel öngörü, hastalık ortaya çıktıktan sonra iyileştirmek için uğraşmak yerine, hastalığa zemin hazırlayan koşulların önceden saptanarak önlenmesidir. Bu hem daha sağlıklı, hem de daha ekonomik bir yaklaşımdır. İzlemlerde ağırlıklı sorumluluk, Aile Hekimleri ve Toplum Sağlığı Merkezlerindedir.

Ülkemizde izlemler “Bebek ve Çocuk İzlemleri Protokolleri” kapsamında birinci basamak sağlık kuruluşu olan Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından, kendilerine kayıtlı bebeklere verilen sağlık hizmetidir.

Bebek izlemleri; bebek doğduktan hemen sonra olmak üzere 1 yaşına kadar toplam 9 kez yapılmaktadır. Bebek izlemlerinin ilk iki tanesi bebeğin doğduğu hastanede çocuk hastalıkları uzmanları tarafından yapılmakta geri kalan 7 tanesi ise Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları tarafından yapılmaktadır. Yapılan güncelleme çalışmaları ile sadece ilk izlemin hastanede yapılması, diğer 8 izlemin ise aile hekimleri tarafından yapılması kararı alınmıştır. Aile hekimi tarafından yapılan her izlem, Aile Hekimliği Bildirim Sistemine kaydedilmektedir. Önemli olan izlemlerin zamanında ve tam olarak yapılmasıdır. Bu amaçla, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel

Müdürlüğü tarafından 2008 yılında yayınlanan Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü 2008/45 Genelgesi ekinde yer alan ve T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2014 yılında revizyonu yapılan Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri kullanılmaktadır (22, 23).

Bu protokoller kapsamında yapılması gereken bebek izlemlerinin zamanları aşağıda belirtilmiştir;

- |                       |                 |
|-----------------------|-----------------|
| 1. İzlem: Doğumda     | 6. İzlem: 3. ay |
| 2. İzlem: İlk haftada | 7. İzlem: 4. ay |
| 3. İzlem: 15. gün     | 8. İzlem: 6. ay |
| 4. İzlem: 41. gün     | 9. İzlem: 9. ay |
| 5. İzlem: 2. ay       |                 |

İzlemler yapılırken bebeğin o ayda büyüme ve gelişmesinin normal sınırlarda olup olmadığına bakılmalı, fizik muayene tüm sistemler için mutlaka yapılmalı, beslenmesi, ayına göre göbek bakımı, tarama programlarının uygulanması, aşıları mutlaka sorgulanmalı, yapılmalı, uygun yerlere yönlendirilmelidir. İzlemler olası sağlık sorunlarının erken tespit ve tedavisi, bebek ve çocuk ölümlerinin engellenmesi, topluma sağlıklı bireyler kazandırılması açısından son derece önemlidir. İzlemler sırasında bebeklere, Bebeklerde D vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması ile Demir Gibi Türkiye Programları kapsamında ücretsiz Fe ve D-vitamini preparatları da verilmeli ve mutlaka takipleri yapılmalıdır. Bir önemli nokta da bebeklere ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesidir. 6 aydan sonra ek gıdaya geçilmesi ve bu süreçte de anne sütüne devam edilmesi, 2 yaşa kadar anne sütüne devam edilmesi önemlidir. Bebek izlemleri sırasında, her izlemde yapılması gerekenler Tablo 4'te gösterilmiştir (23).

**Tablo 4.** Bebek-Çocuk ve Ergen İzlemleri Özet Tablo.

İŞLEM	YAS	Yaş								
		Yenidoğan	İlk hafta	15. Gün	41. Gün	2. Ay	3. Ay	4. Ay	6. Ay	9. Ay
Ölçümler	Baş çevresi ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Boy ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ağırlık ölçümü	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Beden Kitle İndeksi									
	Kan basıncı değerlendirilmesi	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Duyusal taramalar	İşitme değerlendirilmesi	+	*	*	*	*	*	*	*	*
	Görme taraması	+	*	*	*	*	*	*	*	*
Gelişimsel değerlendirme	Fiziksel gelişimin değerlendirilmesi			+	+	+	+	+	+	+
	Sosyal davranışsal değerlendirme				+	+	+	+	+	+
	HEADSSS değerlendirilmesi									
<b>Fizik muayene</b>		+	+	+	+	+	+	+	+	+
Prosedürler	Yenidoğan topuk kanı taraması	+	+							
	Bağışıklama	+	*	*	+	+	*	+	+	*
	GKD taraması	*	*	*	+					
	Hb/Htc ölçümü									+
	Hiperlipidemi risk değerlendirilmesi									
	D vitamini desteği		+	+	+	+	+	+	+	+
	Demir desteği					*		+	+	+
<b>Diş Sağlığı</b>							+	+	+	+
<b>Danışmanlık</b>		+	+	+	+	+	+	+	+	+

+ mutlaka yapılacak

\*değerlendirme sonucunda gerekirse yapılacak

HEADSSS: Home (ev), Education/Employment (Eğitim/İş), Eating (Yeme tutumu), Activities (akranlarla aktivite), Drugs (Madde kullanımı), Sexuality (Cinsellik), Suicide/depression (İntihar ve depresyon) ve Sa-fety (güvenlik)

2015 yılı Türkiye Sağlık İstatistiklerine göre, ülkemizde yıllara göre bebek başına ortalama izlem faaliyetleri Tablo 5’te görülmektedir (5).

**Tablo 5.** Türkiye’de Yıllara Göre İzlem Faaliyetleri.

	2002	2011	2012	2013	2014	2015
Bebek Başına Ortalama İzlem Sayısı	3.4	8.1	8.6	8.8	8.2	8.1

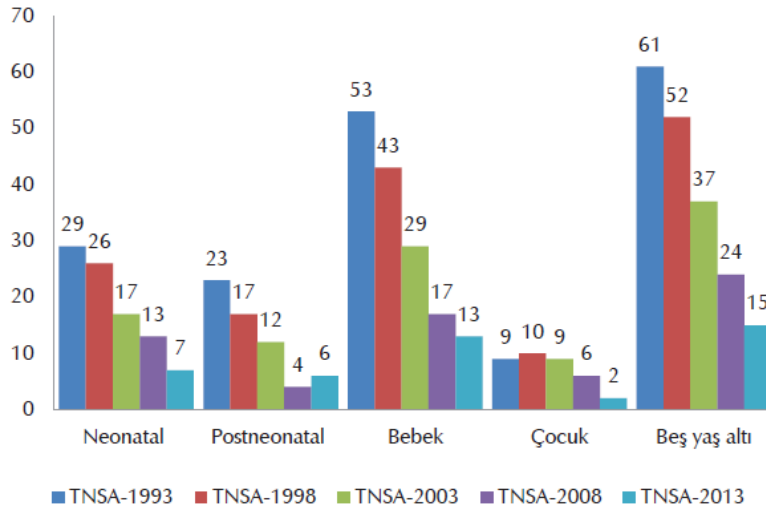
## 2.7. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA)

Ülkemizde Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 1968 yılından bu yana her beş yılda bir yapılan Nüfus Araştırmaları, 1993 yılından itibaren Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA-1993) ile Nüfus ve Sağlık

araştırmalarının bir parçası olmuştur. Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK katkılarıyla Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından, doğurganlık düzeyi ve değişimi, bebek ve çocuk ölümlülüğü, aile planlaması, anne ve çocuk sağlığı konularında bilgi sağlamak için yapılan ulusal bir araştırmadır. En günceli 2013 yılında yapılmış ve sonuçları yayınlanmıştır (14).

TNSA-2013 sonuçlarına göre, araştırmadan önceki son beş yıl için bebek ölüm hızı binde 13 olarak bulunmuştur. Aynı zaman içerisinde neonatal ölüm hızı ise binde 7'dir. Bebek ölüm hızının son yıllarda düştüğü açıklanmıştır. Bu veriler Türkiye'de bebek ve çocuk ölüm hızında çok hızlı bir azalma olduğunu göstermektedir (14).

Türkiye'de yıllar içinde bebek ve çocuk ölüm hızında çok hızlı bir azalma olduğu Şekil 8'de gösterilmiştir (14). Bebek ölüm hızı, 2003-2008 ve 2008-2013 yılları arasındaki beş yıllık dönemde yüzde 24 azalmıştır (14,24). Aynı dönemde, beş yaş altı ölümlülüğü yüzde 38 azalmıştır. TNSA-2013 öncesindeki son 10-19 yıl içinde binde 9-10 düzeyinde durağanlık gösteren çocuk ölüm hızının son beş yılda önemli bir oranda azalması önemlidir (14).



**Şekil 8.** Çocukluk dönemi ölümlülük hızlarındaki eğilimler.

Bebek ve çocuk ölümlerinin, yerleşim yerine, bölgeye, annenin eğitimine ve hane halkı refahına göre farklılaştığı TNSA 2008 sonuçlarında yer almıştır. Kentsel yerleşim yerlerinde 1000 canlı doğumda 16 olan bebek ölüm hızının kırsal yerleşim yerlerindeki bebek ölüm hızından (1000 canlı doğumda 22) yüzde 27 daha düşük

olduğu gözlenmektedir. Ölüm hızları bölgesel olarak da farklılık göstermekte olup Doğu'da en yüksek düzeydedir (Tablo 6) (14).

Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Örneğin, annesi eğitimsiz ya da ilkokulu tamamlamamış olan çocukların yaşamın ilk yılındaki ölüm olasılığının annesi lise ve daha yüksek eğitime sahip çocuklardan yaklaşık olarak üç kat daha fazla olduğu görülmektedir (sırası ile 1000 canlı doğumda 26 ve 9). Beklenen bu durum, eğitimle birlikte annenin beslenme, doğurganlığa ara vermek ya da sonlandırmak için gebeliği önleyici yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım, çocuk hastalıkları, aşılama ve tedavi gibi çocuk ölüm hızının azalmasını sağlayan konularda daha çok bilgi sahibi olması ile ilişkili görülmektedir. En yüksek refah seviyesindeki hanelerde bütün çocukluk dönemi ölüm hızları en düşük seviyededir. Sosyo-ekonomik özelliklerin yanı sıra annenin ve çocuğun demografik özellikleri de ölüm risklerini etkilemektedir. Bu demografik faktörler arasında çocuğun cinsiyeti, annenin doğum sırasındaki yaşı, doğum sırası, önceki doğum aralığı ve bebeğin doğumdaki ağırlığı sayılabilir (Tablo 6) (14).

**Tablo 6.** Sosyo-ekonomik Özelliklere Göre Erken Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları (TNSA-2013).

Temel Özellikler	Bebek Ölüm Hızı (binde)	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)
<b>Yerleşim yeri</b>		
Kent	16	18
Kır	22	26
<b>Bölge</b>		
Batı	13	15
Güney	21	26
Orta	15	15
Kuzey	13	15
Doğu	24	30
<b>Eğitim</b>		
Eğitimi yok / ilk. bitirmemiş	26	30
İlkokul	19	22
Ortaokul	16	16
Lise ve üzeri	9	12
<b>Hanehalkı refah düzeyi</b>		
En düşük	23	28
Düşük	21	23
Orta	18	21
Yüksek	16	16
En yüksek	8	8

Annenin doğumdaki yaşı ile bebek ölümlülüğü arasındaki ilişki, U şeklinde bir eğri oluşturmaktadır. Bebek ölüm hızı, 20 yaşından daha genç ve 30-39 yaş grubundaki annelerde yüksektir. TNSA-2013 sonuçları, ölüm riskinin doğum sırası arttıkça yükseldiğini dolayısıyla doğum sırası ile ölüm olasılığı arasında net bir ilişkinin olduğunu göstermektedir. Çocuk ölümlülüğünün bir önceki doğum aralığı süresi ile negatif bir ilişkisi vardır. Örneğin, önceki doğum ile aralığı 2 yıldan az olan çocuklarda beş yaş altı ölüm hızı, 1.000 canlı doğumda 37'den, önceki doğum ile arası 4 yıl ve daha fazla olan çocuklarda 1.000 canlı doğumda 14'e düşmektedir. Çocukların doğum kilosu ile hayatta kalma şansları -özellikle de yaşamın ilk yılı için- arasında da açık bir ilişki bulunmaktadır. Anneleri tarafından doğum kilosu, "küçük veya çok küçük" olarak beyan edilen bebeklerin ölüm riski, doğum ağırlığı "ortalama veya daha büyük" olarak beyan edilen bebeklerden 2 kat daha yüksek olduğu TNSA-2013'de açıklanmıştır (Tablo 7) (14).

**Tablo 7.** Demografik Özelliklere Göre Erken Çocukluk Dönemi Ölümlülük Hızları (TNSA-2013).

Temel Özellikler	Bebek Ölüm Hızı (binde)	Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (binde)
<b>Çocuğun cinsiyeti</b>		
Erkek	15	18
Kadın	20	23
<b>Annenin doğum sırasındaki yaşı</b>		
<20	25	30
20-29	14	16
30-39	25	26
<b>Doğum sırası</b>		
1	17	19
2-3	15	19
4-6	22	25
7+	32	33
<b>Önceki doğum aralığı<sup>1</sup></b>		
<2 yıl	34	37
2 yıl	20	26
3 yıl	9	14
4+ yıl	12	14
<b>Doğumdaki ağırlık<sup>2</sup></b>		
Küçük veya çok küçük	10	*
Ortalama veya daha büyük	8	NA

NA= Uygun değil

<sup>1</sup>İlk doğumlar dahil edilmemiştir.

<sup>2</sup>Araştırmadan önceki 5 yıllık dönemi kapsamaktadır.

\*Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten daha azdır.

TNSA-2013’de araştırmadan önceki beş yıl içinde 7 ay ve daha fazla süren 3.343 gebelik beyan edilmiştir. Bu gebeliklerden 17’si ölü doğum, 21’i de erken neonatal ölüm ile sonuçlanmıştır. Bu sayısal değerler perinatal ölüm hızınının 1.000 ölü doğum ve canlı doğumda 11 olduğunu göstermektedir. TNSA-2008’de binde 19 olan perinatal ölüm hızınının TNSA-2013’te binde 11’e düştüğü görölmektedir (14).

Perinatal ölüm hızınının doğumdaki yaşı 40-49 yaş olan kadınlar arasında en yüksek olduğu görölmektedir. şu anki gebelik ve bir önceki gebelik arasındaki sürenin perinatal ölüm hızı ile ilişkili olduğu görölmektedir. Perinatal ölümlölüğü kırsal yerleşim yerlerinde kentsel yerleşim yerlerinden yüzde 64 daha yüksektir (sırası ile binde 22 ve binde 8). Annenin eğitimi ile perinatal ölüm hızı arasında ters ilişki bulunmaktadır. Eğitimsiz veya ilkokul mezunu olmayan kadınlar arasında gözlenen perinatal ölüm hızı (binde 15) lise veya üzerinde eğitimi olan kadınlara göre (binde 5) üç kat daha yüksektir. Bu bulgu ile tutarlı olarak, en yüksek refah düzeyinde bulunan hanelerde yaşayan kadınlar arasındaki perinatal ölüm hızı, en düşük refah düzeyindeki hanelerde yaşayan kadınlar arasındaki perinatal ölüm hızınının beşte biri seviyesindedir (14).

Anneleri doğum sırasında “çok genç” ya da “çok yaşlı” olan, kısa bir doğum aralığından sonra doğan ya da anneleri çok fazla doğum yapmış olan bebeklerin ve çocukların erken çocukluk döneminde ölme olasılıkları oldukça yüksektir. Anneler doğum sırasında 18 yaşından küçük iseler “çok genç”, 34 veya daha yaşlı iseler “yaşlı” kategorilerinde yer almaktadır. Kısa doğum aralığı, bir önceki doğum ile aralığınının 24 aydan kısa olduğu durumlar için; yüksek doğum sırası, üçten daha fazla doğumdan (doğum sırası 4 ve daha fazla olanlar) sonra meydana gelen doğumlar için kullanılmaktadır. Doğumların bu üç özelliğe göre sınıflandırılmaları sonrasında doğum sıfır ila üç arasında herhangi bir yüksek risk kategorisine sahip olabilir. Doğumda anne yaşınının 18-34 olduğu ilk doğumlar dışındaki tüm doğumlar için bütün risk kategorileri önlenebilir niteliktedir. Doğumların yaklaşık üçte biri (yüzde 31) en az bir önlenebilir yüksek risk kategorisinde, yüzde 8’i ise 2 ya da daha fazla yüksek risk kategorisinde yer almaktadır. Doğumların diğer üçte birinin ise (yüzde 32), kaçınılmaz risk kategorisi olan, 18-34 yaş grubundaki annelerin ilk doğumları kategorisinde yer aldığı görölmektedir. Bu sonuçlar, Türkiye’de meydana gelen doğumların yüzde 63’ünün herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğunu göstermektedir. En sık karşılaşılan tekli risk kategorilerinin, doğum aralığınının 24

aydan kısa olduğu doğumlar (yüzde 8) ile doğum sırasının üçten daha fazla olduğu doğumlar (yüzde 8) olduğu görülmektedir (Tablo 8) (14).

**Tablo 8.** Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı (TNSA-2013).

Risk Kategorileri	Araştırmadan Önceki 5 Yıldaki Doğumlar		Halen Evli Olan Kadın Yüzdesi <sup>1</sup>
	Doğum Yüzdeleri	Risk Oranı	
<b>Hiçbir risk kategorisinde değil</b>	37.3	1.00	32.0 <sup>a</sup>
<b>Kaçınılmaz risk kategorisi</b>			
18-34 yaşları arasındaki ilk doğumlar	31.6	1.40	7.5
<b>Tek yüksek risk kategorisi</b>			
Annenin yaşı <18	1.8	0.52	0.1
Annenin yaşı >34	6.0	0.81	25.4
Doğum aralığı <24 ay	8.2	1.06	7.0
Doğum sırası >3	7.6	1.34	5.5
<b>Ara toplam</b>	23.6	1.05	38.0
<b>Çoklu yüksek risk kategorileri</b>			
Yaş <18 ve doğum aralığı <24 ay <sup>2</sup>	0.1	*	0.0
Yaş >34 ve doğum aralığı <24 ay	0.2	*	0.6
Yaş >34 ve doğum sırası >3	4.2	0.00	18.5
Yaş >34 ve doğum aralığı <24 ay ve doğum sırası >3	0.5	*	1.2
Doğum aralığı <24 ay ve doğum sırası >3	2.6	4.15	2.1
<b>Ara toplam</b>	7.5	1.43	22.5
<b>Herhangi bir yüksek risk kategorisi</b>	31.1	1.14	60.5
<b>Toplam</b>	100.0	NA	100.0
<b>Doğum sayısı / Kadın sayısı</b>	3.326	NA	6.655

Not: Risk oranı, yüksek risk kategorisindeki doğumlar arasındaki ölümlerin, herhangi bir yüksek risk kategorisinde olmayan doğumlar arasındaki ölümlere oranıdır.

