T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Lütfiye ÇALIŞKAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2018

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

.

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Lütfiye ÇALIŞKAN

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK

ŞANLIURFA

2018

(Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.)

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

Lütfiye ÇALIŞKAN'ın hazırladığı **"Şanlıurfa'da Bir Doğum Hastanesinde Ölü Doğum ve Canlı doğum Yapan Kadınların Obstetrik Öykülerinin İncelenmesi"** konulu çalışma, 08.03.2018 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek Hemşirelik Anabilim Dalı'nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak kabul edilmiştir.

Yrd. Doç. Dr. Fatma KORUK
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
BAŞKAN

Yrd. Doç. Dr. Yeter DURGUN OZAN
Dicle Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Fatma ERSİN
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Anabilim Dalı
ÜYE

..13..../.04/2018

ONAY
Prof. Dr. Mustafa DENİZ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, çalışmamın her aşamasında bana yol gösteren, yardımını ve desteğini sunan, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr.Üyesi Fatma KORUK' a, araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında hoşgörüsüyle bilgi ve yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. İbrahim KORUK'a, çalışmamın birçok aşamasında beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma, çalışmaya gönüllü katılan tüm kadın katılımcılar ile ailelerine ve hayatımın her döneminde, her konuda bana her türlü desteği sağlayan, varlığıyla güç veren sevgili eşime ve biricik oğullarıma en içten duygularımla teşekkür ederim.

Lütfiye ÇALIŞKAN
2018

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR I
TABLOLAR DİZİNİ IV
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİN V
ÖZET VI
ABSTRACT VIII
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 4
2.1. Doğum Eylemi Tanımı 4
2.2. Ölü Doğum Eylemi Tanımı 4
2.3. Anne Çocuk Sağlığı Açısından Ölü Doğumlar 4
2.4. Ölü Doğumlara Neden Olan Faktörler 5
2.4.1. Maternal Nedenler 5
2.4.2. Plasental Nedenler 6
2.4.3. Fetal Anomaliler 10
2.5. Kötü Obstetrik Öykünün Ölü Doğumlardaki Rolü 10
2.5.1. Kısa Doğum Aralıkları 10
2.5.2. İleri Yaş Gebelik 11
2.5.3. Adölesan Gebelik 12
2.5.4. Düşük (Abortus) 12
2.5.5. Doğum Öncesi Bakım 13
2.5.6. Düşük Doğum Ağırlığı Öyküsü 14
2.6. Dünya'da ve Türkiye'de Ölü Doğum Oranları 15
2.7. Dünya'dan ve Türkiye'den Kötü Obstetrik Öyküye ve Ölü Doğum Nedenlerine İlişkin Detaylar 15
2.8. Ölü Doğumların Önlenmesi ve Azaltılmasında Hemşirenin Rol ve Yaklaşımları 16
3.GEREÇ VE YÖNTEM 18
3.1. Araştırmanın Tipi 18
3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih 18
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 18
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 18

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu 18
3.6. Veri Toplanması ve Araçlar 19
3.6.1. Veri Toplama Aracı 19
3.6.2. Ön Uygulama 19
3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması 19
3.7. Araştırmanın Değişkenleri 20
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 20
3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları 20
4. BULGULAR 21
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular 21
4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular 23
4.3. Düşük, Küretaj, Ölü Doğum, Erken Doğum Yapma ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı 29
4.4. Kadınların Gebelikte Meydana Gelen Bazı Sağlık Problemlerinde Yapılan Tedavilerin Dağılımı 31
4.5.Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Ölü Doğum İle İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli 33
5. TARTIŞMA 34
6. SONUÇ 37
7. ÖNERİLER 38
8. KAYNAKLAR 39
9. EKLER 46
EK.1. Veri Toplama Formu 46
EK.2. Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Onayı 50
EK.3. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı 51
EK.4. İntihal Formu 52
EK.5. İntihal Raporu 53
EK.6. Tez Veri Giriş Formu 54
EK.7. Özgeçmiş 55

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı 22

Tablo 2. Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1 25

Tablo 3. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2 28

Tablo 4. Düşük, Küretaj, Ölü Doğum, Erken Doğum Yapma ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı 30

Tablo 5. Gebelikte Meydana Gelen Bazı Sağlık Problemlerinde Yapılan Tedavilerin Dağılımı 32

Tablo 6. Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Ölü Doğum ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli 33

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DDA : Düşük Doğum Ağırlığı

DSÖ : Dünya Sağlık Örğütü

EMR : Erken Membran Rüptürü

GDM : Gestesyonel Diabetüs Mellitus

IUGG : İntrauterin Gelişme Geriliği

OGTT: Oral Glikoz Tolerans Testi

PEMR: Prematüre Erken Membran Rüptürü

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

ÖZET

ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

Lütfiye ÇALIŞKAN

Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi

Çalışma, Şanlıurfa'da ölü doğum ve canlı doğum yapan kadınların obstetrik öykülerini incelemek amacıyla vaka-kontrol tipinde yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesin'de doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü; konuyla ilgili çalışmalar dikkate alınarak doğum öncesi bakım alma, canlı doğum yapanlarda %68.3, ölü doğum yapanlarda %48.4 alınarak, %96 güven düzeyinde, %80 güç ile 96 olarak hesaplanmıştır. Vaka ve kontrol gruplarının her biri 96 olmak üzere toplam 192 kişi araştırmaya katılmıştır. Vaka grubunu ölü doğum yapmış kadınlar, kontrol grubunu ise canlı doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın verileri, veri toplama formu aracılığıyla Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmada, Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama ve standart sapma; tek değişkenli analizlerden Man Whithney-U testi ve Ki-kare testi, çok değişkenli analizlerden lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Çalışmada kadınların yaşlarının ortalaması 28.1±6.1 olarak belirlenmiştir. Daha önce ölü doğum hikayesi olanlarda, iki yıldan daha kısa doğum aralığı olanlarda, erken doğum öyküsü olanlarda, plesantal bozukluk hikayesi olanlarda, evlilik yaşı düşük olanlarda, yaşayan çocuk sayısı fazla olanlarda, aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünmeyenlerde ölü doğum yapma oranlarının daha fazla olduğu; gebelikten sonra aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünenlerde ölü doğum oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir. Yapılan lojistik regresyon analizinde, vaka ve kontrol grubunda ölü doğum yapma riskinin, daha önce ölü doğum yapanlarda 14.301 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak kötü obstetrik öyküye sahip olan kadınlarda ölü doğum oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, kadınların obstetrik öykülerinin hemşire/ebe tarafından ayrıntılı anemlezlerle değerlendirilerek gebelik ve doğum sürecinde karşılaşılabilecek risk faktörlerinin saptanıp gerekli önlemlerin alınması, gebe ve eşine

yönelik aile planlaması eğitimleri verilerek kısa doğum aralıklarının azaltılması, erken yaş evliliklerin neden olabileceği sorunlar hakkında toplumun bilinçlendirilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Obstetrik Öykü, Ölü Doğum, Canlı Doğum, Vaka-Kontrol, Hemşirelik

ABSTRACT

EXAMİNİNG THE OBSTETRİCAL HİSTORY OF WOMEN WHO HAD GİVEN STİLLBİRTH AND LİVE BİRTH AT A MATERNİTY HOSPİTAL İN ŞANLIURFA

Lütfiye ÇALIŞKAN

Nursing Department, Master Thesis

The study was conducted on a case-control type in order to examine the obstetric traits of women who had stillbirth and live births in Şanlıurfa. The universe of the research was formed by the women who gave birth in Şanlıurfa Education and Research Hospital. Sample size; taking prenatal care according to the related studies, it was calculated as 68.3% for live births and 48.4% for stillbirths, 96% confidence level and 96% for 80% strength. A total of 192 subjects, 96 of whom were in the case and control groups, participated in the study. The case group consisted of women who had stillbirths and the control group was women who had live births. Data of the survey were collected between September 2016 and February 2017 through the data collection form. Written consent from the Ethics Committee of Harran University and the General Secretariat of the Union of Public Hospitals of Şanlıurfa were verbally acknowledged from the women who agreed to participate in the study. Percentage, mean and standard deviation of descriptive statistics in the evaluation of data; Man Whithney-U test and Chi-square test from univariate analyzes, and logistic regression analysis from multivariate analyzes. The avere age of women in the study was 28.1±6.1. Among those who had previously had a stillbirth story, those who had a shorter delivery interval than two years, who had a placental disorder story, those who had preterm birth stories, those with a low marriage age, those with a high number of living children and those who did not consider using the family planning method, it was determined that those who plan to use the family planning method after pregnancy have lower stillbirth rates. In the logistic regression analysis performed, it was determined that the risk of stillbirth in the case and control group was 14,301 times higher than those who had previously given stillbirth. In the light of these results, it is proposed that the nurses / midwives evaluate women's obstetric traits to determine the risk factors that can be encountered during pregnancy and childbirth, to take the necessary precautions, train family planning for pregnant women and their husbands to reduce short birth intervals and raise awareness about the problems caused by early marriages.

Keywords: Obstetrical History, Stillbirth, Live Birth, Case-Control, Nursing.

1. GİRİŞ

Gebelik ve doğum eylemi, anne ve bebek için potansiyel tehlike oluşturabilecek bir süreçtir. Dünya çapında her yıl 303.000 kadın gebelik ve doğum sırasında hayatını kaybetmekte, 2.7 milyon bebek yaşamının ilk 28 gününde ve 2.6 milyon bebek daha doğmadan ölmektedir (1). Birçok gebeliğin ve doğumun olaysız gerçekleşmesi, tüm gebeliklerin risk altında olduğu gerçeğini değiştirmemektedir (2). Yüksek risk kategorisinde bulunan doğumların % 8.0' ı iki veya daha fazla yüksek risk kategorisinde yer almaktadır. Bu doğumların sadece üçte biri 18-34 yaş aralığındaki kadınların ilk doğumlarını kapsamakta, yine bu doğumların üçte birinde oluşabilecek riskler önlenebilir niteliktedir (3). Belirtilen sonuçlar doğrultusunda Türkiye'de gerçekleşen doğumların %63'ü yüksek risk kategorisinde bulunmaktadır (3). Gebelikte meydana gelen riskli komplikasyonlar, bütün gebeliklerin %6'sını ve %8'ini oluşturmaktadır. Annede ve bebeğinde görülen ciddi komplikasyonlar yüksek risk grubunda olan gebeliklerde ortaya çıkarak daha ciddi sorunların yaşanmasına neden olmaktadır (4,5).

Dünyada geçen her dakikada; gebe kalan kadın sayısı 380, istenmeyen ve isteği dışında gerçekleşen gebelikle karşılaşan kadın sayısı 190, gebelikle birlikte komplikasyon yaşayan kadın sayısı 110, düşük yapan kadın sayısı 40 olup geçen her dakikada bir kadın ölmektedir. Ölümlerin %99'u gelişmekte olan, %1'i ise gelişmiş ülkelerde gerçekleşmektedir. Gebelikle ilgili problemlere bağlı gelişmekte olan ülkelerde kadınların %90'ı önlenebilir nedenlerden dolayı ölmektedir. Dünyada bir dakikada gerçekleşen 380 gebelikten 340'ı minimum risk seviyesindedir (6).

Risk nedenlerine bağlı oluşan sonuçlardan biri de ölü doğumlardır. Mortalite istatistiklerin'de belirtilen maternal ve fetal dönem ölü doğum hızları, sağlık alanında ülkelerin gelişme düzeyini gösteren en önemli ölçütlerden biridir (7,8). Ölü doğum gerçekleşme oranları Asyada ve Güney Afrika ülkelerinde %2, gelişmekte olan ülkelerde %0.7, gelişmiş ülkelerde %0.2'dir (9).

Perinatal ölüm hızı TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde bin canlı doğumda 7.6 ile en fazla Güney Doğu Anadolu (10.3) ve Orta Doğu Anadolu (9.9) bölgelerinde görülmektedir (10). Erken ve geç yaş gebelikler, fazla sayıda ve sık aralıklarla doğum, doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanmama gibi kötü obstetrik öykü ölü doğum riskini artıran faktörlerdir (11). Ülkemizde 1999 yılı itibariyle üniversite hastaneleri ve doğum evlerinden oluşan toplam 29 merkezde yürütülen bir çalışmada; doğum ağırlığı 500 gramın üzerinde olmak üzere bir yılda toplam 92.587 doğumun gerçekleştiği ve ölü doğum hızının % 0.18 olduğunu belirtilmiştir. Bu çalışmada; sosyoekonomik düzeyi düşük olan bölgelerde bin canlı doğumda 71.9 olan ölü doğum hızı, sosyoekonomik bakımdan gelişmiş coğrafi bölgelerde bin canlı doğumda 27.3'tür (12).

Doğurganlık hızının yüksek olması doğum aralığının daha kısa olmasına, düşük olması ise doğum aralığının daha uzun olmasına neden olmaktadır (3). Şanlıurfa, Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2016 yılına ilişkin doğum istatistiklerine göre, 4.3 ile doğurganlık hızının en yüksek olduğu ildir (10). Şanlıurfa'da 15-19 yaş arası ve 40 yaş üstü doğum sayısı yüksek olup diğer yaş grupları içinde ciddi bir oran oluşturmaktadır (13). Gebeliklerin geç yaşlarda olması, hem annenin hem fetüsün daha fazla risk altında olmasına neden olmaktadır. Doğum öncesi bakımın düzenli uygulanması nulliparite oranını artırarak, ileri yaşlarda parite oranını azaltmaktadır. Kadınların bazıları çeşitli nedenlerden dolayı ülkelerindeki tıbbi olanaklardan yararlanamamaktadır. Bu durum istenmeyen gebeliklerin ve kısa doğum aralıklarının reprodüktif dönemin sonlarında görülmesine neden olmaktadır. Böylelikle oluşan bilinçsiz ve kontrolsüz gebelikler hem anne ve fetüs de hem de toplum da birçok sorunlar oluşturmaktadır (4,5).

Gebeliğin sağlıklı bir şekilde geçmesi ve fetüsün sağlıklı bir biçimde hayata hazırlanması, anne ve fetüsün duruma uyum sağlamasıyla mümkündür. Burada hemşire ve ebelere de önemli görevler düşmektedir (14). Gebelik sürecinde ortaya çıkan komplikasyonların hangi nedenlerle gerçekleştiğini bilmek, komplikasyonları önlemek kadar önemlidir. Yüksek risk kategorisinde yer alan gebelerin doğum öncesi bakım alma durumları hemşire/ebe tarafından yakından izlenerek gebenin ayrıntılı anemnezi doğrultusunda risk faktörleri belirlenebilecektir. Ölü doğumlar da dahil olmak üzere kötü obstetrik öyküden kaynaklı problemler, doğum öncesi bakım hizmetlerinin etkinliği ve sağlık personelinin önleyici hizmetleriyle minimum seviyeye indirilebilecektir (14).

Yukarıda belirtilen veriler göz önüne alındığında Şanlıurfa ölü doğumlar açısından oldukça riskli bir bölge olarak görülmektedir. Bu nedenle çalışma Şanlıurfa'da ölü doğum ve canlı doğum yapan kadınların obstetrik öykülerini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi Tanımı

Doğum eylemi, son menstrual periyoddan ortalama 40 hafta sonrasında fetüsün ve eklerinin uterustan dış ortama atıldığı bir süreçtir (15).

