ZEUGMA
JOURNAL OF
HEALTH RESEARCHES

Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi. 2021;3(1):11-19

ORIGINAL ARTICLE

Son bir yıl içinde gebeliği sonlanmış olan tüm kadınların gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Emel Güçlü Cihan[1], Birgül Özçırpıcı[2], Servet Özgür

Amaç: Bu çalışma, bir ilçedeki gebeliği sonlanmış olan kadınların tümündeki gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı-kesitsel olarak planlandı.
Yöntem: Araştırmanın evrenini; Kahramanmaraş-Ekinözü ilçe merkezinde 2011 yılında gebeliği sonlanmış olan 189 kadın oluşturdu. Tüm evren araştırmaya dahil edildi. Araştırmada literatürden elde edilen verilerle derlenen 39 sorudan oluşan soru kağıdı araştırmacı tarafından uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare testi kullanıldı.
Bulgular: Araştırmaya alınan kadınların, %4,8'inin ilkokul eğitimini tamamlamadığı, %11,6'sının akraba evliliği yaptığı, %5,8'inin kronik hastalığı olduğu ve % 4,7'sinin sürekli olarak ilaç kullandığı saptandı. İlk gebeliklerini, kadınların %42,3'ünün adölesan dönemde yaşadığı saptandı. Kadınların %24,3'ünün 4 ve daha fazla doğum yaptığı saptandı. Son doğumların %39,1'inin iki yıldan kısa aralıklarla meydana geldiği belirlendi.
Sonuç: Araştırmaya katılan kadınların adölesan gebelik oranlarının yüksek, eğitim düzeyinin düşük, tekli ve çoklu risk faktörlerinin oldukça yüksek olduğu tespit edildi. Bu olumsuz sonuçların etkin bir şekilde düzelmesi için ebelerin olası riskleri erken belirlemeleri, nitelikli doğum öncesi bakım (DÖB) sayısının artırılması, aile planlaması eğitim ve danışmanlık hizmetlerine daha çok önem verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Anne, doğum, çocuk, gebelik, risk faktörleri.

Evaluation of pre-pregnancy and during pregnancy risk factors of all women whose pregnancy terminated in the last one year

Purpose: This study was planned as a descriptive-cross-sectional in order to determine the risk factors before and during pregnancy in all women whose pregnancy terminated in a district.
Methods: The population of the study was 189 women whose pregnancies ended in 2011 in Kahramanmaraş-Ekinözü. The entire universe was included to the research. The questionnaire consisting of 39 questions compiled with the data obtained from the literature in the study was applied by the researcher. Descriptive statistics and chi-square test were used in the evaluation of the data.
Results: It was determined that of the women in the research, 4,8% did not complete primary school education, 11,6% were married to relatives, 5,8% were chronic diseases and 4,7% used drugs continuously. It was found that 42,3% of women had their first pregnancy during adolescence and 24,3% of the women had delivered 4 and more births. It was determined that 39,1% of the last deliveries occurred at intervals of less than two years.
Conclusion: It was determined that of the women in the research, the adolescent pregnancy rates were high, the education level was low, and the single and multiple risk factors were quite high. It is thought that midwives should identify possible risks early, increase the number of qualified antenatal care (ANC), and give more importance to family planning training and counseling services in order to effectively recover these negative results.

Keywords: Birth, child, maternal, pregnancy, risk factors.

Cihan EG, Özçırpıcı B, Özgür S. Son bir yıl içinde gebeliği sonlanmış olan tüm kadınların gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Zeugma Health Res. 2021;3(1):11-19. *Evaluation of pre-pregnancy and during pregnancy risk factors of all women whose pregnancy terminated in the last one year*

1: Ekinözü Devlet Hastanesi, Kahramanmaraş/Türkiye.
2: Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Dahili Tıp Bilimleri Bölümü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Gaziantep/Türkiye.
Corresponding author: Emel Güçlü Cihan: emel_guclu4606@hotmail.com
ORCID ID: 0000-0002-5016-5917
Received: March 1, 2021. Accepted: April 2, 2021.

