

BEBEK ÖLÜMLERİNİN İNCELENMESİ: KIRKLARELİ ÖRNEĞİ



Çiğdem Cerit¹ , Ahmet Önder Porsuk² 

1- Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Kırklareli, Türkiye.

2- Lüleburgaz İlçe Sağlık Müdürlüğü, Lüleburgaz, Türkiye.

Özet

Bebeklerin doğumdan sonraki bir yıl içinde ölme oranı olarak tanımlanan bebek ölüm hızı, bir toplumun veya ülkenin genel refah seviyesinin ölçümü için bir barometreye benzetilmektedir. Çalışmanın amacı, Kırklareli ilinde beş yıllık periyotta kayıtlara geçen bebek ölümlerinin nedenlerinin belirlenmesi, alınacak önlemlere kaynak oluşturabilecek verilerin paylaşılması olarak belirlenmiştir. Bu tanımlayıcı çalışmada 2015 – 2019 yılları arasında Kırklareli ilinde görülen bebek ölüm vakaları örneklem seçimi yapılmadan incelenmiştir. Verilere Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü kayıtlarından ulaşılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve analitik testler kullanılmış ve $p \leq 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Çalışma döneminde Kırklareli iline kayıtlı toplam 109 bebeğin öldüğü görülmüştür. Bebek ölüm nedenleri arasında en sıklıkla kayda geçen üç neden sırasıyla %12,8 (n=14) ile yenidoğanın bakteriyel sepsisi, %11,0 (n=12) ile ileri derecede immaturite ve %5,5 (n=6) ile pnömoni, olarak tespit edilmiştir. Ölen bebeklerin %43,1'inin erken neonatal dönemde kaybedildiği ve ölümlerin %6,4'ü için İl Bebek Ölüm Komisyonu'nca "önlenbilir" şeklinde karar verildiği saptanmıştır. Bebek ölümlerinin azaltılması için, gebelik ve bebeklik dönemlerinde izlemlere çok önem verilmesi gerekmektedir. Çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlara, özellikle gebelere ve bebeklere, aile hekimliği birimlerinde ve üst basamak sağlık kurumlarında ayrılan süre artırılmalıdır. Sonuç olarak, yapılan bilgilendirme faaliyetleri ve izlemlerin sadece niceliğinin değil, niteliğinin de yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği kanaatine ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Bebek ölümü, koruma, gebe izlemi, adolesan gebelik.

INVESTIGATION OF INFANT DEATHS: KIRKLARELI SAMPLE

The infant mortality rate, defined as number of children that die under one year of age, is compared to a barometer for measuring the general welfare level of a society or country. The aim of our study is to determine the causes of infant deaths recorded in Kırklareli in a five-year period, and to share data that can be a source of measures to be taken. In this descriptive study, infant deaths occurred in Kırklareli between 2015-2019 were analyzed without sample selection. The data were obtained from Kırklareli Provincial Health Directorate records. Descriptive statistics and analytical tests were used to analyze the data and $p \leq 0.05$ was considered significant. It was determined that a total of 109 infant deaths during the study period. The three most common causes of infant mortality were bacterial sepsis with 12.8% (n=14), severe immaturity with 11.0% (n=12) and pneumonia with 5.5% (n=6), respectively. It was determined that 43.1% of the babies were lost in the early neonatal period and it was decided by the Provincial Infant Deaths Investigation Commission as "preventable" for 6.4% of them. In order to reduce infant mortality, much attention should be paid to follow-ups during pregnancy and infancy. The time must increase allocated to all women of childbearing age, especially pregnant women and babies, in family medicine units and in upper level health institutions. As a result, it was concluded that efforts should be made to increase not only the quantity but also the quality of the information activities and follow-ups.

Key words: Infant mortality, prevention, pregnant follow-up, adolescent pregnancy.

Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Çiğdem Cerit

Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü, Kırklareli, Türkiye.

e-mail: : cigdemcerit@gmail.com **ORCID:** 0000-0002-9952-0510

Diğer Yazarlar: Ahmet Önder Porsuk: 0000-0002-0971-5227

Geliş tarihi / Received: 30.06.2020, **Kabul Tarihi / Accepted:** 25.09.2020

Nasıl Atıf Yapırım / How to Cite: Cerit Ç. Porsuk AÖ. Bebek Ölümlerinin İncelenmesi: Kırklareli Örneği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2021;6(1):60-70.

