

## Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sa ılı ı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi

Nevin AKDOLUN BALKAYA<sup>1</sup>, Gül en VURAL<sup>2</sup>, Kafiye ERO LU<sup>3</sup>

### ÖZET

Ara tırma, gebelikteki risk faktörlerini ve bunların anne ve bebek sa ılı na etkilerini belirlemek amacıyla prospektif olarak yapılmı tır. Çalı ma, Bolu ili belediye sınırları içindeki Merkez Sa ılık Ocakları'nda gerçekleştirilmi tir. Sa ılık Ocakları'na 6 ay içinde ba vuran, 1. trimestri dolduran ve ara tırmaya katılmayı kabul eden toplam 184 gebe çalı maya alınmı tır. İ zlem sonucunda gebelerde birden fazla risk faktörü bulundu u ve risklerin gebelik haftası ilerledikçe arttı ı gözlenmi tir. Kadınların %66.8'i do um eyleminde sorun ya arken, do um sonrası sadece bir annede sorun görülmemi tir. Gebelikteki bireysel ve ailesel riskler, özellikle obstetrik, tıbbi öykü ve imdiki gebeli e ba ılı çe itli risk faktörleri dü ük tehdidi, erken do um tehdidi, prematür eylem, preeklamsi, do um korkusu, sezaryen do um, bebek ölümü, konjenital anomalili bebek do umu, do um sonrası enfeksiyon ve do um sonrası ruhsal sıkıntı ya ama riskini artırmı tır. Gebeli i riske sokan faktörler peripartum dönemde anne ve bebe in sa ılı nı olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle hem irelerin gebelikteki risk faktörlerini erkenden saptamaları, özellikle risk altındaki gebeleri düzenli ve sık olarak izlemeleri ve riskler ve olası etkilerine yönelik koruyucu bakım, e itim ve danış manlık hizmetlerini vermeleri önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik; risk faktörleri; gebelik komplikasyonları; gebelik sonucu; postpartum dönem; anne sa ılı ı; bebek sa ılı ı.

## Investigating Problems Related to The Health of Mothers and Their Babies Resulting From Risk Factors Determined During Pregnancy

### ABSTRACT

The study has been carried out prospectively to determine risk factors in pregnancy and their impacts on both mother's and newborn's health in central health-care centers in Bolu. A total of 184 pregnant women who had visited health-care centers within 6 months, had completed first trimester and accepted to attend at research were included. As a result of follow-up, it was observed that attendants had multiple risk factors and risks increased with gestational age. Of women 66.8% experienced problems in delivery, only one mother had no problem postpartum. Various individual and family risk factors were present during pregnancy. Particularly obstetrics, medical history and a variety of present pregnancy-related risk factors increased risks of miscarriage, risks of preterm labor, preterm labor, preeclampsia, fear of childbirth, cesarean birth, infant mortality, births of babies with congenital anomalies, neonatal infections and postpartum psychological distress. Factors risking pregnancy influence mother's and newborn's health in peripartum period adversely. Therefore it is important that nurses determine risk factors early during pregnancy, follow up especially the pregnant women at risk regularly and frequently and give effective preventive care, education and counselling related to the risks and their possible consequences.

**Keywords:** Pregnancy; risk factors; pregnancy complications; pregnancy outcome; postpartum period; maternal health; infant health.

<sup>1</sup> Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sa ılık Yüksekokulu, Do um-Kadın Sa ılı ı ve Hastalıkları Hem ireli i A.D. - AYDIN

<sup>2</sup> Gazi Üniversitesi, Sa ılık Bilimleri Fakültesi, Kadın Do um Sa ılı ı ve Hastalıkları Hem ireli i A.D. - ANKARA

<sup>3</sup> Koç Üniversitesi, Hem irelik Yüksekokulu, Kadın Sa ılı ı ve Hastalıkları Hem ireli i A.D. - ANKARA

**Correspondence:** Dr. Nevin AKDOLUN BALKAYA, e-posta: nakdolun@yahoo.com

**G R**

Anne ve çocuk sa lı nı do rudan etkileyen gebelik, do um ve postpartum dönemdeki komplikasyonlar- özellikle geli mte olan ülkelerde-ba lıca ölüm ve sakatlık nedeni olmaya devam etmektedir (1-3). Dünyada her gün 1000 kadın gebelik ve do uma ba lı kanama, hipertansif hastalıklar, cerrahi komplikasyonlar, emboli ve toksemi gibi önlenebilir nedenlerle ölmektedir (2,3). Be ya altı çocuklar da en çok neoatal ölümler nedeniyle kaybedilmektedir. Neonatal ve bebek ölüm hızı geli mi ülkelere göre geli mte olan ülkelerde oldukça yüksektir (4). Neonatal ölümler erken do um, intrapartum komplikasyonlar, sepsis, menenjit ve ölü do umlar nedeniyle olmakta (3) ve sıklıkla ya amın 1. haftasında görülmektedir (1).

Ülkemizde anne ve bebeklere özel olarak yapılan planlı çalı malar sonucunda anne ölümleri yüzbinde 15.5'e, be ya altı çocuk ölümleri %11.5'e, bebek ölümleri de %7.7'ye dü mü tür (3,5). Anne ölümlerinin %78.8'i do rudan nedenlere ba lı görülmektedir. Bunların 1/4'i peripartal kanamalardan, %18.4'ü eklampsiden ve %15.7'si di er obstetrik nedenlerden kaynaklanmaktadır (6). Be ya altı ölümlerin de %24'ü erken do um, %23'ü konjenital anomali, %7'si asfiksi ve %7'si de neonatal sepsis gibi önlenebilir nedenlerle gerçekleşmektedir (3-5).

Kadınların gebeli i riskli hale getirecek lokal veya sistemik sa lık sorunlarına veya gebeliklerinde yüksek riskli bir davranı a ya da ya am biçimine sahip olması anne ve bebeklerin ölüm oranını artırmaktadır. Ülkemizde gebeli e ba lı ölümlerin %49.3'ünde, anne ölümlerinin ise %61.6'sında bir ya da daha fazla önlenebilir risk faktörü bulunmaktadır. Canlı do umların %35'i önlenebilir herhangi bir yüksek risk, %26'sı tek yüksek risk, %9'u ise çoklu yüksek risk faktörü nedeniyle yüksek ölüm riski ta imaktadır (6). Perinatal dönemdeki bebek ölümleri de yüksek riskli gebelerde artmaktadır (7). Gebeli e ba lı ölüm ile anne ölüm riskini artıran en önemli risk faktörleri arasında anne ya mın 18'den küçük ve 34'ten büyük olması, dörtten fazla do um yapma, hipertansif bozukluklar, dola ım sistemi hastalıkları ve endokrin ve metabolik hastalıklar bulunmaktadır. Kadının ve ailesinin sorunu farketmemesi ve tedavi için gecikmesi, istenmeyen gebelikler ve do um öncesi bakımın alınmaması ölüme yol açan en önemli nedenlerdir (6).

Dünya Sa lık Örgütü (DSÖ), anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için kadınların gebelik ve do um nedeniyle kar ıla tıkları sa lık risklerinin en aza indirilmesi gerekti ini ve bu risklerin nitelikli bir Do um Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti ile önlenebilece ini vurgulamaktadır (2,3). Günümüzde geli mi ülkelerde kadınların tamamı, geli mte olan ülkelerde ise yakla ık %56'sı DÖB hizmetlerinden yararlanmaktadır (4). Ülkemizde kadınların %73.7'si dört kez ve üzerinde bakım almakta ve çok azı ebeler tarafından izlenmektedir. Son be yılda kırsal kesimde DÖB alanların oranında 1.5 kat artı olmasına ra men, kentsel ve kırsal nüfus arasındaki fark halen devam etmekte (7) ve riskler erken dönemde belirlenmemektedir (6).

Anne sa lı nı etkileyen problemlerin ço u yetersiz antenatal, obstetrik ve postnatal bakım nedeniyle daha da

iddetlenmektedir. Antenatal, innatal ve postnatal periyodlar kadınlara ve bebeklerine sa lık, iyilik ve sa kalım konusunda bilgiler sa lamak ve müdahalelerde bulunmak için önemli dönemlerdir. Genellikle ilk trimestrda yapılan kontrollerde risk faktörlerinin ço u saptanabilmekte ve erken dönemde ba latılan DÖB ile komplikasyonlar önlenebilmektedir (2,6). Ebe ve hem ireler antenatal kontrollerin düzenli yapılmasını, gebeli i tehlikeye sokan risklerin erkenden belirlenip kontrol altına alınmasını ve etkin çözümler üretilmesini sa layabilirler (8,9).