İnsanlığın başlangıcından bu zamana kadar kadınlar, gebe kalarak nesli devam ettirmektedir [1]. Anne ve çocuk sağlığı birbirinden ayrı düşünülemez. Annenin sağlığı bozulursa bu durumdan en çok çocuklar etkilenmektedir. Ana-çocuk sağlığı aynı zamanda toplum sağlığının da vazgeçilmez bir unsurudur [2]. Anne sağlığının korunması, ailenin ve doğal olarak toplumun sağlığının korunması anlamına gelmektedir [3].Ülkemizde nüfusun yaklaşık yarısını oluşturan kadınların sağlığı, hem kendilerinin hem de doğuracakları çocukların sağlığını etkilediği için oldukça önemlidir. Genç nüfus yapısına sahip olan ülkemizde 2019 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre nüfusun % 49,8'i kadın nüfusundan % 27,5'i ise çocuk nüfusundan oluşmaktadır [4]. En çok sağlık problemleri de bu nüfus gruplarında yaşanmaktadır [5]. Anne ve çocuk sağlığını doğrudan etkileyen gebelik ve doğum komplikasyonları bilhassa gelişmekte olan ülkelerde başlıca mortalite ve morbidite sebebi olmaktadır. Anne ölüm riskini artırabilen en önemli risk faktörleri arasında erken veya ileri anne yaşı (> 35 yaş) [6], yetersiz doğum öncesi bakım, önceki gebelik problemleri, istenmeyen gebelikler, düşük sosyo-ekonomik durum, kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet vb.) [7, 8], dörtten fazla doğum yapma, erken teşhis ve tedavi için gecikilmesi vb. sayılabilir [6-8].

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ), göre dünya genelinde 2017 yılında her gün yaklaşık 808 ve toplamda 290 bin anne gebelik ve doğum sırasındaki komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirmiştir [9]. Ülkemizde ise 2018 yılında anne ölüm oranı yüz binde 13,6 olarak bulunmuştur [10]. DSÖ, anne ve bebek ölümlerini azaltabilmek için kadınların gebelik ve doğum komplikasyonu risklerinin en aza indirilmesi gerektiğine ve bu risklerin ancak nitelikli bir doğum öncesi bakım (DÖB) sayesinde önlenebileceğine dikkat çekmektedir [11]. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018'e göre sağlık personelinden doğum öncesi bakım alma oranının %96 olduğu tespit edilmiştir [12].

Sağlık çalışanlarının birincil görevi gebenin risklere maruz kalmasını engellemek, kalmışsa erken dönemde tanılayıp gereken sağlık bakımını vermektir. Birçok durum erken dönemde teşhis edilirse anne ve bebek için mortalite ve morbidite riskleri azalabilecektir. Bu nedenle bu çalışmanın ebelik hizmetleri konusunda önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, bir ilçedeki gebeliği sonlanmış olan kadınların tümündeki gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin belirlenmesi, anket sırasında gerekli eğitimin verilmesi, çalışma bölgesinde planlamalarda kullanılmak üzere öncelikli sorunların belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Şubat-Ağustos 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilen araştırma tanımlayıcı-kesitsel tiptedir. Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli kurum izinleri ve Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Kurulundan 26.01.2012 tarihli ve 2011-2012/16 protokol numaralı etik onay alınmıştır. Araştırmanın evrenini bir ilçede 2011 yılında gebeliği sonlanmış tüm kadınlar oluşturmuştur. Örneklem seçimine gidilmeden tüm kadınlara ulaşmak hedeflenmiştir. İlçedeki aile sağlığı merkezi verilerinden gebeliği sonlanan kadın sayısı 188 kişi olarak belirlenmiştir. Veri toplama aşamasında tüm ilçe gezilerek bir kişi daha bulunmuş ve toplamda 189 kişiye ulaşılmıştır. Böylece evrene ulaşım hızı %100 olarak gerçekleşmiştir. Çalışmamızda literatürden elde edilen verilerle derlenen ve ön denemesi yapılan soru kağıdı kullanılmıştır. Araştırmaya alınan kadınlardan sözel onam alınmış ve yüz yüze görüşme tekniğiyle 39 sorudan oluşan veri toplama formu bizzat araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Soru kağıdında kadınların gebeliklerindeki risk faktörleri, bazı sosyo – demografik özellikleri, tüm gebelikleri ve ideal aile büyüklüğü ile ilgili sorular bulunmaktadır. Riskli gebelikler yönünden önemli olan kadının yaşı, ilk gebelik yaşı, gebelik sayısı ve doğum aralığı (son doğumla bir önceki doğum arasındaki geçen süre) sorgulanmıştır. Tüm doğumların şekli, sonucu, yaşayan çocuk sayısı, gebelikte sağlık kontrolünü kimin yaptığı sorgulanmıştır. Gebelikte tetanos aşısı olma durumu sorulmuştur. Gebeliğinde hiç tetanos aşısı olmamış kadınlar aşısız, daha önce aşılı olmayıp bir doz aşı yaptıranlar eksik aşılı, iki doz aşı yaptıranlar ve daha önce aşılı olup bir doz aşı yaptıranlar tam aşılı kabul edilmişlerdir. Son gebelikteki sağlık kontrolü sayısı sorulmuş ve gebeliğinde hiç sağlık kontrolü olmamış veya 3 kereden az olmuş kadınlar riskli olarak değerlendirilmiştir. Kadınlara, sistemik/kronik hastalık, sürekli kullanılan ilaç varlığı sorulmuştur [12-13].