2.2. Ölü Doğum Eylemi Tanımı

Dünya Sağlık Örgütüne göre İntrauterin fetal ölüm (IUFÖ) gebeliğin 20. haftasından sonra gelişimi normal olan, 500 gramdan daha fazla ağırlığa sahip fetüsün intrauterin kaybıdır. Fetüsün 500 gramdan daha fazla ağırlıkta olması yaklaşık gebeliğin 22. haftasına denk gelmektedir (16). Doğumun başlamasından önce veya doğum esnasında gerçekleşen intrauterin ölüm de fetüse ait hiçbir hayat belirtisi gözlenmez (17).

2.3. Anne Çocuk Sağlığı Açısından Ölü Doğumlar

Gebeliğin tüm dönemlerinde annenin ve bebeğin sağlıklı olması birbiriyle ilişkilidir. Gebelik öncesinde ki sağlıklı bir yaşam gebeliğin sağlıklı başlamasına ve sorunsuz bir şekilde devam etmesine olanak tanıyacaktır. Sağlık problemleriyle başlayan bir süreç anne ve bebek açısından olumsuz sonuçlar meydana getirecektir. Bu sorunlardan biri olan ölü doğumlar da anne ve bebeğini birçok yönden etkileyebilmektedir (18).

Çocuğun ölme olasılığının ve annenin doğurganlık davranışının birbiriyle bağlantılı olduğunu gösteren birçok çalışma mevcuttur. Doğum esnasında annelerin çok genç veya çok ileri yaşta olması, bebeğin kısa doğum aralığının ardından doğması ve annenin doğum sayısının fazla olması bebeklerin erken çocukluk döneminde mortalite riskini artırmaktadır. Perinatal ölümlerle ilgili yapılan çalışmaların çoğunda, kayıp yaşamış kadınların sonraki gebeliklerinde de birçok sorun yaşadıkları belirlenmiştir. Kaybedilen fetüse ne kadar çok kimlik yüklenirse annenin sonraki gebeliklerinde anksiyete oluşma riski artmaktadır (18). Gebeliklerinde kayıp öyküsü bulunmayan kadınlarla, öyküsü bulunan kadınların gebelik anksiyeteleri karşılaştırıldığında, anksiyete şiddetinin önceden kayıp öyküsü bulunanlarda daha fazla olduğu görülmüştür (19).

2.4.Ölü Doğumlara Neden Olan Faktörler

İntrauterin Ölü doğumların üçte birinin nedeni açıklanamamaktadır, belirtilen nedenleri ise fetal nedenler, plasental nedenler ve maternal nedenler olarak gruplayabiliriz:

- Maternal nedenler (hipertansiyon, diabetes mellitus, otoimmun hastalıklar vs.)
- Plasental nedenler (ablasyo plasenta bozukluğu, umblikal kord anomalileri, uzamış doğum vs.)
- Fetal nedenler (genetik ve yapısal defektler, aritmi, sendromlar vs.) (20,21).

Ölü doğumun nedeni bu nedenlerden biri değil ise açıklanamayan ölü doğum kategorisinde yer alır. IUFÖ nedenlerini daha ayrıntılı olarak açıklayalım.

2.4.1. Maternal Nedenler

Gebelik ve Hipertansiyon

Gebelikte hipertansiyon son derece tehlikeli bir durumdur. Gebelikte kan basıncının, yükselmesi fetal mortaliteye neden olabilmektedir. Sıklıkla gebeliğin 20. haftalarından sonra görülmektedir. Hipertansiyonla birlikte proteinüri ve ödeminde bulunması preeklemsiyi ve bunlara konvüzyonların da eşlik etmesi eklemsiyi meydana getirir (22).

Dünyada her yıl 10 milyon kadında preeklampsi görülmektedir. Her yıl, bütün dünyada 76.000 gebe kadın preeklampsi ve ilişkili hipertansiyon sorunları nedeni ile ölmektedir (23). Hastalığın belirti ve bulgularının bilinmesiyle birlikte, neden olan faktörler bilinmemektedir ve bu nedenle hastalık önlenememektedir (24).

Preeklampsi ile oluşabilecek risk faktörleri:

- Gebenin yaşının çok küçük veya büyük olması,
- Sosyo-ekonomik durumu düşük olan toplumlarda,
- Çoğul gebelik ve polihidroamniozda,
- Doğum sayısının fazla olması,
- Diabet, kronik böbrek yetmezliği ve kronik hipertansiyonlarda,

Preeklampsi erken devrede saptanıp tedavi edilmezse ileri derecesi olan eklampsi krizleri oluşabilir. Eklampside, ağır preeklemsiyle birlikte konvüzyon ve koma görülür. Düzensiz solunum, görmenin bozulması, uyku hâlinin varlığı, el-ayaklarda titreme ve kasılma şeklinde nöbet geçirmeyle sonuçlanır (22).

Gestesyonel Diabetüs Mellitus

İlk kez gebelikte ortaya çıkmış diabete gebelik diabeti denir. Diyabet gebelikte oldukça riskli bir durumdur. Gebelikte neden olabileceği komplikasyonlarla riski daha da artar. İnsülinin keşfinden sonra diabet sonucu gerçekleşen anne ölümleri her ne kadar azalsada diabetli gebeler normal gebeliklere göre her zaman daha fazla risk altındadır (25).

Gebeliğin metabolik hastalıklarından biri olup, sık görülen gestasyonel diyabet, ortalama %3-5 oranlarında seyreder (26). Gebeliklerin %4'ü Gestesyonel Diyabetes Mellitus ile komplike olmaktadır. GDM'li gebeler, gelecekteki on yıl içinde %50 olasılıkla tip 2 diyabet gelişmesi riski altındadırlar (27). Gestasyonel diyabette ailede DM öyküsü, GDM öyküsü, obezite, makrozomik bebek öyküsü, prematürite, polihidramnios, ileri gebelik yaşı, glikozüri varlığı, üç ve daha fazla abortus öyküsü, önemli risk faktörleridir (28). Gestasyonel diyabet tanısı dünya çapında en sık kullanılan 75 gram ile yapılan Oral Glikoz Tolerans Testi'dir. Bu test Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği testlerden biridir (29). Gestasyonel diyabet; düşük, ölü doğum, büyüme geriliği, konjenital bozukluk, neonatal hipoglisemi görülme riskini arttırmaktadır (30).

2.4.2. Plasental Nedenler

Plasenta Previa

Plasentanın, normal şekilde yerleşmeyerek, internal servikal os üstüne ya da 2 cm uzağına yerleşmesi durumudur. Servikal kanalın bir kısmının plasenta ile kaplanması inkomplet plasenta previa, tamamının plasenta ile kaplanmasına komplet plasenta previa denilir (31). Plasenta previanın görülme sıklığı giderek artmakta olup bütün gebeliklerin %0,5'inde görülmektedir. Bu artış sezaryen doğumların artışı ile doğru orantılıdır (32). Adölesan ve ileri yaş gebelikler, çok ve kısa aralıklı doğumlar, multiparite, implantasyon bozukluğu, plasenta previa ile ilişkili risk faktörleridir (22).

Term gebeliklerde plasenta previa görülme sıklığı %0.5-1.0 arasındadır (33). Dünyada

plasenta previa kaynaklı ve sezaryen oranlarındaki artmaya bağlı maternal mortalitede artmaların olabileceği düşünülmektedir (34).

Dekolman (Ablosya) Plasenta

Doğum eyleminden önce plasentanın hepsinin veya bir kısmının uterusa bağlı olduğu yerden ayrılması Dekolman plasenta olarak tanımlanır. Bütün gebeliklerin %0.4-1'inde dekolman plasenta meydana gelmektedir. Dekolman (ablosya) plasenta anne ve fetüs ölümlerinin önemli nedenlerindendir (35). Klinik bulguları; uterusun gergin olması, vajinal kanamanın varlığı ve ağrılı uterus kontraksiyonlarıdır. Dekolman (ablosya) plasentanın önemli risk faktörleri; dekolman plasenta öyküsünün varlığı, anne yaşının büyük olması, oligohidroamnios, uterus enfeksiyonları, polihidroamniyos, fetal gelişme geriliği, preeklampsi, hipertansiyon, uterin anomaliler, ikiz gebelikler, travma, madde kullanımı olarak saptanmıştır (35-38).

Umlikal Kord Anomalilerine Bağlı Nedenler

Fetüs intrauterin yaşamı süresince plasentaya bağlayan umblikal korddur. Umlikal kord anne ile fetüs arasındaki besin ve oksijen alış verişini sağlayan organdır. Doğumun son aşamasında plasenta ve umlikal kord uterus dışına atılır. Fetüsün problemsiz bir şekilde doğmasında hayati önem taşıyan umblikal korddan kaynaklı bazı sorunlarda yaşanmaktadır. Umlikal kordan kaynaklı problemlere bağlı hamilelik süresince ya da doğum anında ciddi komplikasyonlar ile karşılaşılabilir. Bu komplikasyonlardan en sık görünenleri kordon sarkması ve kordon dolanmasıdır (35).

Umblikal kordun doğumda, doğum gerçekleşmeden önce serviksten dışarı çıkmasına Kordon Sarkması (umblikal kord prolapsusu) denir. Bu durum fetüsün hayatını tehtit ederek acil müdahale gerektirir. Umblikal kord prolapsusu fetüsün O2'siz kalmasına ve fetal ölüme neden olabilmektedir. Kordon sarkması sıklıkla fetal geliş bozukluklarında görülür ve çoğunlukla sezaryen gerekir. Annenin doğum sayısındaki fazlalık, çoğul gebelik, kordonun çok uzun olması, polihidroamnios bulunması, su kesesinin erken açılması umblikal kord prolapsusu nedenlerindedir. Vajinada umbilikal kordonun bir kısmının görülmesi, mekonyumlu amniyotik mayinin gelmesi ve ÇKS'nin bozulması kordon sarkmasında görülen belirtilerdir (33).

Umblikal kordun fetüsün vücuduna ve özelliklede boynuna dolanması durumuna kordon dolanması denir. Doğum eylem ilerledikçe kontraksiyon anında kordun sıkışması fetal kalp hızında değişken deselerasyonları ortaya çıkarır. Doğum sırasında başın doğmasıyla kord açılır ya da iki yandan klemplenerek tam ortadan kesilir (39).

Amnios Sıvısı Anomalilerine Bağlı Nedenler

Amnion Sıvısı Anomalilerini; Erken Membran Rüptürü (EMR), polihidramnios ve oligohidramnios oluşturmaktadır. Genelde doğumun ilk evresinin sonunda açılması gereken amnion kesesinin spontan olarak travaydan önce açılma durumu erken membran rüptürü olarak tanımlanır. EMR bütün gebeliklerin yaklaşık %10'unda görülerek %80'ni term de ortaya çıkmaktadır (40,41). Prematür erken membran rüptürü (PEMR) ise tüm gebeliklerin yaklaşık %3 ila %5'ini komplike eder ve preterm doğumların %30-40'ını oluşturur (42). Gebelik yaşının küçük olduğu kadınlarda meydana gelen PEMR birçok sorunuda beraberinde getirmektedir. Bu sorunlardan en ciddi olanları; prematüre doğumlar, perinatal enfeksiyonlar, fetal pulmoner hipoplazi, oligohidramnioza bağlı gerçekleşen umblikal kord basısı, perinatal mortalite ve morbitide artışı şeklinde özetlenebilir (43).

Amnion sıvısının 1000 ml'in üzerinde olmasına polihidroamnios denir. Polihidroamnioza bağlı uterusta aşırı gerilme, distozi ve doğum sonu kanamaları gerçekleşebilmektedir. Bu durumlar yönünden gebe yakından izlenmelidir (39). Oligohidramnios amnion sıvısının 500 ml'den az olması durumudur. Fetüs de renal agenezis ya da üriner sistemde meydana gelen tıkanıklıklarda görülmektedir. Gebelik yaşına göre geride olan fetüslerin daha az sıvı yutup daha az idrar çıkardıklarıda son yıllarda tartışılmaktadır (39).

2.4.3. Fetal Anomaliler

Fetüs Anomalilerini; hidrosefali, anensefali, spina bifida ve iri fetus (makrozomi) olarak gruplayabiliriz. Hidrosefali; beyin ventriküllerinde beyin-omurilik sıvısının (BOS) miktarında artma olması ve kraniumda genişlemenin olmasıdır. Görülme sıklığı 1/2000'dir. (39).

Anensefali kafa kaidesi üzerinde bulunan kranial kemiklerin, hemisferlerin yokluğu şeklinde tanımlanır. Tipik "kurbağa'görüntüsü" şeklindedir (44). Anensefalik gebeliklerde fetüslerin yaklaşık %15'i anne karnındayken, canlı doğanların yaklaşık %67'si ilk 24 saat de kaybedilmektedir. Anensefalik gebeliklerde ölüm oranlarının fazla olması, bu malformasyonun gebeliğin erken dönemlerinde fark edilerek gebeliğin sonlandırılmasına ya da devam ettirilmesine imkan sağlayacaktır (45).

Spina bifida gelişimsel bozukluğa bağlı vertebra arka elemanlarının kapanmaması sonucu ortaya çıkan bir tablodur. Genetik faktörler önemli nedenleri arasındadır. Bu bireylerin kardeşlerinde spina bifida görülme olasılığı 50 kat artmıştır Bu durum hamileliğin erken devresinde meydana gelir (46).

İri Fetus (Makrozomi); fetüs ağırlığının 4000 gram ve üzerinde olması durumudur. Genellikle diyabetik annelerde sık rastlanır. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde kontrol altına alınmayan diabetik annelerin pankreasları insulin talebini karşılayamaz ve hiperglisemi oluşur (39). Bu gebelerde en ideal doğum şekli olarak sezaryen önerilmektedir. Normal doğum düşünülüyorsa anne ve bebekte ortaya çıkabilecek komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalı ve bu durum anne ve ailesinede anlatılmalıdır. Bu gebeliklerde doğum sonrasında atoni kanamaları sık görüldüğü için özellikle dikkatli olunmalıdır. Doğumdan sonra yenidoğanın fiziksel muayenesi çok iyi yapılmalıdır. Makrozomik bebekler tüm doğumların %9-13'ünü oluşturur (47).

2.5. Kötü Obstetrik Öykünün Ölü Doğumlardaki Rolü

2.5.1. Kısa Doğum Aralıkları

İki canlı doğum arasında bırakılan süreyi ifade eden doğum aralıklarının incelenmesi hem anne hem çocuk sağlığı hakkında bilgi edinmek için son derece önemlidir. TNSA 2013

verileri incelendiğinde Türkiye'de ki doğumlar arasındaki sürenin 45.0 ay olduğu görülmektedir. Doğum aralığı en kısa Doğu ve Güneydoğu bölgelerin'de görülerek (35.3 ay), Batı bölgelerinde ise görünür şekilde yüksektir (55.6 ay) (3). Doğum aralıklarının kısa olması anne açısından hayati risk oluşturan bir durumdur. TNSA 2013 verilerine göre, genç kadınların doğum aralıkları yaşlı kadınlardan daha kısadır. Kadınların % 24'ü doğumları arasında 24 aydan kısa bir süre bırakırken; %14'ü 24 ayın içinde doğum yapmıştır. Doğum aralığı kısa olan kadınlar 20-29 yaş grubunda bulunurken, doğum aralığı fazla olanlar 30-39 yaş grubunda bulunmaktadır. Kadınların doğum aralıkları çocuğun doğum sırası ile ilişkilidir. Doğum sırası arttıkça sonraki doğumlar arasındaki sürede artmaktadır. Bir önceki gebelikte çocuğun yaşama durumuna göre doğumlar arası süre belirgin şekilde farklılaşmaktadır. Bir önceki gebelikte çocuğun yaşamaması halinde doğum aralığı 7 ila 17 aylık bir süre iken çocuğun hayatta olması halinde bu sürenin 3 kata kadar çıktığı görülmektedir (3).

