

Kahramanmaraş İl Merkezinde 2010 Yılında Meydana Gelen Bebek Ölümünün Değerlendirilmesi

The Assessment of Infant Deaths Which Occured in the Center of Province Kahramanmaraş in 2010

Filiz TAŞ¹, Ayşe Aslı OKTAY², Merve GÜLPAK³

¹ Yrd. Doç. Dr. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı , KAHRAMANMARAŞ

² Öğr.Gör. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

³ Öğr.Gör. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, KAHRAMANMARAŞ

Özet

Amaç: Retrospektif ve tanımlayıcı olarak planlanan bu çalışmada bebek ölümlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler: Veri toplama aracı olarak sağlık ocaklarında tutulan ve Kahramanmaraş İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilen 2010 yılına ait "Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formları" kullanılmıştır.

Bulgular: Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerine göre Türkiye genelinde bebek ölüm hızı 2010 yılında % 012.1 iken, Kahramanmaraş'ta 2010 yılında il merkezinde bebek ölüm hızı % 011.8 olarak belirlenmiştir. Bilgi formları değerlendirmesi sonunda ölen bebeklerin annelerinin % 9.4' ü 18 yaş ve altında, %14.1'i 35 yaş ve üzeridir. Annelerin % 8.0'ı sigara, % 0.7' si alkol kullanmaktadır. Gebelikleri süresince annelerin % 42.6'sının beşten az izlem aldıkları, % 56.3'ünün birinci derecede akraba olduğu belirlenmiştir. Ölen bebeklerin %52.2'sinin erkek, %55.4'ünün düşük doğum ağırlıklı olduğu belirlenmiştir. Ölüm nedenleri %32.2'sinin konjenital anomali, %19.2'sinin RDS, %11.8'inin sepsis, %9.3'ünün prematürite olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Bebek ölümlerinin önlenmesi için koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi, erken ve ileri yaş gebeliklerin önlenmesi, akraba evliliklerinin azaltılması, gebelik sayısının anne-bebek sağlığı için uygun sayılarda tutulması, gebelikte izlemlerin sayı ve niteliğinin geliştirilmesi, kronik hastalığı olan kadınlardagebelik planlama veizlemine özen gösterilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bebek ölümleri, bebek ölüm nedenleri, koruyucu hizmetler

Abstract

Objective: On this study which is planned as retrospective and descriptive, it has been aimed to examine on infant deaths.

Material and Methods: As a data collection tool, "Perinatal and Infant Deaths Information Form" belonging to 2010 year which was kept in health care centers and informed to The Directorate of Health in Karamanmaras was used.

Results: According to data of Turkey Population and Health Researches in Turkey, while the rate of infant deaths was 012.1% in 2010, the rate of infant death in Kahramanmaraş in 2010 was determined as 011.8%. At the end of the information forms' assessment, 9.4% of mothers of infant who died were under 18years old and 14.1% of them were at their 35 and over it. The following cases were determined that 8.0% of mothers smoked and 0.7% of them used alcohol. During their pregnancy, 42.6% of mothers got monitoring under five times, 56.3% of them are first degree relatives.52.2% of infants who dies were male and 55.4% of them had low-birth weight. It was determined that death reasons were congenital anomalies as 32.2%, RDS as 19.2%, sepsis as 11.8%.

Conclusion: It has been suggested that protective health services are paid attention in order to prevent infant deaths, early and advanced maternal age are prevented, consanguineous marriages are reduced, the number of pregnancy is kept in appropriate numbers for mother and baby health, the number and quality of observings are developed during the pregnancy, the planning and observing of pregnancy are to be paid attention on women who have got chronic diseases.