Verilerin İstatistiksel Analizi

Elde edilen veriler SPSS (Statistical Package fort the Social Sciences) 21.0 istatistik paket programına yüklenmiştir. İstatistiksel analizlerde yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma ve ki kare önemlilik testi kullanılmıştır. P<0.05'in altındaki yanılma olasılıkları anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya alınan kadınların (189) yaş ortalaması 27,3 ± 6,1'tür. Kadınların en fazla %33,3 ile 20-24 yaş grubunda bulunduğu, bunu %23,9 ile 30-34 yaş grubunun takip ettiği tespit edilmiştir. Kadınlarda ilkokul mezunu olanlar %65,6 ile çoğunluğu oluştururken, %3,7 ile üniversite mezunu olanların azınlığı oluşturduğu saptanmıştır. Eşleri lise mezunu olanlar %60,3 ile çoğunluğu oluştururken %3,2 ile üniversite mezunu olanların azınlığı oluşturduğu saptanmıştır. Kadınların %0,5'inin resmi nikahının olmadığı ve %5,8'inin ise sosyal güvencesinin olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 1).Yaşla birlikte eğitim düzeyi düşmesine rağmen belirgin fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 1. Kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

Demografik Özellik	Sayı	Yüzde
Yaş		
15-19	15	7,9
20-24	63	33,3
25-29	44	23,3
30-34	45	23,9
35+	22	11,6
Medeni Durumu		
Resmi Nikahı Olan	188	99,5
Resmi Nikahı Olmayan	1	0,5
Annenin Eğitim Durumu		
Okur- yazar	9	4,8
İlkokul Mezunu	124	65,6
İlköğretim Mezunu	17	9,0
Lise Mezunu	32	16,9
Üniversite Mezunu	7	3,7
Eşinin Eğitim Durumu		
İlkokul Mezunu	38	20,1
İlköğretim Mezunu	31	16,4
Lise Mezunu	114	60,3
Üniversite Mezunu	6	3,2
Annenin Mesleği		
Ev Hanımı	185	97,9
Öğretmen	2	1,1
Sağlık Çalışanı	1	0,5
Memur	1	0,5
Ekonomik Durum (Kendi görüşüne göre)		
Kötü	178	94,2
Orta	11	5,8
Sosyal Güvence Durumu		
Var	178	94,2
Yok	11	5,8
Akrabalık Durumu		
Yok	167	88,4
1. derece	17	9,0
2. derece	5	2,6
Toplam	189	100,0

Adölesan dönemdeki kadınların ortalama ilk gebelik yaşı 17,8±1,18 olarak bulunmuştur. Tüm kadınların ortalama ilk gebelik yaşı 21,0 ± 4,0 (En küçük: 14, En büyük: 39)'dur. Kadınların ilk gebeliklerini en fazla %83 ile 18-34 yaş aralığında, bunu %15,9 ile <18 yaş aralığının takip ettiği ve en az ise %1,1 ile 35 ve üzeri (ileri yaş) yaş aralığında yaşadıkları saptanmıştır. Eğitim seviyesi arttıkça ilk gebelik yaşı da önemli şekilde artmıştır (p<0,05) (Tablo 2).İlk gebelik yaşı ile eş eğitim durumu ve akrabalık durumu arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır (p>0,05). Kadınların %73,5'inde tek risk faktörü ve %21'inde ise çoklu risk faktörü bulunmuştur. En sık karşılaşılan tekli risk kategorilerinde, doğum aralığı 24 aydan kısa olanlar (%39,1) ile gebelik sayısı dörtten fazla olanların (%18) yer aldığı saptanmıştır. Doğum aralığı ile anne yaşı, eğitim durumu, eş eğitim durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve akrabalık durumu arasında önemli bir fark saptanamamıştır (p>0,05). En sık karşılaşılan çoklu risk kategorilerinde; 24 aydan kısa aralık bırakıp ve 4'ten fazla gebeliği olanlar (7,8) ile ileri yaşta olup 4'ten fazla gebeliği olanların (7,8) yer aldığı bulunmuştur. Araştırmaya alınan tüm kadınlar göz önüne alındığında; 22 kadının (11,6) yaşının 35 ve üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Anne yaşı arttıkça gebelik sayısı da anlamlı şekilde artmıştır (p<0,001).

