

BATU ERSAVAŞ	DİCLE ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST.	YÜKSEK LİSANS TEZİ	DİYARBAKIR-2023
--------------	------------------------------------	--------------------	-----------------



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN
FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Batu ERSAVAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ

DİYARBAKIR- 2023



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN
FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Batu ERSAVAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ

DİYARBAKIR- 2023



**DİCLE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ONAY

Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Batu ERSAVAŞ'ın hazırladığı “HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı tez Dicle Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca kapsam ve bilimsel kalite yönünden değerlendirilerek Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman _____

Jüri Üyeleri

İmza

Jüri Başkanı _____

Üye _____

Üye _____

Üye _____

Üye _____

Tarih: 05/08/2023

Bu tez Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun/....../.... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

...../...../.....

Prof. Dr. Mahmut BALKAN

Dicle Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve tezimi Dicle Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzu standartlarına uygun bir şekilde hazırladığımı beyan ederim.

05/08/2023

Batu ERSAVAŞ

İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tezimin her aşamasında yardımlarını benden esirgemeyen, tecrübe ve deneyimlerinden çok şey kazandığım değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ hocama sonsuz saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman desteği ve sevgisiyle yanımda olan, emeğini ve ilgisini hiçbir zaman esirgemeyen, hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan ve benimle tüm zorluklara göğüs geren, sahip olduğum en değerli hazinem olan eşime ve tüm hayatım boyunca bulunduğum konuma gelmem için her türlü desteği ve sevgiyi gösteren kıymetli aileme sonsuz saygı ve sevgilerimle...

Batu ERSAVAŞ

Diyarbakır, 2023

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....	V
TABLolar LİSTESİ.....	VII
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	IX
1. ÖZETLER	1
1.1.Türkçe Özet	1
1.2. Abstract.....	3
2.GİRİŞ	1
3. GENEL BİLGİLER.....	4
3.1. Gebelik ve Doğum Süreci.....	4
3.1.2. Doğum eylemi	14
3.1.3. Gebelikte gözlenen patofizyolojik etmenler	19
3.2. Doğurganlığı Etkileyen Faktörler.....	21
3.2.1. Gelir düzeyi ve çocuğun ekonomik maliyeti	24
3.2.2. Ebeveynlerin cinsiyet tercihi	25
3.2.3. Kadının ve erkeğin eğitim düzeyi	26
3.2.4. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması.....	26
3.2.5. Irk ve etnisite	28
3.2.6. Doğum aralığı	28
3.2.7. İnanç ve geleneklerin doğurganlığa etkisi.....	29
3.3. Göç Ve Göçmene İlişkin Kavramlar	30
3.3.1. Göç ve zorunlu göç kavramları.....	30
3.3.2. Göçmen, mülteci ve sığınmacı.....	34
3.3.3. Göçün nedenleri ve sonuçları.....	37
3.3.4. Doğurganlık ve göç ilişkisi: Teori ve hipotezler	41
3.3.5. Türkiye’de doğurganlık ve göç ilişkisi	46
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....	50
4.1. Araştırmanın Türü	50
4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	50
4.3. Araştırmanın Evreni.....	50
4.4. Araştırmanın örneklemi.....	50
4.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	52

4.6. Veri Toplama Araçları	52
4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	53
4.8. Verilerin Değerlendirilmesi	53
5. BULGULAR	54
5.1. Bu Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Ve Kişisel Bilgilerine İlişkin Bulgular ve Yorumlanması	54
4.2. Bu Çalışmaya Katılanların Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular Ve Yorumlanması	58
5.3. Bu Çalışmaya Katılanların Fetal – Maternal Özelliklerle İlgili Hastane Kayıtlarına İlişkin Bulgular Ve Yorumlanması	63
5.4. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmeti Alma Durumlarının Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması	63
5.5. Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Şekli ile Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması	68
5.6. Bu Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Bebeklerinin Doğum Ağırlıklarının Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması	72
6. TARTIŞMA	77
7. SONUÇ VE ÖNERİLER	84
8. KAYNAKLAR	87
9. EKLER	104
Ek 1: Veri Toplama Formu	104
10. ÖZGEÇMİŞ	110
11. ORİJİNALLİK RAPORU	111

KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

ACTH	Adrenokortikotropik Hormon
AP	Aile planlaması
BMI	Beden kitle indeksi
CGB	Kortikosteroid Bağlayıcı Globulin
CO₂	Karbondioksit
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DKY	Doğum Kontrol Yöntemi
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DÖH	Doğum Öncesi Hizmet
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EKG	Elektrokardiyografi
FSH	Folikül Uyarıcı Hormon
GFR	Glomerüler Filtrasyon Hızı
GÖRH	Gastroözofageal reflü hastalığı
HBIG	Hepatit B İmmünoglobulin
HBV	Hepatit B Virüsü
hCG	Human Chorionic Gonadotropin
HCV	Hepatit C Virüsü
HG	Hiperemesis gravidarum
HIV	İnsan immün yetmezlik Virüsü
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
LH	Lüteinizan Hormon

PAO2	Parsiyal oksijen basıncı
T4	Tiroksin
TLC	Toplam Akciğer Kapasitesi
TV	Tidal hacim
WBC	White Blood Cell



TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 1. Bu çalışmaya katılanların yaşlarına ve Türkiye'de yaşama sürelerine ait veriler	54
Tablo 2. Bu çalışmaya katılanların doğurganlık özellikleri	54
Tablo 3. Çalışmada yer alan katılımcılara ait demografik veriler	55
Tablo 4. Bu çalışmaya katılanların sosyo ekonomik durumlarına ve sahip oldukları kronik hastalıklara ait veriler	56
Tablo 5. Bu çalışmaya katılanların gebelik ve düşük yapma durumlarına ait özellikler.....	58
Tablo 6. Bu çalışmaya katılanların kullandıkları doğum kontrol yöntemlerine ait özellikleri.....	59
Tablo 7. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumları	60
Tablo 8. Bu çalışmaya katılanların gebelik ve doğum özellikleri	61
Tablo 9. Bu çalışmaya katılanların bebek emzirme özellikleri	62
Tablo 10. Bu çalışmaya katılanların ortalama Hemogloblin-Hemotokrit değerleri....	63
Tablo 11. Bu çalışmaya katılanların bebeklerinin özellikleri.....	63
Tablo 12. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması	64
Tablo 13. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması.....	65
Tablo 14. Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik özellikleri ile fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması	67
Tablo 15. Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması	68
Tablo 16. Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile demografik değişkenler ile karşılaştırılması	68
Tablo 17. Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması	70
Tablo 18. Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile demografik özellikleri ile fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması	71

Tablo 19. Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması	72
Tablo 20. Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması	72
Tablo 21. Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması.....	74
Tablo 22. Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik özellikleri ve fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması	76



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. İllere göre toplam doğurganlık hızı, 2022	22
Şekil 2. Toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırılması, 2021.....	23
Şekil 3. 2001 - 2002 yılları arası doğum yapan annelerin ortalama yaşı.....	23



Hastanede Doğum Yapan Suriyeli Kadınların Fetal-Maternal Ve Doğurganlık Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Öğrencinin Adı ve Soyadı: Batu ERSAVAŞ

Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Zehra KILINÇ

Anabilim Dalı: Halk Sağlığı Anabilim Dalı

1. ÖZETLER

1.1.Türkçe Özet

Amaç: Bu çalışmada, hastanede doğum yapan Suriye’li kadınların fetal – maternal ve doğurganlık özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu çalışmada hastanede doğum yapan Suriyeli kadınların antenatal izlem durumları, perinatal sonuçları ve riskli durumlu gebeler değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ek Binası’nda 28 Şubat 2022 ve 11 Nisan 2022 tarihleri arasında doğum yapan 100 Suriye’li kadın ile gerçekleştirildi. Araştırmada, verilerin elde edilmesinde anket yöntemi kullanıldı. Katılımcıların ankete katılımı tamamen gönüllülük esasına bağlı kalınarak tamamlandı. Araştırmaya katılan Suriyelilerin sosyo demografik özellikleri, doğurganlık özellikleri ile fetal – maternal özellikleriyle ilgili hastane kayıtlarını içeren değişkenler dahil edildi.

Bulgular: Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması $26,55 \pm 5,47$ yıl iken, ortalama $5,48 \pm 1,63$ yıldır Türkiye’de yaşadıkları saptanmış, 52’sinin (%52,0) ilkokul mezunu oldukları, sadece 6’sının (%6,0) T.C. vatandaşı oldukları, 52’sinin (%52,0) orta seviyede gelirin bulunduğu, 24’ünün (%24,0) kıyılay kart ile sosyal yardım aldıkları, %70’inin çocuklarını normal doğumla ve hastanede doğurdıkları ve yalnızca %36’sının son doğumlarında doğum öncesi bakım hizmeti aldıkları ve çocuklarının APGAR skorlarının normal olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Mülteci gebelerin düzenli takiplerinin ve tedavilerinin yapılması hem anne hem de bebek sağlığı için önemlidir. Suriyeli mülteciler ve Türk kadınlar arasında

gebelik sonuçlarındaki eşitsizliklerin en aza indirilmesi bir sağlık önceliğidir. Göçmen kadınların üreme sağlığı sorunlarına ilişkin hizmetlere ulaşmasındaki engellerin azaltılmasına yönelik girişimler sadece kişisel ve kurumsal düzeyde olmayıp ülkenin genel sağlık politika ve stratejilerini de kapsamalıdır.

Anahtar Sözcükler: Hastanede Doğum, Suriyeli Kadınlar, Fetal-Maternal, Doğurganlık Özellikleri



Evaluation of Fetal-Maternal and Fertility Characteristics of Syrian Women Giving Birth in Hospital

Student's Name and Surname: Batu ERSAVAŞ

Advisor of Thesis: Dr. Instructor Member Zehra KILINÇ

Department: Department of Public Health

1.2. Abstract

Aim: In this study, it was aimed to examine the fetal-maternal and fertility characteristics of Syrian women who gave birth in a hospital. In addition, in this study, antenatal follow-up status of Syrian women who gave birth in a hospital, their perinatal outcomes and pregnant women with risky conditions were evaluated.

Materials and Methods: The study was conducted with 100 Syrian women who gave birth between 28 February 2022 and 11 April 2022 at the Health Sciences University (SBU) Diyarbakır Gazi Yaşargil Training and Research Hospital, Obstetrics and Pediatrics Hospital Annex Building. In the study, the survey method was used to obtain the data. Participation of the participants in the survey was completed on a completely voluntary basis. Variables including hospital records related to socio-demographic characteristics, fertility characteristics, and fetal-maternal characteristics of the Syrians participating in the study were included.

Results: While the mean age of the participants in this study was 26.55 ± 5.47 years, it was determined that they lived in Turkey for an average of 5.48 ± 1.63 years, 52 (52.0%) were primary school graduates, only 6 (6.0%) citizens, 52 (52.0%) have a medium income, 24 (24.0%) received social assistance with the Red Crescent card, 70% gave birth to their children by normal delivery and in a hospital, and only 36% of them had a family life. It was determined that they received prenatal care at their birth and their children's APGAR scores were normal.

Conclusion: Regular follow-up and treatment of refugee pregnant women is important for both mother and baby health. Minimizing inequalities in pregnancy outcomes between Syrian refugees and Turkish women is a health priority. Attempts to reduce the barriers for immigrant women to access services related to reproductive

health problems should not only be at the personal and institutional level, but should also cover the country's general health policies and strategies.

Keywords: Hospital Birth, Syrian Women, Fetal-Maternal, Fertility Characteristics



2.GİRİŞ

Ülkemiz, coğrafi ve stratejik konumu sebebiyle tarih boyunca, düzenli, düzensiz ve kitlesel her türlü göç hareketinin nihai durağı olmuş ve milyonlarca göçmene ev sahipliği yapmak durumunda kalmıştır. Günümüzde de Ortadoğu ve Asya ülkeleri ile Avrupa ülkeleri arasında köprü konumunda olduğundan göç geçişlerinin en çok yaşandığı bir güzergâh haline gelmiştir (1).

Ülkemize en fazla göçün yaşandığı dönem ise, 15.Mart.2011 tarihinde patlak veren Suriye iç savaşı, Suriyeli sivillerin Lübnan, Türkiye ve Ürdün başta olmak üzere komşu ülkelere kitlesel olarak zorla yerinden edilmelerine yol açmıştır. 29.03.2018 tarihli T.C İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün verilerine göre iç savaştan kaçarak Türkiye'ye gelen mülteci sayısı 3567130'a ulaşmıştır (2).

2011 yılında Suriye'de meydana gelen iç çatışmalar nedeniyle Türkiye'ye gelen Suriyeli mültecilerin kabul edilmesi Uluslararası Mevzuat İlkelerine göre mülteci statüsünde olmadıkları değerlendirilebilir. 1951 Cenevre Sözleşmesi protokolü çerçevesinde misafir statüsü literatüre girmiş Ekim 2011 tarihinden itibaren Suriyeliler Geçici Koruma statüsüne alınmıştır (3). Türkiye'nin ulusal mevzuat çerçevesinde sahip olduğu sistem Avrupa Konseyine üye ülkeler dışından sığınma talebi ile gelenlere "Geçici Sığınma" statüsünün tanınmasına ve Birleşmiş Milletlerin yardımlarından faydalanmasına yöneliktir (4).

Günümüzde dünya geneline baktığımızda, ülkesinden kaçan Suriyelilerin %54'üne yakını ülkemizde yaşamaktadır. Bunu Lübnan %10,4, Ürdün %3,8 ile takip etmektedir. Avrupa'da Almanya 500 binden fazla Suriyeliyi kabul ederek AB içinde ilk sırayı almaktadır (5).

Savaş nedeniyle zorunlu göç eden bireylerin sağlık sorunları sığındıkları ülkede yaşayanlara göre daha fazladır. Riskli grupta yer alan kadınların, Türkiye'de kaldıkları/konakladıkları mekânlar, toplu yaşam koşulları, gelir düzeylerinin düşük olması, dil engeli ve sağlık sigortalarının olmaması, düşük toplumsal statüleri ve geleneksel yaşam kalıpları nedeniyle sağlık hizmeti almada güçlükleri olmaktadır. Bu duruma sağlık kuruluşu ve insan gücü yetersizliği de eklendiğinde sığınmacı

kadınlar sağlık gereksinimlerini karşılamada zorlanmakta; yüksek doğurganlık ve buna bağlı olarak üreme sağlığı sorunları yaşamaktadırlar (6,7).

T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Yönetim Rehberi'ne göre her gebe kadın gebelik süresince en az dört kez muayene olmalı, acil durumlarda ve yüksek riskli gebeliklerde üst düzey sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir (7).

Suriyeli hamile kadınların çoğu, doğum öncesi bakım için önerilen kılavuzlara uymamaktadır ve bu durum gebelik sonuçlarına olumsuz yansımaktadır. Kültürel olarak yüksek doğurganlık hızına sahip olmaları neticesinde üreme sağlığı sorunları artmaktadır. Suriyeli kadınlarda ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, sezaryenle doğum, gestasyonel diyabet, düzensiz adet kanamaları, vajinal enfeksiyonlar gibi obstetrik ve jinekolojik sorunların arttığını gösteren yayınlar vardır (8-10).

Ülkemizde 2015-2018 yılları arasında gerçekleştirilen bir çalışmaya göre, Suriyeli göçmen gebelerin gebelik boyunca hastaneye hiç gitmeme oranı %22 ile Türk gebelerden (%3) yedi kat fazladır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, Suriyeli gebelerin DÖB almama oranı (%41) Türk vatandaşı gebelere (%7) göre altı kat fazladır (9).

Türkiye'de üçüncü basamak sağlık kuruluşunda yapılan bir çalışmada göçmen gebelerin DÖB kapsamında yapılan ikili, üçlü tarama testlerinin, gestasyonel diyabet taramasının ve demir tedavisinin Türk gebelere göre daha düşük oranda yapıldığı görülmüştür (8,9).

2011-2016 yılları arasında Türkiye'de yaklaşık 200.000 Suriyeli çocuk doğduğu tahmin edilmektedir. Gebeliklerini sağlıklı geçiren ve yeterli beslenemeyen göçmen kadınlar, yaşadıkları yerdeki gebelere göre daha fazla kötü doğum sonuçlarıyla karşılaşmaktadırlar. Bunun yanı sıra sağlık hizmetine erişim sorunu pek çok olumsuz doğum sonucuna yol açmaktadır. DÖB almamış kadınların bu hizmeti alanlara göre doğumda maternal ölüm, perinatal ölüm riski olduğu bilinmektedir. Çift ve arkadaşlarının Bursa'da yaptığı çalışmada Suriyeli göçmen bebeklerin doğum kilolarının (3134.31 ± 552.28) Türkiyeli bebeklerden (3228.63 ± 584.40) daha düşük olduğu bulunmuştur. Güngör ve arkadaşlarının çalışmasında, doğumda Türk kadınlara göre Suriyeli kadınlarda gebelik haftası daha düşük bulunmuştur (37.7 ± 2.3 'e karşı 36.4 ± 2.3 hafta $p < 0.05$) (11).

İlimizde de doğum kliniklerine başvuran Suriyeli kadın sayısı son yıllarda artış göstermiştir. Bu gebeler genellikle düzenli antenatal takibi olmayan ve antenatal bakım alamayan gebelerdir. Bunun neticesinde doğum sırasında maternal ve fetal riskler artmakta ve komplikasyonlar gelişebilmektedir (12).

Bu çalışmanın amacı; hastanede doğum yapan Suriyeli kadınların fetal – maternal ve doğurganlık özelliklerini değerlendirmek bu kapsamda antenatal izlem durumlarını, perinatal sonuçlarını ve riskli durumlarını değerlendirmektir.



3. GENEL BİLGİLER

3.1. Gebelik ve Doğum Süreci

Küresel olarak, her yıl 200 milyondan fazla kadın gebelik yaşamaktadır. Bu gebeliklerin %40' ından fazlası istenmeyen gebeliklerdir. Gebeliğin birincil işlevi, fetüsün büyümesine ve gelişmesine izin vermektir. Annenin vücudunda meydana gelen tüm değişiklikler, bu büyümeye izin vermenin yanı sıra, fetüsü beslemek ve hamileliği sürdürmek için plasantanın gelişimini sağlamak için tasarlanmıştır (13).

Gebelik başlangıcının tespiti; idrar veya serum numunesi yoluyla hamileliği doğrulamak için test endikasyonları, doğurganlık çağındaki bir kadında amenore, dismenore, pelvik ağrı, karın ağrısı, senkop, baş dönmesi, baş dönmesi, hipotansiyon, taşikardi, mide bulantısı veya kusma, vajinal akıntı veya idrar semptomlarını içermektedir. Yaşayan bir intrauterin gebelikte hCG seviyeleri, gebeliğin erken döneminde yaklaşık olarak her 48 saatte bir iki katına çıkar. Seviyeler gebeliğin 10 ila 12. haftalarında zirveye ulaşır, ardından 15. haftadan sonra sabit bir duruma düşmektedir (14). Erken gebeliğin ultrasonla doğrulanması, bir bireyde pelvik ağrı, karın ağrısı veya vajinal kanama ile birlikte gebelik testi pozitif olduğunda kullanılır (15). Yaşanabilir bir gebeliğin doğrulanması, beş haftada transvajinal ultrasonda gebelik kesesini gösteren veya hCG seviyesi 1.500 ila 2.000 mIU/mL olan bir ultrasonla gerçekleşir. Fetal kalp hareketi, transvajinal ultrasonda altı haftada veya hCG seviyeleri 5.000 ila 6.000 mIU/ML yükseldikten sonra başlamaktadır (15).

Bir overin bir sperm ile döllenmesi embriyogenez sürecini başlatmaktadır. Embriyo, ana organ sistemlerinin çoğunun geliştiği organogenez olarak bilinen bir süreçten geçer. İmplantasyondan 8 hafta veya 10 haftalık gebelik yaşından sonra embriyo doğuma kadar fetüs olarak adlandırılır (16-18).

Döllenmiş bir yumurtanın implantasyonundan doğuma kadar geçen gebelik süresi 266 gün olarak alınır. Ancak gebelik tarihlemesi tipik olarak son adet ilk gününden itibaren yapıldığından gebelik süresi ortalama 280 gün olarak kabul edilmektedir. Bu süre, tüm kadınların yaklaşık yarısının bebeklerini doğuracağı süredir. 37 gebelik haftasından 38 haftaya kadar doğan bebekler erken term olarak

kabul edilir. 39 hafta ile 40 hafta arasında doğanlar term olarak etiketlenir. 42 gebelik haftası ve üzerinde doğan her bebek, gecikmiş kabul edilir (13,19).

3.1.1. Gebelikte görülen değişiklikler

Kadın vücudu gebelik sırasında vücuttaki tüm organ sistemlerini içeren büyük değişiklikler geçirir. Bu değişiklikler, hamile olmayan bir kadınınkinden farklı bir fizyolojiye neden olmaktadır. Ayrıca, gebelik gelişimindeki anormallikler hem anne hem de fetüs için daha ileri komplikasyonlara yol açabilir. Gebelik sırasında meydana gelen değişiklikleri anlamak, hamile hastaların doğru yönetimi için kritik öneme sahiptir. Hasta için fiziksel, zihinsel ve duygusal zorlanma yaratabilecek birçok fiziksel değişiklikle karşılaşılır. Bakım sağlarken bu değişikliklere duyarlı kalmak çok önemlidir (13).

3.1.1.1. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler

Gebelik sırasında meydana gelen değişiklikleri anlamak, hamile hastaların doğru yönetimi için kritik öneme sahiptir. Şefkatli bakım sağlamaya duyarlı kalmanın yanı sıra, gebeliğin fizyolojik değişikliklerini bilmek, gebe bir hastada belirgin bir patolojinin gerçekten patolojik mi yoksa normal bir bulgu mu olduğunu belirlerken çok önemlidir. Hormonlardaki ve organ işleyişindeki değişiklikler nedeniyle gebelikte birçok laboratuvar değeri sınırı ayarlanır (13).

Gebelik döneminde *üreme organlarında* bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik hem anneyi hem de fetüsü desteklemek için çoklu organ sistemlerinin koordineli bir şekilde yanıt vermesine neden olur. Büyüyen bir fetüse uyum sağlamak için uterusun aşırı yapısal değişikliklere ve hücrel hipertrofiye uğraması gerekir. Bu süre zarfında uterus, pasif, kontraktıl olmayan bir durumu korumalıdır; bu, düz kası gevşetmek için hareket eden yüksek progesteron seviyeleri yoluyla gerçekleşir (20). Gebelikte plasantanın büyümesi uterus dokusu ve vasküler sisteminin yeniden şekillenmesine neden olur. Başta östrojen olmak üzere hormonal sinyaller, hamileliğin erken döneminde uterus büyüme sürecini başlatmaktan sorumludur. Uterus 70 g'dan 1100 g'a çıkar ve hacim kapasitesi 10 mL'den 5 L'ye yükselir. 12. ve 16. haftalar arasında alt uterus korpusu açılarak uterusun daha küresel hale gelmesini sağlar ve uterusun minimal gerilmesiyle amniyotik kesenin

genişlemesine yer açar. Fetal büyüme hızı 20. haftada hızlanmaya başladığında, uterus hızla uzar ve duvarlar inceler. Uzunlamasına çap, sol-sağ ve ön-arka çaplardan daha hızlı büyür ve maksimum uzama hızı 20 ila 32. haftalar arasında gerçekleşir. 28. haftaya gelindiğinde, maksimum fetal büyüme hızı gerçekleşmiştir ve uterus dokusu büyümesi yavaşlarken hızla gerilmeye ve incelmeye devam eder. Doğumdan sonraki 6 hafta içinde uterus gebelik öncesi yapısına geri dönmektedir (21,22).

Gebelik döneminde **kardiyovasküler sistemde** bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik sırasında kalp debisi %30 ila 60 oranında artar ve bu artışın büyük kısmı ilk üç aylık dönemde meydana gelir. Maksimum kalp debisine 20 ila 24. haftalar arasında ulaşılır ve bu değer doğuma kadar korunur. Başlangıçta kalp debisindeki artış, atım hacmindeki artıştan kaynaklanır. Üçüncü trimesterin sonuna doğru atım hacmi azaldıkça, kalp hızındaki artış artan kalp debisini korumak için etki eder. Sistemik vasküler direnç azalır, bu da arteriyel kan basıncının düşmesine neden olur. Sistolik kan basıncı yaklaşık 5 ila 10 mm Hg, diyastolik kan basıncı ise 10 ila 15 mm Hg azalır. Bu düşüş 24. haftada en düşük noktasına ulaşır ve bu noktadan sonra yavaş yavaş gebelik öncesi seviyelere döner. Arteriyel kan basıncındaki bu düşüş, gebelik sırasında mevcut olan yüksek progesteron seviyelerinden kaynaklanmaktadır. Progesteron düz kas gevşemesine yol açarak vasküler direnci azaltır. Bu fizyolojik değişiklikler nedeniyle, gebe kadınların çoğunda sınırlayıcı veya çöken nabızların yanı sıra ejeksiyon sistolik üfürümleri mevcuttur. Üçüncü bir kalp sesi mevcut olabilir ve ektopik atımlar ve periferik ödem de yaygındır. Gebelik ilerledikçe kalbin pozisyonunda meydana gelen değişiklikler, gebelikte normal bulgular olarak kabul edilen EKG değişikliklerine yol açar (22).

Gebelik döneminden **pulmoner sistemde** etkilenmektedir. Gebelik sırasında diyafram yükselir ve toplam akciğer kapasitesinde (TLC) %5'lik bir azalmaya neden olur. Ancak tidal hacim (TV) %30-40 oranında artarak ekspirasyon rezerv hacmini %20 azalmasına neden olmaktadır. Solunum hızı sabit olurken tidal volümün artması nedeniyle dakika ventilasyonu benzer şekilde %30 ila %40 oranında artmaktadır (22).

Gebelik sırasında meydana gelen dakika ventilasyonundaki artış, alveolar (PAO₂) ve arteriyel (PaO₂) PO₂ seviyelerinde artışa ve alveolar PAO₂ ve arteriyel

PaCO₂'de azalmaya neden olur. Azalmış PaCO₂ seviyeleri, artmış tidal hacim ve azalmış toplam akciğer kapasitesi bir araya gelerek gebe hastaların yaklaşık %60 ila %70'inde gebelik dispnesine neden olabilmektedir. Bu his, hipoksi olmaksızın subjektif bir nefessizlik hissidir. En sık üçüncü trimesterde görülür ancak herhangi bir zamanda da başlayabilmektedir (23).

Gebelik döneminden *gastrointestinal sistemde* etkilenmektedir. Yüksek östrojen, progesteron ve insan koryonik gonadotropin (hCG) seviyeleri, genellikle sabah bulantısı olarak adlandırılan bulantı ve kusmaya neden olmaktadır. Hipoglisemi mide bulantısının ek bir nedeni olabilir. Sabah bulantıları gebeliklerin %70'inden fazlasında görülür ve günün herhangi bir saatinde ortaya çıkabilir. Tipik olarak 14 ila 16. haftalarda düzelir ancak hamile hastaların yaklaşık %10-20'sinde 20. haftadan sonra da devam etmektedir. Yüksek progesteron seviyeleri düz kas gevşemesine neden olarak mide boşalma süresinin uzamasına yol açar. Gastroözofageal sfinkter tonusunun azalması ve midenin yukarı doğru yer değiştirmesi ile birleştiğinde, sıklıkla reflü meydana gelir. Progesteron aracılı düz kas gevşemesi ayrıca kalın bağırsakta hareketliliğin azalmasına yol açarak su emiliminin artmasına ve kabızlığa neden olur (Guttmacher ve ark 2014; 22).

Gebelik döneminde *üriner sistemde* de değişiklikler gözlenmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde renin-anjiyotensin-aldosteron sistemi aktive olur ve bunun sonucunda sodyum geri emilimi artmaktadır. Bununla birlikte, artmış glomerüler filtrasyon hızı (GFR) sodyum plazma seviyelerini korumak için etki eder. GFR gebeliğin erken dönemlerinden itibaren %50 artar ve bu artış doğuma kadar devam eder. Sistemik vasküler dirençteki azalma hem afferent hem de efferent arteriyollerin vasküler dirençte azalma yaşamasına neden olur, böylece glomerüler hidrostatik basınç korunur. Sonuçta artan böbrek kan akışı böbrek boyutunda bir artışa neden olur. Progesteron üreteral tonusu, peristaltizmi ve kasılma basıncını azaltarak üreterleri genişletmektedir. GFR'deki yükselme kan üre nitrojenini ve kreatinini %25 oranında azaltmaya etki eder. Yükselmiş GFR, albümine karşı artmış glomerüler kapiller geçirgenlik ile birleştiğinde, proteinin fraksiyonel atılımının 300 mg/gün'e kadar artmasına neden olur. Hem glikoz hem de ürenin daha az etkili tübüler geri emilimi, atılım oranlarının artmasına neden olur (22).

Gebelikte gözlenen **hematolojik değişiklikler** ise; RBC hacmi %20 ila %30 oranında artarken, plazma hacmi %45 ila %55 oranında artar. Bu orantısız hacim artışı, hematokritin azalmasıyla birlikte dilüsyonel anemiye yol açar. Artan plazma hacmi nedeniyle trombosit konsantrasyonu hafifçe azalır ancak tipik olarak normal sınırlar içinde kalır. Kadınların küçük bir kısmında (%5 ila 10) herhangi bir patoloji olmaksızın trombosit seviyeleri 100 ila 150 milyon/L arasında olacaktır (13).

Gebelikte gözlenen **endokroniyolojik değişiklikler** ise artan östrojen seviyeleri tiroid bağlayıcı globulinin uyarılmasına neden olur, bu da tiroksin (T4) ve tri-iyodotironin (T3) seviyelerini artırır. Serbest T3 ve T4 seviyeleri hafifçe değişir, ancak ikinci ve üçüncü trimesterde hafif bir düşüşle nispeten sabit kalır. Gebelik sırasında böbrek üstü bezleri tarafından hormon üretiminde bir artış olur. Ayrıca kortizol, adrenokortikotropik hormon (ACTH), kortikosteroid bağlayıcı globulin (CGB) ve deoksikortikosteron üretiminde de artış olur ve hiper kortizol durumu ortaya çıkar. Üçüncü trimesterin sonunda, toplam kortizol seviyeleri gebe olmayan kadınlara göre üç kat daha yüksektir. Gebeliğin sonunda plasenta, kortikotropin salgılatıcı hormon üretimi nedeniyle artan kortizol durumuna katkıda bulunur ve böylece doğumun tetiklenmesine yardımcı olur (13,22).

Gebelikte artan östradiol seviyeleri prolaktin artışına neden olur ve serum prolaktin seviyeleri gebeliğin sonuna kadar on kat artar. Bu artan üretim, ön lobdaki hücrelerin çoğalması nedeniyle hipofiz bezinde büyümeye neden olur. Arka hipofiz tarafından üretilen oksitosin seviyeleri gebelik boyunca artar ve gebeliğin son döneminde zirve yapar. Yüksek östrojen, progesteron ve inhibin, folikül uyarıcı hormon (FSH) ve lüteinizan hormon (LH) üretimini engelleyerek bu seviyeleri tespit edilemez hale getirmektedir.

Gebelikte gözlenen **kas iskelet sistemi ve dermatolojik değişiklikler**; gebelikle birlikte ağırlık merkezinde meydana gelen kayma, belde lordozun artmasına ve boyunda fleksiyona neden olur. Duruştaki bu değişim, gebelik ilerledikçe kötüleşen bel gerginliğine neden olabilir (13,22).

Gebelikte gözlenen **metabolik değişiklikler**; plasenta, fetüse besin sağlamak üzere hareket eden insan plasental laktojenini (hPL) üretmektedir. Hamile anne tarafından tercihen yakıt olarak kullanılan serbest yağ asitlerini artırmak için lipolizi

indüklemektedir. Ayrıca diyabetojenik bir durumu indüklemek için bir insülin antagonisti olarak da görev yaparlar. Bu aktivite, artan insülin seviyeleri ve protein sentezi oluşturmak için pankreatik beta hücrelerinin hiperplazisini teşvik etmektedirler. Gebeliğin erken döneminde maternal insülin duyarlılığı artarken bunu ikinci ve üçüncü trimesterde direnç izlemektedir (13,22).

Karaciğerde artan sentez ve azalan lipoprotein lipaz aktivitesi nedeniyle gebelik sırasında total serum kolesterol ve trigliserit seviyeleri artmaktadır. LDL kolesterol gebelik boyunca artar ve termde %50 artış göstermektedir. HDL kolesterol gebeliğin ilk yarısında artar ve daha sonra üçüncü trimesterde düşer, ancak yine de gebe olmayan seviyelerin üzerinde kalırlar. Trigliseritlerdeki artış, fetüs için glikozu korurken annenin enerjisini sağlamak için gereklidir. Artan LDL seviyeleri plasental steroidogenez için çok önemlidir (13,22,23).

3.1.1.2. Gebelikte görülen psikolojik değişiklikler

Gebelik, biyolojik ve psikososyal değişimler sonucu yeni rollerin edinilmesi gereken ve bu nedenle bu rollere uyum sağlamayı gerektiren bir dönemdir (24). Gebelik döneminde yaşanan psikolojik değişimlerin nedeninin hormonal değişimler olduğu bilinmektedir (25).