Key Words: Infant deaths, reasons of infant deaths, protective services

GİRİŞ

Bebek Ölüm Hızı, bin canlı doğumdan kaç bebeğin bir yaşına gelmeden öldüğünü ifade eden toplumun genel sağlığı ve anne-bebek sağlık düzeyini gösteren önemli bir ölçüttür. Bir toplumun sağlık düzeyini tanımlamada kullanılan anneye ve bebeğe verilen prenatal, natal ve postnatal bakımın önemli bir göstergesi, toplumun ulusal düzeyde gelişmişliğinin ve kalkınmışlığının belirlenmesi vebir bölge ya da ülkede anne ve çocuk sağlığına verilen önemin belirleyicisidir (1). Ayrıca toplumsal sağlık düzeyinin ölçülmesi, sağlık sistemi içindeki sorunların

niteliklerinin ve boyutlarının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve ileriye dönük politikaların belirlenmesi ve önlemlerin alınması için gereklidir (2-4). Gelişmiş ülkelerde % 010'un altında olan bebek ölüm hızının, gelişmemiş ülkelerde % 080'lere çıktığı görülmektedir (1). Ülkemizdeki bebek ölümleri incelendiğinde Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK) tarafından bildirilen verilere göre 2010 yılında 365190 bebek ölümü gerçekleşmiştir ve bebek ölüm hızı % 012,1 olarak bildirilmiştir (5).

İletişim: Ayşe Aslı Oktay., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

DOI: 10.17517/ksutfd.393180

Tel : 0 344 300 26 11

E-Posta : ayseaslioktay@ksu.edu.tr

Geliş Tarihi : 10.02.2018

Kabul Tarihi : 07.03.2018

Tablo 1. Annelerin Demografik Özellikleri (n=425)

Annelerin yaşı	Sayı	%
18 yaş ve altı	40	9.4
19-34 yaş	325	76.5
35 yaş ve üstü	60	14.1
Annelerin eğitim durumu		
Okur yazar değil+okuryazar+ilkokul	267	62.9
Ortaokul	98	22.0
Lise+üniversite	60	14.3
Babaların eğitim durumu		
Okur yazar değil+okuryazar+ilkokul	227	53.5
Ortaokul	115	27.1
Lise+üniversite	78	18.2
Annelerin alışkanlıkları		
Sigara	34	8.0
Alkol	3	0.7

Bilgi formları bir bölgeye ait bilgilerin toplanması, neden-sonuç ilişkilerinin araştırılması ve analiz edilmesinde önemli veri kaynaklarıdır. Bu bilgiler doğum ve ölüm kayıtları, hastaneler, Sağlık Ocakları, Aile Sağlığı Merkezleri kayıtlarından ve çeşitli toplum sağlığı araştırmalarının sonuçlarından elde edilebilir. Belirli aralıklarla yapılacak değerlendirmeler ile sağlık hizmetlerinin sunumu, etkililiği ve eksikliği, alınan ve alınması gereken önlemler ile bu önlemlerin etkililiği ölçülebilir. Bu araştırmada, Kahramanmaraş İl Merkezi'nde 2010 yılında gerçekleşen bebek ölümlerinin incelenmesi ve demografik özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kahramanmaraş'ta 2010 Aralık ayı itibari ile Sağlık Ocakları, Aile Sağlığı Merkezlerine dönüşmüştür ve sağlık ocakları tarafından bildirilen bebek ölümleri ile ilgili son kayıtlar olması birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesi ve karşılaştırmaların yapılmasına olanak vermesi nedeniyle önemli olduğu düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma retrospektif ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini, Kahramanmaraş il merkezinde ikamet eden 2010 yılında meydana gelen bebek ölümleri oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak sağlık ocaklarında tutulan ve İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilen 2010 yılına ait "Perinatal ve Bebek Ölümleri Bilgi Formları" kullanılmıştır.

Formda ölen bebeğin cinsiyeti, doğum/ölüm tarihi/saati, anne ve gebeliğe ait bilgiler; gebeliğin şekli, gebeliğin süresi, bu gebelik için fetus sayısı, annenin bu doğumdaki yaşı, annenin önceki gebelikleri, annenin bir önceki gebeliği ile ölen bebeğin doğumu arasındaki süre, anne-baba arasında akrabalık durumu, anne-baba arasında kan uyumsuzluğu, annenin tetanoz aşılı, annenin gebelikteki izlem sayısı, belirlenen sorunlar, annenin madde bağımlılığı, bebeğin doğum şekli,

doğumun gerçekleştiği yer, yenidoğan bebeğe ilişkin bilgiler; gebeliğin sonlanma şekli, bebeğin canlandırma ihtiyacı, amnion sıvısında mekonyum varlığı, bebekte sarılık durumu, izlemin gerçekleştiği kurum, belirlenen sorunlar, ölümün gerçekleştiği yer, ölüm nedeni incelenmiştir.