2.5.2. İleri Yaş Gebelik

İleri anne yaşı, 35 yaşında ya da üstünde çocuk sahibi olma durumudur. 40 yaş ve üstünde çocuk sahibi olma durumuda çok ileri anne yaşı olarak tanımlanmaktadır (48). Sosyal yaşam, ekonomik düzey, ikinci evlilik, eğitim durumu, aile planlaması yöntemlerini bilmeme, kariyer yapma amaçlı kadınlar 35 yaş üzerinde çocuk sahibi olmaktadırlar (48-50). Özellikle gelişmekte olan ülkelerde kadınların iş hayatında olmalarına karşın çocuk doğurmayı ertelemeleri, infertilitenin de bu duruma eşlik etmesiyle ileri yaşlardaki gebelik oranlarında artmalar gözlenmiştir (48,49). Belirli bir yaştan sonra hastalık oranlarında artış söz konusu olduğu için ileri yaş grubundaki gebeler yüksek risk kategorisinde yer almaktadır (48,50).

Annenin yaşının büyük olması obstetrik patolojilerde artışların olmasına neden olmaktadır (48-51). Preklampsi, plasenta dekolmanı, gestasyonel diyabeti mellitus, malprezentasyon, fetal anomali, fetal distres, fetal ağırlığın düşük olması, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, fetüsün intrauterin kaybı, plesantanın anomalileri ve aşırı kanama bunlardan bazılarıdır (48, 49, 52, 53). Doğum öncesi bakım ve izlemleri düzenli uygulandığı taktir de normal gebelerinkine yakın mortalite ve morbidite oranlarına ulaşılabilir (48). Perinatal ölüm hızının doğumdaki yaşı 40-49 yaş grubundaki kadınlar arasında en yüksek olduğu görülmektedir (3).

2.5.3. Adölesan Gebelik

Adölesan dönem mental ve fiziksel gelişimin geçiş fazıdır. Adölesan gebeliği 10-19 yaş arası kız çocuklarında oluşan gebeliği kapsamaktadır. Dünyada meydana gelen doğumların %11'ini adölesan annelerin gerçekleştirdiği tahmin edilmektedir. Gerçekleşen bu gebeliklerin büyük çoğunluğunun orta ve düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde meydana geldiği bilinmektedir (54). Adölesan gebelik insidansı ülkemizde %8-12'dir (55). Adölesan gebeliklerin kötü maternal ve fetal sonuçları olduğu bilinmektedir. Bu gebeliklerde; fetal ağırlığın düşük olması, perinatal ölüm, erken doğum, sefalopelvik uygunsuzluk ve anne ölümleri ile karşılaşılabilmektedir (56). Bu sonuçların adölesanın biyolojik immatüretisine ya da düşük sosyoekonomik gelir düzeyine bağlı olarak gelişebileceğine dair tartışmalar mevcuttur (57,58). Adölesanlara gebelik, cinsellik ve ebeveyn olma konularında gerekli eğitimler verilerek, sorunların önceden tespit edilip çözüm yollarının sunulması son derece önemlidir (59).

Yapılan araştırmalar sonucu adölesan gebelerin doğum öncesi bakımlarının yetersiz olduğu buna bağlı obstetrik komplikasyonlarla daha fazla oranda karşılaştıkları görülmektedir. Günümüzde adölesanların önceki kuşaklara oranla daha erken yaşlarda birliktelik yaşadıkları belirlenmiştir (59). Kadınların %5'i daha ergenlik çağındayken çocuk sahibi olmaktadır. 2008 yılından itibaren bu oran %6'dan %5'e doğru düşüş göstermektedir. Gebe kalma durumu 17 yaşından önce daha az görülürken, 19 yaşında bulunan kadınların %16'sı ya anne olmuş ya da ilk çocuğuna gebedir. Köylerde ergen yaşta gebe kalmak, kentlerle kıyaslandığında daha sık görülmektedir. Köylerde yaklaşık %6 olan bu oran kentlerde %4 olup bölgesel farklılıklar bulunmaktadır. Batı bölgelerinde bu oran yaklaşık %3 iken Güney, Orta ve Doğu bölgelerinde %6 dan daha fazladır (3). Adölesan dönemde evlenen kadınların cinsel birliktelik, gebelik, doğum kontrol yöntemleri, annelik sorumluluğu, düşük, bebek bakımı gibi konularda daha az bilgiye sahip olup, bu durum kendilerine, ailelerine ve bebeklerine ciddi yükler yüklemektedir (59).

2.5.4. Düşük (Abortus)

Fetüsün uterus dışında yaşam faliyeti göstermeden gebeliğin sonlandırılması durumudur. Düşük çeşitlerine baktığımızda:

- Spontan düşük: Kendiliğinden gerçekleşen düşükler olup hiçbir müdehale yoktur.
- Septik düşük: Aseptik olmayan koşullarda yapılan düşüklerden sonra ortaya çıkar.
- İsteğe bağlı düşük: İlk trimestırda eşlerin istekleriyle gebeliğin sonlandırılması durumudur.
- Habituel düşük: En az üç gebeliğin art arda olacak şekilde düşük ile sonlanmasıdır (22).

Kendiliğinden düşükler ve ölü doğumlar kadınların kontrolü dışında meydana gelirken isteyerek düşükler bilinçli olarak alınan bir kararın sonucunda meydana gelir. Annenin kendi isteğiyle yaptığı düşükler sağlığı açısından, kadın sağlığını olumsuz etkilemesi, kadınların tekrar gebe kalma ihtimallerini düşürmesi, anne ölümlülüğünü arttırması nedenlerinden dolayı önemlilik arz etmektedir. İsteyerek düşükler, aile planlaması yöntemlerinin kullanım yaygınlığından ve ulaşılabilirliğinden etkilenerek bu hizmetlerin uygulanmasında yaşanan problemlerden dolayı artış gösterebilir (3).

İsteyerek yapılan düşükler ve yaş arasında doğru orantı mevcuttur; isteyerek düşük yapmış kadınların oranı 15-19 yaş grubunda %2 olup yaşın ilerlemesiyle daha da artarak 45 yaş ve üstünde %27'ye ulaşmaktadır. Ayrıca 45-49 yaş grubundaki kadınlar arasında isteyerek düşük yapmış olma oranı 30-34 yaş grubundakilerin yaklaşık üç katıdır (sırasıyla %27 ve %9). Türkiye'de isteyerek yapılan düşükler 1983 yılında yürürlüğe giren nüfus planlaması kanunu ile yasal sayılmıştır. Bu yasaya göre her bir kadın için ilk on haftayı kapsayan gebelik süresinde isteyerek düşük yapmaya hizmet kapsamında olanak sağlamıştır (3). TNSA 2013 verilerine baktığımızda beş kadından birinde bir kez kendiliğinden düşük gerçekleştiği, %14'ünde ise bir kez bile olsa isteyerek düşük gerçekleştirdiği ve %3'nün ölü doğumunun olduğu bilinmektedir. Kadının yaşamı süresince kendiliğinden gerçekleşen düşüğün, isteyerek yapmış olduğu düşüğün ve ölü doğumunun ortalamasına baktığımızda sırasıyla 0.33, 0.20 ve 0.04'tür (3).

2.5.5. Doğum Öncesi Bakım

Gebelik komplikasyonları erken neonatal dönem ölümlerinin ve anne ölümlerinin önemli nedenleridir. Güvenli anneliği gerçekleştirmek amacıyla doğum öncesi bakımın düzenli uygulanması, kontroller sırasında meydana gelebilecek sorunları belirlemek amacıyla uygulanan testlere ve yapılan ölçümlere dayanmaktadır (3). Kuşkusuz doğum öncesi bakım

anında yapılan test ve ölçümler erken tanı ile bebek ölüm hızının düşürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (60). Gebeliği boyunca yeterli doğum öncesi bakım alan annelerde ölü doğumların ve bebek ölümlerinin daha az olduğu görülmektedir (61).

Doğum öncesi bakıma gebeliğin ilk dönemlerinden itibaren başlanması, gebeliğin sağlıklı bir şekilde sonuçlanmasını sağlamaktadır. Doğum öncesi bakım almaya gebeliğin ilk ayılarında başlanmalıdır. Gebeliğin erken fark edilmesi, kadının sağlığının değerlendirilmesi oluşabilecek sorunların erken teşhis edilmesine olanak sağlayacaktır (3). Kadının gebeliği boyunca almış olduğu bakım sayısı, alınan bakımın yeterliliğini değerlendirmede oldukça önemli bir göstergedir. Günümüzde tavsiye edilen doğum öncesi bakım alma sıklığı, gebeliğin 28. haftasına kadar her ay, 36. haftaya kadar 15 günde bir, 40. hafta ve sonrasında her hafta şeklindedir. Sıklığın bu şekilde olması gebelik süresince yaklaşık 10 kez doğum öncesi bakım almak demektir. TNSA 2013 verilerine göre Türkiye'de kadınların %89'u, gebelikleri süresince dört ve daha fazla doğum öncesi bakım almışlardır (3). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 verilerine göre Türkiye'de gebe başına düşen doğum öncesi bakım alma sayısı 4.7 iken Güneydoğu Anadolu bölgesi'nde 4.1' dir (10).

2.5.6. Düşük Doğum Ağırlığı Öyküsü

Düşük doğum ağırlığı (DDA) denildiğinde, 2500 gram ve daha az ağırlıkta doğan bebekler tanımlanmaktadır (62). Normal doğum ağırlığı bebeğin gelecekteki sağlığı ve gelişimi için oldukça önemlidir. Doğum ağırlığı, bir annenin gebelik dönemindeki sağlık ve beslenme durumunu değil, aynı zamanda bebeğin hayatta kalma, büyüme, uzun vadeli sağlık ve psikososyal gelişiminin çok güçlü bir göstergesidir. Düşük doğum ağırlıklı bebekler birçok ülkede bir halk sağlığı sorunudur. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda dünya genelinde DDA bebek oranının %15 civarında olduğu tahmin edilmektedir (63).

Doğum ağırlığı ne kadar az olursa yenidoğan kayıpları da o derece artmaktadır (64). Doğum ağırlığı düşük yenidoğanlara günümüzde uygulanan özel bakımlar ve bakım tekniklerindeki ilerlemeler olumlu sonuçların elde edilmesine olanak sağlamaktadır (65). Gelişen ultrason teknolojisi, gebelik takiplerindeki titizlik, planlanmış sezaryen doğumları, antenatal steroid tedavisi, iyi resusitasyon uygulanması, hassas ventilasyon, sürfaktan tedavisi, akılcı antibiotik kullanımındaki gelişmelerle birlikte gelişmiş ülkelerdeki survival oranlarında önemli derecede artışlar gözlenmiştir (66).

DDA ile prematür doğumlar birbirleriyle yakından ilişkili olup, prematür doğumların genelinde bebek düşük doğum ağırlıklıdır. Bu şekildeki doğumlar fetal ölümlerin %75'inden sorumludur. Prematür doğumlar neden oldukları morbiditeler ile toplumda büyük sağlık sorunlarını meydana getirmektedir. Bu bakımdan prematür doğumları önlenmek ve azalmasını sağlamak neonatal dönemdeki mortalite oranlarınıda azaltacaktır (44). Dünyada prematür doğum insidansına baktığımızda Amerika Birleşik Devletlerinde %12-13, Avrupa gibi gelişmiş ülkelerde %5-9 oranlarında değiştiğini görmekteyiz (67). Türkiye'de yapılan kapsamlı bir araştırmada yenidoğan ölümlerinin %60'lık kısmını prematür doğumlar ve doğum ağırlıklıların normalden az olması oluşturmaktadır. Aynı çalışma gebelik yaşı ile doğum kilosu yönünden değerlendirildiğinde, çalışmaya katılanların %59'un da prematür doğum, %22,7'sinde ileri derecede prematür doğum, %37,9'un da ise aşırı derecede düşük doğum ağırlığı belirtilmiştir (68).

2.6. Dünyada ve Türkiye de Ölü Doğum Oranları

Dünyada, her geçen yıl da meydana gelen ölü doğum sayısı üç milyondur. Bu sayıyı gün olarak hesapladığımızda ortalama 8000 ölü doğuma denk gelmektedir. Ölü doğumların çoğunluğu gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre ölü doğum oranlarıda değişlik göstermektedir. Ölü doğumlar gelişen ülkelerde %0.7, gelişmiş ülkelerde %0.2, Afrikanın Güney bölgelerinde ve bazı Asya ülkelerinde %2 olarak belirtilmektedir (9). Her bin canlı doğum için ölü doğum hızı gelişmiş ülkelerde 5.3 iken, gelişmekte olan ülkelerde 25.5'dir. Ölü doğum hızının 15 yıl içinde %14 oranında azaldığı görülmektedir. Bu durum daha çok gelişmiş ülkelerde görülmektedir (7).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmaları verilerine baktığımızda, 1993 yılında %0.42 olan perinatal mortalite hızı 2003 yılında %0.24 olup, 2008 yılında %0.19'dur. 2008 yılında gerçekleşen her 100 doğumdan 1'inde ölü doğum meydana gelmiştir (69). TNSA 2013'de yaşam boyu yapılan ölü doğumun ortalama sayısı 0.04'tür (3).

2.7. Dünya'dan ve Türkiye'den Kötü Obstetrik Öyküye ve Ölü Doğum Nedenlerine Ilişkin Detaylar

Ölü doğum nedenleri ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. Perinatal mortalite hızının yüksek olması ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile bağlantılıdır. Her yıl dünyada 2.6

milyondan fazla 28 haftadan büyük ve 1000 gr. üstü doğum ağırlığına sahip ölü doğum olmaktadır (70). Dünyada ölü doğumların yaklaşık %40'ı doğum asfiksisinden kaynaklı olup, gebelikte gerçekleşen komplikasyonlar ve anneden kaynaklı hastalıklar ise %35'lik kısmını oluşturmaktadır. Ölü doğumların %27'sinin gerçekleşme nedeni bilinmemektedir (71,72). Yapılan bir çalışmada çalışmaya katılanların %60'nın ölü doğum nedenleri belirlenebilirken nedeni bilinmeyenlerin ayrıntılı araştırılmasıyla %76'ya kadar açıklanabildiği tesbit edilmiştir. Ölü doğum nedenleri; fetal anormallikler %13.7, plasental anomaliler %23.6, enfeksiyon %12.9, hipertansif bozukluklar %9.2, göbek kordonu anomalileri %10.4 olarak belirlenmiştir (73).

Aydın ilinde yapılan bir çalışmada ölü doğumlar değerlendirilmiş; gebelik ve lohusalık dönemleriyle ilgili problemler, doğumsal malformasyonlar, kromozom bozuklukları ve umbilikal kord anomallikleri ölü doğum sebepleri olarak belirlenmiştir (74).