NA= Uygun değil

<sup>1</sup>Araştırma tarihinde evli olan kadınların gebe kalması durumunda doğuracakları çocukların potansiyel olarak hangi risk kategorisine gireceğini göstermektedir. Bu kadınlar, araştırma sırasında yaş 17 yıl 3 aydan küçük olanlar, yaş 34 yıl ve 2 aydan büyük olanlar, son doğumunu 15 aydan daha kısa bir süre önce yapanlar ve son doğumları 3. veya daha sonraki olan kadınlardır.

<sup>2</sup>18 yaşından küçük olanların ve 3'ten fazla çocuk doğuranların olduğu kategoriler dahildir.

<sup>a</sup>Tüpleri bağlanmış kadınlar dahildir.

\*Ağırlıksız gözlem sayısı 25'ten daha azdır.

## 2.8. Yaşam Kalitesi

Sağlıklı yaşam ve sağlık, toplumlarda temel hak olarak kabul edilir. Bu kapsamda amaçlanan da uzun ve nitelikli bir hayat sürmektir. Yaşam süresi günümüzde uzun yaşam sürmenin nicel göstergelerinden biridir. Doğumda beklenen



yaşam süresi; toplumun, bireylerin doğduktan sonra ne kadar süre yaşadığını ifade eder. Onurlu, sağlıklı, refah düzeyi yüksek bir yaşam sürmek ise nitel gösterge olarak kabul edilmektedir. 1970'lerden bu yana bahsedilen yaşam kalitesi (Quality of Life-QoL) ise yaşamın nitelik açısından yeterli ve istenilen düzeyde olması anlamlarını içermektedir (25).

Yaşam kalitesi günümüzde önemi giderek artan ve sık kullanılan bir kavram haline gelmiştir. Yaşam kalitesi; ölüm ve yaşam süresi, engellilik, fonksiyonel durum, sosyal, psikolojik veya fiziksel sağlığın algılanması ve sosyal- kültürel dezavantajları içeren temel bir kavram olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda da kişilerin yaşamlarını değerli buldukları şekilde sürdürme yetileri, kendini gerçekleştirme, mutluluk, memnuniyet, ihtiyaç duyulan memnuniyet, olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel, fiziksel, sosyal, fonksiyonel faktörlerin birlikteliğinden oluşan iyilik hali olarak da ifade edilmektedir. Yaşam kalitesinin derecesini, maddi ve yapısal alanda tatmin olma, fiziksel, psikolojik, sosyal aktiviteler belirlemektedir (26,27).

Yaşam kalitesinin sağlıkta kullanımında ise sağlıkla ilgili birçok faktör birlikte ele alınmaktadır. Genel yaşam kalitesi tanımındaki gibi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi konusunda da kabul edilen tek bir tanım yoktur (28). Kalite terminolojisinin sağlık alanında kullanımının bir takım çekinceleri olacağı düşünülmektedir. Bu noktada yaşamın niteliğinin belirlenmesinde kullanılan doğuşta beklenen yaşam süresi (LE) ve doğuşta sağlığı ayarlanmış yaşam yılı (HALE) gibi göstergelerden bahsetmek gereklidir. HALE; bir kişinin doğduğunda tahmin edilen yeti yitimi ve/veya hastalık olmadan yaşanan yıl olarak süreyi ifade etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 1990 yılından bu yana LE artmakta ancak HALE değerinin LE'den geride kaldığı görülmektedir. İkisi arasındaki bu farkın yüksek olması yaşam kalitesi açısından istenilen değere ulaşamadığı anlamına gelmektedir (25).

Sağlıkta gelişimin belirleyicisi pozitif sağlık olup fiziksel, ekolojik, toplumsal ortamlarda, yaşam kalitesinin sağlıklı yaşam şekilleriyle artırılması anlamına gelir. Burada yaşam kalitesinin artırılması asıl önemli olandır. DSÖ'nün 21.yüzyıl hedefleri içinde; toplumdaki her bir bireyin daha iyi bir yaşam kalitesine sahip olması, toplumsal, ekonomik ve ruhsal anlamda üretken olması yer almaktadır (29). Buna karşılık nasıl sağlık yalnızca hastalıkların olmaması durumu değilse, yaşam kalitesi de sadece şikayetlerin olmaması anlamına gelmez (30).

### 2.8.1. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi

Toplumun sağlığı ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarda mortalite, morbidite düzeyi, riskli davranışlar gibi çeşitli göstergeler kullanılmıştır (31,32). Ancak toplumun sağlık düzeyi ile ilgili göstergelerin daha kapsayıcı ve kısa dönemdeki değişimlere daha duyarlı olması gerektiği anlaşılmıştır (33). Tek soruyla değerlendirilen bireyin kendi sağlığını bildirmesi anlamına gelen “Algılanan sağlık”, daha sonra sağlık ve iyilik hali tanımını içeren daha kapsamlı anketlerin geliştirilmesine neden olmuştur. Bunlar, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ölçekleridir (34). Bu konudaki ilk çalışmalar psikiyatri alanında olup 19. Yüzyıla uzanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün girişimleriyle günümüzün önemli konuları içerisindedir. Ülkemizde ise son yıllarda üzerinde durulan, ülkenin temel sağlık politika belgelerinden biri olan “21. Yüzyılda Herkese Sağlık, Türkiye'nin Hedef ve Stratejileri, sağlık 21 Programı” kapsamında ele alınmakta olup temel amaç; “Türkiye’de sağlık göstergelerini iyileştirerek; beklenen yaşam süresini uzatmak, yaşam kalitesini iyileştirmek, bölgeler arası sağlık düzeyi farklılıklarını mümkün olduğunca azaltmak” şeklinde belirlenmiştir. SİYK; kişinin yaşamı boyunca meydana gelen hastalıklar ve bunlar için yapılan tedavilerden etkilenen mutlu ve tatmin olma halidir. SİYK; kişinin ruhsal ve bedensel sağlık algısını kapsar ve bireysel ve toplumsal olarak iki boyutta incelenir. Bireysel kısım; kişinin sağlığını etkileyen risk faktörleri, sosyoekonomik durum, işlevsellik, sosyal destek kısmını kapsarken toplumsal kısım ise; toplumun sağlık algısı, işlevselliği ve bunları etkileyen koşullar, kaynaklar, politikaları kapsar. SİYK içerisinde; hastalık bulgu ve belirtileri, günlük fiziksel aktiviteleri yapma, sosyal rolleri gerçekleştirme entelektüel işlevsellik, duygusal durum, algılanan iyilik durumu ve genel anlamdaki tatmin hissi gibi temel bileşenler bulunur. Daha önceleri sağlık hizmeti sunumu sırasında hastalıklar ve ölümlerle ilgili tıbbi değerlendirmeler ve verilere dayalı sonuçlar oluşturulurken SİYK kavramı ile sağlık politikası yapanların, yöneticilerin, sağlık hizmetini sunanların ve araştırmacıların kararlarına ilgili taraflardan sağlık hizmeti alanlar da dahil olmak üzere sağlanan katkı daha da fazlalaşmıştır. Hizmetin sunumu, tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi, sağlık politikalarının belirlenmesi ve sağlık harcamalarında SİYK etkilidir. Toplumdaki sağlık sorunlarının yol açtığı kısa ya da uzun vadeli engellilik durumu, hastalık etkilerini ölçmek ve bireylerin iyilik hallerine

etkilerini değerlendirmek için SİYK'lar kullanılabilir. Ayrıca fiziksel ya da ruhsal sağlığı kötü olan grupların belirlenmesinde ve izlenmesinde, bunlara yönelik sağlık politikaları geliştirilmesinde, geliştirilecek programların izlenmesinde, geleceğe yönelik tedbirlerin alınmasında, sağlık programlarının yarar-maliyet ve yarar-etkililik durumlarının tespitinde faydalı olabilir. Anlık olarak kişinin kendi gözünden sağlık durumunun tanımlanmasını, kişilerin benzer özellik gösteren durumlarda neden farklı cevaplar verdiğinin anlaşılmasını da sağlayabilir. SİYK bir de, klinisyenler tarafından hastalıkların tedavisi sırasında kullanılan müdahale yöntemlerinin sağlık ekonomistleri ve politika yapımcılar tarafından etkililik ve maliyet etkililiklerinin belirlenmesinde kullanılabilir (25).

Kişinin duygu ve algılarına ait bilgilerin toplanması, SİYK ölçümünün hedefidir. SİYK birden çok soruyu içeren form yardımıyla profil tip ölçekler kullanılarak ölçüleceği gibi kişiye yaşam kalitesinin nasıl olduğunu soran tek bir sorudan ya da tek boyutlu bir değerlendirmeden oluşan indeks tip ölçekler kullanılarak da ölçülebilir. Uygulamalar; yüz yüze, telefonla ya da internet üzerinden kişilerle ya da sorulara yanıt veremeyecek durumdaki hastalar için hasta yakınlarıyla soruyu yanıtlama şeklinde yapılabilir. SİYK için yeni bir ölçek geliştirilecekse amacının çok iyi belirlenmesi, ölçülecek hedef ve durumların belirlenmesi, maddelerin yazılarak gözden geçirilmesi, ön deneme yapılması analizlerin yapılması çok önemlidir. Var olan bir ölçek uyarlanacaksa; kültürlerarası durumun özellikleri, çift dil bilen tercümanlarca orijinal dilden uygulanacak toplumun diline, çevrilen dilden orijinal dile yeniden çevrilmesi, ölçeğin ön değerlendirilmesinin yapılması, anlaşılabilirlik, cevaplanabilirlik, bütünlük, yanıtlanabilirlik gibi özellikler açısından değerlendirilmesi, geçerlilik güvenirliliğinin yapılması, puan ağırlıklandırmalarının kullanılacak topluma göre yeniden yapılması önem arz etmektedir (25).

### **2.8.2. Yaşam kalitesi ölçekleri**

Yaşam kalitesini değerlendirmek için bazı duruma özel ölçeklerden faydalanılmaktadır. Sınıflama;

1. Genel Ölçekler: Genel iyilik halini değerlendiren, yaşam kalitesinin tüm boyutlarını gösteren ölçeklerdir. Bu gruba giren ölçeklerden örnekler aşağıda verilmiştir.
  - a) Kısa form 36
  - b) WHOQOL (Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi ölçeği)
  - c) Hastalık etki profili ölçeği
  - d) Nottingham sağlık profili ölçeği
  - e) KATZ günlük yaşam kalitesi ölçeği
  - f) Sağlık değerlendirme ölçeği
  - g) EuroQol
2. Hastalığa özel ölçekler: Hastalığa ve popülasyona özel ölçeklerdir. Bu gruba giren ölçeklerden örnekler aşağıda verilmiştir.
  - a) FLIC fonksiyonel yaşam indeksi
  - b) EORTC QLQ (Avrupa kanser araştırma ve tedavi organizasyonu)
  - c) CARES (Kanser rehabilitasyon değerlendirme sistemi)
  - d) FACT (Kanser tedavisinin fonksiyonel değerlendirmesi)
  - e) QL(Spitzer yaşam kalitesi indeksi)
3. Yaşa göre ölçekler: Bu gruba giren ölçeklerden örnekler aşağıda verilmiştir.
  - a) YQOL-R (Gençlerin yaşam kalitesi araçları - araştırma versiyonu)
  - b) WHOQoL-BREF (yaşlılık dönemi yaşam kalite ölçeği)

Yaşam kalitesi ölçekleri kullanılırken mutlaka uygulanacak olan topluma uygun hale getirilmeli, geçerlilik-güvenirlilik çalışmaları yapılmalı, bu çalışmalar yapılırken cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, sosyoekonomik durumlara dikkat edilmelidir (25).

### **2.8.3. EUROHIS yaşam kalitesi ölçeği**

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeğinden (WHOQOL), 50'nin üzerindeki dil ve kültür için geçerli ve uygulanabilir olarak, en kısa genel amaçlı indeks olarak üretilmiş olan SİYK ölçeği olan EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL-8) ölçeğinin Türkçe sürümüdür (35,36).

1988 yılında Avrupa’da başlayan EUROHIS projesinin amacı; 8 temel göstergenin (kronik bedensel sağlık sorunları, akıl sağlığı, alkol tüketimi, fiziksel aktivite, tedavi edici hizmetlerin kullanımı, ilaç kullanımı, koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımı ve yaşam kalitesi) sahada kullanımına uygun yaşam kalitesi anketleri oluşturmaktır. Çok merkezli bir çalışmada eş zamanlı olarak WHOQOL ölçekleri geliştirilmiştir. WHOQOL-100 ve kısa formu olan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. WHOQOL-BREF 26 soru ve 4 kısımdan (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevresel iyilik) oluşan kısa sürümdür. Ölçeğin Türkçe sürümünün geçerliliği gösterilmiştir. EUROHIS-QOL.8 (WHOQOL-8), WHOQOL’den belirli bir metodolojiye dayanarak seçilmiş olan 8 sorudan oluşmaktadır (37,38). Bu sorulardan iki tanesi WHOQOL’ün genel sağlık ve genel yaşam kalitesi soruları, geri kalan 6 soru da bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel kısımlardan alınan sorularından oluşmaktadır (34).

Bu ölçekte toplam skor, maddelerin toplamı ya da ortalaması alınarak hesaplanır. Ölçeğin Türkçe sürümü daha önceden kullanılmakta olan WHOQOL-BREF ölçeğinden çekilerek 2010 yılında Eser ve arkadaşları tarafından oluşturulmuş ve alan uygulama verisi üzerinde güvenilirlik ve geçerlilik çözümlenmeleri yapılmıştır. Güvenilirlik “madde analizi” ve “iç tutarlılık” yaklaşımı ile gösterilerek iç tutarlılık için Cronbach alfa değeri 0.7’den büyük bulunmuş ve yeterli olduğu ifade edilmiştir. Geçerlilikte ise; ölçüt geçerliliği ve yapısal geçerlilik yaklaşımları kullanılmıştır (34). Türk toplumunda sağlık düzeyinin değerlendirilmesinde ve sağlıkta eşitsizlik araştırmalarında EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) ölçeğinden yararlanılabilir (34,37).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma; olgu-kontrol tipinde bir araştırmadır.

#### 3.2. Araştırmanın Yeri

Zonguldak, taşkömürü havzalarına sahip olduğunun tam olarak tespit edildiği 1830'lu yıllara kadar bir köydü. Cumhuriyet devrinde hızla gelişmiştir. Bulunduğu arazi sazlık ve bataklık olduğu için “Zongalık” (sazlık) adı verilmişti. Daha sonra modern bir şehir halini alan kentin adı halk tarafından Zonguldak olarak söylenmiştir. Zonguldak isminin; Zongalık (sazlık), sıtma titremesini ifade eden zonklamak, sisli bir havada gemisiyle buraya giren kaptanın sis sonrası burası zongalıkmiş ifadesinden, semer otu'na (kemer otu, kındıra otu) zongura denmesinden, Sandraka / Sandrake adıyla bilinen yerleşim ve Sandra Çayından, Göldağı kesimi ya da bölgesi anlamına gelen “ Zone Ghuel Dagh” ın Türkçe okunuşundan aldığı rivayet edilmektedir. Zonguldak, 1 Nisan 1924 tarihinde, Cumhuriyet sonrası kurulan ilk ilimizdir (39).

Zonguldak Karadeniz'e batı ve kuzeyden kıyısı olan, Batı Karadeniz Bölgesi'nde yer alan, kuzeydoğusunda Bartın, doğusunda Karabük, güneyinde Bolu ve batısında Düzce illeriyle komşudur.

Zonguldak'ta merkez ilçe dahil 8 ilçe, 25 belediye ve 372 köy bulunmaktadır. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) sonuçlarına göre 2010 nüfusu 619.703, 2011 nüfusu 612.406, 2015 nüfusu ise 595.907'dir. Batı Karadeniz Bölgesinde yer alan Zonguldak, 3 306 km<sup>2</sup>'lik (göl dahil) yüzölçümüyle Türkiye topraklarının ‰ (binde) 4.2'sini kaplar. 2014-2015 dönemi yıllık nüfus artış hızı ‰-4.8 ile azalan bir yapıya sahiptir. Nüfusun 294.679'u erkek, 301.228'i kadınlardan oluşmakta olup nüfus yoğunluğu 180'dir. 2013-2014 döneminde doğuştan beklenen yaşam süresi erkeklerde 75.0, kadınlarda 80.7 yaşdır. 2015-2016 döneminde göç hızı ‰-3.2'dir (39).

Tablo 9’da Zonguldak ilinde 2011-2013 yılları arasında, 6 yaş ve üstü yaştaki nüfus için okuma yazma durumu ve cinsiyete göre nüfus verileri görülmektedir (39).

**Tablo 9.** Okuma Yazma Durumu ve Cinsiyete Göre Nüfus, 2011-2013 (6 ve Daha Yukarı Yaştaki Nüfus).

Yıllar	Okuma yazma bilen		Okuma yazma bilmeyen		Bilinmeyen	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
2011	266.339	248.371	5346	32.261	5293	5345
2012	264.958	247.929	4976	30.922	4791	4.877
2013	263.464	247.531	4675	29.682	4714	4790

Tablo 10’da 2010-2013 yılları arasında Zonguldak iline ait doğum sayılarının cinsiyete göre dağılımları görülmektedir (39).

**Tablo 10.** Cinsiyete Göre Doğumlar.

Yıllar	Toplam	Erkek	Kız
2010	8312	4298	4014
2011	7754	4026	3728
2012	7678	3882	3796
2013	7282	3753	3529

İlde bulunan Bülent Ecevit Üniversitesi, Zonguldak kent merkezinde ve Merkez, Kozlu, Kilimli, Alaplı, Ereğli, Çaycuma, Devrek, Gökçeşey ilçelerinde 11 ayrı kampüste bulunan 1992’de Zonguldak Karaelmas Üniversitesi adı ile kurulmuş daha sonra 2012 yılında Bülent Ecevit Üniversitesi adını almıştır. Halen 11 fakülte, 3 enstitü, 5 yüksekokul, 7 meslek yüksekokulu, 1 devlet konservatuvarı ve 30 uygulama ve araştırma merkezi ile akademik faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu birimlerde 1129 öğretim elemanı, 1207 idari personel ve 29.424 öğrenci mevcuttur.

### 3.3. Araştırma Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini 2010-2011 yıllarında Zonguldak ilinde canlı doğan bebekler (canlı doğup ölen ve yaşayan tüm bebekler) oluşturmaktadır.

Örneklem seçimi sırasında 2010 ve 2011 yılında canlı doğup bir yılını tamamlamadan ölen, 22 haftadan büyük ya da 500 gramın üzerindeki 106 bebeğin tümüne ulaşmak amaçlanmıştır. Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Bebek Ölümleri Komisyonu tarafından incelenen 95 bebeğin dosyalarına erişilmiştir (11 bebeğin başka illerde ölmesi nedeniyle bebek ölümü inceleme komisyonu ilgili ilde toplanmıştır). Her ölen bebeğe karşı, Zonguldak ilini ve çalışmaya alınan yılları temsil etmesi nedeniyle 4 tane yaşayan bebek alınması kararlaştırılmış ve  $(95 \times 4=380)$  380 yaşayan bebeğe ulaşılması öngörülmüştür.

