

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE
RİSKLİ GEBELİK SIKLIĞI, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER, MATERNAL VE FETAL SONUÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAHİDE GÖV

DANIŞMAN
DOÇ. DR. İBRAHİM KORUK

ŞANLIURFA

2016

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ŞANLIURFA'DA BİR AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNDE
RİSKLİ GEBELİK SIKLIĞI, ETKİLEYEN
FAKTÖRLER, MATERNAL VE FETAL SONUÇLARI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NAHİDE GÖV

DANIŞMAN

DOÇ. DR. İBRAHİM KORUK


Bu tez, Harran Üniversitesi Araştırma Fon Saymanlığı tarafından 12108 proje numarasıyla desteklenmiştir.


ŞANLIURFA

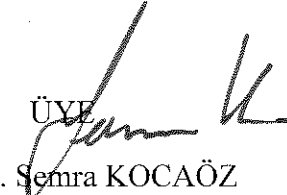
2016


T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Nahide Göv'ün hazırladığı "Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı, Etkileyen Faktörler, Maternal ve Fetal Sonuçları" konulu çalışma, 10/06/2016 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nda **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

BAŞKAN

Doç. Dr. İbrahim KÖRUK
Harran Üniversitesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

ÜYE

Doç. Dr. Semra KOCAÖZ
Niğde Üniversitesi
Niğde Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu

16.06.2016

Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tezimin hazırlanması sürecinde ilgisi, sabrı ve desteğiyle bu süreci kolaylaştıran ve rehberliğini hiçbir zaman esirgemeyen tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. İbrahim Koruk'a, eğitimim boyunca emeğini ve zamanını esirgemeyen Prof. Dr. Zeynep Őimřek hocama ve kendilerinden aldığım sevgi ve destekle motivasyonumu arttıran eşim Süleyman Göv'e, kızlarım Esmâ Göv ve Nisa Göv'e teőekkürlerimi borç bilir, derin sevgilerimi sunarım.

Ayrıca çalışmamın örneğine çıkan ve sorularımı içtenlikle yanıtlayan katılımcılara teşekkür ederim.

NAHİDE GÖV

2016

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER.....	ii-iii
TABLolar DİZİNİ.....	v-vi
KISALTMALAR.....	vii
ÖZET.....	viii-ix
ABSTRACT.....	x-xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kadın Sağlığının Önemi.....	4
2.1.1. Kadının Statüsü Ve Doğurganlığı.....	5
2.1.2. Doğum Öncesi Bakım.....	5
2.1.3. Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayı Engelleyen Durumlar.....	6
2.2. Gebelikte Riskli Durumlar.....	7
2.2.1. Öyküden Saptanan Risk Faktörleri.....	7
2.2.1.1. Yaş	7
2.2.1.2. Parite.....	9
2.2.1.3. Kötü Gebelik Öyküsü.....	9
2.2.1.4. Doğum Aralığı.....	10
2.2.1.5. Kronik Hastalık Öyküsü.....	10
2.2.1.6. Sigara İçme Alışkanlığı.....	10
2.2.1.7. Düşük Sosyoekonomik Durum.....	11
2.2.1.8. İstenmeyen Gebelikler.....	11
2.2.2. İzlemede Saptanan Risk Faktörleri.....	11
2.2.2.1. Kısa Boy.....	11
2.2.2.2. Gebelikte Ağırlık Alımı.....	11
2.2.2.3. Anemi.....	12
2.2.2.4. Hipertansiyon.....	13
2.2.2.5. Polihidroamnios.....	14
2.2.2.6. Çoğul Gebelik.....	14
2.2.2.7. Prezantasyon Bozuklukları.....	14

2.2.2.8. Doğum Öncesi Dönemde Kanama.....	14
2.2.2.9. Uterusta Skar Dokusunun Bulunması.....	15
2.2.2.10. Beklenen Doğum Tarihinin Gecikmesi.....	15
2.2.2.11. Tetanoza Karşı Bağışıklık.....	15
2.2.3. Doğumda Saptanan Risk Faktörleri.....	16
2.2.3.1. Prematüre Eylem.....	16
2.2.3.2. Erken Membran Rüptürü.....	16
2.2.3.3. Kordon Sarkması.....	17
2.2.3.4. Ağrı Zaafı.....	17
2.2.3.5. Tetanik Uterin Kontraksiyonlar.....	17
2.2.3.6. Fetal Sıkıntı.....	18
2.2.3.7. Vajinal Kanama.....	18
2.2.3.8. Plasenta Retansiyonu.....	18
2.2.3.9. Postpartum Kanama.....	18
2.2.3.10. Bebekte Siyanoz.....	19
2.2.3.11. Annede Enfeksiyon Belirtilerinin Olması.....	19
2.2.3.12. Postpartum 24. Saatten Sonra Vajinal Kanama.....	19
2.2.3.13. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek.....	19
2.2.3.14. Bebekte İlk 24 Saatte Sarılık.....	20
2.2.3.15. Bebekte Enfeksiyon Belirtileri.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	21
3.1. Araştırmanın Tipi.....	21
3.2. Evren.....	21
3.3. Örnek Büyüklüğü ve Örnekleme Yöntemi.....	21
3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulanması.....	21
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	22
3.6. İstatistiksel Analiz.....	25
4. BULGULAR.....	27
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	27
4.2. Katılımcıların Gebelik Özellikleri.....	31
4.3. Gebe Muayenesi ve İzlemine Yönelik Bulgular.....	37
4.4. Gebeliğe Yönelik Riskli Durum Sıklıkları.....	38

4.5. Riskli Durum Sayısına Göre Tek Değişkenli Analizler.....	41
4.6. Çok Değişkenli Analiz Bulguları.....	44
4.7. Gebelik Sonucu ve Fetal Sonuçla İlgili Bulgular.....	44
5. TARTIŞMA.....	45
5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri.....	45
5.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri	46
5.3. Gebeliğe Yönelik Riskli Durum Sıklıkları.....	48
5.4. Analitik Bulgular.....	49
5.5. Sonuç Ve Öneriler.....	50
6. KAYNAKLAR.....	52
7. EKLER	
7.1. Ek 1. Araştırma Anketi	
7.2. Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı	
7.3. Ek 3. Etik Kurul Onay Yazısı	

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Değişken Düzeyleri.....	26
Tablo 2. Gebelerin Öğrenim Durumuna Dair Değişken Düzeyleri.....	26
Tablo 3. Gebelerin Eşinin Öğrenim Durumuna Göre Değişken düzeyleri.....	27
Tablo 4. Gebelerin Evde Konuştıkları Dile Göre Değişken Düzeyleri.....	27
Tablo 5. Gebelerin Sosyal Güvence Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	27
Tablo 6. Gebelerin Tarım İşçiliği Yapma Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	28
Tablo 7. Tarım İşçiliği Yapan Gebelerin Barınma Yerine Göre Değişken Düzeyleri.....	28
Tablo 8. Gebelerin Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	28
Tablo 9. Gebelerin Eşlerinin İş Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	29
Tablo 10. Gebelerin Yerleşim Yeri Durumuna Göre Dağılımları.....	29
Tablo 11. Gebelerin Sosyal Sınıflara Göre Değişken Düzeyleri.....	30
Tablo 12. Gebelerin Doğurganlık Özelliklerinin Değişken Düzeyleri	30
Tablo 13. Gebelerin Bir Önceki Doğum Yapılan Yere Göre Değişken Düzeyleri.....	31
Tablo 14. Gebelerin Sorunlu Gebelik Yaşama Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	31
Tablo 15. Gebelerin Kronik Hastalık Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	31
Tablo 16. Gebelerin Mevcut Gebelikleriyle İlgili Ciddi Bir Sorun Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	32
Tablo 17. Gebelerin Eşi ile Akrabalık Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	32
Tablo 18. Gebelerin İlaç Kullanma Durumuna Göre Değişken Düzeyler.....	32
Tablo 19. Gebelerin Eşi ile Rh Uyuşmazlığı Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	33
Tablo 20. Gebelerin Çoğul Gebelik Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	33
Tablo 21. Gebelerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	33
Tablo 22. Gebelerin Alkol Kullanımı Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	33
Tablo 23. Gebelerin Pasif İçicilik Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	34
Tablo 24. Gebelerin İstemli Gebelik Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	34
Tablo 25. Gebelerin Aile Planlaması Kullanma Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	34
Tablo 26. Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Değişken Düzeyleri.....	35
Tablo 27. Gebelerin Aile Planlaması Kullanmama Nedenlerine Göre Değişken Düzeyleri.....	35

Tablo 28. Gebelerin Gebelik İzlemi Ve Muayenesi İle İlgili Bazı Özelliklerin Değişken Düzeyleri.....	36
Tablo 29. Gebelerin Gebelik Trimesterlerine Göre Değişken Düzeyleri.....	36
Tablo 30. Gebelerin Ağırlık Alımı Durumuna Göre Değişken Düzeyleri.....	37
Tablo 31. Gebelerin Bazı Özelliklerin Risk Oluşturma Durumuna Göre Dağılımı.....	37
Tablo 32. Gebelerin Toplam Risk Sayısına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 33. Riskli Durum Sayısının Gebenin ve Eşinin Eğitim Durumu ile İlişkisi.....	40
Tablo 34. Riskli Durum Sayısı ile Gebenin Yaşı, Evlilik Yaşı ve Hanede Yaşayan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 35. Evde Konuşulan Dile Göre Riskli Durum Sayısı Düzeyi.....	41
Tablo 36. Bazı Özelliklere Göre Riskli Durum Sayısının Düzeyi.....	42
Tablo 37. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 38. Gebelerin Gebelik Sonucuna Göre Dağılımı.....	43
Tablo 39. Gebelerin Fetal Sonuca Göre Değişken Düzeyleri.....	44
Tablo 40. Gebelik Sonucuna ve Fetal Sonuca Göre Riskli Durum Düzeyleri.....	44

KISALTMALAR

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

AP: Aile Planlaması

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

EMR: Erken Membran Rüptürü

PEMR: Preterm Erken Membran Rüptürü

TNSA: Türkiye Sağlık ve Nüfus Araştırması

TUİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BKİ: Beden Kitle İndeksi

ABD: Ana Bilim Dalı

SAT: Son Adet Tarihi

DDA: Düşük Doğum Ağırlığı

MTİ: Mevsimlik Tarım İşçisi

IUGR: İntrauterin Gelişme Geriliği

HB: Hemoglobin

ÖZET

Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı, Etkileyen Faktörler, Maternal ve Fetal Sonuçları

NAHİDE GÖV

Halk Sağlığı, Yüksek Lisans Tezi

Şanlıurfa'da bir aile sağlığı merkezinde riskli gebelik sıklığını, riskli gebelik düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek ayrıca riskli gebelik durumunun gebelik sonucuna ve fetal sonuca etkisini saptamak amaçlanmıştır.

Araştırma, kesitsel ve ileriye yönelik izlem bölümlerinden oluşmaktadır. Araştırmanın evrenini Zeliha Öncel Aile Sağlığı Merkezi 'nde araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde kayıtlı olan ve izlemi yapılan 398 gebe kadın oluşturmaktadır. Tüm evren araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırma verisi bir bilgi formu ve aile sağlığı merkezi kayıtları kullanılarak elde edilmiştir. Bilgi formu, sosyodemografik, doğurganlık, riskli gebelik ile ilgili özellikler, aile planlaması yöntemi kullanımı, doğum öncesi bakım izlemi özellikleri, ölçümler (ağırlık, boy, kan basıncı, hemoglobin) ile gebelik ve fetal sonuç bölümlerinden oluşmuştur. Verilerin değerlendirilmesi ki kare, Mann-whitney U testi, korelasyon analizi ve çoklu regresyon analizi kullanılarak yapılmıştır.

Gebelerin %50.6'sı ilkokul eğitimini tamamlamamıştır. Evde Türkçe dışında iletişim dili kullananların oranı %54.7'dir. Sosyal güvencesi yeşil kart olanlar %39.3 iken, hiçbir güvencesi olmayanlar %9.3'tür. Gebelerin %99.5'i en az bir riskli duruma sahiptir.

Gebelerde saptanan riskli durum sayısı gebelik haftasındaki artış ile, hane halkı sayısındaki artışla, evde Arapça konuşuluyor olması ile ve aile planlaması yöntemi kullanılıyor olması ile artmaktadır. Buna karşın, ilk evlilik yaşının ve gebenin eşinin eğitim durumunun yükselmesi ile azalmaktadır ($p < 0.05$).

Gebelerin %89.6'sı zamanında canlı doğum, %5.4'ü preterm eylem, %4.2'si düşük ve %0.8'i ölü doğum yapmıştır. Yıllık olumsuz gebelik sonucu insidansı %10.4 bulunmuştur. Gebeliklerin %89.1'i canlı ve sağlıklı, %1.3'ü anomalili, %0.8'i düşük doğum ağırlıklı, %3.6'sı prematür, %5.2'si ölü doğumla sonuçlanmıştır. Yıllık olumsuz fetal sonuç insidansı %10.9'dur

Araştırmada risksiz gebelik yok denecek kadar azdır. Bu nedenle nitelikli doğum öncesi bakım verilmelidir. Eşleri yöntem tercihinde kadınları sıklıkla yönlendirmektedir. Bu nedenle gebelik ve aile planlaması danışmanlıkları mutlaka erkekleri de kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, risk, gebelik izlemi, riskli gebelik, prevelans, etkileyen faktörler, doğum sunu sonuçlar

ABSTRACT

Prevalence of risky pregnancy and affecting factors in a family health center in Sanliurfa

NAHİDE GÖV

Public Health, Master Thesis

The aim was to determine the frequency of risky pregnancy in a family health center in Sanliurfa and the factors that affect the level of risky pregnancies, along with the determining the effect that the risky pregnancy situation has on the result of the pregnancy and on the fetal result.

The research consisted of cross-sectional and prospective sections. The population of the research were 398 pregnant women, who were registered and who were followed during the dates on which the research was conducted in the Zeliha Öncel Family Health Center (ASM).

Research data was obtained through a questionnaire and by using ASM records. The questionnaire comprised of social-demographic features, fertility features, risky pregnancy features, use of family planning methods, nursing follow-up features prior to birth, measurements (weight, height, blood pressure, hemoglobin) and pregnancy and fetal result sections. The evaluation of the data has been conducted by using the chi-square, mann-whitney u test, correlation analysis and multiple regression analysis.

50.6% of the pregnant women have completed primary school education. 54.7% use a communication language other than Turkish at home. Those who have social insurance through a green card (health card for poor people in Turkey) amount to 39.3%, while those who don't have any social insurance amount to 9.3%.

The 99.5 % of pregnant women have at least one risky situation. The number of risky situations determined with respect to the expectant mother increases with the increase of pregnancy weeks and the increase of the number of the household, the fact that Arabic is spoken at home and the use of family planning methods. In contrast with aforementioned, this decreases with the age of the first marriage and the education level of the woman's spouse ($p < 0.05$).

89.6% of the women had a live birth in due time, 5.4% had a preterm action, 4.2% had a miscarriage and 0.8% had a stillbirth. The annual incidence as a result of negative pregnancy results was detected as 10.4%. 89.1% of the pregnancies resulted in live and healthy newborn; 1.3% resulted in anomalies, 0.8% resulted in low birth weights, 3.6% in premature births and 5.2% in stillbirths. The annual incidence of negative fetal results was 10.9%.

Non-risky pregnancies were little if any in the research. Due to this reason, sufficient antenatal care should be provided. Spouses often leads women preferred family planning method. Therefore, pregnancy and family planning consultancies should be conducted in such a way that it also includes the men

Keywords: Pregnancy, risk, pregnancy follow-up

1. GİRİŞ

Kadın sağlığı; kadınların ruhsal, sosyal ve fiziksel iyilik kavramları ile birlikte hayatlarının sosyal, politik ve ekonomik boyutlarını da içermektedir. Kadınların sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve en yüksek standartlarda faydalanmak tüm kadınların temel insan hakkıdır (1). Sağlık bilgisine erişim, yeterli beslenme gibi durumlar da bu haklardan ayrı görülmemelidir. Bu hakları kullanamamanın anne ölümlerine kadar pek çok olumsuz sonuca neden olabileceği bilinmektedir (2).