Giriş

Bebeğin doğumdan sonraki bir yıl içinde ölme oranı olarak tanımlanan bebek ölüm hızı, bir toplumun veya ülkenin genel refah seviyesinin ölçümü için bir barometreye benzetilmektedir (1). Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonunun (UNICEF - United Nations International Children's Emergency Fund) tahminlerine göre Türkiye’de, 1990 yılında ‰55 düzeyinde olan bebek ölüm hızı, 2018 yılında ‰9 seviyesine gerilemiştir (2). Alınan yol bakımından çok başarılı olarak görülebilecek bu gelişmeye rağmen, aslında bebek ölümlerinin azaltılması ve gelişmiş ülkeler düzeyinin yakalanabilmesi için halen katedilmesi gereken önemli bir mesafe de vardır. Çünkü Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD - Organization for Economic Cooperation and Development) 2018 yılı verilerine göre, OECD ülkeleri arasında bebek ölüm hızı bakımından Meksika’dan sonra, en yüksek oranlara Türkiye sahiptir (3). Bu nedenle bebek ölümlerinin azaltılmasına yönelik her düzeyde çalışmalar yapılmalıdır.

Çalışmamızın amacı, Kırklareli ilinde 2015 – 2019 yılları arasında kayıtlara geçen bebek ölümleri nedenlerinin belirlenmesi, alınacak önlemlere kaynak oluşturabilecek verilerin paylaşılması olarak belirlenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu tanımlayıcı çalışmada 2015 – 2019 yılları arasında Kırklareli ilinde görülen bebek ölüm vakaları incelenmiştir. Verilere Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü kayıtları retrospektif olarak

incelenerek ulaşılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; ölümün gebeliğin 22. haftasından başlayarak doğumdan itibaren 365. güne kadar meydana gelmiş olması, ölen bebeğin annesinin Kırklareli ilindeki Aile Hekimliği Birimlerine kayıtlı olması olarak belirlenmiştir. Bu nedenle Aile Hekimliği Sistemine kaydı Kırklareli ilinde olup, il dışında ölen bebekler de çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma dönemindeki tüm bebek ölümleri incelenmiş olup, örneklem seçimi yapılmamıştır.

Toplanan veriler SPSS programıyla değerlendirilmiş, verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler ve İki Örneklem t-Testi, Kolmogorov – Smirnov, Kruskal Wallis, Fisher’s Exact ve ki kare testleri kullanılmıştır. İstatistiki anlamlılık için $p < 0,05$ olduğu değerler kabul edilmiştir.

Verilerin analizi sırasında yapılan sınıflamalarda Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) önerileri esas alınmıştır (4). Bebek ölümleri, ölüm zamanına göre, doğumdan itibaren 0 -6. günlerde olanlar “erken neonatal dönem”, 7.- 27. günlerde olanlar “geç neonatal dönem” ve 28. – 365. günlerde olanlar ise “postneonatal dönem” olmak üzere üç dönemde incelenmiştir. Doğum zamanına göre, 22 ila 38 hafta arasında doğan bebekler “pre-term”, 38 – 42 hafta arasında doğanlar “term” ve 43 hafta ve sonrasında doğanlar “post-term” olarak sınıflanmıştır. Doğum ağırlığına göre ise, 999 gr ve altındakiler “aşırı düşük doğum tartılı”, 1000 – 1500 gr aralığındakiler “çok düşük doğum tartılı”, 1501 – 2499 gr aralığındakiler “düşük doğum tartılı”, 2500 - 4000 gr aralığındakiler “normal doğum tartılı” ve 4001 gr ve üstünde olanlar da “makrozomi (iri bebek)” olarak sınıflanmıştır. Ölüm nedenleri sınıflanmasında ICD 10 (International

Classification of Diseases 10) esas alınmıştır (5).

Çalışmamız için, Kırklareli İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyonundan 10.03.2020 tarih ve 14 sayılı ve Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan 04.05.2020 tarih ve 13 sayılı izinler alınmıştır.

Bulgular

Çalışma dönemi olan 2015 – 2019 yılları arasında Kırklareli İline kayıtlı toplam 17.994 doğum gerçekleştiği ve bunlardan 109 bebeğin öldüğü tespit edilmiştir. 2015 - 2019 periyodu için hesaplanan bebek ölüm hızı binde 6,1'dir. Ölen bebeklerin %43,1'i kız (n=47) ve %56,9'u (n=62) erkektir (p=0,151). Kırklareli İline kayıtlı bebek ölümlerinin Türkiye verileriyle karşılaştırması Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1: Kırklareli İline kayıtlı bebek ölümlerinin Türkiye verileriyle karşılaştırması.