Gebelik, birçok somatik ve psikolojik değişikliği içeren bir olaydır. Bununla birlikte, gebelik de güçlü bir stres etkeni olabilir (26). Doğum öncesi anne stresinin varlığı, yenidoğan üzerinde uzun vadeli sonuçları olabilecek farklı perinatal komplikasyonlara yol açabilir. Anne stresinin önlenmesinde, sosyal çevrenin empatisinin yanı sıra partnerin duygusal desteğine de önem verilmelidir. Bununla birlikte, bazı durumlarda, kısa destek tedavisi şeklinde profesyonel psikoterapötik destek gereklidir (27-29).

Bazı kadınlar gebeliği olumlu duygularla anlatırken; bazı kadınlar ise bu durumu olumsuz duygularla ifade etmektedirler (30-32).

Doğum sonrası depresyon, bebek sahibi olduktan sonra ortaya çıkan bir depresyon türüdür. İnsanların %15 kadarını etkiler. Doğum sonrası depresyonu olan kişiler duygusal iniş ve çıkışlar, sık ağlama, yorgunluk, suçluluk, kaygı yaşarlar ve

bebeklerine bakmakta zorlanabilirler. Doğum sonrası depresyon ilaç ve danışmanlık ile tedavi edilebilir (33-35).

Stres, “çevrenin bir organizmanın uyum sağlama yeteneğini aştığı, insanları hastalık riskine sokabilecek psikolojik ve biyolojik değişikliklerle sonuçlanan” bir süreç olarak tanımlanabilir (36). Stres etkenleri, stres algısı olmadan ve olumsuz duygular uyandırmadan, stres hormonlarını serbest bırakarak veya bağışıklık parametrelerini değiştirerek doğrudan fizyolojik süreçler üzerinde hareket edebilir. Stres faktörlerinin etkilerine bilişsel değerlendirme aracılık edebilir ve ardından mevcut baş etme kaynakları yetersiz olarak algılanırsa acı çekme gelir. Olumsuz ruh halleri, depresif semptomlar, depresyon öyküsü veya artan evlilik çatışması bildiren kadınlar için, sosyal desteğin genellikle yararlı etkileri olduğu düşünülmektedir. Gebelikte psikolojik stres, “gebe kadının gereksinimlerle baş edemediğinde hissettiği hem davranışsal hem de fizyolojik olarak ifade edilen dengesizlik” olarak tanımlanmaktadır (37). Literatüre göre, gebelikte depresif belirtilere yol açan en yaygın stresörler şunlardır: genç anne yaşı, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim düzeyi (lise mezunu olmayan), günlük stres ve yüksek gebelik sayısı (38-40). hamile bir kadın gebelik sırasında depresyonda, endişeli veya stresli ise, bebeğin duygusal, davranışsal ve bilişsel problemlerde artış riski dahil olmak üzere bir dizi olumsuz nörogelişimsel sonuç yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (41). Gebeliğe özgü stres, düşük, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve sezaryen doğum riskinde artış ile ilişkilendirilmiştir (42-47).

3.1.1.3. Gebelikte yaşanan fiziksel ve emosyonel yakınmalar

Gebelikte çoğunlukla karşılaşılan problemler, sağlık personeli tarafından önemsiz rahatsızlıklar olarak değerlendirilirken, ancak bu rahatsızlıklar gebe kadınlar için önemsiz değildir. Gebelikte görülen rahatsızlıkların çoğu, fizyolojik ve anatomik değişimlerin bir sonucu olarak oluşmaktadır (48). Bu yakınmalardan bazıları şunlardır;

Bulantı Kusma: Gebelikte mide bulantısı ve kusma (NVP), hamileliğin erken döneminde kadınların en sık görülen rahatsız edici semptomlarından biridir. Dünyadaki hamile kadınların yaklaşık %35-91'i, gebelik sırasında bulantı ve

kusma yaşamaktadır (49). Bulantı ve kusma, genellikle hamileliğin 6-8. haftalarında başlayıp 16-20 haftalarına kadar devam etmektedir (50-52).

Mide Yanması: Gastroözofageal reflü hastalığı (GÖRH), hamile kadınlarda en sık görülen tıbbi şikayetlerden biridir. Gebelik sırasında GÖRH oluşumu hem hormonal hem de mekanik faktörleri içeren çok faktörlüdür. Sıklıkla, dolaşımdaki östrojen ve progesterondaki artımlı artışlara bağlı olarak alt özofagus sfinkter basıncındaki ilerleyici bir azalmadan kaynaklanır. En düşük alt özofageal sfinkter basıncı 36. gebelik haftasında görülür. GÖRH'de rol oynayabilecek diğer faktörler, genişleyen uterusu sekonder artan intragastrik basınç ve uzamış temizlenme süresiyle etkisiz özofageal motilite nedeniyle gastrointestinal motilitedeki değişikliklerdir (53). Sonuçta gebe yemeklerden sonra ağırlık hissi, şişkinlik hissi, ekşime ve yanma hislerinden şikayet eder (54). Mide ekşimesi gebeliklerin yaklaşık %30 ila %50'sinde görülür ve bazı popülasyonlarda %80'e ulaşır. Gebe kadınların yaklaşık %17'si aynı anda mide yanması ve regürjitasyon yaşamaktadır. 3 trimesterde reflü semptomları insidansının yakın zamanda yaklaşık %25 olduğu ve gebelik süresince mide ekşimesinin şiddetinde istikrarlı bir artış olduğu bildirilmiştir. Bazı kadınlar doğumdan sonra GÖRH semptomları yaşamaya devam ederler. Hamile ve emziren kadınlarda mide ekşimesi tedavisi, yaşam tarzı değişikliklerini, diyet değişikliklerini, farmasötik olmayan ilaçları ve farmasötik ilaçları içerir (55,56). Çoğu hasta için yaşam tarzı/diyet değişiklikleri GÖRH semptomlarını azaltmada yardımcı olur. Daha yoğun müdahale gerektiren hastalar için çeşitli farmasötik ilaçlar mevcuttur. Ancak her tedavinin gebelik ve emzirme döneminde kullanıma uygunluğu göz önünde bulundurulmalıdır (57-59).

İştahta Artma Azalma ve Aşerme: Gebelikte artan hormon düzeyleri ile birlikte birçok kadın iştahta değişiklik yaşar. Bu değişiklikler, gebelik hormonlarındaki dalgalanmalar ve geçişlerdeki değişikliklerden geçmiştir. İştahta artma, azalma ve aşerme gibi farklı gebelikler sırasında yaygın olarak görülebilir. Pek çok kadın gebelik döneminde normalden daha fazla yemek yemeye yaşıyor. Bu, bebeklerinin gelişimi için ihtiyaç duydukları ekstra kalori ve besin ürünlerini sağlamakla ilgili olabilir. Hormonlardaki değişiklikler, özellikle progesteron bölümlerindeki bölümleri, bölümleri hissini sergilemektedir. Gebelik, vücutta bir dizi hormonal değişikliğe neden olur ve bu değişiklikler annenin metabolizmasını etkiler.

Özellikle progesteron hormonu, hamileliği destekleyen ve düzenleyen önemli bir hormondur. Progesteron seviyeleri arttıkça, anne vücudu gebelik sırasında gerekli olan enerji ve besinleri sağlamak için daha fazla ihtiyaç duyar. Bu nedenle, anne adayları gebelik döneminde normalden daha fazla yeme isteği yaşayabilirler. Ancak, gebelik döneminde daha fazla yemek yeme ihtiyacı sadece kaloriyle sınırlı değildir; aynı zamanda artan besin ihtiyacını da karşılamak önemlidir. Bebeklerin sağlıklı gelişimi için anne adaylarının protein, demir, kalsiyum, folik asit, D vitamini, omega-3 yağ asitleri gibi çeşitli besin öğelerine ihtiyacı vardır. Bu nedenle, hamile kadınlar çeşitli besinleri içeren dengeli bir diyet tüketmelidirler (60).

Sık İdrara Çıkma: Gebeliğin dört ila altı haftaları civarında başlamaktadır. Gebelik sırasında sık idrara çıkma oldukça yaygın bir durumdur ve birçok kadın tarafından deneyimlenir. Bu durum, gebelikte meydana gelen hormonal değişiklikler ve büyüyen uterusun mesaneye baskı yapması nedeniyle ortaya çıkar. Gebelik hormonları, özellikle progesteron ve HCG (human koryonik gonadotropin), böbreklerin daha fazla çalışmasına ve idrar üretiminin artmasına neden olur. Bu durum da sık idrara çıkmaya yol açar (61).

Gebelik sırasında idrar yollarındaki değişiklikler kadınları enfeksiyona yatkın hale getirir. Doğum sırasında sıklıkla uygulanan üriner kateterizasyon, İYE'ye yol açan bakterileri ortaya çıkarabilir. Doğum sonrası dönemde, mesane duyarlılığındaki değişiklikler ve mesanenin aşırı distansiyonu İYE'ye zemin hazırlayabilir (62,63).

Konstipasyon: Gebe kadınların yaklaşık %11-38 görülmektedir (64). Düşük yaşam kalitesi ve fiziksel sağlık algısından hemoroidlere kadar bir dizi sonucu vardır. Parite veya önceki sezaryen, kabızlık ile ilişkilendirilmiştir (65).

Gebelikte konstipasyonun yaygın nedenleri şunlardır:

1. **Hormonal Değişiklikler:** Gebelikte artan progesteron hormonu, bağırsakların düz kaslarını gevşetir ve bağırsak hareketlerini yavaşlatır. Bu durum, dışkıının bağırsaklarda daha uzun süre kalmasına ve dolayısıyla kabızlık yaşanmasına neden olabilir.
2. **Rahmin Büyümesi:** Gebelik ilerledikçe, büyüyen uterus bağırsaklara daha fazla baskı yapar ve bağırsak hareketlerini etkileyebilir.

3. Demir Takviyesi: Gebelik sırasında doktorlar genellikle demir takviyesi önerebilir. Ancak bazı demir takviyeleri kabızlığa neden olabilir.
4. Sıvı ve Lif Alımı: Yeterli miktarda sıvı almak ve lifli gıdalar tüketmek düzenli bağırsak hareketlerine yardımcı olur. Gebelikte ise sıvı alımı ve beslenmeye dikkat etmek önemlidir.
5. Hareketsizlik: Gebelik döneminde bazı kadınlar daha az fiziksel aktivite yapabilir ve bu da bağırsak hareketlerini olumsuz etkileyebilir.

Hemoroidler: Gebelik sırasında hemoroidin kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, durum yaygındır ve hamile kadınlarda semptomatik hemoroid prevalansı hamile olmayan kadınlara göre daha yüksektir. Hemoroidi olan kadınlarda semptomlar genellikle hafif ve geçicidir ve ağrı ve aralıklı olarak anüsten kanamayı içerir. Gebelik sırasında tedavi, esas olarak semptomların giderilmesine, özellikle ağrı kontrolüne yöneliktir. Birçok kadın için semptomlar doğumdan hemen sonra kendiliğinden düzelir (66,67).

Varisler: Gebelik sırasında varis oluşumu oldukça yaygın bir durumdur ve birçok kadın tarafından deneyimlenir (68). Bacaklarda ısınma hissi, ağırlık, ödem, ağrının varlığı, karıncalanmalar ve krampa sebep olabilmektedirler. Bu şikayetler ayakta fazla durma, yorgunluk, havadaki ısı artışı ile önemli derecede artış göstermektedirler (69).

Bel Ağrısı: Gebelik döneminde bel ağrısı oldukça yaygın bir şikayettir ve birçok kadını etkileyebilir. Gebelik hormonları, vücuttaki ekstra kilo, merkezde yer alan ağırlık artışı ve pelvik kemiklerdeki yumuşama gibi değişiklikler, bel ağrısının ortaya çıkmasına katkıda bulunabilir. Gebelikte kadınların ortalama %50-90'ında bel ağrısı yaşamaktadır. Bunun sebepleri arasında, genişleyen uterusun lumbo-sakral omurun eğiminde artışa neden olması ve eklemlerdeki kıkırdak dokunun progesteronun etkisiyle yumuşayarak pelvik hareketliliğin artmasına ve hatta kasık ayrılmasına neden olmasıdır. Vücut mekaniğinin hamileler tarafından uygunsuz kullanımı da bel ağrısına neden olabilir (28,70).

Baş Ağrısı: Gebelikte baş ağrısı en sık görülen rahatsızlıklardan biridir. Baş ağrıları gebeliğin birinci ve üçüncü trimesterlerinde sık görülür. Bu baş ağrıları

psikolojik nedenlere bağılı olabilir. Göz rahatsızlıkları, sinüzit ya da diş iltihabı baş ağrılarının nedenleri arasında olabilir. Gebelikte nedenlerin çoğunlukla hormonal artış, kardiasfinkterdeki gevşeme, sindirim sistemindeki motilitenin azalması, mental dalgalanmalar ve gerginlikler olduğu düşünülmektedir (71,72).

3.1.2. Doğum eylemi

Doğum eylemi, fetüs ve plasentanın dışarı atılmasıyla birlikte serviks dilatasyonuna sebep olan ve giderek sıklaşan kasılmalarla karakterize klinik bir süreçtir (73).

Normal doğum eylemi; Termde spontan, canlı bir fetüsün varlığı ile vertex pozisyonunda baş-pelvis uyumsuzluğu olmadan sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşmesidir (74).

3.1.2.1. Vajinal doğum

Vajinal doğum, normal bir gebelik ve doğum süreci olan kadınlar için genellikle güvenli bir seçenektir. Vajinal doğum, bebeğin doğumunun anne adayının vajinasından gerçekleştiği doğal bir doğum yöntemidir (75,76). Her kadının doğum planı kendine özgüdür ve doğum tercihleri bireysel sağlık durumu ve tıbbi gerekliliklere göre belirlenir. Operatif sezaryen doğumlara bağılı morbidite ve mortalitenin zaman içinde arttığı düşünüldüğünde vajinal doğum tercih edilmektedir (74). Tüm tekil vajinal doğumların yaklaşık %80'i miadında, spontan doğumla, %11'i preterm ve %10'u posttermdir (76,77). Geçmişte cerrahi doğum yöntemlerinin ortaya çıkmasıyla birlikte, spontan doğum eylemine ulaşan hasta sayısı zamanla azalmış ve doğum indüksiyonu artmıştır (78-80).

Endikasyonları: Tam süreli gebeliklerde, spontan doğum eylemi gerçekleştiğinde veya amniyotik ve koryonik membranlar yırtıldığında vajinal doğum endikasyonu vardır. Buna ek olarak, komplike gebeliklerde veya post-term gebeliklerde doğum indüksiyonu endikedir ve bu da vajinal doğum için bir endikasyondur (81,82). Spontan doğum yapan kadınlar için yeterli ve düzenli kontraktibilite, yeterli efasman (%80'den büyük veya eşit) ve/veya 4-5 cm servikal dilatasyon bulunması doğumun başladığının bir göstergesidir. Fakat yeterli spontan kasılmaları olmayan servikal dilatasyon veya efasmanlı bazı gebelerin oksitosin

kullanılarak doğumun ilerletilmesi ve indüksiyonu sağlanabilmektedir. Term gebelikte membran rüptürü vajinal doğum için bir endikasyondur (83). Bir hastanın preterm erken membran rüptürü tedavisi, diğer materno-fetal özelliklerin yanı sıra gebeliğin gestasyonuna bağlıdır.

Gebeliğin zamanında sonlandırılması hem annenin hem de fetüsün peripartum sonuçları açısından önemli olduğundan, bazı durumlar doğum indüksiyonunu gerekli kılmaktadır. Post-term gebelik (42 haftadan büyük gebelik), doğum öncesi membran rüptürü, gestasyonel hipertansif bozukluklar (preeklampsi, eklampsi), HELLP (hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri ve düşük trombosit sayısı) sendromu, fetal ölüm, fetal büyüme kısıtlaması, koryoamniyonit, oligohidramniyos, plasenta dekolmanı, gebeliğin intrahepatik kolestazı ve diğer durumların tümü doğum ve vajinal doğum için endikasyonlardır (84).

Başarılı bir vajinal doğumun avantajları hem bebek hem de anne için sayısızdır. Vajinal doğum ile doğumdan kısa bir süre sonra başarılı bir şekilde emzirebilme, doğumdan sonra hastanede kalış süresinin kısalması, fiziksel ve psikolojik olarak hızlı iyileşme ve anne-bebek bağı ve bağlanmasının artması şansı daha yüksektir. Bebek için vajinal doğumun faydaları arasında kan şekeri regülasyonu, solunum fonksiyonu, sıcaklık regülasyonu gibi hormonal ve endokrinolojik fonksiyonlarda iyileşme ve keşif davranışlarındaki artış yer alır. Diğer faydalar arasında sezaryenle doğan çocuklara kıyasla daha iyi uzun vadeli büyüme, bağışıklık ve gelişme sayılabilir (49).

Kontrendikasyonlar: Vajinal doğum, doğum için tercih edilen yöntemdir; ancak vajinal doğumun kontrendike olduğu bazı durumlar vardır. Bazı durumlar vajinal doğumun derhal acil sezaryene dönüştürülmesini gerektirirken, bazı durumlar kendiliğinden düzelebilir ve vajinal doğum denenebilir. Acil sezaryen gerektiren ve vajinal doğum için kontrendikasyon olan durumlar sistem tarafından kategorize edilebilir; ayaklı makat geliş, açık makat, tam makat ve kordon prolapsusu gibi belirli sunumlar acil sezaryene dönüşüm endikasyonlarıdır bazı prezantasyonlar sezaryene acil geçiş için endikasyonlardır (83). Yüzün mentumla (çene maternal sakrum yönünde), posteriorda, enine ya da omuz prezantasyonunda ve oksiput posteriorda olması gibi fetüsün malpozisyonu ile ilişkili patolojiler abdominal

doğuma dönüştürülmelidir (85). İkiz gebeliklerde ikiz makat pozisyonunda, yapışık ikizler ve tek amniyotik ikizler vajinal doğum için kontrendikasyonlardır (86). Plasenta previa, bilinen plasenta akretası veya uterus rüptürü öyküsü gibi anormal plasenta pozisyonları, vajinal doğum için kontrendikasyon oluşturan durumlardır (87). Aktif genital herpes salgını gibi enfeksiyonlar da vajinal doğum için mutlak bir kontrendikasyondur. Diyabetli bir annede 5000 gramdan fazla fetal ağırlık veya diyabeti olmayan bir annede 4500 gramdan fazla fetal ağırlık vajinal doğum için göreceli kontrendikasyonlardır (88,89).

Her prosedürde olduğu gibi, hastanın uygun şekilde hazırlanması ve pozisyonlandırılması, prosedürün başarısını en üst düzeye çıkarırken aynı zamanda morbidite ve mortaliteyi en aza indirmenin anahtarıdır. Bir hastayı vajinal doğuma hazırlarken göz önünde bulundurulması gereken birçok faktör vardır ve hastanın pozisyonu doğumun çeşitli aşamalarındaki ilerlemesine bağlı olarak değişmektedir. Doğum sırasında hipovolemi fetal kalp trasesi anormalliklerine neden olabileceğinden hastalar yeterince hidrate edilmelidir (90,91). Rutin antiasit uygulaması, rutin lavman ve perineal tıraş endike değildir. Bilinen pozitif Grup B streptokok (GBS) kültürü veya bilinmeyen maternal GBS durumu için sistemik antibiyotikler endikedir (92,93).

Maksimal servikal dilatasyona ulaşıldığında ve hasta her iki ila üç dakikada bir düzenli kasılmalar yaşadığında, ıkınması için teşvik edilmelidir. Ikınmanın en iyi yolu yatarak ıkınmaktır ve hastadan en az on saniye boyunca ve kasılma başına en az iki veya üç kez ıkınması istenerek hastaya koçluk yapılabilir (94).

Komplikasyonlar: Vajinal doğumla ilişkili çok sayıda komplikasyon vardır; bu komplikasyonlar doğumun aşamalarına göre değişir ve çok sayıda faktöre bağlıdır (95,96). Genel olarak komplikasyonlar şu kategorilere ayrılabilir: ilerlemede başarısızlık, anormal fetal kalp hızı takibi, intrapartum hemoraji ve post-partum hemoraji. İlerlemede başarısızlık birinci ya da ikinci evrede gerçekleşebilir. Doğumun ilk evresinde ilerleme kaydedilememesi, serviksi en az altı santimetre genişlemiş kadınlarda servikal dilatasyon hızının saatte bir ila iki santimetreden daha az olması olarak tanımlanan aktif doğum evresinin uzaması şeklinde olabilir (97-99). Doğumun ilk evresinin durması, yeterli uterus kasılma gücüne (200 Montevideo

ünitesi veya üzeri olarak tanımlanır) sahip bir kadında servikal dilatasyonda dört saatten fazla bir süre boyunca değişiklik olmaması veya yetersiz kasılma gücüne sahip bir kadında servikal dilatasyonda altı saatten fazla bir süre boyunca değişiklik olmaması olarak tanımlanır. Uzamış doğum eylemi, uterotonik bir ajan olan oksitosin ile doğum eyleminin artırılmasıyla yönetilebilir (32,100).

İlerleme kaydedilememesi, doğrudan sefalopelvik orantısızlıkla (CPD) ilişkili olan fetüsün anormal iniş geçişine de bağlı olabilir. CPD fetal malpozisyon veya makrozomi ile ilişkili olabilir ve doğumun sezaryene dönüştürülmesini gerektiren subjektif bir tanıdır. CPD en sık doğumun ikinci evresinde görülür (101).

Vajinal doğum sırasında, fetal kalp hızı izlenmelidir ve ister erken ister geç yavaşlamalar olsun, doğum sırasındaki yavaşlamalar fetüsün baş kompresyonunu, fetüsün kord kompresyonunu, hipoksemiye ve hatta fetüsün anemisini gösterebilir. Anormal fetal kalp hızı devam ederse, oksitosin gibi doğum eylemini artıran ajanlar çıkarılarak veya anneyi sol yan tarafa yeniden konumlandırarak çözüm denenebilir. Bu manevralar anormal fetal kalp hızının düzelmesine yol açmazsa acil sezaryen endikedir (102).

Vajinal doğumda intrapartum kanama gelişmesi komplike bir durumdur. Normal bir vajinal doğum sırasında, uterus ağzının boşalmasından veya vajinal kanalın travmaya uğraması sonucu bir miktar kan amniyotik sıvı ile karışarak serosanguineous bir görünüm alabilmektedir. Bununla birlikte, aktif kanama varlığı anormaldir ve plasenta dekolmanı, uterus rüptürü, plasenta akrekt, teşhis edilmemiş plasenta previa veya vasa previa nedeniyle aktif kanama gerçekleşebilmektedir. Bu durumlar gerçek obstetrik acil durumlardır ve acil sezaryen gerektirmektedir (73,103).

3.1.2.2.Sezaryen doğum

Sezaryen (CS), hem annenin hem de bebeğin hayatını kurtarmada oldukça etkili, hayat kurtaran önemli bir cerrahi obstetrik prosedürdür. Diğer bir tabirle sezaryen, açık bir abdominal insizyon (laparotomi) ve uterusu bir insizyon (histerotomi) yoluyla fetal doğumdur. Küresel olarak, her yıl kaydedilen sezaryen doğum sayısı 18 milyondan fazla olup, toplam doğumların yaklaşık %19,1'ini oluşturmaktadır

(104). Belgelenen ilk sezaryen MS 1020 yılında gerçekleşmiştir. Şu anda Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan en yaygın ameliyattır ve her yıl 1 milyondan fazla kadın sezaryen ile doğum yapmaktadır. Sezaryenle doğum oranı 1970'te %5 iken 2016'da %31,9'a yükselmiştir (105-107).

Sezaryen İçin Maternal Endikasyonlar (108-110):

- Önceki sezaryen doğum
- Anne isteği
- Pelvik deformite veya sefalopelvik orantısızlık
- Önceki perineal travma
- Önceki pelvik veya anal/rektal rekonstrüktif cerrahi
- Herpes simpleks veya HIV enfeksiyonu
- Kalp veya akciğer hastalığı
- Serebral anevrizma veya arteriovenöz malformasyon
- Eşzamanlı intraabdominal cerrahi gerektiren patoloji

Sezaryen için rahim/anatomik endikasyonlar (108-110):

- Anormal yerleşim (plasenta previa, plasenta akreta gibi)
- Plasenta dekolmanı
- Önceki klasik histerotomi
- Önceki tam kalınlıkta miyomektomi
- Uterin kesi açılması öyküsü
- İnvaziv rahim ağzı kanseri
- Önceki trakelektomi
- Genital sistem obstrüktif kitle
- Kalıcı serkilaj

Sezaryen İçin Fetal Endikasyonlar (108-110):

- Güven vermeyen fetal durum (anormal göbek kordonu Doppler çalışması gibi) veya anormal fetal kalp takibi
- Göbek kordonu prolapsusu
- Başarısız operatif vajinal doğum

- Makrozomi
- Konjenital anomali
- Trombositopeni
- Önceki yenidoğan doğum travması

ABD'de anne ölüm oranı her 100000 sezaryen doğumda yaklaşık 2,2'dir. Bu oran genel olarak düşük olmakla birlikte, vajinal doğuma kıyasla önemli ölçüde daha yüksektir. Vajinal doğum için anne ölüm oranı 100000'de yaklaşık 0,2'dir (106,110). En sık gözlenen komplikasyon sezaryen sırasında ve sonrasında aşırı kanama riski vardır.

3.1.3. Gebelikte gözlenen patofizyolojik etmenler

Plasentanın amacı gebeliği desteklemek ve sürdürmek olduğundan, plasenta oluşumundaki herhangi bir anormallik hem anne hem de fetus için olumsuz sonuçlara neden olabilir. Anormallikler plasentanın yapısı, plasentanın yeri ve plasentanın implantasyonu şeklinde olabilir (13,111).

Preeklampsinin hem maternal hem de fetal faktörleri içerdiği ve plasentadaki vaskülatürün anormal gelişimine yol açtığı görülmektedir; bu da sonuçta yetersiz perfüzyona yol açarak hipoksi ve büyüme kısıtlaması ile sonuçlanır. Antianjiyojenik faktörlere bağlı olduğuna inanılan maternal endotelyal disfonksiyon, pıhtılaşma kaskadının aktivasyonu, vazokonstriksiyon ve mikroanjiyopatik hemoliz ile birlikte vasküler geçirgenliğin artmasına yol açar. Bu faktörler hipertansiyon, proteinüri, nöbet, beyin kanaması, DIC, böbrek yetmezliği, pulmoner ödem, uteroplental yetmezlik, plasenta dekolmanı, erken doğum ve sezaryen doğum oranının artması gibi preeklampsinin klinik belirtilerine yol açar. Preeklampsi, ağır özellikleri olmayan preeklampsi ve ağır özellikleri olan preeklampsi olmak üzere iki kategoriye ayrılır. Şiddetli özellikleri olmayan preeklampsi tanısı için, üçüncü trimesterde en az 6 saat arayla iki kez 140/90 mm Hg'den yüksek kan basıncının yanı sıra 300 mg/24 saatten fazla proteinüri veya 0,3'ten yüksek protein/kreatinin oranı gereklidir. Şiddetli özellikleri olmayan preeklampsili kadınlar 37. haftada doğum ile tedavi edilir. Eğer 37. haftadan önce tanı konulursa, yatan hasta olarak yakından izlenirler, ancak başka bir komorbidite yoksa ayaktan izleme kullanılabilir. Şiddetli

preeklampsia tanısı koymak için proteinüriye ek olarak kan basıncının 160/110 mm Hg'den yüksek olması gerekir. Alternatif olarak, böbrek yetmezliği, trombositopeni, pulmoner ödem, bozulmuş karaciğer fonksiyonu veya serebral veya görme bozuklukları dahil olmak üzere en az bir başka özelliikle birlikte kan basıncı iki kez 140/90 mm Hg'den yüksek olabilir. Bu hastalar 34. haftada doğurtulmalı ve nöbet profilaksisi için magnezyum sülfat tedavisi almalıdır. Kan basıncı 160/110 mm Hg'den yüksekse inme riskini azaltmak için antihipertansifler kullanılmalıdır (112,113).

Şiddetli özelliklere sahip preeklampsili hastaların yaklaşık %10'unda HELLP sendromu gelişir; bu hastalarda hemoliz, karaciğer enzimlerinde yükselme ve trombosit düşüklüğü görülür. Bu hastalarda hipertansiyon ve proteinüri bulunmasına gerek yoktur. 34/7 haftadan sonra tanı konulan bu hastalar stabilize edildikten sonra doğurtulmalıdır. Eğer 34 haftadan önce tanı konulursa, bu kadınlar betametazon uygulamasından 24 ila 48 saat sonra doğurtulmalıdır. Ayrıca doğum sonrası 24 saate kadar magnezyum sülfat verilmelidir (113,114).

Eklampsia, preeklampşik bir hastada grand mal nöbetler ortaya çıktığında teşhis edilir. Hem ciddi özellikleri olan hem de olmayan kadınlarda ortaya çıkabilir. Eklampsia, endotel disfonksiyonu, hiperperfüzyon ve beyin ödemi nedeniyle serebral dolaşımın otoregülasyonunda bir bozulma olduğunda ortaya çıkıyor gibi görünmektedir. Tedavi, nöbet yönetimi ve profilaksisi, kan basıncı kontrolü ve hasta stabilize edilip konvülsiyonlar kontrol altına alındıktan sonra doğumu içerir (113).

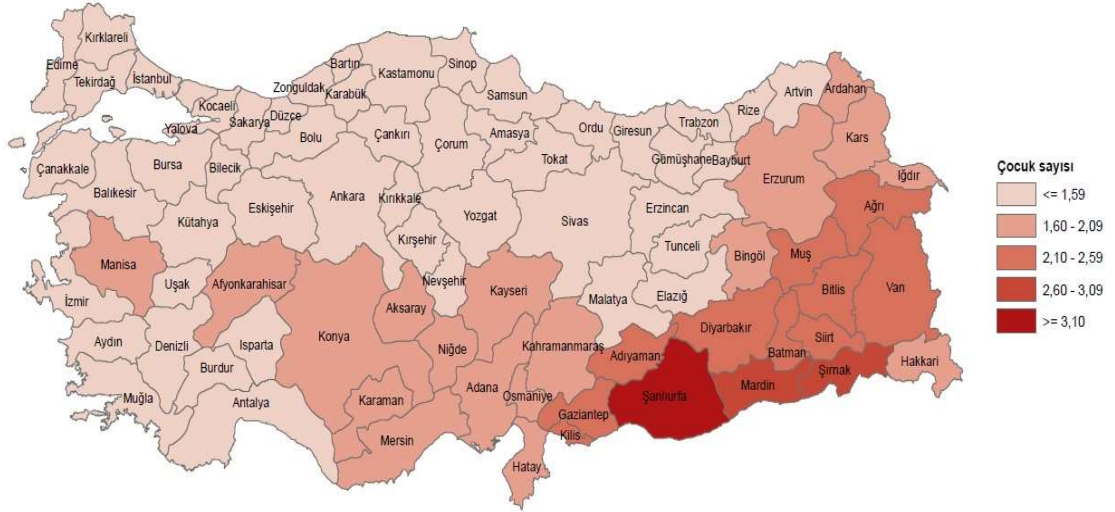
Plasenta previa, iç servikal os'u kaplayan plasentanın anormal implantasyonu ile oluşur. İç os'un plasenta tarafından tamamen kaplandığı tam previa, plasentanın iç os'un bir kısmını kapladığı kısmi previa veya plasentanın kenarının os'un kenarına yaklaştığı marjinal previa olarak kabul edilebilir. Plasenta alt uterus segmentinde olduğunda ancak internal os'a uzanmadığında alçakta yatıyor olarak kabul edilir. Plasenta previa, iç servikal os'u kaplayan plasentanın anormal implantasyonu ile oluşur. İç os'un plasenta tarafından tamamen kaplandığı tam previa, plasentanın iç os'un bir kısmını kapladığı kısmi previa veya plasentanın kenarının os'un kenarına yaklaştığı marjinal previa olarak kabul edilebilir. Plasenta alt uterus segmentinde olduğunda ancak internal os'a uzanmadığında alçakta yatıyor olarak kabul edilir.

Üçüncü trimesterde alt uterus segmenti incelmeye başlar, bu da plasenta bağlantısında bozulmaya ve ağrısız kanamaya yol açar. Bu kanama uterusu tahriş ederek daha fazla ayrılmaya ve kanamaya neden olan uterus kasılmalarını uyarır. Doğum sırasında rahim ağzı genişledikçe, plasental ayrılma ve kaçınılmaz kanama meydana gelir ve bu da kanama ve şokla sonuçlanabilir. Bu hastalar 20. haftadan sonra pelvik istirahat, fiziksel aktivitenin azaltılması ve 36 ila 37. haftalar arasında sezaryen doğum ile yönetilmektedir (115).

Plasenta akreta, plasenta implantasyon sırasında rahim duvarını istila ettiğinde ortaya çıkar. Eğer invazyon miyometriyuma kadar uzanırsa, bu durum için kullanılan terim plasenta inkretadır. Eğer invazyon miyometriyumdan serozaya kadar uzanırsa, bu plasenta perkreta olarak kabul edilir. Plasenta perkreta ayrıca mesane veya rektum gibi çevre organlara da invaze olabilir. Bu durumlarda plasenta rahim duvarından düzgün bir şekilde ayrılamaz ve bu da kanamaya ve şoka yol açabilir. Bu nedenle, bu durum doğum sırasında histerektomi ihtiyacına yol açabilir (116).