2.8. Ölü Doğumların Önlenmesi ve Azaltılmasında Hemşirenin Rol ve Yaklaşımları

Gebelik, kadının hayatı boyunca çok sık deneyimlediği bir durum değildir. Aileye yeni katılan bir üye hem anneye hem babaya hem de ailenin diğer üyelerine çeşitli roller ve sorumluluklar yüklemektedir (75). Bu değişiklikler aile üyelerini etkilemiş olsa da anne ve bebeği için çok daha önemlidir. Bu nedenle anne ne kadar etkilenirse, fetüs de o denli etkilenmektedir (14).

Yapılan tüm uygulamalardaki asıl amaç gebelik süreci boyunca anne ve bebeğinin karşılaşabileceği riskleri, her ikisinin de sağlığını koruyarak kontrol altına almaktır. Oluşabilecek riskli durumları, anne ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına almak asıl amaç olmalıdır. Gebelikteki riski tanılayarak en erken devrede gerekli önlemler alıp bunları uygulamak ebe ve hemşirelerin önemli görev ve sorumluluklarındandır (76). Düşük risk kategorisinde yer alan bir gebenin komplikasyonlardan dolayı yüksek risk kategorisinde yer alması her zaman olağandır (77).

Doğum öncesi bakım hizmetlerinin etkinliğiyle risk altında olan gebe ve fetüsteki potansiyel problemler daha erken dönemde tanmlanabilir (77). Risk faktörlerinin erken dönemde teşhis edilmesi mortalite ve morbidite risklerinin azalmasını sağlayacaktır. Gebeye uygulanan bakım gereksinimleri etkinliği açısından ekip çalışmasını gerektirir. Bu ekipte;

doktor, hemşire, ebe, biyolog, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, genetik danışman gibi farklı disipline ait üyeler yer almaktadır. Perinatal süreçte ebe/hemşire; annenin gebelik sürecine uyumunun sağlanmasında ve gebenin kendi sorumluluğunu üstlenmesinde etkin bir göreve sahiptir (75). Hong Kong' ta birçok hastane, sağlık personelinin gebelik kaybı yaşayan annelere destek ve danışmanlık hizmeti verebilmesi amacıyla perinatal yas programları geliştirmiştir. Bu ekibin amacı yaslı ailelere duygusal anlamda destek sağlamak ve yas sürecin de iyileşmelerine yardımcı olmaktır (78). Ülkemizde gebelik kaybı yaşayan kadınlara ve ailelerine yönelik herhangi bir program geliştirilmemiştir. Halbu ki kaybı bulunan aileler, onları anlamaya çalışan sağlık profesyonellerine gereksinim duymaktadırlar (79). Kayıp durumlarında babalar da unutulmamalıdır. Sağlık çalışanları tarafından babalar duygularını paylaşmaları bakımından cesaretlendirmelidirler (80).

Gebenin ve ailesinin bilgi gereksinimleri ve öğrenme stratejileri de dikkate alınmalıdır. Gebelere aktivite, dinlenme, gebelikte cinsel yaşam, fetal gelişim aşamaları, gelişebilecek komplikasyonlar ve bireysel sorunlarına yönelik eğitimler planlanıp danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Hastanede yatılması gereken durumlarda gebe ve ailesinde bu durumun stres nedeni olduğu bilinmektedir. hemşire/ebe bunu dikkate alarak gebenin stresle baş etme yöntemlerini bilip uygulanmasını sağlamalıdır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma vaka-kontrol tipindedir.

3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih

Araştırmanın verileri 28.10.2016-21.02.2017 tarihleri arasında toplanmış olup, araştırma Eylül 2016-Şubat 2017 tarihleri arasında Şanlıurfa İl merkezi'nde yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Şanlıurfa ilinde bulunan Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi postpartum servislerinde yapılmıştır. 15 bloktan oluşan hastane 620 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede 2 pospartum servisi bulunmakta, bu servislerin herbirinde 33 hasta bulunup toplam 66 postpartum hastası yatmaktadır. Postpartum servislerin her birinde servis sorumlu hemşiresi, 9 klinik hemşiresi, 5 hastane personeli ve 3 tıbbi sekreter görev yapmaktadır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesin'de doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü, doğum öncesi bakım alma canlı doğum yapanlarda %68.3, ölü doğum yapanlarda %48.4 alınarak %96 güvenlik düzeyinde, %80 güç ile vaka ve kontrol gruplarının her biri için 96 olarak hesaplanmış, toplam 192 kişi örnekleme alınmıştır (81). Vaka grubunu ölü doğum yapan kadınlar, kontrol grubunu ise canlı doğum yapan kadınlar oluşturmuştur. Kontrol grubu yaşa göre vaka grubu ile birebir eşleştirme yapılarak seçilmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmayı yapılabilmek için Harran Üniversitesinin Etik Kurulu'ndan ve Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin, çalışmaya katılan kadınlardan sözlü onam alınmıştır.

3.6. Veri Toplanması ve Araçlar

3.6.1. Veri Toplama Aracı

Veriler araştırmacı tarafından literatür (11, 17, 28, 74, 82) taranarak oluşturulan Tanımlayıcı Veri Toplama Formu (EK.1) aracılığı ile toplanmıştır.

Veri toplama formu;

- ✓ Sosyo-demografik özellikleri (yaş, doğum yeri, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu, eşinin öğrenim düzeyi, eşinin çalışma durumu, sosyal güvenceleri, evde en çok konuşulan dil, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, eşiyle akrabalık ve kan uyuşmazlığı durumu) içeren 15 soru,
- ✓ Obstetrik özelliklerini (evlilik yaşı, gebelik yaşı, gebeliklerin sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, ölü doğum yapma sayısı, istenmeyen gebelik sayısı, izlem sayısı, izlem yapılmama nedeni, iki yıldan kısa arayla yapılan doğum sayısı, doğum şekli, yöntem kullanma durumu, erken doğum öyküsü, diabet öyküsü, enfeksiyon durumu, plesantal bozukluk, preeklampsi öyküsü, anomalili bebek, düşük doğum ağırlığı ve IUGG öyküsü) içeren 26 soru olmak üzere toplam 41 sorudan oluşmaktadır.

3.6.2. Ön Uygulama

Araştırmada kullanılan veri toplama formunun uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini test etmek amacıyla 19.10.2016 - 23.10.2016 tarihleri arasında, Şanlıurfa eğitim ve araştırma hastanesi doğum servislerinde 20 kişi ile araştırmanın ön uygulaması gerçekleştirilmiştir. Uygulama sonunda anlaşılmayan sorular (6, 16, 23, 36) yeniden düzenlenmiştir. Çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır.

3.6.3. Veri Toplama Aracının Uygulanması

Araştırmanın uygulama aşaması Eylül 2016– Şubat 2017 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmacı haftanın 3 günü 14.00-16.00 saatleri arasında postpartum servislerine giderek ölü doğum ve canlı doğum yapan kadınlarla görüşmüştür. Veriler, veri toplama formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmanın amacı kadınlara açıklanarak sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler ortalama 15-25 dakika sürmüştür. Çalışmaya katılmayı

reddeden olmamıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken; Araştırmanın bağımlı değişkeni ölü doğum yapma durumudur.

Bağımsız değişkenler; Araştırmanın bağımsız değişkenleri ise sosyo-demografik özellikler ve obstetrik özelliklerdir.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak bilgisayar ortamında araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Veriler tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, standart sapma, ortalama; tek değişkenli analizlerden Man Whithney-U testi ve Ki-kare testi kullanılarak değelendirilmiştir. Bağımsız değişkenlerin ölü doğum üzerindeki etkisi çok değişkenli analizlerden Lojistik Regresyon Modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle ile yapılmıştır. Bulgular %95 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.

3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler ve Araştırmanın Sınırlılıkları

Veriler araştırmaya katılan kadınların beyanlarına göre toplanmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastanede Türkçe konuşamayan Arap, Kürt kökenli ve Suriye asıllı kadınlar da hizmet almaktadır. Araştırmaya katılan kadınlardan Arapça ve Kürtçe konuşanlarla tercüman yardımıyla görüşülmüştür.

4.BULGULAR

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadınların tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 1.'de verilmiştir. Vaka grubundaki kadınların %80.2' sinin, kontrol grubundaki kadınların %83.3'ünün doğum yeri Güneydoğu Anadolu Bölgesi'dir. Vaka grubundaki kadınlar %27.1 ile en fazla ilk okul mezunu, kontrol grubundaki kadınlar %29.2 ile ortaokul mezunudur. Vaka grubundaki kadınların %68.7' si, kontrol grubundaki kadınların %62.5'i Türkçe bilmemektedir. Vaka grubundaki kadınların %84.5'inin, kontrol grubundaki kadınların %85.5'inin sağlık güvencesi yoktur. Vaka grubundaki kadınların %88.5' i, kontrol grubundaki kadınların %89.6' sı çalışmamaktadır (Tablo 1).

Vaka grubundaki kadınların %61.4' ü, kontrol grubundaki kadınların %53.1'i il merkezinde yaşamamaktadır. Vaka grubundaki kadınların eşi %34.4 ile en fazla ortaokul mezunu olup, kontrol grubundaki kadınların eşi %31.2 ile en fazla ortaokul mezunudur. Vaka grubundaki kadınların %26.0'nın, kontrol grubundaki kadınların %29.2'sinin eşi çalışmamaktadır. Vaka grubundaki kadınların %28.1'inin, kontrol grubundaki kadınların %32.3'ünün maddi durumunu kötüdür. Vaka grubundaki kadınların %26.0'nın, kontrol grubundaki kadınların %26.0'nın kronik hastalığı vardır. Vaka grubundaki kadınların %16.7' si kontrol grubundaki kadınların %13.5'i sigara kullanmaktadır. Vaka grubundaki kadınların %32.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %34.4'ünün eşi ile arasında akrabalık vardır. Vaka grubundaki kadınların %18.8'i, kontrol grubundaki kadınların %11.5'i eşiyle kan uyuşmazlığı yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Kadınların Bazı Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu	
Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Doğum yeri				
Doğu Anadolu bölgesi	10	10.4	7	7.3
Güneydoğu Anadolu bölgesi	77	80.2	80	83.3
Suriye	9	9.4	9	9.4
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	15	15.6	20	20.8
Okur-yazar	17	17.7	12	12.5
İlkokul mezunu	26	27.1	21	21.9
Ortaokul mezunu	24	25.0	28	29.2
Lise mezunu	14	14.6	15	15.6
Evde konuşulan dil				
Türkçe	30	31.2	36	37.5
Kürtçe	34	35.4	37	38.5
Arapça	32	33.3	23	24.0
Sağlık güvencesi durumu				
Sağlık güvencesi yok	81	84.4	82	85.4
Sağlık güvencesi var	15	15.6	14	14.6
Çalışma durumu				
Çalışıyor	11	11.5	10	10.4
Çalışmıyor	85	88.5	86	89.6
5 yıldır yaşanılan yer				
Köy/kasaba	10	10.4	10	10.4
İlçe	49	51.0	41	42.7
İl merkezi	37	38.5	45	46.9
Eşin eğitim durumu				
Okur-yazar değil	5	5.2	9	9.4
Okur-yazar	18	18.8	9	9.4
İlkokul mezunu	26	27.1	29	30.2
Ortaokul mezunu	33	34.4	30	31.2
Lise mezunu	13	13.5	19	19.8
Üniversite mezunu	1	1.0	0	0.0
Eşin çalışma durumu				
Çalışıyor	71	74.0	68	70.8
Çalışmıyor	25	26.0	28	29.2
Maddi Durum				
İyi derecede	5	5.2	9	9.4
Orta derecede	64	66.7	56	58.3
Kötü derecede	27	28.1	31	32.3
Kronik hastalık				
Var	25	26.0	25	26.0
Yok	71	74.0	71	74.0
Sigara kullanma durumu				
Evet	16	16.7	13	13.5
Hayır	80	83.3	83	86.5
Eşiyle akrabalık durumu				
Var	31	32.3	33	34.4
Yok	65	67.7	63	65.6
Eşler arası kan uyuşmazlığı				
Var	18	18.8	11	11.5
Yok	78	81.2	85	88.5

4.2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 2.'de verilmiştir. Vaka grubundaki kadınların %16.7'si, kontrol grubundaki kadınların %26.0'ı daha önce düşük yapmıştır. Vaka grubundaki kadınların %4.2'si, kontrol grubundaki kadınların %10.4'ü daha önce küretaj geçirmiştir. Vaka grubundaki kadınların %31.2' si, kontrol grubundaki kadınların %30.2'si istemsiz gebe kalmıştır. Vaka grubundaki kadınların %11.5 i, kontrol grubundaki kadınların %10.4'ü gebelikte izlem yaptırmamıştır. Daha önceki gebeliklerde dahil olmak üzere vaka grubundaki kadınların %67.7'si vajinal, %4.2'si sezaryan doğum yapmıştır. Kontrol grubundaki kadınların %62.5'i vajinal, %9.4'ü sezaryan doğum yapmıştır. Gebelikten önce yöntem kullanma ve gebelikten sonra yöntem kullanma oranları sırasıyla vaka grubundaki kadınlar için %6.2 ve %35.4, kontrol grubundaki kadınlar için %12.5 ve %52.1'dir. Vaka grubundaki kadınların %71.9'u, kontrol grubundaki kadınların %53.1'i, iki yıldan kısa aralıkla doğum yapmıştır (Tablo 2).

Vaka grubundaki kadınların %28.1'i, kontrol grubundaki kadınların %13.5'i erken doğum öyküsü yaşamıştır. Vaka grubundaki kadınların %9.4' ü, kontrol grubundaki kadınların %6.2'si gestesyonel diabet hastasıdır. Vaka grubundaki kadınların %9.4'ü, kontrol grubundaki kadınların %11.5'i gebeliklerinde enfeksiyon geçirmiştir. Vaka grubundaki kadınların %20.8 'i, kontrol grubundaki kadınların %13.5'i preeklampsi geçirmiştir. Vaka grubundaki kadınların %15.6' sının, kontrol grubundaki kadınların %1'inin, plesantal bozukluğu vardır. Vaka ve kontrol grubundaki kadınlar için düşük doğum ağırlığı %10.4' dür. Vaka grubundaki kadınların %3.1' i, kontrol grubundaki kadınların %5.2'si anomalili bebek sahibidir. Vaka ve kontrol grubundaki kadınların %14.6' sında İUGG vardır (Tablo 2).

Tablo 3.'e göre vaka ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalaması 28.1±6.1'dir. Ölü doğum yapma ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.0±0, kontrol grubundaki kadınlarda 1.1±0.3'dür. Düşük sayısı ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.1±0.4, kontrol grubundaki kadınlarda 1.0±0.2'dir. Küretaj olma ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.0±0, kontrol grubundaki kadınlarda 1.1±0.3'dir. İlk gebelik yaşı ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 19.8±2.0, kontrol grubundaki kadınlarda 20.4±2.9'dir. İlk evlilik yaşı ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 19.1 ±1.8, kontrol grubundaki kadınlarda 19.8±2.7'dur. Kısa doğum aralığı ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.5±0.7, kontrol grubundaki kadınlarda 1.4±0.6'dir. Erken doğum yapma ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.1±0.3, kontrol

grubundaki kadınlarda 1.0±0.2'dir. Gestesyonel diabetüs mellitus ortalaması vaka grubundaki kadınlarda 1.2±0.4, kontrol grubundaki kadınlarda 1.0±0'dir (Tablo 3).