Araştırma için İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındıktan sonra, bilgi formları bilgisayar ortamında kodlanıp, yüzdelik analizlerle değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Kahramanmaraş'ta 2010 yılında il merkezinde 22 bin 884 doğum, 271 bebek ölümü gerçekleşmiştir. Bir yıl içinde ölen ve Sağlık Müdürlüğüne bildirilen perinatal ve bebek ölüm formları 465 olup, bazı formlardaki kayıtların eksikliği nedeniyle 425 ölüm kayıt formu değerlendirilmiş, 154 ölüm formuna ait bilgilerin intrauterin eks bebek olduğu, 271 ölüm formunun da bebek ölümlerine ait olduğu belirlenmiştir.

Ölen bebeklerin annelerinin % 9.4'ü 18 yaş ve altında, % 76.5'i 19-34 yaş arası, % 14.1'i 35 yaş ve üzeridir. Annelerin % 62.9'u okuryazar olmayan- ilkokul, % 22.0'i ortaokul, % 14.3'ü lise-üniversite eğitim düzeyindedir, Babaların % 53.5'i okuryazar olmayan- ilkokul, % 27.1'i ortaokul, % 18.2'si lise-üniversite eğitim düzeyindedir. Annelerin % 8.0'i sigara, % 0.7'si alkol kullanmaktadır.

Annelerin gebelik özellikleri incelendiğinde % 27.6'sının ilk gebeliği olduğu, % 17.6'sının gebelikleri arasındaki sürenin iki yıldan az, % 42.2'sinin iki yıl ve üstünde olduğu, annelerin % 81.8'inin gebeliğinin 28-42 hafta, % 18.2'sinin 28 haftadan kısa olduğu belirlenmiştir. Gebelikleri süresince annelerin % 42.6'sı beşten az, % 21.7'si beş, % 16.9'u altı, % 18.8'i altıdan fazla izlenmiştir. İzlemlerin % 55.2'si hastanede, % 7.7'si sağlık ocağında yapılmıştır. % 36.9'u gebelikleri süresince izlenmemiştir.

Annelerin % 65.3'ü gebeliği süresince tetanoz aşılı olarak yaptırmış, % 23.5'i eksik aşı, % 9.4'ü hiç aşı yaptırmamıştır. Annelerin % 7.8'inde kan uyumsuzluğu, % 25.9'unda akrabalık durumunun olduğu belirlenmiştir. Annelerin % 56.3'ü birinci derecede, %34.5'i ikinci derecede, % 9.0'ı üçüncü derecede akrabadır.

Ölen bebeklerin % 96.5'inin doğumu sağlık kuruluşunda, % 1.2'sinin doğumu evde gerçekleşmiş, % 58.0'ı normal vajinal yolla, % 39.2'si sezeryanla doğmuştur. Bebeklerin % 63.7'si canlı doğmuş, % 13.4'ü masere ölü doğum, % 22.8'i taze ölümdür.

Bebeklerin % 52.2'si erkek, % 47.8'i kız, % 6.6'sı ikizdir. % 55.4'ü düşük doğum ağırlıklı, % 36.7'si 2500-3500 gr ağırlığında, % 7.9'u 3500 gramın üstündedir. Bebeklerin % 22.8'ine doğum sonu canlandırma yapılmış, % 12.2'sinde mekonyum varlığı belirtilmiş, bebeklerin % 16.5' inde fizyolojik % 17.0'ında patolojik sarılık belirtilmiştir.

Annelerin % 14.3'ünde kronik hastalık varlığı bildirilmiş, kronik hastalık olarak % 2.9'unda diyabet, % 5.6'sında hipertansiyon, % 5.8'inde anemi belirlenmiştir.

Ölen bebeklerin % 32.2'sinin ölüm nedeni konjenital anomaliler, % 19.2'si RDS, % 11.8'i sepsis, % 9.3'u prematürite, % 6.3'ü ani bebek ölüm sendromu, % 4.7'i kalp yetmezliği, %3.3'ü aspirasyon pnömonisi, % 13.2'si diğer hastalıklar olarak bildirilmiştir.