3.2. Doğurganlığı Etkileyen Faktörler

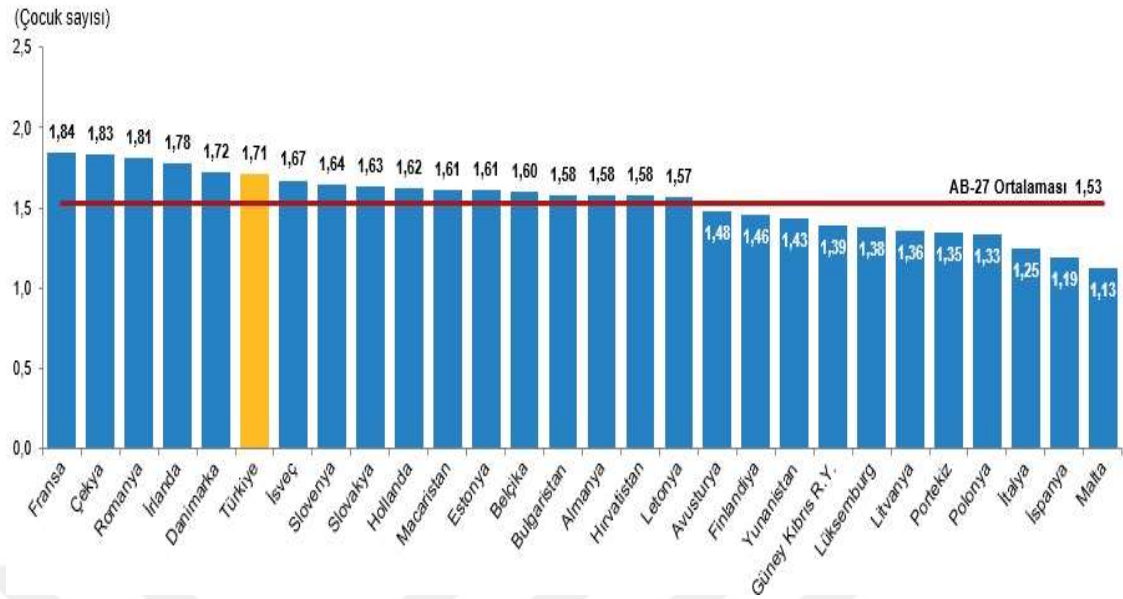
Birleşmiş Milletler (BM), küresel insan nüfusunun 2020'de 7,8 milyardan 2100'de 10,9 milyara çıkabileceğini tahmin etmektedir. %40'lık bir nüfus artışının ekonomiler, gıda üretimi, çevre ve küresel iklim üzerinde güçlü etkileri olacaktır. Bu olağanüstü nüfus artışının nedenlerini anlamak, gelecek için uluslararası ve ulusal planlamanın birçok yönü için kritik öneme sahiptir. Doğurganlık, popülasyon büyümesini, yapısını ve kompozisyonunu etkileyen popülasyon dinamiğinin üç ana bileşeninden biridir. Toplam doğurganlık hızı (TFR), nüfus artış hızının önemli bir belirleyicisidir.



Şekil 1. İllere göre toplam doğurganlık hızı, 2022

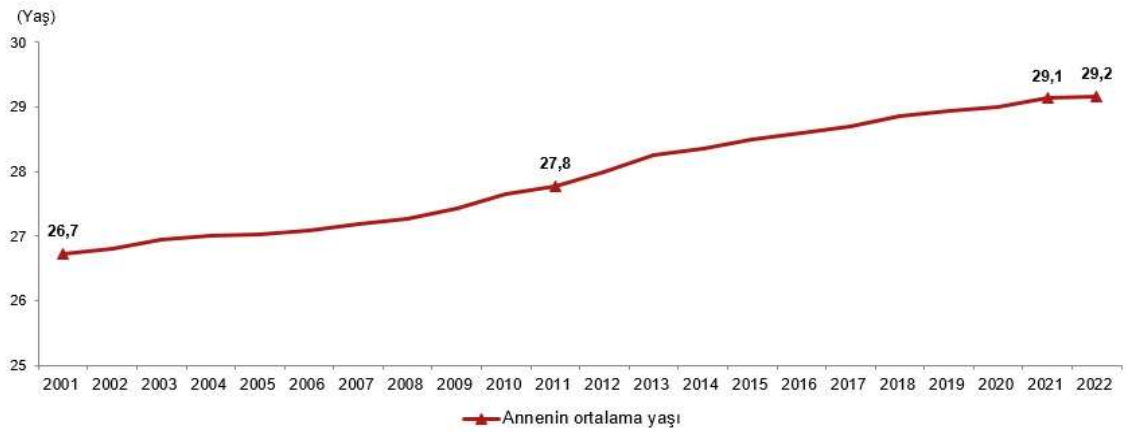
Türkiye'de doğurganlık hızı 2018'de nüfus yenileme seviyesinin altına düşmüştür. Ancak bölgesel doğurganlık farklılıkları vardır. TDH, doğu bölgelerinde kadın başına 2,50 çocuğun üzerinde daha yüksektir. Toplam doğurganlık hızı 2001'de 2,38 çocuk iken 2022'de 1,62 çocuk olmuştur. Üç doğu bölgesi dışında Akdeniz Bölgesi'nde de TDH yenilenme seviyesinin üzerindedir. Diğer bölgelerde, doğurganlık seviyeleri ulusal ortalamanın ve yenileme seviyelerinin altındadır. Özellikle Karadeniz, Batı Marmara ve Ege bölgelerinde TDH 1,70'in altındadır. Bu bölgesel dağılım modeli, geleneksel normlar ve kadınların eğitimi ve tarım dışı istihdama katılımı ile yakından ilişkilidir (117).

Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin toplam doğurganlık hızları incelendiğinde, 2021 yılında en yüksek toplam doğurganlık hızına sahip olan ülkenin 1,84 çocuk ile Fransa olduğu, en düşük toplam doğurganlık hızına sahip olan ülkenin ise 1,13 çocuk ile Malta olduğu görülmektedir. Toplam doğurganlık hızı 2021 yılında binde 1,71 olan Türkiye, Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında 6. sırada yer almaktadır.



Şekil 2. Toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırılması, 2021 (118)

Doğumlarını 2001 yılında gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı 26,7 iken 2022 yılında 29,2 oldu. İlk doğumunu 2022 yılında gerçekleştiren annelerin ortalama yaşı ise 26,8 olduğu gözlenmektedir (Şekil 2.3).



Şekil 3. 2001 - 2022 yılları arası doğum yapan annelerin ortalama yaşı

Türkiye'de ilk evlenme yaşları zamanla değişebilmektedir ve bu istatistikler toplumun sosyal ve ekonomik yapısına, kültürel faktörlere ve yasal düzenlemelere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Genellikle Türkiye'de ilk evlenme yaşının ortalaması, 2000'li yıllarda ortalama 24-26 yaş arasında olduğu bilinmektedir. Ancak, son yıllarda Türkiye'de değişen sosyal normlar ve kadınların eğitim düzeyinin

yükselmesiyle birlikte, evlenme yaşının yükseldiği ve gençlerin evlilik kararını daha sonraki yaşlarda vermeye başladığı gözlemlenmektedir. Suriye’de 2014 yılı verilerine göre kızların %13,3’ü 18 yaşından önce evlenmiş olup 15-19 yaş grubunda doğurganlık oranı 40,02’dir. Suriye’de yasal evlilik yaşı 17 olmasına karşın dini liderlerin izni ile istisnalar olabilmektedir. Suriye’de nüfus ve dini yapı çeşitlilik göstermektedir.

3.2.1. Gelir düzeyi ve çocuğun ekonomik maliyeti

Üreme tüm canlı organizmalarda önemli bir biyolojik olaydır. Yaşam tarzı faktörleri, doğurganlık da dahil olmak üzere bireylerin genel sağlığını ve esenliğini etkileyebilecek değiştirilebilir davranış ve yaşam biçimlerini ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, dünya çapındaki çiftlerin yaklaşık %20-30’u kısırdır ve 80 milyon kadar kadın bu durumdan etkilenmektedir. Sanayileşme ve kentleşme giderek derinleştikçe, emek talebi azalma eğilimindedir ve doğum maliyeti yükselerek doğurganlık oranlarının düşmesine neden olur. Doğurganlık, kişi başına GSYİH olarak ölçülen ekonomik gelişme seviyeleri ile ilişkilidir. Bununla birlikte, bir ülke içinde doğurganlık, çeşitli gelir grupları için farklı olma eğilimindedir. Doğum maliyetinin, ailelerin doğurganlıkla ilgili karar verme süreçlerinde hayati bir faktör olduğu doğrulanmıştır ve aile refahı politikaları, ülkenin doğurganlık durumunun optimize edilebilmesi için, doğumla ilgili hane halkı geçim giderlerindeki artışı telafi edebilir. Çok yüksek gelir gruplarında bazen bir artış beklense de genel olarak doğurganlık, artan gelir düzeyiyle birlikte azalmaktadır; en düşük gelir grupları için artma eğilimindedir (119, 120).

Ülkelerin ekonomik gelişmişlik düzeyine göre önemi değişen üç tip fırsat maliyetinden söz edilir:

- 1) Tüketim giderlerinin düşük yaşam standardına yol açması
- 2) Çocuğun ailenin birikim ve yatırım yapma yeteneğini azaltması
- 3) Kadınların çocuk nedeniyle çalışmaktan/olası kazançlarından vazgeçmesi

OECD ülkeleri, uzun vadeli nüfus düşüşüyle başa çıkmak için doğurganlığı teşvik etmek için bir dizi refah politikası formüle etmiş ve uygulamıştır. Uzun vadeli

uygulamaya dayalı eksiksiz bir aile refahı politikası sistemi oluşturulmuştur. Aile yardımı politikaları üç ana türe ayrılır. Birinci tür, çocuk yardımı, ebeveyn izni süresince sağlanan yardımlar ve tek ebeveynli aileler için sağlanan yardımları içeren aile desteği için nakit yardımlardır. İkinci tür, ilgili hizmet sübvansiyonlarını ifade eder (örneğin, çocuk bakımı ve erken eğitim tesisleri, çocuk bakım hizmetleri ve aile hizmetlerine yapılan kamu harcamaları). Üçüncüsü, vergi muafiyetlerini, çocuk vergi muafiyetlerini ve çocuk vergi kredilerini kapsayan ilgili vergi teşvikleridir.

Çocuk doğurma maliyeti, hane halkı karar verme sürecinde önemli bir faktördür ve çocuk doğurmadan kaynaklanan hane halkı harcamalarındaki artış, ek maliyetlerin en büyük payını gıda ve eğitim harcamalarının oluşturduğu çocukların yaşıyla birlikte artar. Aile politikası, sosyal bir birim olarak aileye veya aile üyesine odaklanır ve sosyal refahla ilgili pratik rehberlik sağlamaya çalışır. Sonuç olarak, hükümetler, ailelerin artan yaşam maliyetlerini telafi etmek için doğurganlık kararlarını etkileyerek doğurganlığı destekleme politikaları geliştirmiştir (121).

3.2.2. Ebeveynlerin cinsiyet tercihi

Ailenin erkek çocuk tercihi doğurganlığı artıran bir faktördür. Kürtaj dışında, genellikle ailelerin kızlardan çok erkek çocukları seçmesine olanak tanıyan cinsiyet seçimi yapılır. Her yıl, dünya çapında 1,5 milyon kız çocuğu, doğum öncesi cinsiyet seçiminin bir sonucu olarak doğumda kaybolmaktadır. Cinsiyet seçimi nedeniyle, bazı ülkelerde doğumda cinsiyet oranı artmıştır (normalde 102 ila 107 erkek doğumuna karşı 100 kız doğum). Erkek çocuk tercihi gelecekteki evliliği ve doğurganlık modellerini etkileyebilir. Genç yetişkin erkeklerin eş bulamamaları tedirginlik yaratabilir. Doğumda cinsiyet oranlarındaki son dramatik artış, üç faktörün bir kombinasyonunun sonucudur:

- Israrlı oğul tercihi,
- İdeal ailede küçültme eğilimi ve
- Doğum öncesi cinsiyet belirleyebilen modern tıp teknolojisinin hızla yayılması

3.2.3. Kadının ve erkeğin eğitim düzeyi

Doğurganlık ve eğitim düzeyi arasında sıkı bir ilişki bulunmaktadır. Çeşitli araştırmalar, eğitim düzeyi ile doğurganlık arasında ters orantılı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yani, genellikle eğitim düzeyi yükseldikçe doğurganlık oranları düşmektedir. Bu ilişki, dünya genelinde ve farklı ülkelerde gözlemlenmiştir. Eğitim düzeyi yükseldikçe, kadınlar genellikle kariyer odaklı tercihler yapma ve daha geç yaşlarda çocuk sahibi olma eğilimindedirler. Yüksek eğitilmiş kadınlar, genellikle öğrenim ve kariyerlerini tamamlamayı tercih ederler ve doğal olarak çocuk sahibi olma kararını daha sonraki yaşlara bırakabilirler. Eğitim düzeyinin artması, kadınların doğum kontrol yöntemlerini daha etkin kullanma ve doğurganlığı planlama konusunda daha bilinçli olma olanağı sağlar. Aynı zamanda, eğitilmiş kadınlar çocuk sahibi olma konusunda daha fazla seçeneğe sahip olma eğilimindedir ve çocuk sayısını bilinçli bir şekilde planlama eğilimindedirler. Diğer taraftan, düşük eğitim düzeyine sahip bölgelerde veya topluluklarda doğurganlık oranları genellikle daha yüksektir. Eğitim fırsatlarındaki sınırlamalar ve sosyo-ekonomik zorluklar, doğum kontrol yöntemlerine erişimdeki kısıtlamalar ve kültürel normlar doğurganlık üzerinde etkili olabilir. Sonuç olarak, eğitim düzeyi ile doğurganlık arasında güçlü bir bağlantı vardır ve eğitim düzeyinin artması genellikle doğurganlık oranlarının düşmesine yol açar. Eğitilmiş kadınlar, doğurganlık konusunda daha bilinçli ve bilgili olma eğilimindedirler ve doğumları daha iyi planlayarak kariyer ve eğitim hedeflerini daha iyi dengeleyebilirler. Bu nedenle, eğitimin önemi, toplumların doğurganlık düzeyleri ve nüfus yapıları üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. Eğitim, Ortadoğu ve Kuzey Afrika’da kadınlar evlendikten bir süre sonra doğum yapma eğiliminde olduklarından ilk evlenme ve ilk doğum yaşının en önemli belirleyicisi durumundadır (122).

3.2.4. Doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması

Doğurganlık ve doğum kontrol yöntemleri arasında güçlü bir ilişki vardır. Doğum kontrol yöntemleri, çiftlerin istenmeyen gebelikleri önlemek veya doğurganlığı planlamak için kullandıkları yöntemlerdir. Bu yöntemler, çiftlerin çocuk sahibi olma zamanını kontrol etmelerine ve istedikleri zaman çocuk sahibi olabilmelerine olanak sağlar. Doğum kontrol yöntemleri, doğurganlık üzerinde etkili

olabilir ve doğum oranlarını değiştirebilir. Bazı doğum kontrol yöntemleri, gebeliği tamamen engelleyerek doğurganlık üzerinde tam bir kontrol sağlarken, bazıları ise doğurganlığı azaltarak veya geçici olarak durdurarak çocuk sahibi olma sürecini erteleyebilir (123).

Doğurganlık ve doğum kontrol yöntemleri arasındaki ilişki şu şekilde özetlenebilir:

1. **Tamamen Engelleyici Yöntemler:** Bazı doğum kontrol yöntemleri (örneğin, daimi sterilizasyon yöntemleri gibi) gebeliği tamamen engelleyerek çiftlerin çocuk sahibi olmasını engeller. Bu yöntemler, doğurganlığı tamamen etkileyebilir.
2. **Azaltıcı Yöntemler:** Hormonal doğum kontrol yöntemleri ve spiral gibi bazı yöntemler, doğurganlığı azaltarak çocuk sahibi olma olasılığını düşürebilir.
3. **Geçici Engelleyici Yöntemler:** Bazı doğum kontrol yöntemleri, çiftlerin çocuk sahibi olma sürecini ertelemelerine olanak tanır. Örneğin, doğum kontrol hapları, rahim içi araçlar (spiral) ve kondom gibi yöntemler, doğurganlığı geçici olarak durdurabilir ve istenilen zaman çocuk sahibi olma imkanı sunar.

Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı, kadınların ve çiftlerin tercihlerine, yaşam tarzlarına ve sağlık durumlarına göre değişir. Her çift, kendileri için en uygun doğum kontrol yöntemini seçebilir ve doğurganlık planlarını buna göre düzenleyebilir. Doğum kontrol yöntemlerinin etkin kullanımı, istenmeyen gebelikleri önlemeye ve doğurganlık üzerinde daha fazla kontrole sahip olmaya yardımcı olur. Bu nedenle, doğum kontrol yöntemleri ve doğurganlık ilişkisi, çiftlerin aile planlaması sürecinde önemli bir rol oynar. Dünyada 2018 yılında evli, 15-49 yaş grubu kadınların modern doğum kontrol yöntemi kullanma oranı %56'dır. Bazı ülkelerde kullanım oranları yüksek, bazılarında düşüktür. Modern doğum kontrol yöntemi kullanma oranı, AB'de %70, Norveç'te %88, Türkiye'de %47, Kanada'da %72, ABD'de %68, Batı Afrika'da %18, G.Sudan'da %2, Çad'ta %5, ve Gine'de %8, Zimbabwe'de %67, Asya'da %59, Çin'de %84, Hindistan'da %48'dir (123).

3.2.5. Irk ve etnisite

Doğurganlık ve ırk/etnisite arasında, coğrafi ve kültürel faktörler nedeniyle farklılıklar olabilmektedir. Doğurganlık hızları, dünyanın farklı bölgelerinde ve farklı etnik gruplarda değişiklik gösterebilir.

Birçok faktör, doğurganlık hızlarını etkileyebilir ve ırk/etnisite de bu faktörlerden biri olabilir. Bu faktörler arasında sosyoekonomik koşullar, eğitim düzeyi, kadın hakları, sağlık hizmetlerine erişim, kültürel normlar, doğum kontrol yöntemleri kullanımı ve çocuk sahibi olma tercihleri sayılabilir. Bazı bölgelerde ve etnik gruplarda doğurganlık hızları genellikle yüksek olabilir. Bu durum, sosyoekonomik kısıtlamalar, eğitim fırsatlarının sınırlı olması, kadın haklarına yönelik kısıtlamalar ve sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması gibi nedenlerle ilişkilendirilebilir. Ayrıca, bazı kültürel normlar ve toplumsal beklentiler de çocuk sahibi olma tercihlerini etkileyebilir. Diğer yandan, gelişmiş ülkelerde ve yüksek eğitim seviyesine sahip topluluklarda doğurganlık hızları genellikle daha düşüktür. Bu, kadınların kariyer odaklı tercihleri, doğum kontrol yöntemlerine erişim ve bilgi düzeyi, ekonomik koşullar ve sosyal yapı gibi nedenlerle açıklanabilir. Ancak, tüm ırklar ve etnik gruplar arasında doğurganlık hızları homojen değildir ve her bir topluluktaki bireylerin doğurganlık tercihleri ve deneyimleri farklılık gösterebilir. Sonuç olarak, doğurganlık ve ırk/etnisite arasında karmaşık bir ilişki vardır ve bu konudaki farklılıkları anlamak için sosyoekonomik, kültürel ve coğrafi faktörleri dikkate almak gerekmektedir. Doğurganlık hızlarının belirlenmesinde birçok etmenin rol oynadığı unutulmamalı ve her bireyin kendi tercihlerine saygı gösterilerek değerlendirme yapılmalıdır. Türkiye'de Arap ama özellikle Kürt kadınların doğurganlık düzeyi diğer etnik gruplara göre daha yüksektir. Doğurganlık farklılıkları, doğurganlıktaki mekansal ve zamansal farklılıkları açıklamak için yararlı ve önemlidir. Ancak doğurganlık farklılıklarının bağımsız olmadığı unutulmamalıdır (120).

3.2.6. Doğum aralığı

Doğurganlık ve doğum aralığı arasında önemli bir ilişki vardır. Doğum aralığı, bir kadının iki doğum arasındaki zaman süresidir ve bir çocuğun doğumundan sonra

bir sonraki çocuğun doğumuna kadar geçen zamanı ifade eder. Doğum aralığının uzunluğu ve kontrolü, çiftlerin doğurganlık planlarını düzenleme konusunda önemli bir rol oynar. Çiftler, doğum aralığını planlayarak çocuk sahibi olma zamanlamasını kendilerine uygun bir şekilde ayarlayabilirler.

Doğum aralığı, birçok faktöre bağlı olarak değişebilir ve bu faktörler şunları içerir:

1. **Emzirme:** Emzirme, özellikle bebeklerin ilk altı ayında, kadınların doğurganlık döngüsünü etkileyerek doğum aralığını uzatabilir. Tamamen emziren kadınlar, adet dönemlerini geciktirebilir ve bu nedenle doğum aralığını uzatabilir.
2. **Doğum Kontrol Yöntemleri:** Doğum kontrol yöntemlerinin kullanımı, doğum aralığını kontrol etmeye yardımcı olabilir. Özellikle çiftler, doğum kontrol yöntemlerini kullanarak çocuk sahibi olma zamanlamasını kontrol edebilir ve doğum aralığını planlayabilir.
3. **Sağlık Durumu:** Kadınların fiziksel sağlık durumu, bir sonraki hamileliği ne zaman üstlenebileceklerini etkileyebilir. Bazı kadınlar doğumdan sonra daha fazla zaman iyileşme ve iyileşme sürecine ihtiyaç duyabilirler.
4. **Kültürel ve Sosyal Normlar:** Toplumsal ve kültürel normlar, doğum aralığına etki edebilir. Bazı toplumlarda, kısa doğum aralıkları desteklenirken, diğerlerinde daha uzun doğum aralıkları tercih edilebilir.
5. **Yaş:** Kadınların yaşı, doğurganlık ve doğum aralığı üzerinde etkili olabilir. Genç kadınlar genellikle daha kısa doğum aralıklarına sahip olma eğilimindeyken, ilerleyen yaşla birlikte doğum aralıkları uzayabilir.

Kısırlaştırma (sterilization) gelişmiş ülkelerde daha popüler bir doğurganlığı düşürme işlemidir. Bu işlem, genellikle istenen bir aile büyüklüğü elde edildikten sonra daha fazla gebeliği önlemek için kullanılır (120,124).

3.2.7. İnanç ve geleneklerin doğurganlığa etkisi

İnançlar ve gelenekler birbiriyle yakından ilişkili iki sosyal olguyu ifade eder. Bu fenomenlerin doğurganlık üzerinde önemli bir etkisi vardır. Din baskınlarının

çoğu doğum kontrolüne karşı çıkıyor ve aile büyümesini teşvik ediyor. Dolayısıyla dinin etkisinin güçlü olduğu ülkeler aynı zamanda doğum oranlarının da çok yüksek olduğu ülkelerdir (125). Afrika, Orta Doğu ve Güneydoğu Asya gibi geleneksel yapının ve dinin güçlü olduğu kıta ve bölgelerde doğurganlık oranı oldukça yüksektir. Öte yandan, Avrupa ve Kuzey Amerika gibi din ve geleneklerin etkisinin sınırlı olduğu yerlerde doğurganlık oranı çok düşüktür. Genelde tek tanrılı dinlerin nüfus artışını teşvik eden söylemleri vardır. Yahudilikte nüfus artışının övüldüğünü ve bunun bir güç ve hakimiyet kaynağı olarak görüldüğünü görmekteyiz (125). Ancak Hristiyan mezheplerin aile planlamasına yönelik tutumlarının farklı olması, nüfus artışını ve azalışını kontrol altına almaya çalıştığını açıkça göstermektedir.

3.3. Göç Ve Göçmene İlişkin Kavramlar

3.3.1. Göç ve zorunlu göç kavramları

Göç birey ya da grupların yerleşmek amacıyla yaşadıkları ve bulundukları yerlerden başka bir yere hareketidir. (126). Uluslararası Göç Hukuku göçü; “kişilerin geçici veya daimi olarak başka ülkeye yerleşmek üzere menşe ülkelerinden veya mutad olarak ikamet ettikleri ülkeden ayrılmaları, dolayısıyla, uluslararası bir sınırın geçilmesi” şeklinde tanımlanmıştır. İnan, göç hareketlerini belli coğrafi bölgeler arasındaki yer değişikliği olarak belirtmektedir (127). Diğer bir ifadeyle göç, insanların aynı ülke veya bölge içindeki kentsel alanlarda daha iyi imkan ve fırsatlara sahip başka şehirlere taşınması, daha rahat bir yaşam tarzı ve daha az kirlilik için şehirlerden kırsal alanlara taşınması gibi durumlar da göç olarak kabul edilmektedir. Göç, ülke sınırları içinde veya dışında, tekil veya kitlesel, gönüllü veya zorunlu olarak gerçekleşebilir. Göç; çıkış yeri, varış yeri ve transit geçiş yeri gibi kavramlara da ayrılmaktadır.

Hızı ve içeriği değişse de “GÖÇ” insanlık tarihi kadar eski bir durumdur. İlk çağlarda insanlar genellikle doğal afetler nedeniyle göç ederken günümüzde ekonomik, sosyal ve siyasal nedenlerden dolayı göç etmektedir. Göçler isteğe bağlı veya zorunlu olabilir. (128).

Göçün türlerine ilişkin yapılan araştırmalar incelendiğinde farklı sınıflandırmalar yapılmaktadır. Özer (2004) göçleri iç göçler (internal migration) ve dış göçler (external migration) olmak üzere iki gruba ayırmaktadır (129).

İç göç; Bir ülke veya bölge içinde gerçekleşen göçtür. İç göç, genellikle kırsal alanlardan şehirlere doğru gerçekleşir. Şehirlerdeki iş ve eğitim fırsatları, altyapı ve sosyal hizmetlerin daha fazla olması gibi faktörler, iç göçü tetikleyebilir (130,131).

Dış göç; Bir ülke veya bölgeden başka bir ülkeye veya bölgeye yapılan göçtür. Dış göç, ekonomik nedenlerle (daha iyi iş olanakları), politik nedenlerle (savaşlar, siyasi baskılar), sosyal nedenlerle (aile birleşimi, evlilik) veya çevresel nedenlerle (doğal afetler, iklim değişikliği) gerçekleşebilir (129,131).

Geri Dönüş Göçü: Göç eden kişilerin daha sonra doğdukları veya köken aldıkları yere geri dönme sürecidir. Bu tür göç, bazen uzun süreli olabilir ve göç edenlerin ekonomik veya sosyal nedenlerle geri dönme kararı almasından kaynaklanabilir (131).

Zorunlu Göç: Savaşlar, iç çatışmalar, doğal afetler veya insan hakları ihlalleri gibi acil nedenlerle gerçekleşen göçtür. Zorunlu göç, göç edenlerin hayatta kalması için bir seçenek olabilir (131).

Göç, dünyanın birçok bölgesinde önemli bir sosyal ve ekonomik etkiye sahiptir. Göç edenler, kaynakların dağılımını etkileyebilir, iş gücü piyasasını değiştirebilir, toplumsal çeşitliliği artırabilir ve kültürel etkileşimi teşvik edebilir. Ancak aynı zamanda, göç edenlerin entegrasyonu, sosyal hizmetlere erişim, yabancı düşmanlığı gibi bazı zorlukları da beraberinde getirebilir. Göç, dünyadaki demografik, ekonomik ve politik dinamikleri etkileyen karmaşık bir süreçtir. Uluslararası göç, dünya genelinde giderek daha önemli bir konu haline gelmiştir ve göç politikaları, ülkelerin geleceğini şekillendirmede önemli bir rol oynamaktadır (132,133).

Aker ve arkadaşları zorunlu göçte insanın sosyal uyum, hayat beklentileri, kişinin dünya üzerine olan temel varsayımları gibi yaşamsal kavramlarını çok daha derinden etkiler. Bir diğer deyişle, zorunlu göç hem sebepleri hem de sonuçları açısından isteyerek yapılan göçten ve siyasi mülteci olmaktan çok farklıdır (134).

Zorunlu göç, insanların doğal afetler, savaşlar, iç çatışmalar, siyasi veya etnik baskılar, insan hakları ihlalleri veya çevresel felaketler gibi acil ve zorlayıcı nedenlerle yerlerini terk etmek zorunda kaldığı göç türüdür. Bu tür göç, genellikle insanların yaşamlarını ve güvenliklerini korumak için kaçmak zorunda kaldıkları durumlarda ortaya çıkar.

Zorunlu göç, milyonlarca insanın yaşamını etkileyebilir ve hayatta kalma mücadelesi verenler için ciddi insani krizlere yol açabilir. Savaşlar ve çatışmalar, genellikle zorunlu göçün başlıca nedenlerindendir. İç savaşlar, etnik çatışmalar veya terör olayları, ülkeleri ya da bölgeleri terk etmek zorunda kalan insanları etkileyebilir. Doğal afetler, çevresel felaketler veya iklim değişikliği de zorunlu göçü tetikleyebilir. Büyük depremler, tsunamiler, kasırgalar veya kuraklık gibi olaylar, insanların evlerini ve topraklarını terk etmelerine neden olabilir. Zorunlu göçün birçok insani sonucu vardır. Göç eden insanlar, güvenli barınaklara erişimde zorluklarla karşılaşabilir, gıda, su ve temel ihtiyaçlardan yoksun kalabilirler. Sağlık hizmetlerine, eğitim olanaklarına ve iş bulmada sıkıntılar yaşayabilirler. Ayrıca, göç edenlerin entegrasyonu ve sosyal uyum süreçleri de zorlu olabilir. Zorunlu göç, dünya genelinde birçok insani yardım ve yardım kuruluşunun ilgisini çeken ciddi bir sorundur. Uluslararası toplum, zorunlu göç edenlere insani yardım ve koruma sağlamak için çaba gösterir. Bu bağlamda, uluslararası göç anlaşmaları ve insan hakları belgeleri, zorunlu göç edenlerin haklarını korumak ve onlara destek olmak için kullanılır. Zorunlu göç, dünya genelindeki politik ve sosyal dinamikleri etkileyen önemli bir olgudur ve uluslararası işbirliği ve insani çabalar gerektirir. Bu tür göçün önüne geçmek veya etkilerini hafifletmek için daha iyi kriz yönetimi, barışçıl çözümler ve sürdürülebilir kalkınma politikaları üzerine çalışmalar yapmak önemlidir (133).

Gönüllü göç, insanların kendi istek ve tercihleri doğrultusunda yer değiştirmesi anlamına gelir. Bu tür göç, zorunlu göçün aksine, kişilerin kendileri için daha iyi yaşam koşulları, iş imkanları, eğitim veya diğer kişisel nedenlerle bir yerden başka bir yere taşınmasını içerir (135).

Gönüllü göç, birçok farklı nedenle gerçekleşebilir:

1. **Ekonomik Nedenler:** Kişiler, ekonomik fırsatlar veya iş imkanları nedeniyle daha iyi bir yaşam standardına sahip olabilecekleri bölgelere veya ülkelere gönüllü olarak göç edebilirler.
2. **Eğitim ve Kariyer İmkanları:** Eğitim veya kariyer amaçları için bir ülkeye veya bölgeye göç etmek isteyen kişiler, daha iyi eğitim veya mesleki olanaklara sahip olabilecekleri yerlere taşınabilirler.
3. **Aile ve Sosyal Bağlar:** Aile birleşimi, evlilik veya sosyal bağlar nedeniyle kişiler başka bir yerde yaşayan aileleri veya yakınlarıyla bir araya gelmek için göç edebilirler.
4. **Yaşam Tarzı Tercihleri:** Farklı kültürler, iklimler veya yaşam tarzı tercihleri nedeniyle insanlar, kendi kişisel beğenilerine uygun bir yerde yaşamak isteyebilirler.
5. **Dini, Siyasi ve Sosyal Nedenler:** Baskı, dini veya siyasi aidiyet, insanların gönüllü göç etmelerine neden olabilir.

Gönüllü göç, insanların kendi iradeleriyle gerçekleştirdiği bir seçim olduğu için, göç edenlerin çoğunlukla uyum sürecini daha kolay bir şekilde geçirmesine yardımcı olabilir. Bu tür göç edenler genellikle daha iyi bir gelecek arayışı içindedir ve yeni yerlerde kendilerine daha iyi bir yaşam kurmaya odaklanırlar. Ancak gönüllü göçün de bazı zorlukları olabilir. Yeni bir kültüre veya topluma uyum sağlamak, yeni bir dil öğrenmek ve sosyal ağlar oluşturmak bazı zorluklar yaratabilir. Ayrıca, bazı ülkelerde gönüllü göç edenlere yönelik göç politikaları ve vize düzenlemeleri de farklılık gösterebilir. Gönüllü göç, dünya genelindeki nüfus hareketliliğinin önemli bir parçasıdır ve farklı ülkeler ve bölgeler arasındaki kültürel ve sosyal çeşitliliği artırabilir. Gönüllü göç edenler, yeni yerlerde ekonomik ve kültürel katkılar sağlayabilir ve insanlar arasındaki kültürel alışverişi teşvik edebilir (135).