Tablo 2. Kadınların ilk gebelik yaşlarına göre dağılımı

İlk Gebelik Yaşı	**Sayı**	**Yüzde**
14	1	0,5
15	1	0,5
16	9	4,8
17	19	10,1
18	18	9,5
19	32	16,9
Toplam (Adölesan Gebelik)	**80**	**42,3**
<18	30	15,9
18-34	157	83,0
≥35	2	1,1
Toplam	**189**	**100**

Tablo 3. Kadınların risk kategorilerinin dağılımı

Risk Kategorileri	**Sayı**	**%**
Hiçbir Risk Kategorisinde Değil	7	5,5
Kaçınılmaz Risk Kategorisi (18-34 yaş arası ilk doğumlar)	60	31,7
Tekli Risk Kategorileri		
Yaş ≥ 35	21	16,4
Doğum aralığı < 24 ay	50	39,1
Gebelik sayısı > 4	23	18,0
Ara Toplam	**94**	**73,5**
Çoklu Risk Kategorileri		
Yaş ≥ 35 + doğum aralığı < 24 ay	5	3,9
Yaş ≥35 + doğum sırası > 4	10	7,8
Doğum aralığı < 24 ay + gebelik sayısı> 4	10	7,8
Yaş ≥35 + gebelik sayısı > 4 + doğum aralığı < 24 ay	2	1,5
Ara Toplam	**27**	**21**
Herhangi Bir Risk Kategorisinde Olan	121	94,5
Toplam	**128***	**100,0**

*Önlenebilir doğurganlık davranışı olmadığı için ilk gebelikler dahil edilmemiş, birden fazla gebeliği olan 128 kadının yüksek riskli doğurganlık davranışı araştırılmıştır.

Ancak eğitim düzeyi ve eş eğitim düzeyi ile gebelik sayısı arasında belirgin ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Akrabalık durumuna göre gebelik sayısı incelendiğinde ise sınırda anlamlı olduğu saptanmıştır (p=0,05).

Çalışmamızda tüm gebeliklerin %87,3'ü canlı doğumla, %8,1'i kendiliğinden düşükle, %2,5'i ölü doğumla ve %2,1'i de isteyerek düşükle (kürtaj) sonuçlanmıştır. Son gebeliklerin ise tamamı canlı doğumla sonuçlanmıştır. Araştırmaya alınan kadınların ortalama gebelik sayısı 2,5±1,5, canlı doğum sayısı 2,2±1,2, yaşayan çocuk sayısı 2,1±1,2, spontan düşük sayısı 0,2 ±0,4, isteyerek düşük sayısı 0,05±0,2, ölü doğum sayısı 0,06±0,2 olarak hesaplanmıştır. Kadınlardan 35 ve üzeri yaş grubundakilerin ortalama gebelik sayısı 4,1±1,6 iken bu değer 15-19 yaş grubundaki kadınlarda 1,2±0,4'e düşmüştür. 35 ve üzeri yaş grubundaki kadınlar ortalama 3,4±1,4 canlı doğum yapmışken, bu değer 15-19 yaş grubundaki kadınlarda 1,2±0,4'e düşmüştür. 15-19 yaş grubundaki kadınların ortalama 1,20 yaşayan çocuğa sahipken, bu değer 35 ve üzeri yaş grubundaki kadınlarda ortalama 3,18'e yükselmiştir (Tablo 4).Ortalama gebelik, canlı doğum ve yaşayan çocuk sayısının annenin yaşı ile doğru orantılı olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısı arttıkça canlı doğum sayısı ve ölü doğum sayısı azalmasına rağmen, toplam düşük sayısının oranı anlamlı şekilde artmıştır (p<0,01). Anne yaşı, eğitim durumu, eş eğitim düzeyi ve akrabalık ile doğumların sonuçları arasında önemli fark tespit edilmemiştir (p>0,05).