Yıllar	Kırklareli			Türkiye*		
	Doğum Sayısı	Ölen Bebek Sayısı	Toplam Doğurganlık Hızı*	Bebek Ölüm Hızı (Binde)**	Toplam Doğurganlık Hızı	Bebek Ölüm Hızı (Binde)
2015	3714	17	1,56	4,6 / 4,8	2,16	10,2
2016	3584	24	1,49	6,7 / 6,1	2,11	9,8
2017	3705	32	1,54	8,6 / 8,6	2,08	9,4
2018	3571	17	1,48	4,8 / 5,0	2	9,3
2019	3420	19	1,43	5,6 / 6,1	1,88	9,1

* Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre

** Hesaplanan / TÜİK verisi

Ölen bebeklerin annelerinin doğum yaptıklarındaki yaş ortalamalarının $28,2 \pm 6,5$ (min 16, max 44 yaş) olduğu saptanmıştır. Bebeği ölen annelerin %6,4'ünün yaşının 20 yaş altında, %11,9'unun 35 yaş üstünde olduğu tespit edilmiştir. Kayıtlarda 95 annenin ilk evlilik yaşı görülmekte olup, bunların ortalaması $22,1 \pm 4,9$ (min 15, max 43 yaş) olarak hesaplanmıştır. İlk evlilik yaşları grup ortalamasının altında olan annelerin %69,8 (n=37) eğitim

durumunun lise altı olduğu görülmüştür (p=0,052). Bebeği ölen annelerin %11,9'unun (n=13) bir önceki gebeliğiyle doğum arasında 24 aydan kısa süre olduğu belirlenmiştir. Annelerin bir önceki gebelikleriyle, ölen bebeklerinin doğumları arasında 24 ay süre olması bakımından, yaşlarının grubun yaş ortalamasından daha genç ya da yaşlı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (p=0,060). Gebeliklerin %89,0'ı (n=97)

tek fetüslü, %11,0'ı (n=12) ikiz gebelik şeklinde olmuştur. Annelerin %3,7'sinin (n=4) yardımcı yöntemlerle gebe kaldıkları görülmüştür. Ölen bebeklerin %34,9'unun (n=38) annenin ilk gebeliğinden, %28,4'ünün (n=31) ikinci, %19,3'ü (n=21) üçüncü ve %17,4'ü (n=19) dördüncü ve üzerindeki gebeliklerinden dünyaya geldikleri tespit edilmiştir.

Bebeklerin doğum tartısının normal olup olmamasıyla annenin ilk evlilik yaşının (p=0,639) ya da ilk doğum yaşının (p=0,398) grup ortalamasından genç veya yaşlı olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bebeği ölen ebeveynlerin evlilik ve doğum sırasındaki yaş durumları Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2: Bebeği ölen ebeveynlerin evlilik ve doğum sırasındaki yaş durumları.

Yaş Grubu	Bebeği Ölen Annelerin İlk Evliliklerini Yaptıkları Yaş Grubu n (%)	Bebeği Ölen Annelerin İlk Doğumlarını Yaptıkları Yaş Grubu n (%)	Bebeği Ölen Annelerin Doğum Yaptıkları Tarihteki Yaş Grubu n (%)	Bebeği Ölen Babaların Doğumun Gerçekleştiği Tarihteki Yaş Grubu n (%)
15 - 19 Yaş	34 (31,2)	20 (18,3)	7 (6,4)	0 (0,0)
20 - 24 Yaş	35 (32,1)	41 (37,6)	32 (29,4)	8 (7,3)
25 - 29 Yaş	20 (18,3)	23 (21,1)	28 (25,7)	25 (22,9)
30 - 34 Yaş	3 (2,8)	6 (5,5)	18 (16,5)	25 (22,9)
35 - 39 Yaş	2 (1,8)	5 (4,6)	19 (17,4)	18 (16,5)
40 - 44 Yaş	1 (0,9)	1 (0,9)	5 (4,6)	8 (7,3)
45 - 49 Yaş	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (10,1)
Bilinmiyor	14 (12,8)	13 (11,9)	0 (0,0)	14 (12,8)

Babalardan 14'ünün yaşları kayıtlarda görülemediği, kayıtlarda bulunan 95 kişinin yaş ortalamaları ise $33,3 \pm 7,1$ (min 20, max 49 yaş) olarak hesaplanmıştır. Ebeveynlerden %8,3'ünün (n=9) akraba oldukları saptanmıştır. Beş çiftte (n=4,6) kan uyuşmazlığı olduğu görülmektedir. Kan uyuşmazlığı olan annelerin hepsinin eğitim durumunun lise altı düzeyde olduğu görülmüştür.