Göç konusunda sıklıkla yapılan bir diğer tanım farklılığı ise düzenli ve düzensiz göç kavramları için yapılmaktadır. Buna göre düzenli göç, bireylerin transit geçtikleri ülke topraklarından geçerken yasal izinler çerçevesinde herhangi bir ülkede veya kendi ülkelerinin farklı bölgelerinde kısa veya uzun süreli kalmaları olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımın açık göstergesi yasal olarak yapıp yapılmadığıdır.

Örneğin akademisyenler, üniversite öğrencileri, emekli olduktan sonra başka ülkelerde daha rahat bir hayat yaşamak isteyen kişiler bu tanıma uymaktadır. Ancak yasal zeminde gerçekleşmeyen ve göç kavramı ile birlikte sıkça anılan tanımlardan bir diğeri de düzensiz göç kavramıdır. Buna göre bir ülkeye yasa dışı yollardan girmek, bir ülkede yasa dışı yollardan kalmak veya yasal yollardan girilmesine rağmen yasal sürenin dolmasına rağmen sonraki dönemde ülkeden çıkmamak olarak değerlendirilebilir (131,136).

3.3.2. Göçmen, mülteci ve sığınmacı

Göçmen, bir ülkeden veya bölgeden başka bir ülkeye veya bölgeye uzun süreli veya kalıcı olarak yerleşen kişidir. Göçmenler, kendi istekleri veya zorunluluk nedeniyle doğdukları veya köken aldıkları yerleri terk ederek, yeni bir yerde yaşamaya karar verirler. Göçmenler, kendi ülkelerinden veya bölgelerinden ayrılarak, sosyal, ekonomik, politik veya çevresel nedenlerle başka bir yere göç edebilirler (136).

Göçmenlerin nedenleri ve göç ettikleri yerlere olan etkileri farklılık gösterebilir:

1. **Ekonomik Göçmenler:** Ekonomik nedenlerle göç edenler, daha iyi iş imkanları veya ekonomik fırsatlar arayışındadır. Bu tür göçlerde, insanlar daha iyi ücretli işler veya daha iyi yaşam koşulları sunan ülkelere veya bölgelere taşınabilirler.
2. **Siyasi Göçmenler:** Siyasi nedenlerle göç edenler, ülkelerindeki politik baskılar, zulüm veya insan hakları ihlalleri gibi nedenlerle başka bir ülkeye sığınabilirler. Siyasi göçmenler, güvenlik ve özgürlük arayışında olan kişileri ifade eder.
3. **Sosyal Göçmenler:** Aile birleşimi, evlilik, sosyal bağlar veya diğer kişisel nedenlerle göç edenler sosyal göçmen olarak adlandırılır. Bu tür göçlerde, insanlar ailelerini ve sevdiklerini bir arada tutmak için başka bir yerde yaşamaya karar verirler.
4. **Çevresel Göçmenler:** Çevresel faktörler, iklim değişikliği, doğal afetler ve çevresel felaketler gibi nedenlerle göç edenleri ifade eder. Çevresel

göçmenler, yaşam alanlarının tahrip olması veya sağlıklı yaşam koşullarının kalmaması nedeniyle başka bir yere taşınırlar.

Göçmenler, yeni yerlerde entegrasyon süreci geçirirler ve yeni toplumlara uyum sağlamaya çalışırlar. Göçmenlerin entegrasyonu, çoğunlukla dil öğrenimi, iş bulma, eğitim ve sosyal ağlar kurma gibi zorluklarla karşılaşabilir. Ancak göçmenler, genellikle ekonomik, kültürel ve sosyal açılardan yeni yerlere katkıda bulunurlar ve toplumların çeşitliliğini zenginleştirirler. Göçmenlik, dünya genelinde önemli bir sosyal ve politik olgu olup, ülkelerin göç politikaları ve mülteci kabul politikaları gibi konularda tartışmaları ve çözüm arayışlarını beraberinde getirir. Göçmenlerin insan haklarına saygı gösterilmesi, insana yakışır yaşam koşullarına erişimleri ve insan onurunun korunması, göç ve mülteci konularının önemli yönlerindendir (137).

Sığınmacı, kendi ülkesindeki politik zulüm, savaş, iç çatışma, insan hakları ihlalleri, doğal afetler veya çevresel felaketler gibi nedenlerle doğduğu ülkesini terk ederek, başka bir ülkeye sığınan kişidir. Sığınmacılar, güvenlik ve yaşam koşullarını korumak için ülkelerini terk etmek zorunda kalan insanları ifade eder.

Sığınmacılar, zorunlu göç edenlerdir ve çoğunlukla acil insani koruma ihtiyacı duyan kişilerdir. Sığınmacı statüsü, uluslararası hukuk ve göçmen hakları belgeleri ile korunan ve tanınan bir statüdür (138). Bir kişi sığınmacı olarak kabul edildiğinde, yeni ülke tarafından barınma, güvenlik ve temel insani ihtiyaçları karşılanır. Sığınmacılar, ayrıca, sığınacakları ülkede siyasi ve ekonomik sınırlamalardan ve zulümden kaçtıkları için mülteci statüsüne de sahip olabilirler. Mültecilik, sığınmacının nedenlerine bağlı olarak belirlenen bir statüdür ve sığınmacıların insani yardım ve koruma haklarına sahip olmalarını sağlar. Sığınmacılar, sığınacakları ülkeye uluslararası koruma talebinde bulunurlar ve bu ülkenin sığınmacı kabul politikalarına uygun şekilde işlemler yapılır. Sığınmacıların haklarına saygı gösterilmesi, insana yakışır yaşam koşullarına erişimleri ve insan onurunun korunması, göç ve sığınmacı konularının önemli yönlerindendir. Sığınmacılar, ülkelerindeki güvenlik ve hayatlarını riske atarak göç etmek zorunda kaldıkları için, uluslararası toplumun onlara insani yardım ve koruma sağlaması önemlidir. Sığınmacıların entegrasyon süreci, yeni ülkede dil öğrenimi, iş bulma ve sosyal ağlar

kurma gibi zorluklarla doludur ve onlara destek olmak ve uyum süreçlerine yardımcı olmak önemlidir (139,140).

Mülteci, kendi ülkesindeki politik zulüm, savaş, iç çatışma, etnik veya dini ayrımcılık, insan hakları ihlalleri, doğal afetler veya çevresel felaketler gibi nedenlerle doğduğu ülkesini terk ederek, başka bir ülkeye kaçan ve uluslararası koruma talebinde bulunan kişidir. Mülteciler, güvenlik ve yaşam koşullarını korumak için ülkelerini zorunlu olarak terk etmek zorunda kalan insanları ifade eder. Mültecilik, uluslararası hukuk ve göçmen hakları belgeleri ile tanınan ve korunan bir statüdür. Mülteciler, zorunlu göç edenlerdir ve sığınacakları ülke tarafından uluslararası koruma talebinde bulunurlar. Mülteci statüsü, sığınmacılar için insani yardım ve koruma sağlanmasını ve haklarının korunmasını amaçlar. Mülteciler, zorunlu göç nedenleri nedeniyle insani krizlerle karşı karşıya kalabilirler. Savaşlar ve iç çatışmalar, doğal afetler ve çevresel felaketler, insanların hayatlarını ve güvenliklerini tehdit edebilir ve ülkelerini terk etmelerine neden olabilir. Mültecilerin hakları, uluslararası hukuk ve insan hakları belgeleri tarafından korunmaktadır. Mültecilerin insana yakışır yaşam koşullarına erişimi, eğitim, sağlık hizmetleri ve temel ihtiyaçlarına erişimleri, insani yardım kuruluşları ve sığınacakları ülkeler tarafından sağlanmalıdır. Mülteciler, sığınacakları ülkede uluslararası koruma talebinde bulunurlar ve mülteci statüsüne sahip olduklarında, yeni ülkede insani yardım ve koruma haklarından yararlanabilirler. Entegrasyon süreci, mültecilerin dil öğrenimi, iş bulma, eğitim ve sosyal uyum gibi alanlarda desteklenmelerini gerektirebilir. Mülteciler, dünya genelinde önemli bir göçmen grubunu oluşturur ve uluslararası toplumun onlara insani yardım ve koruma sağlaması önemlidir. Mülteci kabul politikaları, mültecilerin barınma, güvenlik ve temel ihtiyaçlarını karşılamak için önemlidir ve mültecilere uyum sürecinde destek olmak, toplumlar arasında uyum ve çeşitliliği teşvik edebilir (141).

Göçmenler kendi istek ve tercihleriyle başka bir ülkeye yerleşirken, mülteciler ve sığınmacılar, zorunlu göç nedenleriyle ve uluslararası koruma talebinde bulunarak başka bir ülkeye kaçarlar. Mülteci statüsü, uluslararası hukuk tarafından tanınırken, sığınmacılar genellikle ülkeye giriş yaptıktan sonra değerlendirme sürecine tabi tutulurlar (142). Kaya'ya göre mülteci ve sığınmacı kavramları arasındaki fark; mülteci olmak, hukuki bir statüye sahip olmak, sığınmacı fiili ve kısa zamanlı bir

barınma pozisyonu ile ilgilidir. Kaya'ya göre her bir mülteci ve sığınmacı ise gerek bireysel gerek grupsal olarak koruma talep eden kişidir (133).

Kaçak göçmen işçiler, yasal olarak bir ülkeye giriş yapmamış veya çalışma izni olmayan kişilerdir. Genellikle başka bir ülkeye ekonomik veya sosyal nedenlerle göç etmek isteyen ancak yasal göç yollarını kullanamayan insanlardır. Bu kişiler, ülke sınırlarını kaçak yollarla geçerek ve yasal olmayan şekilde çalışarak yaşamaya çalışırlar. Kaçak göçmenler, sık sık düşük ücretli ve kötü çalışma koşullarında çalışmak zorunda kalırlar ve hakları korunmaz. Geçici sözleşmeli işçiler ise, bir ülkeye yasal olarak çalışmak için geçici olarak alınan ve belirli bir süre için çalışma izni olan kişilerdir. Bu işçiler, genellikle belirli bir sektörde veya mevsimlik işlerde çalışmak üzere ülkeye davet edilirler. Geçici sözleşmeli işçiler, işverenler tarafından iş gücü ihtiyacını karşılamak için kısa süreliğine işe alınırlar ve çalışma süreleri tamamlandığında ülkelerine dönerler. Bu tür işçilerin çalışma izni sınırlıdır ve genellikle iş süresi sonunda ülkeye kalıcı olarak yerleşme hakkına sahip değildirler. Her iki grup da farklı hukuki statülere sahiptir. Kaçak göçmen işçiler, yasal işçi statüsüne sahip olmadıkları için iş haklarının ve sosyal güvencelerin korunması zor olabilir. Geçici sözleşmeli işçiler ise yasal olarak işe alınmış olmalarına rağmen, çalışma izinleri belirli bir süreyle sınırlıdır ve kalıcı yerleşim haklarına sahip değildirler. Göç ve işgücü piyasası konusunda, hükümetlerin göç politikaları ve işçi hakları konusunda dengeli ve adil politikalar belirlemesi önemlidir. İşçi haklarının korunması, adil ücretlendirme ve çalışma koşulları, göçmen işçilerin insanca yaşama hakkını sağlamak için önemlidir. Aynı zamanda, geçici işçi programları ve geçici işçilerin haklarının korunması da göçmen işçi sorunlarının ele alınmasında önemli adımlardır (142).

3.3.3. Göçün nedenleri ve sonuçları

Göç olgusu, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişe ve insanların toplumsal hafızasında büyük yer tutan güçlü bir dinamiğe sahiptir. İnsanlığın ilk çağlardan itibaren başlayan göç yolculuğu, bulundukları coğrafyada şimdiki yaşamlarına göre daha iyi koşullarda yaşamlarını sürdürebilmek için yer değiştiren insanların bireysel ve toplu göç eylemlerine sahne olmuştur (131). Göç hareketleri, sınırlar, sanayi devrimleri, coğrafi yapı ve teknolojiye bağlı olarak mevcut emek ve

sermayenin yer değiştirmesini tetikleyecek kadar etkili olmuştur. Küreselleşen dünyamızda artan ulaşım ve iletişim imknları nedeniyle gç hareketliliği hız kazanmıştır. Göçün ortaya çıkmasına ilişkin unsurlar benzer (ekonomik, iklimsel, demografik) nedenler gösterebildiği gibi tamamen farklı ve o bölgeye özgü (siyasi, sosyal) nedenler de gösterebilmektedir (142,143).

Mülkiyet kavramının toplumsal kabul açısından henüz bilinmediği eski çağlarda göçler daha çok barınma, afet, güvenlik ve yeterli yiyeceğe ulaşamama nedeniyle ortaya çıkmıştır. İnsanoğlunun sürekli değişen ve yeni koşullara uyum sağlayan yapısı, gç nedenlerinin de zaman içinde değişmesine neden olmuştur. Yerleşik hayatın benimsenmesiyle birlikte şehir ve devlet kavramları ortaya çıkmış ve bu gelişme doğrultusunda egemen gücün belirlediği sınırlar ve bu sınırlar içinde yaşama yetkisini elinde bulunduran gücün belirlediği kurallar ön plana çıkmıştır. Bu kurallar bütünü göçün sebeplerine ilişkin siyasi ve toplumsal faktörlerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Ulaşım ve iletişim imkanlarının her geçen gün arttığı günümüz dünyasında, siyasi, ekonomik, sosyal ve çevresel gibi çok boyutlu değişkenleri içeren süreçleri ile tüm dünyada sürekli artan bir trende sahip olan uluslararası bir gç hareketi bulunmaktadır. Pek çok düşünür yaşadığımız ağı “göçler ağı” olarak görmektedir (144).

3.3.3.1. Sosyo ekonomik nedenler

Yoksulluk birçok sosyal sorunun ana tetikleyicisidir. İnsanlar barınmak ve beslenmek için yasadışı girişimlerde bulunabilmektedir. Temelde bu tür girişimler büyük gelir eşitsizlikleri yaratmakta ve sorunu derinleştirmektedir. İnsanların ekonomik düzeyi, işsizlik ve buna bağlı yaşam standartları ekonomik sebeplerin başında gelmektedir. Özellikle işsizliğinin genç nüfus içerisinde daha yoğun olması bu yaş grubunda gç eylemini daha fazla yaşamalarına sebep olmaktadır (145). İnsanlar genellikle istihdam amacıyla doğup büyüdükleri şehirleri ve kültürlerini bırakıp gitmektedirler (146). Özellikle iyi bir gelir ve kaliteli bir yaşam sürme işteği günümüzde göçün en önemli ekonomik nedenidir (147). Son yıllarda ekonomik kaygılar nedeniyle göç hareketleri yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Ge neden olan ekonomik nedenler arasında enflasyon, istihdam oranı, büyüme oranları gibi nedenler ve ödeme tablosu gibi makroekonomik değişkenler yer almaktadır. Bu nedenler

göçün temel ekonomik faktörleridir (136). Tarımda makineleşme ve buna bağlı olarak insan emeğine olan ihtiyacın azalması ekonomik amaçlı göçler arasındadır (1). Tarımda makineleşme ve teknolojik gelişmeler sonucunda bazı yapısal değişiklikler olmuştur. Bunun etkileri arazi mülkiyetinde de görülebilir. Bu durumdan olumsuz etkilenen küçük çiftçiler göç etmeye başlamıştır (148). Göç alan ülkelerin genel özelliklerine baktığımızda ekonomik durumları iyi, milli gelirleri yüksek ve kaliteli yaşam standartlarına sahipler. Göçmen ülkeler ekonomik krizlerin ve işsizliğin yoğun olduğu ülkelerdir. 1989 yılında SSCB'nin dağılmasıyla ortaya çıkan ekonomik bunalım, bu bölge insanlarını Avrupa'ya göç etmeye itmiştir (149).

Ekonomik nedenlerle gerçekleşen göçler de güçlü etkiler yaratmaktadır. Bu etkiler hem menşe ülkenin hem de hedef ülkenin ekonomisini doğrudan etkiler. Örneğin, hedef ülke için çalışan arzı artar ve bu nedenle ücretler düşer. Hedef ülkenin kiralık ev ve ofislerinde de benzer bir etki yaşanıyor. Çünkü artan talep doğrultusunda kiralar da aynı oranda artıyor. Kiraların artmasında göçün yarattığı plasebo etkisinin varlığından da bahsetmek mümkün. Menşe ülke için de olumsuz etkiler yaratır. Örneğin, nüfus kaybetmiş bölgelerin gelişmesi zordur ve bazen hayalet köyler ve kasabalar ortaya çıkar (144).

3.3.3.2. Siyasal Nedenler

Göçe neden olan faktörlerden n birisi de siyasî olaylardır. Savaşlar, terör tehditleri ve bazı siyasi gelişmeler ve antlaşmalar da göçe neden olan etkili faktörlerdir (1). Siyasi göç nedenleri arasında devrimler, dikta yönetimleri ve sürgünler de yer almaktadır (125). Osmanlı Devleti'nin yenildiği 1877-1878 Rus Savaşı'ndan sonra Kafkasya'dan yapılan göçler ile Balkanlar'ın kaybedilmesinin hemen ardından Anadolu'ya yapılan göçler siyasi göçlerdir. Ayrıca Birinci Dünya Savaşı sonunda Asya ve Afrika'daki birçok ülkenin sınırlarının değiştiği de bir gerçektir. Bu durum birçok insanın göç etmesine neden oldu. Ayrıca Yugoslavya'nın parçalanmasına yol açan iç savaş sonrasında 3 milyon insan göç etmek zorunda kalmıştır (149). Ortadoğu'da bazı ülkelerde yaşanan iç karışıklıklar ve siyasi çalkantılar milyonlarca insanın ülkelerini terk etmesine ve büyük bir göç dalgasına neden olmaktadır. Göçün siyasi nedenlerinden biri de terördür. Terörizm genellikle ilgili bir sorundur. Göç ve güvenlik arasında önemli bir ilişki vardır. Çünkü insanlar

yaşadıkları bölgede kendilerini güvende hissetmediklerinde göç onlar için bir tercih, hatta bazen bir zorunluluk haline gelmektedir (148).

3.3.3.3. Sosyal ve Kültürel Nedenler

Göçün, sosyal ve kültürel yönleri, nüfus yapısı, eğitim ve sağlık ve benzeri bazı sosyal faktörler açısından değerlendirilmesi gereklidir. İnsanların daha önce göç etmiş aileleri veya akrabalarının yanında olma isteği, hedef ülkenin aynı dili konuşması, kültürel ve sosyal açıdan kendilerine yakın hissettikleri coğrafyalar, daha iyi bir eğitim alma isteği, özgürlük gibi birçok neden etken olabilmektedir (1).

Toplumsal ve kültürel göçün birinci nedeni eğitimidir. Çünkü kent merkezleri kırsal alanlara göre daha iyi eğitim koşullarına sahiptir. Türkiye'de eğitim olanaklarına bağlı olarak insanlar eğitim amacıyla kırdan kente ve gelişmiş ülkelere göç etmektedir (149). Göçün sosyal faktörlerinden biri de dini sebeplerdir. Balkanlar'da Müslüman Türkleri ve Bulgar asıllı Müslümanları din değiştirmeye zorlayan Bulgar isyanı din göçüne bir örnektir. Ayrıca bazı araştırmalara göre göç kararlarında dini fetva veren kanaat önderlerinin rızık ve kaderin farklı şehirlerde olduğuna dair fetvaları da göçte etkili olmuştur (1). Toplumsal yapıdaki diğer bazı unsurlar da göçe neden olabilir. Kız kaçırma, akraba evliliği, kan davası, başlık parası gibi konularda da göç gerçekleşebilir (148).

Yüksek doğurganlık oranları ve bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığı da göçe neden olabilir. Hem uluslararası hem de iç göç açısından, göç kararlarında insan faktörünün, özellikle aile ve hane halkı ilişkilerinin rolü açıkça görülmektedir. Göç, nispeten küçük evlerde birlikte yaşayan, çok sayıda kardeş ve aile üyesiyle sınırlı alanı paylaşan yüksek nüfuslu insanlar için bir seçenek olabilir (144).

3.3.3.4. Doğal Nedenler

İnsan kaynaklı nedenler, insanın doğa üzerindeki olumsuz eylemleri sonucunda doğal kaynakların yok olması ve ekolojinin zarar görmesidir. Ormanların insanlar tarafından tahrip edilmesi, erozyon, denizlerin tuzluluğunun artması ve suların çekilmesi, iklim değişikliği doğal nedenler arasındadır. Ayrıca nükleer veya termik fabrika projeleri ve bunların neden olduğu sorunlar, nükleer kazalar, savaş ve

çatışmalardan kaynaklanan kimyasal atıklar ve çevresel bozulma göçün doğal faktörleri arasındadır (150).

Toplumsal açıdan bakıldığında ifade özgürlüğü, inanç özgürlüğü, bireylerin kişisel hak ve özgürlüklerine getirilen kısıtlamalar göçün nedenlerini oluşturmaktadır. Dünyamızın yakın tarihi ne yazık ki savaşlarla doludur. Savaş her yaştan insanı maddi ve manevi olarak etkileyen büyük bir yıkımdır. Son on yıla baktığımızda göç eden insanların çoğu ya bu nedenle ya da ülkelerinde meydana gelen iç karışıklık ve şiddet olayları nedeniyle yaşadıkları yerleri terk etmek zorunda kalmışlardır (150).

3.3.4. Doğurganlık ve göç ilişkisi: Teori ve hipotezler

3.3.4.1. Adaptasyon hipotezi

Adaptasyon hipotezi, biyolojik organizmaların belirli özelliklerinin, doğal seçim yoluyla ortaya çıktığı ve evrimsel bir avantaj sağlamak için var olduğu tezidir, ancak göçmenlikle doğrudan bir ilişkisi yoktur. Adaptasyon hipotezi, organizmaların çevreleriyle uyum sağlamaları için geliştirdikleri özellikleri açıklar ve evrimsel süreçlerle ilişkilidir. Göçmenlik, organizmaların belirli koşullara uyum sağlamak için geliştirdiği bir adaptasyon şeklidir ve adaptasyon hipotezi, organizmaların doğal seçim süreçleriyle çevreleriyle uyumlu hale gelmelerini açıklar. Dolayısıyla, göçmenlik, adaptasyon hipotezi kapsamında biyolojik organizmaların çevreleriyle uyum sağlamak için geliştirdikleri bir adaptasyon biçimidir. Adaptasyon hipotezi ve göçmenlik arasında bir ilişki vardır çünkü göçmenlik, organizmaların doğal seçim süreçleriyle çevreleriyle uyumlu hale gelmeleri için geliştirdikleri bir adaptasyon biçimidir. Organizmalar, doğal yaşam alanlarında ortaya çıkan değişikliklere uyum sağlamak için göç edebilirler. Örneğin, bir türün yaşam alanında yiyecek kaynakları azaldığında veya iklim değişiklikleri nedeniyle uygun üreme koşulları değiştiğinde, organizmalar daha iyi yaşam ve üreme şansları elde etmek için başka bir bölgeye veya ülkeye göç edebilirler (151). Ayrıca bu hipoteze göre, sosyalleşme hipotezinin aksine, göç edenler göç edilerek varılan yerin doğurganlık davranışına daha hızlı uyum sağlamaktadır ve bu uyumun sonuçları göç eden nesilde ortaya çıkmaktadır (152). Ancak adaptasyonun

gerçekleşmesi için gerekli olan süre belirtilmemiştir. Adaptasyon süreci farklı düzeylerde gerçekleşebileceği gibi zaman içerisinde değişebilir ve göç edenlerin çıkış noktasındaki kültürel bağlam dikkate alınmadan tamamen anlaşılamayabilir (153).

Adaptasyon hipotezi, göç edenlerin doğurganlık davranışını etkileyen başlıca iki faktörü belirlemektedir (154):

1. **Kaynak Faktörü:** Göç edenlerin doğurganlık davranışını etkileyen en önemli faktörlerden biri, yeni yaşam alanında mevcut kaynaklardır. Göç edenler, yeni yerleştikleri bölgede yaşamalarını sürdürebilmek için gıda, barınak, su gibi temel ihtiyaçlara erişim sağlamalıdır. Bu kaynakların bol ve kolay ulaşılabilir olması, göç edenlerin doğurganlık davranışını olumlu yönde etkileyebilir. Yeterli kaynaklar, sağlıklı beslenme ve yaşam koşulları sağlayarak, çocukların sağlıklı bir şekilde büyümesine ve hayatta kalma şansının artmasına yardımcı olur.
2. **Sosyal Faktörler:** Göç edenlerin doğurganlık davranışını etkileyen diğer bir faktör, sosyal çevreleridir. Göç edenlerin yeni toplumlarındaki sosyal yapı, kültürel değerler, aile yapısı ve toplumdaki rol ve beklentiler, doğurganlık davranışını şekillendirir. Bazı toplumlarda çok çocuk sahibi olmak toplumsal bir beklenti olabilirken, diğer toplumlarda daha az çocuk sahibi olmak daha yaygın olabilir. Göç edenlerin bu sosyal etkileşimler, doğurganlık davranışını etkileyebilir ve yeni toplumun kültürel normlarına uyum sağlamalarına bağlı olarak çocuk sayısını etkileyebilir.

Bu faktörler, göç edenlerin doğurganlık davranışını belirleyen karmaşık ve çok yönlü etmenlerdir. Adaptasyon hipotezi, doğal seçilimin, organizmaların çevreleriyle uyum sağlamalarını sağladığını öne sürer. Bu bağlamda, göç edenlerin doğurganlık davranışı da yeni yaşam alanlarına uyum sağlama ve hayatta kalma şanslarını artırma amacıyla şekillenebilir. Yeni yaşam alanlarında yeterli kaynaklara ve uygun sosyal koşullara sahip olmak, göç edenlerin doğurganlık davranışını etkileyen temel faktörlerden biridir (154).

3.3.4.2. Bozucu etki hipotezi

Bozucu etki hipotezi (Disruption Hypothesis), göçün doğurganlık üzerinde olumsuz bir etkiye sahip olduğunu öne süren bir tezdır. Bu hipoteze göre, göç, bireylerin doğurganlık düzeyini azaltabilir ve üreme davranışını etkileyebilir. Bozucu etki hipotezine göre, göç edenler yeni bir ortama taşındıklarında, yaşadıkları değişiklikler ve stres nedeniyle doğurganlık düzeyi düşebilir. Yeni yerleştikleri bölgede kaynaklar ve sosyal yapı farklı olabilir, aile bağları zayıflayabilir ve göç süreci psikolojik ve ekonomik zorluklar yaratabilir. Bu değişimler ve zorluklar, bireylerin üreme davranışını olumsuz etkileyerek doğurganlık oranlarını düşürebilir. Bu hipotez, özellikle göç eden toplulukların doğurganlık düzeyleri üzerinde yapılan araştırmalarda incelenmiştir. Ancak, bozucu etki hipotezi tamamen kesin değildir ve sonuçlar bölgesel, kültürel ve toplumsal farklılıklara göre değişebilir. Göç edenlerin doğurganlık üzerindeki etkisi, göçün sebeplerine, göç edenlerin sosyoekonomik durumuna, hedef toplumun kültürel değerlerine ve yaşam koşullarına bağlı olarak değişebilir. Bazı araştırmalar, göç edenlerin doğurganlık düzeyinin, göç ettikleri yerin ekonomik koşullarına ve yaşam kalitesine bağlı olarak artabileceğini de göstermiştir. Özellikle daha iyi iş ve yaşam fırsatları sunan yerlere göç edenler, daha iyi ekonomik koşullar altında yaşamak isteyebilir ve doğurganlık oranları artabilir (154).

Sonuç olarak, bozucu etki hipotezi, göçün doğurganlık üzerindeki etkisini açıklamaya yönelik bir hipotezdir. Ancak bu etki, birçok faktörün etkileşimine bağlı olarak değişebilir ve kesin bir sonuca ulaşmak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Göç eden toplulukların doğurganlık davranışı, göç ettikleri bölgenin sosyoekonomik koşullarına, kültürel yapıya ve diğer sosyal faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir (153).

3.3.4.3. Seçicilik hipotezi

Seçicilik hipotezi (Selection Hypothesis), göçün doğurganlık üzerindeki etkisini açıklamak için kullanılan bir hipotezdir. Bu hipoteze göre, göç, doğal seçilimin bir sonucu olarak, göç eden bireylerin doğurganlık düzeyini etkiler. Seçicilik hipotezi, göç eden bireylerin belirli özelliklere sahip olmalarının, göç edemeyen bireylere

kıyasla avantaj sağladığı düşüncesine dayanır. Eğer göç edenlerin doğurganlık düzeyi, göç edemeyenlere göre daha yüksek ise, bu durum göç edenlerin sahip oldukları özelliklerin üreme avantajı sağladığına işaret edebilir (155).

Göç, bireylerin farklı coğrafi bölgelere taşınması ve yeni ortamlara uyum sağlaması anlamına gelir. Bu süreçte, göç edenlerin yaşadıkları değişiklikler ve zorluklar, doğal seçilim sürecini etkileyebilir. Örneğin, göç edenlerin doğurganlık düzeyi, göç ettikleri yeni yaşam alanlarındaki kaynaklara ve yaşam koşullarına uyum sağlama yeteneklerine bağlı olarak artabilir veya azalabilir. Seçicilik hipotezi, göç eden bireylerin doğurganlık düzeyinin, göç edemedikleri yerleşik bölgeye göre farklılık gösterebileceğini öngörür. Göç edenlerin yeni yaşam alanlarında daha iyi ekonomik fırsatlar, daha iyi beslenme ve sağlık hizmetleri gibi avantajlara sahip olmaları, doğal seçilim yoluyla doğurganlık düzeyini olumlu yönde etkileyebilir. Buna karşılık, göç edenlerin yaşadıkları zorluklar, stres ve sınırlı kaynaklara ulaşım gibi faktörler, doğal seçilim sürecinde doğurganlık düzeyini azaltabilir. Ancak, göçün doğurganlık üzerindeki etkisi, birden çok faktörün etkileşimine bağlı olarak karmaşık ve çeşitli sonuçlar verebilir. Göç eden toplulukların doğurganlık düzeyi, göç ettikleri bölgenin sosyoekonomik koşullarına, kültürel yapıya, sosyal destek sistemlerine ve diğer sosyal ve çevresel faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu nedenle, göç edenlerin doğurganlık davranışını anlamak için çeşitli faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir (155).

3.3.4.4. Sosyalleşme hipotezi

Sosyalleşme hipotezi (Socialization Hypothesis), göçün doğurganlık üzerindeki etkisini açıklamak için kullanılan bir hipotezdir. Bu hipoteze göre, göç edenler, yeni yaşam alanlarındaki sosyal ve kültürel yapıya uyum sağlayarak, doğurganlık davranışlarını buna göre şekillendirirler. Bu hipotez, göç edenlerin yeni toplumlarına uyum sağlama sürecinde, doğurganlık davranışlarının da yerleşik nüfusa benzer hale geldiğini öngörür. Göç edenler, yeni toplumlarına geldiklerinde, o toplumun sosyal ve kültürel yapıları ile etkileşime girerler. Yeni toplumun sosyal normlarına ve beklentilerine uyum sağlamaya çalışırlar ve sosyal entegrasyon sürecini başlatırlar. Bu süreç, göç edenlerin topluma uyum sağlama ve toplumla daha iyi ilişkiler kurma çabalarını içerir.

Bu uyum süreci, doğurganlık davranışlarını da etkiler. Göç edenler, doğal bir üye gibi davranma ve toplumun sosyal normlarına uyum sağlama eğilimindedirler. Bu nedenle, doğurganlık davranışları zaman içinde, yerleşik nüfusa benzer hale gelebilir. Yani, göç edenlerin doğurganlık düzeyi zamanla göç etmedikleri yerdeki yerleşik nüfusa daha çok benzeyebilir.

Bu süreç, sosyal ve kültürel entegrasyonunun bir sonucu olarak gerçekleşir. Göç edenler, yeni toplumlarının sosyal yapıları ve değerlerine uyum sağladıkça, doğurganlık davranışları da bu değerlere göre şekillenebilir. Örneğin, göç ettikleri toplumda çok çocuk sahibi olmanın toplumsal bir beklenti olduğu durumlarda, göç edenler de buna uygun davranışlar sergileyebilirler. Sosyalleşme hipotezi, göç eden bireylerin, yeni toplumlarındaki sosyal normlar ve değerlerle etkileşime girdikçe, doğurganlık düzeylerinin de bu normlara uygun hale geldiğini öngörür. Göç eden bireyler, yeni toplumun doğal bir üyesi olabilmek ve sosyal entegrasyonlarını sağlayabilmek için çevrelerine uyum sağlama eğilimindedirler. Bu uyum sağlama süreci, doğurganlık davranışlarını da etkileyebilir (152).