Çok boyutlu bir kalkınma göstergesi olan anne ölüm düzeyi, üreme sağlığı hizmet sunumu kalitesi ile yakından ilişkili olup, dünyada her yıl 528.000 anne ölümünün gerçekleştiği tahmin edilmekte ve bu ölümlerin, % 99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından belirlenen Bin Yıl Kalkınma Hedefleri'nin 5. hedefi, anne sağlığındaki iyileşmeleri izlemeye temel göstergelerden biri olarak anne ölümlerinin azaltılması olarak belirlenmiştir (3). Ülkemizde 2014 yılı için yapılan Ulusal Anne Ölümleri Araştırması'na göre Türkiye'de anne ölüm oranı, yüz bin canlı doğumda 15.8' dir (4). Tüm olumlu gelişmelere karşın, Avrupa Birliği ülkelerinde anne ölüm oranı ortalaması yüz bin canlı doğumda 7 olup Türkiye'de anne ölüm oranı gelişmiş ülkelere kıyasla yüksek orandadır. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önemli düzeyde önenebilmektedir (5).

Anne ölümlerinde gebelikte karşılaşılan risk faktörlerinin etkisi çok büyüktür. Risk faktörleri, gebelerin sağlığını olumsuz olarak etkileyebilecek özellikler olarak tanımlanmaktadır. Bu olumsuz faktörlerden gebeler kadar bebekler de olumsuz etkilenmektedir. Gebelikteki riskleri ve olumsuz etkilerini önlemeye yönelik oluşturulan doğum öncesi bakım hizmetleri, anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli olan koruyucu sağlık hizmetlerindedir (6). Doğum öncesi bakım, hem gebenin hem de doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebenin gebeliği süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (7). Hiç DÖB almamış annelerin, DÖB alanlara göre doğumda daha çok ölüm riski taşıdıkları, daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurdıkları ve bebeklerin perinatal dönemde ölme olasılıklarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (8).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen doğum öncesi bakım rehberine göre gebelerin en az dört kez izlenmesi gerekmekte ve bunun sıklığı; 1. izlem 4. aydan önce (16.hft.), 2. izlem 6. ayda (24.hft.), 3. izlem 8. ayda (32.hft.), 4. izlem 9.ayda (36. hft.)

olmalıdır. Riskli gebeliklerde belirtilen bu sayı ve sıklık risk faktörü varlığına göre artabilmektedir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yapılan çalışmalara paralel olarak en az dört izlemlili DÖB çalışmalarını etkin bulmuş ve standart uygulamaların yerleştirilmesine zemin hazırlamıştır (9).

Sağlık personelinin DÖB alma oranlarının yıllar içerisinde giderek arttığı gözlenmektedir. Son beş yıldaki son canlı doğumlarında doğum öncesi bakımı ilk üç ayda almış kadınların oranı 2003 ile 2008 yılları arasında %58'den %74'e yükselmiştir (3). Gebelikleri boyunca en az 4 kez bakım alanların oranı ise TNSA 2008 verilerine göre %74 iken TNSA 2013'te %89 olmuştur (10). Ancak DÖB'in niceliği kadar niteliği de arttırmak gerekmektedir.

Güvenli Annelik Programının en önemli bileşenlerinden olan DÖB hizmetleri ile risk faktörlerinin tespiti ve gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir. Söz konusu risk faktörlerinin çok fazla çeşitlilik gösterdiği belirtilmektedir. Gebelikte istenmeyen yaş aralıkları önemli risk faktörlerindedir. 18 yaşından küçük yaşta çocuk sahibi olan anneler ve çocukları yüksek derecede hastalık ve ölüm riski taşırlar. Ayrıca, kadınların adölesan dönemde anne olması eğitimine devam edememesi ve iş imkanlarından faydalanamaması gibi başka olumsuz sonuçlara da neden olmaktadır. Adölesan gebeliğin riski üzerine hızlı tekrarlayan gebelikler riski bir kat daha artırmaktadır (11). Öte yandan grandmultipar gebelerin sıklıkla anemi, hipertansiyon, diyabet, postpartum kanama, plasental komplikasyonlar, malprezentasyon ve makrozomi gibi olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kaldıkları bildirilmektedir. İki yıldan daha kısa aralıklarla doğum yapmanın anne ve bebek üzerinde önemli sorunlara neden olduğu da bilinmektedir (12,13).

Dünya Sağlık Örgütü, sigara içen annelerin bebeklerinde ani bebek ölüm sendromu görülme sıklığı artmakta, akciğer fonksiyonunda azalma görülmektedir. Ayrıca sigara içme düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırmaktadır (14).

Düşük eğitim düzeyi aşırı doğurganlığın önemli nedenlerinden birisidir ve istenmeyen gebeliklere neden olabilmektedir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde aile planlaması hizmetleri önemli bir yer tutmaktadır (15). Ancak, gereksinimi olduğu halde yöntem kullanmayanların ya da etkili olmayan yöntemleri kullananların oranı hala yüksektir (16).

Bölgesel düzeyde risk faktörlerinin ve sıklıklarının belirlenmesi, bunların doğum öncesi bakım izlemlerinde göz önünde bulundurulması verilen hizmetin niteliğinin artırılması açısından önemli olacaktır.

Bu alışmada;

1. Őanhurfa'da bir aile sağlığı merkezinde riskli gebelik sıklığını ve riskli gebelik düzeyini etkileyen faktörleri
2. Riskli gebelik durumunun gebelik sonucuna ve fetal sonuca etkisini, belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kadın Sağlığının Önemi

Kadın sağlığının özellikli olmasında 2 önemli faktör bulunmaktadır. Birincisi kadın cinsiyetinin biyolojik özelliği ve buna bağlı üreme ile ilişkili sağlık sorunlarıdır. İkincisi ise kadına cinsiyetinin 'toplumsal cinsiyet' bakış açısından ötürü ayrımcılığa uğramasıdır. Belirtilen ikinci faktör kadın sağlığında ortaya çıkan eşitsizliklerin 'temel hazırlayıcı' faktörüdür (17). Toplum algısından kaynaklanan toplumsal cinsiyet rolleri, kadınlar aleyhine daha fazla olumsuzluk getirmektedir. Bu durum, kadınların sağlık hizmetlerine erişimini zorlaştırarak karşısına çeşitli engeller çıkarmaktadır (18). Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye'de de kadınların statülerindeki düşüklük ve karar verme mekanizmalarında yeterince yer almamaları, kendi sağlıklarını koruyacak kaynaklara ulaşma ve bunları kontrol etme olanaklarını kısıtladığı görülmektedir (19).

2.1.1. Kadının Statüsü ve Doğurganlığı

Kadınlar doğurganlıklarından ötürü her dönemde erkeklere göre daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duymaktadır. Ancak cinsiyetler arasında farklılıklar olsa da tüm yaşamı bütün olarak ele alan, sağlığı koruyan ve geliştiren bir bakış açısının yaygınlaştırılması gerekmektedir (17). Bu nedenle hayatın her aşamasında topluma yönelik sürekli eğitiminin devam ettirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ülkemizde ilk evlilik yaşı kadınlar için 21'e, erkekler için 27.4' e kadar yükselmiştir. İlk doğum yaşı ortalaması da 25- 49 yaş grubundaki kadınlar için 22.9'dur. Az öğrenim görenler çok öğrenim görenlerden daha fazla çocuk yapmaktadır. Eğitim düzeyinin artmasıyla toplam doğurganlık hızı hızla düşmektedir. Eğitimi olmayan kadınlarda toplam doğurganlık hızı 3.76 iken lise veya üzeri eğitimi olan kadınlarda 1.66 düzeyindedir (10).

"Kadın sağlığını" özelleştiren neden kadının üremeye ilişkin fonksiyonları ve özellikleridir. Özellikle kadına yönelik toplumsal cinsiyet ayrımcılığının en çarpıcı sonucu sağlık hizmetlerinden yararlanmama olarak ortaya çıkmakta ve kadının en fazla doğurganlık davranışını etkilemektedir. Üreme sağlığına ilişkin sorunlar doğumdan ölüme kadar kadının

aleyhine işleyen süreçte önemli rol oynamaktadır. Kadınlar ergenlik döneminden itibaren üreme sağlığı hizmetine daha sık gerek duymaktadır (17).

Birleşmiş Milletler tarafından İlk Dünya Kadın Konferansının 1975 yılında başlamasıyla, 1975-85 döneminin kadın 10 yılı ilan edilmesi kadının dünya gündeminde yer almasını sağlamıştır. Uluslararası toplantılarda kadının güçlendirilmesi ve cinsiyet ayrımcılığına maruz kalmaması için alınan önemli kararları Türkiye dahil birçok ülke imzalayarak kadın lehine pozitif ayrımcılığın önünü açmıştır. Yapılan pek çok yasal düzenlemeye rağmen günümüzde kadınlar hala şiddete uğramakta, üreme yükü nedeni ile sağlığı bozulmakta, ekonomik, sosyal ve kültürel alanlarda temel hak ve özgürlüklerini kısıtlayan geleneksel yaklaşımların etkisi altında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalmaktadır. Bunun için atılacak en önemli adım, kadının toplumsal konumunu yükseltmede anahtar rol olan eğitim hakkını kullanmasının önündeki engellerin kaldırılmasıdır (18). Türkiye'de okuma-yazma bilmeyenler nüfusun yaklaşık %5.6' ını oluşturmakla birlikte kadınlarda bu oran daha yüksektir (19).

2.1.2. Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım, hem anne adayının hem de doğacak bebeğin sağlığı ve yaşamı açısından, gebe kadının gebeliği süresince düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesi olarak tanımlanmıştır (8).

1800'li yıllarda ilk perinatal kliniğin açılmasından günümüze DÖB'la ilgili birçok model geliştirilmiştir (20). Türkiye' de nitelikli ve standart doğum öncesi bakım hizmetleri, gebeliğin ilk üç ayı içinde tespit edilmesi, risk değerlendirmesi ile risk durumuna göre hiç bir riski olmayan sağlıklı gebenin Sağlık Bakanlığı yönetim rehberinde öngörülen gebelik haftalarında 1.izlem 4.aydan önce (16.hft), 2.izlem 6.ayda (24.hft), 3.izlem 8.ayda (32.hft), 4.izlem 9.ayda (36.hft) en az dört kez izlenmesi ve izlemlerin mutlaka sağlık personeli tarafından yapılması olarak tanımlanmaktadır. Riskli gebeliklerde belirtilen bu sayı ve sıklık değişip risk faktörünün özelliğine göre daha sık izlenmelidir (21).

Doğum öncesi bakımın amacı, gebede daha önceden var olan bir hastalığın tanısı kadar, bu gebelik esnasında ortaya çıkabilecek bir hastalığın da zamanında tanı almasını sağlamaktır (21). Bunun yanı sıra:

1. Annede mevcut olan veya gebelik sırasında gelişebilecek hastalıkların saptanmasını ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek,
2. Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak (Toksemi, anemi, Rh uyuşmazlığı vb.),
3. Anneyi eğitmek (doğum öncesi dönemde gebelik, genel temizlik kuralları, beslenme, fiziksel aktivite, dinlenme gibi konularda bilgi vermek, yaklaşmakta olan doğuma anneyi bedensel ve ruhsal olarak hazırlamak, yeni doğacak bebeğin bakımı konusunda anneyi eğitmek, doğumdan sonrası için aile planlaması danışmanlığı vermek),
4. Anneyi tetanoza karşı bağışıklamak,
5. Fetusun uterus içinde gelişmesini yakından izleyerek, gerekli önlemleri zamanında almak,
6. Doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırılacağına konusunda doğru karar almayı sağlamak,
7. Anneyi sosyal ve psikolojik olarak karşılaştığı zorluklarda desteklemektir (8,22).

DSÖ tarafından yoksulluğun kötü üreme sağlığıyla ilişkili olduğu bildirilmiş ve “üreme sağlığına evrensel erişimi” hedeflerinin arasına almıştır. Bu hedefe bağlı olarak maternal, perinatal ve yenidoğan sağlığını koruyup yükseltmek için yüksek kaliteli doğum öncesi bakım alınması gerektiğine vurgu yapılmaktadır (23).

2013 yılında yapılan bir çalışmada, dünya genelinde hamile kadınların ancak %98.4'ü doğum öncesi bakımı almaktayken, yeterli doğum öncesi bakım alanların oranı %71.5 olarak tespit edilmiştir. Fakat mevcut veriler, geçtiğimiz 10 yılda doğum öncesi bakım konusunda az da olsa ilerleme olduğunu göstermektedir (24).

2013 TNSA'ya göre kadınların yüzde %94.5'i gebeliklerinin altıncı ayından önce doğum öncesi bir bakım almışlardır ve kadınların %89'u için doğum öncesi bakım alma sayısı dörtten fazladır. Genç yaşlarda olmak, az sayıda çocuğa sahip olmak, kentsel alanlarda ve Doğu bölgeleri dışında bir bölgede yaşamak ve en az ilkokul eğitimi almış olmak doğum öncesi bakım almayı arttırmaktadır (10).

2.1.3. Ülkemizde Doğum Öncesi Bakım Hizmeti Almayı Engelleyen Durumlar

DÖB hizmetinin yeterliliği ülkemizde üç kategoride ele alınmaktadır. Bunlar:

1. DÖB hizmetinin sağlık personeli tarafından verilmesi (ebe,hemşire,doktor),
2. İlk trimesterde gebenin saptanarak ilk DÖB hizmetini alması,

3. Tüm gebelik boyunca en az dört kez DÖB hizmetinin verilmesidir.

Bu şartlardan herhangi birinin eksikliği DÖB hizmetinin yetersizliğini göstermektedir.

Doğum öncesi bakımın alınmaması anne ölümlerine katkıda bulunan önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu kadar önemli bir hizmetin gebeler tarafından kullanımı, yaşadığı bölge, yerleşim yerinin kent veya kır olması, refah düzeyi, eğitimi, çalışma durumu, çalıştığı sektör, sağlık güvencesi durumu, anne olma yaşı, doğum sırası, evlilik kararında söz sahibi olma, evlilik biçimi, başlık parası, eşle akrabalık durumu ve aile tipi gibi pek çok faktörden etkilenmektedir. Hizmetlerin sunuluyor olması, zaman ve uzaklık yönünden erişebilirlik, ekonomik ve değer maliyetleri, kültürel, sosyal faktörler ve sunulan hizmetlerin kalitesi dünyada DÖB hizmetlerine erişmeyi etkileyen durumlardandır (7). Nitekim, kırsal kesimde yaşayan, sosyal güvencesi olmayan ve eğitim düzeyi düşük olan kadınların DÖB hizmetlerinden daha az yararlandığı bildirilmektedir (25).

2.2. Gebelikte Riskli Durumlar

Her gebe ve her bebek, hiçbir risk faktörünün olmadığı durumlarda bile DÖB, sağlıklı doğum, doğum sonrası bakım, yenidoğan bakımı, bebek izlemi, aile planlaması gibi temel sağlık hizmetlerinden eşit derecede yararlanmalıdır. Ancak anne ya da bebekte gebelik, doğum eylemi, doğum sonrası dönem ve bebeklik döneminde sağlık açısından herhangi bir risk faktörü mevcut ise, bu gruba risk faktörünün özelliğine göre daha öncelikli, daha sık ve daha özel içeriği olan sağlık hizmetinin verilmesi gerekmektedir. Herkese eşit ancak riskli gruba daha fazla hizmet sunulması risk yaklaşımı kavramının gerekliliğidir (9).

2.2.1. Öyküden Saptanan Risk Faktörleri

2.2.1.1. Yaş

Yaşla ilgili iki önemli riskli durum adolesan gebelikler ve ileri yaş gebelikleridir.