Tablo 2. Annelerin Gebeliği İle İlgili Özellikler

İki gebelik arasındaki süre	Sayı	%
İlk gebelik	118	27.6
2yıldan az	75	17.6
2 yıl ve üzeri	175	41.2
Gebelik süresi		
28 haftadan küçük	77	18.2
28-42 hafta	348	81.8
Gebelikteki toplam izlem sayısı		
Beşten az izlem	170	42.6
Beş izlem	86	21.7
Altı izlem	67	16.9
Altı izlemden fazla	78	18.8
İzlemin gerçekleştiği kurum		
Hastane	235	55.4
Sağlık Ocağı	33	7.7
İzlenmemiş	157	36.9
Tetanoz aşılı		
Tam aşılı	278	65.3
Eksik aşılı	100	23.5
Hiç aşısı yok	47	11.2
Kan uyumsuzluğu (Rh)		
Yok	388	91.5
Var	33	7.8
Akrabalık durumu		
Yok	315	74.1
Var	110	25.9
Akrabalık derecesi		
Birinci derece	62	56.3
İkinci derece	38	34.5
Üçüncü derece	10	9.0

TARTIŞMA

Ülkemizde ulusal veya kurumsal olarak yapılan çalışmalar incelendiğinde ölüm hızları bölgelere göre önemli farklılaşmalar göstermekte prenatal ölüm hızı % 012.5 ile 16.9 arasında değişmekte ve kırsal yerleşim bölgelerinde kentsel yerleşim bölgelerine göre yaklaşık olarak %33 daha yüksek olduğu görülmektedir (2). Türkiye "Nüfus ve Sağlık" araştırmalarının (TNSA) sonuçlarına göre bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda 1993 yılında ortalama 52.6, 1998 yılında 42.7, 2003 yılında 28.5, 2009 yılında 13.1 ve 2010 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) ve Sağlık Bakanlığı tarafından bebek ölüm hızı 1.000 canlı doğumda ortalama 12.1 olarak bildirilmiştir (2, 5- 8). Bu çalışmada bebek ölüm hızı % 011.8'dir.

Bebek ölümleri incelendiğinde risk faktörlerinin çoğu sosyoekonomik faktörler ve sağlık davranışı ile ilgilidir. Sosyo-demografik özelliklerden özellikle anneye

Tablo 3. Doğum İle İlgili Özellikler

Doğumun gerçekleştiği yer	Sayı	%
Devlet Hastanesi	255	60.0
Tıp Fakültesi Hastanesi	83	19.4
Özel Hastane	73	17.1
Evde ebe yardımı ile	5	1.2
Belirtilmemiş	9	2.4
Doğum şekli		
Normal	244	58.0
Sezeryan	165	39.2
Belirtilmemiş	16	2.8
Gebeliğin sonlanma şekli		
Canlı doğum	271	63.7
Masere ölü doğum	57	13.4
Taze ölü doğum	97	22.8
Ölümün gerçekleştiği yer		
Evde	86	20.0
Devlet Hastanesi	108	25.3
Tıp Fakültesi Hastanesi	130	30.6
Özel Hastane	83	19.4
Hastaneye giderken yolda	18	4.2

ait faktörlerin bebek ölüm oranlarını önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Bu çalışmada bebek ölümle ilgili faktörlerden öne çıkanlar anne yaşı, sık gebelik aralığı, gebelikte yetersiz izlem ve akraba evliliğidir (Tablo 2).

Çalışmamızda ölen bebeklerin annelerinin % 9.4'ü 18 yaş ve altında, %14.1'i 35 yaş ve üzerindedir. Yapılmış diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında da bu oranlar hemen hemen aynıdır ve annelerin dörtte biri 18 yaş ve altı veya 35 yaş ve üzeridir (13-18). Doğum sırasında annenin 18 yaş altı, 35 yaş üstü olması anne ve çocuk için önemli bir risk faktörüdür çünkü bu yaşlarda preeklamsi, zor doğum, toksemi, kanama, konjenital anomaliler, perinatal mortalite ve gelişme geriliği riskinin arttığı belirtilmektedir (12).