Yapılan istatistiksel değerlendirmede, ölü doğum yapma durumu, gebelikten sonra yöntem kullanma, kısa doğum aralığı, erken doğum yapma durumu, plesantal bozukluk gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı ($p<0.05$) bulunurken, düşük öyküsü, küretaj, istemsiz gebelik, gebelikte izlem, doğum şekli, en son doğum şekli, gebelikten önce yöntem kullanma, gestesyonel diabet, enfeksiyon, preeklampsi, anomalili bebek, IUGG, düşük doğum ağırlığı anlamsız ($p>0.05$) bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2.Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-1

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu			
Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X2**	**P**
Düşük öyküsü					1.985	0.15
Evet	16	16.7	25	26.0		
Hayır	80	83.3	71	74.0		
Ölü doğum					161.351	**<0.001**
Evet	93	96.9	4	4.2		
Hayır	3	3.1	92	95.8		
Küretaj					1.926	0.16
Evet	4	4.2	10	10.4		
Hayır	92	95.8	86	89.6		
İstemsiz gebelik					0.000	1.00
Evet	30	31.2	29	30.2		
Hayır	66	68.8	67	69.8		
Gebelikte izlem					0.000	1.00
Evet	85	88.5	86	89.6		
Hayır	11	11.5	10	10.4		
Doğum şekli					2.123	0.34
Normal doğum	65	67.7	60	62.5		
Sezaryen	4	4.2	9	9.4		
Normal\sezaryen	27	28.1	27	28.1		

Tablo 2.Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı -1 (devam)

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu			
Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X2**	**P**
En son doğum şekli					0.367	0.54
Vajinal doğum	65	67.7	60	62.5		
Sezaryen	31	32.3	36	37.5		
Gebelikten önce yöntem kullanma					1.533	0.21
Evet	6	6.2	12	12.5		
Hayır	90	93.8	84	87.5		
Gebelikten sonra yöntem kullanma					4.762	**0.02**
Evet	34	35.4	50	52.1		
Hayır	62	64.6	46	47.9		
Kısa doğum aralığı					6.422	**0.01**
Evet	69	71.9	51	53.1		
Hayır	27	28.1	45	46.9		
Erken doğum					5.337	**0.02**
Evet	27	28.1	13	13.5		
Hayır	69	71.9	83	86.5		
Gestesyonel diabet					0.289	0.59
Evet	9	9.4	6	6.2		
Hayır	87	90.6	90	93.8		
Enfeksiyon					0.056	0.81
Evet	9	9.4	11	11.5		
Hayır	87	90.6	85	88.5		

Tablo 2.Kadınların Bazı Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı -1 (devam)

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu			
Özellikler	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**	**X2**	**P**
Preeklampsi					1.317	0.25
Evet	20	20.8	13	13.5		
Hayır	76	79.2	83	86.5		
Plesantal bozukluk					11.523	**<0.001**
Evet	15	15.6	1	1.0		
Hayır	81	84.4	95	99.0		
Anomalili bebek					*	0.72
Evet	3	3.1	5	5.2		
Hayır	93	96.9	91	94.8		
İUGG					0.000	1.00
Evet	14	14.6	14	14.6		
Hayır	82	85.4	82	85.4		
Düşük doğum ağırlığı					0.000	1.00
Evet	10	10.4	10	10.4		
Hayır	86	89.6	86	89.6		

* Fisher's Exact Test yapılmıştır.

Tablo 3. Kadınların Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı-2

	Vaka Grubu	Kontrol Grubu		
Obstetrik özellikleri	**Ortalama±SS**	**Ortalama±SS**	**M-W U**	**P**
Ölü doğum sayısı	1.0±0	1.1±0.3	18.000	0.52
Düşük sayısı	1.1±0.4	1.0±0.2	170.500	0.12
Yaş	28.1±6.1	28.1±6.1	4608.000	1.00
Kürtaj sayısı	1.0±0	1.1±0.3	18.000	0.52
İlk gebe kalma yaşı	19.8±2.0	20.4±2.9	4140.000	0.21
İlk evlenme yaşı	19.1 ±1.8	19.8±2.7	3894.000	**0.05**
Toplam gebelik sayısı	3.5±1.6	3.3±1.7	4151.500	0.22
Yaşayan çocuk sayısı	2.32±1.4	2.9±1.6	3665.000	**0.01**
İstenmeyen gebelik sayısı	1.5±0.7	1.4±0.6	426.000	0.87
Gebelikte izlem sayısı	7.9±2.6	7.8±2.8	3584.500	0.82
Kısa aralıklı doğum sayısı	1.5±0.7	1.4±0.6	1599.000	0.32
Erken doğum sayısı	1.1±0.3	1.0±0.2	169.500	0.74
Gestesyonel diabet sayısı	1.2±0.4	1.0±0	21.000	0.23

4.3. Düşük, Küretaj, Ölü Doğum, Erken Doğum Yapma ve Aile Planlama Yöntemini Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı

Düşük, küretaj, ölü doğum, erken doğum yapma ve aile planla yöntemini kullanmama nedenlerinin dağılımı Tablo 4.'de gösterilmiştir. Vaka grubundaki kadınların %5.2'si, kontrol grubundaki kadınların %5.7'si düşük nedenini bilmemektedir. Vaka grubundaki kadınların düşük nedenlerine baktığımızda; kanama (%2.6), pıhtılaşma faktörleri bozukluğu (%0.5) en fazla görülen nedenlerdendir. Kontrol grubundaki kadınlarda ise kanama (%4.7) ve travma (%2.6) en çok görülen düşük nedenlerindendir. Vaka grubundaki kadınların %0.5'i, kontrol grubundaki kadınların %1.0'ı küretaj nedenini bilmemektedir. Vaka grubundaki kadınların en sık görülen küretaj nedeni; kanama (%1.6) dır. Kontrol grubundaki kadınların küretaj nedeni ise kanama (%3.6) ve travma (%0.5)'dır. (Tablo 4).

Vaka grubundaki kadınların %20.8'inin, kontrol grubundaki kadınların %1.6 'sının ölü doğum nedeni bilinmemektedir. Vaka grubundaki kadınların ölü doğum nedenleri; fetal distres (%6.8), plesental neden (%3.6) ve pıhtılaşma bozukluğu (%3.1) dur. Kontrol grubundaki kadınlarda ise anomalili bebek (%0.5) en fazla görülen ölü doğum nedenidir. Vaka grubundaki kadınların %7.3'ünün, kontrol grubundaki kadınların %1.6 'sının erken doğum nedeni bilinmemektedir. Vaka grubundaki kadınların erken doğum nedenlerine baktığımızda; EMR (%2.6), kanama (%1.6) ve ex fetüs (%1.0)'dır. Kontrol grubundaki kadınlarda ise EMR (%3.1), kanama (%1.0), fetal distress (%0.5)'dir. Vaka grubundaki kadınların %9.8'i, kontrol grubundaki kadınların %5.2'si, aile planlaması yöntemi hakkında bilgi sahibi değildir. Vaka grubundaki kadınların %16.7'sinin, kontrol grubundaki kadınların %14.9'unun eşi aile planlaması yöntemi kullanmayı istememektedir. Vaka grubundaki kadınların %25.3' ü, kontrol grubundaki kadınların %8.2'si gebe kalmak istediği için yöntem kullanmamıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Düşük, Küretaj, Ölü Doğum, Erken Doğum Yapma ve Aile Planlaması Yöntemi Kullanmama Nedenlerinin Dağılımı

	Vaka Grubu		Kontrol Grubu	
Düşük nedeni	**Sayı**	**%**	**Sayı**	**%**
Bilinmiyor	10	5.2	11	5.7
Kanama	5	2.6	9	4.7
Pıhtılaşma bozukluğu	1	0.5	0	0.0
Travma	0	0.0	5	2.6
Ölü doğum nedeni				
Bilinmiyor	40	20.8	3	1.6
EMR	4	2.1	0	0.0
Fetaldistres	13	6.8	0	0.0
Hidroamnioz	1	0.5	0	0.0
İUGG	2	1.0	0	0.0
Kanama	4	2.1	0	0.0
Kordon dolanması	5	2.6	0	0.0
Kordon sarkması	1	0.5	0	0.0
Pıhtılaşma bozukluğu	6	3.1	0	0.0
Plesantal neden	7	3.6	0	0.0
Preeklampsi	1	0.5	0	0.0
Travma	4	2.1	0	0.0
Uzamış doğum	4	2.1	0	0.0
Anomalili bebek	1	0.5	1	0.5
Küretaj nedeni				
Bilinmiyor	1	0.5	2	1.0
Kanama	3	1.6	7	3.6
Travma	0	0.0	1	0.5
Erken doğum nedeni				
Bilinmiyor	14	7.3	3	1.6
Düşük doğum ağırlığı	0	0.0	1	0.5
EMR	5	2.6	6	3.1
Ex fetüs	2	1.0	0	0.0
Fetaldistres	0	0.0	1	0.5
Hidroamnioz	1	0.5	0	0.0
Kanama	3	1.6	2	1.0
Preklampsi	1	0.5	0	0.0
Travma	1	0.5	0	0.0
Aile planlaması yöntemi				
Eşim istemiyordu	29	16.7	26	14.9
Gebe kalmak istiyordum	44	25.3	49	28.2
Bilgi sahibi değildim	17	9.8	9	5.2

4.4. Kadınların Gebelikte Meydana Gelen Bazı Sağlık Problemlerinde Yapılan Tedavilerin Dağılımı

Kadınların gebelikte meydana gelen bazı sağlık problemlerinde yapılan tedavilerin dağılımı Tablo 5'de verilmiştir. Gebeliğinde diyabet tanısı alan kadınların %3.1'ine insülin, %2.6'sına diyet tedavisi verilmiştir. Kadınların %2.1'i ise diyabete yönelik herhangi bir tedavi almamıştır. Gebeliğinde enfeksiyon tanısı alan kadınların %8.9'una ilaç tedavisi uygulanmış olup, %1.5'i tedavi edilmemiştir. Gebeliğinde preeklampsi geçiren kadınların %7.3'ü tedavi edilip, % 9.9'u tedavi edilmemiştir. Plesantal bozukluğu olan kadınların % 0.5' i tedavi edilip, %7.8'i tedavi edilmemiştir. Düşük doğum ağırlığı olan kadınların %8.9' una yataklı tedavi, %1.6' sına ilaç tedavisi uygulanmıştır. İUGG olan kadınların %4.7'si tedavi edilmiş, %9.9' u tedavi edilmemiştir. Anomalili doğan bebeklerin %1.0'ı tedavi edilip %3.1'i tedavi edilmemiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların Gebelikte Meydana Gelen Bazı Sağlık Problemlerinde Yapılan Tedavilerin Dağılımı

Hastalık	Sayı	%
Diabet		
İnsülin tedavisi	6	3.1
Diyet tedavisi	5	2.6
Tedavi edilmeyen	4	2.1
Enfeksiyon		
Takip	1	0.5
İlaç tedavisi	17	8.9
Tedavi edilmeyen	2	1.0
Preeklampsi		
Takip	14	7.3
Yataklı tedavi	2	1.0
İlaç tedavisi	12	6.3
Tedavi edilmeyen	5	2.6
Plesantal bozukluk		
Takip	1	0.5
Yataklı tedavi	1	0.5
Tedavi edilmeyen	14	7.3
Düşük doğum ağırlığı		
Yataklı tedavi	17	8.9
İlaç tedavisi	3	1.6
İUGG		
Takip	4	2.1
Yataklı tedavi	8	4.2
İlaç tedavisi	1	0.5
Tedavi edilmeyen	15	7.8
Anomalili bebek		
Takip	1	0.5
Cerrahi tedavi	1	0.5
İlaç tedavisi	1	0.5
Tedavi edilmeyen	5	2.6

4.5. Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Ölü Doğum ile İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli

Ölü doğum yapma riskini artıran pek çok faktör analiz edilmiştir. Tek değişkenli analizlerden anlamlı fark yaratan evlilik yaşı, yaşayan çocuk sayısı, aile planlaması kullanma düşüncesi, iki yıldan kısa doğum aralığı, erken doğum öyküsü, plesantal bozukluk durumu, ölü doğum yapma durumu değişkenleriyle lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur. Model Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle oluşturulmuştur. Vaka grubu ve kontrol grubunun ölü doğum ile ilişkili faktörlerin lojistik regresyon modeli Tablo 6'da verilmiştir. Tablo incelendiğinde; vaka ve kontrol grubunda ölü doğum yapma riskinin daha önce ölü doğum yapanlarda 14.301 kat daha fazla olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Vaka Grubu ve Kontrol Grubunun Ölü Doğum İle İlişkili Faktörlerin Lojistik Regresyon Modeli

Risk Faktörleri*	B	P	OR	%95 Cl
Ölü doğum	2.6	0.02	14.3	1.3-150.6
Sabit	**-4.5**	**<0.01**	**0.01**	

* Lojistik regresyon modeli Backward Stepwise (Conditional) yöntemiyle yapılmıştır.

5.TARTIŞMA

Fizyolojik bir süreç olan gebelik, bu süreç son buluncaya kadar risk altındadır. Gebelikle birlikte oluşan fizyolojik değişiklikler, sağlıklı olma ve hasta olma arasındaki çizgiyi daraltır. Bu bakımdan her gebelik potansiyel bir risk oluşturur ve bir kriz dönemidir (2). Kadının özellikle fizyolojik ve biyolojik olarak olgunlaşmadığı bir dönemde gebeliği yaşaması ve kötü obstetrik öykünün varlığı hem kendisinin hem fetüsün hayatını tehtit ederek çizginin daha da darılmasına yol açacaktır.

Çalışmada hem vaka hemde kontrol grubundaki kadınların eğitim düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyinin düşük olduğu toplumlarda evlilik yaşı da düşmektedir. Yine eğitim düzeyi düşük olan kadınların doğum sayıları da daha fazladır. TNSA 2013'de, eğitimsiz kadınların %17'sinin adölesan dönemde gebe kaldığı, en az ilkokul mezunu kadınlarda bu oranın %8 düzeyinde olduğu belirtilmektedir (3). Literatürde adölesan gebelikler ve aşırı doğurganlık gibi kötü obstetrik öykünün ölü doğum oranlarını artırdığı belirtilmektedir (11). Nitekim çalışmada gebelik yaşı azaldıkça ve doğum sayısı arttıkça ölü doğum oranlarının arttığı saptanmıştır. Bezircioğlu ve ark. yaptığı çalışmada (2007) fetal ölüm olgularının %83.3'ünün eğitimsiz kadınlar da görüldüğünü belirtilmektedir (83).