Tablo 4. Tüm doğumların sonuçlarının dağılımı ve kadınların obstetrik özelliklerinin ortalama dağılımları

Doğumun Sonucu	**Tüm Doğumlar**					
		Sayı			**%**	
Canlı Doğum		419			87,3	
Ölü Doğum		12			2,5	
Kendiliğinden Düşük		39			8,1	
İsteyerek Düşük		10			2,1	
Toplam		**480***			**100,0**	
Yaş Gruplarına Göre Ortalama Gebelik, Canlı Doğum (CDS) ve Yaşayan Çocuk Sayısı						
Yaş Grubu	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**35+**	**Toplam**
Sayı	15	63	44	45	22	**189**
Parite	18	104	108	159	91	**480**
Ortalama Gebelik Sayısı	1,2±0,4	1,6±0,7	2,4±1,2	3,5±1,7	4,1±1,6	**2,5±1,5**
Canlı Doğum Sayısı	18	94	94	138	75	**419**
Ortalama Canlı Doğum Sayısı	1,2±0,4	1,4±0,6	2,1±0,8	3,0±1,4	3,4±1,4	**2,2±1,2**
Yaşayan Çocuk S.	18	93	90	133	70	**404**
Ortalama Yaşayan Çocuk Sayısı	1,2±0,4	1,4±0,6	2,0±0,8	2,9±1,4	3,1±1,1	**2,1±1,2**
Kendiliğinden Düşük Sayısı	4	15	8	7	5	**39**
Ortalama Kendiliğinden Düşük Sayısı	0,02±0,1	0,07±0,2	0,04±0,2	0,03±0,1	0,02±0,2	**0,2 ±0,4**
İsteyerek Düşük Sayısı	0	2	0	5	3	**10**
Ortalama İsteyerek Düşük Sayısı	0	0,01±0,1	0	0,02±0,1	0,01±0,1	**0,05±0,2**
Ölü Doğum Sayısı	0	2	5	4	1	**12**
Ortalama Ölü Doğum Sayısı	0	0,01±0,10	0,02±0,1	0,02±0,1	0,005±0,07	**0,06±0,2**

*Tüm kadınların geçirdiği toplam gebelik sayısını gösterir

Tablo 5. Kadınların Kronik Hastalıkları ve Sürekli Kullandıkları İlaçların Dağılımı

Kronik Hastalık Öyküsü	**Sayı**	**%**
Olmayan	178	94,2
Olan	11	5,8
Toplam	**189**	**100,0**
Diyabet	2	1
Astım	3	1,6
Böbrek Hastalığı	1	0,5
Epilepsi	1	0,5
Hipotiroidi	3	1,6
Hipertansiyon	1	0,5
Sürekli Kullanılan İlaç Durumu		
Kullanmayan	180	95,3
Kullanan	9	4,7
Toplam	**189**	**100,0**
İnsülin (diyabet ilacı)	2	1
Astım ilacı	3	1,7
Hipotiroidi İlacı	2	1
Epilepsi İlacı	1	0,5
Hipertansiyon İlacı	1	0,5

Kadınların %5,8'inde kronik hastalık öyküsü saptanmıştır. Kadınların sırasıyla en sık %1,6'sında astım, %1,6'sında hipotiroidi, %1'inde diyabet, %0,5'inde epilepsi, %0,5'inde hipertansiyon, %0,5'inde böbrek hastalığının olduğu saptanmıştır. Araştırmaya alınan kadınların %4,7'sinin sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Kadınların sırasıyla en sık %1,7' si astım ilacı, %1'i insülin (diyabet ilacı), %1'i tiroid ilacı, %0,5'i epilepsi ilacı ve %0,5'i ise hipertansiyon ilacı kullandıkları saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Maternal-perinatal mortalite ve morbiditeyi artırabilecek riskli durumlardan olan adölesan gebelikler tüm dünyada önemli sağlık sorunlarına neden olmaktadır [14]. Araştırmamıza alınan kadınların %15,9'unun ilk gebeliklerini 18 yaşın altında, %42,3'ü ise 19 yaş ve altında (adölesan dönemde) ilk gebeliklerini yaşadıkları saptandı (Tablo:2). Erken yaşta ilk gebeliğin yaşanması erken yaşta ilk doğumu da beraberinde getirmektedir [15]. Adölesan dönemde gebe kalmanın anne ve çocuk sağlığı açısından birçok zararı olmasına rağmen çalışmamızda bu dönemde ilk gebeliğin yaşanmasının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum araştırma yapılan ilçede erken yaşta yapılan evliliklerin hala önemini koruduğunu göstermektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bulgularımızdan farklı olarak adölesan yaşta gebe kalma oranı %12 ve %3,5 olarak bulunmuştur. Aradaki farkın çalışmamızın daha doğuda ve az gelişmiş bir ilçede yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir [16-17].