Ancak ölen bebeklerden; 95 bebeğin dosyasından 67'sinin iletişim bilgilerine ulaşılabilmesi nedeniyle araştırmaya 67 ölen bebek ve yaşayan bebeklerden göç, evde olmama nedenleriyle 380 bebekten 343 tanesine ulaşılabilmesi nedeniyle 343 yaşayan bebek olmak üzere çalışmaya toplam 410 bebek alınmıştır.

Ölümlerin gerçekleştiği dönemde doğmuş ve hala yaşamaya devam eden bebeklerin seçimi, ildeki tüm aile hekimlerinin listeli kayıtlarından, rastgele sayılar tablosuna göre yapılmıştır.

Bebeği ölen annelerin 37'si, bebeği yaşayan annelerin 329'u olmak üzere toplamda 366 anne, yaşam kalitesi anketinin uygulanmasını kabul etmiştir.

### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

#### 3.4.1. Bağımlı değişkenler

Araştırmanın iki bağımlı değişkeni vardır:

- Bebek ölümü
- Yaşam kalitesi



### 3.4.2. Bağımsız değişkenler

Araştırmanın bağımsız değişkenleri aşağıdadır:

#### 1. Bebeğe ait değişkenler;

- Bebeğin ikamet yeri
- Bebeğin cinsiyeti
- Bebeğin doğum tarihi
- Bebeğin doğum ağırlığı
- Bebeğin doğumdaki gestasyon haftası
- Bebeğin doğum yeri
- Bebeğin doğum şekli
- Bebeğin ölüm tarihi
- Bebeğin ölüm yeri
- Bebeğin temel ölüm nedeni
- Bebeğin son ölüm nedeni
- Bebeğin ölümünün önlenilebilir olup olmadığı
- Bebek izlem sayısı

#### 2. Anne ve babaya ait sosyo-demografik değişkenler;

- Annenin yaşı
- Babanın yaşı
- Annenin öğrenim durumu
- Babanın öğrenim durumu
- Ailenin aylık toplam geliri
- Ailede yaşayan toplam kişi sayısı
- Annenin mesleği
- Babanın mesleği
- Evin geçimini kimin sağladığı

#### 3. Anneye ait değişkenler;

- Annenin kaçınıcı gebeliği olduğu
- Daha önceki gebeliklerin sonlanma şekli
- Kaç gebelik izlemi yapıldığı
- Gebelik izlemlerinin nerede yapıldığı

- İzlemede yapılan işlemlere ilişkin değişkenler:
  - Birinci gebelik izleminde tansiyona bakıldı mı?
  - İkinci gebelik izleminde tansiyona bakıldı mı?
  - Üçüncü gebelik izleminde tansiyona bakıldı mı?
  - Dördüncü gebelik izleminde tansiyona bakıldı mı?
  - Birinci gebelik izleminde ödem değerlendirildi mi?
  - İkinci gebelik izleminde ödem değerlendirildi mi?
  - Üçüncü gebelik izleminde ödem değerlendirildi mi?
  - Dördüncü gebelik izleminde ödem değerlendirildi mi?
  - Gebeliği boyunca anneye Hb bakılmış mı?
  - Annede anemi var mıdır?
  - Anne gebeliği süresince demir preparatı kullanmış mı?
  - Annenin daha önceki gebeliğinde risk faktörü var mı?
  - Annede gebelik takibi sırasında risk saptanmış mı?
  - Annede gebelik takibi sırasında kaç risk faktörü saptanmış?
  - Annede gebelik takibi sırasında risk faktörü varsa uzmana gitmiş mi?
  - Annenin gebelik takibi sırasında kaç kez uzman takibi var?
  - Anneye gebelik takibi sırasında USG yapılmış mı?
  - Eğer yaptırdıysa kaç kez USG yapılmış?
  - Anne gebelik takibi sırasında ikili/ üçlü test yapılmış mı?
  - Eğer yaptırdıysa ikili/ üçlü test sonucu nedir?
  - Annenin kronik bir hastalık varlığı mı?
  - Annenin kronik bir hastalığı varsa ilaç kullanıyor mu?
  - Anne bu gebeliğinde idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş mi?

### 3.5. Veri Toplama Yöntemi

- Veriler; ölen ve yaşayan bebekler için, bebek ve gebe izlem kartları, ev halkı tespit fişi, 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadın kartları, İl Bebek Ölümü Komisyonu Raporları, Risk Değerlendirme Formlarından yararlanılarak hazırlanan 46 soru içeren veri toplama formu, Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye kazandırılan 8 soruluk EUROHIS

(WHOQOL-8.Tr) Türkçe Sürümü Anketi kullanılarak toplanmıştır. Yaşam kalitesi anketi, bebeği ölen ve yaşayan tüm annelere 1-15 Kasım 2012 tarihleri arasında telefonla ulaşılarak uygulanmıştır.

- Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü ve Aile Hekimlerinin kayıtlarında yer alan;
  - İl Bebek Ölümü Komisyon Raporlarından
  - Gebe izlem kartlarından
  - Bebek izlem kartlarından
  - 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadın kartlarından
  - Risk değerlendirme formundan (yüksek riskli gebeler için)
  - Ev Halkı Tespit Fişlerinde (ETF) yer alan bilgilerden faydalanılmıştır.
- Gebelikle ilgili risk faktörleri; birinci basamakta çalışan sağlık personeli tarafından gebe izlemlerinde doldurulan risk değerlendirme formundan alınmış olup veriler hiç risk faktörü yok, 1 risk faktörü var, 2 ve üzeri risk faktörü var olarak toplanmıştır.
- Bebek ölümleri ile ilgili tüm verilere Bebek Ölümü İl Komisyon raporlarından ulaşılmıştır (ölüm nedenleri, ölüm zamanı, önlenebilirlik durumu gibi).

Araştırmanın veri toplama aşaması, 2012 Temmuz- 2013 Temmuz arasında tamamlanmıştır. Veri toplama formları ve EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe Sürümü Anketi Ek 1, Ek 2, Ek 3’de sunulmuştur.

Araştırmacı anket uygulama/toplama aşamalarının tümünü kendisi gerçekleştirmiştir.

### **3.5.1. Veri formunun hazırlanması**

Veri formları hazırlanırken; Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü ve Aile Hekimlerinin kayıtlarında yer alan Gebe izlem kartları, Bebek izlem kartları, 15-49 yaş doğurganlık çağındaki kadın izlem kartları ve ETF içerisinde yer alan bilgilerden faydalanılmıştır. Forma, buralarda yer almayan anne ve babanın mesleği, ailenin aylık geliri, evin geçimini kim sağlıyor soruları eklenmiş ve bunlar telefon görüşmesi sırasında anneye yöneltilmiştir.

### 3.6. Araştırmada Yararlanılan Ölçeklerin Ayrıntıları

#### 3.6.1. Yararlanılan ölçekler ve seçilme/kullanılma gerekçeleri

Bu araştırmada; Eser ve arkadaşları tarafından Türkçeye kazandırılan 8 soruluk EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe Sürümü Anketi kullanılmıştır.

EUROHIS (WHOQOL-8.Tr); WHOQOL-Bref ölçeğinden belirli soruların seçilmesiyle üretilen, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (SİYK) ölçeğidir. İki genel soru olmak üzere 8 sorudan oluşmaktadır. Yanıt seçenekleri 5’li Likert tipindedir. Yanıt seçeneklerinin uç sözcükleri “hiç” ve “tamamen”dir. Puan arttıkça yaşam kalitesi de iyileşmektedir. Ölçek, soruların ortalaması alınarak, sorular toplanarak ya da bu toplamın 100’e dönüştürülmesi gibi alternatif yöntemlerle puanlanabilmektedir. Ölçeğin ilk sorusu genel yaşam kalitesi algısı, ikinci sorusu ise genel sağlık algısı sorularıdır. Bu nedenle Türkçe sürümde bu iki sorunun hiçbirinin yanıtız olmaması istenmektedir. Bu iki sorudan birisi cevapsız bırakılırsa skorun hesaplanması önerilmez. Ancak geri kalan 6 sorudan en çok birisinin cevapsız bırakılmasına izin verilebilir. Diğer soruların ortalaması cevapsız soru yerine konularak hesaplama yapılır. Bu altı soru: enerji (3. soru), günlük yaşam becerilerinden hoşnut olmak (4. soru), kendinden hoşnut olmak (5. soru), diğer kişilerle olan ilişkiden hoşnut olmak (6. soru), para (7. soru) ve yaşanan evin koşulları (8. soru) ile ilgili sorulardır (34,37).

### 3.7. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın verileri, SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) programı versiyon 20,0 paket programı (*lisans numarası; 4-2dbc224-28e7c4-1dcb610-2547d*) kullanılarak değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Kolmogrov Smirnov testi ile dağılımların normal olup olmadığına bakılmış ve dağılımların normal olmadığı görülmüştür. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare testi, Fisher’in kesin testi ve Mann- Whitney U testleri kullanılmıştır. Sınır değer istatistiksel anlamlılık için  $p < 0.05$  olarak alınmıştır. Bebek

ölümlerini etkileyen faktörler ve ölen ve yaşayan bebeklerin annelerine ait yaşam kalite skorlarının değerlendirilmesinde lojistik regresyon ve lineer regresyon analizi kullanılmıştır.

### **3.8. Etik Konular**

Bu doktora tez çalışması için, Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İlaç Dışı, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar onayı alınmıştır. Onay formu Ek 4’de sunulmuştur.

Telefon görüşmeleri sırasında annelere çalışma ile ilgili bilgi verilmiş, Bülent Ecevit Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anket Araştırmaları İçin) okunmuş ve görüşmeyi kabul ederek anketi yanıtlayan kişilerin araştırmaya katılım için onam verdiği kabul edilmiştir.

Araştırma için Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır.

Ayrıca kişiler araştırmacıya ait bir mobil telefondan aranmış ve araştırma ile ilgili sormak istedikleri konularda bu numaradan araştırmacıya ulaşılabilecekleri bildirilerek, araştırmacının güncel iş adresi kişilere verilmiştir.

### **3.9. Araştırmada Karşılaşılan Güçlükler**

Araştırma sırasında özellikle bebekleri ölen annelere ulaşmakta güçlükler yaşanmıştır. Dosyalarda yer alan iletişim bilgilerinde adı geçen kişilerin olmadığı, bebekleri ölen annelerin bazılarının eşlerinden veya ilden ayrıldıkları, telefon numaralarının daha çok kayınvalide kayınpederlere ait olduğu, annelere ait iletişim bilgilerini bilmedikleri ya da vermek istemedikleri görülmüştür. Ya da bebekleri ölen bazı anneler bu konuda konuşmayı kabul etmemişlerdir. Ayrıca il dışında ölen bebeklere ait dosyalara ulaşılamaması ve ulaşılan dosyalardan bazılarında ailelere ait iletişim bilgilerinin olmaması ya da yanlış olması karşılaşılan diğer güçlüklerdir.

### 3.10. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bebek ölümleri dosyalarının tümüne ulaşılabilmesi araştırmanın kısıtlılığdır. Ayrıca verilerin tamamına dosyalar üzerinden ulaşılabilmesi (anne yaşı, baba yaşı, anne öğrenim durumu, baba öğrenim durumu, aylık gelir, ailede yaşayan toplam kişi sayısı, annenin işi, babanın işi), bazı annelerin bu sorulara cevap vermek istememesi, yaşam kalitesi anketlerinin uygulanmasını kabul etmemeleri verilerin tamamına ulaşılabilmesine neden olmuştur. Görüşmelerin telefonla yapılmış olması buna yol açmış olabilir.



#### 4. BULGULAR

Bebeklere ait sosyodemografik özellikler incelendiğinde %52'sinin erkek olduğu ve %71.7'sinin ilçede yaşadığı görülmüştür (Tablo 11).

**Tablo 11.** Bebeklere Ait Sosyodemografik Özellikler.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)*
<b>Bebeklerin cinsiyeti</b>		
Erkek	213	52.0
Kız	197	48.0
<b>İkamet yeri</b>		
İlçe	294	71.7
İl merkezi	116	28.3
Toplam	410	100.0

\*Kolon yüzdesi

Bebeklere ait doğumla ilgili özellikler incelendiğinde, %74.6'sının gestasyon haftasının 38 hafta ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Doğumların %66.8'i devlet hastanesinde, %16.3'ü üniversite hastanesinde, %13.9'u özel hastanede ve %2.9'u evde-yolda gerçekleşmiştir. Bebeklerin %58.5'i sezaryenle doğmuştur (Tablo 12).

**Tablo 12.** Bebeklere Ait Doğumla İlgili Özellikler.

<b>Doğumla İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)*</b>
<b>Gestasyon haftası</b>		
22-34hafta	39	9.5
35-37 hafta	65	15.9
38 hafta ve üzeri	306	74.6
<b>Doğum ağırlığı (gram)</b>		
2500 altı	63	15.4
2500 ve üzeri	347	84.6
<b>Doğum yeri</b>		
Evde-yolda	12	2.9
Devlet hastanesi	274	66.8
Üniversite hastanesi	67	16.3
Özel hastane	57	13.9
<b>Doğum şekli</b>		
Normal doğum	170	41.5
Sezaryen	240	58.5
Toplam	410	100.0

\*Kolon yüzdesi

Canlı doğup ölen bebeklerin %77.6'sı 0-6 gün içinde ölmüştür. %41.8 ile ölümler en çok üniversite hastanesinde gerçekleşmiştir (Tablo 13).

**Tablo 13.** Bebeklere Ait Ölüme İlişkin Özellikler.

<b>Ölüme İlişkin Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde (%)*</b>
<b>Ölüm zamanı (gün)</b>		
0-6	52	77.6
7-28	3	4.5
29-364	12	17.9
<b>Ölüm yeri</b>		
Evde-yolda	4	6.0
Devlet hastanesi	21	31.3
Üniversite hastanesi	28	41.8
Özel hastane	14	20.9
Toplam	67	100.0

\*Kolon yüzdesi



Annelerin yaş ortalaması 28.9 ve standart sapması 5.2, %39.3'ü 25-29 yaş aralığında yer almaktadır. Sadece 2 annenin yaşı 18 yaş altında, %0.5'dir (yaşayan bebeklerde 1 anne (%0.3), ölen bebeklerde 1 anne (%1.5)). Baba yaşı ortalaması 31.8, standart sapması 5.5, %39.1, 30-34 yaş arasında yer almaktadır. Anneler arasında %44.1 en fazla ilkokul ve babalar arasında %34.0 lise mezunu bulunmaktadır. Annelerin %13.3'ü, babaların %14.6'sı üniversite mezunudur. Annelerin %85.9 çalışmamaktadır. Ailede yaşayan kişi sayısı 4'ün altında olanlar %62.3, aileye giren aylık gelir 1300 TL'nin altında olanlar %54.5'dir (Tablo 14).



**Tablo 14.** Annelere ve Babalara Ait Sosyodemografik Özellikler.

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	Yüzde (%)
<b>Annenin yaşı (n=407)</b>		
24 yaş ve altı	83	20.4
25-29 yaş	160	39.3
30-34 yaş	103	25.3
35 yaş ve üzeri	61	15.0
<b>Babaların yaşı (n=404)</b>		
24 yaş ve altı	26	6.4
25-29 yaş	115	28.5
30-34 yaş	158	39.1
35 yaş ve üzeri	105	26.0
<b>Annenin öğrenim durumu (n=406)</b>		
En fazla ilkokul	179	44.1
Ortaokul	111	27.3
Lise	62	15.3
YO/Üniversite	54	13.3
<b>Babanın öğrenim durumu (n=397)</b>		
En fazla ilkokul	119	30.0
Ortaokul	85	21.4
Lise	135	34.0
YO/Üniversite	58	14.6
<b>Annenin çalışma durumu (n=410)</b>		
Çalışmıyor	352	85.9
Çalışıyor	58	14.1
<b>Babanın çalışma durumu (n=410)</b>		
Çalışmıyor	20	4.9
Çalışıyor	390	95.1
<b>Ailedeki toplam kişi sayısı (n=403)</b>		
4 ve altı	251	62.3
5 ve üstü	152	37.7
<b>Ailenin toplam aylık geliri (n=352)</b>		
1300 ve altı	192	54.5
1300 üstü	160	45.5
<b>Baba harcamalara katılıyor mu? (n= 405)</b>		
Katılmıyor	32	7.9
Katılıyor	373	92.1

\*Kolon yüzdesi

Tablo 15’de annelerin biyodemografik özellikleri görülmektedir Annelerin %39.8’i 1, %14.1’i ise 4 ve daha fazla gebelik yaşamıştır. %25.7’sinin düşük öyküsü olup, %1.6’sının ölü doğumu, %1.9’nun bebek ölümü olmuştur. Annelerin %71.7’si gebelikleri boyunca 4 ve üzeri kez izlenmiş olup en fazla izlem birinci basamakta, sağlık ocağı/ASM’lerdedir (%75.1). Gebe izlem ortalaması yaşayan bebeklerde  $4.5\pm 2.3$ , ölen bebeklerde ise  $9.6\pm 4.8$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 15.** Annelere Ait Biyodemografik Özellikler.

<b>Biyodemografik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde*</b>
<b>Kaçıncı gebelik? (n= 410)</b>		
1	163	39.8
2-3	189	46.1
4 ve üstü	58	14.1
<b>Daha önceki gebelik varsa nasıl sonlanmış? (n=257)</b>		
Düşük	66	25.7
Ölü doğum	4	1.6
Tıbbi tahliye	6	2.3
Canlı doğum	176	68.5
Canlı doğup ölmüş	5	1.9
<b>Gebelikte kaç kez izlenmiş? (n=410)</b>		
Hiç izlenmemiş	5	1.2
1-3	111	27.1
4 ve üzeri	294	71.7
<b>Gebelikte izlemleri nerede yapılmış? (n=410)</b>		
Sağlık ocağı/ASM	308	75.1
Devlet hastanesi	61	14.9
Üniversite hastanesi	23	5.6
Özel hastane	18	4.4

\*Kolon yüzdesi

Tablo 16’da; yaşayan bebeklerin daha çok ilçede ikamet ettikleri görülürken, bebek ölümünün merkezde ikamet eden bebeklerde ilçede ikamet eden bebeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Yaşayan bebeklerin doğum ağırlıkları ile ölen bebeklerin doğum ağırlıkları arasındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Yaşayan bebeklerin daha çok 38 hafta ve üstü gestasyon haftalarında doğduğunu, 22-34 gestasyon haftasında doğan bebeklerde ölümün yüksek olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.001$ ). Ölen bebekler arasında doğumun evde-yolda olması anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.033$ ). Yaşayan bebekler arasında ise devlet hastanesinde doğum, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.01$ ). Ölen bebeklerin daha çok sezeryanla doğduğu ve bunun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ( $p<0.001$ ).