Adölesan Gebelik

Dünya Sağlık Örgütü 10-19 yaşlar arasını adölesan olarak tanımlamaktadır. Adölesanlar dünya nüfusunun %20'sini oluşturmakta ve %85'i gelişmekte olan ülkelerde yaşamaktadır (26). Hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde adölesan gebelikler çok önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır (27).

Adölesan gebelikler preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, prenatal mortalite, ani infant ölüm sendromu gibi medikal komplikasyonlardan dolayı çok önemlidir. Adölesan gebeler beslenme yetersizlikleri, anemi, HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da daha fazla risk altında bulunmaktadır. Özellikle ikinci gebeliği olan adölesanların prenatal bakıma uyumlarının yetersiz olduğu bildirilmektedir (28). 20-29 yaş grubundakilere göre adölesanlarda yenidoğan mortalitesi ve ölü doğum oranı artmaktadır (29).

Pek çok adölesan gebelik plansız ve istenmemektedir. Özellikle batı toplumlarında bu gebeliklerin %30-60'ı arasında istemli düşükle sonuçlandığı bildirilmektedir. 1995-2000 yılları arasında 15-19 yaş grubu adölesanlarda her yıl yaklaşık 14 milyon doğum gerçekleşmiş ve 12.8 milyonu gelişmekte olan ülkelerde oluşmuştur. Dünyada 15-19 yaş grubu adölesanların doğurganlık oranları ortalama %54'tür. Afrika'da bu oran %115, Latin Amerika'da ise %75'tir. Ancak adölesan doğurganlığı gelişmekte olan ülkelerle sınırlı değildir. Japonya'da bu oran 90'lı yıllar da %4.6 iken, günümüzde %30.1'e yükselmiştir. İngiltere, Kuzey İrlanda ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ise bu oran %48.7'dir. 1990'lı yıllardan itibaren düşme eğilimi göstermesine rağmen, ABD gelişmiş ülkeler arasında adölesan gebelik ve doğum oranı halen en yüksek ülke olmaya devam etmektedir (30).

Türkiye'de TNSA-2008'e göre adölesan dönemde bulunan kadınların yüzde 5.9'u doğurganlığa başlamışken, TNSA-2013'de bu oran %4.6 düzeyine gerilemiştir.

Adölesan annelik, kırsal yerleşim yerlerinde kentsel alanlara göre daha yaygındır (sırası ile yüzde 6 ve yüzde 4). Adölesan doğurganlık düzeyi, batıda %3 iken, Güney, Orta ve Doğu'da %6 ve üzeridir (10).

Adölesan annelik, eğitim düzeyi düşük kadınlar arasında eğitilmiş kadınlara göre daha yaygındır. Eğitimsiz kadınların % 17.1'i adölesan dönemde çocuk doğurmaya başlarken; bu oran en az lise mezunu kadınlar arasında %0.8 düzeyindedir. Refah düzeyine göre bakıldığında, en yüksek refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlar arasında %1 olan

adölesan annelik, refah düzeyi düşük olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında %7.7 düzeyine yükselmektedir (10).

İleri Yaş Gebelik

Kadınlarda 35 yaş ve sonrası dönemlerde menstrual ve overial düzensizliklerin yaşandığı ve fertilitésinin azaldığı bir dönemdir. Ovarial siklustaki düzensizlikler aynı anda birden fazla ovulasyonu başlatıp sonuçta çoğul gebeliklere neden olabilirken, ovumun kendisindeki defektler, fetüste konjenital anomaliye neden olabilmektedir. Ayrıca bu yaş grubundaki kadınlarda diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıklarda artış insidansı meydana gelmektedir. Gebelik toksemisi ve gebelikte kanamalı durumlar (plasenta previa-ablasyo plasenta) bu yaş grubunda risk oluşturan diğer faktörlerdir (31).

Yaşa bağık artan riske rağmen, ileri yaşlardaki gebelerin sağık personelinden yardım alma olasılıkları genellikle azalmaktadır. Bu yaş grubundaki gebeliklerde ve doğumlarda mortalitede artış meydana gelmektedir (15). 35-39 yaş arasında risk % 20 iken, 40 yaşın üzerinde % 40'ı aşabilmektedir (32,33).

2.2.1.2. Parite

Günümüzde 4 ve üzerinde doğumlar riskli kabul edilmekle birlikte, bu risk doğum sayısı ve buna paralel olarak yaşın ilerlemesiyle artmaktadır. Grandmultiparlarda ablasyo plasenta, anemi, postpartum hemoraji, malprezentasyon, uterin rüptür riski artmaktadır (8). Üçüncü çocuktan sonra anne genç (20-29 yaş arası) olsa bile düşük doğumağırlığı riski artmaktadır (34).

Ülkemizde 1970'lerin sonunda 4 çocuğun üzerinde olan toplam doğurganlık hızı, 1980'lerin sonunda 3 çocuğa düşmüş; 1990'lı yıllarda ise 3 çocuğun da altına düşmüş, günümüzde ise 2.26 düzeylerine gerilemiştir (10).

2.2.1.3. Kötü Gebelik Öyküsü

Intrauterin ölüm, düşük, anomalili bebek, tekrarlanmış prematür eylemi olanlar bir sonraki doğumda aynı riski taşımaktadırlar (8).

2.2.1.4. Doğum Aralığı

Yirmi dört aydan kısa aralıklı doğumlar, anne ve çocuk için yüksek ölüm riski taşımaktadır. Kısa doğum aralığı ile yüksek neonatal mortalite arasındaki ilişki muhtemelen annenin tükenmişliğine bağlı olan düşük doğum ağırlığından kaynaklanmaktadır (8,35). Ülkemizde 2003 verilerine göre ortalama doğum aralığı karşılaştırıldığında, TNSA 2008’de 44 ay olan ortalama doğum aralığı, TNSA 2013’te 45 aya yükselmiştir (10).

2.2.1.5. Kronik Hastalık Öyküsü

Maternal hastalıkların fetüste büyüme hızını olumsuz yönde değiştirme, anomaliye neden olma gibi doğrudan etkileri bilinmektedir. Fakat anne ve fetus iyilik halinin doğum zamanı ve yöntemi üzerine etkileri daha önemlidir. Örneğin diyabetik annelerde, fetal makrozomi veya sefalopelvik disproporsiyon nedeniyle sezaryen gerekebilir veya zor bir vajinal doğum esnasında omuz distosisi çeşitli komplikasyonlara yol açabilir (36,37). Glikoz düzeyi, gebelikten önce ya da gebelik süresince kontrol altında tutulursa fetüsün yaşam şansı % 95-97’dir (38). Ancak, diyabetik gebeliklerin bebeklerinde konjenital malformasyon görülme oranı % 6-10 arasında olup, normal gebeliklere göre 3-5 kat fazladır (39).

2.2.1.6. Sigara içme alışkanlığı

Tütün kullanımı, önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur. Tütün kullanımına bağlı hastalıklar nedeniyle dünyada yılda 6 milyon kişi, Türkiye’de 100 bin kişi ölmektedir. Ülkemizde tüm ölümlerin %23’ü tütüne bağlı hastalıklar sebebiyle olmaktadır. Dünyada 15 yaş üzeri nüfusta 1.2 milyar kişi tütün kullanmaktadır. Ülkemizde ise 15 yaş üzeri 16 milyon kişi tütün kullanmaktadır (40).

Sigara kullanımı annenin sağlığını ve çocuğun sağlığını, özellikle de solunum yolları hastalıklarına yakalanma açısından olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca gebelik sırasındaki sigara kullanımı düşük doğum ağırlıklı bebek riskini de artırmaktadır. 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınlar arasında %22’si düzenli olarak veya nadiren, gebe kadınların yüzde 11’i ve emziren kadınların yüzde 17’si sigara içtiklerini belirtmektedir (10).

2.2.1.7. Düşük Sosyoekonomik Durum

Türkiye'de 15-49 yaş arası kadınların %34.9 u düşük sosyoekonomik düzeye sahiptir. Doğurganlık ile refah düzeyi arasında ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Nitekim, en düşük refah düzeyine sahip hanelerde yaşayan kadınlarda toplam doğurganlık hızı 3.39 iken en yüksek refah düzeyindeki kadınlarda 1.36'lar düzeyine inmektedir (15).

2.2.1.8. İstenmeyen Gebelikler

Aile planlamasının önemli hedeflerinden birisi de istenmeyen gebeliklerin önlenmesidir. Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar isteyerek düşüğe başvurmaktadır. Hatta sağlıklı olmayan koşullarda gebeliklerini sonlandıran kadınların pek çok olumsuz sağlık sonucu ile karşılaştığı belirtilmektedir(15).

2.2.2. İzlemede Saptanan Risk Faktörleri

2.2.2.1. Kısa Boy

Normalde insanın boy uzaması 18 yaş civarında durmakta ve bundan üç yıl kadar sonra da kemik pelvis gelişmesini tamamlamaktadır. Bu sürelerden önce gebe kalan kadınlarda, baş-pelvis uygunsuzluğu ve zor doğum eylemi görülme riski artmaktadır. Ayrıca, annenin boyunun 150 cm'de kısa olduğu durumlarda baş-pelvis uygunsuzluğu sık karşılaşılan bir sorundur (8).

2.2.2.2. Gebelikte Ağırlık Alımı

Gebelikte Beden Kütle İndeksi (BKİ)'ne göre kazanılması gereken ağırlıklar belirtilmektedir. Buna göre, zayıflarda 12.5 - 18 kg, normal olanlarda 11.5 - 16 kg, fazla

kilolu olanlarda 7.0 - 11.5 kg, şişman olanlarda ise 7 kg ve altı ağırlık kazanılması önerilmektedir (41).

Araştırmalar gebelikte beslenme durumu ile bebeğin doğum ağırlığı, beyin gelişimi, intrauterin ölüm, prematüre doğum ve preeklampsi arasında pozitif bir ilişki olduğunu ortaya koymaktadır. Gebelikte yeterli ağırlık kazanılmadığında yenidoğanların % 13.7'si prematüre doğarken yeterli ve dengeli beslenenlerde prematüre sıklığı % 4.3 civarında olmaktadır (42).

2.2.2.3. Anemi

Anemi, gebede hemoglobin (Hb) düzeyinin 11 g/dl'den daha düşük olduğu durumdur. Gebelikte, fetüsün gereksinimleri ve kan hacmindeki artış nedeniyle demir tüketimi artmaktadır. Gebelikte hemoglobin değerindeki bu düşüş plazma hacminin eritrosit hacmine oranla daha fazla artmasına bağlıdır. Demir gereksinimi 2. ve özellikle 3. trimesterde yükselir (43).

İlk trimesterde 0.8 mg/gün olan demir gereksinimi, ikinci ve üçüncü trimesterde 6.3 mg/gün'dür. Bu durumda tüm gebelere 16. haftadan başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-60 mg elementer demir verilerek demir desteği yapılmalıdır (44).

3. trimesterde ortalama Hb konsantrasyonu 12.5 gr/dl iken, gebelerin % 6'sında 11.0 gr/dl'nin altındadır. Bu yüzden gebeliğin 3.trimesterinde 11.0 gr/dl altındaki Hb değerleri anemi olarak değerlendirilmelidir (45).

Gebelikte en sık görülen anemi demir eksikliği anemisidir. Gebelikte demir eksikliği anemisinin prevalansı, dünyanın değişik bölgelerinde % 12-43 arasında değişmektedir. Azalmış fizik ve mental performans, azalmış immün fonksiyon, yorgunluk, azalmış peripartum kan rezervi ve postpartum artmış kan transfüzyonu riski, gebelikte gelişen aneminin maternal etkileridir. Fetüs için; Intra Uterin Gelişme Geriliği (IUGR), prematürite, intrauterin ölüm, Erken Membran Ruptürü (EMR) ve enfeksiyon artmış risk taşıyan durumlardır (43).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Bu nedenle anemi kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur.

Ciddi anemi anne ölümlerinde 5 kat artışa yol açmaktadır. Anemik annelerde doğum veya gebelik kayıpları sırasındaki düşük düzeylerdeki kan kayıpları ciddi sonuçlara hatta kalp yetmezliği gelişmesi ile ana ölümlerine yol açabilmektedir. Anemi ayrıca annenin genel sağlığını bozarak kendiliğinden düşük, preterm eylem, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini de arttırmaktadır (46). Bir araştırmada Türkiye'deki gebe kadınlarda anemi oranı %28.8 olarak belirtilmektedir (47).

2.2.2.4. Hipertansiyon

Hipertansif durumlar tüm gebeliklerin % 7-10 kadarında görülebilmektedir. Gebelik hipertansiyonu uteroplasental yetmezlik nedeniyle fetal büyüme geriliği, preterm eylem, plasenta dekolmanı gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (48).

Gestasyonel hipertansiyon daha çok genç primigravidaların hastalığıdır. Primigravidlerde % 14 oranında görülürken, multiparlarda % 5.7 oranında gestasyonel hipertansiyon görülür. Ayrıca 35 yaş üzerindeki hastalarda da gestasyonel hipertansiyon riski artar (43).

Preeklampsi, obstetrik alanındaki gelişmelere rağmen, halen maternal ve fetal morbidite ile mortalitenin önde gelen sebeplerinden biridir. Yapılan bir çalışmada, preeklampsik gebelerin bebeklerinin normal gebelerinkilere oranla intrauterin gelişme geriliklerinin daha fazla olduğu belirtilmiştir (48). Anne ve kız kardeşlerde preeklampsi öyküsü, ailede hipertansiyon ve diyabet öyküsü, önceki gebeliklerde hipertansif durum, bebek kaybı ve IUGR öyküsü, çoğul gebelik, trofoblastik hastalık, beslenme bozukluğu, anemi ve folik asit eksikliği gibi faktörler görülme riskini arttırmaktadır (39,49). Preeklampsik hastalarda artmış fetal morbidite ve mortalitenin en sık ve en önemli nedeni prematüritedir (49).

Hastalığın ilerlemesine izin verildiğinde eritrositlerde hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombosit sayısında azalma ile karakterize HELLP sendromu ya da eklampsi gelişir ve anne ölümleri % 15 oranında artar. Kronik hipertansiyon zemininde HELLP sendromuna ya da eklampsi görülürse perinatal mortalite % 35-60 arasında görülmektedir (38).

2.2.2.5. Polihidroamnios

Polihidramnios, tüm gebeliklerin % 0.4-1'inde görülür. Fetal idrar üretiminde artış ve gastrointestinal sistemde absorpsiyonda azalma sık görülen polihidramnios nedenleridir. Polihidramnios olgularının yaklaşık % 20'sinde konjenital anomaliler görülmektedir (33). Yapılan bir çalışmada hafif polihidramniosun sebebi vakaların sadece % 15'inde saptanabilmıştır. Tersine, orta derecede veya şiddetli polihidramniosu olan vakaların % 90'ından çoğunda neden bulunabilmıştır ve bu vakaların yarısında fetal anomaliler tespit edilmiştir (49). Polihidramnios olgularının %25'inde diyabetes mellitus saptanmıştır. Preterm eylem, ablasyo plasenta, uterin disfonksiyonu, pospartum kanama, uterin atoni, anormal fetal prezentasyon ve EMR polihidramnios olgularında daha sık görülmektedir (33).

2.2.2.6. Çoğul Gebelik

Çoğul gebelikler tekil gebeliklerle karşılaştırıldığında hem maternal hem de fetal komplikasyonlardaki belirgin artış nedeniyle yüksek riskli gebelikler olarak kabul edilmektedir. Bu hastaların gebelik boyunca yakın ve sık takibi, dikkatli doğum zamanlaması gerekmektedir. İkiz gebelikte % 77, üçüz ve üstü gebeliklerde % 45 oranında artışla çoğul doğum oranı son 20 yılda dramatik olarak artmaktadır. Üçüz ve üstü gebeliklerin artışı daha hızlı olmakla birlikte ikizler çoğul gebeliklerin %94'ünü oluşturmaktadır (50). ABD'de çoğul gebelikler tüm gebeliklerin sadece % 3'ünü oluşturur ve yenidoğan ölümlerinin % 14'ünden sorumludur. Tekillerle karşılaştırıldığında perinatal mortalite 10 kat artmaktadır (51).