Anne ve çocuk ölümlerini etkileyen en önemli faktörlerden biri, annenin eğitim düzeyidir. Yapılan çalışmalarda okuryazar olmayan anneler ile en az ilkökul mezunu olan annelerin bebeklerinin ölüm olasılıkları arasında büyük bir fark bulunduğu belirtilmektedir (13). Çalışmamızda annelerin yarısından fazlasının okuryazar olmayan- ilkökul, eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Eğitim düzeyi düşük olan bölgelerde kadın toplumsal konumunu yükseltmek, kabul ve saygı görmek için erken yaşta evlenmekte ve doğurganlığını kullanmaktadır. Erken yaşta doğum yapmak, çok ve sık doğum yapmak anne ve çocuk sağlığını olumsuz olarak etkilemekte bebek ölümle riskini artırmaktadır (12). TNSA 2008 sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada (14), perinatal ölüm deneyiminin yüksek eğitim düzeyine sahip kadınlarda, düşük eğitim düzeyine sahip kadınlara göre daha az olduğu belirtilmiştir.

Annelerin % 8.0'inin hamilelik döneminde sigara kullandığı tespit edilmiştir (Tablo1). Ülkemizde

Tablo 4. Bebek ile İlgili Özellikler

Bebeğin cinsiyet	Sayı	%
Erkek	222	52.2
Kız	203	47.8
Fetüs sayısı		
Tek	397	93.4
İkiz	28	6.6
Bebeğin doğum ağırlığı		
2500 gr.altı	230	55.4
2500- 3500 gr	135	36.7
3500 grüstü	60	7.9
Bebeği canlandırma ihtiyacı		
Hayır	264	76.1
Evet	79	22.8
Mekonyum varlığı		
Hayır	258	60.6
Evet	52	12.2
Belirtilmemiş	115	27.0
Bebekte Hiperbilirubinemi durumu		
Hayır	102	60.0
Fizyolojik	28	16.5
Patolojik	29	17.0
Belirtilmemiş	11	6.5

2003 yılında yapılan ulusal çalışmada hamilelerin % 15'inin sigara kullandığı belirtilmektedir (15). Sigaranın ilk olumsuz etkisi anne karnındayken başlar. Sigara kullanan kadınların hamilelikleri sırasında daha fazla düşük yaptıkları, erken doğum yapma riskinin 1,5-2 kat daha fazla olduğu, erken doğan bebeklerin % 15'inden sigaranın sorumlu olduğunu gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (15). Sigara kullanan hamile kadınlar miyadında doğum yapmalarına rağmen bebekleri normalden daha küçük olarak doğarlar. Özellikle hamilelik döneminde sigara kullanımı ani bebek ölümü sendromunun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Sigara kullanımı olan evlerde doğan bebeklerde ani bebek ölümü sendromu daha sık görülmektedir (15). Bizim çalışmamızda da ölen bebeklerin % 6.3'ünün ölüm nedeni ani bebek ölüm sendromudur. Gebelikte sigara kullanımı ve zararları hakkında gebelerin bilgilendirilmesi bebek ölümlerini azaltmada etkili olacaktır.

Annelerin gebelikleri ile ilgili % 27.6'sının ilk gebeliği olduğu, % 17.6'sının gebelikleri arasındaki sürenin iki yıldan az olduğu tespit edilmiştir. TNSA 2008'e göre gebelik aralığı iki yıldan az olanlarda bebek ölüm hızı % 051 olarak belirtilmektedir. Gebelik aralığının iki yıldan az olması anne ve bebeklerde hastalık ve ölüm riskini artırmaktadır (12). Yapılan bazı çalışmalarda doğum aralıklarının kısa olması ölümlülük riskini yükselten en temel faktörler arasında sayılmıştır (7, 10).

Annelerin % 81.8'inin gebeliğinin 28-42 haftalık perinatal dönemde olduğu, % 18.2'sinin gebeliğinin 28 haftadan kısa olduğu ileri derece prematüre bebekler olduğu belirlenmiştir. Prematürel perinatal morbidite

Tablo 5. Annenin Bilinen ve/veya Tamsı Konulmuş Hastalıkları

Annede belirlenen sorunlar	Sayı	%
Diyabet	12	2.9
Hipertansiyon	23	5.6
Anemi	24	5.8

ve mortalitenin en önde gelen nedenidir. Yapılan çalışmalarda prematürel oranının 5 yıllık sürede yaklaşık %19.2-24.6 arasında değiştiği, prematüre bebekler içinde gebelik yaşı 28 haftanın altında olan ileri derecede prematüre bebeklerin oranının bir yıl içerisinde yaklaşık iki kat artmış olduğu belirlenmiştir (2). Yapılan bir başka çalışmada prematürite % 34.4 oranında en sık karşılaşılan perinatal bebek ölüm nedeni olarak belirlenmiş ve bu gerçekleşen bebek ölümlerinin % 81.5'i ileri derecede prematür bebeklerdir (2, 16). Bizim çalışmamızda ölen bebeklerin % 9.3'ü premature bebek ölümlüdür.