**Tablo 16.** Ölen ve Yaşayan Bebeklere Ait Verilerin Karşılaştırılması.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%*	sayı	%*	sayı	%*
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek	38	17.8	175	82.2	213	100.0
Kız	29	14.7	168	85.3	197	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.39</i>	<b>OR=0.8</b>		<b>GA=0.5-1.3</b>			
<b>İkamet yeri</b>						
Merkez	34	29.3	82	70.7	116	100.0
İlçe	33	11.2	261	88.8	294	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<b>OR=0.3</b>		<b>GA=0.3-0.5</b>			
<b>Doğum ağırlığı (gr)</b>						
2500 altı	43	68.3	20	31.7	63	100.0
2500 ve üzeri	24	6.9	323	93.1	347	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<b>OR=0.03</b>		<b>GA=0.02-0.1</b>			
<b>Gestasyon haftası</b>						
22-34**	29	74.4	10	25.6	39	100.0
35-37	24	36.9	41	63.1	65	100.0
>38	14	4.6	292	95.4	306	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>						
<b>Doğum yeri</b>						
Evde yolda***	4	33.3	8	66.7	12	100.0
Devlet hast.****	30	10.9	244	89.1	274	100.0
Üniversite hast.	19	28.4	48	71.6	67	100.0
Özel hast.****	14	24.6	43	75.4	57	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>						
<b>Doğum şekli</b>						
Normal doğum	40	23.5	130	76.5	170	100.0
Sezaryen	27	11.3	213	88.8	240	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.001</i>	<b>OR=2.4</b>		<b>GA=1.4-4.1</b>			
<b>Bebek izlemi</b>						
8 ve altı	65	23.8	209	76.2	274	100.0
9 ve üzeri	2	1.5	134	98.5	136	100.0
Toplam	67	16.4	343	83.6	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<b>OR=0.05</b>		<b>GA=0.01-0.2</b>			

\*Satır yüzdesi

\*\*22-34 hft ve 35 ve üstü hft karşılaştırılması  $p<0.001$  OR=0.04 GA=0.02-0.09\*\*\*evde yolda ve sağlık kuruluşu  $p=0.033$  OR=0.1 GA= 0.02-0.8\*\*\*\*devlet hast ve diğer sağlık kuruluşu  $p<0.001$  OR=3 GA=1.8-5.2

Ölen bebeklerin %77.6'sının 0-6 gün içinde (erken neonatal ), %4.5'nin 7-28 günde (geç neonatal) ve %17.9'unun 29-364 günde (postneonatal) öldüğü görülmüştür. Ölüm yerlerinin ise %41.8 ile en çok üniversite, %4 ile de en az evde-yolda olduğu görülmektedir. Bebek ölümü komisyon dosyalarına göre bebek ölümlerinin %95.5 oranında önlenemez nedenlerden olduğu izlenmiştir (Tablo 17).

**Tablo 17.** Ölen Bebeklerin Ölüm Zamanı, Ölüm Yeri Dağılımları ve Ölümün Önlenebilirlik Durumu.

<b>Ölen Bebekler</b>		
	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
<b>Ölüm zamanı (gün)</b>		
0-6 gün	52	77.6
7-28 gün	3	4.5
29-364 gün	12	17.9
<b>Ölüm Yeri</b>		
Evde-yolda	4	6.0
Devlet hastanesi	21	31.3
Üniversite hastanesi	28	41.8
Özel hastane	14	20.9
<b>Önlenebilirlik</b>		
Önlenebilir	1	1.5
Önlenemez	64	95.5
Kesin karar yok	2	3.0
<b>Toplam</b>	<b>67</b>	<b>100.0</b>

\*Kolon yüzdesi

Bebeklerin temel ölüm nedenlerinin dağılımı Tablo 18'de gösterilmiştir. Ölümünün %34.3'nün prematürite kaynaklı olduğu izlenmektedir.

**Tablo 18.** Bebeklerin Temel Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.

<b>Temel Ölüm Nedenleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Prematürite	23	34.3
Nörolojik hastalık	8	11.9
Perinatal asfiksi	7	10.4
RDS	7	10.4
Bilinmiyor	6	9.0
Diğer solunum sist. hast.**	5	7.5
Konjenital anomali	3	4.5
Metabolik hastalık	3	4.5
Sepsis	2	3.0
Konjenital kalp hastalığı	2	3.0
Ani bebek ölümü sendrom	1	1.5
<b>Toplam</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

\*Kolon yüzdesi

\*\*Aspirasyon pnömonisi, pnömoni, kr. AC hast.

Bebeklerin son ölüm nedenlerinin dağılımı Tablo 19’da gösterilmiştir. Ölümünün %23.9’nun prematürite kaynaklı olduğu izlenmektedir.

**Tablo 19.** Bebeklerin Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.

<b>Son Ölüm Nedenleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>%*</b>
Prematürite	16	23.9
RDS	10	14.9
Diğer solunum sist. hast.**	10	14.9
Sepsis	9	13.4
Bilinmiyor	6	9.0
Perinatal asfiksi	5	7.5
Nörolojik hastalık	5	7.5
Konjenital anomali	2	3.0
Konjenital kalp hastalığı	2	3.0
Metabolik hastalık	1	1.5
Ani bebek ölümü sendrom	1	1.5
<b>Toplam</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

\*Kolon yüzdesi

\*\*Aspirasyon pnömonisi, pnömoni, kr. AC hast.

Tablo 20’de son ölüm nedenlerinden ilk 4’ünün ölüm zamanlarına göre dağılımı incelenmiştir ve ölümlerin %73.3’nün 0-6 gün içinde meydana geldiği, 0-6 gün içinde en sık ölüm nedeninin prematürite olduğu görülmektedir.

**Tablo 20.** Son Ölüm Nedenlerine Göre Ölümlerin Meydana Geliş Zamanı Dağılımı.

Ölüm Nedenleri	Bebek Ölüm Zamanları							
	0-6 gün		7-28 gün		29-364 gün		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Prematürite	14	42.4	1	50.0	1	10.0	16	35.5
RDS	8	24.2	0	0.0	2	20.0	10	22.2
Diğer solunum sist. hast.	6	18.1	0	0.0	4	40.0	10	22.2
Sepsis	5	15.2	1	50.0	3	30.0	9	20.0
<b>Toplam</b>	<b>33</b>	<b>100.0</b>	<b>2</b>	<b>100.0</b>	<b>10</b>	<b>100.0</b>	<b>45</b>	<b>100.0</b>

\*Kolon yüzdesi

Tablo 21’de bebeklerin ölüm zamanlarına göre annelerdeki risk faktörü varlığı gösterilmekte olup 7-28. Günlerde ölen bebeklerin annelerinde %66.7, 29-364. günde ölen bebeklerin annelerinde ise %72.7 oranlarında risk faktörü varlığı bulunmuştur.

**Tablo 21.** Annelerde Risk Faktörü Varlığına Göre Bebek Ölümünün Meydana Geliş Zamanının Dağılımı.

Annede Risk Faktörü	Bebek Ölüm Zamanları							
	0-6 gün		7-28 gün		29-364 gün		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Risk yok	30	63.8	1	33.3	3	27.3	34	55.7
Risk var	17	36.2	2	66.7	8	72.7	27	44.3
<b>Toplam</b>	<b>47</b>	<b>100.0</b>	<b>3</b>	<b>100.0</b>	<b>11</b>	<b>100.0</b>	<b>61</b>	<b>100.0</b>

\*Kolon yüzdesi

Tablo 22’de annelerdeki risk faktörlerinin son ölüm nedenlerinden ilk 4’üne göre dağılımı incelenmiştir. Sepsis ve RDS’den ölen bebeklerin annelerinde %50 risk faktörü varlığı saptanmıştır.



**Tablo 22.** Annelerdeki Risk Faktörü Varlığına Göre Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.

Annede Risk Faktörü	Son Ölüm Nedenleri									
	Prematürite		Sepsis		Sol. sist. hast.		RDS		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
Risk yok	8	53.3	4	50.0	5	62.5	4	50.0	21	53.8
Risk var	7	46.7	4	50.0	3	37.5	4	50.0	18	46.2
Toplam	15	100.0	8	100.0	8	100.0	8	100.0	39	100.0

\*Kolon yüzdesi

Tablo 23’de, annelerin yaşlarının son ölüm nedenlerinden ilk 4’üne göre dağılımı incelenmiştir. 24 yaş ve altı annelerin bebeklerinin %40’ının prematüriteden, 25-34 yaş arasında %36’sının sepsisten, 35 yaş ve üstünde ise %80’nin prematüriteden öldüğü izlenmektedir.

**Tablo 23.** Annelerin Yaş Gruplarına Göre Bebeklerin Son Ölüm Nedenlerinin Dağılımı.

Annenin Yaşı	Son Ölüm Nedenleri									
	Prematürite		Sepsis		Sol. sist. hast.		RDS		Toplam	
	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*	Sayı	%*
24 ve altı	6	40.0	0	0.0	4	26.7	5	33.3	15	100.0
25-34	6	24.0	9	36.0	6	24.0	4	16.0	25	100.0
35 ve üstü	4	80.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	5	100.0
Toplam	16	35.6	9	20.0	10	22.2	10	22.2	45	100.0

\*Satır yüzdesi

Tablo 24’te yaşayan bebeklerden 3’ünün anne ve 6’sının baba yaşı bilinmemektedir. Anneler daha çok 25-29 yaş aralığında olup, ölen ve yaşayan bebeklerin annelerinin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. 24 yaşın altında olan babaların bebeklerinde ölüm daha sık izlenmekte olup istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p=0.002$ ).

Yaşayan ve ölen bebeklerde annelerin öğrenim durumunun en fazla ilkokul olduğu ancak aralarında bir fark olmadığı izlenmektedir. Babaların öğrenim durumuna bakıldığında ise en fazla ilkokul mezunu olanlarda bebek ölümünün daha

fazla olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.001$ ). Eğitim durumları arttıkça bebek ölümlülüğünün azaldığı görülmektedir.

Annelerin çalışıp çalışmama durumu arasında anlamlı bir fark yokken, çalışmayan babaların bebeklerinin anlamlı düzeyde daha fazla öldüğü bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Ailede yaşayan toplam kişi sayısındaki artışın bebek ölümünü etkilemediği görülmüştür.

**Tablo 24.** Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Anne ve Babalarına Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Anne yaşı</b>						
≤24	21	25.3	62	74.7	83	100.0
25-29	22	13.8	138	86.3	160	100.0
30-34	13	12.6	90	87.4	103	100.0
>35	11	18.0	50	82.0	61	100.0
Toplam	67	16.5	340	83.5	407	100.0
<b><math>p=0.079</math></b>						
<b>Baba yaşı</b>						
≤24**	10	38.5	16	61.5	26	100.0
25-29	26	22.6	89	77.4	115	100.0
30-34	21	13.3	137	86.7	158	100.0
>35	9	8.6	96	91.4	105	100.0
Toplam	66	16.3	338	83.7	404	100.0
<b><math>p=0.002</math>      **<math>p=0.002</math>      **<math>OR=0.3</math>      **<math>GA=0.1-0.6</math></b>						
<b>Anne öğrenim durumu</b>						
En fazla ilkokul	33	18.4	146	81.6	179	100.0
Ortaokul	23	20.7	88	79.3	111	100.0
Lise	8	12.9	54	87.1	62	100.0
YO/Üniversite	3	5.6	51	94.4	54	100.0
Toplam	67	16.5	339	83.5	406	100.0
<b><math>p=0.06</math></b>						

**Tablo 24. (Devam) Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Anne ve Babalarına Ait Bazı Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.**

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Baba öğrenim durumu</b>						
En fazla ilkokul***	29	24.4	90	75.6	119	100.0
Ortaokul	12	14.1	73	85.9	85	100.0
Lise	15	11.1	120	88.9	135	100.0
YO/Üniversite	5	8.6	53	91.4	58	100.0
Toplam	61	15.4	336	84.6	397	100.0
<i>p=0.01</i>	<i>***p=0.001</i>	<i>***OR=0.4</i>	<i>***GA=0.2-0.7</i>			
<b>Anne çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	61	17.3	291	82.7	352	100.0
Çalışıyor	6	10.3	52	89.7	58	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.18</i>	<i>OR=0.6</i>	<i>GA=0.2-1.3</i>				
<b>Baba çalışma durumu</b>						
Çalışmıyor	9	45.0	11	55.0	20	100.0
Çalışıyor	58	14.9	332	85.1	390	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<i>OR=0.2</i>	<i>GA=0.09-0.5</i>				
<b>Ailedeki toplam kişi sayısı</b>						
4 ve altı	39	15.5	212	84.5	251	100.0
5 ve üstü	25	16.4	127	83.6	152	100.0
Toplam	64	15.9	339	84.1	403	100.0
<i>P=0.809</i>	<i>OR=1.1</i>	<i>GA=0.6-1.9</i>				
<b>Ailenin toplam aylık geliri</b>						
1300 ve altı	13	6.8	179	93.2	192	100.0
1300 üstü	12	7.5	148	92.5	160	100.0
Toplam	25	7.1	327	92.9	352	100.0
<i>p=0.791</i>	<i>OR=1.1</i>	<i>GA=0.5-2.5</i>				
<b>Baba harcamalara katılıyor</b>						
Katılmıyor	8	25.0	24	75.0	32	100.0
Katılıyor	59	15.8	314	84.2	373	100.0
Toplam	67	16.5	338	83.5	405	100.0
<i>p=0.180</i>	<i>OR=1.8</i>	<i>GA=0.8-4.1</i>				

Tablo 25'te, 4 ve üzeri gebelik geçiren annelerde bebek ölümü anlamlı düzeyde yüksektir ( $p=0.033$ ). nceki gebelik süreçleri olan 257 annenin, gebelik sonlanma durumları karşılaştırıldığında bebekleri ölen annelerin daha önceki gebeliklerinde tıbbi tahliye ve canlı doğup ölen bebek sahibi olmadıkları görülmüştür. nceki gebeliklerinde düşük ve ölü doğum yapan annelerin bebeklerinin daha çok öldüğü izlenmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

4 ve üzeri gebe izlemi olan annelerde bebek ölümü anlamlı düzeyde yüksektir ( $p<0.001$ ). İzlemlerin çoğunluğunun birinci basamakta yapıldığı ve bu gebelerde bebek ölümünün anlamlı düzeyde düşük olduğu grlmştir ( $p=0.003$ ).



**Tablo 25.** Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerine Ait Gebelik Süreçleri.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Kaçıncı gebelik</b>						
1	21	12.9	142	87.1	163	100.0
2-3	30	15.9	159	84.1	189	100.0
≥4**	16	27.6	42	72.4	58	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.033</i>	<i>**p=0.012</i>	<i>**OR=2.2</i>	<i>**GA=1.2-4.3</i>			
<b>Daha önceki gebelik varsa nasıl sonlanmış</b>						
Düşük***	25	37.9	41	62.1	66	100.0
Ölü doğum***	2	50.0	2	50.0	4	100.0
Tıbbi tahliye	0	0	6	100.0	6	100.0
Canlı doğum	19	10.8	157	89.2	176	100.0
Canlı doğup ölmüş	0	0	5	100.0	5	100.0
Toplam	46	17.9	211	82.1	257	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<i>***p&lt;0.001</i>	<i>***OR=0.2</i>	<i>***GA=0.1-0.4</i>			
<b>Gebelikte kaç kez izlenmiş</b>						
Hiç izlenmemiş	1	20.0	4	80.0	5	100.0
1-3	7	6.3	104	93.7	111	100.0
≥4****	59	20.1	235	79.9	294	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.004</i>	<i>****p=0.001</i>	<i>****OR=3.4</i>	<i>****GA=1.6-7.3</i>			
<b>Nerede izlenmiş</b>						
Sağ. ocağı /ASM†	60	19.5	248	80.5	308	100.0
Devlet hast.	3	4.9	58	95.1	61	100.0
Üniversite hast.	2	8.7	21	91.3	23	100.0
Özel hast.	2	11.1	16	88.9	18	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.025</i>	<i>†p=0.003</i>	<i>†OR=0.3</i>	<i>†GA= 0.1-0.7</i>			

\*\*Farkın kaynaklandığı gruplar ( $p=0.012$ )\*\*\*Farkın kaynaklandığı gruplar ( $p<0.001$ )\*\*\*\* Farkın kaynaklandığı gruplar ( $p=0.001$ )†Farkın kaynaklandığı gruplar ( $p=0.003$ )

Tablo 26’da gebe izlemleri sırasında yapılan hizmetlerin dağılımını göstermektedir. Birinci izlemde tansiyon ve ödem bakılanlarda bebek ölümü anlamlı düzeyde yüksektir (tansiyon için  $p=0.020$ , ödem için  $p=0.035$ ). Hemoglobin (Hb) bakılanlar içinde anemisi olan annelerinin bebeklerinde bebek ölümü anlamlı düzeyde yüksek görülmüştür ( $p=0.009$ ). Anemisi olup demir preparatı kullanan annelerin bebek ölümünün anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur ( $p<0.003$ ).

**Tablo 26.** Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerinin Gebelik İzlemi Süreçleri.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Birinci izlem TA ölçümü</b>						
Var	57	18.9	245	81.1	302	100.0
Yok	10	9.3	98	90.7	108	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
$p=0.020$	$OR=0.4$	$GA=0.2-0.9$				
<b>İkinci izlem TA ölçülmüş</b>						
Var	52	18.1	235	81.9	287	100.0
Yok	15	12.3	107	87.7	122	100.0
Toplam	67	16.4	342	83.6	409	100.0
$p=0.145$	$OR=0.6$	$GA=0.3-1.2$				
<b>Üçüncü izlem TA ölçülmüş</b>						
Var	45	221	221	83.1	266	100.0
Yok	22	121	121	84.6	143	100.0
Toplam	67	342	342	83.6	409	100.0
$p=0.690$	$OR=0.9$	$GA=0.5-1.6$				
<b>Dördüncü izlem TA ölçülmüş</b>						
Var	33	14.5	195	85.5	228	100.0
Yok	34	18.9	146	81.1	180	100.0
Toplam	67	16.4	341	83.6	408	100.0
$p=0.232$	$OR=1.4$	$GA=0.8-2.3$				
<b>Birinci izlem ödem</b>						
Bakılmamış	10	9.7	93	90.3	103	100.0
Bakılmış	57	18.6	250	81.4	307	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
$p=0.035$	$OR=2.1$	$GA=1.0-4.3$				

**Tablo 26. (Devam)** Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerinin Gebelik İzlemi Süreçleri.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>İkinci izlem ödem</b>						
Bakılmamış	14	12.7	96	87.3	110	100.0
Bakılmış	53	17.7	247	82.3	300	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.231</i>	<i>OR=1.5</i>	<i>GA=0.8-2.8</i>				
<b>Üçüncü izlem ödem</b>						
Bakılmamış	21	15.9	111	84.1	132	100.0
Bakılmış	46	16.5	232	83.5	278	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.870</i>	<i>OR=1.0</i>	<i>GA=0.6-1.8</i>				
<b>Dördüncü izlem ödem</b>						
Bakılmamış	27	17.3	129	82.7	156	100.0
Bakılmış	40	15.7	214	84.3	254	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.678</i>	<i>OR=0.9</i>	<i>GA=0.5-1.5</i>				
<b>Hb bakılmış mı?</b>						
Bakılmamış	19	16.5	96	83.5	115	100.0
Bakılmış	48	16.3	247	83.7	295	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.951</i>	<i>OR=0.9</i>	<i>GA=0.5-1.8</i>				
<b>Hb sonucu</b>						
Normal	28	12.9	189	87.1	217	100.0
Düşük	20	25.6	58	74.4	78	100.0
Toplam	48	16.3	247	83.7	295	100.0
<i>p=0.009</i>	<i>OR=2.3</i>	<i>GA=1.2-4.4</i>				
<b>Demir kullanmış mı?</b>						
Evet	13	17.3	62	82.7	75	100.0
Hayır	7	63.6	4	36.4	11	100.0
Toplam	20	23.3	66	76.7	86	100.0
<i>p=0.003</i>	<i>OR=8.3</i>	<i>GA=2.1-32.7</i>				

Tablo 27’de annenin daha önceki gebeliğinde risk faktörünün varlığının, bebek ölümünü anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Bu gebeliğinde risk faktörü olan annelerin bebeklerinin daha fazla öldüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p=0.002$ ).