2.2.2.7. Prezentasyon Bozuklukları

Doğumun müdahaleli olma riski fazladır ve mutlaka hastanede gerçekleştirilmelidir. Kordon, kol sarkması, uterus rüptürü ve anne-bebek ölümü görülebilir (8).

2.2.2.8. Doğum Öncesi Dönemde Kanama

20. gebelik haftasına kadar olan kanamalar düşüklerden, dış gebelikten ve trofoblastik hastalıklardan dolayı görülmektedir. Antepartum kanama, 20. gebelik haftasından sonra görülen vajinal kanamalardır. Tüm gebeliklerin % 5'inde görülebilmektedir. Antepartum kanamaların en önemli ve en sık iki nedeni plasenta previa ve ablasyo plasentadır. Bu kanamaların anneye ve fetüse etkileri çok daha ciddidir (37,49).

2.2.2.9. Uterusta Skar Dokusunun Bulunması

Uterus rüptürü maternal morbidite ve mortalite riskini önemli ölçüde arttırmakta olup özellikle daha önce sezeryan geçirmiş gebelerde bildirilmektedir (52,53). Spontan uterus rüptürü sezeryan haricinde geçirilmiş uterus cerrahisi, plasental invazyon anomalileri ve uterus anomalileri ile birlikte de görülmektedir (54,55).

2.2.2.10. Beklenen Doğum Tarihinin Gecikmesi

Postterm gebelik gebeliğin son adet tarihinden itibaren 42 haftadan daha uzun sürmesi olarak tanımlanmaktadır. Tüm gebeliklerin %80'i 37- 42 gebelik haftasında, %10'u 37. gebelik haftasından önce preterm eylem olarak ve yaklaşık %10'u da 42. haftadan sonra postterm eylem olarak sonuçlanmaktadır. Maternal ve fetal komplikasyonlar ile perinatal morbidite ve mortalite oranları postterm gebeliklerde artış göstermektedir (56,57).

2.2.2.11. Tetanoza Karşı Bağışıklık

Gebelik sırasında tetanoz aşısı yapılan kadınların bebeklerinde neonatal tetanoz sıklığında önemli azalmalar kaydedilmiştir. Tetanoz toksoidinin anneye ve fetüse bir yan etkisi yoktur. Primer bağışıklama, hiç aşısız gebe kadınlara üç doz TT aşısı uygulanarak sağlanmaktadır. TT1, gebeliğin 4. ayında ya da 4. aydan sonraki ilk karşılaşmada; TT2, TT1'den en az 4 hafta sonra; TT3, TT2'den en az 6 ay sonra uygulanır (3). Yapılan bir çalışmada her 4 gebeden birinin kendilerini ve bebeklerini neonatal tetanoza karşı koruyacak

yeterli antikor düzeyine sahip olmadığı ve doğurganlık çağındaki kadınlarda ise her 5 kadından ikisinin korumasız olduğu tespit edilmiştir (58).

2.2.3. Doğumda Saptanan Risk Faktörleri

2.2.3.1. Prematüre Eylem

Erken doğum; doğum kilosuna bakılmaksızın son adet tarihine göre 37'nci gebelik haftası ya da 259'uncu gebelik günü dolmadan gerçekleşen doğum olarak adlandırılmaktadır. 2500 gramın altındaki bebeklere ise düşük doğum ağırlıklı bebek denilmektedir (59).

Herron ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada erken doğum eylemi tanısı koyabilmek için gereken kriterleri belirtmişlerdir. Buna göre; 20-37. gebelik haftaları arasında 5-8 dakikada bir gelen düzenli rahim kasılmalarına serviks ağzında ilerleyici değişiklikler, rahim ağzı açıklığının 2 cm veya daha fazla olması, rahim ağzında incelmenin % 80 veya daha fazla olması gibi durumların bir veya birkaçı eşlik etmektedir (60).

Erken doğum eyleminin gerçek sıklığı, çoğu kez erken doğumun intrauterin gelişme geriliği ile ayrıcı tanısı tam olarak yapılamadığından net olarak bilinmemektedir. Yapılan çok merkezli geniş araştırmalara göre erken doğumların oranı yaklaşık olarak % 10-11 arasında tespit edilmiştir. Ancak bu oran, farklı olgu gruplarında risk faktörlerine göre farklı olabilmektedir (61).

2.2.3.2. Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR) doğum eylemi başlamadan önce fetal membranların yırtılması (amniyoreksis) olarak tanımlanır. Fetal membranların, amniyotik sıvının mikrobik kolonizasyonu veya vajinal floranın değişimi sonucunda bakterial vajinosis gibi enfeksiyonların oluşumu sonucunda EMR veya preterm erken membran rüptürü (PEMR) oluşarak spontan preterm eylem tetiklenebilir (53).

PEMR tüm gebeliklerin % 3-5'inde meydana gelmektedir (62). EMR oluşumu, intrauterin enfeksiyonlar, sigara kullanımı, dekolman, çoğul gebelikler, geçirilmiş operasyon, kısa serviks, gevşek bağ doku hastalıkları, vitamin C eksikliği ile ilişkilendirilmektedir (61).

2.2.3.3. Kordon Sarkması

Umbilikal kordon sarkması hem fetus hem de anne için yüksek morbiditeye sahip nadir obstetrik acillerden biridir. Umbilikal kordonun doğum sırasında fetusun yerleşen bölümünün önünde bulunmasına aşikar umbilikal kordon sarkması denilmektedir. Görülme oranı 162 doğumda 1 ile 714 doğumda 1 arasında değişmektedir. Hızlı ve doğru tanı konmasını takiben kordon basısının ortadan kaldırılması ve acilen doğumun yaptırılması fetusun yaşaması için önemlidir. Umbilikal kordon sarkması olgularında % 50 fetusun malprezantasyonu, % 30-50 düşük doğum ağırlığı ve prematüriteye rastlanmaktadır. İkiz gebelik (% 6-10), polihidramnios, doğumun indüksiyonu, multiparite diğer risk faktörlerindedir. Buna bağlı perinatal mortalite 1000 doğumda 55 ile 435 arasında bildirilmiştir (63).

2.2.3.4. Ağrı Zaafı

Kasılmaların yetersiz olması durumuna hipotonik disfonksiyon yani ağrı zaafı denilmektedir. Burada kontraksiyonların gücü 25-30 mmHg ve frekansı on dakikada üçten azdır. Fetal malpozisyon, aşırı analjezi ya da polihidroamnios, ikiz gebelik gibi nedenlerden dolayı aşırı gerilmeye bağlanmaktadır. Bazen bu durum uzun süre sunni sancı uygulanan hastalarda rahmin yorulması sonucu da oluşabilmektedir (74).

2.2.3.5. Tetanik Uterin Kontraksiyonlar

Tetanik kontraksiyon, istemli kas veya kas grubunda, gevşeme devreleri göstermeksizin birbiri ardına gelişen kasılma; bu nitelikte sürekli kasılma anlamına gelmektedir. Bu durumun uterusda görülmesi de doğum esnasındaki risklerden biri olarak ele alınmaktadır. Bu durum oksitoksin ile indüklenen doğumların yaklaşık %40'ında izlenmektedir ve eksternal tokografi ile takibi kolay değildir. Oksitoksinin kesilmesinden

sonra uterusun kontraktilitesi 45 dakika daha sürebilir. Bazı multigravid kadınlarda spontan olarak gelişebilir (65).

2.2.3.6. Fetal Sıkıntı

Fetal stres olarak da bilinen bu durum fetüsün oksijensizlik, asidoz, asfiksi durumuna doğru ilerlemesi ile "stres" altında olduğunu ifade eden bir terimdir. Non Stres Test gibi testlerle bu durum anlaşılabilir. Fetusta gelişme geriliği, oligohidramnios, gūnaşımı, fetuste anemi, preeklampsi, diabet, kordon dolanması, kanama yapan her tür durum ani fetal distrese yol açabilmektedir (64).

2.2.3.7. Vajinal Kanama

Erken gebelik döneminde görülen vajinal kanama, gebeliğin olumsuz etkileri için risk faktörü oluşturmaktadır. Henüz birçok vakada vajinal kanamanın nedeni bilinmemektedir. Genel olarak, erken gebelik haftalarındaki vajinal kanama kötü fetal sonuçlar, spontan abortus, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olmaktadır. Erken gebelik kanamaları esas olarak abortuslar, ektopik gebelik ve mol hidatiformu kapsamaktadır (65).

2.2.3.8. Plasenta Retansiyonu

Fetusun doğumundan 30 dakika sonra hala plasentanın çıkmaması durumudur ve yaklaşık olarak tüm doğumların %2-6'sında görülür. Plasenta retansiyonu öyküsü olanlarda bu risk yaklaşık 2 misli artmıştır. Bu durumun en önemli nedeni yetersiz desiduaya bağlı plasentanın olağandan daha sıkı tutunmasıdır (66).

2.2.3.9. Postpartum Kanama

%90 sebebi uterus atonisi, %7 sebebi genital kanal travması, %3 sebebi plasenta retansiyonu ve pıhtılaşma sistemi anormallikleridir. Anne ölümüne yol açan nedenlerin dörtte biri doğumdan hemen önce, doğum sırasında veya doğumdan sonra başlayan kanamalardan kaynaklanmaktadır. Anne ölümlerinin yüzde 15.7'si post-partum hemorajiden

kaynaklanmakta olup bu ölümler post-partum ölümlerinin yüzde 50'sinden fazlasını oluşturmaktadır (4).

2.2.3.10. Bebekte Siyanoz

Yenidoğan, spontan solunuma ve 100 ün üstündeki nabza rağmen siyanotik olabilir. Bu durumda oksijen verilebilir (64).

2.2.3.11. Annede Enfeksiyon Belirtilerinin Olması

"Lohusalık humması" olarak adlandırılan durum doğumdan sonraki ilk 24 saatten sonra ortaya çıkan ve yüksek ateşle seyreden bir durumdur. En sık nedenler üreme, idrar yolları ve memelerin enfeksiyonudur. Doğum eyleminin uzaması, zarların erken açılması gibi durumlar enfeksiyon riskini artırır.

En sık görülen enfeksiyon endometrittir. Genelde 3. gün ortaya çıkar ve ateş 40 dereceye kadar yükselebilir. Löşi oldukça kötü kokuludur. Olay karın boşluğuna kadar yayılabilir (67). Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar, yoğun olarak da puerperal sepsis, anne ölümlerinin yüzde 4.6'sına neden olmaktadır (4).

2.2.3.12. Postpartum 24. Saatten Sonra Vajinal Kanama

Plasenta retansiyonu, enfeksiyon ve trofoblastik tümörler geç postpartum kanama sebepleridir. Ölüm riski anemisi olan hastada daha yüksektir. Gebelikte aneminin uygun tedavi edilmemesi, doğumun üçüncü evresinin aktif yönetiminin yapılmaması, postpartum kanamanın ön görülmesi ama tanısının geç konması, standartların altında tıbbi bakım yapılması ve tedavi uygulamalarındaki yetenek ve tecrübe eksiklikleri postpartum kanamanın önlenmesinde sıklıkla yapılan hatalardandır (66).

2.2.3.13. Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek

Respiratuar distres sendromu, bebeğin akciğer gelişimini tamamlayamamasına bağlı olarak oluşan sürfaktan yetersizliğinin neden olduğu solunum yetersizliği ile karakterize bir

hastalıktır. Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerde, sezaryen doğumda ve annenin diyabet gibi kronik hastalıklarının varlığında daha sık görülür (68).

2.2.3.14. Bebekte İlk 24 Saatte Sarılık

Fetal hemoglobinin parçalanmasına bağlı olarak ortaya çıkan indirekt bilirubinin glukuronil transferaz enzimin yeterli düzeyde olmamasına bağlı olarak indirekt bilirubin bebeğin vücudunda birikir ve bebeğin yüzü, gözleri, ağız çevresi gibi bölgeleri gün ışığında sarı renkte görünür. Fizyolojik sarılık olarak adlandırılan bu durum doğumdan sonra ilk 48 saat içinde görülür ve bir hafta 10 gün içerisinde kaybolur. Ancak indirekt bilirubinin bebeğin vücudunda aşırı birikmesi beyni etkileyerek (kernikterus) kusma, baş ve ekstremitelerin arkaya doğru atılması ve vücudun gergin duruşu ile karakterize olan opostetonus pozisyonu ve konvülziyon gibi belirtiler görülür. Bu durum tedavi edilmediğinde ve tedavi edilmesi için geç kalındığında zeka geriliği, motor gelişim geriliği, işitme, görme sorunları gibi kalıcı hasarlar ortaya çıkar. ABO veya Rh uyuşmazlığına bağlı olarak da sarılık oluşabilmektedir (68).

2.2.3.15. Bebekte Enfeksiyon Belirtileri

Intrauterin dönemde, doğumda ya da doğum sonrası dönemde enfeksiyona neden olan, yenidoğanları tehdit edebilecek enfeksiyonlar toxoplazmozis, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks virüsü ve sifilizdir. TORCHS grubu olarak adlandırılan bu etkenler bebekte doğumsal anomalilere, düşük ve ölü doğumlara yol açabilmektedir. Yenidoğanlarda yine E. coli, klepsiella, stafilokok, beta hemolitik streptokok gibi etkenler de sepsise neden olarak bebek ölümüne neden olabilmektedir (68).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Kesitsel ve ileriye yönelik izlem bölümlerinden oluşmaktadır. Kesitsel bölümde, risk durumları belirlenmiştir. İleriye yönelik bölümde, gebeliğin bitiminde ortaya çıkan gebelik sonucu ve fetal sonuçlar saptanmıştır.

3.2. Evren

Araştırmanın evreni Zeliha Öncel Aile Sağlığı Merkezi'nde araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde kayıtlı olan ve izlemi yapılan 389 gebe kadındır. Gebeler, içinde buldukları gebelik haftası dikkate alınmadan araştırmaya dahil edilmişlerdir.

3.3. Örnek büyüklüğü ve örnekleme yöntemi

Araştırma evreni küçük olduğu için tüm evren araştırmaya dahil edilmiştir.

3.4. Veri Toplama Araçları ve Uygulaması

Araştırma verileri 01.02.2013 tarihinde toplanmaya başlamıştır. Araştırma verileri bir bilgi formu ve ASM kayıtları kullanılarak elde edilmiştir.

Bilgi formu: Sosyodemografik özellikler, doğurganlık özellikleri, riskli gebelik özellikleri, aile planlaması yöntemi kullanımı, doğum öncesi bakım izlemi özellikleri, ölçümler ile gebelik ve fetal sonuç bölümlerinden oluşmaktadır. Sosyodemografik özellikler bölümünde yaş, evlenme yaşı, eşinin ve kendisinin öğrenim durum, aile içinde konuşulan dil, sosyal güvence, mevsimlik tarım işçiliği yapıp yapmadığı, eşinin ve kendisinin işi, soosyoekonomik durum algısı, hanede yaşayan kişi sayısı ve yerleşim yeri ile ilgili sorular sorulmuştur. Doğurganlık özellikleri bölümünde gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, doğum sayısı, ölü doğum sayısı, kendiliğinden ve istemli düşük sayıları ile ilgili sorular sorulmuştur. Riskli gebelik özellikleri başlığı altında; kaçınıcı gebeliği olduğu, bir önceki doğumu nerde yaptığı, doğum aralığı, kronik hastalık varlığı, daha önce sorunlu gebelik yaşayıp yaşamadığı,

sigara ve alkol alışkanlığı, Rh uyumsuzluğu, eşiyle akrabalığı, yanında sigara içilip içilmediği ve çoğul gebelik varlığı ile ilgili sorular sorulmuştur.

Aile planlaması başlığı altında gebeliğin istemli olup olmadığı, gebelik öncesi aile planlaması yöntemlerinden birini kullanıp kullanmadığı, hangi aile planlaması yöntemini kullandığı ve kullanmadıysa neden kullanmadığına dair sorular sorulmuştur.