Annelerin %68,8'i (n=75) ev hanımı olduğunu, babaların %35,8'i (n=39) işçi olduğunu ve ailelerin %2,8'i (n=3) herhangi bir sağlık güvencesi olmadığını beyan etmişlerdir. Annelerden %14,7'sinin (n=16), babalardan %20,2'sinin (n=22) sağlık güvencesi durumuyla ilgili bir kayda rastlanmamış olup, annelerin %82,5'inin (n=90), babaların %77,0'ının

(n=84) bir sağlık güvenceleri olduğu tespit edilmiştir. Annelerin eğitim durumunda frekansı en sık grubu %33,0 (n=36) ile ilköğretim mezunları, babaların eğitim durumunda ise %30,3 (n=33) ile lise mezunları oluşturmaktadır.

Bebeği ölen annelere, gebelikleri sırasında %11,9'una (n=13) ya hiç izlem yapılmadığı, ya da izlem durumlarının bilinmediği, %57,8'ine (n=63) ilki doğumdan sonraki 48. saatte olmak üzere, üç veya daha az sayıda izlem yapıldığı görülmüştür. Dört veya daha fazla sayıda izlem yapılan annelerin oranı %30,3 (n=33) olarak hesaplanmıştır. Annenin eğitim durumunun lise altı veya üstü düzeyde olmasıyla izlem sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

bulunmamıştır (p=0,234). Bu izlemler sırasında iki gebede (%1,8) kan şekeri yüksekliği ve altı gebede (%5,5) ise hipertansiyon bulunmuştur. Ayrıca ölen bebeklerin %31,2'sinde (n=34) gebelik döneminde gelişimle ilgili riskler saptanmıştır. Bebeği ölen annelerin %25,7'si (n=28) sigara kullandıklarını beyan etmişlerdir. Annelerin sigara kullanma durumlarıyla bebeğin doğum tartısının normal olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,262). Alkol kullandığını ya da başka bir madde bağımlılığı olduğunu beyan eden anne olmamıştır. Tetanoz aşısı bakımından annelerin %70,6'sının (n=77) tam aşılı, %18,3'ünün (n=20) eksik aşılı ve %4,6'sının (n=5) aşısız olduğu saptanmış, %6,4'ünün (n=7) aşı durumuna ait kayıt bulunamamıştır.

Ölen bebeklerin %10,1'inin (n=11)

doğum şekli hakkında kayıt bulunamamış, %30,3'ünün (n=33) spontan, %59,6'sının (n=65) ise sezaryenle doğduğu tespit edilmiştir. İki bebek (%1,8) evde doğum şeklinde dünyaya gelmiş olup, %98,2 (n=107) doğumlar hastanede olmuştur. Kayıtlardan, evde doğum yapan iki annenin de doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları görülmüştür. Sağlık kurumlarında olan doğumların %52,3'ü (n=56) kamu, %47,7'si (n=51) özel sağlık kurumlarında, diğer açıdan %66,4'ü (n=71) ikinci basamak, %33,6 (n=36) üçüncü basamak sağlık tesislerinde gerçekleşmiştir. Bebeklerin ortalama yaşam süreleri 47,5±7,8 (min 0, max 348 gün) olarak hesaplanmıştır. Ölen bebeklerin annelerinin gebelik süreleri, doğum ağırlıkları ve yaşam sürelerinin yıllara göre dağılımı Tablo 3'de görülmektedir.

Tablo 3: Ölen bebeklerin annelerinin gebelik süreleri, doğum ağırlıkları ve yaşam sürelerinin yıllara göre dağılımı.

	Ölümün Gerçekleştiği Yıl					Total	p*
	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)		
Gebeliğin Süresi							
Pre-term	11 (64,7)	18 (75,0)	23 (71,9)	12 (70,6)	15 (78,9)	79 (72,5)	0,524
Term	6 (35,3)	6 (25,0)	9 (28,1)	5 (29,4)	4 (21,1)	30 (27,5)	
Doğum Ağırlığı							
Aşırı Düşük	2 (11,8)	5 (20,8)	12 (37,5)	7 (41,2)	7 (36,8)	33 (30,3)	-
Çok Düşük	3 (17,6)	5 (20,8)	8 (25,0)	1 (5,9)	4 (21,1)	21 (19,3)	
Düşük	2 (11,8)	5 (20,8)	3 (9,4)	4 (23,5)	3 (15,8)	17 (15,6)	
Makrozomi (İri Bebek)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (9,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,8)	
Ara Toplam (Anormal)	7 (41,2)	15 (62,5)	26 (81,2)	12 (70,6)	14 (73,7)	74 (67,9)	
Normal	10 (58,8)	9 (37,5)	6 (18,8)	5 (29,4)	5 (26,3)	35 (32,1)	0,036
Bebeğin Ölüm Zamanı							
Erken Neonatal Dönem	5 (29,4)	9 (37,5)	13 (40,6)	11 (64,7)	9 (47,4)	47 (43,1)	0,137
Geç Neonatal Dönem	4 (23,5)	5 (20,8)	7 (21,9)	3 (17,6)	5 (26,3)	24 (22,0)	
Post Neonatal Dönem	8 (47,1)	10 (41,7)	12 (37,5)	3 (17,6)	5 (26,3)	38 (34,9)	
Bebek Ölümü Toplamı	17	24	32	17	19	109	