Gebeli e ba lı riskler sosyo-kültürel özellikler de gösterdi inden, bunların toplumun de ik kesimlerinde belirlenmesi etkin bir sa lık planlaması yapılabilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle ara tırma, Bolu ilindeki gebelerde belirlenen risk faktörlerinin gebelik, do um ve do um sonrası dönemde anne ve bebekte ortaya çıkard ı sorunları saptamak amacıyla yapılmı tır.

**GEREÇ VE YÖNTEMLER**

Ara tırma, prospektif tipte bir çalı madır. Çalı ma, Bolu ili belediye sınırları içindeki be Merkez Sa lık Oca ı'nda (1,2, 3, 4 ve 5 No) Kasım 1996-Kasım 1997 tarihleri arasında yapılmı tır. Ara tırmanın evrenine 6 aylık sürede sa lık ocaklarına ba vuran ve 1. trimestrı dolduran kadınların tamamı alınmı tır. Örnekleme, bu ko ulları sa layan 252 gebeden ula ılabilen ve çalı maya katılmayı kabul eden 184 kadın (%73) olu turmu tur. Ara tırmaya katılmayı kabul etmeyen dokuz kadın, ara tırma sürecinde göç eden 33 kadın ve yanlı adres nedeniyle ula ılamayan 26 kadın örnekleme alınmamı tır.

Veri toplamada ara tırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak hazırlanan anket formu, risk belirleme formu, gebe izlem formu, lohusa ve yenido an izlem formu, do um sonucu ve do um sonrası sorunları de erlendirme formu kullanılmı tır. Anket formunda, kadınların sosyodemografik özellikleri ile bazı risk faktörlerini de erlendirmeye yönelik 45 soru bulunmaktadır. Risk belirleme formu do um öncesi dönemdeki risk faktörlerini içermektedir. Bu formda gebe ve bebe i için sorun yaratabilecek 106 risk faktörü (ki isel ve ailesel özellikler, ya am biçimi, obstetrik ve tıbbi öykü, do um kanalı ve imdiki gebelikte ilgili riskler) bulunmaktadır. Gebe izlem formu'nda fizik muayene ile hemogram ve tam idrar tahliline ili kin bilgiler vardır. Bu form aylık izlemlerde kadınların ayrıntılı olarak de erlendirilmesi ve gebelikteki sorunların belirlenmesi için hazırlanmı tır. Lohusa ve yenido an izlem formu, do um sonrası 7-10. güne kadar anne ve bebeklerin kar ıla tı ı sorunların belirlenmesi amacıyla hazırlanmı tır ve fizik muayene ile hemogram ve tam idrar tahliline ili kin bilgileri içermektedir. Do um sonucu ve do um sonrası sorunları de erlendirme formunda ise do um sonuçları (komplikasyonları) ile do um sonrası anne ve bebekte görülen sorunlar yer almaktadır. Formların ön uygulaması 2 ve 3 No'lu Sa lık Ocakları'nda son trimestrda olan 15 gebe ve yeni do um yapmı 15 kadın ile bebeklerinde yapılmı ve gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra kullanılmı tır. Ön uygulamaya alınan kadınlar örnekleme dahil edilmemi tir. Veriler, bir ara tırmacı tarafından

gebelerin evlerinde, bunun mümkün olmadığı durumlarda ise Sağlık Ocakları'nda yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplamada öncelikle kişilere çalışmanın amacı anlatılmış ve çalışmaya katılmak isteyenlerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Ayrıca, kendileri ile ilgili bilgilerin gerektiğinde sadece ebeleriyle paylaşılacağı belirtilmiştir. Aylık kontroller sırasında sorun saptanan gebelere girişimde bulunulması anne ve bebekte görülecek sorunları etkileyeceğinden, ara tırmacı tarafından herhangi bir girişimde bulunulmaması, riskli olarak değerlendirilen gebeler ebelerine yönlendirilmiştir. Veri toplama işlemi ve basamakları aşağıda açıklanmıştır gibi gerçekleştirilmiştir.

**1.Görüşme:** Gebelikteki risk faktörlerinin belirlenmesi

- Anket Formu ve Risk Belirleme Formu'nun doldurulması.
- Gebelik Formu'nun doldurulması (fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri).
  - Hemoglobin, hematokrit ve protein [tam idrar tahlili (T T)] öncelikle kadınların bulunduğu hastanelerde ve/veya AÇSAP merkezleri ve Sağlık Ocakları'nda yapılmıştır, bunun mümkün olmadığı durumlarda Sağlık aleti ve dipstick kullanılarak değerlendirilmiştir. Bu amaçla hemogram her trimesterde bir kez/riskli durumda 2 ayda bir, idrarda protein 2 ayda bir/riskli durumda ayda bir, T T her trimesterde bir kez/riskli durumda her ay-özellikle 20. gebelik haftasından sonra- ve gestasyonel diyabet riskinde 24. gebelik haftasından sonra en az bir kez değerlendirilmiştir.
  - Riskli durumlarda gebeler laboratuvar incelemeleri (T T, açlık kan şekeri, oral glukoz tolerans testi) için hastane ve/veya AÇSAP Merkezleri ve Sağlık Ocakları'na yönlendirilmiştir.

**2-7.Görüşmeler:** Gebelikteki risklerin ve sorunların saptanması

- Bu amaçla kadınlar gebelik 16. haftasından doğuma kadar ayda bir kez Gebelik Formu (fizik muayene ve laboratuvar analizleri) ile izlenmiştir.

**8.Görüşme:** Doğum ve doğum sonrası sorunların belirlenmesi

- Kadınların doğumla ilgili bilgileri doğum yaptıkları hastanelerin doğum kayıtlarından (Apgar puanı, indüksiyon uygulaması, doğum süresi, fetal distres vb.) ve dosyalarından alınmıştır.
- Lohusa ve yenidoğan izlemleri (fizik muayene ve laboratuvar incelemeleri) doğum sonrası 7-10. günlerde gerçekleştirilmiştir.
  - Hemoglobin, hematokrit ve protein [tam idrar tahlili (T T) veya dipstick ile] değerleri belirlenmiştir.
  - Doğum Sonucu ve Doğum Sonrası Sorunları Değerlendirme Formu doldurulmuştur.

#### **Ara tırmamanın Sınırlılıkları**

Ara tırmadan elde edilen bulgular, Bolu ili merkezindeki Sağlık Ocakları'na kayıtlı gebelerin verilerini ve bildirimlerini kapsamaktadır. Gebelerin anemi, preeklamsi ve gestasyonel diyabet gibi riskli durumlarını saptamak için laboratuvar incelemelerinin tek bir hastanede ve düzenli olarak yapılamaması, objektif bulguların elde edilmesinde sıkıntılar yaratmıştır. Risk faktörü belirlenen gebelere

ara tırmacı tarafından herhangi bir girişim yapılmamıştır, ancak etik açıdan ebelerine yönlendirilmiştir. Bu durum, ebelerin normal rutininin dışında bir girişime neden olabileceği. Ayrıca, bazı hastanelerde doğum kayıtlarına ulaşılabilmesi, bu nedenle doğum ve doğum sonrası sorunlar kadınların bildirimlerine ve sağlanabilen verilere göre belirlenmiştir. Bu çalışmada risk faktörleri tek deyişkenli olarak değerlendirilmiştir. Saptanan risk faktörleri ile gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebekte ortaya çıkan sorunlar arasındaki ilişkilerin regresyon analizi ile değerlendirilmemesi de ara tırmamanın bir diğer sınırlılığıdır.

#### **statistik Analiz**

Gebelikte belirlenen risk faktörleri, literatür bilgileri doğrultusunda "risk var" ve "risk yok" şeklinde değerlendirilmiştir. Gebelikteki risk faktörleri ile bunların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde yarattığı sorunlarla ilişkileri, Pearson ki-kare, Fisher's exact test ve relatif risk analizleri ile tek deyişkenli olarak değerlendirilmiştir.