Doğum öncesi bakım hizmeti ile ilgili olara, mevcut gebelik haftası ve bununla ilgili kaç bakım aldığı sorulmuştur.

Ölçümler bölümünde, boy, gebelik öncesi ve mevcut ağırlık ölçümleri, kan basıncı ölçümü, hemoglobin yer almıştır.

Formun son bölümü, gebelik ve fetal sonuçlara ilişkin olarak düzenlenmiştir.

Bilgi formu yüz yüze görüşme yapılarak yaklaşık 25 dakikada doldurulmuştur.

DÖB izlemi için ASM'ne gelen kadınlarla görüşme yapıldıktan sonra rutin izlemleri yapılmış ve bu kapsamda yapılan boy, ağırlık, kan basıncı ölçümleri ve hemoglobin değerleri de elde edilmiştir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken, "riskli gebelik durumu"dur. Riskli gebelik durumu, literatüre göre bilinen toplam 18 risk faktöründen risk oluşturanların sayısının toplanmasıyla elde edilmiştir.

Riskli gebelik durumunu belirlemek için,

Yaş

Doğum sayısı

Önceki doğumun yapıldığı yer

Doğum aralığı

Ailenin sosyal sınıfı

Gebelikte ilaç kullanma durumu

Bir önceki gebelikte sorun yaşama durumu

Rh uygunsuzluğu durumu

Kronik hastalık durumu

Çoğul gebelik durumu

Sigara kullanma

Alkol kullanma
Pasif içicilik durumu
Gebeliğin istenme durumu
Boy
Gebelikte kazanılan ağırlık
Kan basıncı
Hemoglobin
değişkenleri kullanılmıştır.

Bağımsız değişkenler:

Evlenme yaşı
Öğrenim durumu
Eşin öğrenim durumu
Aile içinde konuşulan dil
Sosyal güvence durumu
Ailenin mevsimlik tarım işçiliği yapma durumu
Yapılan iş
Yerleşim bölgesi
Hanedeki kişi sayısı
Yaptırılan izlem sayısı
Daha önce gebelik veya doğum geçirme durumu
Kronik hastalık olma durumu
Eşi ile akrabalık durumu
Yaşayan çocuk sayısı
Kendiliğinden düşük sayısı
İstemli düşük sayısı
Ölü doğum sayısı
Şimdiki gebeliğin kaçınıcı gebelik olduğu
Aile planlaması kullanma durumu
Aile planlamasında kullanılan yöntem
Aile planlaması kullanmama sebebi

Gebelik haftası

Ayrıca, riskli gebelik durumunun gebelik sonucu ve fetal sonuca etkisi ayrıca değerlendirilmiştir.

Tanımlar

18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler riskli olarak kabul edilmiştir (28,29,31).

Doğum sayısı 4 ve sonrası gebelikler riskli olarak alınmıştır (34).

Sağlık personelinin yardımı ve gözetimi olmadan yapılan doğumlar riskli kabul edilmiştir (24).

Doğum aralığı: 2 yıldan az olan doğum aralığı riskli grubuna alınmıştır (8,35).

Sosyal sınıfları belirlemek için Prof. Dr. Korkut Boratav'ın kentsel ve kırsal sosyal sınıf şeması kullanılmıştır Ailenin sosyal sınıfı; alt sosyal sınıf sağlık hizmetlerine erişimde güçlük yaşadığı için riskli grubuna alınmıştır.

Gebelikte ilaç kullanma, maternal ve fetal iyilik halini etkilediğinden gebelikte ilaç kullanımı riskli kabul edilmiştir (38,39).

Bir önceki gebelikte sorun yaşamak riskli durum olarak alınmıştır (36).

Rh uygunsuzluğu riskli durum olarak alınmıştır (68).

Dolaşım sistemi bozuklukları, kronik hipertansif bozukluklar, endokrin ve metabolizma bozukluklar ve nörolojik hastalıklar gibi maternal kronik hastalık varlığı riskli durum olarak kabul edilmiştir (36,37).

İki ve üstü fetüs varlığı riskli olarak kabul edilmiştir (51).

Sigara kullanımı maternal ve fetal iyilik halini etkilediğinden riskli durum olarak alınmıştır (10,40).

Gebelikte alkol kullanımı riskli durum olarak kabul edilmiştir (43).

Pasif sigara içiciliği riskli durum olarak alınmıştır (40).

İstenmeyen gebelikler riskli durum olarak kabul edilmiştir (15).

150 cm altında boya sahip gebeler gebeliğin anneye getireceği fizyolojik yük açısından riskli grup olarak kabul edilmiştir (8).

Gebelik süresince kazanılan ağırlığın 9 kg'ın üstünde olması riskli durum olarak kabul edilmiştir (41,44).

Kan basıncı; gebelik süresince yapılan kan basıncı izlemlerinde sistolik kan basıncı 140 mmHg ve diastolik kan basıncı 90 mmHg üzeri olanlar riskli gruba alınmıştır (48).

11 mg/dl altındaki hemoglobin değeri riskli olarak kabul edilmiştir (43).

Gebelik haftasına uygun izlem sayısı durumu, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014'e göre ilk 14 haftada 1 izlem, 18-24. haftalar arasında 2 izlem, 28-32. haftalar arasında 3 izlem, 36-38. haftalar arasında en az 4 izlem yapılması gerekir.

Tanımlayıcı istatistiklerden ortanca, minimum, maksimum ve yüzde kullanılmıştır. Tek değişkenli analizler ki kare, mann-whitney u testi ve korelasyon analizi ile yapılmıştır. Çok değişkenli analizlerde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistik analizleri "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS 20.0) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Tablo 1. Gebelerin Bazı Sosyo-Demografik Değişken Düzeyleri

	Medyan	Min	Mak
Yaş	27.0	16.0	48.0
Evlilik Yaşı	20.0	13.0	35.0
Hanedeki Kişi Sayısı	5.0	2.0	23.0

Gebelerin yaş ortancası 27.0, evlenme yaşı ortancası 20.0, hanedeki kişi sayısı ortancası 5.0' dir (Tablo 1).

Tablo 2. Gebelerin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları

Kadının Öğrenim Durumu	Sayı	%
Türkçe Bilmiyor	6	1,5
Okuryazar Değil	131	33.6
Okuryazar	60	15.4
İlkokul	135	34.7
Ortaokul	43	11.0
Lise	7	1.8
Yüksekokul	7	1.8
Toplam	389	100.0

Gebelerin %35,2'si herhangi bir eğitim almamıştır. Lise ve üzerinde eğitim alanlar ancak gebelerin %3.6'sını oluşturmaktadır (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Eşinin Öğrenim Durumuna Göre Dağılımları

Eşinin Öğrenim Durumu	Sayı	%
Türkçe Bilmiyor	6	1,5
Okuryazar Değil	131	33.6
Okuryazar	60	15.4
İlkokul	135	34.7
Ortaokul	43	11.0
Lise	7	1.8
Yüksekokul	7	1.8
Toplam	389	100,0

Gebelerin eşlerinin %35,2'si her hangi bir eğitim almamıştır. Lise üzeri eğitim alanlar ise tümünün %3,6'sını oluşturmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Evde Konuştıkları Dile Göre Dağılımları

Evde Konuşulan Dil	Sayı	%
Arapça	131	33.7
Kürtçe	82	21.0
Türkçe	176	45.3
Toplam	389	100.0

Gebelerin %45.3'ünün evinde Türkçe konuşulurken, %33.7'sinde Arapça, %21.0'inde Kürtçe konuşulmaktadır (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Sağlık Güvence Durumuna Göre Dağılımları

Sosyal Güvence Durumu	Sayı	%
Yeşil Kart	153	39.3
SGK	198	50.9
Özel Sigorta	2	0.5
Yok	36	9.3
Toplam	389	100.0

Gebelerin %50.9'u SGK, %39.3'ünün yeşil kart ve % 0,5'inin özel sigorta kapsamında olduğu %9.3'ünün ise herhangi bir sosyal güvence kapsamında olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin Tarım İşçiliği Yapma Durumuna Göre Dağılımları

Tarım İşçiliği Yapma Durumu	Sayı	%
Evet	70	18.0
Hayır	319	82.0
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %18.0'ının tarım işçiliği yaptıklarını belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 7. Tarım İşçiliği Yapan Gebelerin Barınma Yerine Göre Dağılımları

Barınma yeri	Sayı	%
Çadır	64	91.4
Baraka	1	1.4
Ev	5	7.2
Toplam	70	100,0

Tarım işçiliği yapanların %92.8'i çadır ve barakalarda kahrken ancak %7.2'si evlerde barınmaktadır (Tablo7).

Tarım işçiliği yapanların tarım alanlarında kalma süresi ortalama 3.1 ± 1.6 'dır. Tarım işçiliği yapanların tarım alanlarında kalma süresi 1 ile 7 ay arasında değişmektedir.

Tablo 8. Gebelerin Tarım İşçiliği Dışında Bir İşte Çalışma Durumuna Göre Dağılımları

Kadının İşi	Sayı	%
Ev Hanımı	381	97.9
Diğer bir iş	8	2.1
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %97.9'u ev hanımıdır (Tablo 8).

Tablo 9. Gebelerin Eşlerinin İş Durumuna Göre Dağılımları

Kocasının İşi	Sayı	%
İşsiz	19	4.8
Yüksek Nitelikli Ücretli	4	1.0
Yüksek Nitelikli, Kendi Hesabına Çalışan	2	0.5
Beyaz Yakalı Ücretli	16	4.1
Niteliksiz Hizmet İşçisi	98	25.1
Mavi Yakalı İşçi	135	34.7
Esnaf	36	9.2
Marjinaller	30	7.7
Küçük,Orta,Büyük İşveren	5	1.2
Kapitalist Çiftçi,Zengin Köylü,Zengin Çiftçi	1	0.2
Orta Köylü	3	0.7
Küçük Köylü	10	2.5
Yoksul Köylü	14	3.5
Tarım İşçisi	16	4.1
Toplam	389	100.0

Gebelerin eşlerinin %34.7'si mavi yakalı işçi , %25.2 'si niteliksiz hizmet işçisi sınıfındadır. Eşlerinin %4.9'u ise işsizdir (Tablo 9).

Tablo 10. Gebelerin Yerleşim Yerine Göre Dağılımları

Yerleşim Yeri	Sayı	%
Kırsal	82	21.1
Kentsel	307	78.9
Toplam	389	100.0

Araştırmaya katılan kadınların %21.1'i kırsal alanda, %78.9'u kentsel bölgede yaşamaktadır (Tablo 10).

Tablo 11. Gebelerin Sosyal Sınıflara Göre Dağılımları

Sosyal Sınıf	Sayı	%
İşsiz	19	4.9
Alt sınıf	168	43.2
Orta sınıf	195	50.1
Üst sınıf	7	1.8
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %43.2'si alt sosyal sınıfta, %4.9'u işsizdir (Tablo 11).

4.2. Katılımcıların Gebelik Özellikleri

Tablo 12. Gebelerin Bazı Doğurganlık Özelliklerinin Düzeyleri

	Medyan	Min	Max
Gebelik Sayısı	3.0	1.0	14.0
Yaşayan Çocuk Sayısı	2.0	0.0	10.0
Kendiliğinden Düşük Sayısı	0.0	0.0	11.0
İstemli Düşük Sayısı	0.0	0.0	1.0
Ölü Doğum Sayısı	0.0	0.0	5.0
Mevcut Gebelik Sırası	3.0	1.0	14.0

Katılımcıların gebelik sayısı ortancası 3.0 ve ortalaması 3.6 ± 2.5 , yaşayan çocuk sayısı ortancası 2.0 ortalaması 2.1 ± 2.1 , kendiliğinden düşük sayısı ortancası 0.0 ortalaması 0.4 ± 0.9 , istemli düşük sayısı ortancası 0.0 ortalaması 0.05 ± 0.2 , ölü doğum sayısı 0.1 ± 0.3 , mevcut gebelik sırası ortancası 3 ortalaması 3.6 ± 2.5 olarak bulunmuştur (Tablo 12).

Tablo 13. Gebelerin Bir Önceki Doğum Yapılan Yere Göre Dağılımı

Bir Önceki Doğumun Yapıldığı Yer	Sayı	%
Hastane	266	68.4
Sağlık Kabini	3	0.8
Evde	11	2.8
Gebelik Düşükle Sonuçlanmış	18	4.6
İlk Gebelik	91	23.4
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %72.0'ı daha önce en az bir kez doğum yapmıştır. En az bir kez doğum yapan 280 kadından %3.9'u (n=11) sağlık personeli yardımı olmadan evde doğum yapmıştır (Tablo 13).

Tablo 14. Gebelerin Sorunlu Gebelik Yaşama Durumuna Göre Dağılımı

Daha Önce Sorunlu Gebelik Yaşama Durumu *	Sayı	%
Evet	33	11.1
Hayır	265	88.9
Toplam	298	100.0

* İlk gebeliği olan 91 kişi dahil edilmemiştir

Daha önce gebe olan 298 kadının %11.1'i daha önce sorunlu bir gebelik geçirmiştir (Tablo 14).

Tablo 15. Gebelerin Kronik Hastalık Durumuna Göre Dağılımı

Kronik Hastalık	Sayı	%
Var	30	7.7
Yok	359	92.3
Toplam	389	100.0

Araştırmaya katılanların %7,7'sinin kronik bir hastalığı bulunmaktadır (Tablo 15).

Tablo 16. Gebelerin Mevcut Gebelikleriyle İlgili Ciddi Bir Sorun Varlığı Durumuna Göre Dağılımı

Ciddi Sorun	Sayı	%
Var	62	15.9
Yok	327	84.1
Toplam	389	100.0

Gebelerin %15.9'unda mevcut gebeliği ile ilgili ciddi bir sorunu bulunmaktadır (Tablo 16).

Tablo 17. Gebelerin Eşi ile Akrabalık Durumuna Göre Dağılımı

Eş İle Akrabalık Durumu	Sayı	%
Evet	197	50.6
Hayır	192	49.4
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %50.6'sı akraba evliliği yapmıştır (Tablo 17).

Tablo 18. Gebelerin İlaç Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Gebelikte İlaç Kullanma Durumu	Sayı	%
Var	108	27.8
Yok	281	72.2
Toplam	389	100.0

Gebelerin %27.8'i mevcut gebeliği esnasında demir, D vitamini dışında ilaç kullanmaktadır (Tablo 18).

Tablo 19. Gebelerin Rh Uyuşmazlığı Durumuna Göre Dağılımı

Rh Uyumsuzluğu	Sayı	%
Var	17	4.4
Yok	372	95.6
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %4.4'ünde Rh uyuşmazlığı bulunmaktadır (Tablo 19).

Tablo 20. Gebelerin Çoğul Gebelik Durumuna Göre Dağılımı

Çoğul Gebelik Durumu	Sayı	%
Evet	6	1.5
Hayır	383	98.5
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %1.5'inde çoğul gebelik bulunmaktadır (Tablo 20).

Tablo 21. Gebelerin Sigara Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Sigara Kullanımı	Sayı	%
Evet	17	4.4
Hayır	372	95.6
Toplam	389	100.0

Gebelerin %4.4'ünün sigara kullandığı saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 22. Gebelerin Alkol Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı

Alkol Kullanımı	Sayı	%
Evet	5	1.3
Hayır	384	98.7
Toplam	389	100.0

Gebelerin %1.3'ünün alkol kullandığı saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 23. Gebelerin Pasif İçicilik Durumuna Göre Dağılımı

Pasif İçicilik Durumu	Sayı	%
Evet	196	50.4
Hayır	193	49.6
Toplam	389	100.0

Gebelerin %50.4'ünün yanında sigara içilmektedir (Tablo 23).

Tablo 24. Gebelerin İstemli Gebelik Durumuna Göre Dağılımı

İstemli Gebelik	Sayı	%
Evet	261	67.0
Hayır	127	33.0
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %67.0'ı istemli olarak gebe kaldıkları saptanmıştır (Tablo 24).