* Kruskal Wallis testi

Doğumdan sonra bebeklerin %24,8'inin (n=27) canlandırma müdahaleleri yapılmış, %2,8'inde (n=3) amniyon sıvısında mekonyum görülmüş, %5,5'inde (n=6) fizyolojik sarılık gelişmiştir. Doğumdan sonra bebeklerin %51,4'üne (n=56) izlem yapıldığı saptanmıştır.

Bebek ölüm nedenleri arasında en

sıklıkla kayda geçen üç neden sırasıyla %12,8 (n=14) ile yenidoğanın bakteriyel sepsisi (ICD 10 Kodu: P36), %11,0 (n=12) ile ileri derecede immaturite (ICD 10 Kodu: P07.2) ve %5,5 (n=6) ile Pnömoni, tanımlanmamış (ICD 10 Kodu: J18.9) olarak tespit edilmiştir. Bebeklerin ölüm nedenlerinin ICD 10 gruplarına göre dağılımı Tablo 4'de görülmektedir.

Tablo 4: Ölen bebeklerin annelerinin gebelik süreleri, doğum ağırlıkları ve yaşam sürelerinin yıllara göre dağılımı.

Ölüm Nedeni (ICD 10 Grubu)	Ölümün Gerçekleştiği Yıl					Toplam
	2015 n (%)	2016 n (%)	2017 n (%)	2018 n (%)	2019 n (%)	
Bağırsakların enfeksiyöz hastalıkları (A00–A09)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Kan ve kan yapıcı organların hastalıkları ve immün sistemin bazı bozuklukları (D50–D89)	1 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Metabolik bozukluklar (E70–E90)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Dolaşım sistemi hastalıkları (I00–I99)	2 (11,8)	1 (4,2)	2 (6,2)	1 (5,9)	5 (26,3)	11 (10,1)
Solunum sistemi hastalıkları (J00–J99)	3 (17,6)	2 (8,3)	3 (9,4)	2 (11,8)	1 (5,3)	11 (10,1)
Genitoüriner sistem hastalıkları (N00–N99)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,9)
Gebelik, doğum ve lohusalık (O00–O99)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (3,1)	2 (11,8)	0 (0,0)	3 (2,8)
Perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar (P00–P96)	7 (41,2)	17 (70,8)	21 (65,6)	9 (52,9)	11 (57,9)	65 (59,6)
Konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri (Q00–Q99)	4 (23,5)	2 (8,3)	1 (3,1)	2 (11,8)	1 (5,3)	10 (9,2)
Semptomlar, belirtiler ve anormal klinik ve laboratuvar bulguları, başka yerde sınıflandırılmamış (R00–R99)	0 (0,0)	2 (8,3)	1 (3,1)	1 (5,9)	1 (5,3)	5 (4,6)
Toplam	17	24	32	17	19	109

Bebek ölüm nedenleri, bebeklerin yaşam sürelerine göre incelendiğinde, perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar olarak sınıflanan grubun (ICD 10 Kodu: P00–P96) erken neonatal dönemde %72,3 (n=34) ile, geç neonatal dönemde %58,3 (n=14) ile ve post neonatal dönemde %44,7 (n=17) ile birinci sırada olduğu görülmüştür. İkinci

sıradaki ölüm nedenleri ise erken neonatal dönemde %8,5 (n=4) ile konjenital malformasyonlar, deformasyonlar ve kromozom anomalileri (ICD 10 Kodu: Q00–Q99), geç neonatal dönemde %16,7 (n=4) ile dolaşım sistemi hastalıkları ve post neonatal dönemde %21,1 (n=8) ile solunum sistemi hastalıkları (ICD 10 Kodu: J00–J99)

olarak belirlenmiştir.