Çalışmada vaka grubundaki kadınlar için ilk evlilik yaşı ortalaması 19.8±2.0, ilk gebelik yaşı ortalaması 19.8±2.0 olurken, kontrol grubundaki kadınlar için ilk evlilik yaşı ortalaması 19.8±2.7, ilk gebelik yaşı ortalaması 20.4±2.9 olarak belirlenmiştir. Adölesan dönemde gerçekleşen gebeliklerin, yetişkin dönemdeki gebeliklere göre daha fazla olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (3). Adölesan kadınların ölüm nedenlerinin en önemli sebebi gebelikle ilgili sorunlar olup, adölesan gebeliklerde perinatal ölüm, sefalopelvik uygunsuzluk, prematür doğumlara ve düşük doğum ağırlıklarına daha fazla rastlanmakadır (84, 56). Melekoğlunun çalışmasında belirttiği gibi McIntyre'nin Hollanda'da yapmış olduğu bir araştırmada 15-19 yaşları arasındaki gebelerde ölü doğum gerçekleşme riski, 20 yaş ve üzeri gebelere göre daha yüksek saptanmıştır (59). TNSA 2013 verilerine baktığımızda, 25-49 yaş grubundaki kadınların %41'inin 20 yaşından önce, %4'ünün de 15 yaşından önce evlendiği görülmektedir. Adölesan dönemdeki kadınların yaklaşık %5'i çocuk doğurmaya başlamıştır (3). Adölesan dönemde çocuk sahibi olma oranına bölgesel olarak baktığımızda; Batı bölgelerinde %3 olan bu oranın Güney, Orta ve Doğu bölgelerinde %6'dan daha fazla

olduğunu görmekteyiz (3). Bu verilerle karşılaştırıldığında Şanlıurfa ilinde adölesan evliliklerin yaygın, ilk gebelik yaşının düşük olduğu gerçeğine ulaşılmaktadır.

Çalışmada vaka grubunda iki yıldan kısa doğum aralığı oranının ve toplam gebelik sayısının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Kadının şimdiki gebeliği ile bir önceki gebeliği arasında bırakılan zaman perinatal ölüm hızı ile oldukça ilişkilidir. Doğum aralıklarının kısa olması anne ve çocuk ölümlülüğü riskini yüksek oranda arttırmaktadır. Doğum aralığının kısa olması sık doğumlara neden olup dolayısıyla toplam gebelik sayısınıda arttırmaktadır. İki yıldan kısa aralıklarla doğum yapan kadınlar ile 4 ve daha fazla doğum yapan kadınlar gebeliklerinde yüksek risk grubunda yer almaktadır. Bu annelerin çocukları da, diğer çocuklara göre 4 kat daha fazla ölmektedir (3). Nitekim vaka grubunda doğum aralığının kısa olması bu bilgiyi destekler nteliktedir.

Çalışmada kadınların çeşitli nedenlerden dolayı herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmadıkları belirlenmiştir. Aile planlaması yönteminin etkin kullanılmadığı toplumlarda doğum aralıkları kısalmakta ve doğum sayıları artmaktadır. Litaretürde Aile planlaması yöntemi kullanmanın, gebelik ve doğum sayısı, düşük yapma, kürtaj olma durumları üzerinde etkili olduğu yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (85-87). Kadın sağlığını olumsuz etkileyen kötü obstetrik öykünün etkisinin azalmasında aile planlaması yöntemi kullanımı oldukça önemlidir (88). TNSA 2013'de, tüm kadınlar arasında herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanma yüzdesi 15-19 yaş grubunda en düşüktür. Bölgelere göre baktığımızda, aile planlaması yönteminin kullanımının en düşük olduğu yer %60 ile Güneydoğu Anadolu bölgesi, en yüksek olduğu yer ise %83 ile Batı Anadolu bölgesidir (3).Veriler karşılaştırıldığında Şanlıurfa'da doğum aralıklarının kısa ve doğum sayılarının fazla olmasında aile planlaması yöntemlerinin bilinmemesi veya doğru kullanılmamasının etkili olduğu görülmektedir.

Çalışmada plesantal anomalilerin vaka grubunda daha fazla olduğu belirlenmiştir. Son yıllarda sezaryan oranlarındaki artışa bağlı geçirilmiş sezaryan doğumlar ile doğru orantılı biçimde daha sonraki gebeliklerde plasenta anomalilerinin görülme sıklığıda artmıştır. Plesanta anomalilerinde ki artışın maternal-fetal mortalite ve morbidite oranlarında artışlara neden olduğu bilinmektedir (89). Plasenta anomalilerinden olan plasenta dekolmanında perinatal mortalite oranı %6.5 -%87 arasında değişmektedir (90). Litaretürle uyumlu olarak plesenta anomalilerinin ölü doğumlar üzerinde etkili olduğunu söyleyebiliriz.

Çalışmada ölü doğum yapma riskinin ölü doğum öyküsü olanlarda 14.301 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde Bapat ve ark'nın (2012) çalışmasında da, ölü doğum oranlarının en fazla daha önce ölü doğum yapma öyküsü olanlarda görüldüğü belirtilmektedir (91). Yine Lamont ve ark. (2015) çalışmasında ölü doğum yapanların ikinci gebeliklerinde ölü doğum yapma durumları neredeyse beş kat daha fazla bulunmuştur (92). Çalışmada vaka ve kontrol grubu arasında sosyodemografik öykü, eğitim durumu, maddi durum ve diğer tanımlayıcı değişkenler bakımından çok belirgin farkların olmadığı göz önüne alındığında, kötü obstetrik öykünün ölü doğum yapma oranını artırdığı söylenebilir.

6. SONUÇ

Çalışma Şanlıurfa'da ölü doğum ve canlı doğum yapan kadınların obstetrik öykülerini belirlemek için yapılmıştır. Araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Vaka grubu ve kontrol grubundaki kadınların yaş ortalamaları 28.1±6.1'dir. Her iki gruptada kadınların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyi düşük olup kadınların büyük çoğunluğu Kürtçe konuşmaktadır.
- Vaka grubu ve kontrol grubundaki kadınların ilk evlilik yaşı ortalamaları düşük ve toplam gebelik sayısı ortalamaları fazla olup kadınların yarıdan fazlası iki yıldan kısa doğum aralığına sahiptir. Kadınların büyük çoğunluğu herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmamaktadır.
- Daha önce ölü doğum hikayesi olanlarda, iki yıldan daha kısa doğum aralığı olanlarda, erken doğum öyküsü olanlarda, plesantal bozukluk hikayesi olanlarda, evlilik yaşı düşük olanlarda, yaşayan çocuk sayısı fazla olanlarda, gebelikten önce aile planlaması yöntemi kullanmayı düşünmeyenlerde ölü doğum yapma oranları daha fazladır.
- Daha önce ölü doğum yapma durumu sonraki gebeliklerde ölü doğum yapma riskini 14.301 kat artırmaktadır.

7. ÖNERİLER

Elde edilen sonuçlara yönelik şu öneriler geliştirilmiştir.

- Kadın sağlığı ile ilgili planlanan çalışmaların eğitim düzeyi düşük kadınları da kapsaması amacıyla görsel materyallerden yararlanılmalı ve Türkçe bilmeyen kadınların dil sorunu dikkate alınarak çalışmalarda, tercümanlardan destek alınmalıdır.
- Erken yaş evlilikleri ve akraba evliliklerini azaltmak amacıyla kadınların temel eğitimlere devamlılığı sağlanmalı bu evliliklerin neden olabileceği sorunlar hakkında toplumu bilinçlendirecek eğitimler planlanmalıdır.
- Aile planlamasının önemliliği konusunda çalışmalar yapılıp gebe ve eşine yönelik aile planlaması eğitimleri verilerek, yöntem kullanımını arttırmak için aile sağlığı merkezleri ve gezici sağlık hizmetleri kapsamında aile planlaması hizmetleri kadınların ihtiyaçları doğrultusunda daha sık aralıklarla sunulmalıdır. Bu şekilde doğumlar arasındaki sürenin iki yıldan kısa olması azaltılmalıdır.
- Kadınların obstetrik öyküleri değerlendirilerek gebelik ve doğum sürecinde karşılaşılabilecek risk faktörleri saptanıp bu faktörlerinin önlenmesi doğrultusunda gebe ve eşine yönelik eğitimler planlanmalıdır. Hastanelerin genelinde gebe okulları açılmalıdır.
- Daha önce ölü doğum öyküsü bulunan kadınlara sonraki gebeliklerinde daha ayrıntılı taramalar yapılmalı ve eğitimler planlanmalıdır.

8. KAYNAKLAR

1. WHO. True magnitude of stillbirths and maternal and neonatal deaths underreported 16Ağustos 2016, Cenevre. URL: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/stillbirths-neonatal-deaths/en/ March 10, 2018.

2. WHO. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı Dünya Sağlık Örgütü. Geneva 2003: 7.

3. Çavlin A, Seçkiner P. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Ana Raporu, 2. Bölge Toplantısı TNSA-2013 Sonuçları. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/tdhs13/report/TDHS2013_Results_Izmir_05022015.pdf. Şubat 4, 2016.

4. Özçelik S, Kale A, Karaman O, Bayhan G, Yayla M. Kırk yaş ve üzeri gebeliklerin on yıllık retrospektif analizi. Perinatoloji Dergisi 2004;12(4):179-183.

5. Oskay Yeşiltepe Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004; 12 (1): 11-16.

6. Altıparmak S.Türkiye'de Ana Sağlığı Düzeyi. URL:http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2006-07/Ana_sagligi_SA.pdf.Şubat 8, 2016.

7. Korkmaz A, Canpolat FE, Armangil D, Anlar B, Yiğit Ş. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi 2003-2006 Dönemi Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Uzun Süreli İzlem Sonuçları. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009; 52 (3):101-12.

8. Korkmaz A, Akçaören Z, Alanay Y, Özyüncü Ö, Yiğit Ş, Deren Ö ve ark. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 Dönemi Perinatal Mortalite Analizi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2010; 53 (3): 175-88.

9. Stanton C, Lawn J, Rahman H, Wilczynska K, Hill K. Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries Lancet. 2006; 367 (9521):1487-94.

10. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. Ankara 2017.URL: https://www.google.com.tr/search?q=sağlık+istatistikleri+yıllığı+2015&oq=SAĞLIK&aqs=chrome.2.69i57j69i59l2j69i61l3.3803j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8.Ocak 17, 2016.

11. Madazlı R. Adölesan gebelikler. İ.Ü.Cerrah paşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri; 2008: 51-52.

12. Erdem G. Perinatal mortality in Turkey. Paediatr Perinat Epidemiol, 2003; 17 (1): 17-21.

13. T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2015. Ankara 2016.URL: https://www.google.com.tr/search?q=sağlık+istatistikleri+yıllığı+2015&oq=SAĞLIK&aqs=chrome.2.69i57j69i59l2j69i61l3.3803j0j7&sourceid=chrome&ie=UTF-8.Ocak 8, 2016.

14. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 227-273.

15. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 275.

16. World Health Organization. The OBSQUID project: quality development in perinatal care, final report. Publ Eur Serv 1995. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107408/1/E75675.pdf.February 9, 2016.

17. Özcan A, Kalo M, Kopuz Y, Kopuz A, Turan V, Özeren M. İntrauterin ölü doğum olgularında önlenebilir risk faktörlerinin belirlenmesi. Bozok Tıp Dergisi 2015; 5(1): 32-36.

18. Cote-Arsenault D. The influence of perinatal loss on anxiety in multigravidas. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2003;32: 623-629.

19. Gold KJ. Navigating care after a baby dies: A systematic review of parent experiences with health providers. J Perinatol 2007; 27: 230-237.

20. Goldenberg RL, Thompson C. The infectious origins of stillbirth. Am J Obstet Gynecol, 2003; 189 (3): 861-873.

21. Thayyil S, Cleary JO, Sebire NJ, Scott RJ, Chong K, Gunny R, et al. Post-mortem examination of human fetuses: a comparison of whole-body high-field MRI at 9.4 T with conventional MRI and invasive autopsy. Lancet, 2009; 374 (9688): 467-475.

22. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 232-249.

23. Kuklina EV, Ayala C, Callaghan MD. Hypertensive disorders and severe obstetric morbidity in the United States. Obstet Gynecol. 2009, Jun; 113(6):1299-1306.

24. National high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. Report of the national high blood pressure education program working group on high blood pressure in pregnancy. Am j obstet gynecol, 2000; 183: 1-22.

25. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 254-257.

26. American Diabetes Association (ADA). Gestational Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2003; 26: 103-105.

27. Strehlow SL, Greenspoon JS, Janzen C, Palmer SM. Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2010; 311-317.

28. Sagün M, Tosun M, Malatyalıoğlu E, Çetinkaya MB, Alper T, Kökçü A. Gestasyonel diabet taramasında 50 gr oral glikoz testinin etkinliği. Türkiye Obstetri ve Jinekoloji Dergisi, 2008; 5 (4): 258- 262.

29. World Health Organization.Values for diagnosis of diabetes mellitus and other categoriesofhyperglycaemia.URL: http://www.who.int/diabetesactiononline/diabetes/basics/en/index4.html,1999. April 7, 2016.

30. Sayın NC, Varol FG, Duran R, Acunafi B, Kurt I. Diabetes mellitus with normal or with one elevated glucosetolerance test value. J Turkish German Gynecol Assocation 2007; 8 (1): 38-43.

31. Artunç Ülkümen B, Pala HG, Aktenk F, Bülbül Baytur Y. Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları. Ege Tıp Dergisi, 2014; 53: 88-91.

32. Jauniaux E, Jurkovic D. Placenta accreta: pathogenesis of a 20th century iatrogenic uterine disease, 2012; 33: 244-251.

33. Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. CMJ 2003; 44 (6):728-733.

34. Solheim K, Esakoff T, Little SE, et al. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. J Matern Fetal Neonatal Med, 2011; 24 (11): 1341-1346.

35. Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstet Gynecol Scand, 2011; 90: 1409.

36. Tikkanen M. Etiology, clinical manifestations, and prediction of placental abruption. Acta Obstet Gynecol Scand, 2010; 89: 732-740.

37. Ananth CV, Smulian JC, Demissie K, Vintzileos AM, Knuppel RA. Placental abruption among singleton and twin births in the United States: risk factor profiles. Am J Epidemiol 2001; 153:771-8.

38. Ananth CV, Oyelese Y, Srinivas N, Yeo L, Vintzileos AM. Preterm premature rupture of membranes, intrauterine infection, and oligohydramnios: risk factors for placental abruption. Obstet Gynecol, 2004; 104: 71-77.

39. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 351-363.

40. Canavan TP, Simhan HN, Caritis S. An evidence-based approach to the evaluation and treatment of premature rupture of membranes: Part I. Obstet Gynecol Surv, 2004; 59 (9): 669-677.

41. Mercer BM. Preterm premature rupture of the membranes: diagnosis and management. Clin Perinatol 2004; 31(4): 765-782.

42. Aagaard-Tillery KM, Nuthalapaty FS, Ramsey PS, Ramin KD. Preterm premature rupture of membranes: perspectivessurrounding controversies in management. Am J Perinatol, 2005; 22: 287-297.

43. Berkman S, Has R. Erken Membran Rüptürü. Doğum Bilgileri Nobel Tıp Kitabevleri, 2004; 125.

44. Lees C, Marlow N, Arabin B, et al. Perinatal morbidity and mortality in early onset fetal growth restriction: cohort outcomes of the trial of randomized umbilical and fetal flow in Europe (TRUFFLE). Ultrasound in Obstetrics & Gynecology, 2013; 42: 400-408.

45. Jaquier M, Klein A, Bolthauser E. Spontaneous pregancy outcome after prenatal diagnosis of anencephaly. BJOG, 2006; 13: 951-953.

46. Özaras N. Spina Bifida ve Rehabilitasyon. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul, Turk J Phys Med Rehab, 2015; 61: 65-69.

47. T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2013. URL: http://ekutuphane.sagem.gov.tr/kitaplar/saglik_istatistikleri_yilligi_2013.pdf.Ocak 9, 2016.