Tablo 25. Gebelerin Aile Planlaması Kullanma Durumuna Göre Dağılımı

Gebelik Öncesi Aile Planlaması Kullanma	Sayı	%
Evet	67	17.2
Hayır	322	82.8
Toplam	389	100.0

Katılımcıların %17.2'sinin gebelik öncesi aile planlaması yöntemi kullandıkları belirlenmiştir (Tablo 25).

Tablo 26. Gebelerin Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Yöntemi	Sayı	%
Tüpligasyon	1	1.5
OKS	3	4.5
RIA	1	1.5
Enjeksiyon	2	3.0
Kondom	21	31.3
Geri Çekme	18	26.9
Emzirme	21	31.3
Toplam	67	100.0

Aile planlaması yöntemi kullananların ancak %41.8'i etkili yöntem kullanmaktadır. En sık kullanılan etkili yöntem %31.3 ile kondomdur (Tablo 26).

Tablo 27. Gebelerin Aile Planlaması Kullanmama Nedenlerine Göre Dağılımı

Aile Planlaması Kullanmama Nedeni	Sayı	%*
Eşi İstemiyor	24	39.3
Gebe Kalması Zor ya da İnfertil	2	3.3
Kaderci	16	26.2
Doktor Önermiyor	1	1.6
Ulaşma Güçlüğü	8	13.1
Nasıl Kullanacağını Bilmiyor	2	3.3
Sağlık Kaygısı	4	6.6
Yan Etki	4	6.6
Toplam	61	100.0

* Yöntem kullanmayan 61 kişi üzerinden hesaplanmıştır

kadınların %39.3'ü eşi istemediği için yöntem kullanmadığını bildirmiştir. (Tablo 27).

4.3. Gebe Muayenesi Ve İzlemine Yönelik Bulgular

Tablo 28. Gebelerin Gebelik İzlemi ve Muayenesi İle İlgili Bazı Özelliklerin Düzeyleri

	Ortanca	Min	Mak
Gebelik Haftası	23	5	39
İzlem Sayısı	3	1	10
Boy(cm)	160	145	177
Gebelikten Önceki Ağırlık(kg)	61	40	100
Gebelikteki Ağırlık(kg)	68	40	109
Diyastolik Kan Basıncı(mm/Hg)	70	40	90
Sistolik Kan Basıncı(mm/Hg)	100	80	150
Hemoglobin(mg/dl)	12	8	15

Katılımcıların ortanca gebelik haftası 23.0'dır. Gebelik haftaları 5 ile 39 hafta arasında değişmektedir. Gebe izleme sayısı ortancası 3.0, gebelerin boy ortancası 160.0 cm, gebelik öncesi ağırlık ortancası 61.0 kg, gebelikteki ağırlık ortancası 68.0 kg olarak saptanmıştır. Diyastolik kan basıncı ortancası 70.0 mmHg, sistolik kan basıncı ortancası 100.0 mmHg, hemoglobin ortanca 12.0 mg/dl olarak saptanmıştır (Tablo 28).

Tablo 29. Gebelerin Gebelik Trimesterlerine Göre Dağılımı

Gebelik Haftası	Sayı	%
1.trimestir	61	15.7
2.trimestir	178	45.7
3.trimestir	150	38.6
Toplam	389	100.0

Araştırmaya katılan gebelerin %15.7'si birinci trimesterde, %45.7'si ikinci trimesterde ve %38.6'sı da üçüncü trimesterde bulunmaktadır (Tablo 29).

Tablo 30. Gebelerin Ağırlık Alımı Durumuna Göre Dağılımı

Ağırlık Değişimi	Sayı	%
Normal	139	42.4
Yetersiz Ağırlık Alımı	148	45.1
Fazla Ağırlık Alımı	41	12.5
Toplam	328	100.0

Katılımcıların %42.4'ünün ağırlık değişimi normal bulunmuştur. Buna karşın %45.1'inde yetersiz ağırlık alımı, %12.5'inde fazla ağırlık alımı saptanmıştır (Tablo 30).

4.4. Gebeliğe Yönelik Riskli Durum Sıklıkları

Gebelerin bazı özelliklerin riskli gebelik oluşturma durumuna göre dağılımı Tablo 31'de verilmiştir.

Tablo 31. Gebelerin Bazı Özelliklerin Risk Oluşturma Durumuna Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
Risk yok	344	88.4
Riskli	45	11.6
Sosyal Sınıf		
Risk yok	202	51.9
Riskli	187	48.1
Doğum Sayısı		
Risk yok	220	56.6
Riskli	169	43.4
Doğum Aralığı		
Risk yok	255	65.6
Riskli	134	34.4

Tablo 31. Gebelerin Bazı Özelliklerin Risk Oluşturma Durumuna Göre Dağılımı(Devamı)

Doğumun Yapıldığı Yer		
Risk yok	378	97.2
Riskli	11	2.8
Önceki Gebelikte Sorun Yaşama		
Risk yok	356	91.5
Riskli	33	8.5
Kronik Hastalık		
Risk yok	359	92.3
Riskli	30	7.7
İlaç Kullanımı		
Risk yok	281	72.2
Riskli	108	27.8
Rh Uyumsuzluğu		
Risk yok	372	95.6
Riskli	17	4.4
Çoğul Gebelik		
Risk yok	383	98.5
Riskli	6	1.5
Sigara Kullanımı		
Risk yok	372	95.6
Riskli	17	4.4
Alkol Kullanımı		
Risk yok	384	98.7
Riskli	5	1.3
Pasif Sigara İçiciliği		
Risk yok	193	49.6
Riskli	196	50.4

Tablo 31. Gebelerin Bazı Özelliklerin Risk Oluşturma Durumuna Göre Dağılımı(Devamı)

Gebeliğin İstenme Durumu		
Risk yok	266	68.4
Riskli	123	31.6
Boy		
Risk yok	359	92.3
Riskli	30	7.7
Kazanılan Ağırlık		
Risk yok	241	62.0
Riskli	148	38.0
Kan Basıncı		
Risk yok	383	98.5
Riskli	6	1.5
Hemoglobin Düzeyi		
Risk yok	312	80.2
Riskli	77	19.8
Toplam	389	100.0

İleri yaş katılımcıların % 11.6'sında, alt sosyal sınıf %48.1'inde, dörtten fazla doğum sayısı %43.4'ünde, kısa doğum aralığı %34.4'ünde, doğum yapılan yer %2.8'inde, önceki gebelikte sorun yaşama %8.5'inde, kronik hastalığa sahip olma %7.7'sinde, ilaç kullanımı %27.8'inde, Rh uyuşmazlığı %4.4'ünde, çoğul gebelik geçirme %1.5'inde, sigara kullanımı %4.4'ünde, alkol kullanımı %1.3'ünde, pasif sigara içimi %50.4'ünde, istenmeyen bebek %31.6'sında, kısa boy %7.7'sinde, uygun ağırlık kazanmama %38.0'ında, yüksek kan basıncı %1.5'inde, düşük hemoglobin düzeyi %19.8'inde riskli durum oluşturmaktadır (Tablo 31).

Tablo 32. Gebelerin Toplam Risk Sayısına Göre Dağılımı

Risk Sayısı	Sayı	%
0	2	0.5
1	28	7.2
2	85	21.9
3	106	27.2
4	78	20.1
5	52	13.4
6	23	5.9
7	9	2.3
8	2	0.5
9	3	0.8
10	1	0.3
Toplam	389	100.0

Hiç riskli durumu olmayan gebelik durumu %0.5 düzeyinde iken en az bir riski olanlar %99.5'tir (Tablo 32).

4.5. Riskli Durum Sayısına Göre Tek Değişkenli Analizler

Tablo 33 . Riskli Durum Sayısının Gebenin ve Eşinin Eğitim Durumu ile İlişkisi

Gebenin Eğitim Durumu	Tau	-0.23
	P	<0,001
Eşin Eğitim Durumu	Tau	-0.22
	P	<0,001

Gebelerde saptanan riskli durum sayısı ile gebenin eğitimi arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir korelasyon, eşinin eğitimi ile de negatif yönlü zayıf bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 33).

Tablo 34. Riskli Durum Sayısı ile Gebenin Gebelik Haftası, Evlilik Yaşı ve Hanede Yaşayan Kişi Sayısı Arasındaki İlişki

Gebelik Haftası	Rho	0.02
	p	< 0.001
Evlilik Yaşı	Rho	-0.11
	p	0.029
Hanede Yaşayan Kişi Sayısı	Rho	0.36
	p	<0.001

Gebelerde saptanan riskli durum sayısı ile gebenin gebelik haftası ve hanede yaşayan kişi sayısı arasında orta düzeyde, pozitif yönlü bir korelasyon saptanırken evlilik yaşı ile negatif yönlü ve zayıf bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 34).

Tablo 35. Evde Konuşulan Dile Göre Riskli Durum Düzeyi

Konuşulan Dil	Ortanca	Min	Maks	Ki-kare*	p
Arapça**	4	1	10		
Kürtçe	3	1	9	21.25	<0.01
Türkçe	3	0	8		

* Kruskal Wallis Test yapılmıştır

** Fark yaratan grup

Arapça konuşulan ailelerde riskli durum sayısı daha fazla bulunmuştur (Tablo 35).

Tablo 36. Bazı Özelliklere Göre Riskli Durum Düzeyleri

	Riskli Durum Sayısı			M-W U	P
	Medyan	Min	Mak		
Sosyal Güvence					
Var	3	0	10	6198	0.80
Yok	4	1	7		
Tarım İşçiliği					
Evet	4	1	10	8007.5	<0.01
Hayır	3	0	9		
Çalışma Durumu					
Ev hanımı	3	0	10	1467	0.85
Diğer	3.5	1	5		
Yerleşim Yeri					
Kırsal	3.5	1	8	10373	0.012
Kentsel	3	0	10		
Aile Planlaması					
Evet	4	1	9	6016	<0.01
Hayır	3	0	10		
Eşiyle Akrabalık Durumu					
Evet	3	0	10	17563	0.21
Hayır	3	0	9		
Haftasına Göre İzlem Sayısı					
Durumu					
Uygun	3	0	10	1589.0	0.37
Uygunsuz	3	2	5		

Mevsimlik tarım işçilerinde, kırsal bölgede yaşayanlarda ve aile planlaması yöntemi kullananlarda riskli durum sayısı daha yüksek bulunmuştur. Sosyal güvence durumu, çalışma durumu, eşiyle akrabalık durumu ve gebelikte izlem durumunun riskli durum sayısına etkisi gözlenmemiştir (Tablo 36).

4.6. Çok Değişkenli Analiz Bulguları

Tablo 37. Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	t	P
Sabit	3.32	6.01	<0.001
Gebelik haftası(sürekli)	0.28	3.52	<0.001
Evlilik yaşı(sürekli)	-0.07	-3.89	<0.001
Gebenin eğitim durumu(sıralı)	-0.02	-0.44	0.65
Eşin eğitim durumu(sıralı)	-0.22	-3.46	0.001
Hanedeki kişi sayısı(sürekli)	0.81	3.34	0.001
Konuşulan dil(Arapça)	0.38	2.37	0.018
Tarım işçiliği (evet)	0.28	1.47	0.14
Yerleşim yeri (kırsal)	0.04	0.26	0.78
Aile planlaması (evet)	0.81	4.36	<0.001

Gebelerde saptanan riskli durum sayısı gebelik haftasındaki artış ile, hane halkı sayısındaki artışla, evde Arapça konuşuluyor olması ile ve aile planlaması yöntemi kullanılıyor olması ile artmaktadır. Bu karşın, ilk evlilik yaşının ve gebenin eşinin eğitim durumunun yükselmesi ile azalmaktadır (Tablo 37).

4.7. Gebelik Sonucu ve Fetal Sonuçla İlgili Bulgular

Tablo 38. Gebelerin Gebelik Sonucuna Göre Dağılımı

Gebelik Sonucu	Sayı	%
Zamanında Canlı Doğum	345	89.6
Preterm Eylem	21	5.4
Düşük	16	4.2
Ölü Doğum	3	0.8
Toplam	385	100.0

Gebelerin %89.6'sı zamanında canlı doğum, %5.4'ü preterm eylem, %4.2'si düşük ve %0.8'i ölü doğum yapmıştır. Yıllık olumsuz gebelik sonucu insidansı %10.4 bulunmuştur (Tablo 38).

Tablo 39. Gebelerin Fetal Sonuca Göre Dağılımı

Fetal Sonuç	Sayı	%
Canlı Sağlıklı	343	89.1
Anomalili	5	1.3
DDA	3	0.8
Prematür	14	3.6
Ölü	20	5.2
Toplam	385	100.0

Gebeliklerin %89.1'i canlı ve sağlıklı, %1.3'ü anomalili, %0.8'i DDA'lı, %3.6'sı prematür, %5.2'si ölü doğumla sonuçlanmıştır. Yıllık olumsuz fetal sonuç insidansı %10.9'dur (Tablo 39).

Tablo 40. Gebelik Sonucuna ve Fetal Sonuca Göre Riskli Durum Düzeyleri

	Ortanca	Min	Mak	M-W U	P
Gebelik Sonucu					
Normal	3.0	0.0	10.0	6550.5	0.59
Kötü sonuç	3.0	1.0	8.0		
Fetal Sonuç					
Normal	3.0	0.0	10.0	7138.0	0.92
Kötü sonuç	3.5	1.0	8.0		

Gebelik sonuçları ve fetal sonuçlar arasındaki riskli durum düzeyi yönünden bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 40).

5.TARTIŞMA

5.1. Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri.

Araştırmanın katılımcıları çoğunlukla genç yetişkinlerden oluşmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığının Kadın Sağlığı Araştırması'na göre ilk evlilik yaş ortalaması 21 olup bu araştırmanın sonuçlarıyla uyumludur (10). Hanedeki kişi sayısı Kadın Sağlığı Araştırmasında ortalama 4.0, 2012 TÜİK Türkiye ortalaması 3.7 olarak belirtilmektedir (69). Diğer araştırmalarla kıyaslandığında bu araştırmada elde edilen hanedeki kişi ortancasının Türkiye değerlerinin üstünde olduğu ve bölgede kalabalık aile yapısının benimsendiği söylenebilir (70,71).

Araştırma bölgesindeki gebelerin %50.6'sı ilköğretimini tamamlamamıştır. TÜİK 2014 sonuçlarına göre ise Türkiye genelinde okur yazar olmayan kadın oranı %9.4'tür (69). Bu sonuçlar, araştırma bölgesindeki kadınların sosyal ve ekonomik olarak ne kadar kötü durumda olduğuna işaret etmektedir. Bu durumun oluşmasında, kadınlara yönelik toplumsal cinsiyet rollerinin etkisi ön sırada yer almaktadır. Bununla ilişkili olarak genç kadınların erken yaşta evlendirilmesi, eğitim fırsatlarından yeterince yararlandırılmamaları bu dramatik sonucu hazırlamaktadır (10). Nitekim, temel eğitimi tamamlamış erkeklerin düzeyi bu araştırmada da daha yüksektir.

TÜİK verilerine göre Türkiye'de kadınların iş gücüne katılım oranı %30.8'dir (68). Araştırma bölgesinde kadınların tarım dışı iş yaşamına katılımı oldukça düşüktür. Tarımda çalışanlarda genellikle ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır. Bu durum pek çok az gelişmiş bölgede ve ülkede sıklıkla karşılaşılan bir durumdur ve kadın emeğine olumsuz bakışın tipik göstergelerinden biridir (70).

Boratav'ın sosyal sınıflar şemasına göre bu bölgedeki ailelerin %48.1'i işsiz ya da alt sosyal sınıftadır. Bu durumdaki bir grubun ekonomik koşullarının da kötü olması beklenendir. Dünyada da 450 milyon tarım işçisinin %60.0' ı yoksulluk sınırı altında yaşamaktadır (70). Nitekim, ailelerin %18.0' i yaptıkları diğer işlerin yanı sıra mevsimlik tarım işçiliği de yapmaktadır. Şanlıurfa'nın mevsimlik tarım işçilerinin yoğun olarak yaşadığı bir il olduğu da belirtilmektedir (72).