Tablo 6. Bebek Ölüm Nedenlerinin Dağılımı (n=271)

Nedenler	Sayı	%
Konjenital anomaliler	87	32.2
RSD	52	19.2
Sepsis	32	11.8
Premature	25	9.3
Ani bebek ölüm sendromu	17	6.3
Kalp yetmezliği	13	4.7
Aspirasyon pnömonosi	9	3.3
Diğer nedenler	36	13.2
Toplam	271	100

Çalışmamızda gebelikleri süresince annelerin % 36.9'u hiç izlenmemiş, yaklaşık yarısı beşten az izlenmiştir. İzlemlerin yarısı hastanede, % 7.7'si birinci basamakta olmuştur (Tablo 2). Doğum öncesi izlem, doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme, riskleri belirleme açısından önemli bir göstergedir. Annenin gebeliği süresince tavsiye edilen toplam izlem sayısı 10'dur ve izlem sayısı kadar izlemin niteliği de önemlidir. Türkiye genelinde gebelerin yaklaşık yüzde 90'ı sağlık personelinin en az bir kez bakım almaktadır (7). Bu oran iyi bir düzeyi göstermekle birlikte izlemlerin niteliği ve sürekliliği hakkında bilgi vermemektedir. Gebelik risklerini saptamak, anneyi risklere karşı korumak, danışmanlık ve rehberlik yapmak mortalite ve morbiditeyi önler (12). Doğum öncesi bakımın bebek ölümlülüğünü azalttığı bilinmektedir, ancak çalışmamızda annelerin doğum öncesi bakım alma durumunun yeterli olduğu söylenemez.

Çalışmamızda ölen bebeklerin %56.3'ünün birinci derecede akraba evliliği olan aileler olduğu belirlenmiştir. Farklı zaman ve bölgelerde yapılan çalışmalarda da ölen bebeklerde akraba evliliği oranı % 44 ve % 22.3 olarak belirtilmiştir. Kahramanmaraş'ta 2003 yılında yapılan randomize kontrollü çalışmada akraba evliliği oranı %

30.6olarak belirlenmiştir (17).

Akraba evliliği yapılan toplumlarda konjenital anomalili çocuk doğurma riski diğer toplumlara göre iki kat artarak % 8-9 olmaktadır. Ebeveyninde akraba evliliği olan bebeklerde ölüm oranı daha yüksektir (10). Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini ve kadınların sağlık hizmetinden yararlanmalarını etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında, ek danışmanlık gerektiren bu durum için kadınların mutlaka alması gereken doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetlerinin içerisinde genetik danışmanlık hizmetinin de eklenmesi özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında planlanması uygun bir yaklaşım olacaktır.

Türkiye genelinde doğumların sağlık kuruluşunda meydana gelme oranı % 78 iken (11) bizim çalışmamıza göre ölen bebeklerin % 96.5'inin doğumu sağlık kuruluşunda gerçekleşmiş, % 1.2'si evde gerçekleşmiştir. % 58.0'ı normal vajinal yolla, %39.2'si sezeryanla, % 52.6'sı canlı doğmuştur.

Çalışmamızda ölen bebeklerde sezaryenle doğum, erkek bebek, düşük doğum ağırlığı gibi faktörler risk olarak görülmektedir (Tablo 3, 4). Yapılan diğer çalışmalarda da bebek ölümlerinde sezaryenle doğum oranları, cinsiyet ve düşük doğum ağırlığı oranları yüksek olarak tespit edilmiştir (9, 11, 12, 18, 19).

Çalışmamızın bulguları değerlendirildiğinde, sağlık personeli yardımı ile ve sağlık kuruluşunda yapılan doğumlarda yeni doğan ölümleri daha az beklenmektedir. Sağlık kuruluşunda gerçekleşen doğumlarda da doğum ve doğum sonrası bakım ve izlemin niteliğinin önemli olduğu görülmektedir.