Bu gebeliğinde 2 ve üzeri risk faktörüne sahip olan annelerin bebeklerinin daha çok öldüğü anlamlı bulunmuştur ( $p=0.020$ ).

Gebelikleri sırasında ultrasonografi (USG) yaptıran annelerin bebeklerinde bebek ölümü anlamlı düzeyde daha az bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

Gebelikleri sırasında ikili/üçlü test yaptıran annelerin bebeklerinde bebek ölümü anlamlı düzeyde daha az bulunmuştur ( $p=0.003$ ).

Gebelikleri sırasında idrar yolu enfeksiyonu geçiren annelerin bebeklerinde bebek ölümü anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur ( $p<0.001$ ).

**Tablo 27.** Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerine Ait Gebelikle İlgili Risk Durumu.

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Daha önceki gebelikte risk faktörü</b>						
Evet	18	36.0	32	64.0	50	100.0
Hayır	49	13.6	311	86.4	360	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
$p<0.001$	$OR=0.3$	$GA=0.1-0.5$				
<b>Bu gebelikte risk faktörü</b>						
Evet	27	27.8	70	72.2	97	100.0
Hayır	34	13.8	212	86.2	246	100.0
Toplam	61	17.8	282	82.2	343	100.0
$p=0.002$	$OR=0.4$	$GA=0.2-0.7$				
<b>Bu gebelikte kaç risk faktörü saptanmış</b>						
1 risk	18	22.8	61	77.2	79	100.0
2 ve üzeri	9	50.0	9	50.0	18	100.0
Toplam	27	27.8	70	72.2	97	100.0
$p<0.020$	$OR=3.4$	$GA=1.2-9.8$				
<b>Risk faktörü varsa uzmana gitmiş mi?</b>						
Evet	26	27.4	69	72.6	95	100.0
Hayır	1	50.0	1	50.0	2	100.0
Toplam	27	27.8	70	72.2	97	100.0
$p=0.481$	$OR=2.6$	$GA=0.2-44.0$				



**Tablo 27. (Devam) Ölen ve Yaşayan Bebeklerin Annelerine Ait Gebelikle İlgili Risk Durumu.**

	Ölen Bebekler		Yaşayan Bebekler		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Risk varsa kaç kez uzman takibi</b>						
1 defa	1	14.3	6	85.7	7	100.0
2 ve üstü	25	28.4	63	71.6	88	100.0
Toplam	26	27.4	69	72.6	95	100.0
<i>p=0.420</i>	<i>OR=2.4</i>	<i>GA=0.3-21.5</i>				
<b>USG yapılmış mı?</b>						
Evet	49	14.9	280	85.1	329	100.0
Hayır	5	62.5	3	37.5	8	100.0
Toplam	54	16.0	283	84.0	337	100.0
<i>P=0.003</i>	<i>OR=9.5</i>	<i>GA=2.2-41.1</i>				
<b>Kaç kez USG yapılmış?</b>						
1 defa	26	49.1	27	50.9	53	100.0
2 ve üstü	23	8.3	253	91.7	276	100.0
Toplam	49	14.9	280	85.1	329	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<i>OR=0.1</i>	<i>GA=0.05-0.2</i>				
<b>İkili/üçlü test yapılmış mı?</b>						
Evet	34	13.2	223	86.8	257	100.0
Hayır	20	27.8	52	72.2	72	100.0
Toplam	54	16.4	275	83.6	329	100.0
<i>p=0.003</i>	<i>OR=2.5</i>	<i>GA=1.3-4.7</i>				
<b>İkili/üçlü test sonucu</b>						
Normal	27	11.0	218	89.0	245	100.0
Patolojik	4	44.4	5	55.6	8	100.0
Toplam	31	12.2	223	87.8	254	100.0
<i>p=0.015</i>	<i>OR=6.4</i>	<i>GA=1.6-25.5</i>				
<b>Annede kronik hastalık var mı?</b>						
Evet	7	26.9	19	73.1	26	100.0
Hayır	60	15.6	324	84.4	384	100.0
Toplam	67	16.3	343	83.7	410	100.0
<i>p=0.132</i>	<i>OR=0.5</i>	<i>GA=0.2-1.2</i>				
<b>Annede kronik hastalık varsa ilaç kullanıyor mu?</b>						
Evet	5	33.3	10	66.7	15	100.0
Hayır	2	18.2	9	81.8	11	100.0
Toplam	7	26.9	19	73.1	26	100.0
<i>p=0.658</i>	<i>OR=0.4</i>	<i>GA=0.07-2.9</i>				
<b>Annede İYE var mı?</b>						
Evet	4	4.2	91	95.8	95	100.0
Hayır	57	23.0	191	77.0	248	100.0
Toplam	61	17.8	282	82.2	343	100.0
<i>p&lt;0.001</i>	<i>OR=6.8</i>	<i>GA=2.4-19.2</i>				

Tablo 28’de, ailenin aylık geliri, annenin iş durumu, annenin öğrenim durumu ile yaşam kalitesi skorları arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.001$ ,  $p=0.046$ ,  $p=0.001$ ).

**Tablo 28.** Annelerin Yaşam Kalitesi Skorlarının Anne ve Bebeğe Ait Bazı Özelliklere Göre Karşılaştırılması.

	Sayı	Minimum	Maksimum	Ortalama	Ortanca	P
<b>Genel yaşam kalitesi skoru</b>	366	14	40	29.4±4.7	29.0	
<b>Ailenin aylık geliri (n=343)</b>						
1300 ve altı	186	14	39	28.1±4.4	28.0	<0.001*
1300 üstü	157	17	40	30.9±4.4	31.0	
<b>Annenin iş durumu (n=366)</b>						
Çalışmıyor	314	14	40	29.2±4.6	29.0	0.046*
Çalışıyor	52	21	40	30.7±4.6	30.5	
<b>Bebeğin doğum şekli (n=366)</b>						
Sezaryen	220	17	40	29.8±4.2	30.0	0.053
Normal doğum	146	14	40	28.7±5.2	29.0	
<b>Doğumun yapıldığı yer (n=357)</b>						
Kamu	305	15	40	29.2±4.7	29.0	0.053
Özel	52	16	40	30.4±4.0	31.0	
<b>Gebelik izlemi (n=366)</b>						
4’ün altı	110	14	40	28.9±5.2	29.0	0.385
4 ve üstü	256	16	40	29.6±4.4	29.0	
<b>Bebek izlemi (n=328)</b>						
9’un altı	199	14	40	29.1±4.5	29.0	0.386
9 ve üzeri	129	15	40	29.8±4.9	29.0	
<b>Annenin öğrenim durumu (n=364)</b>						
İlkokul ve altı	161	14	40	28.3±4.9	29.0	0.001*
İlkokul üstü	203	21	40	30.2±4.2	30.0	
<b>Annenin bebeğinin durumu (n=366)</b>						
Ölen bebek	37	16	35	28.1±4.1	28.0	0.089
Yaşayan bebek	329	14	40	29.5±4.7	30.0	

\*p değeri istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 29’da bebek ölümünü etkileyen faktörler için 1. Modelde, 7 bağımsız değişkenle lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Bebek izlem sayıları ve gebe izlem sayıları ile bebek ölümleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (her ikisi için de  $p<0.001$ ). Bebek izlem sayısı fazla olan bebekler 0.5 (OR=0.4-0.6) kat daha az ölmektedir. Gebe izlem sayısı fazla olan annelerin bebeklerinde bebek ölümü 1.5 (OR=1.2-1.7) kat daha fazladır.

**Tablo 29.** Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (1. Model).

Bağımsız Değişkenler	B	S.E.	Wald	p	Odds Ratio	%95 GA (EK-EB değer)**
İkamet yeri	-0.793	0.597	1.768	0.184	0.5 1.0 (Ref)	0.1-1.5
Doğum şekli	0.856	0.619	1.912	0.167	2.4 1.0 (Ref)	0.7-7.9
Bebek İzlem Sayısı	-0.729	0.109	44.968	<0.001*	0.5 1.0 (Ref)	0.4-0.6
Gebe İzlem Sayısı	0.380	0.090	17.999	<0.001*	1.5 1.0 (Ref)	1.2-1.7
Baba yaşı	-0.046	0.048	0.956	0.328	0.9 1.0 (Ref)	0.9-1.0
Baba öğrenim durumu	0.992	0.623	2.534	0.111	2.7 1.0 (Ref)	0.8-9.1
Babanın çalışma durumu	-0.267	1.130	0.056	0.813	0.8 1.0 (Ref)	0.08-7.0

\*p istatistiksel olarak anlamlı

\*\*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

Tablo 30’da bebek ölümünü etkileyen faktörler için 2. Modelde, 7 bağımsız değişkenle lojistik regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 30.** Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (2. Model).

<b>Bağımsız Değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>p</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>%95 GA (EK-EB değer)*</b>
Doğum ağırlığı	-0.001	0.001	1.560	0.212	0.9 1.0 (Ref)	0.9-1.0
Gestasyon haftası	-0.195	0.165	1.404	0.236	0.8 1.0 (Ref)	0.6-1.1
Doğum yeri	2.459	1.567	2.463	0.117	11.7 1.0 (Ref)	0.5-252.2
Annenin kaçınıcı gebeliği	0.713	0.808	0.779	0.377	2.0 1.0 (Ref)	0.4-9.9
Önceki gebelikte risk faktörü varlığı	0.824	0.706	1.362	0.243	2.3 1.0 (Ref)	0.6-9.0
Bu gebelikte kaç risk faktörü var	-0.849	0.847	1.004	0.316	0.4 1.0 (Ref)	0.08-2.3
Anemi varlığı	-0.653	0.867	0.567	0.451	0.5 1.0 (Ref)	0.09-2.8

\*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

Tablo 31’de bebek ölümünü etkileyen faktörler için 3. Modelde, 3 bağımsız değişkenle lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Anneye yapılan USG sayısı ile bebek ölümleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ). USG sayısı fazla olan annelerin bebekleri 0.7 (OR=0.6-0.8) kat daha az ölmektedir. Annenin gebelik sırasında İYE (idrar yolu enfeksiyonu) geçirmemesi ile bebek ölümleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Gebelikleri sırasında İYE geçiren annelerin bebeklerinde bebek ölümü 6.8 (OR=2.4-19.3) kat daha fazladır.

**Tablo 31.** Bebek Ölümünü Etkiyen Faktörler Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları Tablosu (3. Model).

<b>Bağımsız değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>S.E.</b>	<b>Wald</b>	<b>p</b>	<b>Odds Ratio</b>	<b>%95 GA (EK-EB değer)**</b>
Kaç USG yapıldığı	-0.413	0.093	19.889	<0.001*	0.7 1.0 (Ref)	0.6-0.8
İkili test yaptırılması	0.258	0.419	0.379	0.538	1.3 1.0 (Ref)	0.6-2.9
Annede İYE	1.915	0.533	12.928	<0.001*	6.8 1.0 (Ref)	2.4-19.3

\*p istatistiksel olarak anlamlı

\*\*GA: Güven Aralığı, EK: En Küçük, EB: En Büyük

Tablo 32’de annelerin yaşam kalitesi skorları lineer regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Aylık gelirden meydana gelen 1 birimlik artışın, yaşam skorunda 0.001’lik ortalama artışa neden olduğu görülmüştür ( $p<0.001$ ). Ayrıca annelerin öğrenim durumları ilköğretim üstü olduğunda yaşam skorunda 1.328 katlık ortalama bir artışa neden olduğu görülmüştür ( $p=0.010$ ).

**Tablo 32.** Annelerde Yaşam Kalitesi Skorlarının Lineer Regresyon Analizi ile Değerlendirilmesi.

<b>Bağımsız değişkenler</b>	<b>B</b>	<b>Standart Hata</b>	<b>P</b>
Ailenin aylık geliri	0.001	0.000	<0.001*
Annenin iş durumu	-0.774	0.775	0.319
Annenin öğrenim durumu	1.328	0.514	0.010*

\*p istatistiksel olarak anlamlı

## 5. TARTIŞMA

Bebek ölümü, ülkelerin gelişmişlik düzeylerini değerlendirmedeki en önemli ölçütlerden biridir. Kalkınma zirvelerinde gelişmişliğin en önemli göstergesi olarak çocuk sağlığının iyileştirilmesi, uluslararası ortamlarda kabul görmüştür. WHO, UNICEF, UNFPA gibi uluslararası örgütler tarafından Bin Yıl Kalkınma Hedeflerinin ana başlıkları arasında yer almaktadır. Bebek ve çocuk sağlığında birinci basamakta yapılacak izlemlerle hastalıklar oluşmadan önce gerekli tedbirleri alarak sakatlık ve ölümlerin önüne geçilmesi amaçlanmaktadır. İzlemler Aile Sağlığı Merkezlerinde yapılmaktadır.

Ülkemizde bebek ve 5 yaş altı çocuk ölümleri yıllar içerisinde düşüş göstermiştir. Bu çalışmada 2010-2011 yılları arasında Zonguldak ilinde bebek ölümleri ile bebek, gebe izlemleri ve annelerin yaşam kaliteleri değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada; ailenin aylık geliri, annenin öğrenim durumu ile yaşam kalitesi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aylık gelirin yüksek olmasının ve annenin öğrenim durumunun ilkokul üstü olmasının yaşam kalitesi skorlarını artırdığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmada lojistik regresyon tekniği ile bebek ölümleri üzerine etkili olabilecek faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, annenin gebeliği sırasında yaptırdığı USG ve gebelik sırasında annenin idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olmasının ölümler üzerine etkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada ölen bebeklerin %56.7'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Ünsal ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı bir çalışmada Eskişehir'de ölen bebeklerin %61.5'i, (40), Balcı ve arkadaşlarının 2008'de yaptığı araştırmada Kayseri Melikgazi Bölgesi'nde 2006 yılında ölen bebeklerin %58'i erkek olarak bulunmuştur (41). 2013 yılı Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasında, erkek çocukların bebek ölüm hızlarının, kız çocukların bebek ölüm hızlarından daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (14). 2013 yılında yapılan bir çalışmada bebeklerin %53,7'sini erkek olduğu bildirilmiştir (42). 2015 yılında yapılan bir çalışmada bebeklerin %62.1'nin erkek olduğu saptanmıştır (43).

Balcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğumların %81.2'si devlet hastanesinde, %14.3'ü üniversite hastanesinde, %4.5'i özel hastanelerde

gerçekleşmiştir (41). Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada doğumların %93.5'nin bir sağlık kuruluşunda yapıldığı bildirilmiştir (42). Bu çalışmada ise bebeği ölen annelerin doğumlarının %44.8'i devlet hastanesinde, %28.3'ü üniversite hastanesinde, %20.9'u özel hastanede gerçekleşmiştir. Sağlık kuruluşu dışında (evde, yolda) %6'sı gerçekleşmiştir. Bu çalışmada, ölen bebekler arasında doğumun evde-yolda olması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşayan bebeklerde ise devlet hastanesinde doğum yüksektir.

Yapılan bir çalışmada, ölen bebeklerin annelerinin yaşlarının dağılımına bakıldığında; annelerin çoğunluğunun 20-34 yaş aralığında olduğu, %21.5'nin 18 yaşın altı ve 35 yaşın üzerinde olduğu bulunmuştur (41). Annenin yaşının 20'den küçük, 40'tan büyük olması durumunda bebek ölümünün arttığı bildirilmiştir (24). Bu çalışmada ölen bebeklerin annelerinin yaşları 24 yaş ve altında %31.3, 25-34 yaş arasında %52.2, 35 yaş ve üstünde ise %16.4 olarak bulunmuştur. 18 yaşın altına sadece 1 anne vardır (%1.5). Markovitz ve arkadaşlarının tarafından genç adolesan annelerde yapılan çalışmada; annelerin yaşları düştükçe (12-17 yaş) neonatal ve postneonatal ölüm hızının arttığı gösterilmektedir (44).