#### **BULGULAR**

##### **Risk faktörleri**

Çocuk yaştaki kadınlar düşük eğitim (%73.4) ve sosyoekonomik düzeye (SED) (%54.9) sahiptirler. Belirlenen bireysel ve ailesel risk faktörleri Tablo 1'de görülmektedir. Ayrıca, gebeler obstetrik ve tıbbi öyküye ait çok çeşitli risk faktörlerine sahiptirler (Tablo 2). Kadınlar prenatal kontroller için birden fazla sağlık kurumu ve sağlık personeline gitmektedirler (%71.6). Bu gebeliklerinde saptanan en önemli riskler yetersiz fiziksel aktivite (%100), doğum korkusu (%98.4), yetersiz ve kötü hijyen (%97.8), yetersiz ve dengesiz beslenme (%84.2), anemi (%64.1) ve genital enfeksiyon belirtileridir (%61.4) (Tablo 3).

##### **intrapartum ve postpartum dönemde saptanan sorunlar**

Kadınlar doğumlarını sağlık personeli ile hastanede (%97.8), vajinal yolla (%79.3) ve normal sürede (%57.6) yapmıştır, ancak %66.8'i intrapartum dönemde, %99'u da doğum sonrası dönemde kendileri ve yenidoğan bebekleriyle ilgili olarak yoğun ve geniş bir yelpazeye dağıtılan çeşitli sorunlar yaşamışlardır (Tablo 4).

##### **Risk faktörlerinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebekte görülen sorunlarla ilişkisi**

Gebelikte belirlenen bazı önemli risk faktörleri gebelik dönemi için düşük tehdidi, erken doğum tehdidi (EDT), preeklamsi ve son trimesterde doğum korkusu; doğum süreci için sezaryen, prematür eylem, bebek ölümü ve konjenital anomalili bebek doğumu; doğum sonrası dönem için de puerperal enfeksiyon ve ruhsal sıkıntılarının yaşanmasında etkili bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Düşük tehdidi riskini kısa gebelik aralığı etkilemiştir ( $p<0.05$ ). Düşük riski olan kadınların %57.1'nin gebelik aralığı iki yıldan kısadır. Bir yıldan kısa arayla gebe kalma düşük riskini 1.80 kat artırmaktadır (%95 CI: 1.11-2.93). Gebelerin EDT riskinde yorucu ve ağır iş yapma, ilk trimesterde hiperemesis gravidarum, düşük tehdidi ve infertilite öyküsü etkili bulunmuştur ( $p<0.05$ ). EDT görülen kadınların %43.7'sinde yorucu ve ağır iş yapma, %62.5'inde ilk trimesterde hiperemesis, %56.2'inde düşük

**Tablo 1. Kadınların bireysel ve ailevi riskleri (N=184)**

Bireysel ve ailevi riskler	n	%
<b>Yaş</b>		
15-19 yaş	22	12.0
20-29 yaş	129	70.1
30-34 yaş	28	15.2
≥ 35 yaş	5	2.7
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur yazar olmayan ve okur yazar	4	2.2
İlkokul mezunu	131	71.2
Ortaokul ve üzeri	49	26.7
<b>Sosyoekonomik düzey</b>		
Düşük	101	54.9
Orta	69	37.5
Yüksek	14	7.6
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	116	63.0
Geniş aile	68	37.0
<b>Akraba evliliği</b>		
Olmayan	165	89.7
I. Derece	11	6.0
II. Derece	8	4.4
<b>Aile içi ilişkiler</b>		
Normal	115	62.5
Geçimsizlik ve şiddet	69	37.5
<b>Parite</b>		
Primigravida	71	38.6
2-3 çocuk	89	48.4
≥ 4 çocuk	24	13.0
<b>Gebelikler arası süre</b>	(n=113)*	
1 yıldan az	33	29.2
1-2 yıl arası	15	13.3
≥ 2 yıl	65	57.5
<b>Yorucu ve ağır iş yapma</b>		
Yapan	49	26.6
Yapmayan	135	73.4
<b>Sigara kullanımı</b>		
Kullanamayan	152	82.6
< 6 adet/gün	14	7.6
6-10 adet/gün	17	9.2
≥ 11 adet	1	0.5

\* Primigravidalar değerlendirilmeye alınmamıştır.

tehdidi ve %30.6'sında infertilite öyküsü saptanmıştır. EDT riskini düşük tehdidi 2.87 (%95 CI: 1.78-4.62), yorucu ve ağır iş yapma 2.16 (%95 CI: 1.35-3.43) ve ilk trimesterde hiperemesis gravidarum 2.10 (%95 CI: 1.27-3.49) kat artırmaktadır.

Kronik hipertansiyonu olan dört kadının tamamı, gestasyonel hipertansiyon öyküsü olanların %60'ı, öyküsünde preeklamsi olanların %43.8'i, ailede diyabet öyküsü olanların %33.3'ü ve gebelikte fazla kilo alanların %39.7'si preeklamsi sorunu yaşamıştır (p<0.05). Preeklamsi riskini gebelikte fazla kilo alma 8.13 (%95 CI: 2.97-22.26), kronik hipertansiyon 6.43 (%95 CI: 4.57-9.04), gestasyonel hipertansiyon 4.12 (%95 CI: 2.07-8.21), preeklamsi öyküsü 3.03 (%95 CI: 1.45-6.34) ve ailede diyabet öyküsü 2.49 (%95 CI: 1.35-4.59) kat artırmıştır.

Kadınlar arasında doğum korkusu yaygındır. Son trimesterde doğum korkusu yaşayan kadınların %34.4'ünün aile içi ilişkileri kötüdür. Ağır doğum korkusu yaşayanlarda bu oran daha fazladır (%51.5) (p<0.05). Aile içi ilişkilerin kötü olması doğum korkusu yaşamaya riskini 1.19 kat artırmaktadır (%95 CI: 1.05-1.34).

Prematür eylem riskini düşük tehdidi, EDT ve genital enfeksiyon belirtilerinin varlığını artırmaktadır (p<0.05). Düşük tehdidi olanların %27.9'unda, gebelikte genital

enfeksiyon belirtileri olanların %25.6'sında, EDT ya ayanların ise tamamında prematür eylem gerçekleşir mi? Prematür eylem riski genital enfeksiyon belirtileri olanlarda 4.42 (%95 CI: 1.59-12.31) ve düşük tehdidi ya ayanlarda 2.41 (%95 CI: 1.12-4.95) kat daha fazla görülmektedir.

Boyu 150 cm'den az olanların %33.3'ünde, son trimesterde antepartum kanaması olan altı kadının dördünde, sezaryen öyküsü olan kadınların %83.3'ünde ve prezentasyon pozisyon bozukluğu olanların %76'sında doğum sezaryenle olmuştur (p<0.05). Sezaryenle doğum yapma riskini sezaryen öyküsü 6.60 (%95 CI: 3.74-11.64), antepartum kanama 3.39 (%95 CI: 1.79-6.44) ve prezentasyon pozisyon bozukluğu 7.11 kat (%95 CI: 4.14-12.22) artırmıştır.

İlk trimesterde yaşanan hiperemesis, EDT, son trimesterde anemi, düşük doğum ağırlığı ve konjenital anomalili öyküsü bebek ölümü riskini etkilemiştir (p<0.05). Bebek ölümü riskini konjenital anomalili doğum öyküsü 7.20 (%95 CI: 1.91-27.10), EDT 6.93 (%95 CI: 1.39-34.53) ve hiperemesis gravidarum 4.98 (%95 CI: 1.09-22.79) kat artırmıştır.

Örneklemeye alınan kadınların %13'ünde konjenital anomalili bebek doğumu olmuştur. Konjenital anomalili doğum öyküsü olan 13 kadının ikisinde, olmayanların ise %6.5'inde anomalili bebek vardır (p<0.05). Konjenital anomalili öyküsü anomalili bebek doğumu riskini 6.17 kat artırmaktadır (%95 CI: 1.70-22.43).

Doğum sonrası enfeksiyonlarda son trimesterdeki genital enfeksiyon şikayetleri önemli bulunmuştur (p<0.05). Son trimesterde genital enfeksiyon şikayeti olmayan kadınların %21.7'sinde puerperal enfeksiyon saptanmıştır. Genital enfeksiyon belirtilerinin bulunması puerperal enfeksiyon riskini 2.34 kat artırmaktadır (%95 CI: 1.12-4.92).