Hiperbilirubinemi, Amerika Birleşik Devletleri'nde yeni doğanların hastaneye en sık yatış nedeni olarak belirtilmektedir. Hiperbilirubinemi için risk faktörleri; ilk 24 saat ve taburcu edilmeden önce sarılık olması, fototerapi alan kardeş öyküsü, gestasyon yaşının 35-37 hafta arasında olması, doğum travması ve Rh ve ABO uygunsuzluğu sayılabilir (20). Bizim çalışmamızda da fizyolojik ve patolojik hiperbilirubinemi oranları ölen bebeklerin 1/4'ünü oluşturmaktadır. Ayrıca Rh uyumsuzluğu olan annelerin oranı da yaklaşık olarak % 10'dur (Tablo 4). Rh - ABO uygunsuzluğu olan bebeklerin antenatal ve postnatal yakın takip edilmesinin, gerektiğinde erken müdahale ile Rh ve ABO uygunsuzluğuna bağlı morbidite sıklığını önemli oranda azaltmaya katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bebek ölüm nedenleri içinde gelişmiş ülkelerde prematürite ve konjenital anomali önde giderken gelişmemiş ülkelerde enfeksiyonlar ve asfiksi ilk sıralarda yer almaktadır (2, 11, 21). Bu çalışmada bebeklerin ölüm nedeni konjenital anomaliler, Respiratuar Distres Sendromu, sepsis ve prematürite olarak belirlenmiştir. Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda da prematürite ve konjenital anomaliler en sık karşılaşılan bebek ölüm nedeni olarak belirtilmektedir (11, 22).

Ülkemizde yeterli çalışma bulunmadığı için, fetal ve neonatal ölümlerde konjenital anomalilerin rolü tam olarak tespit edilememektedir. Ancak bebek ölümlerinin önlenmesi için, antenatal bakım hizmetinin tam olarak verilmesi, anomalilerin erken tanınması ve bu gebeliklerin yasal ve etik sınırlar içinde erken sonlandırılması durumunda hem morbidite

azaltılabilecek, hem de mortaliteden kaçınılamayacak durumlar erken dönemlerde saptanabilecektir.

Sonuç olarak, önemli bir sağlık göstergesi olan bebek ölüm hızı, bebeklerin hayatta kalma şanslarının iyileştirilmesine ilişkin politikaların ve stratejilerin değerlendirilmesinde büyük önem taşımaktadır. Bebek ölümlerini meydana getiren önlenbilir risk faktörleriyle mücadelenin önceliği vardır. Bu risk faktörlerinin çoğu sosyoekonomik faktörler; anne yaşı, annenin eğitim düzeyi, ekonomik durumu, annede kronik hastalık varlığı ve sağlık davranışı ile ilgilidir. Önlenbilir bebek ölümlerinde koruyucu sağlık hizmetlerinin ve bebek izlemlerinin gözden geçirilmesi, aileye eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmesi akraba evliliklerinin azaltılması gerekmektedir.

Bu çalışmada prenatal, natal ve postnatal sağlık izlemlerinin sunumu ve niteliği hakkında bir sorgulama yapılmamıştır. Kahramanmaraş için yapılacak çalışmalarda bu sorgulamaların ayrıntılı olarak yapılması, sistemleri ve aksayan noktaları bulmak ve aile hekimliği sistemi ile birlikte birinci basamakta verilen anne çocuk sağlığı hizmetlerinin değerlendirmesini yapmak daha iyi hizmet sunabilmek için faydalı olacaktır.

Perinatal bakım ve tarama hizmetlerinde iyileşmenin sağlanması, kronik hastalığı olan kadınların gebelik ve doğumunun planlanması ve izlemine özen gösterilmesi, doğum öncesi kontrol, gebelikte izlemlerin sayı ve niteliğinin geliştirilmesi, yeni doğan bakım ünitelerinin sayısının ve kalitesinin artırılması, acil durumda doğum servislerine erişim, yeni doğan bakımı, doğum sonrası bakım, hijyen konularında bilgi düzeyini artırma ve aile ile işbirliği yapılarak evde bakım ve takip hizmetlerinin verilmesi, bebek ölümlerinin azaltılmasında etkili olacaktır.