48. Akyol A, Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y. 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. Perinatoloji Dergisi, 2006; 14 (1): 1– 6.

49. Tamay AG, Güvenal T, Özgür N, Koltan SO, Koyuncu FM. Retrospective analysis of advanced maternal age pregnancies. Gynecol Obstet Reprod Med, 2011; 17 (2): 83-86.

50. Çetinoğlu EÇ, Canbaz S, Ağlan Z, Peşken Y. Samsun il merkezi 2004 yılı ileri yaş gebelik prevalansının saptanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi. Journal of Inonu University Medical Faculty, 2006; 13 (3): 167-170.

51. Gravena AA, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Outcomes in late-age pregnancies. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46 (1): 15-21.

52. Wang Y, Tanbo T, Abyholm T, Henriksen T. The impact of advanced maternal age and parity on obstetric and perinatal outcomes in singleton gestations. Arch Gynecol Obstetric, 2011; 284 (1): 31-37.

53. Ojule JD, Ibe VC, Fiebai PO. Pregnancy outcome in elderly primigravide. Ann Afr Med, 2011;10(3): 204-208.

54. World Health Organization. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcome among adolescents in developing countries. Geneva: 2011.

55. Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M, Giray H, Karakus N, Gunay T. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. Journal of pediatric and adolescent gynecology, 2007; 20(1): 19-24.

56. Chen CW, Tsai CY, Sung FC, Lee YY, Lu TH, Li CY, et al. Adverse birth outcomes among pregnancies of teen mothers: age specific analysis of national data in Taiwan. Child: care, health and development, 2010; 36(2): 232-240.

57. Chen XK, Wen SW, Fleming N, Demissie K, Rhoads GG, Walker M. Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. International journal of epidemiology, 2007; 36 (2): 368-373.

58. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lammers C. Maternalperinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America: Cross-sectional study. American journal of obstetrics and gynecology, 2005; 192 (2): 342-349.

59. Melekoğlu R. Adölesan gebelikler: maternal ve fetal sonuçlar. ÇÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Adana, 2012; 15-20.

60. Volpe FM, Abrantes MM, Capanema FD, Chaves JG. The impact of changing health indicators on infant mortality rates in Brazil, 2000 and 2005. Rev Panam Salud Publica, 2009; 26: 478-484.

61. Göksever H, Kılıç B, Erata Y. Epidemiologic factors in preterm birth. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obstetric, 2008; 18: 294-305.

62. Kalem M, Yıldırım S, Onaran Y, Keskin E, Duvan C. Düşük Doğum Ağırlığı ve Perinatal Risk Faktörleri. Turgut Özal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Yeni Tıp Dergisi, Ankara, 2015; 32: 152-156.

63. Childinfo Monitoring the Situation of Children and Women.URL: http://www.childinfo.org/. UNİCEF, 2005. September 15, 2016.

64. Grisaru-Granovsky S, Reichman B, Lerner-Geva L, Boyko V, Hammerman C, Samueloff A. Israel neonatal network. Mortality and morbidity in preterm small-for-gestational-age infants: a population-based study. American journal of obstetrics and gynecology, 2012; 206: 150-151.

65. Horbar JD, Carpenter JH, Badger GJ, et al. Mortality and neonatal morbidity among infants 501 to 1500 grams from 2000 to 2009. Pediatrics, 2009; 129:1019-1026.

66. Salam RA, Mansoor T, Mallick D, et al. Essential childbirth and postnatal interventions for improved maternal and neonatal health. Reprod Health, 2014; 11: 1-3.

67. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Perinatal Mortalite Çalışma Grubu. Hacettepe Üniversitesi Hastanesi 2001-2006 Dönemi Perinatal Mortalite Hızı ve Ölüm Nedenlerinin Değerlendirilmesi. Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, 2011; 23: 52-65.

68. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan AD, Okumuş N, Onat FN, Özbaş S, ve ark. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2013; 56: 105-21.

69. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) Ana Raporu, 2008. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf.Ocak 14, 2016.

70. Cousens S, Blencowe H, Stanton C et al. National, regional and worldwidw estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: a systematic analysis. Lancet, 2011; 378 (9794): 873-874.

71. Haws RA, Yakoob MY, Soomro T, Menezes EV, Darmstadt GL, Bhutta ZA. Reducing stillbirths: screening and monitoring during pregnancy and labour. BMC Pregnancy Childbirth, 2009; 9 (1): 5.

72. McPherson E. Discovering the cause of stillbirth. Curr Opin Obstet Gynecol, 2013; 25 (2): 152-6.

73. Dudley D, Goldenberg R, Conway D, Silver R, Saade G, Varner M et al. A new system for determining the causes of stillbirth. Obstet Gynecol, 2010; 116 (2 pt 1): 254-60.

74. Okyay P, Atasoylu G, Meteoğlu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E. Aydın ilinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2006; 7(2): 3-12.

75. Figen Serçekuş P, Mete S. Uyum Modeli ve Sosyal Bilinçsel Öğrenme Kuramının Doğum Öncesi Eğitimde Kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2009; 1(1): 57-68.

76. Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal, 2012; 19 (2): 80-91.

77. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2011; 154-156.

78. Chan FM, Lou F, Arthur GD, Cao F, Wu HL. Investigating Factors Associate to Nurses' Attitudes Towards Perinatal Bereavement Care. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17 (4): 509-518.

79. Gold KJ. Navigating Care After A Baby Dies: A Systematic Review of Parent Experiences With Health Providers. Journal of Perinatology, 2007; 27 (4): 230-237.

80. O'leary J, Thorwıck C. Fathers' Perspectives During Pregnancy, Postperinatal Loss. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 2006; 35 (1): 78-86.

81. Moyer CA, Kolars CK, Oppong SA, Bakari A, Bell A, Busingye P. Predictors of stillbirths and neonatal deaths in rural western Uganda. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2016; 134: 190–193.

82. Sak ME, Evsen MS, Soydinç HE, Sak S, Baflaranoğlu S, Yalınkaya A. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Bir bölge hastanesinde ölü doğum olgularının retrospektif analizi. Perinatoloji Dergisi, 2012; 20 (3): 135-139.

83. Bezircioğlu İ, Çetinkaya B, Biçer M, Baloğlu A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İntrauterin Fetal Ölümle İlişkili Risk Faktörleri. Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 2007; 17 (1): 14-7.

84. Adölesan Sağlığı.URL: http://www.gata.edu.tr/ureme_sagligi/adolesan.htm/ Şubat 8, 2016.

85. Oltuoğlu H, Başer M. Malatya il merkezinde yaşayan evli kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri ve seçme nedenlerinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 19(3): 167-174.

86. Bostancı MS. Doğu Anadolu Bölgesindeki bir ilçede kadınların kullandıkları kontraseptif yöntemleri için bilgi kaynakları ve istenmeyen gebeliklerle ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 2011; 38 (2): 202-207.

87. Apay SE, Nazik E, Özdemir F, Pasinlioğlu T. Kadınların Aile Planlamasına İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2010; 13 (3): 39-45.

88. Karadağ G, Koçak HS, Yılmaz M. Kadınların Gebeliği Önleyici Yöntemleri Kullanma ve Tercih Etme Nedenleri. Gümüşhane University Journal Of Health Sciences, 2013; 2 (1): 13-25.

89. Knight M, UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. BJOG, 2007; 114: 1380-7.

90. Dafallah SE, Babikir HE. Risk factors predisposing to abruptio placentae. Maternal and fetal outcome. Saudi Med J, 2004; 25: 1237-40.

91. Bapat U, Alcock G, More NS, Das S, Joshi W, Osrin D. Stillbirths and newborn deaths in slum settlements in Mumbai, India: a prospective verbal autopsy study. Bmc Pregnancy and Childbirth, 2012; 12 (39): 1-9.

92. Lamont K, Scott N, Jones G, Bhattacharya S. Risk of recurrent stillbirth: systematic review and meta-analysis. BMJ, 2015; 1-3.

9. EKLER

EK 1. Veri Toplama Formu

ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ VERİ TOPLAMA FORMU

Anket No: Tarih:

Kurum:

Bölüm:

A. KADINLARIN TANITICI BİLGİLERİ

1.Kaç yaşındasınız? .....

2.Doğum yeriniz neresidir? .....

3. Eğitim durumunuz nedir ?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5. Lise 6. Üniversite

4. Son 5 yıldır en uzun yaşadığınız yer neresidir?

1.Köy/kasaba 2. İlçe 3. İl merkezi

5.Evde en çok konuştuğunuz dil hangisidir?

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

6.Sağlık güvenceniz var mı?

1.Evet (açıklayınız……) 2.Hayır

7.Çalışıyor musunuz?

1. Evet (mesleğiniz……..) 2. Hayır

8.Eşinizin eğitim durumu nedir ?

1. Okur-yazar değil 2. Okur-yazar 3. İlkokul 4. Ortaokul 5.Lise 6.Üniversite

9.Eşiniz çalışıyor mu?

1. Evet (mesleği……..) 2. Hayır

10.Maddi durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1.Çok iyi 2.İyi 3.Orta 4.Kötü

11.Tanı konulmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

1.Evet (açıklayınız……) 2. Hayır

12. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?
1.Evet (açıklayınız……..) 2. Hayır

13.Sigara kullanıyor musunuz?
1. Evet (ne sıklıkla.....günlük miktar…....) 2. Hayır
14.Eşinizle aranızda akrabalık var mı?

1. Evet (açıklayınız…….……) 2. Hayır
15.Eşinizle aranızda kan uyuşmazlığı var mı?

1. Evet 2. Hayır

B. DOĞURGANLIK VE OBSTETRİK ÖZELLİKLERİ

16.Kaç yaşında evlendiniz?.....

17.İlk gebelik yaşınız kaçtır? .....

18.Toplam gebelik sayınız nedir? ……..

19.Yaşayan kaç çocuğunuz var? .....

20.Siz hiç düşük yaptınız mı?

1.Evet (sayısı:…….nedeni:……..) 2. Hayır

21.Siz hiç ölü doğum yaptınız mı?

1.Evet (sayısı:…….nedeni:……..) 2. Hayır

22.Siz hiç küretaj oldunuz mu?

1.Evet (sayısı:…….nedeni……...) 2. Hayır

23.Siz hiç istemeden gebe kaldınız mı ?

1.Evet (sayısı:…….) 2. Hayır

24.Son gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık kuruluşunda izlem yapıldı mı?

1. Evet 2. Hayır (26. Soruya geçiniz)

25.Gebeliğiniz boyunca kaç kez izlem amacıyla sağlık kuruluşuna başvurdunuz?.....

26.Gebelik öncesi izlem yapılmamasının nedeni nedir?

1. Ulaşamama 2.Gerek duymama 3. Gelenek,görenekler 4.Ekonomik nedenler

5.Güvenememe 6. Bilmiyordum

27.Doğumunuzu/doğumlarınızı nasıl gerçekleştirdiniz?

Doğum sırası	**Doğum şekli**
1.	Normal doğum □ Sezaryen □ (Nedenini açıklayınız……. ..)
2.	Normal doğum □ Sezaryen □ (Nedenini açıklayınız…….. ..)
3.	Normal doğum □ Sezaryen □ (Nedenini açıklayınız…….....)
4.	Normal doğum □ Sezaryen □ (Nedenini açıklayınız….....)

28.En son doğumunuzu nasıl gerçekleştirdiniz?

1.Vajinal doğum 2.Sezaryan

29.İki yıldan daha kısa ara ile doğum yaptığınız oldu mu?

1.Evet (sayısı:…….) 2. Hayır

30.Gebelikten önce herhangi bir gebeliği önleyici yöntem kullanıyor muydunuz?

1. Evet 2. Hayır (32. Soruya geçiniz)

31.Hangi gebeliği önleyici yöntemi kullanıyorsunuz?.....

32.Gebeliği önleyici yöntem kullanmama sebebiniz nedir?

1. Eşim istemiyordu 2. Gebe kalmak istiyordum 3.Bilgi sahibi degildim

4. Diğer (açıklayınız)……

33.Doğum sonrası gebeliği önleyici herhangi bir yöntem kullanmayı düşünüyor musunuz?

1.Evet 2.Hayır

34.Doğumlarınızın zamanından önce gerçekleştiği (Erken Doğum Öyküsü) oldu mu?

1.Evet(sayısı……..nedeni…….) 2.Hayır

35.Gebeliklerinizle birlikte ortaya çıkan şeker hastalığınız (Gestasyonel Diabetes Mellitus) oldu mu?

1.Evet (sayısı……tedavisi….....) 2.Hayır

36.Gebelik sürecinde veya doğumlarınız sonrasın da bir enfeksiyon geçirdiniz mi?

1.Evet (sayısı…….tedavisi……....) 2.Hayır

37.Gebelik sürecinde veya doğumlarınız da tansiyonlarınızın düşük ya da yüksek olmasıyla (Preeklampsi) ilgili bir problem yaşadınız mı?

1.Evet (sayısı……tedavisi……....) 2.Hayır

38.Gebelik sürecinde veya doğumlarınız da bebeğin eşiyle (Plasenta Previa,Dekolman vb.) ilgili herhangi bir problem yaşadınız mı?

1.Evet (sayısı…....tedavisi……....) 2.Hayır

39. Bebeğinizin 2500 gram ve daha az kiloyla (Düşük Doğum Ağırlığı) doğduğu doğum öykünüz var mı?

1.Evet(sayısı……..tedavisi…….) 2.Hayır

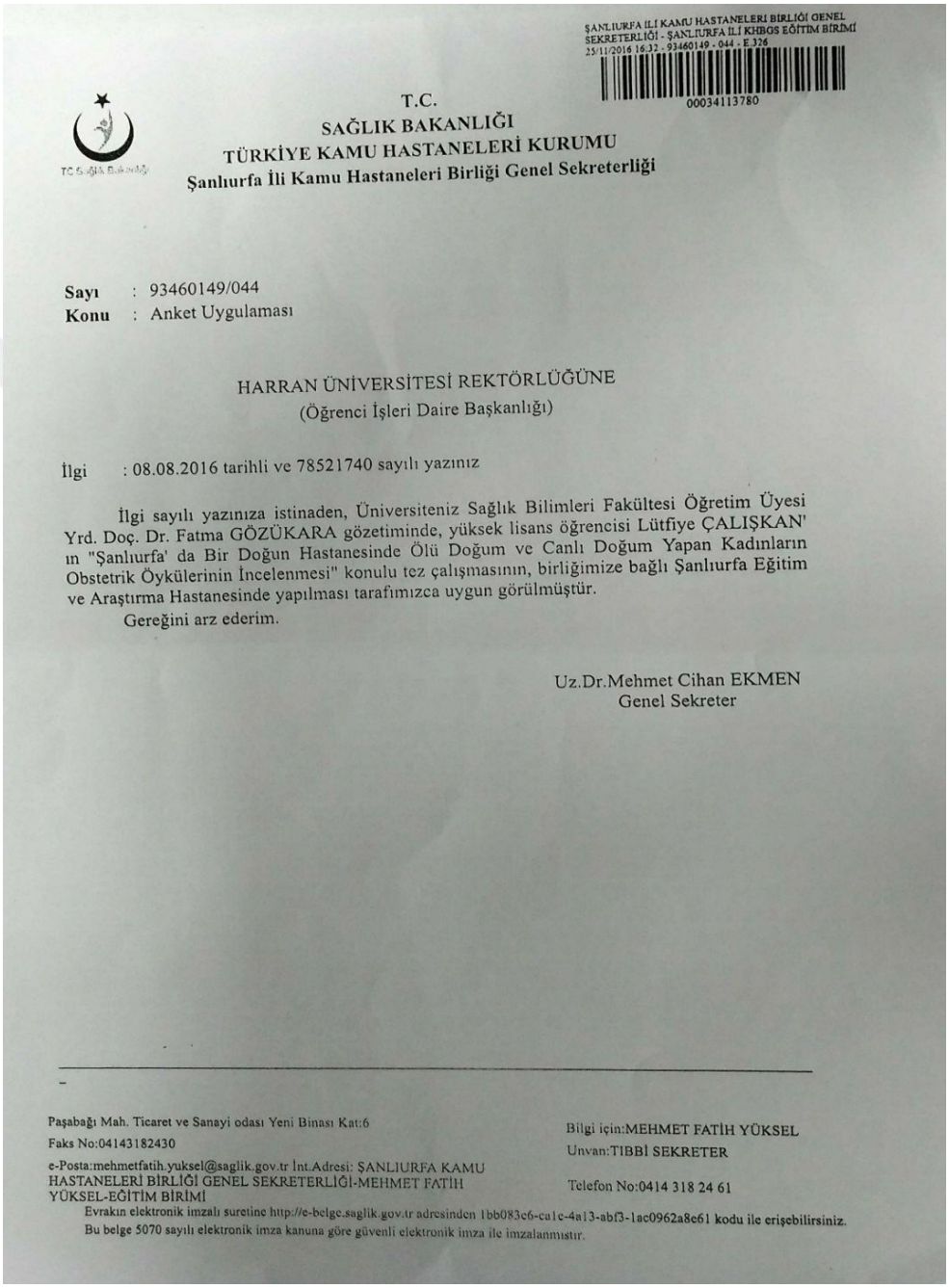
40.Gebeliklerinizde bebeğin gelişimiyle ilgili (İntrauterin gelişme geriliği) bir sıkıntı gerçekleşti mi?