Bu çalışmada, baba yaşı 24 ve altında olan bebeklerde bebek ölümünün anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Bu durumun babaların genç ve tecrübesiz olabilecekleri, ilk kez bebek sahibi olma durumlarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. TNSA 2013'e göre ailelerin ilk bebeklerinde, bebek ölümü daha çok görülmektedir (14). Bu durumu etkileyen faktörlerden birinin, babaların genç yaşta olması ve ilk bebekleri olması, tecrübesiz olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bodur ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, ölen bebeklerin annelerinin öğrenim düzeyi ile bebek ölümleri arasında bir ilişki bulunamamıştır (45). Taşkın ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise; bebek ölüm hızının; öğrenim düzeyinin yüksek annelerde düşük, ilkokulu bitirmeyenlerde ise yüksek olduğu belirtilmiştir (46). Eryurt ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada annelerin eğitimsiz olmalarının çocuk ölümlülüğünü artırdığı, eğitimsiz annelerin çocuklarının hastalık belirtilerini fark etmedikleri ya da önemsiz buldukları bildirilmektedir (47). Caldwell ve arkadaşları tarafından Nijeryalı kadınlar üzerinde 1970'li yıllarda yapılan bir çalışmada da çocuk ölümlerini önlemede tek belirleyici unsurun annelerin eğitimi olduğu vurgulanmaktadır (48). Başka çalışmalarda, yüksekokul/üniversite mezunu annelerin bebeklerindeki ölüm oranının,

okur-yazar olmayan annelerin bebeklerindeki ölüm oranından çok daha az olduğu, ilkokul mezunu annelerde bu oranın okur- yazar olmayanlara göre daha düşük ancak yüksekokul/üniversite mezunu annelerden hala daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Annelerin eğitim düzeyinin düşük olmasının, bebek ya da çocuk ölümlülüğünü, olumsuz etkilediğini bildiren çalışmalar vardır (48,49). Bir başka çalışma, bebek ölümlerinin eğitimsiz anne bebeklerinde arttığını göstermektedir (24). TNSA 2013 verilerine göre; annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki olduğu, annesi eğitimsiz ya da ilkokulu tamamlamamış olan bebeklerin ölüm ihtimalinin, annesi lise ve üstü eğitime sahip bebeklerden üç kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (14). Bu çalışmada ise annelerin öğrenim durumunun düşük olmasının bebek ölümünü etkilemediği, yaşayan ve ölen bebeklerin annelerinin öğrenim durumunun en fazla ilkokul olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmada babaların öğrenim durumunun bebek ölümleri üzerine etkisi olduğu, babaların eğitim durumu arttıkça bebek ölümlerinin azaldığı bulunmuştur. Bir çalışmada bebekleri ölen anne ve babaların %60'ının ilkokul ve altı eğitim düzeyinde eğitimi oldukları tespit edilmiştir (43). Geçen zaman içinde de konuya bakış değişmediği gibi sadece annenin değil babanın da eğitim düzeyinin çocuk ölümleri üzerinde etkisi olduğu bildirilmiştir (48). Bebek ya da çocuk ölümlülüğünü, babaların eğitim düzeyinin iyi olmasının, olumlu etkilediğini bildiren çalışmalar vardır (48,49). Eryurt ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada babaların eğitimsiz olmalarının çocuk ölümlülüğünü artırdığı, eğitimsiz babaların çocuklarının hastalık belirtilerini fark etmedikleri ya da önemsiz bulduklarına vurgu yapılmaktadır (47). Eğitim düzeyi yükseldikçe babaların bebekleri ve aileleri ile ilişkisi daha sağlıklı olabilir. Babaların eğitim düzeyi arttıkça, hastalıklara yakalanmadan sağlık sisteminden faydalanma bilgilerinin oluştuğu düşünülebilir.

Bu çalışmada annenin çalışıp çalışmama durumunun bebek ölümlüğü üzerine etkisi yokken çalışan babaların bebeklerinin daha az öldüğü görülmüştür. Ailede yaşayan kişi sayısının fazla olduğu durumlarda bebek ölümünün artmış olduğu izlenmiştir.

Kadınların gebelikleri süresince yeterli sıklıkta izlenmesi ve risk faktörlerinin saptanmasının annenin ve bebeğin sağlığı için önemli olduğu bildirilmiştir (50). Yapılan bir çalışmada; gebeliği sırasında doğum öncesi bakım hizmeti alan annelerde bebek ölüm hızının azaldığı bildirilmiştir (46). Bir çalışmada; aile hekimliğinde gebe izlem ortalamasının,  $4.3 \pm 3.3$  olduğu (51), gebe izlem fişlerinden gebe izlemlerinin



değerlendirildiği başka bir çalışmada toplam izlem sayısının  $4.5 \pm 2.1$  olarak bildirilmiştir (52). Bir başka çalışmada izlem ortalaması  $4.9 \pm 2.1$  bulunmuştur (53). Yapılan bir çalışmada; yenidoğan döneminde meydana gelen ölümlerin başlıca nedenlerinin, annenin doğum öncesi ve doğumdan hemen sonraki süreçte düzgün ve yeterli bir sağlık hizmeti almasına bağlı olduğu bildirilmiş (54). Bu çalışmada da izlemlerin çoğunlukla 1. basamakta yapılmış olduğu, yaşayan bebeklerin annelerinde izlem ortalaması  $4.5 \pm 2.3$ , ölen bebeklerin annelerinde ise  $9.6 \pm 4.8$  olarak bulunmuştur.

2012 Sağlık İstatistikleri yılına göre; Türkiye’de bebek başına ortalama izlem sayısının 2011 yılında 8.1, 2012 yılında ise 8.6 olduğu bildirilmiştir (55). Özkan ve arkadaşları tarafından 2009 yılında Ankara’nın Gölbaşı ilçesinde yapılan araştırmaya göre; bebeğin sağlık kontrolünden geçme durumunun ölümler üzerine etkili olduğu bildirilmiştir. Bu bebeklerin, sağlık kontrolünden geçmeyen bebeklere göre 4.4 kat daha fazla ölüm riski ile karşılaştıklarını ve bebek izlemlerinin zamanında ve düzenli yapılmasının var olan riskleri erkenden ortaya çıkararak bebek ölümlerini önleyebileceğini bulmuşlardır (56). Bu çalışmada 9 ve üzeri bebek izlemi yaşayan bebeklerde yüksek bulunmuş. Bu durumun, ölen bebeklerin 0-1 yaş aralığında hayatlarını kaybetmelerinden dolayı yeterince izlenememelerinden kaynaklandığı sonucuna varılmıştır.

Özkan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, 2500 gramın altında doğum ağırlığı olan bebeklerin, 2500 gram ve üstü bebeklere göre 4.71 kat artmış ölüm riskine sahip olduklarını bulmuşlar (56). Bir çalışmada; ölen bebeklerin %62.1’nin düşük doğum ağırlıklı, ortalama doğum ağırlıklarının ise 1900 gram olduğu bulunmuştur (43). Bu çalışmada ölen bebeklerin daha çok 2500 gram ve altında olduğu yaşayanların ise daha çok 2500 gramın üzerinde olduğu bulunmuştur. Bir çalışmada düşük doğum ağırlıklı bebeklerde bebek ölümünün yüksek olduğu bildirilmiştir (24). Başka bir çalışmada; ölen bebeklerin doğum ağırlıklarının ortalama  $2021 \pm 1056$  gram olduğu bildirilmiş (42).

Günay ve arkadaşlarının çalışmasında, bebek ölümlerinin %20’sinin evde olduğu bildirilmiştir (57). Durduran ve arkadaşları ise, annelerin eğitiminin yetersizliğinin evde ölümler için bir etken olabileceğini belirtmişlerdir (58). Bu çalışmada ise bebek ölümleri en çok üniversite hastanesinde meydana gelmiştir. Bunun nedeni, riskli gebelerin üniversite hastanelerini tercih etmelerinden olabilir.

Nylander ve McDonagh adlı araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda, doktor-ebe-hemşire gibi eğitimi sağlık personelleri tarafından annenin doğum öncesi bakım alması; yüksek riskli gebeliklerin tespiti ve uzmana yönlendirilmesi, doğumun bir sağlık kurumunda veya sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilmesi olasılığını artırarak bebek lmllğ üzerinde etkili olduğu sonucuna varılmıştır (59,60). Bu çalışmada annelerde gebelikte risk faktörü saptanması, uzmana başvurma, USG tetkiki yaptırmanın, sağlık sistemine erişimi ve takipte olmayı sağladığı, sonuç olarak da bebek ölümlerini azalttığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelikleri sırasında idrar yolu enfeksiyonu geçiren annelerde bebek ölümü anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Baytur ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; idrar yolu enfeksiyonlarının, gebelikte en sık ortaya çıkan sorunlardan olduğu ve erken doğum eylemi ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin oranını artırdığı, yenidoğanın motor ve mental gelişimi üzerine olumsuz etkileri olduğu bildirilmiştir (61). Gebelikte idrar yolu enfeksiyonlarının tespiti ve tedavisi önemlidir. Cengiz ve arkadaşları ise; idrar yolu enfeksiyonlarının, gebelikte anemiden sonra en sık karşılaşılan sağlık sorunu olduğunu, tüm gebeliklerin %17-20'sinde izlendiğini bildirmişlerdir. Eğer tedavi edilmezse erken membran rüptürü, erken doğum, koryoamnionitis, puerperal ateş, neonatal enfeksiyon ve düşük doğum ağırlığına neden olabileceğini bildirmişlerdir (62).

Bu çalışmada ise bebeği ölen annelerin bundan önceki gebeliklerinde; %37.9'unda düşük, %50'sinde ölü doğum varken tıbbi tahliye ve bebek ölümüne hiç rastlanmamıştır. Çiftdemir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, annelerin %66.7'sinde hiç düşük yapmama, %4.5'inde isteyerek düşük yapma, %7.6'sında ölü doğum öyküsü olduğu bildirilmiştir (43).

Bu çalışmada; bebeklerin %77.6'sı 0-7 gün içinde (erken neonatal), %4.5'i 8-28 günde (geç neonatal) ve %17.9'u 29-365 günde (postneonatal) lmştr. Yapılan bazı çalışmalarda sezaryenin, tüm dünyada anne ve bebek ölümünü, bebek hastalık ve sakatlık oranlarını azalttığı bildirilmekle birlikte doğal olanın normal doğum olduğu ve endikasyon dışı sezaryen yapılmaması gerektiği de eklenmektedir (63-65). Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada ölen bebeklerin %49.6'sının sezaryen ile doğduğu belirtilmiş (42). Bir başka bebek ölümü çalışmasında bebeklerin %60'ının doğum şeklinin sezaryenle olduğu tespit edilmiştir (43). Ülkemizde 2008 yılında sezaryenle doğum oranı %37 iken 2013'de bu oran %48'e çıkmıştır (14). Bu çalışmada ölen bebeklerde sezaryenle doğum düşüktür.

Çift Demir ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; bebek ölümlerinin %53'ünün erken neonatal, %13.6'sının geç neonatal, %33.3'ünün postneonatal dönemde meydana geldiği bildirilmiştir (43). Korkmaz ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise bebek ölümlerinin %56.5'nin erken neonatal, %19.5'inin geç neonatal, %23.9'nun postneonatal dönemde gerçekleştiği belirlenmiştir (42). Bodur ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise bebek ölümlerinin görülme zamanı; %64.4'ü erken neonatal, %7.9'u geç neonatal ve %27.7'si postneonatal ölüm olarak tespit edilmiştir (45). Balcı ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada prematürite ve konjenital anomalilerin bebek ölüm nedenleri içinde en sık karşılaşılan ölüm nedeni olduğu belirtilmiştir (41). Callaghan ve arkadaşları tarafından yapılan başka bir çalışma da da neonatal ölümlerin sebeplerinin başında prematüritenin geldiği bildirilmiştir (66). Şevket ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada da prematüritenin en sık karşılaşılan ölüm nedeni olarak tespit edildiği belirtilmektedir (67). Çelik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada; bebek ölümlerinin en sık nedeninin prematüre doğumlar olduğu, yenidoğan servislerinin eğitimli personel sayısının artırılması, şartlarının iyileştirilmesiyle prematüre doğumdan kaynaklanan ölümlerin azaltılabileceği bildirilmektedir (68). Korkmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise prematüre doğumları önceden belirlemenin her zaman mümkün olmayacağı, annelere antenatal bakım verilmesi, riskli gebeliklerin belirlenmesi ve ayrıca bebeğin akciğerlerinin olgunlaşmasını sağlayacak tedaviler, doğumu geciktirerek gebelerin zamanında doğum yapmasını sağlayacak düzenlemelerin yapılması gerektiğini bildirmişlerdir (69).

Çift Demir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bebek ölümlerinde temel ölüm nedenleri sıralandığında ilk üç sıradaki; %39.4'ünün prematüre-immatürite, %13.6'sının konjenital anomaliler-sendromlar, %12.1'nin ise konjenital kalp hastalığı olduğu bildirilmiştir (43). Bebek ölümlerinin incelendiği bir başka çalışmada; en sık ilk üç temel ölüm nedenlerinin prematürite, konjenital anomali ve sendromlar ve konjenital kalp hastalıkları olduğu, en sık izlenen ilk üç son ölüm nedeninin ise RDS, diğer solunum sistemi hastalıkları, sepsis olduğu tespit edilmiştir (42). Bu çalışmada temel ölüm nedenlerinden; %34.3'ü prematürite, %11.9'u nörolojik hastalıklar ve %10.4'ü perinatal asfiksidir. Yenidoğan ölümlerinin büyük çoğunluğunu prematürite, konjenital anomaliler, perinatal asfiksiler oluşturmakta ve sıklıkla doğumdan sonraki ilk haftada meydana gelmektedirler (54) Bu çalışmada bebeklerin son ölüm nedeni sıklıkla prematürite olmuştur. Bunu RDS, diğer solunum

sistemi hastalıkları ve sepsis izlemiştir. Konjenital anomaliler, konjenital kalp hastalıkları diğer ölüm nedenleri arasındadır. Tüm dünyada yenidoğan ölümlerinin en sık görülen nedenleri %36 enfeksiyonlar, %28 prematürite ve perinatal asfiksidir (70,71). konjenital anomaliler, prematürite, ani bebek ölüm sendromu, ve kazalar gelişmiş olan ülkelerde en sık karşılaşılan bebek ölümleri nedenleri olarak gösterilmektedir (72).

Çiftdemir, bebek ölümlerinin %86.4'ünün önlenemez nedenlerden olduğu bildirilmiştir (43). Korkmaz'ın çalışmasında da bebek ölümlerinin %85.5'nin önlenemez nedenlerden olduğu tespit edilmiş (42). Bu çalışmada ise bebek ölümlerinin %95.5'nin önlenemez nedenlerden olduğu görülmüştür.

Yaşam kalitesi, tıbbi durumların değerlendirilmesinde, kişinin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmesi halinin tespitinde önemli bir sağlık çıktısıdır (73). Şahin ve Kılıçaslan'ın çalışmalarında; kadınların yaşam kalitesi puanlarının, gebelik ve doğum sonrası dönemde, tüm alanlarda, gebe olmayan kadınlara göre daha düşük olduğu bildirilmiştir (74). Yapılan bir çalışmada; sık doktor takibinde olan gebelerin yaşam kalitesinin daha iyi olduğu tespit edilmiştir (75).

Sezaryen ile doğum yapanların yaşam kalitesinin daha iyi olduğu yapılan bir çalışmada bildirilmiştir. Manisa ilinde yapılan araştırmada da sezaryenle doğum yapanların yaşam kaliteleri daha iyi bulunmuştur (76). Bu çalışmada ise normal ve sezaryenle doğum yapan anneler arasında yaşam skorları açısından arasında bir fark bulunamamıştır.

Çelik ve arkadaşları tarafından Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada ise normal doğum yapan annelerin diğer annelere yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (77). Başka araştırmacılar tarafından yapılan çalışmalarda da doğum şeklinin, doğum sonu yaşam kalitesini etkilediği, normal doğum yapan annelerin doğum sonu ölçülen yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu bildirilmiştir (78,79).

Yapılan bir çalışmada; eğitimin, yaşam kalitesini artırdığını göstermiştir (76). Gençlerin önceki eğitimlerinin sonraki eğitimlerini olumlu yönde etkilediği ve yaşam kalitelerini yükselttiği, Dünya Eğitim Raporu'nda bildirilmiştir (49). Diğer taraftan çeşitli araştırmalarda eğitim düzeyinin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi gösterilmiştir (76,80). Çelik ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada üniversite mezunu olan annelerin diğer annelere göre doğum sonu yaşam kalitelerinin daha iyi olduğu belirlenmiştir (77). Bu çalışmada da annelerin eğitim

durumları ile yaşam kalite skorları karşılaştırılmış, ilkokul ve ilkokul üstü eğitim alan annelerin yaşam skorları arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Bu çalışmada 2010-2011 yılları arasında Zonguldak'ta doğum yapan; bebeğini kaybeden annelerle bebeği yaşayan annelere EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) yaşam kalite anketi uygulanmıştır. Yaşam kalite anketleri anneler bebeklerini kaybettikten yaklaşık 1 yıl sonra, bebekleri yaşayan annelere de eş zamanlı olarak, aynı şekilde ve aynı zaman diliminde uygulanmıştır. Literatürde bebeklerini kaybeden annelerde yapılmış bir yaşam kalitesi çalışmasına rastlanmamıştır.



## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1. Sonuçlar

1. Annelerin yaşam kalite skorları ile bebeğinin yaşayan ya da ölen olması arasında bir fark bulunamamıştır.
2. Ailenin aylık geliri, annenin iş durumu, annenin öğrenim durumu ile yaşam kalitesi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Ancak yaşam kalite skorları ile annenin aylık geliri ve annenin öğrenim durumu arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.
3. Ölen bebeklerin %77.6'sının erken neonatal dönemde öldüğü, ölüm yerlerinin %41.8 ile en çok üniversite, %4 ile de en az evde-yolda olduğu görülmüştür. Bebek ölümü komisyon dosyalarına göre bebek ölümlerinin %95.5 oranında önlenemez nedenlerden olduğu izlenmiştir.
4. Bebek ölümü ile bebek izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bebek izlemlerinin artması bebek ölümlerini düşürmektedir.
5. Bebek ölümü ile gebe izlemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Gebe izlemlerinin artması bebek ölümlerini yükseltmektedir. Bu durum annesinde risk faktörü olan bebeklerde bebek ölümünün artıyor olmasıyla açıklanabilir.
6. Gebelikleri sırasında idrar yolu enfeksiyonu geçiren annelerin bebeklerinde bebek ölümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Annede İYE geçirme durumu ile bebek ölümleri arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır.
7. Babaların eğitim durumları arttıkça bebek ölümlülüğünün azaldığı görülmüştür. Ancak babaların eğitim durumu ile bebek ölümü arasında bir ilişki bulunamamıştır.
8. Annelerin çalışıp çalışmama durumu arasında anlamlı bir fark yokken, çalışan babaların bebeklerinin daha az ölmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ancak babaların çalışma durumu ile bebek ölümleri arasında ilişki saptanmamıştır.
9. Ailede yaşayan toplam kişi sayısının artmasının bebek ölümünü de artırdığı görülmüş ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

10. Yaşayan bebekler daha çok 2500 gramın üzerinde doğmuşken, ölen bebeklerin doğum ağırlıklarının daha çok 2500 gram ve altında olduğu ve bunun istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak bebeklerin doğum ağırlığı ile bebek ölümlüğü arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır.
11. Yaşayan bebeklerin daha çok 38 hafta ve üstü gestasyon haftalarında doğduğunu, 22-34 gestasyon haftasında doğan bebeklerde ölümün yüksek olduğu ve bu durumun da istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Ancak gestasyon haftası ile bebek ölümlüğü arasında bir ilişki bulunamamıştır.
12. Ölen bebekler arasında doğumun evde-yolda olması anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Yaşayan bebekler arasında ise devlet hastanesinde doğumun, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Doğumun yapıldığı yer ile bebek ölümlülüğü arasında bir ilişki bulunamamıştır.
13. Ölen bebeklerde sezaryenle doğumun az olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bebek ölümleri ile doğum şekli arasında ilişki bulunamamıştır.
14. Gebe izlemi yapılan annelerin bebeklerinin daha çok öldüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. 4 ve üzeri gebe izlemi yapılan annelerin bebeklerinin daha çok öldüğü istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. İzlemlerin çoğunluğunun birinci basamakta yapıldığı ve ölen bebeklerin çoğunluğunun da birinci basamakta izlendiği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
15. Birinci gebelik izleminde tansiyon ve ödeme bakılmasının yaşayan ve ölen bebekler arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Hemoglobin (Hb) bakılanlar içinde anemisi olan annelerin demir preparatı kullananlarında bebek ölümünün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde az olduğu bulunmuştur.
16. Önceki gebelik süreçleri olan annelerin, gebelik sonlanma durumları karşılaştırıldığında bebekleri ölen annelerin daha önceki gebeliklerinde tıbbi tahliye ve canlı doğup ölen bebek sahibi olmadıkları görülmüştür. Önceki gebeliklerinde düşük ve ölü doğum yapan annelerin bebeklerinin daha çok öldüğü izlenmiş olup bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
17. Annenin daha önceki gebeliğinde risk faktörünün olması durumunun bebek ölümünü anlamlı derecede artırdığı bulunmuştur.
18. Bu gebeliğinde risk faktörü olan ve risk faktörü sayısı 2 ve üzeri olan annelerin bebeklerinin ölme durumları istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
19. Gebelikleri sırasında ultrasonografi (USG) yaptıran annelerin bebeklerinde bebek ölümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az bulunmuştur.