Ayrıca çalışmamızda kadınların eğitim düzeyi yükseldikçe ilk gebelik yaşının da yükseldiği bulunmuştur ve bu durum beklenen bir bulgu olarak değerlendirilmiştir (p=0,018). Bir çalışmada kadınların eğitim düzeyi arttıkça ilk evlenme yaşının da arttığı bulunmuştur. İlk evlenme yaşı ilk gebelik yaşını da etkileyeceğinden dolayı bu bulgunun çalışmamızla örtüştüğü düşünülmektedir [3].

Kısa doğum aralığı hem anne hem de bebek için birçok probleme yol açabilmektedir. Kadınlara kapsamlı bir eğitim verilmesi sayesinde doğumlar arasında yeterli süre bırakılırsa, aşırı doğurganlık ve otuz beş yaşın üzerindeki gebelikler önlenebilirse anne-bebek ölümlerinin de önemli ölçüde azalacağı düşünülmektedir [18]. Çalışmamızda yüksek riskli doğurganlık davranışları araştırıldığında son gebeliklerinde birden fazla gebeliği olan kadınların, %5,5'inin hiçbir risk kategorisine girmediği, %94,5'inde herhangi bir risk faktörünün, %73,5'inde tek risk faktörünün ve

%21'inde ise birden fazla risk faktörünün bir arada bulunduğu saptanmıştır (Tablo: 3). Yapılan bir çalışmada kadınların neredeyse tamamında en az bir risk faktörünün olduğu bulunmuştur ve çalışmamızla az farklarla benzerlik göstermektedir [16]. TNSA-2018'de kadınların %34,3'ünün hiç bir risk kategorisinde olmadığı, %35,2'sinin herhangi bir risk kategorisinde, %26,6'sının tek risk kategorisinde, %8,6'sının ise çoklu risk kategorisinde yer aldıkları tespit edilmiştir [12]. Araştırmadaki kadınların riskli durumlarının Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmada ise en az bir risk grubunda olan kadınların oranı %99,5, doğum sayısı 4'ten fazla olanların oranı %43,4, doğum aralığı 24 aydan kısa olanların oranı ise %34,4 olarak bulunmuştur [19]. Doğum aralığı hariç diğer bulguların bizim bulgularımızdan yüksek olduğu görülmektedir ve bu durumun sebebinin bölgesel farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda tüm gebeliklerin %87,3'ü canlı doğumla, %8,1'i kendiliğinden düşükle, %2,5'i ölü doğumla ve %2,1'i de isteyerek düşükle (kürtaj) sonuçlanmıştır. Son gebeliklerin ise tamamı canlı doğumla sonuçlanmıştır (Tablo: 4). Çalışmamızda ölü doğum oranının nedenleri arasında kırsal kesimde yaşanması ve ekonomik durum nedeniyle merkeze gitme imkanının her zaman bulunamaması ya da nitelikli DÖB'ün alınamaması olabilir. İsteyerek düşük oranının düşük seviyede olmasının sebebinin de dini inanç olduğu saptanmış ve olumlu bir bulgu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan bir çalışmada tüm gebeliklerin %10,4'ünün kendiliğinden düşükle, %4,25'inin isteyerek düşükle ve %0,6'sının ise ölü doğumla sonuçlandığı bildirilmiştir [20]. Bu çalışmada spontan düşük ve isteyerek düşük oranları çalışmamızdan daha yüksek bulunmuş ve bu durumun nedeninin bu çalışmanın istenmeyen gebeliği olan kadınlarla yapıldığından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan başka bir çalışmada tüm gebeliklerin %10,8'inin kendiliğinden düşükle, %10,4'ünün isteyerek düşükle, %2'sinin ise ölü doğumla sonuçlandığı bildirilmiştir [21].Bu çalışma sonuçlarının bizimkilerden daha yüksek olmasının nedeninin bu çalışmanın az gelişmiş bir ülkede yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Gebelik sayısı arttıkça canlı doğum sayısının ve ölü doğum sayısının azalmasına rağmen, toplam düşük sayısı anlamlı derecede artış göstermiştir (p=0,004). Kadınların doğurganlık hedeflerine ulaştıktan sonra istemli düşüğe başvurmaları bu durumun sonucu olarak düşünülebilir.