Göç edenlerin doğurganlık davranışlarının sosyal ve kültürel yapıya uyum sağlama yoluyla değişebileceği birkaç farklı şekilde olabilir:

1. **Sosyal Normlar ve Beklentiler:** Göç edenler, yeni toplumun doğal üyeleri gibi davranma ve yaşama şekillerine uyum sağlamak için doğurganlık düzeylerini, yeni toplumun sosyal normları ve beklentilerine göre ayarlayabilirler. Örneğin, bazı toplumlarda çok çocuk sahibi olmak toplumsal bir beklenti iken, diğer toplumlarda daha az çocuk sahibi olmak daha yaygın olabilir. Göç edenler bu normlara uyum sağlamak için doğurganlık düzeylerini değiştirebilirler.
2. **Ekonomik Durum ve Sosyal Destek:** Göç edenlerin ekonomik durumu ve sosyal destek ağları, doğurganlık davranışlarını etkileyebilir. Ekonomik olarak zorlanan göçmenler, çocuk sayısını kısıtlayabilirken, daha iyi ekonomik olanaklara sahip göçmenler daha fazla çocuk sahibi olabilirler.
3. **Entegrasyon ve Uyum:** Göç edenlerin topluma entegrasyonu ve sosyal uyumu, doğurganlık davranışlarını etkileyebilir. Yeni topluma entegre olan

göçmenler, toplumsal destek ve bağlantıları artırabilir ve bu durum, çocuk sahibi olma kararlarını etkileyebilir.

Sosyalleşme hipotezi, göç edenlerin yeni toplumlarındaki sosyal ve kültürel yapıya uyum sağlamaları ve bu uyum sürecinin doğurganlık davranışlarını etkilemesi üzerine odaklanır. Ancak göç edenlerin doğurganlık davranışları, birçok farklı faktörün etkileşimine bağlı olarak karmaşık bir şekilde şekillenir ve kesin sonuçlar elde etmek için daha fazla araştırma yapılması gerekebilir (152).

3.3.5. Türkiye’de doğurganlık ve göç ilişkisi

Türkiye’de doğurganlık ve göç ilişkisi, sosyal, ekonomik ve demografik değişkenlerin bir araya geldiği karmaşık bir konudur. Göç, nüfus yapısı ve doğurganlık düzeyi üzerinde etkisi olan önemli bir faktördür ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu ilişki daha da belirginleşebilir. Kentleşme ile ailelerin değer yargılarında değişimler oluşabilir. Aile yapısında değişme ve modern çekirdek ailenin benimsenmesi yanında kentlerde evliliğin çekiciliğini yitirmesi ve evlilik yaşını geciktirmesi, doğum kontrol yöntemlerine kentlerde daha kolay erişilebilmesi de doğurganlığı azaltabilmektedir (153,156). Türkiye’de kentleşme, gelişmekte olan ülkelerdeki eğilime uygun olarak sanayileşme sonucunda meydana gelmiştir. 1950’den önce kendi iç dinamikleriyle artan kent nüfusu bu tarihten sonra kırdan kente göçlerle birlikte hızlı bir şekilde artmaya devam etmiştir (157,158). Türkiye’de kentleşme olgusunun meydana gelmesinde sanayileşmenin yanı sıra terör olayları, tarımda makineleşme gibi sebepler bulunmaktadır. Bütün bu faktörler kırsal kesimde aşırı nüfusun dışarı itilmesine sebep olmaktadır. Türkiye’de kırdan kente göç edenlerin kentsel alanlarda yaşadıkları uyum süreci içindeki doğurganlık seviyesinin varış noktasına göre daha yüksek olması kentlerde nüfusu artırmaktadır (159). Türkiye’de iç göçler kentlerde doğurganlığı etkileyen önemli bir faktördür. Kentler kırsal ve kentsel yapının bir arada bulunduğu ikili yapı görünümünü taşımaktadır. Kentlerdeki kırsal özellikler Doğu bölgelerinde oldukça fazladır. Kentleşmenin doğurganlık üzerindeki etkisi iç göçlerden dolayı olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Türkiye’de kentlerde kadınların işgücüne katılımı doğurganlığı azaltmaktadır, ancak kadınların kentlerde işgücüne katılım oranı yeterli düzeyde değildir. Ayrıca, Doğu

Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgesindeki bazı illerde yüksek doğurganlık hızları bir karakteristik halini almıştır (160).

1. **Göçün Etkisi:** Türkiye, tarihsel olarak farklı dönemlerde göç alan ve göç veren bir ülke olmuştur. Kırsal kesimden şehirlere ve ülke içindeki bölgeler arasında gerçekleşen göçler, nüfus yapısını ve doğurganlık düzeyini etkilemektedir. Özellikle büyük şehirlere yapılan göçler, kentlerde nüfus artışına ve nüfus yoğunluğunun artmasına yol açabilir.
2. **Ekonomik ve Sosyal Faktörler:** Göç, ekonomik ve sosyal faktörlerle sıkı bir şekilde bağlantılıdır. Ekonomik fırsatlar ve istihdam imkanları, bireylerin göç etme kararlarını etkileyebilir. Özellikle kırsal bölgelerdeki düşük ekonomik fırsatlar, bireyleri şehirlere veya daha gelişmiş bölgelere göç etmeye teşvik edebilir. Göç edenlerin yeni yaşam alanlarındaki ekonomik durumu, yaşam koşulları ve sosyal destek ağları, doğurganlık düzeylerini etkileyebilir.
3. **Eğitim ve Kadın İstihdamı:** Eğitim düzeyi, kadın istihdamı ve kadınların sosyal konumu, doğurganlık düzeyini etkileyen önemli faktörlerdir. Eğitimli kadınlar genellikle daha az çocuk sahibi olma eğilimindedir ve kadınların istihdam edilebilirliği, doğurganlık davranışlarını etkileyen bir diğer etkidir.
4. **Nüfus Politikaları:** Türkiye'de nüfus politikaları da doğurganlık üzerinde etkili olmuştur. Özellikle 1980'lerden itibaren uygulanan nüfus politikaları ve aile planlaması programları, doğum hızında düşüşe neden olmuştur.

Tüm bu faktörler, Türkiye'de doğurganlık ve göç arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Göç, nüfus yapısını ve doğurganlık düzeyini değiştirerek toplumdaki demografik yapıyı etkilemektedir. Ayrıca göç edenlerin yeni yaşam alanlarındaki sosyal, ekonomik ve kültürel yapıya uyum sağlama süreci, doğurganlık davranışlarını da etkileyebilmektedir. Bu nedenle, Türkiye'de doğurganlık ve göç ilişkisinin anlaşılması için çeşitli faktörlerin dikkate alınması ve kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir.

Türkiye'de bulunan Suriyeli sığınmacıların sayısı resmi rakamlara göre 4 milyona yaklaşmış bulunmaktadır. 6 – 7 yıl gibi kısa bir sürede bu kadar sığınmacıya ev sahipliği yapması Türkiye'yi, birçok yönden etkilemektedir. Bu etkiler

demografik, sosyal, kültürel ve ekonomik yaşamda oldukça derinden hissedilmektedir. Bir yerde nüfus artışı üzerinde doğumlar, ölümler ve göçler kontrol edici faktörlerdir. Özellikle ülke içerisinde gerçekleşen artışlarda doğumlar başat faktördür. Doğumlar üzerinde de ülkede uygulanan nüfus politikalarının yanında eğitim, doğum kontrol yöntemleri, yaş yapısı, evlilikler, yaşanan coğrafi mekân (kır-kent), ekonomik yapı ve inanç gibi faktörler etkili olmaktadır. Yine ülke dışından gelen göçler de göç alan ülkenin nüfusu arttırdığı gibi göç edenlerin doğurganlık davranışlarında da değişiklikler meydana gelebilmektedir. Göç eden kadınlar, yeni yaşadıkları bölgede sağlık hizmetlerine erişimde çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler ve bu durum doğurganlık üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir.

Göç eden kadınların maruz kaldığı cinsel istismar, tecavüz, zoraki fuhuş ve erken yaşta evlilik gibi olumsuz deneyimler, kadınların ruh sağlığını ve sosyal hayatını etkileyebilir. Bu tür travmatik olaylar, kadınların cinsel ve üreme sağlığına yönelik olumsuz sonuçlara yol açabilir ve dolayısıyla doğurganlık düzeyini etkileyebilir.

Sağlık kuruluşlarından yararlanma sıklığı ve niteliği, gebelikler ve doğumlar için önemli bir etkidir. Göç eden kadınlar, sosyoekonomik nedenlerle veya dil bariyerleri nedeniyle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşayabilirler. Sağlık hizmetlerine erişimdeki bu zorluklar, gebelik ve doğum öncesi ve sonrasında gereken sağlık kontrollerine ve bakıma ulaşımı engelleyebilir. Bu da gebelik ve doğum süreçlerinde komplikasyonlara ve olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Sağlık kuruluşlarının kalitesi de doğurganlık üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Kaliteli ve uygun sağlık hizmetleri, gebeliklerin ve doğumların güvenli bir şekilde gerçekleşmesine ve anne ve bebek sağlığının korunmasına yardımcı olur. Ayrıca, aile planlaması hizmetleri ve doğum kontrol yöntemlerine erişim, doğurganlık düzeyini etkileyen faktörler arasındadır.

Bu nedenle, göç eden kadınların maruz kaldığı zorluklar, cinsel ve üreme sağlığını etkileyen faktörler ve sağlık hizmetlerine erişimdeki sıkıntılar, doğurganlık üzerinde etkili olabilir. Bu konuda yapılacak çalışmalar ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi, göç eden kadınların doğurganlık sağlığını desteklemeye yardımcı

olabilir. Ayrıca, bu tür zorluklarla baş etmek için sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi de önemlidir (160).



4. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın türü, yeri, zamanı, evreni, örnekleme ve verilerin toplanması ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

4.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Hastanede doğum yapan Suriyeli kadınların fetal-maternal ve doğurganlık özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış olan anket, yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmış, veriler analiz edilerek elde edilen sonuçlar incelenmiştir.

4.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 15.02.2022 tarih ve 196 karar numaralı etik kurulu onayı alındıktan sonra, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ek Binası'nda 28 Şubat 2022 ve 11 Nisan 2022 tarihleri arasında doğum yapan 100 Suriye'li kadınlar ile gerçekleştirilmiştir.

Araştırmada verilerin elde edilmesinde anket yöntemi kullanılmıştır. Katılımcılara ankete katılımın tamamen gönüllülük esasına dayanmakta olduğu, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan ayrılma haklarına sahip olduğu bildirildi ve gönüllü olarak katıldıklarına dair onam vermeleri sonrası ankete erişimleri sağlanmıştır.

4.3. Araştırmanın Evreni

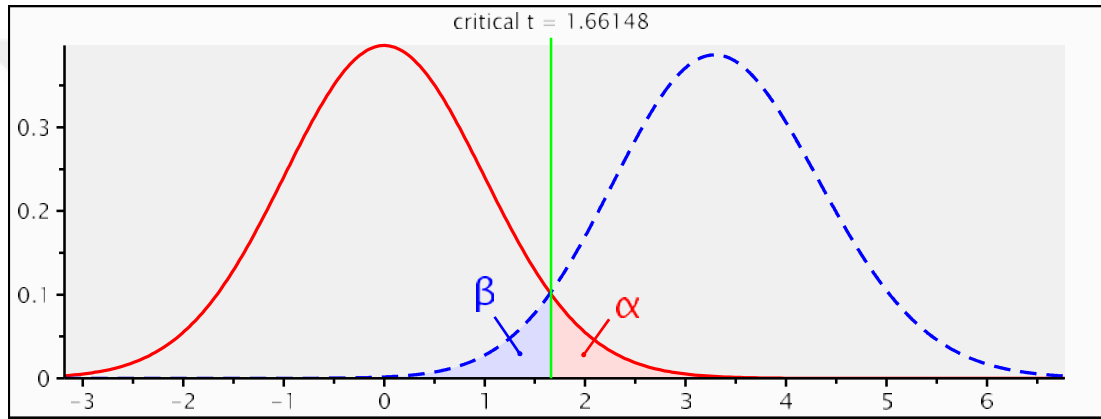
Araştırmanın evrenini Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Ek Binası'nda 28 Şubat 2022 ve 11 Nisan 2022 tarihleri arasında doğum yapan 100 Suriyeli kadınlar oluşturmaktadır.

4.4. Araştırmanın örnekleme

Çalışmanın örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G.Power 3.1.9.4. programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı araştırmalarda evrendeki birey sayısının bilinmediği durumda örneklem hacmini belirlenmek için t tests - Means: Wilcoxon

signed rank test (one sample case) modeli kullanılmıştır. Çalışmada örnek hacmi belirlerken ilk aşamada ana hipoteze ilişkin test belirlenmiş ve gerekli olan ortalamalar literatürde çalışmamıza uygunluk gösteren Kaya'nın 2019 yılında hazırladığı "Göç Ve Mekân Bağlamında Suriyeli Sığınmacılarda Doğurganlık Analizi: Mersin Örneği" adlı araştırmasından elde edilmiştir.

Yapılan power analize göre, %95 güven düzeyi ve $\alpha=0.05$ yanılma payı ile 0.441 etki büyüklüğüne ve tolerans oranı %5 olmak üzere; bu çalışmada $p=0.05$, testin gücü $(1-\beta)$: %95, $t=1.96$ olarak belirlenmiş ve bu bilgiler doğrultusunda çalışma için gerekli olan örneklem sayısı (n) 98 kişi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

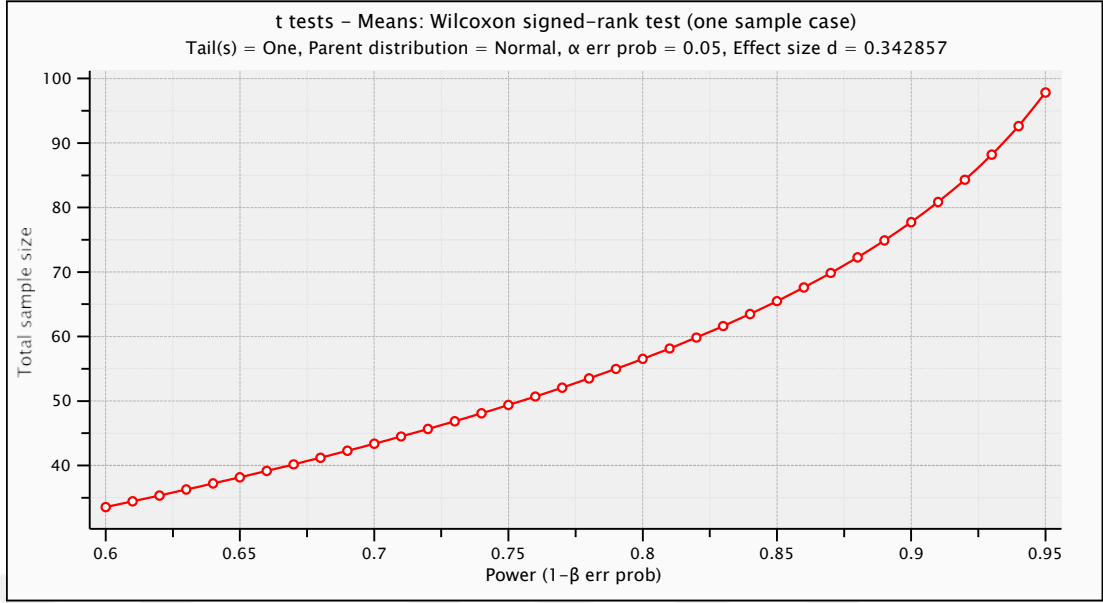


t tests - Means: Wilcoxon signed rank test (one sample case)

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = One
Effect size d = 0.3428571
 α err prob = 0.05
Power ($1-\beta$ err prob) = 0.95

Output: Noncentrality parameter δ = 3,3167434
Critical t = 1.6614795
Df = 92,5831065
Total sample size = 98
Actual power = 0.9502728



4.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmaya katılan Suriye’li bu çalışmaya katılanların **sosyo demografik özellikleri** (yaş, medeni durum, evlenme şekilleri, eğitim durumları, eşinin yaşı, eşin eğitim durumu, yaptıkları işler, TC vatandaşlığı durumları, Türkiye’de yaşama süreleri, ek hastalıklar, gelir durumları, sosyal yardım alma durumları v.b.), **doğurganlık özelliklerine** ait (*ilk evlenme yaşları, ilk doğum yaşı, kaç gebelik yaşadığı, kaç kez doğum yaptığı, düşük sayısı, ölü doğum sayıları, şuanki gebeliği isteuererek yapma durumları, eşin yada kendinin daha önce kullandıkları doğum kontrol yöntemleri, gebelik süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşama durumları, doğum yöntemleri, bebeklerini emzirme durumları, gebeliklerinde doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti alma durumları vb*) ile **fetal – maternal özelliklerle ilgili hastane kayıtları** (hemoglobin (hgb) değeri, hematokrit (hct) değeri, apgar skoru, baş çevresi, doğum ağırlığı, gebelik haftası, varsa sezaryen veya müdahaleli doğum nedeni ve plasenta anomalisi olma durumu) ile ilgili değişkenler dahil edilmiştir.

4.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından, literatür taranarak hazırlanan veri toplama formu vasıtasıyla toplanacaktır. Form üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik ve kişisel bilgileri içeren soruları, ikinci bölüm doğurganlık

özellikleri ile ilgili soruları, üçüncü bölüm Fetal –Maternal Özellikler İlgili Hastane Kayıtlarını içermektedir. Veri toplama formunun birinci ve ikinci bölümü yüz yüze görüşme tekniği ile üçüncü bölümü ise hastane kayıtları incelenerek toplanmıştır. Suriyelilerin konuştuğu dil ağırlıklı olarak Arapça ve Kürtçe olduğundan yüz yüze görüşme yapılırken iletişimde zorluk yaşandığında hastanede görevli tercüman ya da bu dilleri bilen sağlık görevlilerinden destek alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- Suriyeli olmak, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapmak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek,
- İletişime engel olabilecek herhangi bir sorunu olmamak.

Araştırmadan hariç tutulma kriterleri;

- Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapmamak,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
- Gebe veya yenidoğana ait dosya veya kayıt bilgilerinde eksiklik bulunmak.

4.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın verileri 28 Şubat 2022 ve 11 Nisan 2022 tarihleri arasında doğum yapan Suriyeli kadınlar ile sınırlıdır ve araştırma tek merkezlidir.

4.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma kapsamında verilerin analizi, IBM SPSS Statistics 21 (IBM SPSS, Türkiye) paket programına uygunluğu Kolmogorov-Smirnow testi ile değerlendirilmiştir. İkili ve çoklu karşılaştırmalarda kategorik değişkenlerde Ki-kare testi ve Fisher'in ki-kare testi, niceliksel değişkenler için Independent t-testi, One Way Anova testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar, % 95'lik güven aralığında, $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edilerek değerlendirilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde hastanede doğum yapan 100 Suriyeli kadının fetal-maternal ve doğurganlık özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir.

5.1. Bu Çalışmaya Katılanların Sosyo-Demografik Ve Kişisel Bilgilerine İlişkin Bulgular ve Yorumlanması

Bu çalışmaya katılanların demografik ve kişisel özelliklerine ait bilgiler Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Bu çalışmaya katılanların yaşlarına ve Türkiye’de yaşama sürelerine ait veriler

	Ortalama±Std Sapma	Min-Max
Yaş (yıl)	26,55±5,47	17-40
Eşinin yaşı (yıl)	29,71±5,74	19-43
Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyor	5,48±1,63	3-10

Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması 26,55±5,47 yıl olurken, eşlerinin yaşa ortalaması 29,71±5,74 yıl olduğu saptanmıştır. Bunun yanı sıra katılımcıların ortalama 5,48±1,63 yıldır Türkiye’de yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2. Bu çalışmaya katılanların doğurganlık özellikleri

	Ortalama± Std Sapma	Min-max
İlk evlenme yaşı	18,33±2,17	14-24
İlk doğum yapma yaşı	19,68±2,17	16-25
Gebelik sayısı	3,41±1,73	1-10
Doğum sayısı	2,91±1,26	1-8
Önceki doğumun (varsa) üzerinden geçen zaman	2,94±1,18	0-7
Toplam İstenen Çocuk Sayısı	3,78±1,02	2-7

Tablo 2’de bu çalışmaya katılanların doğurganlık özelliklerine ait veriler gösterilmektedir. Bu çalışmaya katılanların ilk evlenme yaşı ortalama 18,33±2,17 yıl (min-max:14-24) olurken, ilk doğum yapma yaşı ortalama 19,68±2,17 yıl (min-max:16-25), ortalama gebelik sayısı 3,41±1,73 (min-max:1-10), ortalama doğum sayısının 2,91±1,26 (min-max:1-8) olduğu saptanmıştır. Önceki doğumun üzerinden geçen zaman ortalama 2,94±1,18 yıl olurken (min-max:0-7), toplam istenen çocuk sayısının ortalama 3,78±1,02 çocuk (min-max:2-7) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 3.Çalışmada yer alan katılımcılara ait demografik veriler

	Sayı
Medeni Durum (n=100)	
Bekâr	-
Evli	100
Boşanmış	-
Eşi Ölmüş (Dul)	-
Evlilik şekli (n=100)	
Resmi nikâhlı	98
İmam nikâhlı	1
Eşinden ayrı yaşıyor	1
Eğitim durumu (n=100)	
Okuryazar değil	-
Okuryazar	8
İlkokul	52
Ortaokul	40
Lise	-
Üniversite	-
Eşinin eğitim durumu (n=100)	
Okuryazar değil	-
Okuryazar	3
İlkokul	35
Ortaokul	62
Lise	-
Üniversite	-
Ev dışında gelir getirici iş yapma durumu (Kadın, n=100)	
Ev hanımı/çalışmıyor	99
İşçi	1
Ev dışında gelir getirici işin türü (Erkek, n=100)	
İşçi	88
Kendi işi	6
İşsiz	6
T.C. vatandaşı (n=100)	
Evet	6
Hayır	94
Türkiye'deki yaşam süresi	
3	8
4	20
5	29
6	22
7	11
8	4
9	2
10	4

Bu çalışmaya katılanların hepsinin evli oldukları saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılanların evlilik şekilleri incelendiğinde; 98'inin (%98) resmi nikâhlı yaşadıkları, 1'i (%1,0) imam nikâhlı yaşadıkları ve 1'i (%1,0) ise eşinden ayrı yaşadığı gözlenmiştir.

Bu çalışmaya katılanların 8'inin (%8,0) Okuryazar olduğu, 52'sinin (%52,0) ilkokul mezunu ve 40'ının (%40,0) ortaokul mezunudur. Aynı şekilde bu çalışmaya katılanların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; 3'ünün (%3,0) okuryazar olduğu, 35'inin (%35,0) ilkokul mezunu ve 62'sinin (%62,0) ortaokul mezunu oldukları saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılanların 99'unun (%99) ev hanımı olup çalışmadıkları saptanırken 1'inin (%1,0) ise işçi olarak çalıştığı gözlenmiştir.

Bu çalışmaya katılanların ev dışında gelir getirici işleri incelendiğinde; 88'inin (%88,0) işçi olduğu, 6'sının (%6,0) kendi işinin bulunduğu ve 6'sının kendi işine sahip olduğu ve 6'sının (%6,0) işsiz oldukları tespit edilmiştir.

Bu çalışmaya katılanların sadece 6'sının T.C. vatandaşı oldukları gözlenmiştir. Bu katılımcılardan 8'i (%8) 3 yıldır T.C. yaşarken, 20'si (%20,0) 4 yıldır T.C. yaşadıkları, 29'unun (%29) 5 yıldır T.C. yaşadıkları, 22'sinin (%22) 6 yıldır T.C. yaşadıkları, 11'inin (%11,0) 7 yıldır T.C. yaşadıkları, 4'ünün (%4,0) 8 yıldır T.C. 'de yaşadıkları, 2'sinin (%2,0) 9 yıldır T.C. yaşadıkları ve 4'ünün (%4,0) 10 yıldır T.C. yaşadıkları tespit edilmiştir (Tablo 3).

Tablo 4.Bu çalışmaya katılanların sosyo ekonomik durumlarına ve sahip oldukları kronik hastalıklara ait veriler

	Sayı
Gelir durumu (n=100)	
Çok düşük	2
Düşük	46
Orta	52
Yüksek	-
Çok yüksek	-
Devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılma durumu (n=100)	
Evet	24
Hayır	76
Sosyal yardım nereden aldığı (n=100)	
Kızılay kart	24

Hayır	76
Sigara kullanımı(n=100)	
Ara sıra sigara içerim	8
Her gün içerim	1
Eskiden içerdim	14
Sigara hiç içmem	77
Covid-19 geçirme durumu(n=100)	
Evet	57
Hayır	43
Tanısı konulmuş kronik hastalık varlığı(n=100)	
Evet	1
Hayır	99
Tanısı konmuş kronik hastalık	
Kanser	-
Diyabet	-
Hipertansiyon	1
Akciğer Hastalıkları	-
Tiroid Hastalıkları	-
Diğer	-

Bu çalışmaya katılanların 2'sinin gelir durumu çok düşük olurken, 46'sının (%46,0) düşük seviyede ve 52'sinin (%52,0) orta seviyede gelir durumu bulunduğu gözlenmiştir. Bu çalışmaya katılanların 24'üne (%24) devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapıldığını, 24'üne (%24,0) kızılây kart ile sosyal yardım aldıkları gözlenmiştir.

Bu çalışmaya katılanların 8'i (%8,0) ara sıra sigara içtiğini, 1'i (%1) her gün sigara içtiğini, 14'ü (%14) eskiden sigara içtiğini ve 77'si (%77,0) hiç sigara içmediklerini belirtmişlerdir.

Bu çalışmaya katılanların 57'sinin (%57) Covid-19 geçirdikleri tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra 1'inin tanı konmuş hipertansiyon kronik hastalığının bulunduğu saptanmıştır (Tablo 4).

4.2. Bu Çalışmaya Katılanların Doğurganlık Özelliklerine İlişkin Bulgular Ve Yorumlanması

Tablo 5.Bu çalışmaya katılanların gebelik ve düşük yapma durumlarına ait özellikler

	Sayı
Kendiliğinden düşük yapma sayısı	
0	64
1	26
2	9
3	1
Ölü Doğum Sayısı	
0	97
1	3
Sonradan Ölüm Sayısı	
0	97
1	3
Başka Çocuk İsteği	
Evet	59
Hayır	41
Planlı Gebelik	
Evet	100
Hayır	-

Bu çalışmaya katılanların 26'sının (%26) kendiliğinden bir kere düşük yaptığı, 9'u(%9,0) iki kere kendiliğinden düşük yaptığını, 1'i(%1,0) üç kere kendiliğinden düşük yaptığını bildirmişlerdir. Bu çalışmaya katılanların 3'ünün (%3) bir tane ölü doğum ile sonuçlanan gebeliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra bu çalışmaya katılanların 3'ünün (%3) doğum sonrası bir bebeklerinin öldüğü saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılanların 59'unun (%59) başka çocuk istedikleri, bu çalışmaya katılanların hepsinin planlı gebelik istedikleri saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6.Bu çalışmaya katılanların kullandıkları doğum kontrol yöntemlerine ait özellikleri

	Sayı
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumları	
Evet	89
Hayır	11
Doğum kontrol yöntemi türü	
Doğum kontrol hapi	-
Rahim içi araç (Spiral)	10
Kondom	-
Enjeksiyon (İğne)	23
Takvim	47
Geri çekme	6
Vajinal duş	3
Ertesi günü hapi	-
Yok	11
Doğum kontrol yöntemi kullanmama nedeni	
Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü	-
Nasıl temin edeceğini bilmiyor	1
Çocuk istiyor	8
Pahalı	-
Eşin istememesi	-
Dini nedenler	1
Sağlık kaygısı/sağlık sorunları	-
Emziriyor	1
Diğer...	-
Doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı	
Bilgin yok	-
Aile büyüklerinden	21
Arkadaşlarımdan	39
Sağlık personelinde	40
Kitap/broşür/dergi	-
Gazete/TV	-
İnternet/sosyal medya	-
Diğer	-
Sağlık Hizmetine Erişimde Türkçe Etkisi	
Evet	40
Hayır	48
Kısmen	12

Bu çalışmaya katılanların kullandıkları doğum kontrol yöntemlerine ait özellikleri Tablo 6’da gösterilmektedir. Buna göre bu çalışmaya katılanların 89’unun (%89) doğum kontrol yöntemi kullandıkları gözlenmiştir. Bu çalışmaya katılanların

kullandıkları doğum kontrol yöntemleri incelendiğinde; 10'u (%10,0) rahim içi araç (spiral) yöntemini, 23'ü (%23,0) enjeksiyon (iğne) yöntemini 47'si (%47,0) takvim yöntemini, 6'sı (%6,0) geri çekme yöntemini ve 3'ü (%) vajinal duş yöntemini kullandıkları gözlenmiştir. Bunun yanı sıra bu çalışmaya katılanların 11'i (%11,0) doğum kontrol yöntemlerini kullanmamaktadır. Doğum kontrol yöntemi kullanmama nedeni olarak 8'i (%8,0) çocuk istediklerini, 1'i (%1,0) dini nedenlerden dolayı kullanmadıklarını ve 1'i(%1,0) ise emzirdiği için kullanmadığını belirtmiştir.

Bu çalışmaya katılanların doğum kontrol yöntemi hakkında bilgi aldıkları kaynaklar ise; 21'i (%21,0) aile büyüklerinden, 39'u (39,0) arkadaşlarından ve 40'ı (%40,0) sağlık personelinin bilgi aldıkları saptanmıştır. Bu çalışmaya katılanların 40'ı (%40,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin bulunduğunu, 48'i (%48,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin bulunmadığını ve 12'si (%12,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin kısmen bulunduğunu belirtmişlerdir (Tablo 6).

Tablo 7.Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumları

	Sayı
Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti alma durumu	
Evet	36
Hayır	64
DÖB Hizmeti Başvuru Sayısı	
Hiç almadım	64
1 kez	0
2 kez	1
3 kez	0
4 kez	5
5 kez	11
6 kez	10
7 kez	9
8 kez	0
DÖB hizmetini neren aldığı	
GSM	0
ASM	0
Hastane (Özel)	0
Hastane (Devlet)	34
Hastane (Üniversite)	2
Apgar skoru	
8	8
9	47

Bu çalışmaya katılanların 36'sının (%36,0) Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti aldıkları tespit edilmiştir. Bu çalışmaya katılanların DÖB Hizmeti almak için 1'i (%1,0) 2 kez, 5'i (5,0) 4 kez, 11'i (%11,0) 5 kez, 10'u (%10,0) 6 kez ve 9'u (%9,0) 7 kez başvuru yapmışlardır. Bu çalışmaya katılanların 34'ü (%34,0) DÖB hizmetini devlet hastanelerinden 2'si (%2,0) DÖB hizmetini üniversite hastanelerinden aldıkları gözlenmiştir.

Bu çalışmaya katılanların doğan bebeklerinin APGAR skorları incelendiğinde; bebeklerin 8'inin (%8,0) APGAR skoru 8 olurken, 47'sinin (%47,0) APGAR skoru 9 ve 45'inin (%45,0) APGAR skorunun 10 olduğu saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 8.Bu çalışmaya katılanların gebelik ve doğum özellikleri

	Sayı
Gebelikte Sağlık Sorunu Durumu	
Evet	30
Hayır	70
Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunu Türü	
Yok	70
Bacaklarımda ödem oldu	1
Tansiyonum yüksek çıktı	5
13 kilodan fazla kilo aldım	1
Şiddetli kansızlık var dediler (anemi)	8
Kendimi sürekli üzgün hissettim (depresyon tanısı aldım)	0
Şeker hastalığına yakalandım (GDM)	15
Gebelik zehirlenmesi geçirdim (preeklampsi)	0
Diğer...	0
Doğum Şekli	
Normal doğum	70
Sezaryen	30
Müdahaleli doğum (forseps, vakum)	0
Sezaryen nedeni	
Sezaryen doğum varlığı	28
Çatı sorunu	2

Bu çalışmaya katılanların 30'unun (%30,0) gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları saptanmıştır.

Bu çalışmaya katılanların gebelikte yaşadıkları sağlık sorunları türleri incelendiğinde; 1'inde (%1,0) bacaklarında ödem, 5'i (%5,0) tansiyonum yüksekliği,

1'inde (%1,0) 13 kilodan fazla kilo alması, 8'inde (%8,0) şiddetli kansızlık (anemi) ve 15'inde (%15,0) şeker hastalığı (GDM) bulunduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmaya katılanların 70'i(%70,0) normal doğum ve 30'u(%30,0) sezaryen ile doğum yapmışlardır (Tablo 8).

Tablo 9.Bu çalışmaya katılanların bebek emzirme özellikleri

	Sayı
Doğum Sonrası Emzirme Durumu	
İlk 1 saat içinde	91
İlk 1 saatten sonra	9
Emzirmedi	0
Bebegi doğumu takip eden ilk 1 saat içerisinde emzirmeme nedeni	
Hipertansiyon	8
Baygınlık	1
Emzirme Hakkında Eğitim Alma Durumu	
Evet	89
Hayır	11
Bebek emzirme planı (yıl)	
1 (12 ay)	20
1,25 (15 ay)	3
1,50 (18 ay)	19
2,00 (24 ay)	58
Bebek Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu	
Evet	63
Hayır	37

Tablo 9'da bu çalışmaya katılanların bebek emzirme özellikleri gösterilmektedir. Çalışmadaki bu çalışmaya katılanların 91'i (%91,0) doğum sonrası ilk 1 saat içinde bebeklerini emzirirken, 9'unun (%9,0) ilk 1 saatten sonra bebeklerini emzirdikleri saptanmıştır.