Annelerin USG yaptırılmaları ile bebek ölümlülüğü arasında negatif bir ilişki bulunmuştur.

20. Gebelikleri sırasında ikili/üçlü test yaptıran annelerin bebeklerinde bebek ölümü istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az bulunmuştur.
21. Bebeklerin temel ölüm ve son nedenlerinin en sık prematürite nedeniyle olduğu görülmüştür.
22. Son ölüm nedenlerinden ilk 4'ünün ölüm zamanlarına göre dağılımı incelendiğinde, ölümlerin çoğunluğunun 0-6 gün içinde meydana geldiği, 0-7 gün içinde en sık ölüm nedeninin prematürite olduğu bulunmuştur.
23. Bebeklerin %52'sinin erkek, %48'inin kız ve ölen bebeklerden ise %56.7'sinin erkek olduğu görülmüştür.
24. Yaşayan bebeklerin daha çok ilçede ikamet ettikleri görülürken, bebek ölümünün merkezde ikamet eden bebeklerde ilçede ikamet eden bebeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. Ancak ikamet yeri ile bebek ölümü arasında bir ilişki olmadığı görülmüştür.
25. Annelerin daha çok 25-29 yaş aralığında olduğu, ölen ve yaşayan bebeklerin annelerinin yaşları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. 24 yaşın altında olan babaların bebeklerinde ölüm daha sık izlenmekte olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
26. Yaşayan ve ölen bebeklerin annelerinin öğrenim durumunun en fazla ilkökul olduğu, babaların öğrenim durumuna bakıldığında ise en fazla ilkökul mezunu olanlarda bebek ölümünün anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

**Sonuç olarak;** bu tez çalışmasında; ailelerin aylık gelirinin yüksek olmasının ve annenin öğrenim durumunun ilkökul üstü olmasının yaşam kalitesi skorlarını artırdığı, bebek izlem sayısı, gebe izlem sayısı, annenin gebeliği sırasında yaptırdığı USG ve gebelik sırasında annenin idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş olmasının bebek ölümlerini etkileyen faktörler olduğu tespit edilmiştir.

## 6.2. Öneriler

1. Bebek ölümleri komisyonlarında incelenen bebek ölümlerinin sadece klinik açıdan değil sağlığın sosyal belirleyicileri açısından da değerlendirilmesi



önemlidir. Bu nedenle de bebek ölümleri komisyonlarında halk sağlığı uzmanlarının da yer alması

2. Gebe izlemleri ve riskli gebelikler hakkında anne-baba adaylarına yönelik halk eğitimleri düzenlenmesi
3. Gebelik izlemleri sırasında yapılması gerekenlerin sağlık personeli eğitimi ve iş başı denetimlerle (birinci, ikinci, üçüncü basamak), tüm gebelere standart olarak uygulanmasının sağlanması, izlemlerin nitelik açısından da takibinin yapılması
4. Gebelikteki risk faktörlerinin takibi, annelerin bu konuda bilgilendirilmesi
5. İlde meydana gelen tüm gebeliklerin birinci basamakta görev yapan aile hekimi ve aile sağlığı çalışanları tarafından tespit edilmesi ve takiplerinin yapılabilmesi
6. Ailelere yönelik gebelik öncesi, sonrası ve bebek bakımı ile ilgili eğitim/kurslar düzenlenmesi
7. Doğum salonunda görev yapan personele yönelik Neonatal Resusitasyon Programı Eğitimlerinin artırılması ve bu eğitimi tüm doğumhane çalışanlarının almasının sağlanması
8. Yenidoğan yoğunbakım şartlarının (mekan, yatak sayısı, eğitilmiş personel istihdamı, yenidoğan hekimi bulundurma) iyileştirilmesi
9. Maternal ve yenidoğan transportunun iyileştirilmesi, transportla ilgili sağlık personeline yönelik eğitimlerin düzenlenmesi önerilir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Child Health, World Health Organization. Erişim Adresi: [http://www.who.int/topics/child\\_health/en/](http://www.who.int/topics/child_health/en/). Erişim Tarihi: 20.03.2017.
2. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. I. Cilt, 2. Basım, s. 67-84, 253-265, 389-390, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
3. Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, World Health Organization. Erişim Adresi: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/en/). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
4. Global Health Observatory (GHO) Data, Infant Mortality, World Health Organization, Erişim Adresi: [http://www.who.int/gho/child\\_health/mortality/neonatal\\_infant\\_text/en/](http://www.who.int/gho/child_health/mortality/neonatal_infant_text/en/). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015, s.20-28. Erişim Adresi: [http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY\\_2015.pdf](http://www.saglikistatistikleri.gov.tr/dosyalar/SIY_2015.pdf). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
6. Every Newborn: An Action Plan to End Preventable Deaths, World Health Organization. Erişim Adresi: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/newborn/enap\\_consultation/en/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
7. Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması 2013, T.C. Sağlık Bakanlığı, Hacettepe Üniversitesi, s. 12-17. Erişim Adresi: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu\\_06122016.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/UHYCSunumu_06122016.pdf). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
8. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü Genelgesi 2008/45, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2008. Erişim Adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR,11109/bebek-ve-cocuk-izlem-protokolu-genelgesi-2008--45.html>. Erişim Tarihi: 12.05.2017.
9. Ölüm İstatistikleri, 2015, Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21522>. Erişim Tarihi: 12.05.2017.
10. Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Pediatri. (Çev. Ed. Akçay T), s. 1-13, 532-535, 540-541, 552-564, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015.

11. Bebek Ölümü Kayıt Bildirim Formu Hakkında Genelge, 2005/78, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2005. Erişim Adresi: [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev\\_gen/bebekolumu.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/mev/mev_gen/bebekolumu.pdf). Erişim Tarihi: 12.5.2017.
12. Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi, 2009/31, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2009. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11140/bebek-olumleri-izlemi-sistemi-genelgesi-2009--31.html>. Erişim Tarihi: 12.5.2017.
13. Bebek Ölümleri İzlemi Sistemi Genelgesi, 2014/6, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014. Erişim Adresi: <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/mevzuat/951-bebek-%C3%B6l%C3%BCmleri-izleme-sistemi-genelgesi-2014.html>. Erişim Tarihi: 12.5.2017.
14. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013, Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı, TÜBİTAK, s. 129-140, Elma Matbaacılık, Ankara, 2014.
15. Newborns: reducing mortality, World Health Organization. Erişim Adresi: <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs333/en/>. Erişim Tarihi: 26.3.2017.
16. Anne ve Çocuk Sağlığı, T.C. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlar 2017 Yılı Bütçesi, s. 17. Erişim Adresi: [https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/2016ARALIK/SB\\_GenelKurul.pdf](https://sgb.saglik.gov.tr/content/files/haberler/2016ARALIK/SB_GenelKurul.pdf). Erişim Tarihi: 18.03.2017.
17. Türkiye Sağlık Raporu 2014, Türkiye Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Editörler: Ertem M, Çan G, s. 361-363, Hasuder yayın no: 2014-8, 2015. Erişim Adresi: [http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com\\_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF](http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/TSR2014T.PDF). Erişim Tarihi: 15.5.2017.
18. Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri 2014/9 Genelgesi Ek-1 Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014. Erişim Adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/dobyr.pdf>. Erişim Tarihi: 15.5.2017.

19. Doğum Öncesi Bakım, Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberleri 2014/9 Genelgesi Ek-2 Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014. Erişim Adresi: [http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/mevzuat/dsbyr\\_2.pdf](http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/mevzuat/dsbyr_2.pdf). Erişim Tarihi: 15.5.2017.
20. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi 2014/10 Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014. Erişim Adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/mevzuat/867-2014-10-say%C4%B1%C4%B1-genelge-ile-riskli-gebelikler-y%C3%B6netim-rehberiyay%C4%B1nlanm%C4%B1%C5%9Ft%C4%B1r.html>. Erişim Tarihi:15.5.2017.
21. Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi 2014/10 Genelgesi Eki Riskli Gebelikler Yönetim Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, 2014. Erişim Adresi: <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/Dosya/rgyr.pdf>. Erişim Tarihi: 15.5.2017.
22. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü 2008/45 Genelgesi, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2008. Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11109/bebek-ve-cocuk-izlem-protokolu-genelgesi-2008--45.html>. Erişim Tarihi: 15.5.2017.
23. Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2014. Erişim Adresi: <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/2013-08-28-13-18-43/mevzuat/722-bebek-ve-%C3%A7ocuk-izlem-protok%C3%BCI%C3%BC.html>. Erişim Tarihi: 15.5.2017.
24. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK, s. 132-139, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2009. Erişim Adresi: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>. Erişim Tarihi: 15.5.2017.
25. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler, III. Cilt, 2. Basım, s. 1896-1900, 1903-1906, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2012.
26. Young TK. Population Health Concepts and Methods. s. 53-288, New York: Oxford University Press, 1998.

27. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. Ed: Nosikov A, Gudex C. Developing Common Instruments for Health Surveys. pp. 1–11, IOS Press, Amsterdam, 2003.
28. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine* 334(13):835-40, 1996.
29. Strategizing national health in the 21<sup>st</sup> century: a handbook, Ed. Gerard Schmets G, Rajan D, Kadandale S. World Health Organization, 2016. Erişim Adresi: <file:///C:/Users/pakardbell/Downloads/9789241549745-eng.pdf>. Erişim Tarihi: 11.06.2017.
30. Cramer JA. A clinimetric approach to assessing quality of life in epilepsy. *International League Against Epilepsy* 34:9-1, 1993.
31. Bullinger M. International comparability of health interview surveys: An overview of methods and approaches. Ed: Nosikov AC, Gudex C, EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. pp. 1-11, IOS Press, Amsterdam, 2003.
32. Young TK. *Population Health-Concepts and Methods*. pp. 67-81, Oxford University Press, New York, 1998.
33. Andrews FM. Social indicators of well-being: Americans perceptions of life quality. Ed: Andrews FM, Withey SB. pp. 63-106, Plenum Press, New York, 1976.
34. Eser A, Lağarlı T, Baydur H, Akkurt V, Akkuş H, Arslan E, Cengiz E, Çiftçioğlu G, Işık H, Karabacak H, Özkapud T, Özyıldırım E, Soybaş H, Vural O. EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) Türkçe sürümünün Türk toplumundaki psikometrik özellikleri. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 8(3):136-152, 2010.
35. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 28(3):551-558, 1998.
36. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res* 13(2):299-310, 2004.

37. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser SY, Eser E, Göker E. WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 7(Ek 2):23-40, 1999.
38. Power M. Development of a common instrument for quality of life. Ed: Nosikov A, Gudex C, EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. pp. 145-163, IOS Press, Amsterdam, 2003.
39. Seçilmiş Göstergelerle Zonguldak 2013, Türkiye İstatistik Kurumu. s. XI-XIV, 4, 20, 50-51, 91, Kurum Matbaası, Ankara, 2014. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/ilGostergeleri/iller/ZONGULDAK.pdf>. Erişim Tarihi: 17.05.2015
40. Ünsal A, Metintaş S, İnan Ç, Arslantaş D, Tözün M, Çetin E. Eskişehir'de bebek ölüm düzeyi ve ölüm nedenleri. *Osmangazi Tıp Dergisi* 27:9-14, 2005.
41. Balcı E, Küçük E, Gün İ, Gülgün M, Kılıç B, Çetinkara K. Kayseri ili Melikgazi ilçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 22(6):323-326, 2008.
42. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 56:105-121, 2013.
43. Çiftdemir NA, Özden D, Sayın M, Oksay A, Tarım C, Özbek ÜV, Ceylan G, Şahin B. Edirne ili 2012-2013 yılları arası bebek ölümlerinin değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research* 2(4):193-196, 2015.
44. Markovitz BP, Cook R, Flick HL, Leet TL, Socioeconomic factors and adolescent pregnancy outcomes: distinctions between neonatal and post-neonatal deaths? *BMC Public Health* 5:79, 2005.
45. Bodur S, Durduran Y, Küçükkendirci H, Dogan C. Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: Vaka-kontrol çalışması. *Dicle Tıp Derg/Dicle Med J* 36(4):288-293, 2009.
46. Taşkın Ş, Atak N. Bebek ve çocuk ölümlerinin değerlendirilmesi: Türkiye nüfus ve sağlık araştırması, 1993 ve 1998. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 57(1):1-12, 2004.
47. Eryurt MA, Koç İ. Yoksulluk ve çocuk ölümlülüğü: Hanehalkı refah düzeyinin çocuk ölümlülüğü üzerindeki etkisi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 52:113-121, 2009.

48. Caldwell JC. Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigerian data. *Population Studies* 33(3):395-413, 1979.
49. Dünya Sağlık Raporu 1998. Çev. Ed. Metin B, Akın A, Güngör İ. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. s. 45-70, Ankara, 1998.
50. Turan T, Ceylan S, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 3(9):1-16, 2008.
51. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. İzmir’de ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin aile hekimi tarafından izlenme sıklıkları ve etkileyen etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 9(1):1-15, 2011.
52. Okyay P, Gemalmaz A, Beşer A, Başak O, Doyuran ES. Aydın’da bir merkez sağlık ocağı bölgesinde form 005-gebe-lohusa izleme fişlerinin değerlendirilmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 12(1):31-35, 2005.
53. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri’de ebelerin gebe ve bebek izlemlerinin etkinliği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 8(1):14-19, 2004.
54. 2007-2012 Anne ve Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi Raporu, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ed: Köse MR. s. 80-94, 184, Anıl Matbaacılık, Ankara, 2014. Erişim Adresi: <http://www.sagem.gov.tr/dosyalar/20072012%20Anne%20ve%20Bebek%20%C3%96l%C3%BCmleri%20Raporu.pdf>. Erişim Tarihi: 20.5.2017.
55. Başara Bora B, Güler C, Yentür KG, Birge B, Pulgat E, Mamak Ekinci B. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. s. 1-7, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2013.
56. Özkan S, Bakar C, Maral I, Bumin MA. Bebek ölüm nedenleri üzerine bir araştırma. *Gazi Tıp Dergisi / Gazi Medical Journal* 20(4):169-172, 2009.
57. Günay T, Kılıç B, Şemin S, Pabucçuoğlu O. Narlıdere eğitim araştırma ve sağlık bölgesinde 1999 yılı kayıt dışı bebek ölümleri. *Sağlık ve Toplum*. 12:52-55, 2002.
58. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal* 39(2):227-233, 2012.

59. Nylander PP, Adenkunle AO. Antenatal care in developing countries. *Ballieres Clin Obstet Gynecol* 4:169-186, 1990.
60. McDonagh M. Is antenatal care effective in reducing maternal morbidity and mortality. *Health Policy Plan* 11:1-15, 1996.
61. Baytur B, Çağlar H. Gebelikte idrar yolu enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 13(5):409-414, 2003.
62. Cengiz B, Söylemez F. Gebelik ve idrar yolu enfeksiyonları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 11(6):441-445, 2001.
63. Shearer EL. Cesarean section: Medical benefits and costs. *Social Science & Medicine* 37(10):1223-1231, 1993.
64. O'driscoll K, Foley M. Correlation of decrease in perinatal mortality and increase in cesarean section rates. *Obstet Gynecol* 61(1):1-5, 1983.
65. George M, Thomas GW, Stuart RL, et al. Relationship between cesarean delivery rate and maternal and neonatal mortality. *JAMA* 314(21):2263-2270, 2015.
66. Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA, Qin C, Lackritz EM. The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 118:1566-1573, 2006.
67. Şevket O, Karabulut A, Köseli O, Karahan T, Utku Y, Şevket A. Denizli ili bebek ölümleri: ardışık dört yılın değerlendirilmesi. *Pamukkale Tıp Dergisi* 3(2):64-68, 2010.
68. Çelik T, Altun AB, Kerkez B, Tatlı S, Özer C. Hatay ilinde 2009 ve 2010 yıllarında bebek ölüm hızları ve nedenleri. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine* 51(2):111-116, 2012.
69. Korkmaz A, Canpolat FE, Armangil D, ve ark. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi 2003-2006 dönemi çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin uzun süreli izlem sonuçları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 52:101-112, 2009.
70. CDC health disparities and inequalities report-United States, *MMWR* 2011 60:1-116, 2011.
71. Lawn JE, Kerber K, Enweronu-Laryea C, Cousens S. 3.6 Million neonatal deaths-what is progressing and what is not? *Semin Perinatol* 34:371-386, 2010.



72. Mathews TJ, Minino AM, Osterman MJ, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics 2008. *Pediatrics* 127:146-157, 2011.
73. Çetinkaya F, Naçar M, Aslan A, Öztürk Y. Kayseri’de ebelerin gebe ve bebek izlemlerinin etkinliği. *Türk Aile Hek Derg* 8(1):14-19, 2004.
74. Durduran Y, Bodur S, Çakıl E, Filiz E. Konya il merkezinde sağlıkta dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. *Dicle Tıp Dergisi / Dicle Medical Journal* 39(2):227-233, 2012.
75. Callaghan WM, MacDorman MF, Rasmussen SA, Qin C, Lackritz EM. The contribution of preterm birth to infant mortality rates in the United States. *Pediatrics* 118:1566-1573, 2006.
76. Altınparmak S. Gebelerde sosyodemografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 5(6):416-423, 2006.
77. Çelik SA. Annelerin doğum sonu yaşam kalitesinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 17:3, 2014.
78. Torkan B, Parsay S, Lamyian M, Kazemnejad A, Montazeri A. Postnatal quality of life in women after normal vaginal delivery and caesarean section. *BMC Pregnancy & Childbirth* 9(4):1-7, 2009.
79. Emmanuel EN, Sun J. Health related quality of life across the perinatal period among Australian women. *J Clin Nursing* 23(11-12): 1611-9. 2014
80. Leung KF, Wong WW, Tay MS, Chu MM, Ng SS. Development and validation of the interview version of the Hong Kong Chinese WHOQOL-BREF. *Qual Life Res* 14(5):1413-1419, 2005.