1.Evet (sayısı……tedavisi……....) 2.Hayır

41.Gebelik sürecinde veya doğumlarınız da bebeğiniz de bir sakatlık gelişti mi?

1.Evet (sayısı……tedavisi……....) 2.Hayır

EK 2. Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Onayı



ŞANLIURFA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ - ŞANLIURFA İLİ KHBGS EĞİTİM BİRİMİ
25/11/2016 16:32 - 93460149 - 044 - E.326
00034113780

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 93460149/044
Konu : Anket Uygulaması

HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 08.08.2016 tarihli ve 78521740 sayılı yazınız

İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA gözetiminde, yüksek lisans öğrencisi Lütfiye ÇALIŞKAN'ın "Şanlıurfa' da Bir Doğun Hastanesinde Ölü Doğum ve Canlı Doğum Yapan Kadınların Obstetrik Öykülerinin İncelenmesi" konulu tez çalışmasının, birliğimize bağlı Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür.
Gereğini arz ederim.

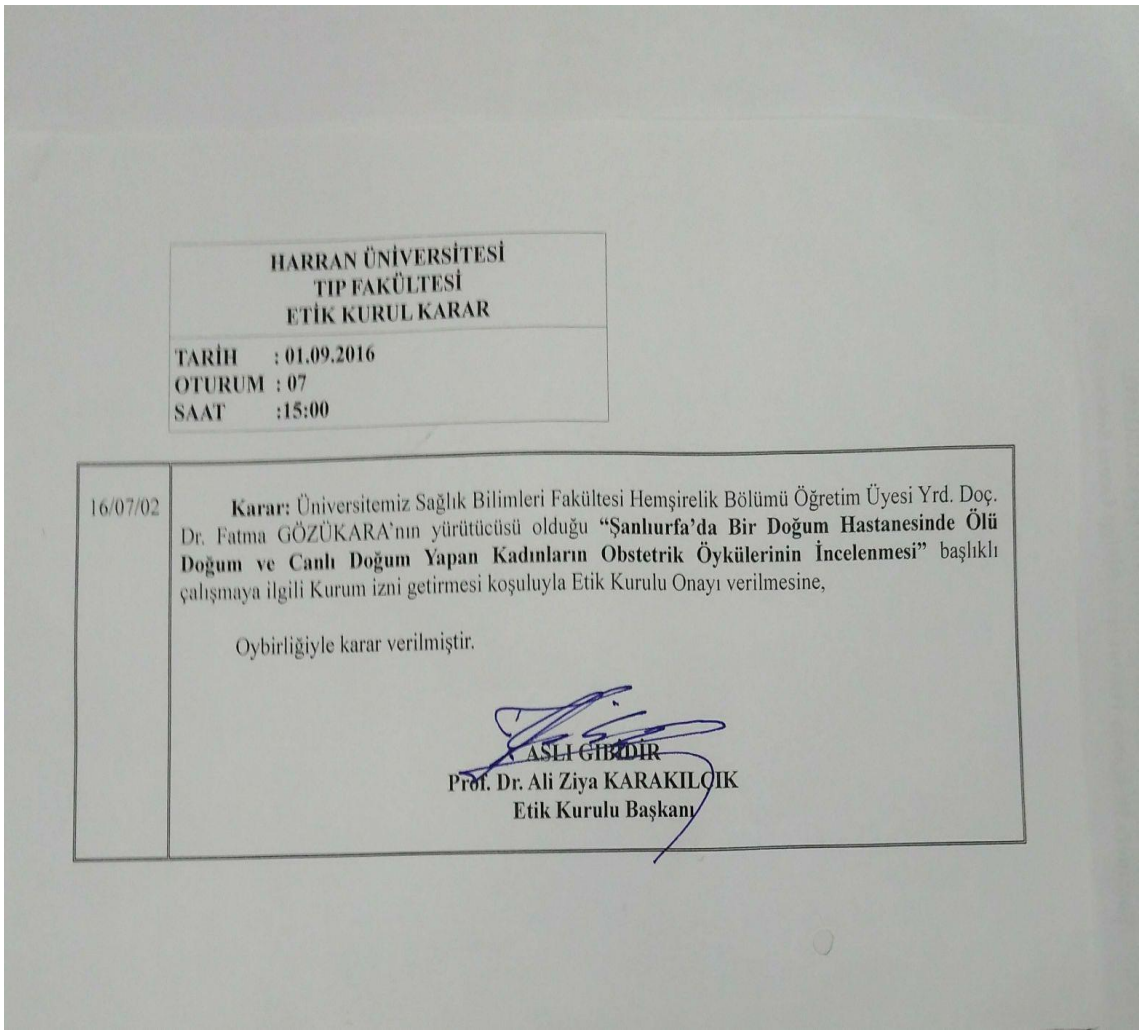
Uz.Dr.Mehmet Cihan EKMEN
Genel Sekreter

Paşabağı Mah. Ticaret ve Sanayi odası Yeni Binası Kat:6
Faks No:04143182430
e-Posta:mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ŞANLIURFA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-MEHMET FATİH YÜKSEL-EĞİTİM BİRİMİ

Bilgi için:MEHMET FATİH YÜKSEL
Unvan:TIBBİ SEKRETER
Telefon No:0414 318 24 61

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 1bb083c6-ca1c-4a13-abf3-1ac0962a8e61 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK 3. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı



HARRAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL KARAR

TARİH : 01.09.2016
OTURUM : 07
SAAT :15:00

16/07/02	**Karar:** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın yürütücüsü olduğu **"Şanlıurfa'da Bir Doğum Hastanesinde Ölü Doğum ve Canlı Doğum Yapan Kadınların Obstetrik Öykülerinin İncelenmesi"** başlıklı çalışmaya ilgili Kurum izni getirmesi koşuluyla Etik Kurulu Onayı verilmesine, Oybirliğiyle karar verilmiştir. ASLI GİBİDİR **Prof. Dr. Ali Ziya KARAKILÇIK** **Etik Kurulu Başkanı**

EK 4. İntihal Formu

T.C.
HARRAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

TEZ ÇALIŞMASI ORİJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

Öğrencinin
Numarası :155322012
Adı, Soyadı :Lütfiye ÇALIŞKAN
Anabilim Dalı (Bölümü) :Hemşirelik
Programı : ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora
Tezin Adı: Şanlıurfa'da Bir Doğum Hastanesinde Ölü Doğum ve Canlı Doğum Yapan Kadınların Obstetrik Öykülerinin İncelenmesi

SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek lisans tez çalışmamın; ***kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç*** kısımlarından oluşan toplam 42 sayfalık kısmına ilişkin, 07/02/2018 tarihinde şahsım/ danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %4'tür.
Uygulanan filtrelemeler:

1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
2- Kaynakça hariç
3- Alıntılar hariç
4- 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulama esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı, blok şeklinde alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntıların bilimsel atıf kuralları çerçevesinde kaynağını gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

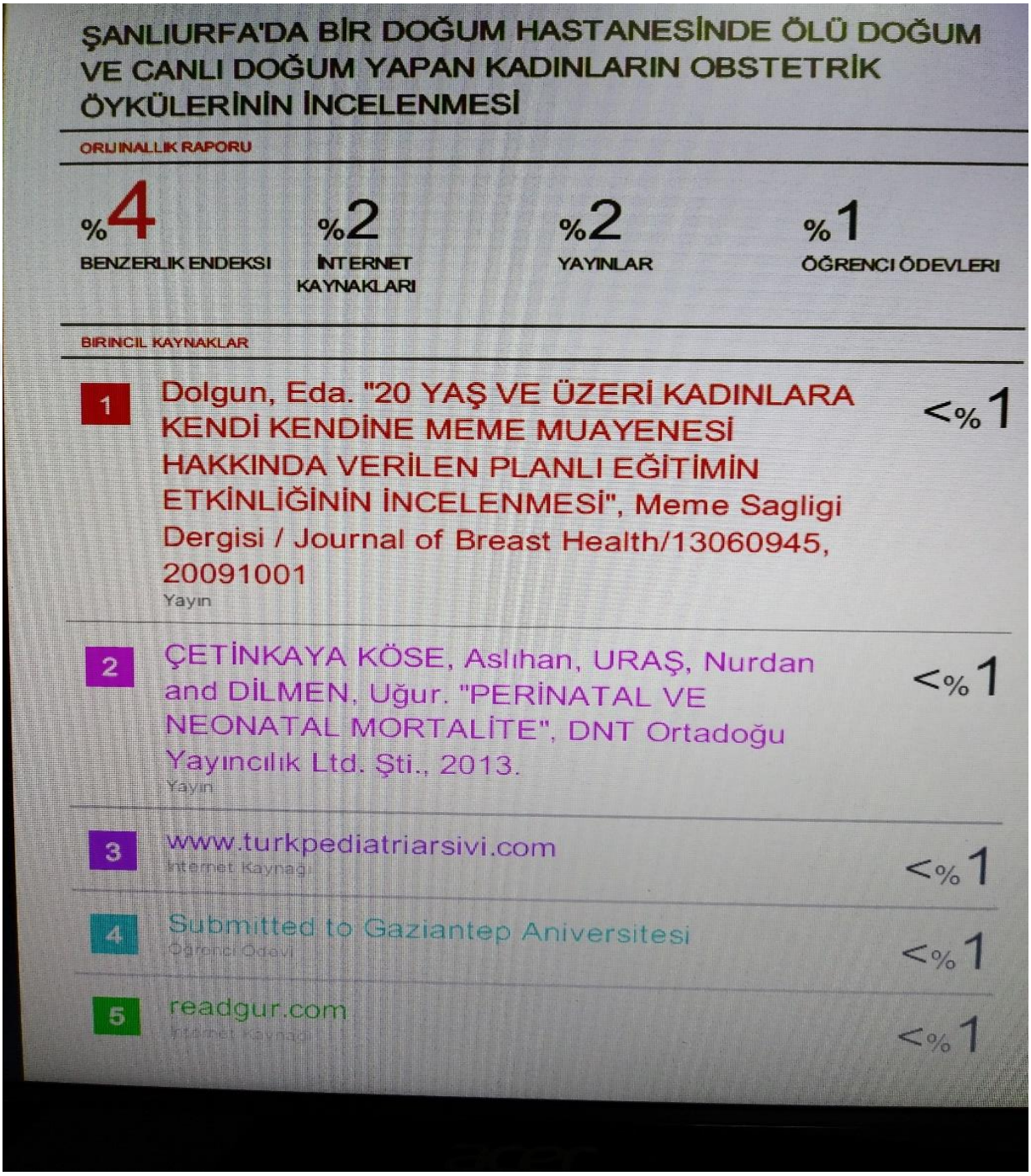
Gereğini saygılarımla arz ederim. 07/02/2018

Tezi Hazırlayan Öğrencinin
Adı-Soyadı: Lütfiye ÇALIŞKAN
İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanın doğruluğunu onaylarım. 07/02/2018

Danışmanın
Unvanı-Adı-Soyadı: Yrd. Doç. Dr. Fatma KORUK
İmzası:

EK 5. İntihal Raporu



ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ

ORIJINALLIK RAPORU

%4	%2	%2	%1
BENZERLIK ENDEKSI	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCI ÖDEVLERI

BIRINCIL KAYNAKLAR

1	Dolgun, Eda. "20 YAŞ VE ÜZERİ KADINLARA KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ HAKKINDA VERİLEN PLANLI EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİN İNCELENMESİ", Meme Sagligi Dergisi / Journal of Breast Health/13060945, 20091001 Yayın	<%1
2	ÇETİNKAYA KÖSE, Aslıhan, URAŞ, Nurdan and DİLMEN, Uğur. "PERİNATAL VE NEONATAL MORTALİTE", DNT Ortadoğu Yayıncılık Ltd. Şti., 2013. Yayın	<%1
3	www.turkpediatriarsivi.com İnternet Kaynağı	<%1
4	Submitted to Gaziantep Aniversitesi Öğrenci Ödevi	<%1
5	readgur.com İnternet Kaynağı	<%1

EK 6. Tez Veri Giriş Formu

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10187120
Yazar Adı / Soyadı	LÜTFİYE ÇALIŞKAN
T.C.Kimlik No	12378006300
Telefon	5512426876
E-Posta	Lavanta_flower63@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	ŞANLIURFA'DA BİR DOĞUM HASTANESİNDE ÖLÜ DOĞUM VE CANLI DOĞUM YAPAN KADINLARIN OBSTETRİK ÖYKÜLERİNİN İNCELENMESİ
Tezin Tercümesi	EXAMİNİNG THE OBSTETRİCAL HİSTORY OF WOMEN WHO HAD GİVEN STİLLBİRTH AND LİVE BİRTH AT A MATERNİTY HOSPİTAL İN ŞANLIURFA
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2018
Sayfa	55
Tez Danışmanları	DR. ÖĞR. ÜYESİ FATMA KORUK
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	

13.04.2018

İmza:.....

EK 7. Özgeçmiş

1993 yılında Şanlıurfa'da doğdu. İlköğrenimini Rasime Polat İlköğretim Okulu'nda ve Ortaöğrenimini Kız Meslek Lisesi'nde 2010 yılında tamamladı. Ardından Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nü kazanarak 2014 yılında lisans eğitimini tamamladı. Eylül 2015'de Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı'nda halen devam ettiği yüksek lisans yapma hakkını kazandı.