Gebelikte ruhsal sıkıntısı olmayan kadınların %75.6'sı sorunlarının doğum sonrasında da devam ettiğini belirtmişlerdir (p<0.05). İkinci trimesterde doğum korkusu yaşayan kadınların %66.3'ü, ağrı doğum korkusu olanların da %84.6'sı doğum sonrası ruhsal sıkıntılarını belirtmişlerdir (p<0.05). İkinci trimesterde doğum korkusu postpartum dönemde ruhsal sıkıntılarla karşılaşma riskini 1.58 kat artırmıştır (%95 CI: 1.13-2.10).

## TARTI MA

Bu çalışmada, gebelikte saptanan risk faktörleri ile bunların gebelik, doğum ve doğum sonu döneminde anne ve bebek sağlığına etkileri incelenmiştir.

### Saptanan Riskler

Örneklemi olan kadınların gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek bireysel-ailesel, tıbbi ve obstetrik öykü ile mevcut gebelikte önemli ve çok sayıda önlenilebilir risk faktörüne sahip oldukları görülmüştür (Tablo 1-3). Kadınların hemen tamamında en az bir risk faktörünün varlığı dikkat çekicidir. Bunlar arasında özellikle eğitim (%73.4) ve sosyoekonomik (%54.9) düzeyin düşük olması, iki gebelik arasındaki sürenin 1 yıldan az olması (%29.2), sigara kullanımı (%17.2), ağrı parite (%13) ve adolesan gebelik (%12) sayılabilir. Anne ve bebek sağlığını tehdit eden ve

**Tablo 2.** Kadınların obstetrik ve tıbbi öykülerinde belirlenen riskleri (N=184)

Riskler	N	%
<b>Önceki gebeliklerde belirlenen riskler</b>	<b>(n=113)*</b>	
Hiperemesis gravidarum	49	43.4
Spontan düşük	31	27.4
Fazla kilo alma	36	31.9
	<b>(n= 115)**</b>	
İnfertilite	20	17.4
Antepartum kanama (> 20 Hafta)	8	7.1
Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar		
Gestasyonel hipertansiyon	10	8.8
Preeklamsi	16	14.2
<b>Önceki doğumlarda belirlenen riskler</b>	<b>(n=113)*</b>	
Ağrı zaafi	36	31.8
Anne ve bebekte doğum travması	31	27.4
Uzamış doğum	33	29.2
Sezaryen	18	15.9
Hızlı doğum	9	8.0
Girişimli doğum	39	34.5
EMR	21	18.6
<b>Yenidoğanlarda belirlenen riskler</b>	<b>(n=113)*</b>	
	<b>(n=104)***</b>	
Makrozomi	15	14.4
	<b>(n=104)***</b>	
Prematürite	18	17.3
	<b>(n=104)***</b>	
Postmatürite	12	11.5
	<b>(n=104)***</b>	
Düşük doğum ağırlığı	11	10.6
Ölü doğum	9	8.0
	<b>(n=109)*****</b>	
Erken neonatal ölüm	7	7.0
<b>Tıbbi öyküde belirlenen riskler</b>		
Anemi	36	19.6
Tedavi edilmemiş guatr	34	18.5
Ailede diyabet	40	21.7
Ailede preeklamsi	20	10.9

\* Primigravidalar (T:143, İ: 71)değerlendirmeye alınmamıştır. Önceki doğumlara ait riskler birden fazla olduğu için "n" katlanmıştır.

\*\* İnfertilite tedavisi gören primigravidalar da (T: 14, İ: 2) değerlendirilmeye alınmıştır.

\*\*\* Ölü doğum öyküsü olan kadınlar (T: 8, İ: 9) değerlendirilmeye alınmamıştır.

\*\*\*\* Ölü doğum öyküsü nedeniyle prematür eylem yapan 1 kadın değerlendirilmeye alınmamıştır.

\*\*\*\*\* Ölü doğum öyküsü (T: 8, İ: 9) ve postneonatal ölüm öyküsü (T: 4, İ: 4) olan kadınlar değerlendirilmeye alınmamıştır.

ölüme yol açan risk faktörleri gerek anne ölümü, gerekse canlı doğumlar açısından halen önemini korumaktadır. Ülkemizde ulusal düzeyde ilk kez yapılan 2005 yılı anne ölümleri çalışması verileri annelerin %27'sinin bir, %38'inin ise birden fazla risk faktörü nedeniyle öldü ünü ortaya koymaktadır (6). Canlı doğumlardaki herhangi bir yüksek risk kategorisine sahip olan kadın oranı da ara tırmanın yapıldığı dönemden bugüne kadar azalmakla birlikte (7, 10), hala %35 düzeyindedir (7). Benzer şekilde, çocuk sayısı ve doğum organlığı yaşı ile ilgili riskler yıllar içinde azalmakla birlikte (6,7,10), istenmeyen gebelikler, adolesan ve ileri yaş gebelikler ile ağırlı parite ve kısa aralıklı gebelikler halen önemli bir sorundur ve bunlar anne ve bebek ölümlerini artıran en önemli risklerdir (6,7). Bu çalışmadaki kadınların bireysel ve ailesel riskleri değerlendirildiğinde; gebelik yaşı ve parite ile ilgili bulgular Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) bulguları ile örtülmektedir (7). Katılımcıların sosyoekonomik düzeyleri düşüktür ve bu ç Anadol Bölgesi'ndeki kadınların genel özelliğini yansıtmaktadır (11). Bunların yanında sigara, akraba evlilikleri ve iddet gibi bireysel ve ailevi risklerin de anne ve bebek sağlığına etkisi yadsınamaz (12-14). Örneklemde de aile içi iddet sıklığı %37.5 olarak saptanmıştır ve bu bölgedeki

kadına yönelik aile içi iddet sıklığı (yaklaşık %40) ile uyumludur (15). Çalışmalarda gebelikte sigara kullanım oranının %15 ile %20 arasında değiştiği belirtilmektedir (12,16,17). Örneklemde de sigara içme oranı %17.3 bulunmuştur. Tablo 1'de yer alan diğer bireysel ve ailesel risklerin literatüre göre yüksek olduğu bulunmuştur (6,7,12-14). Bulgular, gebelikte kadınların bölgesel ve kültürel olarak farklı bireysel ve ailevi risklere sahip olabileceklerini göstermektedir. Ayrıca, bu çalışmada örneklemi oluşturan tüm kadınlar ara tırmacılardan biri tarafından gebeliklerinin 4. ayından doğum sonrası 10. güne kadar -olası tüm riskleri büyük ölçüde kapsayan ayrıntılı veri toplama formları ile- düzenli olarak izlenmiş ve değerlendirilmiştir. Bu durum, sosyoekonomik ve eğitim düzeyi düşük olan bu grup kadınlarda gebelikle ilgili riskler konusunda daha fazla bir farkındalık sağlanabilir.

Önceki gebeliklerde ve tıbbi öyküde saptanan riskler sonraki gebelikler için önemli risk oluşturmakta ve tekrarlayabilmekte, buna bağlı olarak yaşanan sorunların boyutu ve iddeti giderek artmaktadır (2,3,6). Öyküyle ilgili bu sorunlar anne, yenidoğan veya her ikisiyle ilgili olabilir. Bunlar arasında kusma-bulantı, hipertansif komplikasyonlar, ağırlı parite, diyabet, obezite, sezaryen,

**Tablo 3.** Kadınların şimdiki gebeliklerinde belirlenen riskleri (N=184)

Riskler	n*	%
Yetersiz prenatal kontrol	-	-
Tetanos aşısı yaptırmama	20	10.9
Yetersiz ve kötü hijyen	180	97.8
Yetersiz ve dengesiz beslenme	155	84.2
Fiziksel aktivite		
Yanlış yapan ve hiç yapmayan	87	47.3
Kısmen doğru yapan	97	52.7
Anemi	118	64.1
İstenmeyen gebelik	90	48.9
Hiperemesis gravidarum	86	46.7
Düşük tehdidi	59	32.1
Erken doğum tehdidi	48	26.5
Gebeliğe bağlı hipertansif hastalıklar		
Gestasyonel hipertansiyon	28	15.5
Preeklamsi	32	17.7
Vulva ve bacakta varis	63	34.2
Antepartum kanama	14	7.7
Genital enfeksiyon belirtileri	113	61.4
Doğum korkusu	181	98.4
Aşırı doğum korkusu	110	59.8

\* Birden fazla risk olduğu için "n" katlanmıştır.

postpartum hemoraji, psikolojik problemler, EMR, EDT, düşük tehdidi, prematürite, düşük doğum ağırlığı, düşük doğum gibi problemler yer almaktadır. Bu çalışmada da literatüre paralel olarak kadınların obstetrik ve tıbbi öykülerinde birçok risk faktörüne sahip oldukları (Tablo 2) ve önceki gebelikte görülen risklerin bu gebelikte de tekrarladığı (Tablo 3-4) bulunmuştur.