Şanlıurfa çok kültürlü ve çok dilli bir yapıya sahiptir. Ortak iletişim dili Türkçe olmakla birlikte insanlar kendi sosyal çevrelerinde anadillerini konuşmayı tercih

edebilmektedir. Benzer şekilde Kutlu ve arkadaşları Şanlıurfa'da kırsal bölgeden de katılımcıların olduğu bir araştırmada evlerde Türkçe dışında %42.0-ile %58:0 arasında Kürtçe ve Arapça konuşulduğunu bildirmektedir (73).

Bu araştırmanın sonuçları ile de uyumlu olarak, Koruk ve arkadaşları 2012 yılında bu araştırma bölgesini, MTİ'nin yoğun olarak yaşadığı, ailelerin büyük bir bölümünün işsiz ve alt sosyal sınıftan, sağlık güvenceleri çoğunlukla yeşil kart kapsamında olan, kadınların çoğunun temel eğitim almadığını ve gelir getiren bir işte çalışmadığı ve ailelerin sosyoekonomik düzeyinin kötü olduğu bir bölge olarak tanımlamışlardır. (73).

5.2. Gebelerin Doğurganlık Özellikleri

Bu araştırmada elde edilen gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısı ortancası 2013 TNSA'ya göre Türkiye değeri olarak bildirilen halen evli 15-49 yaş grubundaki kadınlarda 3.2 doğurulan çocuk sayısı ve 2.1 yaşayan çocuk sayısına benzemektedir (10).

İsteyerek yapılan düşükler düşüktür. Doğu bölgesinde yaşayan kadınlar arasında isteyerek düşük düzeyleri diğer bölgelerde yaşayan kadınlara göre daha azdır. Bu durum dini model alan davranış şekli ile açıklanabileceği gibi gözlenen aşırı doğurganlık eğilimiyle de ilgili olabilir. Araştırmada ölü doğum oranı %0.8 ile Türkiye ortalamasının %0.9 dan çok az düzeyde düşüktür. Bu durum değerlendirilirken araştırma popülasyonunun yaşının daha düşük olduğu dikkate alınmalıdır (10).

Bu araştırmada gebelerin %3.9'u son doğumlarını sağlık personeli yardımı olmadan evde yapmıştır. Artan eğitim ve buna bağlı aratan sağlık bilinci ile birlikte artan refah düzeyi sağlık kuruluşunda doğum yapma tercihini arttırmaktadır. Türkiye genelinde evde doğum yapma oranı tüm doğumların içine % 2.3 iken bu oran Güneydoğu Anadolu Bölge'sinde 5.9' a yükselmektedir (10). Nitekim, araştırma bölgesindeki gebelerin çok büyük bir kısmının temel eğitimini dahi tamamlamadığı göz önüne alınırsa bu sonuçlar anlaşılabilir.

Araştırma bölgesinde akraba evliliği TÜİK tarafından bildirilen Türkiye için akraba evliliği düzeyi olan %21.2 değerinden çok daha yüksektir (69). Akrabalar arası evlilik, geniş ve ataerkil aile biçimlerini pekiştirmektedir .

Gebelerin %27.8'i mevcut gebeliği esnasında doğum öncesi bakım izleminde önerilen demir ve D vitamini dışında analjezik, antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar kullanmaktadır. Bu araştırmada bu ilaçların ne kadarının fetus üzerine etkisi gözetilerek doktor önerisi ile

kullanıldığı incelenmemiştir. Ancak, fetüslerin önemli bir kısmının risk altında olduğu açıktır.

Araştırma bölgesinde gebelerin %4.4'ü gebeliği boyunca sigara kullanırken %50.4'ü sigara dumanına pasif olarak maruz kalmaktadır. Yapılan bir araştırmaya göre gebeliğin başından sonuna kadar aralıksız sigara içmiş olanların oranı %2.5 olarak belirlenmiştir (74).

Gebelerin aktif içici ya da pasif içici olarak sigara dumanına maruz kaldıkları gözlenmektedir. DÖB izlemleri gebelerin sadece fizik muayenelerini ve laboratuvar tetkiklerini merkeze alan bir çalışma değildir. Doğum sırasında ve sonrasında gebelerin ve bebeklerinin sağlıkları ile ilgili pek çok konuyla ilgili eğitim ve danışmanlıkları da içerirse nitelikli ve amacına uygun bir hizmet verilmiş olur. Sigara konusu da bu çerçevede DÖB izlemlerinde her gebe için dikkatle ele alınmalıdır.

Planlanmamış gebelikler anne ve bebek sağlığı olumsuzluklarını arttırması nedeniyle önemlidir. Bu araştırmada da gebeliklerin %33.0'ının planlanmamış ya da istemli olmaması önemli bir kadın ve çocuk sağlığı sorununu işaret etmektedir. Buradaki önemli sorunlardan birisi kadınların %17.2'si gebeliklerini istememelerine ve bunun için AP yöntemi kullanarak çaba göstermelerine rağmen başarılı olamamalarıdır. Bu gebelerde en sık kullanılan yöntemler dikkate alındığında; kondom, emzirme ve geri çekmedir. Geri çekme yönteminin etkinliği zaten çok düşük olmakla birlikte diğer iki yöntem kişisel kullanım biçiminden çok fazla etkilenmektedir. 2013 TNSA'da da yöntem başarısızlığı geri çekmeyi kullananlar arasında diğer yöntemleri kullananlara kıyasla daha yaygın bulunmuştur (% 30). Kondom kullananlarda ise % 17 düzeyindedir (10). Birinci basamak sağlık kuruluşlarının ve kadın sağlığı polikliniklerinin nitelikli AP yöntem danışmanlığı hizmeti sunmasına çok fazla ihtiyaç duyulmaktadır. Bir diğer sorun ise %15.0'lık diğer grubun gebelik istememesine rağmen AP yöntem kullanmak gibi bir çaba içinde olmaması ya da olamamasıdır. Yöntem kullanmayanların çok azı bir sağlık sorununu gerekçe olarak göstermiştir. Hala eşlerin kadınların doğurganlığı üzerinde önemli baskıları devam etmektedir. Doğum öncesi baim alma oranı türkiye genelinde % 97 iken bu oran araştırmamızla uyumlu bulunmuştur (10).

Bu araştırmada gebelerde yüksek düzeyde yetersiz ağırlık alımı ve fazla ağırlık alımı durumları ile karşılaşmıştır. Benzer şekilde Kayseri'de bir bölgede gebelerin,% 44.6'sının yetersiz ağırlık aldığı ya da ağırlık kaybettiği saptanmıştır (75). Bu durum gebelerin sosyoekonomik durumun önemli etkisi bulunmaktadır. Eğitim ve ekonomik gelişmişlik düzeyi düştükçe beslenme örüntüsü bozulmaktadır.

araştırmada perinatal ölümlölük %5,2 iken, 2013 TNSA'ya göre bu rakam kırdı binde 22, kentte binde 8 olarak değişmektedir (10). Bu durum refah seviyesinin farklılığıyla ilişkilendirilebilir.

5.3. Gebeliğe Yönelik Riskli Durum Sıklıkları

Adölesanların ve ileri yaşa sahip katılımcıların % 11.6'sında riskli durum oluşturmaktadır. Yapılan birçok çalışmada ileri yaş gebeliklerin gebelik için risk oluşturduğu belirlenmiştir (7,15,31,33).

Araştırma bölgesindeki gebelerin önemli bir kısmı işsiz ve alt sosyal sınıftadır. Bu sınıfta olanların genellikle ekonomik ve eğitim olarak daha düşük düzeyde olmaları beklenir. Kötü sosyoekonomik düzey temel sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmeti kullanımını azaltması bakımından olumsuz bir faktördür (15).

Dörtten fazla doğum sayısı %43.4'ünde riskli duruma neden olurken ,yapılan doğum sayısının artması çeşitli komplikasyonlara neden olarak bir sonraki gebeliklerinin kalitesini düşürmektedir (9,13,34).

Kısa doğum aralığı %34.4'ünde risk katsayısını arttırırken, kısa doğum aralıkları, anne ve çocuk için yüksek ölüm riski taşımaktadır. Kısadoğum aralığı ile (≤ 24 ay) yüksek neonatal mortalite arasındaki ilişki muhtemelen annenin beslenme yetersizliğine bağlı olan düşük doğum ağırlığından kaynaklanmaktadır (9,35).

Doğum yapılan yer %2.8'inde, önceki gebelikte sorun yaşama %8.5'inde, kronik hastalığa sahip olma %7.7'sinde, ilaç kullanımı %27.8'inde riskli durum oluşturmaktadır. Maternal hastalıkların fetüste büyüme hızını değiştirme, anomaliye neden olma gibi doğrudan etkileri vardır, fakat anne ve fetüs iyilik halinin doğum zamanı ve yöntemi üzerine etkileri daha önemlidir (36,37,38,39).

Düşük hemoglobin düzeyi gebelerin %19.8'inde riskli durum oluşturmaktadır. Benzer şekilde, gebelikte demir eksikliği anemisinin prevalansı, dünyanın değişik bölgelerinde % 12-43 arasında değişmektedir (33).

5.4. Analitik bulgular

Neredeyse her gebenin en az bir riskli durumu bulunmaktadır. Gebelerde saptanan riskli durum sayısı gebelik haftasının artması ile, hane halkı sayısındaki artışla, evde Arapça

konusuluyor olması ile ve aile planlaması yöntemi kullanılıyor olması ile artmaktadır. Bu karşın, ilk evlenme yaşının artması ve gebenin eşinin eğitim durumundaki artışla azalmaktadır.

Gebelik haftası fetüsün büyümesi ve gebenin üzerindeki fizyolojik yükü arttırmasına bağlı olarak riskli durum sayısı da artmaktadır.

Hanehalkı fazla olan ailelerde genellikle kadının eğitim durumunun da düşük olduğu, ailenin genel ekonomik durumunun kötü olduğu ve doğurganlığın da fazla olduğu gözlenmektedir. 2013 TNSA sonuçlarına göre de hiç eğitimi olmayan kadınlardaki doğurganlık hızı 3.6 iken, lise ve üzeri eğitime sahip kadınlarda 1.7 'ye kadar düşmektedir (10). Eğitim düzeyi arttıkça doğurganlık azalmaktadır. Eğitimi olmayan kadınlar, lise veya üzeri eğitim almışlardan ortalama iki çocuk daha fazla doğurmaktadır (3).

Literatürde bu duruma dair bir bilgiye rastlanmamakla birlikte evde Arapça konuşan kadınlarda riskin daha yüksek olması kadının eğitimi, doğurganlığı, statüsü, sağlık hizmeti kullanımı gibi pek çok duruma işaret ediyor olması mümkündür.

Aile planlaması yöntemi kullananlarda riskli durum sayısının yüksek olması pek de beklenen bir durum değildir. Ancak, özellikle kronik hastalığı olanlar ya da gebelikle birlikte sağlık durumlarının olumsuz etkilenmesi riski olanlar doğurganlıklarını engellemek için daha fazla AP yöntemi tercihinde bulunmuş olabilirler.

Kültürel yapı ile uyumlu olarak Türkiye'de gebelikler evlilikle birlikte başlamaktadır. Yapılan çalışmalarda adölesan gebeliklerin maternal ve fetal iyilik halini olumsuz etkilediği belirlenmiştir (7,15,42,43).

5.5. Sonuç ve Öneriler

1. Kadınların yarısı temel eğitimlerini tamamlamamıştır ve mevsimlik tarım işçiliği yapma oranı oldukça yüksektir.
2. Kadınların yarıya yakını alt ve işsiz sosyal sınıftadır ve yaklaşık onda biri sağlık güvencesinden yoksundur.
3. Giderek azalmakla birlikte hala evde doğumlar olmaktadır.
4. Gebeliklerin üçte biri planlanmamış ya da istenmeyen gebeliktir.

5. Etkisiz ya da geleneksel AP yöntemi kullanımı hala çok yüksektir. Kadınların yöntem kullanmamasına eş müdahalesi oldukça yüksek düzeydedir. Gebelik ve AP danışmanlıkları mutlaka erkekleri de kapsayacak şekilde yapılmalıdır.
6. Araştırmada risksiz gebelik yok denecek kadar azdır. Bu nedenle nitelikli doğum öncesi bakım verilmelidir.
7. Evlenme yaşı ve eşin eğitim düzeyi düştükçe gebelikte risk sayısı artmaktadır
7. Arapça konuşanlarda risk daha yüksektir

6. KAYNAKLAR

1. Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi (online). Kadının Sağlık Hakkı ve DSÖ'nün Avrupa'da Kadın Sağlığının İyileştirilmesine Yönelik Eylem Planı. Erişim Yeri: http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/kadının_saglik_hakki.pdf Erişim tarihi: 12.12.2015
2. TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Toplumsal cinsiyet Eşitsizliği (online). Erişim yeri: <http://kadininstatusu.aile.gov.tr/yayinlar/kitaplar> Erişim Tarihi: 12.12.2015
3. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi (online). Erişim Yeri: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>. Erişim tarihi: 12.12.2014
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2005 (online). Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Erişim Yeri: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop_ankara/UAOC_ana_rapor.pdf Erişim tarihi: 01.04.2014
5. TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. 2008. Erişim yeri: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/turkiyeSDP.pdf> Erişim tarihi: 01.04.2014
6. Taşkın L. 12. baskı, Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Ders Kitabı, 5. baskı, Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2005; 403-430
7. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2008 .Erişim Yeri: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf Erişim tarihi: 01.04.2014
8. Güler Ç., Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara 2006; 72-74
9. Mccaw-Binns A., Winfrey W. ,Impact Of Hrp Research In The Maternal And Perinatal Care. West Indian med. 2008 ;75-77
10. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2014 .Erişim Yeri: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf Erişim tarihi: 01.04.2016
11. 16. Raneri LG, Wiemann CM. Social ecological predictors of repeat adolescent pregnancy perspectives. Sexual and Reproductive Health , 2007; 39-47.