Kayıtlardan, çalışmamız kapsamındaki tüm bebek ölümlerinin Kırklareli ili Bebek Ölüm Komisyonu'nda görüşüldüğü saptanmıştır. Buna göre, meydana gelen bebek ölümlerinin %8,3'ü (n=9) için "karar verilemedi", %85,3'ü (n=93) için "önlenemez", %6,4'ü (n=7) için "önlenebilir" şeklinde karar verildiği tespit edilmiştir. Gebelikte izlem sayısı dört ve üzerinde olan bebek ölümlerinde önlenemez kararı %72,7 (n=24) düzeyindeyken, dörtten az sayıda izlem yapılanlarda bu oran %90,8 (n=69) olarak hesaplanmıştır (p=0,020). Önenebilir kararı verilen bebek ölümlerinden üçü "pnömoni, tanımlanmamış" (ICD 10 Kodu: J18.9), biri "yenidoğanın solunum distressi, tanımlanmamış" (ICD 10 Kodu: P22.9) ve üçü "yenidoğanın bakteriyel sepsisi" (ICD 10 Kodu: P36) tanısı almışlardır.

Tartışma

Türkiye'de yürütülen evlilik öncesi eğitim ve tarama programları, anne ve bebek ölümleri izleme programları, gebelere ve bebeklere yönelik beslenme destek programları, yenidoğan tarama programları ve yenidoğan yoğun bakım olanaklarında yaşanan gelişmeler bağlı olarak, son 40 yılda bebek ölümleri çok önemli düzeyde azalmıştır (6). Çalışmamızın yapıldığı Kırklareli ilinde 2009 yılında binde 8,3 olan bebek ölüm hızı, 2019 yılında binde 6,1 olarak bildirilmiştir. Ancak bebek ölüm hızları ülke içinde bölgesel olarak çok değişiklikler göstermektedir. Örneğin 2018 yılında en yüksek olarak sırasıyla Gaziantep'te binde 15,3, Mardin'de binde 14,9, Şırnak ve Kilis'te binde 14,5 olarak hesaplanan bebek ölüm hızı, en düşük olarak yine sırasıyla Tunceli'de binde 5, Kırklareli ve Çanakkale'de binde 5,1

olarak bildirilmiştir (7). Başka bir deyişle, ülkenin bebek ölüm hızı en yüksek illeriyle, en düşük illeri arasında üç kat fark bulunmaktadır. Bu nedenle bebek ölümlerinin il düzeyinde incelenmesinin çok önemli olduğu düşünülmektedir.

Ülkemizde son yıllarda bebek ölüm nedenlerinde belirgin değişimler görüldüğü ve bebek ölüm nedenlerinin üst gelir grubunda bulunan ülkelerle benzeştiği bildirilmiştir (8). Bebek ölümlerinin gelişmiş ülkelerde en önde gelen nedenleri arasında prematürite, konjenital anomaliler, düşük doğum tartısıyla ilgili morbiditeler, ani bebek ölüm sendromu, maternal hastalıklar ve kazalar sayılmaktadır (9). Düzce ilinde yapılan ve 2014-2017 yıllarını kapsayan bir çalışmada bebek ölümlerinin %48,0'ünün prematürite-immatürite ve konjenital anomaliler-sendromlardan kaynaklandığı bildirilmiştir (10). Denizli ilinde yapılan ve 2006-2009 yıllarını inceleyen bir çalışmada ise toplamda bebek ölümlerinin %61,3'ünün prematürite-immatürite ve konjenital anomalilerden kaynaklandığı bildirilmiştir (11). Çalışmamızda Kırklareli ilinde bebek ölümlerinin %59,6'sının ICD 10 kodlama sistemine göre aralarında yenidoğanın bakteriyel sepsisi ve ileri derecede immatüritenin ilk iki sırada olduğu perinatal dönemden kaynaklanan bazı durumlar grubundan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Bunlara %9,2 seviyesinde olan konjenital anomaliler de eklenince, Kırklareli ilinin bebek ölüm nedenlerinin gelişmiş ülkelerle benzer olduğu söylenebilir. Ancak halen istenilen seviyelere inilememiş olması, örneğin mutlaka sağlık tesisinde ve sağlık personeli eşliğinde doğumun sağlanmasıyla ilgili alınmaya çalışılan önlemlere, yapılan eğitim çalışmalarına rağmen, halen ölen iki bebeğin sağlık

tesisi dışında dünyaya gelmiş olması, Bebek Ölüm Komisyonlarınca “önlenebilir” olarak nitelenen ölümler üzerinde önemle durulması gerektiğini düşündürmektedir.