Ancak, araştırmalar özünde her gebeliğin önemli risklere sahip olduğunu ortaya koymaktadır (2,7,18-26). Gebelikte kadınların %81.2'sinin beslenme sorunu yaşadıkları (17), %40-74'ünün anemik olduğu (18,19), egzersiz ve yürüyüşü yeterince yapmadıkları (20), doğum korkusu yaşadıkları (21), hijyen alı kanlıklarının kötü olduğu ve önemli bir bölümünde üro-genital enfeksiyon geliştirdiği (22,23), ayrıca hiperemesis, istenmeyen gebelik, düşük tehdidi, EDT, EMR ile preeklamsi görüldüğü (2,7,24-26) belirtilmektedir. Örneklemdeki kadınların son gebeliklerinde saptanan birçok risk faktörünün literatürle paralellik gösterdiği, istenmeyen gebelik, yetersiz fiziksel aktivite, yetersiz ve kötü hijyen, genital enfeksiyon belirtileri, hipertansif hastalıklar ve doğum korkusunun ise daha sık görüldüğü dikkat çekicidir (Tablo 3). Araştırma aile hekimliğine geçmeden önce yapıldığı için, elde edilen bulgular o dönemi yansıtmaktadır. Ayrıca, örneklemi oluşturan 184 kadın gebelik ve doğum sonu kapsamlı bir risk formu ile toplam sekiz kez düzenli olarak izlenmiş ve değerlendirilmiştir. Bu durum, kadınların risklere yönelik farkındalıklarının arttırılabileceği anlamına gelmektedir. Başka bir deyişle, çalışmada risklerin daha yüksek oranlarda çıkması olasıdır ve bunun –en azından bu çalışma için- bir girişi etkisi olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'de 1999'dan bu yana DÖB alma oranı artmakla birlikte ebeden bakım alanların oranı azalmış, hekime başvuru ise artmıştır (7,10). Çalışmada da prenatal bakım

alanların birden fazla sağlık kurumu ve sağlık personeli tercih ettiği, 1. basamak sağlık kurumu ile ebelerin daha az tercih edildiği saptanmıştır. Literatürü destekleyen bu bulgu, kadınların DÖB almak için çok fazla sağlık kurumu ve personeli tercih etme nedeninin irdelenmesi gerektiğini göstermesi açısından önemlidir.

### Saptanan Sorunlar

Bu araştırmada belirlenen risk faktörleri (Tablo 1, 2 ve 3) gebelik döneminde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, preeklamsi ve son trimesterde doğum korkusu ya da doğum sürecinde sezaryen, prematür eylem, konjenital anomalili bebek doğumu ve bebek ölümü, doğum sonrası dönemde ise enfeksiyon ve ruhsal sıkıntılar ya da riskini önemli ölçülerde arttırmıştır (Tablo 4). Gebelik, doğum ve doğum sonrasında yaşanan bu sorunların görülmesini etkileyen birçok faktörler arasında kısa gebelik aralığı, yorucu ve ağır iş yapma, kötü aile içi ilişkiler ve gebelikte fazla kilo alımı gibi bireysel, ailesel ve yaşam tarzına yönelik riskler ile düşük ve erken doğum tehdidi, hiperemesis, anemi, genital enfeksiyon ikayetleri, kanama, hipertansiyon ve diyabet gibi obstetrik, tıbbi öykü ve şimdiki gebelik ile ilgili riskler bulunmaktadır. Araştırmada, saptanan bu risklerin her sorundaki etki payları değerlendirilmemiştir, sadece yaşanan sorunlarda etkili bulunan riskler ve bunların relatif risk sonuçları verilmiştir. Kadınlar gebeliklerinde sıklıkla düşük, EDT ve prematür eylem riski nedeniyle hastaneye yatmakta ve bunlar kendilerinin ve bebeklerinin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Düşük, EDT ve prematür eylemin birbirleriyle ilişkili ve sık görülen önemli sorunlar olduğu ve sonraki gebeliklerde tekrarladığı belirtilmektedir (2,3). Prematür eylem ve buna bağlı prematürite perinatal ölümlerin birçok nedenlerindedir (27,28). Preterm eylem tüm doğumların %10-12 kadarını oluşturmaktadır (29,30). Ege ve ark. (31), 300 gebede preterm doğum prevalansını %17.3 olarak saptamışlardır. Preterm doğum öyküsü preterm doğum riskini 4.5 kat artırmaktadır (32). Prematür eylem riskini düşük SED, adolesan ve ileri yaş, yorucu ve ağır iş te çalışması, sigara içme, düşük ve erken doğum tehdidi, kısa gebelik aralığı, tıbbi öyküdeki riskler, ürogenital enfeksiyonlar, antepartum kanama ve preeklamsi artırmaktadır (33-37). Gisselman ve Hemström (33), 280.000 kadın ve 360.000 yenidoğanı kapsayan çalışmalarında tüm çalışmaları koullarının doğum sonuçları açısından yüksek risk oluşturduğunu, özellikle üretim sektöründe manuel çalışmanın preterm eylem riskini 1.35-2.66 kat artırdığını rapor etmişlerdir. Preterm eylemi ürer enfeksiyon 4.4 (38), öyküde preterm eylem 5.1 (39) ve kısa gebelik aralığı 3.9 (40) kat artırmaktadır. Gebelik aralığının etkileri, literatürde spontan abortustan ziyade genellikle canlı doğum sonuçları ve maternal mortalite açısından değerlendirilmiştir. DaVanzo ve ark. (41), Bangladeş'te 1982-2002 yılları arasında 66.759 gebeliği kapsayan çalışmada, 6 aydan kısa gebelik aralığının abortus riskini 7.5 kat artırdığını saptamışlardır. Maconochie ve ark. (42), önceki canlı doğum, yeterli beslenme ve duygusal destek düşük riskini azalttığını belirttiktedirler. Gebelikte bulantı ve kusma da stres ve beslenme bozukluğuna neden olarak erken doğum riskini artırmaktadır (24,43). Bu çalışmada

**Tablo 4.** Kadınların intrapartum ve postpartum dönemde karşılaştıkları sorunlar (N=184)

Sorunlar	(n= 123)*	%
<b>Intrapartum Dönem</b>		
Zor doğum	79	64.2
Müdahaleli doğum	64	52.0
EMR	54	43.9
Kordon dolanması	19	15.4
Postmatürite	33	26.8
Prematürite	24	19.5
Makrozomi	20	16.3
Düşük doğum ağırlığı	13	10.6
Konjenital anomali	13	10.6
Bebek ölümü	10	8.2
Düşük apgar puanlı bebek doğumu (n=79)**	8	10.1
<b>Postpartum Dönem</b>		
<b>(n=183)***</b>		
<b>Annede</b>		
Postpartum kanama	90	49.2
Anemi	70	38.3
Engorgement, meme ucunda çatlak, yara	63	34.4
Mastit	48	26.2
İnsizyon bölgesinde enfeksiyon (epizyo ve sezaryan)	52	28.4
Perine, vajen ve servix laserasyonları	45	24.6
Puerperal enfeksiyon	24	13.1
Hipertansiyon	38	20.8
Preeklamsi	34	18.6
İdrar inkontinansı	32	17.5
<b>Yenidoğanda</b>		
Uyumama, gece sık uyanma (n=177)****	113	63.8
Vulvada pişik (n=176)*****	101	57.4
Yetersiz beslenme (n=176)*****	94	53.4
Fizyolojik sarılık (n=176)*****	86	48.9
Moniliazis (n=176)*****	86	48.9
Sürekli ağlama, huzursuzluk (n=177)****	71	40.1
Gaz (n=176)*****	61	34.7
Omphalitis (n=176)*****	48	27.3
Deride pişik (n=176)*****	35	19.9
Hırıltı, öksürük (n=177)****	26	14.7
Gözde enfeksiyon (n=176)*****	24	13.6

\* Birden fazla sorun saptandığından "n" katlanmıştır. Doğum eyleminde 61 kadında hiç bir sorun görülmediğinden, değerlendirme 123 kadın üzerinden yapılmıştır.