Bebegi doğumu takip eden ilk 1 saat içerisinde emzirmeme nedeni olarak bu çalışmaya katılanların 8'i (%8,0) hipertansiyon yaşadıkları için 1'i ise (%1,0) baygınlık yaşadıkları için emziremediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca bu çalışmaya katılanların 89'u (%89,0) emzirme hakkında eğitim almışlarken, 63'ü (%63,0) bebek bakımı hakkında eğitim almışlardır.

Bu çalışmaya katılanların 30'u sezeryan yöntemiyle doğum yapmıştır. Sezeryan ile doğum yapma nedeni olarak bu çalışmaya katılanların 28'inin (%28,0) daha önceki doğumlarını sezeryanla yapmaları olurken 2 (%2,0) hastada çatı sorunundan dolayı sezeryan operasyonu ile doğum yapmışlardır (Tablo 9).

5.3. Bu Çalışmaya Katılanların Fetal – Maternal Özelliklerle İlgili Hastane Kayıtlarına İlişkin Bulgular Ve Yorumlanması

Çalışmanın bu bölümünde bu çalışmaya katılanların fetal – maternal özelliklerle ilgili hastane kayıtlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 10.Bu çalışmaya katılanların ortalama Hemoglobin-Hemotokrit değerleri

	Ortalama	Min-Max
Hemoglobin (Hgb) Değeri	11,56±2,21	7,4-19,1
Hematokrit (Hct) Değeri	33,18±3,57	24,3-41,1

Bu çalışmaya katılanların ortalama hemoglobin değerleri 11,56±2,21 (min-max: 7,4-19,1) olurken, ortalama hematokrit değerinin 33,18±3,57 (min-max:24,3-41,1) olduğu gözlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 11.Bu çalışmaya katılanların bebeklerinin özellikleri

	Ortalama	Min-Max
Apgar Skoru	9,37±0,63	8-10
Baş Çevresi	33,89±1,30	31-36
Doğum Ağırlığı	3143,00±434,85	1670-4420
Gebelik Haftası	38,31±0,78	36-40

Çalışmada yer alan bebeklerin ortalama Apgar Skoru 9,37±0,63, ortalama baş çevresi 33,89±1,30 cm, ortalama doğum ağırlığı 3143,00±434,85 gr, ortalama gebelik haftası 38,31±0,78 hft olduğu tespit edilmiştir (Tablo 10).

5.4. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) Hizmeti Alma Durumlarının Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması

Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 4.12’de gösterilmektedir.

Tablo 12. Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması

	DÖB ALAN (n:36)		DÖB ALAMAYAN (n:64)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Medeni Durum (n=100)					
Bekâr	-	-	-	-	-
Evli	36	100,00	64	100,00	
Evlilik şekli (n=100)					
Resmi nikâhlı	35	97,22	63	98,44	0,310
İmam nikâhlı	1	2,78	0	0,00	
Eşinden ayrı yaşıyor	-	-	1	1,56	
Eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil					
Okuryazar	3	8,33	5	7,81	0,014*
İlkokul	12	33,33	40	62,50	
Ortaokul	21	58,33	19	29,69	
Eşinin eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil	-	-	-	-	0,003*
Okuryazar	2	5,56	1	1,56	
İlkokul	5	13,89	30	46,88	
Ortaokul	29	80,56	33	51,56	
Lise	-	-	-	-	
Üniversite	-	-	-	-	
Ev dışında gelir getirici iş yapma durumu (n=100)					
Ev hanımı/çalışmıyor	35	97,22	64	100,00	0,360
İşçi	1	2,78	0	0,00	
Ev dışında gelir getirici işin türü (n=100)					
İşçi	32	88,89	56	87,50	0,475
Kendi işi	3	8,33	3	4,69	
İşsiz	1	2,78	5	7,81	
T.C. vatandaşı (n=100)					
Evet	4	11,11	2	3,13	1,121
Hayır	32	88,89	62	96,88	
Gelir durumu (n=100)					
Çok düşük	0	0,00	2	3,13	0,524
Düşük	16	44,44	30	46,88	
Orta	20	55,56	32	50,00	
Devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılma durumu (n=100)					
Evet	9	25,00	15	23,44	0,522
Hayır	27	75,00	49	76,56	
Sosyal yardım nereden aldığı (n=100)					
Kızılay kart	9	25,00	15	23,44	0,522
Hayır	27	75,00	49	76,56	
Sigara kullanımı(n=100)					
Ara sıra sigara içerim	3	8,33	5	7,81	0,736
Her gün içerim	0	0,00	1	1,56	
Eskiden içerdim	4	11,11	10	15,63	
Sigara hiç içmem	29	80,56	48	75,00	
Covid-19 geçirme durumu(n=100)					
Evet	15	41,67	42	65,63	0,017*
Hayır	21	58,33	22	34,38	

Tablo 12’de bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması gösterilmektedir. Buna göre **DÖB alan** bu çalışmaya katılanların %97,22’sinin resmi nikahlı oldukları, %33,33’ünün ilkokul ve %58,33’ünün ortaokul mezunu oldukları, %80,56’sının eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %97,22’sinin ev hanımı olduğu, %88,89’unun işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %11,11’inin T.C. vatandaşı oldukları, %44,44’ünün düşük gelirli ve %56,56’sının orta gelirli oldukları, %25’inin devletten maddi yardım aldıkları, %80,56’sının sigara içmedikleri ve %8,33’ünün arasıra sigara içtikleri ve %41,67’sinin covid-19 geçirdikleri saptanmıştır. **DÖB almayan** bu çalışmaya katılanların %98,44’ünün resmi nikahlı oldukları, %62,50’sinin ilkokul ve %29,69’unun ortaokul mezunu oldukları, %51,56’sının eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %100,00’ünün ev hanımı olduğu, %87,50’sinin işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %3,13’ünün T.C. vatandaşı oldukları, %46,88’inin düşük gelirli ve %50,00’sinin orta gelirli oldukları, %23,44’ünün devletten maddi yardım aldıkları, %75’inin sigara içmedikleri ve %7,81’inin arasıra sigara içtikleri ve %65,63’ünün covid-19 geçirdikleri saptanmıştır. Katılımcıları DÖB alma durumları ile sadece COVID19 geçirme durumları arasında anlamlı fark tespit edilirken ($p<0,05$), diğer değişkenler arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 13.Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması

	DÖB ALAN (n:36)		DÖB ALAMAYAN (n:64)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumları					
Evet	32	88,89	57	89,06	0,011*
Hayır	4	11,11	7	10,94	
Doğum kontrol yöntemi türü					
RIA (Spiral)	4	11,11	6	9,38	0,001*
Enjeksiyon (İğne)	18	50,00	5	7,81	
Takvim	10	27,78	37	57,81	
Geri çekme	-	-	6	9,38	
Vajinal duş	-	-	3	5,00	
Doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı					
Aile	5	13,89	16	25,00	0,002*
Arkadaş	8	22,22	31	48,44	
Sağlık Personeli	23	63,89	17	26,56	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu					
Evet	5	13,89	25	39,06	0,007*
Hayır	31	86,11	39	60,94	

Gebelikte sağlık sorunu türü				
Yok	31	86,11	39	60,94
Ödem	-	-	1	1,56
Hipertansiyon	-	-	5	7,81
Kilo Alımı	1	2,78	-	-
Anemi	2	13,89	6	9,38
GDM	2	13,89	13	20,31
APGAR				
8	1	2,78	7	10,94
9	15	41,67	32	50,00
10	20	55,56	25	39,06
Doğum şekli				
Normal doğum	31	86,11	39	60,94
Sezaryen	5	13,89	25	39,06
Bebek emzirme planı				
1,00	2	5,56	18	28,13
1,25	0	0,00	3	4,69
1,50	5	13,89	14	21,88
2,00	29	80,56	29	45,31
Emzirme Hakkında Eğitim Alma Durumu				
Evet	35	97,22	54	84,38
Hayır	1	2,78	10	15,63
Bebek Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu				
Evet	26	72,22	37	57,81
Hayır	10	27,78	27	42,19

Bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 13’de gösterilmektedir. DÖB alan bu çalışmaya katılanların %88,89’unun doğum kontrol yöntemi kullanırken, %50,00’si doğum kontrol yöntemi olarak en çok enjeksiyon (iğne) yöntemini tercih ettiği, %63,89’u doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin bilgi aldığı, %13,89’unun gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, %2 sinin gebelikte sağlık sorunu olarak anemi ve %13,89’unun GDM yaşadıkları, bebeklerin %55,56’sının APGAR skorunun 10 olduğu, %86,11’inin doğum şekli olarak normal doğum yaptıkları, %80,56’sının bebek emzirme planının 2 olduğu, %97,22’sinin emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %72,22’sinin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi.

DÖB almayan bu çalışmaya katılanların %89,06’sının doğum kontrol yöntemi kullanırken, %57,81’inin doğum kontrol yöntemi olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiği, %48,44’ünün doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak arkadaşlarından bilgi aldığı, %39,06’sının gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, %7,81’inin gebelikte sağlık sorunu olarak hipertansiyon ve %20,31’inin GDM

yaşadıkları, bebeklerin %39,06'sının APGAR skorunun 10 olduğu, %60,94'ünün doğum şekli olarak normal doğum yaptıkları, %45,31'inin bebek emzirme planının 2 olduğu, %84,38'inin emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %57,81'inin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi. Katılımcıları DÖB alma durumları ile doğum kontrol yöntemi kullanma durumları, doğum kontrol yöntemi türü, doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, gebelikte sağlık sorunu türü, APGAR skorları, doğum şekli, bebek emzirme planları emzirme hakkında eğitim alma durumu ile bebek bakımı hakkında eğitim alma durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir ($p<0,05$).

Tablo 14. Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik özellikleri ile fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması

	DÖB ALAN (n:36)	DÖB ALAMAYAN (n:64)	P
	Ortalama±Std Sapma	Ortalama±Std Sapma	
Yaş (yıl)	26,28±5,09	26,70±5,71	0,711
Eşinin yaşı (yıl)	29,28±5,30	29,94±6,00	0,584
Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyor	5,51±1,73	5,47±1,58	0,927
İlk evlenme yaşı	18,78±1,94	18,08±2,26	0,121
İlk doğum yapma yaşı	20,08±2,06	19,45±2,22	0,165
Gebelik sayısı	3,06±1,35	3,61±1,89	0,125
Doğum sayısı	2,78±1,07	2,98±1,35	0,433
Önceki doğumun (varsa) üzerinden geçen zaman	2,94±1,29	2,95±1,13	0,878
Toplam İstenen Çocuk Sayısı	3,61±0,87	3,88±1,09	0,216
Hemoglobin (Hgb) Değeri	11,72±2,33	11,48±2,15	0,615
Hematokrit (Hct) Değeri	33,05±3,76	33,26±3,49	0,771

Tablo 14’de bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının demografik özellikleri ile fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmektedir. DÖB alan ve almayan bu çalışmaya katılanların fetal ve maternal özelliklerinin ortalama değerlerini birbirlerine oldukça yakın oldukları gözlemlendi. Katılımcıları DÖB alma durumları ile fetal ve maternal özellikleri arasında anlamlı fark bulunmadığı gözlemlendi ($p>0,05$)

Tablo 15.Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması

	DÖB ALAN (n:36)	DÖB ALAMAYAN (n:64)	P
	Ortalama±Std Sapma	Ortalama±Std Sapma	
Apgar Skoru	9,53±0,56	9,28±0,65	0,049*
Baş Çevresi	33,69±1,33	34,00±1,28	0,262
Doğum Ağırlığı	3100,28±326,18	3167,03±486,22	0,464
Gebelik Haftası	38,36±0,72	38,28±0,81	0,623

Tablo 15’de bu çalışmaya katılanların Doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti alma durumlarının bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmektedir. DÖB alan ve almayan bebeklerin APGAR Skor ortalamalarının, baş çevresi, doğum ağırlığı ve gebelik haftalarının ortalama değerlerinin birbirine yakın olduğu sadece ortalama APGAR skoru ile anlamlı fark bulunduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

5.5. Bu Çalışmaya Katılanların Doğum Şekli ile Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması

Tablo 16.Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile demografik değişkenler ile karşılaştırılması

	NORMAL DOĞUM (n:70)		SEZERYAN (n:30)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Medeni Durum (n=100)					
Bekâr	-	-	-	-	-
Evli	70	100,00	30	100,00	
Evlilik şekli (n=100)					
Resmi nikâhlı	69	98,57	29	96,67	0,250
İmam nikâhlı	1	1,43	0	0,00	
Eşinden ayrı yaşıyor	-	-	1	3,33	
Eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil	-	-	-	-	0,361
Okuryazar	6	8,57	2	6,67	
İlkokul	33	47,14	19	63,33	
Ortaokul	31	44,29	9	30,00	
Eşinin eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil	-	-	-	-	0,144
Okuryazar	2	2,86	1	3,33	
İlkokul	21	30,00	14	46,67	
Ortaokul	47	67,14	15	50,00	
Ev dışında gelir getirici iş yapma durumu (n=100)					
Ev hanımı/çalışmıyor	70	100,00	29	96,67	0,371
İşçi	-	-	1	3,33	
Ev dışında gelir getirici işin türü (n=100)					
İşçi	63	90,00	25	83,33	0,108
Kendi işi	2	2,86	4	13,33	

İşsiz	5	7,14	1	3,33	
T.C. vatandaşı (n=100)					
Evet	3	4,29	3	10,00	0,255
Hayır	67	95,71	27	90,00	
Gelir durumu (n=100)					
Çok düşük	1	1,43	1	3,33	0,231
Düşük	36	51,43	10	33,33	
Orta	33	47,14	19	63,33	
Devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılma durumu (n=100)					
Evet	21	30,00	3	10,00	0,025*
Hayır	49	70,00	27	90,00	
Sosyal yardım nereden aldığı (n=100)					
Kızılay kart	21	30,00	3	10,00	0,025*
Hayır	49	70,00	27	90,00	
Sigara kullanımı(n=100)					
Ara sıra sigara içerim	2	2,86	6	20,00	0,031*
Her gün içerim	1	1,43	0	0,00	
Eskiden içerdim	9	12,86	5	16,67	
Sigara hiç içmem	58	82,86	19	63,33	
Covid-19 geçirme durumu(n=100)					
Evet	39	55,71	18	60,00	0,432
Hayır	31	44,29	12	40,00	

Tablo 16’da bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile demografik değişkenler ile karşılaştırılması gösterilmektedir. Normal doğum yapan katılımcıların %98,57’sinin resmi nikahlı oldukları, %47,14’ünün ilkokul ve %44,29’unun ortaokul mezunu oldukları, %67,14’ünün eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %100’ünün ev hanımı olduğu, %90,00’inin işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %4,29’unun T.C. vatandaşı oldukları, %51,43’ünün düşük gelirli ve %47,14’ünün orta gelirli oldukları, %30,00’unun devletten maddi yardım aldıkları, %82,86’sının sigara içmedikleri ve %2,86’sının arasına sigara içtikleri ve %55,71’inin covid-19 geçirdikleri saptanmıştır.

Sezaryen doğum yapan katılımcıların %96,67’sinin resmi nikahlı oldukları, %63,33’ünün ilkokul ve %30,00’unun ortaokul mezunu oldukları, %50,00’sinin eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %96,67’sinin ev hanımı olduğu, %83,33’ünün işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %10,00’unun T.C. vatandaşı oldukları, %33,33’ünün düşük gelirli ve %63,33’ünün orta gelirli oldukları, %3’ünün devletten maddi yardım aldıkları, %63,33’ünün sigara içmedikleri ve %20,00’sinin arasına sigara içtikleri ve %60,00’inin covid-19 geçirdikleri saptanmıştır. Bu çalışmaya katılanların doğum şekilleri ile devletten yardım alma

durumları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu ($p<0,05$) diğer değişkenler ile anlamlı farkların bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)

Tablo 17.Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması

	NORMAL DOĞUM (n:70)		SEZERYAN (n:30)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumları					
Evet	62	88,57	27	90,00	0,570
Hayır	8	11,43	3	10,00	
Doğum kontrol yöntemi türü					
RİA (Spiral)	7	10,00	3	10,00	0,436
Enjeksiyon (İğne)	18	25,71	5	16,67	
Takvim	30	42,86	17	56,67	
Geri çekme	4	5,71	2	6,67	
Vajinal duş	3	4,29	0	0,00	
Doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı					
Aile	12	17,14	9	30,00	0,335
Arkadaş	28	40,00	11	36,67	
Sağlık Personeli	30	42,86	10	33,33	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu					
Evet	16	22,86	14	46,67	0,015*
Hayır	54	77,14	16	53,33	
Gebelikte sağlık sorunu türü,					
Yok	54	77,14	16	53,33	0,016*
Ödem	1	1,43	0	0,00	
Hipertansiyon	3	4,29	2	6,67	
Kilo Alımı	1	1,43	0	0,00	
Anemi	3	4,29	5	16,67	
GDM	8	11,43	7	23,33	
APGAR					
8	2	2,86	6	20,00	0,021*
9	34	48,57	13	43,33	
10	34	48,57	11	36,67	
Bebek emzirme planı					
1,00	17	24,29	3	10,00	0,137
1,25	2	2,86	1	3,33	
1,50	13	18,57	6	20,00	
2,00	38	54,29	20	66,67	
Emzirme Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Evet	64	91,43	25	83,33	0,241
Hayır	6	8,57	5	16,67	
Bebek Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Evet	46	65,71	17	56,67	0,262
Hayır	24	34,29	13	43,33	

Tablo 17’de bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmektedir. Normal ile doğum yapan katılımcıların %88,57’si doğum kontrol yöntemi kullanırken, %42,86’sı doğum kontrol yöntemi

olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiği, %42,86'sı doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinde bilgi aldığı, %22,86'sının gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, en çok %4,29'unun gebelikte sağlık sorunu olarak anemi ve %11,43'ünün GDM yaşadıkları, bebeklerin %48,57'sinin APGAR skorunun 9 ve 10 olduğu, %54,29'unun bebek emzirme planının 2 olduğu, %91,43'ünün emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %65,71'inin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi.

Sezeryan ile doğum yapan katılımcıların %90,00'ı doğum kontrol yöntemi kullanırken, %56,67'sinin doğum kontrol yöntemi olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiği, %33,33'ünün doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinde bilgi aldığı, %46,67'sinin gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, en çok %16,67'sinin gebelikte sağlık sorunu olarak anemi ve %23,33'ünün GDM yaşadıkları, bebeklerin %43,33'ünün APGAR skorunun 9 olduğu, %66,67'sinin bebek emzirme planının 2 olduğu, %83,33'ünün emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %56,67'sinin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi. Bu çalışmaya katılanların doğum şekilleri ile gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, yaşanan sağlık sorunun türü ile APGAR skorları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu ($p<0,05$) diğer değişkenler ile anlamlı farkların bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$)

Tablo 18.Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile demografik özellikleri ile fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması

	NORMAL DOĞUM (n:70)	SEZERYAN (n:30)	P
	Ort.± Std Sapma	Ort.± Std Sapma	
Yaş (yıl)	25,77±5,26	28,37±5,60	0,029*
Eşinin yaşı (yıl)	28,86±5,52	31,67±5,86	0,024*
Kaç yıldır Türkiye'de yaşıyor	5,27±1,59	5,97±1,65	0,048*
İlk evlenme yaşı	18,44±2,18	18,07±2,13	0,429
İlk doğum yapma yaşı	19,83±2,15	19,33±2,22	0,299
Gebelik sayısı	3,09±1,50	4,17±2,00	0,004*
Doğum sayısı	2,66±1,02	3,50±1,55	0,002*
Önceki doğumun (varsa) üzerinden geçen zaman	2,89±1,14	3,07±1,28	0,485
Toplam İstenen Çocuk Sayısı	3,63±0,92	4,13±1,17	0,023*
Hemoglobin (Hgb) Değeri	11,86±2,25	10,88±1,97	0,039*
Hematokrit (Hct) Değeri	33,49±3,41	32,47±3,92	0,047*

Çalışmada sezaryen olan katılımcıların yaşlarının ve eşlerinin yaşlarının normal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip ve bu farkların anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$). Normal ve sezaryen olan bu çalışmaya katılanların ilk evlilik yaşları ile ilk doğum yapma yaşları ortalamaları benzerdi ve bu farklar anlamlı değildi ($p>0,05$). Normal doğum yapan bu çalışmaya katılanların gebelik sayısı, doğum sayıları, toplam istenen çocuk sayıları ortalamaları anlamlı olarak sezaryen olan katılımcılardan daha düşüktü ($p<0,05$). Normal doğum yapan kadınların ortalama Hgb, Htc, APGAR skorları anlamlı olarak sezaryen olan kadınlardan daha yüksekti ($p<0,05$).

Tablo 19.Bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması

	NORMAL DOĞUM (n:70)	SEZERYAN (n:30)	P
	Ort.± Std Sapma	Ort.± Std Sapma	
Apgar Skoru	9,46±0,56	9,17±0,75	0,034*
Baş Çevresi	33,89±1,22	33,90±1,49	0,860
Doğum Ağırlığı	3159,43±390,91	3104,67±528,95	0,567
Gebelik Haftası	38,39±0,75	38,13±0,82	0,436

Tablo 19’da bu çalışmaya katılanların doğum şekli ile bebeklerin doğum özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmektedir. Her iki grup arasında bebek ortalama baş çevresi, doğum ağırlığı ve gebelik haftası bakımından anlamlı farkların bulunmadığı ortalamaların birbirine yakın olduğu tespit edildi ($p>0,05$).

5.6. Bu Çalışmada Yer Alan Katılımcıların Bebeklerinin Doğum Ağırlıklarının Demografik Değişkenler İle Karşılaştırılması

Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20.Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması

	3000 gr ve altı (n:39)		3001 gr ve üstü (n:61)		P
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	
Medeni Durum (n=100)					
Bekâr	-	-	-	-	-

Evli	39	100,0	61	100,0	
Evlilik şekli (n=100)					
Resmi nikâhlı	38	97,44	60	98,36	0,332
İmam nikâhlı	0	0,00	1	1,64	
Eşinden ayrı yaşıyor	1	2,56	0	0,00	
Eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil	-	-	-	-	0,093
Okuryazar	6	15,38	2	3,28	
İlkokul	19	48,72	33	54,10	
Ortaokul	14	35,90	26	42,62	
Eşinin eğitim durumu (n=100)					
Okuryazar değil	-	-	-	-	0,471
Okuryazar	2	5,13	1	1,64	
İlkokul	15	38,46	20	32,79	
Ortaokul	22	56,41	40	65,57	
Ev dışında gelir getirici iş yapma durumu (n=100)					
Ev hanımı/çalışmıyor	39	100,00	60	98,36	0,610
İşçi	0	0,00	1	1,64	
Ev dışında gelir getirici işin türü (n=100)					
İşçi	33	84,62	55	90,16	0,351
Kendi işi	2	5,13	4	6,56	
İşsiz	4	10,26	2	3,28	
T.C. vatandaşı (n=100)					
Evet	3	7,69	3	4,92	0,434
Hayır	36	92,31	58	95,08	
Gelir durumu (n=100)					
Çok düşük	2	5,13	0	0,00	0,037*
Düşük	21	53,85	25	40,98	
Orta	16	41,03	36	59,02	
Devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılma durumu (n=100)					
Evet	12	30,77	12	19,67	0,209
Hayır	27	69,23	49	80,33	
Sosyal yardım nereden aldığı (n=100)					
Kızılay kart	12	30,77	12	19,67	0,152
Hayır	27	69,23	49	80,33	
Sigara kullanımı(n=100)					
Ara sıra sigara içerim	2	5,13	6	9,84	0,019*
Her gün içerim	0	0,00	1	1,64	
Eskiden içerdim	2	5,13	12	19,67	
Sigara hiç içmem	35	89,74	42	68,85	
Covid-19 geçirme durumu(n=100)					
Evet	23	58,97	34	55,74	0,456
Hayır	16	41,03	27	44,26	

Tablo 20’de bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik değişkenler ile karşılaştırılması gösterilmektedir. 3000 gr altında doğum ağırlığında bebekleri bulunan katılımcıların %97,44’ünün resmi nikahlı oldukları, %48,72’sinin ilkokul ve %35,90’nının ortaokul mezunu oldukları, %56,41’inin eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %100,00’unun ev hanımı olduğu, %84,62’sinin işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %7,69’unun T.C. vatandaşı oldukları, %53,85’inin düşük gelirli ve %41,03’ünün orta

gelirli oldukları, %30,77'sinin devletten maddi yardım aldıkları, %89,74'ünün sigara içmedikleri ve %5,13'ünün arasına sigara içtikleri ve %58,97'sinin covid-19 geçirdikleri saptanmıştır.

3000 gr üstünde doğum ağırlığında bebekleri bulunan katılımcıların %98,36'sının resmi nikahlı oldukları, %54,10'unun ilkokul ve %42,62'sinin ortaokul mezunu oldukları, %65,57'sinin eşlerinin ortaokul mezunu olduğu, %98,36'sının ev hanımı olduğu, %90,16'sının işçi olarak ev dışında gelir getirici bir işlerinin bulunduğu, sadece %4,92'sinin T.C. vatandaşı oldukları, %40,98'inin düşük gelirli ve %59,02'sinin orta gelirli oldukları, %19,67'sinin devletten maddi yardım aldıkları, %68,85'inin sigara içmedikleri ve %9,84'ünün arasına sigara içtikleri ve %55,74'ünün covid-19 geçirdikleri saptanmıştır. Bu çalışmaya katılanların bebeklerinin doğum ağırlıkları ile gelir durumları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu ($p<0,05$) diğer değişkenler ile anlamlı farkların bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması

	3000 gr ve altı (n:39)		3001 gr ve üstü (n:61)		P
	Sayı	Yüzde (%)	Sayı	Yüzde (%)	
Doğum kontrol yöntemi kullanma durumları					
Evet	31	79,49	58	95,08	0,019
Hayır	8	20,51	3	4,92	
Doğum kontrol yöntemi türü					
RIA (Spiral)	6	15,38	4	6,56	0,066
Enjeksiyon (İğne)	7	17,95	16	26,23	
Takvim	12	30,77	35	57,38	
Geri çekme	4	10,26	2	3,28	
Vajinal duş	2	5,13	1	1,64	
Doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı					
Aile	13	33,33	8	13,11	0,084
Arkadaş	12	30,77	27	44,26	
Sağlık Personeli	14	35,90	26	42,62	
Gebelikte sağlık sorunu yaşama durumu					
Evet	11	28,21	19	31,15	0,467
Hayır	28	71,79	42	68,85	
Gebelikte sağlık sorunu türü,					
Yok	28	71,79	42	68,85	0,272
Ödem	-	-	1	1,64	
Hipertansiyon	3	7,69	2	3,28	
Kilo Alımı	-	-	1	1,64	

Anemi	5	12,82	3	4,92	0,358
GDM	3	7,69	12	19,67	
Doğum Şekli					
Normal doğum	26	66,67	44	72,13	0,358
Sezaryen	13	33,33	17	27,87	
APGAR					
8	8	20,51	-	-	0,001*
9	13	33,33	34	55,74	
10	18	46,15	27	44,26	
Bebek emzirme planı					
1,00	7	17,95	13	21,31	0,515
1,25	1	2,56	2	3,28	
1,50	5	12,82	14	22,95	
2,00	26	66,67	32	52,46	
Emzirme Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Evet	37	94,87	52	85,25	0,119
Hayır	2	5,13	9	14,75	
Bebek Bakımı Hakkında Eğitim Alma Durumu					
Evet	26	66,67	37	60,66	0,348
Hayır	13	33,33	24	39,34	

Tablo 21’de bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının doğurganlık özellikleri ile karşılaştırılması gösterilmektedir. 3000 gr altında bebeği bulunana katılımcıların %79,49’u doğum kontrol yöntemi kullanırken, %30,77’sinin doğum kontrol yöntemi olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiği, %35,90’nının doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin bilgi aldığı, %28,21’inin gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, en çok %12,82’sinin gebelikte sağlık sorunu olarak anemi ve %7,69’unun GDM yaşadıkları, bebeklerin %46,15’inin APGAR skorunun 10 olduğu, %66,67’sinin bebek emzirme planının 2 olduğu, %94,87’sinin emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %66,67’sinin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi.

3000 gr üstünde bebeği bulunana katılımcıların %95,08’i doğum kontrol yöntemi kullanırken, %57,38’inin doğum kontrol yöntemi olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiği, %42,62’sinin doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinin bilgi aldığı, %31,15’inin gebelikte sağlık sorunu yaşadıkları, en çok %4,92’sinin gebelikte sağlık sorunu olarak anemi ve %19,67’sinin GDM yaşadıkları, bebeklerin %55,74’ünün APGAR skorunun 9 olduğu, %52,46’sının bebek emzirme planının 2 olduğu, %85,25’inin emzirme hakkında eğitim aldıkları ve %60,66’sinin bebek bakımı hakkında eğitim aldıkları gözlemlendi. Bu çalışmaya katılanların bebeklerinin doğum ağırlıkları ile APGAR skorları arasında istatistiksel

anlamli farkların bulunduğu ($p<0,05$) diğer değişkenler ile anlamli farkların bulunmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 22.Bu çalışmada yer alan katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlıklarının demografik özellikleri ve fetal-maternal özellikleri ile karşılaştırılması

	3000 gr ve altı (n:39)	3001 gr ve üstü (n:61)	P
	Ort.± Std Sapma	Ort.± Std Sapma	
Yaş (yıl)	25,69±5,36	27,10±5,51	0,211
Eşinin yaşı (yıl)	28,67±5,37	30,36±5,91	0,151
Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyor	5,31±1,73	5,59±1,56	0,401
İlk evlenme yaşı	18,21±2,14	18,41±2,19	0,647
İlk doğum yapma yaşı	19,62±2,22	19,68±2,17	0,813
Gebelik sayısı	3,15±1,73	3,57±1,74	0,238
Doğum sayısı	2,79±1,36	2,98±1,19	0,466
nceki doğumun (varsa) zerinden geçen zaman	2,64±1,29	3,13±1,07	0,142
Toplam İstenen ocuk Sayısı	3,72±1,05	13,82±1,01	0,629
Hemoglobin (Hgb) Değeri	11,62±2,33	11,52±2,15	0,825
Hematokrit (Hct) Değeri	33,71±3,98	33,49±3,28	0,284

Çalışmada 3000 gr ve altı bebeği olan katılımcıların yaşlarının ve eşlerinin yaşlarının 3000 gr ve üstü bebeği olan kadınlara göre daha düşük ortalamaya sahip ve bu farkların anlamli olmadığı gözlenmiştir ($p>0,05$). 3000 gr ve altı ve 3000 gr ve üstü bebeği olan kadınların ilk evlilik yaşları ile ilk doğum yapma yaşları ortalamaları benzerdi ve bu farklar anlamli değildi ($p>0,05$). 3000 gr ve altı bebeği olan kadınların gebelik sayısı, doğum sayıları, toplam istenen ocuk sayıları ortalamaları 3000 gr ve üstü bebeği olan kadınlardan daha düşüktü ($p>0,05$). 3000 gr ve altı bebeği olan kadınların ortalama Hgb, Htc değerleri 3000 gr ve üstü bebeği olan kadınlardan daha yüksekti ($p<0,05$).

6. TARTIŞMA

Geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sağlık hizmetleri, 29 Nisan 2011 tarihinde Hatay ilinden Türkiye'ye giriş yapımlarıyla başlamıştır. Ortadoğu Stratejik Araştırmalar Merkezi'nin (ORSAM) "Suriyeli Mültecilerin Türkiye'ye Etkileri 2015" başlıklı raporunda, Suriyelilerin sınır illerindeki devlet hastanelerinde toplam hizmetlerin %30 ila %40'ını aldığı belirtilmektedir. Bu nedenle sınır illerinde bulunan devlet hastanelerinde kapasite sorunu yaşanmıştır (161). Göçmen nüfusundaki bu dramatik artış sağlık hizmetlerini olumsuz etkilemiştir. Suriyeli mültecilere tüm sağlık hizmetleri ücretsiz olarak sağlanmaktadır. Hamile kadınlara demir ve multivitamin takviyesi de ücretsizdir. Suriyeli mülteci hamile kadınların gebelikleri süresince en az dört kez aile hekimlerine doğum öncesi ziyarette bulunmaları gerekmektedir. Hamile kadınlara sunulan sağlık hizmetleri sağlığın en önemli unsurları arasında yer almaktadır (162,163).

Bu çalışma, hastanede doğum yapan suriyeli kadınların fetal – maternal ve doğurganlık özelliklerini değerlendirmek bu kapsamda antenatal izlem durumlarını ve perinatal sonuçlarını varsa bu gebelerin riskli durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Bu çalışmaya katılanların yaş ortalaması $26,55 \pm 5,47$ yıl olurken, ortalama $5,48 \pm 1,63$ yıldır Türkiye'de yaşadıkları saptanmıştır. Bu çalışmaya katılanların 8'inin (%8,0) Okuryazar ve 52'sinin (%52,0) ilkokul mezunu oldukları, hepsinin evli oldukları, 99'unun (%99) ev hanımı olup çalışmadıkları, sadece 6'sın TC vatandaşı oldukları gözlenmiştir. Bu çalışmaya katılanların 46'sının (%46,0) düşük seviyede ve 52'sinin (%52,0) orta seviyede geliri bulunurken 24'üne (%24) devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapıldığını, 24'üne (%24,0) kızılai kart ile sosyal yardım aldıkları gözlenmiştir. TNSA 2018 verilerine göre Suriyer'li sığınmacı kadınların %78,3'ünün evli oldukları, %82'sinin hiçbir işte çalışmadıkları, %92,1'inin geçici koruma kapsamında sigortalı oldukları, %78,1'inin okuryazar oldukları, %19,5'inin ortaokul ve üzeri mezun oldukları bildirilmiştir. Türkiye'de yaşayan kadınların ise %65,6'sının evli oldukları, %82'sinin hiçbir işte çalışmadıkları, %92,1'inin geçici koruma kapsamında sigortalı oldukları, %96,9'unun okuryazar oldukları, %19,5'inin ortaokul ve üzeri mezun oldukları bildirilmiştir (164).