Edirne ilinde yapılan ve 2012-2013 yıllarını kapsayan bir çalışmada bebek ölümlerinin %53'ünün erken neonatal dönemde olduğu bildirilmiştir (12). Türkiye verilerinin değerlendirildiği 2013 yılında yayınlanan bir çalışmada ise erken neonatal ölüm oranı %56,5 olarak bildirilmiştir (13). Bizim çalışmamızda ise Kırklareli ilinde ölen bebeklerin %43,1'inin erken neonatal dönemde kaybedildiği görülmektedir. Her ne kadar bizim bulduğumuz oranlar diğer çalışmalara göre nispeten düşük de olsa, halen ölen bebeklerin yarıya yakınının erken neonatal dönemde kaybedildiği anlaşılmaktadır. Bu bulgular verilen hizmetlerin niceliğindeki artışın yanında niteliğinin de sorgulanması gerektiğini düşündürmektedir. Bu düşüncemizi destekleyen en önemli bulgumuz, gebelikte izlem sayısı dört ve üzerinde olan bebek ölümlerinde önlenemez kararı verilmesi oranının, daha az sayıda izlem yapılanlardan daha düşük olmasıdır.

Adölesan çağıdaki (erken yaştaki) gebeliklerin bebek ölümleri bakımından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (14). DSÖ, adölesan dönemi 10-19 yaşlar arası dönem olarak tanımlamaktadır (15). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018 TNSA) verilerine göre, canlı doğum yapmış ya da ilk çocuğuna gebe olan 15-19 yaş grubundaki kadınların yüzdesi Türkiye düzeyinde %3,5 iken, Kırklareli'nin de içinde bulunduğu Batı Marmara Bölgesinde %3,2'dir (16). Çalışma grubumuzda incelenen bebek ölümlerinin %6,4'ü 15 – 19 yaş grubunda annelerin dünyaya

getirdiği bebekler olmakla birlikte, bebeği ölen annelerin %18,3'ünün ilk doğum yaptığı yaşı adölesan çağda olmasının tespit edilmesi, bu konuda çalışmaların yoğunlaştırılması gerektiğini düşündürmektedir. Nitekim Kırklareli'nde yapılmış 2013-2014 yıllarını kapsayan bir çalışmada, ilk gebeliğin 20 yaşından önce yaşanması ve iki yıldan kısa aralıkla doğum yapılması bebek ölümleri açısından risk faktörü olarak bildirilmiştir (17).

Çalışmamızda, bebeği ölen annelerin %11,9'unun bir önceki gebeliğiyle doğum arasında 24 aydan kısa süre olduğu belirlenmiştir. DSÖ, bir doğum ile sonraki gebelik arasında olması gereken ideal süreyi 24 ay olarak belirtmiştir (18). Bu durumun da annenin sağlığı açısından üzerinde durulması gereken bir husus olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda, ölen bebeklerin %34,9'unun annelerin ilk gebeliğinden, %28,4'ünün ise ikinci gebeliğinden doğan bebekler olduğu görülmektedir. Muğla'da yapılmış 2011 – 2015 yıllarını kapsayan bir çalışmada, gebelik tecrübesi arttıkça hem bebek ölümü hem de prematüre-immatüre sebepli bebek ölümlerinin sayısal olarak düştüğü bildirilmiştir (6). Bu bilgiler birlikte değerlendirildiğinde, evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinden başlamak üzere, gerek gebelik öncesi ve sırasında “Gebe Okulları” gibi faaliyetlerle, gerekse bebeğin büyüme ve gelişme döneminde her platformda kadınların desteklenmesinin, annelerin bilgi ve deneyimlerinin artırılmasına yönelik faaliyetlerin yanı sıra, babaların da sürece dahil edildiği doğum öncesi “Baba Okulları”, doğum sonrası “0-6 Yaş Çocuğun Psikososyal Gelişimini Destekleme Programı” gibi faaliyetlerin