12. Thoohey J.S.Keegan KA.jr. Morgan M.A.Francis J.,Task J.,Deveciana M., The Dangerous Multipara Fact or Fiction . j. Obstetric Gynecol ,1995,:172-683
13. Eidelman A.I.,Kamar R.,Shimmel RS.,Bar-on MS, The grand multipara;is she still a risk? Am.J.Obstetrik gynecol.1988,158;389-92
14. World Health Organization, ,International Consultation on Environmental Tobacco Smoke (ETS) and Child Health 2012 (online) Erişim yeri:
<http://www.who.int/tobacco/framework/consultation/ets2/en/> Erişim tarihi:01.02.2014
15. Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırmaları Sonuçları 2008 (online). Erişim yeri:
https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/hizmet_kalite_standartlari_2011/partograf_ornegi/aob.pdf Erişim tarihi: 01.04.2014
16. Akın A , Sevencan F. Türkiye’de Kadın Sağlığının Düzeyi Ve Aile Planlaması Uygulamalarının Durumu, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(13):1-14
17. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2005 (online) Erişim yeri:
<http://docplayer.biz.tr/1679745-Genclere-yonelik-ureme-sagligi-hizmetleri.html> Erişim tarihi: 01.04.2014
18. Taşkın L., Uluslar Arası Sözleşmeler Işığında Kadının Durumu. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008 : 16-22
19. Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Kadın, 2012; 65
20. Akdolun N., Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne Ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunlar. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi ,Ankara 2001,21-22
21. TC. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım ve Yönetim Rehberi 2011 (online) Erişim yeri:http://www.asm.gov.tr/uploadgeneldosyalar/dosyalar/143/e%0C4%9E%0C4%B0t%0C4%B0m/25_01_2011_15_42_40.pdf Erişim tarihi: 01.04.2014
22. Ayhan A., Durukan T., Günalp S., Gürkan T., Önderoğlu L.,Yaralı H., Yüce K. Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevi,Ankara, 2008;112
23. World Health Organization maternal and newborn health 2008 (online) Erişim yeri:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/a91272/en/ Erişim tarihi: 01.08.2014

24. World Health Organization Antenatal care 2008 (online) Erişim yeri:
http://www.who.int/gho/maternal_health/reproductive_health/antenatal_care_text/en/ Erişim tarihi: 01.04.2014
25. Omaç M., Güneş G., Karaoğlu L., Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi 2009; 14 (2): 115-119
26. World Health Organization Improving Adolescent Health And Development. Programme Brochure 1998 (online) Erişim yeri:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64320/1/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf Erişim tarihi: 01.06.2014
27. World Health Organization Adolescent Pregnancy Issues In Adolescent Health And Development2005(online)Erişimyeri:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/64320/1/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf Erişim tarihi: 01.06.2014
28. James K. D. Yüksek Riskli Gebelikler Kitabı ,Güneş Tıp Kitabevi, 2008: 28
29. World Health Organization Adölescent pregnancy_ 2014 (online) Erişim yeri:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> Erişim tarihi 06.09.2014
30. Ventura Sj, Freedman Ma. Teenage Childbearing In The United States, 1960-1997. M J Prev Med 2000; 18-25
31. Taşkın L., Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Nobel Matbaacılık ,İstanbul 2012: 205
32. Günalp, S. Güven, S. "Over Kanserinde Hormonal Tedavi", in Jinekolojik Kanserler Tartışmalı Konular ve Çözümleriyle, Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık Ltd. Şti., Ankara, 2004; 491-498
33. Güven M. , Kadın Doğum Notları , Asya Tıp Yayınları, Ankara , 2000;312
34. Köker İ. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Temel Bilgileri, Akademisyen Kitabevi, İstanbul , 2009; 115
35. Tokluoğlu M.Ö. , Fetal Malnütrisyonun Klinik Skorlaması ve Ailenin Sosyoekonomik Durumuyla İlişkisi Uzmanlık Tezi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği ,İstanbul , 2005
36. Başaran M., Kadın Hastalıkları Ve Doğum ,Pelikan Yayınevi, Ankara, 2004; 115,116
37. Taşkın L. Yüksek Riskli Gebelik Ve Doğum, Palme Yayıncılık, 2009, Ankara ;46

38. Çiçek N., Akyürek C., Çelik Ç., Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, Ankara, 2006;42
39. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye' de Tütün Kontrolü Çalışmaları 2012 (online) Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-15787/turkiyede-tutun-kontrolu-calismalari.html> Erişim tarihi: 02.06.2014
40. . T.C. Sağlık Bakanlığı Güvenli Annelik Rehberi 2009(online) Erişim yeri: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/G%C3%BCvenli%20Annelik%20kat%C4%B1%C4%B1mc%C4%B1%20kitab%C4%B1.pdf> Erişim tarihi:01.06.2014
41. Baysal A., Beslenme, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2009; 44-45
42. Cunningham F. G., Leveno K.J., Bloom S.L., Hauth J.C., Rouse D.J., Spong Y.C., Williams Obstetrics, 23. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010; 1071-1081
43. .C. Sağlık Bakanlığı Gebelere Demir Desteği 2005 (online) Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-5940/gebelerde-demir-destek-programi-uygulumasi-genelgesi-20-.html> Erişim tarihi:05.08.2014
44. Martin, Ja., Curtin S.C., Hamilton B.E. Multiple Pregnancies With Single Intrauterine Demise. Acta Obstet Gynecol Scand, London, 2002; 78: 202-6
45. T.C. Sağlık Bakanlığı Demir Araştırması Raporu 2004 (online) Erişim yeri: <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-72453/h/demir-arastirmasi-raporu.pdf> Erişim tarihi:01.05.2014
46. Harma M., Yurtseven Ş., Demir N. , Multipar Gebe Kadınlarda Anemi Sıklığı, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2004;14:12-5
47. İşler F. Ağır Preeklampsi Ve Trombofilinin Genetik Belirteçleri, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2008 ;48
48. Ayhan A., Durukan T., Günalp S., Gürkan T., Önderoğlu L., Yaralı H., Yüce K. Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitabevi, Ankara, 2008;112
49. Martin, Ja., Curtin S.C., Hamilton B.E. Multiple Pregnancies With Single Intrauterine Demise. Acta Obstet Gynecol Scand, London, 2002; 78: 202-6
50. Luke B., Martin J.A. The Rise In Multiple Births In The United States: Who, What, When, Where and Why. Clin Obstet Gynecol, 2004;118-33
51. 1. Turner MJ. Uteruse rupture. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002; 16: 69-79.

52. Nita V, Purandere CN, Vidya B, Nikhil P. First trimester uterine rupture previous lower segment cesarean scar. *J Obst Gynecol India* 2011; 61:88 – 9
53. Yılmaz M., İsaoglu Ü., Kanadalı S. The Evaluation of Uterine Rupture in 61 Turkish Pregnant Women, *Eur J Gen Med*, 2011;8(3):194-199
54. Kahyaoğlu S, Turgay İ, Kaymak O, Kalyoncu Ş, Mollamahmutoğlu L. Onyediy Haftalık nonkomünike rudimenter uterus horn gebeliği ve uterus rüptürü: olgu sunumu. *Perinatoloji Derg* 2005;13:179-82.
55. Campbell MK, Ostbye T, Irgens LM. Post-term birth: risk factors and outcomes in a 10-year cohort of Norwegian births. *Obstet Gynecol* 1997;89:543-8
56. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study, 1978- 1993. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:222-7.
57. Ceylan A. Çöplü N. Saka G. Gül K. Sönmez C. Esen B., Bozyel Ö. Sen Sağlık Ocağı Bölgesindeki Gebelerde Tetanoz Seroprevalansı. 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi 3-6 Kasım 2004, Ankara.
58. World Health Organization systematic review of maternal mortality and morbidity 2009 (online) Erişim yeri:
<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/> Erişim tarihi: 01.04.2014
59. Herron MA, Katz M, Creasy RK. Evaluation of a preterm birth prevention program: preliminary report. *Obstet Gynecol* 1982; 6-52
60. Evren Çam, Erken Doğuma Neden Olan Risk Faktörleri, Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Zonguldak, 2009;45
61. Deniz A. Erken, Membran rüptürü tanısında PAMG-1, nitrazin ve IGFBP-1 testlerinin karşılaştırılması, Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Tezi, İstanbul, 2007;56
62. Güney M, Oral B, Mungan T, Özbaşar D. Umbilikal Kordon Sarkması: Risk Faktörleri Ve Fetal Sonuçlar. *Kadın Doğum Dergisi*, 2005;4(2):751
63. TC. Sağlık Bakanlığı Anne Ölümlerini Önlemede Doğum ve Acil Vakaya Yaklaşım Sempozyumu Kitabı 2013 (online) Erişim yeri:
http://www.konyahalksagligi.gov.tr/ui/file/Anne_Olumlerini_Onlemede_Dogum_Ve_Acil_Obstetrik_Vakaya_Yaklasim_Sempozyum_Kitabi.pdf Erişim tarihi: 01.06.2014

64. Nas T. Yılmaz E. Erken Gebelik Kanamaları, Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci 2006;2(24):1-5
65. Altıntaş A. Postpartum Kanama, Türk Jinekoloji ve Obstetri Dergisi, 2005;99
66. Eserdağ S. Lohusalık El Kitabı , Seçer Yayınevi, Ankara, 2005;15-17
67. Kılıçgün M, Yenidoğan Hastalıkları, Erzincan Üni Ders Notları, Seçkin Yayınevi, Erzincan, 2014;11
68. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Kadın 2014 (online) Erişim yeri: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18619> Erişim tarihi:06.11.2014
69. Yıldırak N. Gülçubuk B. Gün S. Olhan E. Kılıç M. Türkiye’de gezici ve geçici kadın tarım işçilerinin çalışma ve yaşam koşulları ve sorunları, Ankara, 2003;26
70. Foods and Agriculture Organization. Agricultural Workers and their Contribution to Sustainable Agriculture and Rural Development. 2010 [online]. Available at: <ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/008/af164e/af164e00.pdf>
71. Koruk I, Simsek Z, Tekin Koruk S, Doni N, Gurses G. Intestinal parasites, nutritional status and psychomotor development delay in migratory farm worker's children. Child Care Health Dev 2010;36(6):888-894.
72. Kutlu, S., İ.Koruk, "Migrant Seasonal Farmworkers: The Quality Of Life And The Factors That Affect It". Turk J Public Health 2014, 12, 80-90
73. Koruk, İ., S. Tekin Koruk, C. Demir, A.S. Şeyhanoğlu, B. Kara, “Şanlıurfa’da Mevsimlik Tarım İşçilerinin Yoğun Olarak Yaşadıkları Bir Aile Sağlığı Merkezi Bölgesinde Gebelerde HbsAg Pozitifliği Düzeyi ve Etkileyen Faktörler”. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2013, 11, 149-159
74. Marakoğlu K., Erdem D., Konya’da Gebe Kadınların Sigara İçme Konusundaki Tutum ve Davranışları, Erciyes Tıp Dergisi, 2008;158-164
75. Yavuz S. Aykut M. Gebe Kadınların Gebelikte Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Beslenme Durumu, Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde ,Sağlık Bilimleri Dergisi, Kayseri, 2012; 66

7. EKLER

7.1. Ek 1: Araştırma anketi

Riskli Gebelik Sıklığı ve Etkileyen Faktörler Anketi

Sayın Katılımcı,

Bu araştırmanın sonuçları sizin daha nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti almanız için kullanılacaktır. Araştırmaya katıldığınız takdirde verdiğiniz bilgiler bilimsel amaçlı kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Numara:

Aile hekimi:

Gebenin Adı Soyadı:

Adres:

Telefon:

Tarih: / /

Sosyodemografik özellikler

Yaşınız kaç ?

İlk evlenme yaşı kaç?.....

Öğrenim durumunuz nedir ?

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. Türkçe bilmiyor | 5. Ortaokul |
| 2. Okuryazar değil | 6. Lise |
| 3. Okuryazar | 7. Yüksekokul |
| 4. İlkokul | |

Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. Türkçe bilmiyor | 5. Ortaokul |
| 2. Okuryazar değil | 6. Lise |
| 3. Okuryazar | 7. Yüksekokul |
| 4. İlkokul | |

Aile içinde iletişim için en çok tercih ettiğiniz dil nedir?

1. Arapça 2. Kürtçe 3. Türkçe 4. Diğer.....

Sosyal güvenceniz var mı?

1. Yeşil kart 2. SGK 3. Özel 4. Yok
sigorta

Aile mevsimlik tarım işçiliği yapıyor mu?	1. Evet	2 Hayır
Bu yıl tarım işçiliği yaptınız ise,		
Ne kadar süre	Nerede	konakladınız(Çadır, baraka, kaldınız..... ev,konteyner).....

Kocanızın yaptığı iş(Tarım işçileri için tarım dışındaki zamanlarda yapılan iş).....

Sizin yaptığınız iş

1. Evhanımı 2. Diğer.....

Yerleşim yeriniz nerede?

1. Kırsal 2. Kentsel

Hanenizdeki kişi sayısı kaç?.....

Doğurganlık özellikleri

Gebelik sayınız nedir?.....

Doğum sayınız nedir?

Kendiliğinden düşük sayınız nedir?.....

İstemli düşük sayınız nedir?.....

Ölü doğum sayınız nedir?.....

Riskli gebelik özellikleri

Şimdiki gebeliğiniz kaçınıcı gebelik?.....

Bir önceki doğumunuz ne zaman oldu? (gün/ay/yıl)

Bir önceki doğumu nerede yaptınız?.....

1.Hastane 2. Sağlık kabini 3.Evde 4.Sağlık ocağı/ASM 5. Diğer

Daha önce sorunlu bir gebelik ya da doğum geçirdiniz mi?

1. Evet 2. Hayır

Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1. Var 2. Yok

Halen gebelikle ilgili ciddi bir sorununuz var mı?

1. Var 2. Yok

Eşiniz ile yakın akrabalığınız var mı?

1. Var 2. Yok

Gebelikte ilaç (D vit, B12, Folat, Demir hariç) kullandınız mı?

1. Var 2. Yok

Sizde Rh uygunsuzluğu var mı?

1. Var 2. Yok

Bu gebeliğiniz çoğul gebelik mi?

1. Evet 2. Hayır

Sigara içiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Alkol tüketiyor musunuz?

1. Evet 2. Hayır

Gebe iken yanınızda sigara içiliyor mu?

1. Evet 2. Hayır

Aile planlaması yöntemi kullanımı

Bu gebeliğiniz isteyerek mi oldu?

1. Evet 2. Hayır

Gebelik öncesinde aile planlaması yöntemi kullanıyor muydunuz?

1. Evet ise soru 32'ye geçin 2. Hayır ise soru 33'e geçin

Son 1 yıldır en son en uzun süre kullanılan aile planlaması yöntemi

Herhangi bir modern yöntem	Herhangi bir geleneksel yöntem
1. Kadının tüplerinin bağlanması	7. Kondom/prezervatif/kabut/kılıf
2. Erkeğin kanallarının bağlanması	8. Kadın kondomu
3. Hap	9. Diyafram-köpük-jel-fitil
4. Spiral/rahim içi araç	10. Acil korunma hapi
5. Enjeksiyon /iğne	11. Diğer.....
6. Deri altı implantları	12. Takvim
	13. Geri çekme
	14. Emzirme
	15. Tehlikesiz günler
	16. Diğer

Aile planlaması kullanmama nedeni

1. Çocuk istiyor	8. Doktor önermiyor	14. Cinsel ilişki yok
2. Eşi istemiyor	9. Pahalı	15. Nadir cinsel ilişki
3. Dini nedenler	10. Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü	16. Sağlık kaygısı
4. Menapoz/histerektomi	11. Buralarda yok	17. Yan etki
5. Gebe kalması zor/kısır	12. Temin etmeyi bilmiyor	18. Diğer
6. Kocasını kısır	13. Nasıl kullanacağını bilmiyor	
7. Kaderci		

Doğum öncesi bakım izlemi özellikleri

Gebelik haftanız nedir?

Şuana kadar gebeliğiniz için kaç kez izlem yaptırdınız?.....

Ölçümler

Boy.....

Gebelik öncesi ağırlığınız nedir?.....

Şu anki ağırlık

Sistolik/diyastolik kan basıncı.....

Hemoglobin

Gebelik sonucu

1. Zamanında canlı doğum
2. Preterm eylem
3. Düşük
4. Ölü doğum

Fetal sonuç

- 1.Canlı sağlıklı
2. Anomalili
3. Düşük doğum ağırlıklı
4. Prematür
5. Ölü

7.2. Ek 2. İl Sağlık Müdürlüğü izin yazısı



En Sağlıklı Yaşam İçin Sağlık
Kültürü ve Bilimi

İÇ
ŞANLIURFA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı: 110415M16.10071-1)8)
Konu: Araştırma İzin

15/01/2012

VALİLİK MAKAMINA

Uludağ Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. İbrahim KOPUK ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nahiye CAY'ın "Şanlıurfa'da bir aile sağlığı merkezinde riskli gebelik sıklığı ve etkileyen faktörler" konulu çalışmaya planladıklarını ve Aile Sağlığı Merkezinde çalışma izni istenmektedir. İzin talebi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Makamlarınızca da uygun görülürse takdirde,
Ohurlarımıza arz ederim.

Dr. Dr. Erdem ÖZKAN
İl Sağlık Müdürü

OLUR
15/01/2012
Şaban ERDOĞAN
Vali'nin
Vali Yardımcısı

7.3. Ek 3. Etik kurul onay yazısı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ Etik Kurul Kararı	
TARİH	18.05.2012
OTURUM	03
SAAT	15:00

12/03/21	<p style="text-align: center;">Karar: Üniversitemiz Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd.Doç. Dr. İbrahim KORUK'un sorumlu araştırmacı olduğu "Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" başlıklı çalışmaya Etik Kurul Onayı verilmesine</p> <p style="text-align: center;">Oybirliğiyle karar verilmiştir.</p> <p style="text-align: center;">ASLI GİBİDİR</p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Hakan CAMUZCUOĞLU Etik Kurul Başkan Vekili</p>
----------	--