## 8. EKLER

### Ek-1. Veri toplama formu-1

VERİ TOPLAMA FORMU-1  
(Ölen bebekler ve anneleri için)

#### A-BEBEKLE İLGİLİ BİLGİLER

##### BEBEK NO:

- 1- İkamet yeri:
- 2- Cinsiyet: 1-E 2-K
- 3- Doğum Tarihi gün/ay/yıl:..../.../... Ölüm Tarihi gün/ay/yıl:..../.../....
- 4- Doğum ağırlığı:.... gram
- 5- Gestasyon haftası: ....hafta
- 6- Doğum yeri: 1- Evde 2- Devlet Hastanesinde 3- Üniversite Hastanesinde
- 4- Özel Hastanede 5-Diğer .....(Lütfen belirtiniz)
- 7- Doğum şekli: 1-Sezeryan 2-Normal doğum
- 8- Ölüm yeri: 1- Ev 2- Devlet Hastanesi 3- Üniversite Hastanesi 4- Özel Hastane 5-Diğer .....(Lütfen belirtiniz)
- 9- Ölüm nedeni: Önlenebilir mi: 1- Evet 2- Hayır

BEBEK İZLEM KARTI: .....izlem sayısı , HAFTASINA/AYINA GÖRE AŞILARI TAM MI?.....

#### B-AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER

ANNE NO: .....İLETİŞİM TEL.....

- 10- Anne yaşı: Baba yaşı
- 11- Annenin Öğrenim durumu: 1-Okur yazar değil 2- Okur yazar 3-ilkokul 4- Ortaokul  
5- Lise 6-Yüksekokul/üniversite
- 12- Babanın Öğrenim durumu: 1-Okur yazar değil 2- Okur yazar 3-ilkokul 4- Ortaokul  
5- Lise 6-Yüksekokul/üniversite
- 13- Ailenin aylık toplam geliri.....TL
- 14- Ailedeki toplam kişi sayısı:

15- Annenin çalışma durumu ev hanımı

16- Babanın çalışma durumu işçi Baba ev harcamalarına; 1- katılıyor 2- katılmıyor 3- diğer.....

#### C-ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER

17- Kaçınıcı gebelik:

18-Daha önceki gebelikler nasıl sonlanmış: 1-düşük, 2-ölü doğum, 3-tıbbi tahliye, 4-canlı doğum, 5-canlı doğup ölmüş.

19- Son adet tarihi (ay/yıl olarak).....

20-Kaç izlem yapıldığı:.....

21-İzlemleri nerede yaptırmış:

1- Sağlık Ocağı/ ASM 2- Devlet Hastanesi 3- Üniversite Hastanesi 4- Özel Hastane 5-Diğer .....(Lütfen belirtiniz)

22- Birinci izlem TA değeri:.....

23-İkinci izlem TA değeri:.....

24-Üçüncü izlem TA değeri:.....

25-Dördüncü izlem TA değeri:.....

26-Birinci izlem ödem: 1-var 2-yok

27-İkinci izlem ödem: 1-var 2-yok

28-Üçüncü izlem ödem: 1-var 2-yok

29- Dördüncü izlem ödem: 1-var 2-yok

30-Kaç kez Hb bakılmış:.....

31-Hb değeri: 1- normal 2- düşük 3- yüksek

32-Demir preparatı kullanıyor mu: 1- evet 2- hayır 3- bilinmiyor

33-Demir preparatını ne kadar süre kullanmış:.....

34-Daha önceki gebeliğinde risk faktörü var mı: 1-evet(belirtiniz) 2- hayır

35-Gebelik takibi sırasında risk saptanmış mı: 1- evet 2- hayır

36-Kaç risk faktörü saptanmış: 1- hiç 2- bir tane 3- iki ve daha fazla

37-Risk varsa uzmana gitmiş mi: 1- evet 2- hayır

38-Kaç kez uzman takibinde olmuş:.....

39- USG yaptırmış mı: 1- evet 2- hayır

40-Eğer yaptırdıysa Kaç kez USG yaptırmış:.....

41-İkili/ üçlü test yaptırmış mı: 1- evet 2- hayır

42-İkili/ üçlü test sonucu ne: 1- normal 2- patolojik

43-Kronik bir hastalığı var mı: 1- evet (belirtiniz) 2- hayır

44-Kronik bir hastalığı varsa ilaç kullanıyor mu: 1- evet (belirtiniz) 2- hayır

45-Gebelikte idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş mi: 1- evet 2-hayır

46-Gebelikte idrar yolu enfeksiyonu geçirdi ise ilaç kullandı mı: 1- evet 2- hayır



## Ek-2. Veri toplama formu-2

### VERİ TOPLAMA FORMU-2 (Yaşayan bebekler ve anneleri için)

#### A-BEBEKLE İLGİLİ BİLGİLER

BEBEK NO:.....

- 1- İkamet yeri:
  - 2- Cinsiyet: 1-E 2-K
  - 3- Doğum Tarihi: gün/ay/yıl:../.../...
  - 4- Doğum ağırlığı.....gram
  - 5- Gestasyon haftası:.... hafta (Kaç haftalık doğmuş)
  - 6- Doğum yeri: 1- Evde 2- Devlet Hastanesinde 3- Üniversite Hastanesinde  
4- Özel Hastanede 5-Diğer.....(Lütfen belirtiniz)
  - 7- Doğum şekli: 1-Sezeryan 2-Normal doğum
  - 8- Bebek izlemi kaç kez yapılmış:
  - 9- Kaç izlemi nitelikli yapılmış:.....( kartta bakılması istenen tüm değerler bulunuyorsa nitelikli izlem)
- Aşıları ayına göre tam mı?.....Tam değilse hangileri eksik:.....

#### B-AİLE İLE İLGİLİ BİLGİLER

ANNE NO: .....

İLETİŞİM TEL.....

- 10- Anne yaşı: Baba yaşı
- 11- Annenin Öğrenim durumu: 1-Okur yazar değil 2- Okur yazar 3-ilkokul  
4-Ortaokul 5-Lise 6-Yüksekokul/üniversite
- 12- Babanın Öğrenim durumu: 1-Okur yazar değil 2- Okur yazar 3-ilkokul  
4-Ortaokul 5-Lise 6-Yüksekokul/üniversite
- 13- Ailenin aylık toplam geliri.....TL
- 14- Ailedeki toplam kişi sayısı:
- 15- Annenin çalışma durumu/mesleği:.....
- 16- Babanın çalışma durumu/mesleği :.....Baba ev harcamalarına;1- katılıyor 2- katılmıyor 3- diğer.....

## C-ANNE İLE İLGİLİ BİLGİLER

17- Kaçınıcı gebelik:

18- Daha önceki gebelikler nasıl sonlanmış: 1-düşük, 2-ölü doğum, 3-tıbbi tahliye, 4-canlı doğum, 5-canlı doğup ölmüş.

19- Son adet tarihi (gün/ay/yıl):.../.../...

20-Kaç izlem yapıldığı:.....

21-İzlemleri nerede yaptırmış: 1- sağlık ocağı/ ASM 2- devlet hastanesi

3- üniversite hastanesi 4- özel hastane 5-Diğer .....(Lütfen belirtiniz)

22- Birinci izlem TA değeri:.....

23-İkinci izlem TA değeri:.....

24-Üçüncü izlem TA değeri:.....

25-Dördüncü izlem TA değeri:.....

26-Birinci izlem ödem: 1-var 2-yok

27-İkinci izlem ödem: 1-var 2-yok

28-Üçüncü izlem ödem: 1-var 2-yok

29- Dördüncü izlem ödem: 1-var 2-yok

30-Kaç kez Hb bakılmış:.....

31-Hb değeri: 1- normal 2- düşük 3- yüksek

32-Demir preparatı kullanıyor mu: 1- evet 2- hayır 3- bilinmiyor

33-Demir preparatını ne kadar süre kullanmış:.....

34-Daha önceki gebeliğinde risk faktörü var mı: 1-evet(belirtiniz) 2- hayır

35-Gebelik takibi sırasında risk saptanmış mı: 1- evet 2- hayır

36-Kaç risk faktörü saptanmış: 1- hiç 2- bir tane 3- iki ve daha fazla

37-Risk varsa uzmana gitmiş mi: 1- evet 2- hayır

38-Kaç kez uzman takibinde olmuş:.....

39- USG yaptırmış mı: 1- evet 2- hayır

40-Eğer yaptırdıysa Kaç kez USG yaptırmış:.....

41-İkili/ üçlü test yaptırmış mı: 1- evet 2- hayır

42-İkili/ üçlü test sonucu ne: 1- normal 2- patolojik

43-Kronik bir hastalığı var mı: 1- evet (belirtiniz) 2- hayır

44-Kronik bir hastalığı varsa ilaç kullanıyor mu: 1-evet (belirtiniz) 2- hayır

45-Gebelikte idrar yolu enfeksiyonu geçirmiş mi: 1- evet 2-hayır

46-Gebelikte idrar yolu enfeksiyonu geçirdi ise ilaç kullandı mı: 1- evet 2- hayır

### Ek-3. EUROHIS yaşam kalitesi anketi

#### EUROHIS (WHOQOL-8.Tr) 8 soru

EUROHIS	Hiç iyi değil (1)	Biraz Kötü (2)	Orta (3)	Oldukça İyi (4)	Tamamen İyi (5)
Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?					
Sağlığımızdan ne kadar hoşnutsunuz?					
Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?					
Günlük uğraşlarımızı yürütebilme becerinizde ne kadar hoşnutsunuz?					
Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?					
Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?					
Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?					

**Ek-4. Etik kurul onayı -1**



**T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**



**TOPLANTI TARİHİ** : 12/06/2012  
**TOPLANTI NO** : 2012/13

**KARARLAR :**

- 6- B.E.Ü. Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet Ali KURÇER'in sorumluluğunda yapılacak olan 2012-88-12/06 Protokol no'lu "Annenin Yaşam Kalitesi, Gebe-Bebek İzlemleri ve Bebek Ölümleri Arasındaki İlişki" konulu çalışmanın Etik Kurallara uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

**Doç. Dr. Banu DOĞAN GÜN**  
**B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı**



## Ek-5. Etik kurul onayı-2



**T.C.**  
**BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ**  
**Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı**

TOPLANTI TARİHİ : 09/08/2017  
TOPLANTI NO : 2017/13

**KARARLAR :**

- 1- 12/06/2012 tarih ve 2012/13 sayılı toplantıda uygun bulunan Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 2012-88-12/06 Protokol no'lu "Annenin Yaşam Kalitesi, Gebe-Bebek İzlemleri ve Bebek Ölümleri Arasındaki İlişki" konulu çalışma başlığının "Bebek Ölümünü Etkileyen Faktörler ile Bebeği Ölen ve Yaşayan Annelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi" olarak değiştirilmesinin uygunluğuna,

Oy birliği ile karar verilmiştir.

**A S L I G İ B İ D İ R**

Prof. Dr. Ali Uğur EMRE  
B.E.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkan V.

## Ek-6. Yönetim kurulu kararı



T.C.  
BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

### ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI NO
14.08.2017	2017/25

**MADDE 04**  
**Aslıhan**  
**KÜLEKÇİ**  
**UĞUR**

**Tez Adı**  
**Değişikliği**

Enstitümüz Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 11.08.2017 tarih ve 2009 sayılı yazısı ve ekleri okundu.

Enstitümüz Yönetim Kurulununun 14.06.2012 tarih, 2012/10-12 Sayılı Kararı ile Halk Sağlığı Anabilim Dalı doktora programı öğrencisi **Aslıhan KÜLEKÇİ UĞUR** ' un, "Annelerin Yaşam Kalitesi Gebe-Bebek İzlemleri ve Bebek Ölümleri Arasındaki İlişki " başlıklı tez adının Anabilim Başkanlığı ve BEÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığının teklifleri doğrultusunda "**Bebek Ölümelerini Etkileyen Faktörler ile Bebeği Ölen ve Yaşayan Annelerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**" şekliyle değiştirilmesine oybirliği ile karar verildi.



## 9. ÖZGEÇMİŞ

**Adı:** Aslıhan  
**Soyadı:** KÜLEKÇİ UĞUR  
**Doğum Yeri:** Gaziantep  
**Doğum Tarihi:** 04.10.1973  
**Görev Yeri:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı  
**Yabancı Dil:** İngilizce  
**E-Posta Adresi** aslihanugur@yahoo.com

<b>Tarih</b>	<b>Eğitim</b>
<b>1996</b>	Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
<b>2006</b>	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji Konuşma Ses ve Denge Bozuklukları Yüksek Lisansı
<b>Akademik Unvanları</b>	
<b>14.12.2006</b>	Klinik Odyoloji Uzmanı (MAud)
<b>İş Tecrübesi</b>	
<b>1999-2002</b>	Ankara Karşiyaka Sağlık Ocağı
<b>2003-2005</b>	Zonguldak 4 Nolu Sağlık Ocağı
<b>2003-2006</b>	Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Odyoloji Konuşma Ses ve Denge Bozuklukları Yüksek Lisans Programı
<b>2005-2010</b>	T.C. Sağlık Bakanlığı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi, Zonguldak
<b>2009-</b>	Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Programı
<b>2010-2012</b>	T.C. Sağlık Bakanlığı Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Şube Müdürü, Zonguldak
<b>2012-2013</b>	T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Zonguldak Halk Sağlığı Müdürü (Kurucu Müdür), Zonguldak
<b>Eylül 2013-</b>	T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara

### **Varsa, Araştırmacı Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar**

- 2001** Polio Eradikasyonu Saha alışması
- 2006** Diabetes Mellitus'lu ocuklarda Kontralateral Supresyonun TEOAE ile lümü, Yüksek Lisans Tezi
- 2009** Bartın ve evresi Hanta Virüs Saha alışması
- 2012-2013** Zonguldak Mobil KETEM Projesi

### **Varsa, Monitör/İzleyici Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar**

- 2010** Türkiye Beş Yaş Altı Çocuk ve Bebek lümlerinin Tespit Edilmesi Araştırması 2006-2010 (BEMOR-2010)
- 2011** Türkiye'de 6-17 Aylık Çocuklarda ve Annelerinde Hemoglobin Ferritin D -Vitamini Düzeyi ve Demir Eksikliği Anemisi Durum Belirleme Yürütölen Programların Değerlendirilmesi Araştırması

### **Yayınlar**

1. Gazi Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan İşitme Taraması Programı. **Aslıhan KÜLEKÇİ UĞUR**, Yusuf KEMALOĞLU, Bülent GÜNDÜZ, Selda GÖKMEN, şenay ALTINYAY. 28. Türk Ulusal Otorinolarenoloji ve Baş Boyun Cerrahisi Kongresi Belek/ ANTALYA. Sözlü sunum, 21- 26 Mayıs 2005.
2. Otoacoustic emissions and effects of contralateral white noise stimulation on transient evoked otoacoustic emissions in diabetic children. **Ugur AK**, Kemaloglu YK, Ugur MB, Gunduz B, Saridogan C, Yesilkaya E, Bideci A, Cinaz P, Goksu N. Int J Pediatric Otorhinolaryngol. 2009 Apr;73(4):555-9. Epub Jan 15 2009.
3. Subclinical dysfunction of cochlea and cochlear efferents in migraine: an otoacoustic emission study. Bolay H, Bayazit YA, Gündüz B, **Ugur AK**, Akali D, Altunyay S, Ilica S, Babacan A. Cephalalgia. 2008 Apr;28(4):309-17. Epub Feb 13 2008.
4. An adult case of visceral leishmaniasis in a province of Black-Sea region, Turkey]. Oztoprak N, Aydemir H, Pişkin N, Seremet Keskin A, Araslı M, Gökmen A, Celebi G, **Külekcđi Uğur A**, Taylan zkan A. Mikrobiyol Bul. Oct;44(4):671-7 2010.

5. Ateşli Çocuğa Yaklaşımında Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Bilgi Ve Tutumları; Doğru Bilinen Yanlışlar Figen Demir, Özgür Sekreter1, **Ashhan Külekçi Uğur**, Murat İlikhan. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, P-215. Çocuk Sağlığı, İzmir, 18 – 22 Ekim 2010.
6. Zonguldak'ta 1.Basamak Hekimlerinde Tükenmişlik, İş Doyumu ve Yıldırma Prevalansı ve Etkiliyen Etmenler. **Ashhan Külekçi Uğur**, Mehmet Ali Kurçer, Figen Demir, Murat Demirezen, Erman Yılmaz, Özgür Sekreter. 13. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, P-20. Sağlık Yönetimi, 18 – 22 Ekim 2010 İzmir.
7. Dünyada ve Türkiye'de Tüberküloz Epidemiyolojisi. Dr. Mehmet Ali KURÇER, **Dr. Ashhan KÜLEKÇİ UĞUR**, Dr. Murat DEMİREZEN, Dr. Yaşar Ali SULAK Türkiye Klinikleri Enfeksiyon Hastalıkları Özel Dergisi Yıl: 2011 Cilt: 4 Sayı: 2, Derleme. Tüberküloz Özel Sayısı.

#### **Halen Yürüttüğü Programlar**

1. Ulusal İşitme Tarama Programı
2. Ulusal Görme Taraması Programı
3. Neonatal Resusitasyon Programı
4. Hemoglobinopati Tarama Programı
5. Çocuk ve Ergen sağlığı Daire Başkanlığı Birim Sorumlusu

#### **Varsa, Saha Görevlisi Olarak Katıldığı Klinik Araştırmalar**

1. 2006 Zonguldak Çaycuma İlçesi Çomranlı ve Akyamaç Köyleri Kuş Gribi Salgını
2. 2008 Zonguldak Çaycuma İlçesi Saz Köy Kuş Gribi Salgını
3. 2009 Zonguldak - Bartın Hanta Virüs Salgını
4. 2009 Zonguldak Gökçebey Sel Felaketi
5. 2009 Domuz Gribi Pandemisi
6. Diğer (Hepatit A, gastroenterit, tularemi salgınları)
7. 2012-2013 Zonguldak Mobil KETEM Projesi

#### **Varsa, Sertifikalar**

1. Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Uygulamalı Eğitim Kursu 2004
2. Türkiye'de Bulaşıcı Hastalıkların Kontrolü ve Epidemiyolojik Sürveyansının Güçlendirilmesi Temel Eğitim Kursu 2007
3. Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi 2008

4. Acil Hekimliği Sertifika Programı Temel Eğitim Modülü 2008
5. Ulusal Yenidoğan İşitme Taraması Eğitici Eğitimi 2009
6. Acil Hekimliği Sertifika Programı Çocuklarda İleri Yaşam Desteği 2010
8. Neonatal Resusitasyon Programı Eğitimi 2011