Türkiye'de mülteci doğumlarının sayısı önemli ölçüde artmaktadır. 2011 yılından bu yana, 2015 yılında toplam 177.568 Suriyeli yenidoğan doğmuştur (165). Dolayısıyla, Suriyeli nüfus yakında Türkiye'deki tüm doğumların %5'inden fazlasını oluşturmaktadır (166). Mültecilerin sağlık masrafları, Suriyeli mültecilerin bakımı için bugüne kadar 30 milyar USD harcamış olan Türk hükümeti tarafından karşılanmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetleri, yatan hasta ve poliklinik masrafları ve ilaç masraflarını içeren sağlık hizmetleri, Türkiye'deki göç idaresine yapılan başvuru sonrasında mültecilere sağlanmaktadır. Mülteci yenidoğanların klinik ve demografik özelliklerinin çoğu (GA ve BW dahil) Türk yenidoğanlarla benzerdir. Bu durum, riskli gebelikler sırasında daha iyi doğum öncesi bakım ve hastanemize başvuran mültecilerin daha iyi sosyoekonomik durumları ile ilişkili olabilir. Çalışmamızda Suriyeli mültecilerde ilk evlenme yaşlarının ortalama $18,33 \pm 2,17$ yıl (min-max:14-24) olduğu, ilk doğum yapma yaşlarının ise ortalama $19,68 \pm 2,17$ yıl (min-max:16-25) olduğu, bunun yanı sıra ortalama gebelik sayılarının $3,41 \pm 1,73$ (min-max:1-10) ve ortalama doğum sayısının $2,91 \pm 1,26$ (min-max:1-8) olduğu saptanmıştır. Bu perinatal sonuçlara bakıldığında; Suriyeli gebelerin oldukça düşük evlenme ve doğum yapma yaşına sahip olduklarıdır. Bu durum Suriyeli kadınların doğumda gebelik haftalarının ve ortalama bebek doğum ağırlıklarının diğer ileri yaş gebelere göre daha düşük olmasına ve preterm doğum sayısı ve düşük doğum ağırlıklı bebek sayılarının daha yükselmesine neden olmaktadır. Bu bulgu Erenel ve arkadaşlarının çalışmasıyla uyumludur (167). TNSA 2018 verilerine göre 25-49 yaşlarındaki Suriyeli kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 19,3'tür. Türkiye'de ise ortalama ilk evlenme yaşı 21,4'dür. 45-49 yaşlarındaki Suriyeli kadınların %4'ü, Türkiye'de yaşayan kadınların ise %30'u hiç evlenmemiştir. 20-24 yaşlarındaki evlenmiş Suriyeli kadınların %39'u ve Türkiye'de yaşayan kadınların ise %2'si eşleriyle akraba olduklarını beyan etmişlerdir. Lise veya üzeri eğitim almış 25-49 yaşlarındaki kadınların ortalama ilk evlenme yaşı 22,0 olurken Türkiye'de yaşayan kadınların ise ilk evlenme yaşı 25'dir.

Çalışmamızdaki bu çalışmaya katılanların 70'i (%70,0) normal doğum ve 30'u (%30,0) sezaryen (CS) ile doğum yapmışlardır. İncelenen literatür çalışmalarında mülteci annelerde CS oranı %36,3 ile Türk annelerden (%43,9) daha düşük olduğu gözlenmiştir (168). Huster ve arkadaşları (2013) Lübnan'daki Suriyeli mültecilerin

6366 doğumunda CS oranını %35 olarak bildirmiştir (169). Souza ve ark.yaptıkları başka bir çalışmasındaki oran bizim çalışmamızdakinden daha yüksektir (%57'ye karşı %30) (170) ve Suriye'deki CS oranı savaştan önce %12-%15 olarak bildirilmiştir (171). Türkiye'de yapılan son çalışmalarda Suriyeli mültecilerde ve Türk vatandaşlarında bizim çalışmamıza benzer CS oranları %32,3'e karşı %43,1 ve %30'a karşı %44 olarak bildirilmiştir (167,172). Türkiye'deki CS oranının zaman içinde azaldığı unutulmamalıdır. Mültecilerin antenatal değerlendirme oranı düşük görünmektedir, ancak çoğu mülteci Türkçe ya da İngilizce konuşmadığı için sağlık personeli antenatal öykü alamamaktadır.

Farklı dil, sosyal izolasyon ve sağlık hizmetleri bilincinin eksikliği, kötü doğum öncesi bakım ile ilişkili faktörlerdir. Güngör ve ark.'da Suriyeli gebelerin perinatal sonuçlarını Türk gebelerle karşılaştırmışlar; mültecilerin Türklerle benzer oranda vitamin ve demir desteği aldıklarını ve benzer hemoglobin seviyesine sahip olduklarını, obstetrik komplikasyonların Suriyeli gebelerde daha fazla olduğunu ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığını belirtmişlerdir (168).

Çalışmaya katılanların ilk evlenme yaşı ortalama $18,33 \pm 2,17$ yıl (min-max:14-24) olurken, ilk doğum yapma yaşı ortalama $19,68 \pm 2,17$ yıl (min-max:16-25), ortalama gebelik sayısı $3,41 \pm 1,73$ (min-max:1-10), ortalama doğum sayısının $2,91 \pm 1,26$ (min-max:1-8) olduğu saptanmıştır. TNSA 2018 verilerine göre Suriyeli göçmen kadınlar için toplam doğurganlık hızı kadın başına 5,3 çocuktur. En yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 20-24 yaş grubunda gözlemlenmiştir. 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortanca ilk doğum yaşı 21,4'tür. Halen evli Suriyeli kadınlar için ortalama canlı doğum sayısı 3,2 ve ortalama yaşayan çocuk sayısı ise 3,1'dir. 45-49 yaş grubundaki halen evli kadınların sadece %3'ünün hiç canlı doğumu yoktur. Genel olarak, halen evli 15-49 yaş grubundaki kadınlar ortalama 3,2 doğum yaparken, bu değer tüm 15-49 yaş grubundaki kadınlarda 2,7'ye düşmektedir. Suriyeli göçmen kadınlar, doğurganlık dönemlerinin sonu itibarıyla (45-49 yaş) ortalama 6 çocuk doğurmakta ve bu çocukların 5,5'i hayatta kalmaktadır (164).

Çalışmamızda yer alan bu çalışmaya katılanların 26'sının (%26) kendiliğinden bir kere ve 9'unun (%9,0) iki kere kendiliğinden düşük yaptığı saptanmıştır. Ayrıca çalışmamızda bu çalışmaya katılanların 3'ünün (%3) bir tane ölü doğum ile sonuçlanan gebeliği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra bu çalışmaya katılanların

3'ünün (%3) doğum sonrası bir bebeklerinin öldüğü saptanmıştır. Çalışmamızın bu sonuçları Büyüktiryaki ve ark (2015) çalışmasının sonuçlarına benzerdi. Büyüktiryaki ve ark (2015) çalışmalarında bebeklerin ölüm oran % 1,8 oranında ve ölen bebeklerin çoğu konjenital malformasyonlara sahipti ve aşırı prematüre olduklarını bildirmiştir (166). Dünya Sağlık Örgütü, Suriye krizi başlamadan önce Türk ve Suriyeli yenidoğan ölüm oranlarını %0,4 ve %0,8 olarak bildirmiştir (173,174). Bu durum, Türkiye'de sağlık hizmetlerinin daha iyi olduğunu ve Suriyeli mültecilerin sağlık sistemimize kabul edildiğini yansıtır olabilir.

Yeni doğan bebeklerde APGAR skoruna anemi, sezeryan ile doğum, doğum esnasında opioid analjezik alımı olumsuz etki etmektedir. Çalışmamızda bu çalışmaya katılanların doğan bebeklerinin APGAR skorları incelendiğinde; bebeklerin 8'inin (%8,0) APGAR skoru 8 olurken, 47'sinin (%47,0) APGAR skoru 9 ve 45'inin (%45,0) APGAR skorunun 10 olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki katılımcılarda aneminin bulunmaması, %70'inin normal doğum yapması doğan bebeklerin APGAR skorlarının iyi olması sağlamıştır. Önceki araştırmalar, doğum sırasındaki aneminin düşük APGAR skoru ve YYBÜ'ye kabul gibi olumsuz yenidoğan sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (175). Sakinleştirici ilaçlar alan annelerin bebeklerinin APGAR skoru genellikle düşüktür (176) ve CS doğumun solunum sorunları ve solunum hızında artış gibi yenidoğan ölümlerinde artışla ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu gibi durumlarda, yenidoğan resüsitasyonu ve daha sık olarak da YYBÜ'ye kabul için oksijen gereklidir (177).

Savaş, zorunlu göç vb nedenler doğum öncesi, sonrası bakım hizmetlerini önemli ölçüde aksatmakta ve anne çocuk sağlığını olumsuz etkilemektedir. Çadır kentlerde ve gittikleri ülkede kayıt altında olanlar nispeten bu hizmetlere ulaşabilirken kayıtsız olanlarda neredeyse bu ve benzeri sağlık hizmetlerine erişimleri mümkün olmamaktadır. Çalışmamızda yer alan bu çalışmaya katılanların 36'sının (%36,0) Doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti aldıkları ve bu çalışmaya katılanların DÖB Hizmeti almak için 1'i (%1,0) 2 kez, 5'i (5,0) 4 kez, 11'i (%11,0) 5 kez, 10'u (%10,0) 6 kez ve 9'u (%9,0) 7 kez başvuru yapmışlardır. Bu çalışmaya katılanların 34'ü (%34,0) DÖB hizmetini devlet hastanelerinden 2'si (%2,0) DÖB hizmetini üniversite hastanelerinden aldıkları gözlenmiştir. UNICEF verilerine göre (2016); 2008-2012 yılları arasında Suriye'de kadınların tam doğum öncesi bakım

alma oranı %63,7, doğumu sağlık personeli ile yaptırma ise %96,2 dir (178). Şanlıurfa’da bulunan Suriyeli kadınlarla ilgili yapılan bir çalışmada, kadınların %26,7’sinin gebeliği nedeniyle hiç bir sağlık çalışanına başvurmadağı, %47,7’sinin Türkiye’ye geldikten sonra düşük ya da ölü doğum şeklinde gebelik kaybı yaşadıkları, karşılanmamış aile planlanması ihtiyacının %36,4 olduğı saptanmıştır (160). Bulut (2016) çalışmasında yer alan Suriye’li kadınların %54,1’i gebeliğinde bir sorun olmadığı için doğum öncesi bakım hizmeti almadığını, %31,1’i bu hizmeti alması gerektiğini bilmediğı için ,%10,8 yakında sağlık kuruluşu olmadığı için ,%2,7’si gelenek töre nedeniyle ,%1,4’ü maddi olanaksızlıklar nedeniyle doğum öncesi bakım hizmetini almadığını belirtmiştir (179). Suriyeli göçmen kadınların yeterli DÖB alma düzeyleri üzerine yapılan çalışmalarda Küçük ve ark. (180) araştırmasında %52.6, Beşer ve ark. (181) araştırmasında %64.5, Beyzadeoğlu ve ark. (182) araştırmasında %56 oran bildirilmiştir. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez DÖB hizmeti alma sıklığı %81 iken TNSA 2013 verilerine göre kadınların %96’sı DÖB hizmeti almışlardır Türkiye’nin doğusunda bu oran %93 tür (183). Giresun’da yapılan bir çalışmada bir sağlık ocağına kayıtlı doğum yapmış kadınların hemen hepsi DÖB almışken, yeterli DÖB alan %52.6’dır (180).

Çalışmamızda yer alan kadınların öğrenim durumu ile Aile planlaması (doğum kontrol yöntemi) hakkında bilgisi karşılaştırılmış, doğum kontrol yöntemi kullananların %46’sının ilkokul ve %38’inin ortaokul mezunu oldukları, doğum kontrol yöntemi kullanan bu çalışmaya katılanların %47’si doğum kontrol yöntemi olarak en çok takvim yöntemini tercih ettiğı, %40’ı doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak sağlık personelinden bilgi aldığı saptanmıştır. Çalışmamızda ayrıca doğum kontrol yöntemi kullanmayan bu çalışmaya katılanların %7’si doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı olarak aileden bilgi aldığı saptanmıştır Literatürde çalışmamıza benzer olarak Bulut (2016) çalışmasında yer alan Suriye’li kadınların öğrenim durumu ile Aile planlaması hakkında bilgi düzeylerini karşılaştırılmış çalışma sonucunda eğitimi olmayan ilkokul bitirmemiş grupta %86,2, ilkokul ve üstü bir okul bitiren grup %68,4 aile planlaması hakkında bilgilerinin olduğunu saptamıştır (179). Çalışma grubunda özellikle modern doğum kontrol yöntemi yöntem kullanım oranı daha düşüktür. Bunun nedeni kırsal alanda yaşamaları ve

etnik azınlık olmaları nedeniyle yöntemle ulaşımında zorluk yaşamalarına bağlı olabilir. TNSA 2018 verilerine göre Türkiye'deki Suriyeli göçmen kadınların %99,1'inin en az bir aile planlama yöntemi hakkında bilgisi bulunmaktadır. Halen evli Suriyeli kadınların %43'ü herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanmaktadır. En yaygın kullanılan yöntemler geri çekme (%18), RİA (%13) ve haptır (%6). 15-49 yaş arası halen evli kadınların neredeyse tamamı en az bir aile planlama yöntemini bilmektedir (%99). 15-49 yaş aralığında halen evli Suriyeli kadınların %20'si hemen çocuk sahibi olmak, %25'i başka bir çocuk için en az 2 sene beklemek isterken, %43'ü başka çocuk sahibi olmak istememektedir ya da tüpleri bağlanmıştır. İlkokulu bitirmiş Suriye'li kadınların %39,8'i ve lise ve üzeri okul bitirmiş Suriye'li kadınların %43,5'inin doğum kontrol yöntemlerinden herhangi birini kullanmaktadırlar (164).

Dünya genelinde preeklampsi ve eklampsi insidansı %5-26 arasında değişirken, göçmen ve yerli kadınlardaki değişen oranlar hakkında çok az şey bilinmektedir (184). Doğum öncesi bakımın iyileştirilmesiyle birlikte artan farkındalık, gebelikte hipertansiyon tanısını iyileştirmektedir (185-187). Ayrıca, etnik köken de bir risk faktörüdür (36). Çalışmamızda normal doğum yapan kadınların 3'ünde (%4,29) %3'ünde ve sezaryen doğum yapanların 2'sinde (%6,67) hipertansiyon bulunduğu saptandı. Çalışmamızda sezaryen doğum oranları normal doğum yapanlara göre anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$). Benzer şekilde, çeşitli araştırmacılar da mültecilerde sezaryen ile doğum oranının daha düşük olduğunu bildirmişlerdir (9,12, 169).

Çalışmamızda gebeliğin canlı doğum veya düşükle sonuçlanması arasında anlamlı fark bulunamadı. Ölü doğum oranları arasında anlamlı fark bulunamadı. Erenel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada Suriyeli sığınmacıların istemeyen gebelikleri küretajla sonuçlandırma oranları düşük bulunmuştu (86). Ancak bizim çalışmamızda gruplar arasında küretaj ve ölü doğum oranlarında fark saptanmadı.

Çalışmamızda yer alan bebeklerin ortalama doğum ağırlığı $3143,00 \pm 434,85$ gr, ortalama gebelik haftası $38,31 \pm 0,78$ hft olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Olgun 2017 çalışmasında Suriye'li kadınların doğum sonrası bebeklerinin ortalama ağırlığını $3241,7 \pm 559,4$ gr olduğunu saptamışlardır. Genel doğum ağırlığının Türk gebelerden daha düşük olduğunu bildirmiştir (188).

Çalışmamızın bazı kısıtlamaları bulunmaktadır. İlk olarak bu çalışma, mültecilerin kamplarda mevcut olandan daha iyi bakım alabileceği, dünya standartlarında kadın doğum ve neonatoloji bölümlerine sahip olan hastanemizde gerçekleştirilmiştir. Yukarıda tartışıldığı gibi, hastanemize kabul edilen mültecilerin sosyoekonomik koşulları Türkiye'nin başka yerlerinde yaşayan mültecilere göre daha iyi olabilir ve bu da sonuçlarının neden Türk nüfusuna benzer olduğunu açıklayabilir. Sonuçlarımız ülkenin diğer bölgelerinde yaşayan mültecilerin neonatal sonuçlarını yansıtmayabilir.

Suriyeli mültecilerin artmasıyla birlikte, mülteci nüfusuna yeni bir ülkede normal yaşama geçerken sağlıklı hizmet verebilmek için bu tür çalışmalara ihtiyaç vardır. Eşit sağlık hizmeti verilmesi halinde bile mülteci ve mülteci olmayan hastalar arasındaki gebelik sonuçlarındaki farklılıkların ortadan kaldırılması zordur. Annenin etnik kökeni, ve sosyoekonomik statü gibi çeşitli faktörler bu farklılıktan sorumludur. Ayrıca, Türkiye'de artan yaşam süresinin yeterli doğum öncesi bakım oranını arttırdığı tespit edildi. Mültecilerin sorunu bir ülke ile ilgili değil, insanlığın en büyük sorunlarından biri. Bu nedenle uluslararası örgütlerle birlikte çalışarak sonuçların iyileştirilmesi gerekmektedir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hastanede doğum yapan suriyeli kadınların fetal – maternal ve doğurganlık özelliklerini değerlendirmek bu kapsamda antenatal izlem durumlarını ve perinatal sonuçlarını varsa bu gebelerin riskli durumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar şunlardır;

- Çalışmamıza katılan bu çalışmaya katılanların okuryazarlık düzeyleri çok düşük saptanmıştır.
- İlk evlenme yaşları ve ilk doğum yaşları düşük, ortalama doğum sayıları ise Türkiye ile kıyaslandığında oldukça yüksektir
- Çalışmamıza katılan bu çalışmaya katılanların %70'i çocuklarını normal doğumla ve hastanede doğurmuşlardır.
- Çalışmaya katılan bu çalışmaya katılanların yalnızca %36'sı son doğumlarında doğum öncesi bakım hizmeti almamıştır
- Çalışmamıza katılan bu çalışmaya katılanların anemisi bulunmamakta, çocukların APGAR skorları ve gelişim özelliklerinin normal olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamıza katılan bu çalışmaya katılanların %46,0'sının düşük seviyede ve %52'sinin orta seviyede geliri bulunmakta, %24'üne devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılmakta ve %24'üne kızılai kart ile sosyal yardım almaktadırlar.
- Bu çalışmaya katılanların doğum kontrol yöntemleri olarak çoğunlukla enjeksiyon (iğne) yöntemini ve takvim yöntemini kullandıkları gözlenmiştir.
- Bu çalışmaya katılanların doğum kontrol yöntemi hakkında bilgileri büyük çoğunluğu arkadaşlarından ve sağlık personelinde bilgi almaktadırlar.
- Bu çalışmaya katılanların 40'ı (%40,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin bulunduğunu, 48'i (%48,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin bulunmadığını ve 12'si (%12,0) sağlık hizmetine erişimde Türkçe'nin etkisinin kısmen bulunduğunu belirtmişlerdir.

- Katılımcıları DÖB alma durumları ile sadece COVİT-19 geçirme durumları arasında anlamlı fark tespit edilmiştir.
- Katılımcıları DÖB alma durumları ile doğum kontrol yöntemi kullanma durumları, doğum kontrol yöntemi türü, doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı, gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, gebelikte sağlık sorunu türü, APGAR skorları, doğum şekli, bebek emzirme planları emzirme hakkında eğitim alma durumu ile bebek bakımı hakkında eğitim alma durumu arasında anlamlı fark tespit edilmiştir
- Katılımcıları DÖB alma durumları ile fetal ve maternal özelliklerli arasında anlamlı fark bulunmazken ($p>0,05$) sadece ortalama APGAR skoru ile anlamlı fark bulunduğu gözlemlendi ($p<0,05$).
- Bu çalışmaya katılanların doğum şekilleri ile devletten yardım alma durumları ile sigara içme durumları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu saptanmıştır.
- Bu çalışmaya katılanların doğum şekilleri ile gebelikte sağlık sorunu yaşama durumları, yaşanan sağlık sorunun türü ile APGAR skorları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu ($p<0,05$) diğer değişkenler ile anlamlı farkların bulunmadığı saptanmıştır
- Çalışmada sezeryan olan bu çalışmaya katılanların yaşlarının ve eşlerinin yaşlarının normal doğum yapan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip ve bu farkların anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).
- Normal doğum yapan bu çalışmaya katılanların gebelik sayısı, doğum sayıları , toplam istenen çocuk sayıları ortalamaları anlamlı olarak sezeryan olan katılımcılardan daha düşüktü($p<0,05$).
- Normal doğum yapan katdınların ortalama Hgb, Htc, APGAR skorları analmalı olarak sezeryan olan kadınlardan daha yüksekti ($p<0,05$).
- Her iki grup arasında bebek ortalama baş çevresi, doğum ağırlığı ve gebelik haftası bakımından anlamlı farkların bulunmadığı ortalamaların birbirine yakın olduğu tespit edildi.
- Bu çalışmaya katılanların doğum şekilleri ile eğitim durumları ile eşinin eğitim durumları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu saptanmıştır

- Bu çalışmaya katılanların doğum kontrol yöntemi bilgi kaynağı ile doğum kontrol yöntemi kullanım durumları arasında istatistiksel anlamlı farkların bulunduğu gözlenmiştir.
- Çalışmada doğum kontrol yöntemi alan bu çalışmaya katılanların yaşlarının ve eşlerinin yaşlarının doğum kontrol yöntemi almayan kadınlara göre daha yüksek ortalamaya sahip ve bu farkların anlamlı olduğu gözlenmiştir ($p<0,05$).
- Doğum kontrol yöntemi alan bu çalışmaya katılanların ilk evlilik yaşları ile ilk doğum yapma yaşları ortalamaları doğum kontrol yöntemi almayan katılımcılardan daha yüksek olduğu ve bu farkların anlamlı olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).
- Doğum kontrol yöntemi alan bu çalışmaya katılanların gebelik sayısı, doğum sayıları, önceki doğum üzerinden geçen süre ortalamaları doğum kontrol yöntemi almayan katılımcılardan daha yüksekti, ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0,05$).
- Doğum kontrol yöntemi alan kadınların ortalama Hgb, Htc, APGAR skorları doğum kontrol yöntemi almayan kadınlardan daha yüksekti fakat sadece her iki grup arasında HTC ortalama değerleri bakımından anlamlı farkın olduğu saptandı ($p<0,05$).
- Doğum kontrol yöntemi alan ve almayan kadınlar arasında bebek ortalama baş çevresi ve doğum ağırlığı bakımından anlamlı farkların bulunduğu ($p<0,05$) APGAR skorları ile gebelik haftası ortalamaların birbirine yakın olduğu tespit edildi ($p>0,05$).

Sonuç olarak, Türkiye başta Suriye olmak üzere çeşitli ülkelerden mülteci kabul etmeye devam etmekte ve yıllık mülteci doğumları artmaktadır. Bu bebeklerin Türkiye'nin sağlık sistemi, ekonomisi ve sosyokültürel yaşamı üzerinde etkileri vardır. Mülteciler, hem anne hem de yenidoğan bakımının iyileştirilmesi için sağlık hizmetlerine ve sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır. Türk halkı ve hükümeti uzun süredir tıbbi, sosyal ve ekonomik destek sağlamaktadır, ancak uluslararası yardıma da ihtiyaç vardır. Türkiye'nin diğer şehirlerinde yaşayan mülteciler, sosyoekonomik koşullarını yansıtacak şekilde, anne ve yenidoğan hastalıkları açısından bizim hastalarımızdan farklı olabilir; daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

8. KAYNAKLAR

1. Taşcı F. Bir Sosyal Politika Sorunu Olarak Göç. Kamu-İş İş Hukuku Ve İktisat Dergisi. 2016; 10: 177-204.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Aile Hekimliği Bilgi Sistemi. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,12270/aile-hekimligi-bilgi-sistemi-minimum-veri-modeli-ahbsvem.html/> Erişim tarihi: 7 Nisan 2023.
3. Öner F. Sağlık bilişimi, Türkiye’de sağlık bilgi enformasyon sistemleri ve dijital hastaneler. <https://acikbilim.yok.gov.tr/handle/20.500.12812/711520/> Erişim tarihi: 3 Nisan 2023.
4. Ergüven NS, Özturanlı B. "Uluslararası Mülteci Hukuku ve Türkiye". Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2013; 62: 1007-1062.
5. Petillo K. From Aid To Inclusion: A Better Way To Help Syrian Refugees In Turkey, Lebanon, And Jordan, European Council on Foreign Relations. <https://ecfr.eu/publication/from-aid-to-inclusion-a-better-way-to-help-syrian-refugees-in-turkey-lebanon-and-jordan/> Erişim tarihi: 10 Nisan 2023.
6. Şirin B, Ersoy S, Pala E. Suriyeli Geçici Sığınmacılar ve Türkiye Cumhuriyeti Vatandaşlarının Gebelik ve Doğum Sonuçlarının Karşılaştırılması: 3. Basamak Bir Hastanede Yapılmış Vaka Kontrol Çalışması Comparison of Syrian Refugees and Turkish Citizens. Smyrna Tıp Dergisi. 2019; Sayı 1: 25-32.
7. Golbasi C, Vural T, Bayraktar B, Golbasi H, Yildirim AGS. Maternal and Neonatal Outcomes of Syrian Adolescent Refugees and Local Adolescent Turkish Citizens: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. GORM. 2022; 28(2): 1-9.
8. Çelik IH, Arslan Z, Işık DU, Tapısız ÖL, Mollamahmutoğlu L, Baş AY, et al. Neonatal outcomes in Syrian and other refugees treated in a tertiary hospital in Turkey. Turk J Medical Sci. 2019; 49(3): 815-820.
9. Büyüktiryaki M, Canpolat FE, Dizdar EA, Okur N, Şimşek GK. Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. Conflict and Health. 2015; 9(1): 1-2.
10. Alnuaimi K, Kassab M, Ali R, Mohammad K, Shattnawi K. Pregnancy outcomes among Syrian refugee and Jordanian women: a comparative study. Int Nurs Rev. 2017 Dec;64(4):584-592.

11. Çift T, Temur M, Korkmazer E, Saygı A, İ. Ballı Ö, Üstünyurt E. Türkiye ve Suriyeli göçmen kadınlara ait gebelik ve seroloji sonuçlarının karşılaştırılması. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2017; 5(9): 26-32.
12. Demirci H, Yildirim Topak N, Ocakoglu G, Karakulak G, Ustunyurt E, Ulku Turker A. Birth characteristics of Syrian refugees and Turkish citizens in Turkey in 2015. *Int J Gynaecol Obstet* 2017; 137(1): 63-66.
13. Pascual ZN, Langaker MD. Physiology, Pregnancy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023.
14. Montagnana M, Trenti T, Aloe R, Cervellin G, Lippi G. Human chorionic gonadotropin in pregnancy diagnostics. *Clin Chim Acta*. 2011;412(17-18): 1515-20.
15. Knez J, Day A, Jurkovic D. Ultrasound imaging in the management of bleeding and pain in early pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014; 28(5): 621-36.
16. Creanga AA, Berg CJ, Ko JY, Farr SL, Tong VT, Bruce FC, et al. Maternal mortality and morbidity in the United States: where are we now? *J Womens Health (Larchmt)*. 2014;23(1): 3-9.
17. El-Sayed AAF. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017; 56(5): 593-598.
18. Zhang S, Lin H, Kong S, Wang S, Wang H, Wang H, et al. Physiological and molecular determinants of embryo implantation. *Mol Aspects Med*. 2013; 34(5):939-80.
19. Bhat RA, Kushtagi P. A re-look at the duration of human pregnancy. *Singapore Med J*. 2006; 47(12): 1044-8.
20. Myers KM, Elad D. Biomechanics of the human uterus. *Wiley Interdiscip Rev Syst Biol Med*. 2017; 9: 5
21. Hu H, Pasca I. Management of Complex Cardiac Issues in the Pregnant Patient. *Crit Care Clin*. 2016; 32(1): 97-107.
22. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. 2016; 27(2): 89-94.

23. Mihm M, Gangooly S, Muttukrishna S. The normal menstrual cycle in women. *Anim Reprod Sci.* 2011; 124(3-4): 229-36.
24. Dereli YS, Beji KN. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi.* 2010; 20(3), 99-108.
25. Lederman R, Weis K. *Psychosocial Adaptation in Pregnancy: Assessment of Seven Dimensions of Maternal Role Development*, Springer, New York, 2009.
26. Beydağ KDT, Mete S. Prenatal Kendini Değerlendirme Ölçeğinin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008; 11: 1.
27. Read J. Sexual problems associated with infertility, pregnancy and ageing. *British Medical Journal* 2004; 329(7465): 559–561.
28. Taşkın L. Gebelikte annenin fizyolojisi. *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*, 2014; XII. Baskı, Ankara. p:85-101.
29. Çalık, KY, Aktaş S. Gebelikte depresyon: sıklık, risk faktörleri, tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.* 2011; 3(1) 142-162.
30. Aydın ÖS, Başgöl Ş, Kızılkaya B. The Meaning of Urinary Incontinence in Female Geriatric Population Who Experience Urinary Incontinence: A Qualitative Study, *Global Journal on Advances Pure and Applied Sciences.* 2015; 2(3): 1028.
31. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam dönemlerine göre kadın sağlığı ve ruhsal işlevler: hemşirelik yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(1): 67-99.
32. Wei SQ, Luo ZC, Xu H, Fraser WD. The effect of early oxytocin augmentation in labor: a meta-analysis. *Obstet Gynecol.* 2009; Sep, 114(3): 641-649.
33. Özkan S, Demirhan H, Çınar İÖ, Sevil Ü, Alataş E. Antepartum dönem fonksiyonel durum envanterinin geçerlik güvenirlik çalışması. *Pamukkale Tıp Dergisi.* 2014; 7(2): 12-130.
34. Beydağ KB. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2007; 6(6): 479-484.
35. Mercer R. Nursing support of the process of becoming a mother. *JOGNN.* 2006; 35(5): 649–651.

36. Nayak SK, Poddar R, Jahan M. Psychological Problems during advance stage of pregnancy. *The International Journal of Indian Psychology*. 2015; 2(2): 104-13.
37. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M.Y, Gavin A. Hamilelik sırasında psikososyal stres. *Am. Meslekler. Jinekoloj.* 2010; 202: 61.e1–61.e7.
38. Lépine JP. Depresyon ve anksiyetede epidemiyoloji, yük ve sakatlık. *J Clin Psikiyatri*. 2001; 62: 4–10.
39. Saluja G, Iachan R, Scheidt PC, Overpeck MD, Sun W, Giedd JN. Prevalence of and risk factors for depressive symptoms among young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(8):760-5.
40. Răchită A, Strete GE, Suciu LM, Ghiga DV, Sălcudean A, Mărginean C. Psychological Stress Perceived by Pregnant Women in the Last Trimester of Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(14): 8315.
41. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Effects of prenatal depression on the fetus and newborn: A review. *Infant. Behaviour Dev*. 2006; 29: 445-455.
42. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in Childbearing Women: When Depression Complicates Pregnancy. *Prim. Care Clin. Off. Pr*. 2009; 36:151–165.
43. Tiu C. Bolile Neurologice și Sarcina-Afecțiunile Medicale Asociate Sarcinii. 3rd ed. Infomedica București; București, România: 2003; 349: 374–394.
44. Zarea AM, Ahmed NT, Elsaman SE. Comparison between modified Allen's test and Barbeau test for the assessment of hands' collateral circulation before arterial puncture among critically ill patients. *International Journal of Africa. Nurs. Sci*. 2015; 3:1–7.
45. McKinney ES, James SR, Murray SS, Nelson KA, Ashwill JW. Maternal-child nursing. Inc. 2013, 4th Edition, Canada, Elsevier, p: 258-275.
46. Buss C, Davis EP, Hobel CJ, Sandman CA. Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6–9 years age. *Stress*. 2011; 14:665–676.
47. Buicu GE. Aspecte ale Tulburărilor Psihice în Postpartum. University Press; Târgu Mureș, România: 2008.