\*\* Hastane kayıtlarından sadece 79 yenidoğanın apgar puanına ulaşılmıştır.

\*\*\* Birden fazla sorun saptandığından "n" katlanmıştır. Doğum sonrası 1 annede hiçbir sorun gelişmediğinden, değerlendirme 183 kadın üzerinden yapılmıştır.

\*\*\*\* Ölü doğumu olan 4 kadın ve erken neonatal ölümü olan kadınlardan 3'ü bebeğinin sorunlarını bilmediğini belirttiği

da kadınlar imdiki gebeliklerinde düşük tehdidi, EDT (Tablo 3) ve prematür eylem (Tablo 4) riskini yüksek oranlarda ya amı lar ve bunların birbirlerini tetikleyen riskler oldukları saptanmıştır. Kısa gebelik aral ı düşük riskini (1.80 kat); düşük tehdidi (2.87 kat), yorucu ve a ır ı yapma (2.16 kat) ve ilk trimesterde ya anan hiperemezis (2.10 kat) EDT riskini; düşük tehdidi (2.41 kat), EDT ve gebelikte genital enfeksiyon belirtilerinin varlığı (4.42 kat) da prematür eylem riskini önemli ölçüde artırmıştır. Bulgular genelde literatür ile uyumludur, ancak sigara ve üriner sistem enfeksiyonlarının prematür eylem riskini artırdığı görü ünü desteklememektedir. Bunun nedenleri çalı mada örneklemin görece küçük olması ve idrar örneklerinin standart yöntemlerle de erlendirilmemi olmasından kaynaklanmı olabilir.

Gebelikte anne-bebek sa ılı mı etkileyen bir di er sorun da hipertansif durumlardır. Gebelikte hipertansif hastalıklar ve preeklamsi perinatal mortalite riskini artırmaktadır (44). Hipertansif durumlar tüm gebeliklerin yaklaşık %5-10'unu etkilemektedir (45). Obez ya da a ır ı kilolu olan nullipar

ve multipar kadınların %15-17'sinde, hipertansiyon, obezite ve diyabet öyküsü olan nulliparların %22.3'ünde, bu riskleri ve preeklamsi öyküsü olan multipar kadınların %52'sinde preeklamsi gelişmektedir (46). Çalı mada gestasyonel hipertansiyon ve hafif preeklamsi oranı yüksektir (Tablo 2). Çulha ve ark. (45), diyabet öyküsü, gebelikte açlık kan ekerinin yüksek olması, gebeli e ba ılı hipertansiyon öyküsü ve obezitenin gestasyonel hipertansiyon için önemli riskler oldu unu ve gebelikte fazla kilo alınımının gebeli e ba ılı hipertansiyon riskini 2.98 kat artırdığını rapor etmişlerdir. Çalı mada preeklamsi riskini gebelikte fazla kilo alımı 8.13, kronik hipertansiyon 6.43, gestasyonel hipertansiyon 4.12, preeklamsi öyküsü 3.03 ve ailede diyabet öyküsü 2.49 kat artırmıştır. Fazla kilo alımı ile ilgili risk katsayısı, Çulha ve ark. (45)'nin kesitsel çalı malarında saptanan de erden çok yüksektir. Bunun nedenleri, bu çalı mada kadınların gebeli in 4. ayından itibaren postpartum 7-10. güne kadar izlenmi olması ve önemli bir kısmında beslenme dengesizliği probleminin bulunması olabilir.

Her ne kadar gebelik ve doğum fizyolojik bir olgu olsa da, çoğu kadında doğum korkusu sıkça yaşanan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (47,48). Doğum korkusu özellikle primiparlarda daha fazladır (47), ancak multiparlarda da görülmektedir (48). Doğum eylemi ve bebek sağlığına yönelik endişeler, 2. ve 3. sıralarda yer alan önemli sorunlardır (21). Başlıca nedenleri depresyon, günlük yaşam stresörleri, anksiyete korkusu, problemler, anksiyete negatif doğum öyküleri, eylemle problemler ve destek sistemlerinin olmamasıdır (48). Çalışmada, kadınların önemli bir bölümünün 2. ve özellikle 3. trimesterde doğumda anksiyete ve acı çekme korkusu ile doğumda ölme ve bebeğini kaybetme korkusunu yaşadıkları görülmüştür (Tablo 2 ve 3). Araştırmada doğum korkusunu sadece kötü aile içi ilişkiler etkilemiş ve bu doğum korkusu riskini 1.19 kat artırmıştır. Melender (49), 309 gebeden %78'inin gebelik, doğum veya her ikisiyle ilgili korkuları olduğunu ve negatif mood'un bunda etkili olduğunu belirtmektedir. Doğum korkusu genellikle depresyon, anksiyete hassasiyet, sosyal destek eksikliği, sağlık bakım ekibine güven ve önceki doğum deneyimleriyle ilişkilidir ve gebelik ve doğum sonuçlarının olumsuz etkilemektedir (49,50). Önceki doğumlarda anne ve bebekte gelişen sorunların tekrarlama riski vardır. Artan yaş ve parite doğum komplikasyonlarını, müdahaleli doğum ve sezaryenle doğum riskini artırmaktadır (51,52). Günümüzde prematürite ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları halen yüksek düzeydedir ve neonatal ölümler başta olmak üzere bebek ölümlerinin en önemli nedenidir (3). Postmatürite %7 (53), prematür ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu %11-17 (5,54) ve iri bebek doğumu %11 (55) oranlarında görülmektedir. Bu çalışmada da çoğu kadının (%66.8) intrapartum dönemde kendileri ve yenidoğanları ile ilgili birçok sorunla karşılaşmış ve önceki doğumlarında görülen risklerin tekrarladığını görülmüştür. Maternal sorunlar olarak önceki doğumlarda EMR, anksiyete zayıf, anne ve bebekte doğum travması, uzamı doğum eylemi, müdahaleli ve sezaryenle doğum (Tablo 2), bu doğumda ise EMR (%43.9), zor (%64.2), müdahaleli (%52) ve uzamı doğum (%56.9) saptanmıştır (Tablo 4). Yenidoğana ait sorunlar arasında da iri bebek, prematürite, postmatürite, düşük doğum ağırlığı, ölüm doğum ve erken neonatal ölüm öyküsü (Tablo 2), şimdiki doğumda postmatürite (%26.8), prematürite (%19.5), iri bebek (%16.3) ve düşük doğum ağırlığı (%10.6) başlıca bulgulardır (Tablo 4). Örneklemede öyküde ve gebelikte birçok risk bulunması nedeniyle, doğum sonuçlarının olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu durum kısmen gebelerin sosyo-ekonomik düzeyleri ve eğitim seviyelerinin düşük olmasıyla açıklanabilir. Ülkemizde doğumların %94'ü sağlık kuruluşlarında yapılmakta, ancak %47'si sezaryen ile gerçekleştirilmektedir (5). Önceki sezaryen, fetal distres, sefalopelvik uyumsuzluk, uzamı eylem, prezentasyon ve plasentasyon anomalileri, iri fetüs ve benzeri problemler önemli sezaryen endikasyonlarıdır (56). Sezaryen riskini gebelikte problem yaşama 2.1 kat, hastanede yatma 2.3 kat, sezaryen olmayı gerektiren problemin bulunması 13.2 kat artırmaktadır (57). Çalışmada kadınların tamamına yakını doğumlarını hastanede, 2/3'sinden fazlası vajinal yolla ve

yarısından fazlası normal sürede yapmışlardır. Zor, müdahaleli ve sezaryenle doğumlar yüksek oranlardadır (Tablo 4). Bunların büyük bir bölümünün riskin düşük olduğu 20-34 yaşlarda olması, kadınların çoğunun bu yaş grubunda olmasından ve anne adayları ve sağlık personelinin tercihiyle de kaynaklanabilir. Önceki doğumlarda %15.9 olan sezaryen oranı bu gebelikte %5 daha artmıştır (Tablo 2). Sezaryen riskini eski sezaryen 6.60, prezentasyon pozisyon bozukluğu 7.11 ve son trimesterdeki antepartum kanama 3.39 kat artırmıştır. Kısa boyda sezaryen riskini artırmaktadır. Bulgular literatürle uyumludur.