Kadınların ortalama gebelik sayısının 2,5, ortalama canlı doğum sayısı 2,2 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı da 2,1 olarak bulunmuştur (Tablo:4). Bir çalışmada gebelik sayısı ortalaması 3,6 olarak bulunmuş olup bizim bulgumuzun daha düşük olduğu anlaşılmıştır [19]. Bu çalışmayla olan aradaki farkın bölge ve kültür farklılığından kaynaklandığı söylenebilir. 2018 TNSA verilerine göre ülkemizde ortalama canlı doğum sayısının 1,64 ve ortalama yaşayan çocuk sayısının 1,58 olduğu tespit edilmiştir. Bulgularımızın Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu görülmekte ve bu durum olumlu bir sonuç olarak değerlendirilmektedir [12]. Yapılan başka bir çalışmada ise kadınların ortalama gebelik sayısı 2,1, ortalama yaşayan çocuk sayısı 1,4, ortalama ölü doğum sayısı 1,2, ortalama kendiliğinden düşük sayısı 1,3 ve ortalama isteyerek düşük sayısı ise 1,2 olarak bulunmuştur [23]. Bulgularımız bu çalışmayla kıyaslandığında ortalama gebelik ve yaşayan çocuk sayılarımız daha yüksek olmasına rağmen diğer bulgularımız daha düşüktür. Bu durumun nedeninin kıyaslanan bu çalışmanın sadece riskli gebelikler üzerine yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Kronik hastalıklar hayatın her döneminde olduğu gibi gebeliği de olumsuz etkilemektedir. Ayrıca gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler de kronik hastalıları olumsuz etkileyebilmektedir [24]. Bu nedenle kronik hastalığı olan kadınlara özel danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin arttırılması gerekmektedir [25]. Çalışmamızda kadınların %5,8'inde kronik hastalık öyküsü saptanmıştır (Tablo: 5). Bir çalışmada gebelerin %7,7'sinin kronik hastalığı olduğu bulunmuştur ve bulgularımızla hemen hemen benzerlik göstermektedir [19]. Başka bir çalışmada gebelerin %13,4'ünün kronik hastalığı olduğu saptanmıştır ve bulgularımızın bu çalışmadan oldukça düşük oranda olduğu görülmektedir [23]. Çalışmamızda kadınların %1,6'sında astım, %1,6'sında hipotiroidi, %1'inde diyabet, %0,5'inde epilepsi, %0,5'inde hipertansiyon, %0,5'inde böbrek hastalığının olduğu saptanmıştır (Tablo:5). Başka bir çalışmada gebelik sırasında kadınların %1,1'inde astım, %4,3'ünde tiroid hastalığı, %2,3'ünde diyabet, %0,8'inde epilepsi, %1,6'sında hipertansiyon olduğu bulunmuştur [23]. Astım oranı hariç bu çalışmanın bulgularının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun bölgesel farklılıklardan ve çalışmamızın kırsal kesimde yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya alınan kadınların %4,7'sinin sürekli olarak ilaç kullandığı saptanmıştır. Bu bulgulara göre bakıldığında kronik hastalığı olanların %18,8'inin (n=2) ilaçlarını düzenli kullanmadıkları anlaşılmaktadır (Tablo:5). İlacını düzenli kullanmayan kadınlara bu konuda eğitim verilmesi ve öneminin anlatılması gerekmektedir. Bir çalışmada gebelerin %27,8'inin antihipertansif ve antidiyabetik ilaçlar olmak üzere gebelikte ilaç kullandığı saptanmıştır [19]. Bulgularımız bu çalışmaya oranla önemli ölçüde düşüktür bunun sebebinin de bölgesel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın Limitasyonları

Kadınların önceki gebelikleriyle ilgili bazı sonuçları (özellikle düşük, kürtaj tarihlerini) net hatırlayamaması ve bazı sorulara doğru cevap vermeye çekindikleri için yanlış cevap verme olasılıkları araştırmanın sınırlılıklarından sayılabilir.