Teşekkür: Verileri kullanmamız için bize yardımcı olan Kahramanmaraş Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne ve Müdürlükte görev yapan memurlara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Aygün C, Çetinkaya M, Aydın O, Alper T, Karagöz F, Küçüköyük Ş. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003 yılı perinatal mortalitesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004; 47: 177-182.
2. Korkmaz A, Akçören 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): 175-188.
3. World Health Organization. The World Health Report 2005: Make Every Mother and Child Count. Geneva: WHO Pub; 2005
4. Oktay P, Atasoylu G, Meteoglu D, Demiröz H, Çobanoğlu M, Beşer E. Aydın ilinde 2004 yılı bebek ölümleri ve ölü doğumlar: bildirim sorunları, tanımlayıcı özellikleri ve nedenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 7: 3-12.
5. TC Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı, (TUİK), sayı 13132,17/ 05 /2012 www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.id=13132 (Erişim Tarihi 06.06.2016)

6. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
7. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 832. Ankara, Türkiye.
8. Pakiş I, Koç S. Prenatal ve Neonatal Dönem Bebek Ölümleri. Klinik Gelişim 2009;60-63.
9. Bodur S, Durduran Y, Küçükkendirci H, Dogan C. Bebek ölümlerinin prenatal-natal sağlık hizmet kullanımı ve demografik özelliklerle ilişkisi: Vaka-kontrol çalışması. Dicle Tıp Dergisi 2009; 36: 288-293.
10. Saka G, Ertem M, İlçin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesinde doğum yapan gebelerde risk faktörleri. Perinatoloji Dergisi 2001; 9: 1-6.
11. Balcı E, Küçük E, Gün İ, Gülgün M, Kılıç B, Çetinkara K. Kayseri İli Melikgazi İlçesinde 2006 yılında meydana gelen bebek ölümleri. Fırat Üniv. Sağlık Bilimleri Dergisi 2008; 22: 323-326.
12. Hacıoğlu N. Ana- Çocuk Sağlığı Hizmetleri, Ed: Erci B, Halk Sağlığı Hemşireliği, Göktuğ Yayıncılık; Amasya, 2013; 103- 123.
13. Aslan G, Şenol S. Türkiye'de Bebek ve Çocukların Durumuna İlişkin Sorunlar ve Ebenin Rolü. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 64-72.
14. Aydın SD, Yayla M. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Antenatal Bakım, Fetal Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2010; 18; 85-91.
15. Özcebe H. Çocuklar ve Sigara. 1.Baskı. Ankara. Klasmat Matbaacılık .Sağlık Bakanlığı Yayın No: 731, 2008.7-19.
16. Şevket O, Karabulut A, Köseli O, Karahan T, Utku Y, Şevket A. Denizli İli Bebek Ölümleri: Ardışık Dört Yılın Değerlendirilmesi. Pamukkale Tıp Dergisi 2010; 3: 64-68.
17. Donbak L. Consanguinity in Kahramanmaraş City, Turkey and its Medical Impact. Saudi Med J 2004; 25: 1991-1994.
18. Karatekin G, Kasapoğlu M, Özoglu E, Avcı S, Kaan D. Samsun ili 2007 yılı bebek ölüm ve ölü doğum istatistikleri. Perinatoloji Derg 2008;16: 56-61.
19. Martin JA, Kung HC, Mathews TJ, Hoyert DL, Strobino DM, Guyer B, et al. Annual summary of vital statistics: 2006. Pediatrics. 2008;121:788-801.
20. Bolat F, Uslu S, Bülbül A, Cömert S, Güran Ö, Baş EK, ve ark. Yenidoğanın direkt hiperbilirubinesinde ABO ve Rh uyumsuzluğunun karşılaştırılması. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni 2010; 44:156-161.
21. Korkmaz A, Aydın Ş, Çamurdan D A, Okumuş N, Onat N F, Özbaş S ve ark. Türkiye'de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2013; 56: 105-121.
22. Karabulut A, İstanbullu B, Karahan T, Özdemir K. Two Year Evaluation of Infant And Maternal Mortality in Denizli. J Turkish-German Gynecol Assoc. 2009; 10: 95-98.