de önemi bir kez daha anlaşılmaktadır. Yapılacak bu çalışmaların yalnız bebek ölümlerini engellemekle sınırlı kalmayıp, anne sağlığını da koruyacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları da bulunmaktadır. Bunların en önemlileri arasında bazı kayıtlardaki veri eksiklikleri sayılabilir. Her ne kadar, bebek ölümlerinin kayıt sistemi son yıllarda çok gelişmeler kaydetmiş ve bebek ölümlerinin tamamı, konunun uzmanlarından oluşan inceleme komisyonlarınca inceleniyor olsa da, kayıt ve bildirim sistemini eleştiren çalışmalar da bulunmaktadır (19, 20).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmamızda, bebeği ölen annelerin yaklaşık beşte birinin 20 yaş altında doğum yaptıktan görülmüştür. Bir diğer önemli bulgu da ölen bebeklerin doğum öncesi ve sonrası izlemlerindeki veya kayıtlardaki yetersizliklerdir. Bu bulgular ışığında, erken yaştaki gebeliklerin önlenmesi için her türlü önlemin alınması, gebelik ve bebeklik dönemlerinde izlemlere çok önem verilmesi ve yapılan bilgilendirme faaliyetleri ve izlemlerin sadece niceliğinin değil, niteliğinin de yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılması gerektiği kanaatine ulaşılmıştır. Bu amaçla, çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlara, özellikle de gebelere ve bebeklere, aile hekimliği birimlerinde ve üst basamak sağlık kurumlarında ayrılan süre artırılmalıdır.

Kaynaklar

1. Gonzalez RM, Gilleskie D. Infant Mortality Rate as a Measure of a Country's Health: A Robust Method to Improve Reliability and Comparability. *Demography*. 2017;54(2): 701-20. DOI:10.1007/s13524-017-0553-7
2. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UNIGME), Levels and Trends in Child Mortality: Report 2019, Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, United Nations Children's Fund, New York, 2019.
3. Health Status : Maternal and infant mortality - OECD Statistics Available from: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>
4. WHO. Neonatal and perinatal mortality: Country, regional and global estimates 2004. Geneva, World Health Organization Pub 2007:43-5.
5. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>
6. Öngören B, Aydoğdu O, Ceyhan MN. Muğla İlinde 2011-2015 Yılları Arasındaki Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Health Sci* 2018;3(2):130-6. DOI: 10.5336/healthsci.2017-59428
7. TÜİK. Merkezi Dağıtım Sistemi. Available from: <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>
8. Çatak B, Öner C. Bebek Ölümünün Temel Nedenleri Değişiyor mu? Kayıt Temelli Kesitsel bir Çalışma. *TJFMPC* 2019;13(3): 311-7.
9. Mathews TJ, Minino AM, Osterman MJ, Strobino DM, Guyer B. Annual summary of vital statistics 2008. *Pediatrics* 2011;127:146-57. DOI:10.1542/peds.2010-3175
10. Yılmaz M, Bayraktar F. Düzce İlinin 2014-2017 Yılları Arasındaki Perinatal Ölüm ve Bebek Ölümü Verilerinin Değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020;5(1):35-42. DOI:10.35232/estudamhsd.648254
11. Şevket O, Karabulut A, Köseli O, Karahan T, Utku Y, Şevket A. Denizli İli Bebek Ölümleri: Ardışık Dört Yılın Değerlendirilmesi. *Pam Med J* 2010;3(2):64-8.
12. Aladağ Çiftdemir N, Özden D, Sayın M, Oksay A, Tarım C, Vatansver Özbek Ü, Ceylan G, Şahin B. Edirne İli 2012-2013 Yılları Arası Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi. *The Journal of Pediatric Research* 2015;2(4):193-6. DOI:10.4274/jpr.25238
13. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan A, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, Polat E, Şenel S, Tezel B, Tezer H, Köse MR. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2013; 56:105-21.
14. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev* 2012;23(1):123-38.
15. World Health Organization. The second decade: improving adolescent health and development. WHO, Department of Child and Adolescent Health and Development, Programme Brochure. WHO/FRH/ADH/98.18 Rev.1. Geneva; 2001.
16. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK. Ankara. Türkiye, 2019.
17. Başer N, Eskiocak M, Çerit Ç, Porsuk AÖ, Uğur A, Yorulmaz F. Kırklareli'nde 2013-2014 Yıllarında Bebeği Ölmüş Annelerin Bebek Ölümüne Neden Olan Risklerinin ve Sonraki Üreme Davranışlarının Değerlendirilmesi. 2.Uluslararası - 20.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, Antalya, 13-17 Kasım 2018:775.

18. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing Available from: who.int/iris/bitstream/10665/69855/1/WHO_RHR_07.1_eng.pdf*
19. Eskiocak M, Selçuk EG. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından bildirilen bebek ölüm hızları üzerine eleştirel bir değerlendirme. *Turk J Public Health* 2014;12(3):207-16.

20. Yayla Enfiyeci Z, Çavlin A. Bebek ölümlerindeki MERNİS kayıtlarının tamlik yüzdesi: illerin insani gelişme düzeyi farklılığı açıklar mı? *Turk J Public Health* 2019;17(3):279-93. DOI:10.20518/tjph.457457