SONUÇ

Araştırmaya katılan kadınların adölesan gebelik oranlarının yüksek, eğitim düzeyinin düşük, tekli ve çoklu risk faktörlerinin oldukça yüksek olduğu tespit edildi. Adölesan gebeliklerin önlenmesi konusunda öğretmenlere, medyaya ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan sağlık profesyonellerine büyük görevler düşmektedir. Öncelikle erken yaştaki evliliklerin önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı, evlilikler önlenememişse de etkili bir aile planlaması eğitimiyle erken yaştaki gebelikler önlenmeye çalışılmalıdır. Ayrıca annenin eğitim düzeyinin düşük olması ana-çocuk sağlığı açısından önemli bir risk faktörü olduğu için üzerinde önemle durulması, kız çocuklarının okutulması ve çalışma hayatında daha fazla yer alması konusunda halkın bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti verilen birimlerde ailelere, doğumlar arasında iki yıldan kısa aralık bırakıldığı takdirde anne ve bebeğin maruz kalacağı riskler hakkında bilgi verilmesi, aile planlaması eğitimlerine daha çok önem verilmesi ve tüm bunların eğitimli sağlık personeli tarafından yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Teşekkür: *Yok.*

Çıkar çatışması: *Yok.*

Finans: *Yok.*

KAYNAKLAR

1. Aydemir H, Uyar Hazar H. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(2):815-833.
2. Bozkurt G, Erdim L. Assessing the situation of mother and child health in Turkey. Journal of Health Science and Profession 2019;6(3):575-82.
3. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Ülkemizde kadın sağlığı ve etkileyen faktörler. J hum rhythm. 2017;3(3):112-119.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). https://tuikweb.tuik.gov.tr/Bulten.do?id=33733 Erişim Tarihi: 07.04.2021.
5. Aydın D, Aba YA. Anne ve Çocuk Sağlığı: 1. Baskı; 2018.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal anne ölümleri çalışması 2005. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2006 Yayın No.: NEE-HÜ.06.02.
7. Nair M, Kurinczuk JJ, Brocklehurst P. Factors associated with maternal death from direct pregnancy complications: UK national case–control study. BJOG. 2015;122:653– 62.
8. Kayem G, Kurinczuk J, Lewis G. Risk factors for progression from severe maternal morbidity to death: a national cohort study. PLoS One. 2011; Dec 28. doi: 10.1371/journal.pone.0029077.
9. World Health Organization: Trends in maternal mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595. 2019 License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

10. Türkiye Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2020. https:// data.tuik. gov.tr/ Bulten/ Index?p=Dogum-Istatistikleri-2019-33706. Erişim Tarihi: 07.04.2021.
11. World Health Organization. World health statistics 2013: a wealth of information on global public health. World Health Organization. 2013. Report No.: WHO/HIS/HSI/13.1.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2019 Yayın No.:NEE-HÜ.19.01.
13. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemsireliği; 13. Baskı; 2014.
14. İnalöz EY, İngeç M, Topdağı Yılmaz EP. Bölgemizdeki adölesan gebeliklerin maternal ve perinatal sonuçlar üzerine etkilerinin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi, 2017;8(30):6-14.
15. Ayyıldız T, Topan A, Öz Öztürk Ö. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 2015;8(2):61-66.
16. Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2014;4(1): 6-16.
17. Çatak B, Öner C, Gülay M, vd. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. Türk Aile Hek. Derg. 2014;18 (2):63-69.
18. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM. et al. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. Reproductive Health. 2014;11(Suppl 3):1-8.
19. Göv N. Şanlıurfa'da bir aile sağlığı merkezinde riskli gebelik sıklığı, etkileyen faktörler, maternal ve fetal sonuçları (tez). Koruk İ. Harran Üni; 2016.
20. Savaş N, Inandı T, Arslan E, et al. Unintended pregnancies, ınduced abortions and risk factors in women admitted to hospitals due to birth or abortion in Hatay. Turkish Journal of Public Health. 2017;15(2):84-95.
21. Ahinkorah B, O, Seidu A, Ameyaw K, E, et al. Beyond counting induced abortions, miscarriages and stillbirths to understanding their risk factors: Analysis of the 2017 Ghana maternal health survey. BMC Pregnancy and Childbirth. 2021; Feb 16. doi.org/ 10.1186 /s128 84-021-03633-8.
22. Soğukpınar N, Baykal AZ, Hadımlı A, vd. Doğumevlerinde riskli gebelik profili: İzmir ili örneği. G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN. 2018;4(1):37-44.
23. Kızılkaya Beji N. Kadın sağlığı ve hastalıları: 2. Baskı; 2016.
24. Şen S, Arslan Özkan H, Kronik hastalıklarda kadın sağlığının sürdürülmesi ve yaşam kalitesinin arttırılması. Türkiye Klinikleri. 2019;1:27-33.