Bebek ölümleri, neonatal ölümler ve konjenital anomaliler bugün de önemini korumaktadır (2,3). Ancak, bu açıdan bölgeler ve illere göre önemli farklılıklar bulunmaktadır (58). Yaşamın ilk dört haftasındaki ölümler oldukça yüksektir (%40) (7) ve başlıca nedenleri asfiksik doğumlar, sepsis, erken doğumla ilgili sorunlar ve anomalilerdir (2,3). Bebek ölümlerini adolesan ve ileri yaş, düşük eğitim düzeyi, yüksek parite, kısa gebelik aralığı, sigara içme, yorucu ve anksiyete çalışması, iddet, yetersiz prenatal bakım ve beslenme, anemi ve hipertansiyon gibi riskli durumlar, düşük doğum ağırlığı, prematür ve postmatür eylem, doğum anındaki asfiksik gibi komplikasyonlar ile konjenital anomali artırmaktadır (3,6,59,60). Erken neonatal ölüm riskini gebelikte komplikasyon varlığı 8.2, düşük doğum ağırlığı öyküsü 2.4, düşük doğum ağırlığı 17.3, preterm doğum 8.8 ve doğum sürecinde problem yaşama 2.9 kat artırmaktadır (61). Bu çalışmada konjenital anomali %10.6, ölüm doğum %3.3, bebek ölümü %8.2 ve erken neonatal ölüm %4.9 oranında saptanmıştır (Tablo 4). Bebek ölümleri için son trimesterde anemi ve düşük doğum ağırlığı öyküsü önemli risklerdir. Bebek ölümü riskini konjenital anomali öyküsü 7.20, EDT 6.93 ve ilk trimesterde hiperemesis varlığı 4.98 kat artırmıştır. Konjenital anomalili bebek öyküsü ise bu riskin tekrarlamasında 6.17 kat etkili bulunmuştur. Bulgular literatürle uyumludur.

Ülkemizde anne ölümleri yüzbinde 15.5'e düşmüştür (5). Ancak, gebeliğe bağlı ölümlerin büyük bölümü (%54) postpartum dönemde gerçekleşmektedir. Anne ölümlerinin 1. nedeni kanama ve 2. nedeni sepsistir. Puerperal sepsis anne ölümlerinin %4.6'sına, gebeliğe bağlı ölümlerin ise %3.4'üne neden olmaktadır (6). Pınar ve ark. (62), doğum sonrası annelerin %34.6'sının sorun yaşadıklarını saptamışlardır. Buna karşın çalışmamızda 183 anne sorun yaşamıştır. Bunların %49.2'sinde postpartum kanama, %13.1'inde puerperal enfeksiyon, %28.4'ünde insizyon bölgesinde enfeksiyon ve %32.2'sinde ise genital enfeksiyon şikayetleri saptanmıştır (Tablo 4). Puerperal enfeksiyon riskini son trimesterde genital enfeksiyon belirtilerinin olması 2.34 kat artırmıştır. Örneklemedeki kadınların doğum sonrası sorun yaşama oranı Pınar ve ark. (62) tarafından bildirilenden daha yüksektir. Bu durum, çalışmada olası problemlerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesiyle ilişkilili olabilir.

Gebelikte tıbbi sorunlar yaşama (63) ve ruhsal sıkıntıların dikkate alınmaması postpartum hüznü ve depresyon riskini artırmaktadır (64,65). Babacan Gümü ve ark. (66), gebelikte doğum korkusu ve postpartum dönemde problem yaşama annelerin depresif düzeylerinin daha yüksek



oldu unu saptamı lardır. Bu çalı mada da gebelikte ruhsal sıkıntıları olan annelerin 2/3'si, 2. trimestrda do um korkusu ya ayanların yarısından fazlası (RR: 1.58) ruhsal sıkıntılarının postpartum dönemde de devam etti ini bildirmi lerdir. Örneklemedeki kadınlarda yaygın olan gebelik, do um ve do um sonrası problemler, ruhsal problemlerin yüksek oranda görülmesini açıklayabilir.

### SONUÇ

Gebelerin birden fazla ve yüksek oranlarda riske sahip oldukları, önceki risklerin genellikle tekrarladı ı, gebelik ilerledikçe risklerin artı gösterdi i ve bu risklerin perinatal dönemde anne ve bebek sa lı mını olumsuz etkiledi i saptanmı tır. Bu nedenle hem irelerin olası riskleri erkenden belirlemeleri, izlemlerde risk de erlendirmesini tekrarlamaları, gerekli durumlarda gebeleri ileri de erlendirme için yönlendirmeleri, antenatal dönemden itibaren risklere ve sonuçlarına yönelik gerekli koruyucu bakım, e itim ve danı manlık hizmetlerini vermeleri son derece önemlidir. Gebelik ve do um fizyolojik ve do al bir olay olsa da, hem ireler bu süreçte risk faktörlerine ba lı sa lık ve hastalık arasındaki çizginin korunmasına katkıda bulunabilir ve yüksek riskli gebeliklerde anne, fetus ve yenido ana iyi bir bakım vererek önenebilir nedenlerle ölmelerini engellemede kilit rol oynayabilirler.

### KAYNAKLAR

1. UNICEF. The state of the world's children 2009. New York: UNICEF; 2008.
2. WHO, UNICEF, UNFPA & World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO; 2010.
3. WHO. World health sraristics 2013. Geneva: WHO; 2013.
4. UNICEF. Dünya çocuklarının durumu raporu 2012 Yönetici Özeti. New York: 2012
5. T.C. Sa lık Bakanlı ı. Stratejik plan 2013-2017. Ankara: T. C. Sa lık Bakanlı ı; 2012.
6. T.C. Sa lık Bakanlı ı. Ulusal anne ölümleri çalı ması 2005. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-Institute Public Sector GmbH ve BNB Danı manlık; 2006.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). Türkiye nüfus ve sa lık ara tırması, 2008. Ankara: HÜNEE, Sa lık Bakanlı ı AÇSAP Genel Müdürlü ü, Ba bakanlık DPT Müste arlı ı ve TÜB TAK; 2009.
8. Mawn B & Bradley J. Standards of care for high-risk prenatal clients: The community nurse case management. Public Health Nurs. 1993; 10(2): 78-83.
9. Lapierre J, Perreault M, Goulet C. Prenatal peer counseling: An answer to the persistent difficulties with prenatal care for low-income women. Public Health Nurs. 1995; 12(1): 53-60.
10. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). Türkiye nüfus ve sa lık ara tırması, 1998. Ankara: HÜNEE, Sa lık Bakanlı ı AÇSAP Genel Müdürlü ü, Birle mi Milletler Nüfus Fonu, USAID, Macro International Inc. 1999.
11. Türkiye statistik Kurumu (TÜ K). Seçilmi göstergelerle Türkiye 2011. Ankara: TÜ K Matbaası; 2011.
12. Durualp E, Bekta G, Ergin D, Karaca E, Topçu E. Annelerin sigara kullanımı ile yenido anın do um kilosu, boyu ve ba çevresi arasındaki ili kinin incelenmesi. Ankara Üniv Tıp Fak Mec. 2011; 64(3): 119-26.
13. Türkiye statistik Kurumu (TÜ K). statistiklerle gençlik. Ankara: TÜ K Matbaası; 2012.
14. Tezcan S, Yavuz S, Tunçkanat H. Kadına yönelik iddet ve sa lık sonuçları. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile çi iddet. T.C. Ba bakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlü ü. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009.s.71-82.
15. Jansen HAFM, Yüksel , Ça atay P. Kadına yönelik iddetin yaygınlı ı. T.C. Ba bakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlü ü. Türkiyede Kadına Yönelik Aile çi iddet. Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2009. s.45-65.
16. Andreas RL, Day ML. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Semin Neonatal. 2000; 5(3): 231-41.
17. rge E, Timur S, Zincir H, Oltuluo lu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin de erlendirilmesi. Sted. 2005; 14(7): 157-60.
18. Davas , Marangoz M, Varolan A, Akyol A, Baksu B. Gebelikte de i ik seviyelerdeki anemilerde demir alımının maternal, do um ve perinatal sonuçlara etkileri. J Turk Soc Obstet Gynecol. 2008; 5(3): 174-81.
19. Demir C, Kocaman CE, Dilek . Gebelikte serum ferritin düzeyleri. Balkan Med J. 2011; 28(1): 23-5.
20. Balsak D, Yıldırım Y, Avcı ME, Töz E, Gültekin E, Kayhan K ve ark. Ege bölgesinde ya ayan gebe kadınların gebelik egzersizleri hakkındaki bilgi ve davranı larının incelenmesi. Trakya Univ Tıp Fak Derg. 2007; 24(3): 200-4.
21. Kitapçio lu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde do um ve postpartum döneme ili kin endi eler; Bir ölçek geli tirme ve validasyon çalı ması. ADÜ Tıp Fak Derg. 2008; 9(1): 47-54.
22. Yazıcı S, Demirsoy G. Gebelikte Üriner Sistem Enfeksiyonu ve Genital Hijyen. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2009; 19(5): 241-8.
23. Goto A, Nguyen QV, Pham NM, Kato K, Cao TP, Le TH, et al. Prevalence of and factors associated with reproductive tract infections among pregnant women in ten communes in Nghe An Province, Vietnam. J Epidemiol. 2005; 15(5): 163-72.
24. Chou FH, Avant KC, Kuo SH, Fetzer SJ. Relationships between nausea and vomiting, perceived stress, social support, pregnancy planning, and psychosocial adaptation in a sample of mothers: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2008; 45(8): 1185-91.
25. Kö ü A, Kö ü N, Çapar M. Erken membran rüptürü olan 36-42 haftalık gebelerde maternal ve fetal sonuçlar. SDÜ Tıp Fak Derg. 2008; 15(4): 6-10.