48. Einarson TR, Piwko C, Koren G. Quantifying the global rates of nausea and vomiting of pregnancy: A meta analysis. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2013; 20:e171–e183.
49. Zhu S, Zhao A, Lan H, Li P, Mao S, Szeto IM, et al. Nausea and Vomiting during Early Pregnancy among Chinese Women and Its Association with Nutritional Intakes. *Nutrients*. 2023; 15(4):933.
50. Tan A, Lowe S, Henry A. Nausea and vomiting of pregnancy: Effects on quality of life and day-to-day function. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2018;58(3):278-290.
51. Laitinen L, Nurmi M, Rautava P, Koivisto M, Polo-Kantola P. Sleep quality in women with nausea and vomiting of pregnancy: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):152.
52. National Guideline Alliance (UK). Management of nausea and vomiting in pregnancy: Antenatal care. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); August 2021. (NICE Guideline, No. 201.) <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573942/> Erişim tarihi: 25 Haziran 2023.
53. Malfertheiner M, Malfertheiner P, Costa SD, Pfeifer M, Ernst W, Seelbach-Göbel B, et al. Extraesophageal symptoms of gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Z Gastroenterol*. 2015; 53(09): 1080–3.
54. Body C, Christie JA. Gastrointestinal diseases in pregnancy: nausea, vomiting, hyperemesis gravidarum, gastroesophageal reflux disease, constipation, and diarrhea. *Gastroenterol Clin N Am*. 2016; 45(2):267–83.
55. Van Der Woude CJ, Metselaar HJ, Danese S. Management of gastrointestinal and liver diseases during pregnancy. *Gut*. 2014; 63(6):1014–23.
56. Gomes CF, Sousa M, Lourenço I, Martins D, Torres J. Gastrointestinal diseases during pregnancy: what does the gastroenterologist need to know? *Ann Gastroenterol*. 2018; 31(4):385–94.
57. Singh P, Salisbury BH, Terrell JM. Antacids. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2020.

58. D'Souza R, Gandhi S, Fortinsky KJ, Silverman M, Cohen-Lyons D, Czikk M, et al. Calcium carbonate intoxication in pregnancy: the return of the milk-alkali syndrome. *J Obstet Gynaecol Can.* 2013; 35(11): 976–7.
59. Kolnick L, Harris BD, Choma DP, Choma NN. Hypercalcemia in pregnancy: a case of milk-alkali syndrome. *J Gen Intern Med.* 2011; 26(8): 939–42.
60. Lopez L, Ortega S, Partela M. Pica During Pregnancy. *Arch Latinoam Nutr.* 2004; 54: 17-24.
61. Wang X, Jin Y, Xu P, Feng S. Urinary incontinence in pregnant women and its impact on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes.* 2022; 20(1): 13.
62. Habak PJ, Griggs, Jr RP. Urinary Tract Infection in Pregnancy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; July 5, 2022. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537047/> Erişim tarihi: 17 Mayıs 2023.
63. Morkved S, Bo K. Hamilelik sırasında ve doğumdan sonra pelvik taban kas eğitiminin idrar kaçırmanın önlenmesi ve tedavisine etkisi: sistematik bir derleme. *Br J Sports Med.* 2014; 48 (4):299–310.
64. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician.* 2012; 58(8): 836-8.
65. Rungsiprakarn P, Laopaiboon M, Sangkomkarnhang US, Lumbiganon P, Pratt JJ. Interventions for treating constipation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9): CD011448
66. Vazquez JC. Constipation, haemorrhoids, and heartburn in pregnancy. *BMJ Clin Evid.* 2010;2010: 1411.
67. Abou-ElWafa HS, El-Metwaly AAM, El-Gilany AH. Lower Limb Varicose Veins among Nurses: A Single Center Cross-Sectional Study in Mansoura, Egypt. *Indian J Occup Environ Med.* 2020; 24(3): 172-177.
68. Oliveira RÁ, Mazzucca ACP, Pachito DV, Riera R, Baptista-Silva JCDC. Evidence for varicose vein treatment: an overview of systematic reviews. *Sao Paulo Med J.* 2018; 136(4): 324-332.
69. Antani MR, Dattilo JB. Varicose Veins. [Updated 2022 Nov 12]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470194/> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2023.

70. Dal G. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmaların (Couvade Send) İncelenmesi. E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2002, İzmir (Danışman: Prof. Dr. Ümran SEVİL).
71. Kömürcü N, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 11. baskı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları. İstanbul. 2000.
72. Fakirullahoğlu AS. Anne ve Çocuk Sağlığı. 3. Baskı. Merve Basın Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. şti. İstanbul. 2000.
73. Desai NM, Tsukerman A. Vaginal Delivery. [Updated 2023 Feb 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559197/> Erişim tarihi: 18 Mayıs 2023.
74. Lagrew DC, Low LK, Brennan R, Corry MP, Edmonds JK, Gilpin BG, et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Safe Reduction of Primary Cesarean Births-Supporting Intended Vaginal Births. Obstet Gynecol. 2018; 131(3): 503-513.
75. Iams JD. Prediction and early detection of preterm labor. Obstet Gynecol. 2003; 101(2):402-12.
76. ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. Obstet Gynecol. 2009; 114(2 Pt 1): 386-397.
77. Gregory KD, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? Am J Perinatol. 2012 Jan; 29(1): 7-18.
78. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJK, Driscoll AK, Drake P. Births: Final Data for 2017. Natl Vital Stat Rep. 2018; 67(8): 1-50.
79. Zhang J, Troendle J, Mikolajczyk R, Sundaram R, Beaver J, Fraser W. The natural history of the normal first stage of labor. Obstet Gynecol. 2010; 115(4): 705-710.
80. Le Ray C, Fraser W, Rozenberg P, Langer B, Subtil D, Goffinet F., Premoda Study Group. Duration of passive and active phases of the second stage of labour and risk of severe postpartum haemorrhage in low-risk nulliparous women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2011; 158(2): 167-72.

81. Herman A, Weinraub Z, Bukovsky I, Arieli S, Zabow P, Caspi E, et al. Dynamic ultrasonographic imaging of the third stage of labor: new perspectives into third-stage mechanisms. *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 168(5): 1496-9.
82. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. Practice Bulletin No. 172: Premature Rupture of Membranes. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(4): e165-77.
83. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet.* 2000; 356(9239): 1375-83.
84. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(5): 1139-1140.
85. Sharshiner R, Silver RM. Management of fetal malpresentation. *Clin Obstet Gynecol.* 2015; 58(2): 246-55.
86. Committee on Practice Bulletins—Obstetrics; Society for Maternal–Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2016; 128(4): e131-46.
87. Chibber R, El-Saleh E, Al Fadhli R, Al Jassar W, Al Harmi J. Uterine rupture and subsequent pregnancy outcome--how safe is it? A 25-year study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010; 23(5): 421-4.
88. Baxley EG, Gobbo RW. Shoulder dystocia. *Am Fam Physician.* 2004; 69(7): 1707-14.
89. Lumbiganon P, Thinkhamrop J, Thinkhamrop B, Tolosa JE. Vaginal chlorhexidine during labour for preventing maternal and neonatal infections (excluding Group B Streptococcal and HIV). *Cochrane Database Syst Rev.* 2014; 2014(9): CD004070.
90. Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology.* 2016; 124(2): 270-300.

91. Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 2013(7): CD000330.
92. Basevi V, Lavender T. Routine perineal shaving on admission in labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 2014(11): CD001236.
93. Bonet M, Ota E, Chibueze CE, Oladapo OT. Routine antibiotic prophylaxis after normal vaginal birth for reducing maternal infectious morbidity. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 11(11): CD012137.
94. Lemos A, Amorim MM, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho JE, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 3(3): CD009124.
95. Beckmann MM, Stock OM. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (4): CD005123.
96. Fretheim A, Odgaard-Jensen J, Røttingen JA, Reinart LM, Vangen S, Tanbo T. The impact of an intervention programme employing a hands-on technique to reduce the incidence of anal sphincter tears: interrupted time-series reanalysis. *BMJ Open*. 2013; 3(10): e003355.
97. Kelleher J, Bhat R, Salas AA, Addis D, Mills EC, Mallick H, et al. Oronasopharyngeal suction versus wiping of the mouth and nose at birth: a randomised equivalency trial. *Lancet*. 2013; 382(9889): 326-30.
98. Gülmezoglu AM, Lumbiganon P, Landoulsi S, Widmer M, Abdel-Aleem H, Festin M, et al. Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet*. 2012; 379(9827): 1721-7.
99. Dresang LT, Yonke N. Management of Spontaneous Vaginal Delivery. *Am Fam Physician*. 2015; 92(3): 202-8.
100. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the first cesarean delivery: summary of a joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(5): 1181-93.

101. Senécal J, Xiong X, Fraser WD. Pushing Early Or Pushing Late with Epidural study group. Effect of fetal position on second-stage duration and labor outcome. *Obstet Gynecol.* 2005; 105(4): 763-72.
102. Abenhaim HA, Tulandi T, Wilchesky M, Platt R, Spence AR, Czuzoj-Shulman N, et al. Effect of Cesarean Delivery on Long-term Risk of Small Bowel Obstruction. *Obstet Gynecol.* 2018; 131(2): 354-359.
103. Stranges E, Wier LM, Elixhauser A. Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs. Agency for Healthcare Research and Quality (US); Rockville (MD): May, 2012. Complicating Conditions of Vaginal Deliveries and Cesarean Sections, 2009. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK98447/> Erişim tarihi: 26 Haziran 2023.
104. Pandey AK, Raushan MR, Gautam D, Neogi SB. Alarming Trends of Cesarean Section-Time to Rethink: Evidence From a Large-Scale Cross-sectional Sample Survey in India. *J Med Internet Res.* 2023; 25: e41892.
105. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2019; 133(2): e110-e127.
106. Clapp MA, Barth WH. The Future of Cesarean Delivery Rates in the United States. *Clin Obstet Gynecol.* 2017; 60(4): 829-839.
107. Dahlke JD, Mendez-Figueroa H, Rouse DJ, Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2013; 209(4): 294-306.
108. Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(1): 29-38.
109. Boyle A, Reddy UM, Landy HJ, Huang CC, Driggers RW, Laughon SK. Primary cesarean delivery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013; 122(1): 33-40.
110. Sung S, Mahdy H. Cesarean Section. [Updated 2022 Sep 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546707/> Erişim tarihi: 10 Haziran 2023.

111. Arrowsmith S, Wray S. Oxytocin: its mechanism of action and receptor signalling in the myometrium. *J Neuroendocrinol.* 2014; 26(6): 356-69.
112. El-Sayed AAF. Preeclampsia: A review of the pathogenesis and possible management strategies based on its pathophysiological derangements. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2017; 56(5): 593-598.
113. Kattah AG, Garovic VD. The management of hypertension in pregnancy. *Adv Chronic Kidney Dis.* 2013; 20(3): 229-39.
114. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2009; 26;9:8.
115. Martinelli KG, Garcia ÉM, Santos Neto ETD, Gama SGND. Advanced maternal age and its association with placenta praevia and placental abruption: a meta-analysis. *Cad Saude Publica.* 2018; Feb 19; 34(2): e00206116.
116. Bartels HC, Postle JD, Downey P, Brennan DJ. Placenta Accreta Spectrum: A Review of Pathology, Molecular Biology, and Biomarkers. *Dis Markers.* 2018; 2018: 1507674.
117. Türkiye İstatistik Kurumu-TÜİK Doğum İstatistikleri, 2022. TÜİK Haber Bülteni Sayı: 49673 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2022-49673> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2023.
118. Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) Veri Tabanı. 2021.
119. Yavuz S. Completing the fertility transition: Third birth developments by language groups in Turkey. *Demographic Research.* 2006; 15(15): 435-460.
120. Başkaya Z, Özkılıç F. Türkiye'de Doğurganlıkta Meydana Gelen Değişimler (1980-2013). *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi.* 2017; 10(54): 405-423.
121. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin Demografik Dönüşümü. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2010.
122. United Nations, World Population Prospects The 2017 Revision. Volume II: Demographic Profiles. New York. United Nations. 2017.
123. Population Reference Bureau. World Population Data Sheet. 2018.
124. Peters GL, Larkin RP. Population Geography: Problems, Concepts, and Prospect, Eighth Edition. Dubuque: Kendal/Hunt Publishing Company. 2005.
125. Tümertekin E, Özgüç N. Beşeri Coğrafya; İnsan, Kültür, Mekân. Çantay Yay. İstanbul. 2002.

126. Kemal N. Göç olgusu, Avrupa'ya giden güncel göç rotaları ve bu göçlerin AB ekonomisi'ne etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü). 2019.
127. İnan CE. Türkiye'de Göç Politikaları: İskân Kanunları Üzerinden Bir İnceleme. Göç Araştırmaları Dergisi. 2016; (3), 10-33.
128. Sezgin A, Yolcu T. Göç İle Gelen Uluslararası Öğrencilerin Sosyal Uyum ve Toplumsal Kabul Süreci. 2016.
129. Özer İ. Kentleşme Kentlileşme ve Kentsel Değişme. Ekin Kitapevi. Bursa. 2004.
130. Keleş R. İç göç ve Çevre. Türkiye Çevre Vakfı. Ankara. 1998; 11: 24.
131. Yılmaz V, Telsaç C. Göç Olgusu Ve Türkiye'deki Suriyeli Göçmenlerin Kentlerdeki Sayısal Durumu. Bölgesel Gelişmeler Işığında Uluslararası Göç ve Türkiye. Nobel Yayınevi. 2021.
132. Kirmayer LJ. Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives. Cambridge University Press. 2007.
133. Kaya İ, Eren E. Türkiye'deki Suriyelilerin Hukuki Durumu: Arada Kalanların Hakları ve Yükümlülükleri. SETA, 2015.
134. Aker T, Ayata B, Özeren M, Buran B, Bay A. Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2002; 3(2): 97-103.
135. Adıgüzel Y. Göç Sosyolojisi. 2.Baskı. Ankara Nobel Yayınları. 2018.
136. Arslan E. Uluslararası Göç Teorik Bakış ve 21. Yüzyıl Göçleri: Göç Karşıtlığının Yükselişi ve Zorunlu Göçlerin Artması Üzerine Bir Değerlendirme, Uluslar Arası Göç Üzerine Akademik Çalışmalar-Süreçler Olgular Uygulamalar. Eğitim Yayınevi. 2021; 1-33.
137. Sever H. Yasadışı Göçmenlerin Profili: İstanbul İli Örneği. Polis Akademisi Başkanlığı, Güvenlik Bilimleri Enstitüsü, Suç Araştırmaları Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara. 2009.
138. Özdemir E. Suriyeli Mülteciler Krizinin Türkiye'ye Etkileri. Uluslararası Kriz ve Siyaset Araştırmaları Dergisi. 2017; 1(3): 114-140.
139. Boyraz Z. Türkiye'de Göçmen Sorununa Örnek Suriyeli Mülteciler. Zeitschrift Für die Welt Der Türken/Journal Of World Of Turks. 2015; 7(2): 35-58.

140. Çiçekli B. Uluslararası Terörizm ve Uluslararası Göç: 11 Eylül Sonrası Terör Tehdidi ve Göç Kontrol Politikalarının Terörizmle Mücadelede Kullanımı. Avrasya Dosyası. 2003; 9(2): 170-194.
141. Demirhan Y, Aslan S. Türkiye'nin Sınır Ötesi Göç Politikaları ve Yönetimi. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi 2015; 5: 23-62
142. Ağır O. Sezik M. Suriye'den Türkiye'ye yaşanan göç dalgasından kaynaklanan güvenlik sorunları. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 5(1): 95-124.
143. Black R, Adger WN, Arnell NW, Dercon S, Geddes A, Thomas D. The effect of environmental change on human migration. Global Environmental Change. 2011; 21(1): 3-11.
144. Telsaç C. Telsaç ÖY. Causes Of Migration And Its Effects, 2nd International Symposium "Global Migration Phenomenon" With Its Security, Economic, Social, Political and Cultural Dimensions, 2022; 427-433.
145. Kutal G. Türkiye'de İşsizliğin Yapısal Özellikleri. I. İstihdam Haftası Tebliği, 1992; 61-66.
146. Şen M. Türkiye'de İç Göçlerin Neden ve Sonuç Kapsamında İncelenmesi. Çalışma ve Toplum. 2014; 40(1): 40-54.
147. Aksoy Z. Uluslararası Göç Ve Kültürlerarası İletişim. Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi. 2012; 5(20): 292-303.
148. Akgür ZG. Türkiye'de Kırsal Kesimden Kente Göç Ve Bölgelerarası Dengesizlik: (1970- 1993). Tc Kültür Bakanlığı. Ankara. 1997; 201
149. Mutluer M. Uluslararası Göçler ve Türkiye. İstanbul. Çantay Kitabevi. 2003.
150. Algan N. Künçek Ö. Transboundary Population Movements: Refugees, Environment and Politics. The Turkish Yearbook of International Relation. Milletlerarası Münasebetler Türk Yıllığı. No: XXVIII. 1998.
151. Hervitz HM. Selectivity, adaptation, or disruption? A comparison of alternative hypotheses on the effects of migration on fertility: The Case of Brazil. The International Migration Review. 1985; 19(2): 293-317
152. Stephen EH, Bean FD. Assimilation, disruption and the fertility of Mexican-Origin women in the United States. The International Migration Review. 1992; 26(1): 67-88.

153. White MJ, Tagoe E, Stiff C, Adazul K, Smith DJ. Urbanization and the fertility transition in Ghana. *Population Research and Policy*. 2005; 24:59–83.
154. Genereux A. A review of migration and fertility theory through the lens of African immigrant fertility in France. Max Planck Institute for Demographic Research Working Paper. 2007.
155. Rokicki S, Montana L, Fink G. Impact of migration on fertility and abortion: Evidence from the household and welfare study of Accra. *Demography*, 2014; 51(6): 2229–2254.
156. Tadesse F, Headey D. Urbanization and Fertility Rates in Ethiopia. ESSP II Working Paper. 2012; 35: 1-25.
157. TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. HÜ Hastaneleri Basımevi. Ankara. 2009.
158. Işık Ş. Türkiye’de Kentleşme ve Kentleşme Modelleri. *Ege Coğrafya Dergisi*. 2005; 14: 57-71
159. HÜNEE, Türkiye’nin Demografik Dönüşümü, HÜ Nüfus Etütleri Enstitüsü Yayını
http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TurkiyeninDemografikDonusumu_220410.pdf
Erişim tarihi: 20 Haziran 2023
160. Özgülnar N. Kadınların Sorunları, Savaş, Göç ve Sağlık. Türk Tabipler Birliği Yayınları. Ankara. 2016; 51-56.
161. Küçük A. Türkiye’de Göç Ve Sağlık Politikaları Analizi: “Sıhhat Projesi” Örneği, *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. Nisan – Haziran 2020, 20(47)
162. European Commission. The EU Facility for Refugees in Turkey.
https://ec.europa.eu/neighbourhood/enlargement/sites/near/files/facility_table.pdf Erişim Tarihi:02.06.2023.
163. OCHA- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. 2019. Syrian Arab Republic: Key Figures, <https://www.unocha.org/syria> Erişim Tarihi: 19.06.2023.
164. TNSA Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 Suriyeli Göçmen Örnekleme.
https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/Ara%C5%9F%C4%B1rmalar%20-%20raporlar/2018%20TNSA/2018_TNSA_SR_compressed.pdf Erişim Tarihi: 19.06.2023.

165. National Medical Rescue Team. Medical Services to Syrian Refugees. Ankara, Turkey: UMKE; 2016. <https://www.acarindex.com/pdfler/acarindex-c9a92556-c1cc.pdf> Erişim tarihi: 10 Mayıs 2023
166. Buyuktiryaki M, Canpolat FE, Alyamac Dizdar E, Okur N, Kadioglu Simsek G. Neonatal outcomes of Syrian refugees delivered in a tertiary hospital in Ankara, Turkey. *Conflict and Health* 2015; 9: 38.
167. Erenel H, Aydogan Mathyk B, Sal V, Ayhan I, Karatas S, Koc Bebek A. Clinical characteristics and pregnancy outcomes of Syrian refugees: a case-control study in a tertiary care hospital in Istanbul, Turkey. *Arch Gynecol Obstet.* 2017;295(1):45-50.
168. Güngör ES, Seval O, İlhan G, Verit FF. Do Syrian refugees have increased risk for worser pregnancy outcomes? Results of a tertiary center in İstanbul. *Turk J Obstet Gynecol.* 2018;15(1):23-27.
169. Huster KM, Patterson N, Schilperoord M, Spiegel P. Cesarean sections among Syrian refugees in Lebanon from December 2012/January 2013 to June 2013: probable causes and recommendations. *Yale J Biol Med.* 2014; 87(3): 269-88.
170. Souza J, Gülmezoglu A, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Carroli G, Fawole B. et al. Caesarean section without medical indications is associated with an increased risk of adverse short-term maternal outcomes: the 2004-2008 WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health. *BMC Medicine.* 2010; 14:71.
171. Khawaja M, Choueiry N, Jurdi R. Hospital-based caesarean section in the Arab region: an overview. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2009; 15 (2): 458-469.
172. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG.* 2014; 121 Suppl 1:40-8.
173. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı: Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, Türkiye. Sağlık Bakanlığı. 2013.
174. United Nations Children Fund (UNICEF). Country Profile Syria, Maternal, Newborn and Child Survival. New York, NY, USA: UNICEF; 2012.
175. Drukker L, Hants Y, Farkash R, Ruchlemer R, Samueloff A, Grisaru-Granovsky S. Iron deficiency anemia at admission for labor and delivery is

- associated with an increased risk for Cesarean section and adverse maternal and neonatal outcomes. *Transfusion*. 2015;55(12):2799-806.
176. Lewis P. *Clinical Pharmacology in Obstetrics*. Google books. <https://books.google.jo/books?isbn=1483193454> Erişim tarihi: 1 Haziran 2023.
177. Riskin A, Gonen R, Kugelman A, Maroun E, Ekhilevitch G. Does cesarean section before the scheduled date increase the risk of neonatal morbidity? *Isr Med Assoc J*. 2014;16(9):559-63.
178. UNİCEF (2016). <http://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/> Erişim Tarihi:12.05.2023.
179. Bulut ZK. Diyarbakır Çadır Kentte Yaşayan 15-49 Yaş Arası Kadınların Doğurganlık Algısı Hepatit B Ve Tetenoze Antikor Düzeylerinin Araştırılması. Dicle Üniversitesi Tıp Fakóltesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2016, Diyarbakır (Danışman: Prof. Dr. Ali CEYLAN)
180. Küçük E, Çan G, Topbaş M. Giresun 1 nolu sağlık ocağı bölgesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım alma sıklığı. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 3-6 Kasım 2004, Ankara. S: 232-93.
181. Beşer E, Ergin F. Aydın merkezinde doğum öncesi bakım ve niteliği. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 3-6 Kasım 2004. Ankara. S: 94.
182. Beyzadeoğlu H, Ekuklu G, Gül H, Eskiocak M. Edirne Muradiye sağlık ocağı bölgesinde Mayıs-Ağustos 2004 döneminde gebelik yaşayan kadınların doğum öncesi bakım almasını etkileyen etmenler. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. 2004; Ankara. S: 224.
183. TNSA 2013. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Kasım 2014. Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf/ Erişim tarihi: 21 Mayıs 2023.
184. Gölbaşı C, Gölbaşı H. Maternal and Neonatal Outcomes of Syrian Adolescent Refugees and Local Adolescent Turkish Citizens: A Comparative Study at a Tertiary Care Maternity Hospital in Turkey. *Gynecology Obstetrics & Reproductive Medicine*. 2022; 28(2): 135-143.
185. Muti M, Tshimanga M, Notion GT, Bangure D, Chonzi P. Prevalence of pregnancy induced hypertension and pregnancy outcomes among women

- seeking maternity services in Harare. Zimbabwe. BMC Cardiovasc Disord. 2015; 15: 111.
186. van den Akker T, van Roosmalen J. Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2016; 32: 26-38.
187. ACOG Practice Bulletin No. 202: Gestational Hypertension and Preeclampsia. Obstet Gynecol. 2019; 133(1):1.
188. Olgun MN. Suriyeli Sığınmacı Gebelerin Klinik Özellikleri Ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi. S.B.Ü. Haseki Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, Uzmanlık Tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Cem DANE).

9. EKLER

Ek 1: Veri Toplama Formu

Sayın Katılımcı,	
“Hastanede Doğum Yapan Suriyeli Kadınların Fetal – Maternal ve Doğurganlık Özelliklerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya katılımınızı istemekteyiz. Bu araştırmanın amacı, hastanede doğum yapan Suriyeli kadınların gebelik ve doğurganlık özellikleri ile bebeklerin doğum özelliklerini değerlendirmektir. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Form 3 bölümden oluşmaktadır. 1. Bölümdeki Sosyodemografik ve Kişisel Bilgiler 2. Bölümdeki Doğurganlık Özellikleri ile ilgili sorular yüzyüze görüşme tekniğiyle doğrudan tarafınıza yöneltilecektir. 3. Bölümdeki Fetal – Maternal (bebek ve anneye ait olan) Özellikler hastane kayıtlarından edinilecektir. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen bilimsel araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz <u>gizli tutulacak, 3. Gerçek veya tüzel kişilerle paylaşılmayacaktır.</u> Araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya xxxxxxxxx e-posta adresi veya xxxxxxxxxxxx numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Çalışmaya katılımınızdan dolayı teşekkür ederiz.	
Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.	
Katılımcının:	Araştırmacının:
Adı-Soyadı:	Adı-Soyadı: Uzm. Dyt. Batu
Ersavaş	
İmzası:	Tel:
_____	E-posta:
	İmzası:
	Klinisyenin:
	Adı-Soyadı: Edip Aydın
	Tel:
	E-posta:
	İmzası:

**HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL –
MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ ÇALIŞMASI VERİ TOPLAMA FORMU**

1.SOSYODEMOGRAFİK VE KİŞİSEL BİLGİLER

- 1. Yaşınız: ...**
- 2. Medeni durumunuz nedir?**
 1. Bekâr
 2. Evli
 3. Boşanmış
 4. Eşi Ölmüş (Dul)
- 3. Evlilik şekliniz nedir?**
 1. Resmi nikâhlı
 2. İmam nikâhlı
 3. Eşinden ayrı yaşıyor
 4. Diğer
- 4. Eğitim durumunuz nedir?**
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
- 5. Eşinizin yaşı kaçtır? ...**
- 6. Eşinizin eğitim durumu nedir?**
 1. Okuryazar değil
 2. Okuryazar
 3. İlkokul
 4. Ortaokul
 5. Lise
 6. Üniversite
- 7. Ev dışında gelir getirici iş olarak ne yapmaktasınız? ...**
- 8. Eşiniz ev dışında gelir getirici iş olarak ne yapmaktadır? ...**
- 9. T.C. vatandaşı mısınız?**
 1. Evet
 2. Hayır
- 10. Kaç yıldır Türkiye’de yaşıyorsunuz? ...**
- 11. Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?**
 1. Çok düşük
 2. Düşük
 3. Orta
 4. Yüksek
 5. Çok yüksek

12. Size devlet kuruluşları tarafından düzenli olarak maddi yardım yapılıyor mu?
1. Evet
 2. Hayır
13. Sosyal yardım alıyorsanız nereden alıyorsunuz? ...
14. Aşağıdakilerden hangisi sigara kullanımınızı tanımlamaktadır?
1. Ara sıra sigara içerim
 2. Her gün... Adet sigara içerim
 3. Eskiden içerdim ama... Yıldır sigara kullanmıyorum
 4. Sigara hiç içmem
15. Covid-19 geçirdiniz mi?
1. Evet
 2. Hayır
16. Tanısı konulmuş kronik hastalığınız var mı?
1. Evet
 2. Hayır
17. Evet, ise belirtiniz
1. Kanser
 2. Diyabet
 3. Hipertansiyon
 4. Akciğer Hastalıkları
 5. Tiroid Hastalıkları
 6. Diğer: ...

2.DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİ

18. İlk evlenme yaşıınız kaçtır? ...
19. İlk doğumunuzu kaç yaşında yaptınız? ...
20. Kaç kez gebelik yaşadınız? ...
21. Kaç kez doğum yaptınız? ...
22. Kaç kez kendiliğinden düşük yaptınız? ...
23. Kaç kez isteyerek düşük (kürtaj) yaptınız? ...
24. Kaç kez ölü doğum yaptınız? ...
25. Sağlıklı doğup sonradan ölen kaç çocuğunuz oldu? ...
26. Bir önceki doğumunuzun (varsa) üzerinden ne kadar zaman geçti? (İlk doğumu olanlar cevaplamayacaktır.) ...
27. Toplam kaç çocuğunuzun olmasını isterdiniz/istersiniz? ...
28. Başka çocuk sahibi olmayı düşünüyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır

29. Bu gebeliği isteyerek mi yaptınız?

1. Evet
2. Hayır

30. Bu gebelikten önce veya genel olarak sizin veya eşinizin kullanmış olduğu doğum kontrol yöntemi var mı?

1. Evet
2. Hayır

31. Evet, ise belirtiniz:

1. Doğum kontrol hapi
2. Rahim içi araç (Spiral)
3. Kondom
4. Enjeksiyon (İğne)
5. Takvim
6. Geri çekme
7. Vajinal duş
8. Ertesi günü hapi
9. Diğer

32. Hayır, ise nedeni:

1. Bulunmuyor/ulaşma güçlüğü
2. Nasıl temin edeceğini bilmiyor
3. Çocuk istiyor
4. Pahalı
5. Eşin istememesi
6. Dini nedenler
7. Sağlık kaygısı/sağlık sorunları
8. Emziriyor
9. Diğer...

33. Doğum kontrol yöntemleri ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

1. Bilgim yok
2. Aile büyüklerinden
3. Arkadaşımdan
4. Sağlık personelinde
5. Kitap/broşür/dergi
6. Gazete/TV
7. İnternet/sosyal medya
8. Diğer...

34. Sağlık hizmetlerine erişimde Türkçe bilip bilmemeniz etkili oluyor mu?

1. Hayır
2. Evet
3. Kısmen

35. Gebeliğiniz süresince herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

1. Evet
2. Hayır

36. Evet, ise belirtiniz.

1. Bacaklarımda ödem oldu
2. Tansiyonum yüksek çıktı
3. 13 kilodan fazla kilo aldım
4. Şiddetli kansızlık var dediler (anemi)
5. Kendimi sürekli üzgün hissettim (depresyon tanısı aldım)
6. Şeker hastalığına yakalandım (GDM)
7. Gebelik zehirlenmesi geçirdim (preeklampsi)
8. Diğer...

37. Doğumunuz nasıl gerçekleşti?

1. Normal doğum
2. Sezaryen
3. Müdahaleli doğum (forseps, vakum)

38. Doğumdan ne kadar süre sonra bebeğinizi emzirdiniz?

1. İlk 1 saat içinde
2. İlk 1 saatten sonra
3. Emzirmedim

39. Bebeğinizi doğumu takip eden ilk 1 saat içerisinde emzirmediyseniz nedeni nedir? ...

40. Emzirmenin yararları, nasıl emzireceğiniz gibi konularda sağlık personeli tarafından size bilgi verildi mi?

1. Evet
2. Hayır

41. Bebeğinize nasıl bakacağınız konusunda sağlık personeli tarafından size bilgi verildi mi?

1. Evet
2. Hayır

42. Bebeğinizi kaç ay emzirmeyi düşünüyorsunuz? ...

43. Bu gebeliğinizde doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti aldınız mı?

1. Evet
2. Hayır

44. Bu gebeliğinizde doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti aldınız mı (Gebelik nedeniyle başvuru sayısı)?

1. Hiç almadım
2. 1 kez
3. 2 kez
4. 3 kez
5. 4 kez

6. 5 kez
7. 6 kez
8. 7 kez
9. 8 kez

45. DÖB hizmeti aldıysanız nereden aldınız?

1. GSM
2. ASM
3. Hastane (Özel)
4. Hastane (Devlet)
5. Hastane (Üniversite)

3.FETAL – MATERNAL ÖZELLİKLERLE İLGİLİ HASTANE KAYITLARI

46. Hemoglobin (Hgb) Değeri:

47. Hematokrit (Hct) Değeri:

48. Apgar Skoru: ...

49. Baş Çevresi: ...

50. Doğum Ağırlığı: ...

51. Gebelik Haftası: ...

52. Sezaryen veya müdahaleli doğum nedeni (varsa doldurulacak): ...

53. Plasenta anomalisi var mı? ...

Var ise nedir?.....

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı		Soyadı	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Uyruğu		Tel	
E-posta			

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Tezli Yüksek Lisans		
Lisans		
Lise		

İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
	Diyetisyen		
	Diyetisyen		

Yabancı Dil Sınav Notu

KPDS/ÜDS/YDS	YÖKDİL	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES Puanı			
(Diğer) Puanı			

11. ORİJİNALLIK RAPORU

HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL- MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yazar Batu Ersavaş

Gönderim Tarihi: 15-Ağu-2023 04:26PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2146196688

Dosya adı: 10.08.2023_Batu_Ersava_-sbe2.docx (603.2K)

Kelime sayısı: 28757

Karakter sayısı: 190105

HASTANEDE DOĞUM YAPAN SURİYELİ KADINLARIN FETAL-MATERNAL VE DOĞURGANLIK ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 11	% 4	% 3
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.jshsr.org İnternet Kaynağı	% 1
2	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
4	www.ncbi.nlm.nih.gov İnternet Kaynağı	% 1
5	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	% 1
6	www.hips.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	Submitted to Dicle University Öğrenci Ödevi	% 1
8	sosyalarastirmalar.com İnternet Kaynağı	% 1

www.researchgate.net

9	İnternet Kaynağı	%1
10	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%1
11	acikerisim.dicle.edu.tr İnternet Kaynağı	%1
12	www.mdpi.com İnternet Kaynağı	%1

Alıntıları çıkart Üzerinde Eşleşmeleri çıkar < %1
Bibliyografyayı Çıkart Üzerinde