26. Herná ndez-Diaz S, Toh S, Cnattingius S. Risk of pre-eclampsia in first and subsequent pregnancies: Prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 338:b2255. doi: 10.1136/bmj.b2255.
27. Balcı E, Küçük E, Gün , Gülgü M, Kılıç B, Çetinkara K. Kayseri ili Melikgazi ilçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri FÜ Sa Bil Derg. 2008; 22(6): 323-6.
28. Metin Alim F, Ovalı F. Changing rates of perinatal mortality in stanbul. *NEJM*. 2013; 30(1): 19-22.
29. Creasy RK, Resnik R. Maternal-fetal medicine. 4th ed. Philadelphia: WB Saunders Company; 1999.
30. Korkmaz A, Aydın , Çamurdan AD, Okumu N, Onat FN, Özba S ve ark. Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin de erlendirilmesi. *Çocuk Sa ve Hast Derg*. 2013; 56(3): 105-21.
31. Ege E, Akın B, Altuntu K, Arıöz A, Koço lu D. Spontan preterm do um sıklı ı ve ili kili faktörler. *TJOD Derg*. 2009; 6(3): 197-205.
32. Foix-L’Helias L, Ancel PY, Blondel B. Risk factors for prematurity in France and comparisons between spontaneous prematurity and induced labor: results from the national perinatal survey 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2000; 29(1): 55-65.
33. Gisselmann MD, Hemström O. The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. *Soc Sci Med*. 2008; 66(6): 1297-309.
34. Haskins A, Mukhopadhyay S, Pekow P, Markenson G, Bertone-Johnson E, Carbone E, et al. Smoking and risk of preterm birth among predominantly Puerto Rican women. *Ann Epidemiol*. 2008; 18(6): 440-6.
35. Ofori BD, Le Tiec M, Bérard A. Risk factors associated with preterm birth according to gestational age at birth. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008; 17(6): 556-64.
36. Marako lu K, Erdem D. Evaluation of smoking among pregnant women in a central Anatolian city of Turkey: Comparison with other countries. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2011; 31(4): 928-34.
37. Do an U, Çelik G, Çelik Ç, Genço lu BB, Pekin A, Kerimo lu ÖS. Rutin olarak alınan tam idrar tetkiklerinin sonuçları ve anormal sonuçların gebeli e etkileri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2012; 22(3): 154-8.
38. Moutquin JM. Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG*. 2003; 110: 30- 3.
39. Heffner LJ, Sherman CB, Speizer FE, Weiss ST. Clinical and environmental predictors of preterm labor. *Obstet Gynecol*. 1993; 81(5-1): 750-7.
40. Rodrigues T, Barros H. Short interpregnancy interval and risk of spontaneous preterm delivery. *European J Obstet & Gynecology & Reprod Biology*. 2008; 136(2): 184-8.
41. DaVanzo J, Hale L, Razzaque A, Rahman M. Effects of interpregnancy interval and outcome of the preceding pregnancy on pregnancy outcomes in Matlab, Bangladesh. *BJOG*. 2007; 114(9): 1079-87.
42. Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage--results from a UK-population-based case-control study. *BJOG*. 2007; 114(2): 170-86.
43. Gross S, Librach C, Cecutti A. Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum: A predictor of fetal outcome. *Am J Obstet Gynecol*. 1989; 160(4): 906-9.
44. Özdemir , Kemik Gül Ö, Yücel O. Preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromunda maternal morbidite ve mortalite nedenleri. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003; 3: 5-9.
45. Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Do um poliklini ine ba vuran gebelerde hipertansiyon ara tırması. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2010; 30(2): 639-49
46. Catov JM, Ness RB, Kip KE, Olsen J. Risk of early or severe preeclampsia related to pre-existing conditions. *Int J Epidemiol*. 2007; 36(2): 412-9.
47. Alehagen S, Wijma K, Wijma B. Fear during labor. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001; 80(4): 315-20.
48. Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82(3): 201-08.
49. Melender H-L. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth*. 2002; 29(2): 101-11.
50. Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Predisposing psychological factors for posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1998; 77(3): 351-2.
51. Kaczmarczyk M, Sparén P, Terry P, Cnattingius S. Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden. *BJOG*. 2007; 114(10): 1208-14.
52. Chan BC, Lao TT. Effect of parity and advanced maternal age on obstetric outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 102(3): 37-241.
53. Kistka ZA, Palomar L, Boslaugh SE, DeBaun MR, DeFranco EA, Muglia LJ. Risk for postterm delivery after previous postterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2007; 196(3): 241.e1-6.
54. ICN [Internet]. ICN 2013 teması: Bo luklari giderme: Binyıl kalkınma hedefleri 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. (Cited 2013 Aug 26). Available from: <http://www.acibademhemsirelik.com/e-dergi/55/docs/haber4-55.pdf>
55. Wojcicki JM, Hessol NA, Heyman MB, Fuentes-Afflick E. Risk factors for macrosomia in infants born to Latina women. *J Perinatol*. 2008; 28(11): 743-9.
56. Uzunçakmak C, Gülda A, Aydın S, Var A, Özçam H. S.B. stanbul E itim Ara tırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Do um Klini i’nde 2005-2012 yılları arasında sezaryen ile do um yapan hastaların de erlendirilmesi. *stanbul Med J*. 2013; 14(2): 112-6.
57. Özkan S, Sakal FN, Avcı E, Civil EF, Tunca MZ. Kadınların do um yöntemi tercihi ve ili kili faktörler.

- Türk J Public Health. 2013; 11(2): 59-71.
58. Özdemir P, Karabulut E. 1 ve bölgelere göre bebek ölüm hızlarındaki de i kenli in gini e itsizlik ölçüsü ile incelenmesi: Sa lık alanındaki e itsizliklerin de erlendirmesi. Türkiye Klinikleri J Biostat. 2009; 1(2): 45-53.
  59. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Yang Q, Walker MC. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. J Clin Epidemiol. 2008; 61(7): 688-94.
  60. Christian P, Katz J, Wu L, Kimbrough-Pradhan E, Khatri SK, LeClerq SC, et al. Risk factors for pregnancy-related mortality: a prospective study in rural Nepal. Public Health. 2008; 122(2): 161-72.
  61. Schoeps D, Furquim de Almeida M, Alencar GP, França JrI, Novaes HM, Franco de Siqueira AA, et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. Rev Saude Publica. 2007; 41(6): 1013-22.
  62. Pınar G, Do an N, Algıer L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin do um sonu konforunu etkileyen faktörler. Dicle Tıp Derg. 2009; 36(3): 184-90.
  63. Özdemir S, Marako lu K, Çivi S. Konya il merkezinde do um sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(5): 391-8.
  64. Wilson LM, Reid AJ, Midmer DK, Biringer A. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. CMAJ. 1996; 154(6): 785-99.
  65. Yaman Efe , Ta kın L, Ero lu K. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. J Turkish German Gynecol Assoc. 2009; 10(1): 14-20.
  66. Babacan Gümü AB, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlı ı ve ili ili de i kenler. New/Yeni Symposium J. 2012; 50(3): 145-54.