

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. G. Füsun VAROL

**RİSKLİ ERKEN DOĞUMDA ANTENATAL RİSK
FAKTÖRLERİNİN ANALİZİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Referans no: 429257

Nuray ER

EDİRNE – 2012

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ YÜKSEK LİSANS
PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. G. Füsun VAROL

**RİSKLİ ERKEN DOĞUMDA ANTENATAL RİSK
FAKTÖRLERİNİN ANALİZİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Nuray ER

Tez No :

EDİRNE – 2012

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğü

O N A Y

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı çerçevesinde ve Prof. Dr. Füsun Varol danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Nuray Er tarafından tez başlığı “**Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi**” olarak teslim edilen bu tezin tez savunma sınavı **30/04/2012** tarihinde yapılarak aşağıdaki jüri üyeleri tarafından “**Yüksek Lisans Tezi**” olarak kabul edilmiştir.



İmza
Prof.Dr.Füsun VAROL
JÜRİ BAŞKANI



İmza
Doç.Dr. Serap ÜNSAR
ÜYE



İmza
Doç.Dr. Necdet SÜT
ÜYE

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylım.

Prof. Dr. Levent ÖZTÜRK
Enstitü Müdürü

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans eğitimi ve tez çalışmam süresince benden tüm bilgi, tecrübe, hoşgörü ile yanımda olan benden sabır ve desteğini esirgemeyen çok değerli danışman hocam Prof. Dr. G. Füsun VAROL'a, tezin istatistiksel değerlendirmesinde yardımlarını esirgemeyen Doç. Dr. Necdet SÜT'e ve manevi desteğinden dolayı aileme sonsuz teşekkürlerimi ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER	3
ERKEN DOĞUM TANIMI	3
MATERNAL YAŞ	5
SOSYOEKONOMİK DURUM	5
VÜCUT KİTLE İNDEKSİ	5
SİGARA	6
MESLEK VE ÇALIŞMA DURUMU	6
DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA	7
DOĞUM ARALIĞI	7
ERKEN DOĞUM ÖYKÜSÜ	8
ÇOĞUL GEBELİKLER	8
MATERNAL HASTALIK	8
ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ VE HİDRAMNİOS	8
PLASENTAL PROBLEMLER	9
ANEMİ	9
ENFEKSİYON	9
YETERSİZ SERVİKS	10
VAJİNAL KANAMA	10
TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARI	10
GEREÇ VE YÖNTEMLER	11

BULGULAR	14
TARTIŞMA.....	28
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	37
ÖZET	39
SUMMARY	40
KAYNAKLAR	42
ŞEKİLLER VE TABLO DİZİNİ	48
ÖZGEÇMİŞ	50
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

- DDA** : Düşük Doğum Ağırlığı
DM : Diabetes Mellitus
DÖB : Doğum Öncesi Bakım Alma
DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü
ED : Erken Doğum
EMR : Erken Membran Ruptürü
IUGG : İntrauterin Gelişme Geriliği
RED : Riskli Erken Doğum
RR : Rölatif Risk
SED : Sosyoekonomik Durum
TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
VKİ : Vücut Kitle İndeksi

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımıyla erken doğum, yenidoğanın kilosu ne olursa olsun, doğumun 37. gebelik haftasından önce gerçekleşmesidir. Erken doğum (ED)'ler tüm doğumların %6-10'unu oluşturmaktadır ve neonatal mortalitenin 2/3'ünden sorumludur. ED her gebelikte olabilir, ancak bazı kadınlar diğerlerinden daha yatkındırlar. Bu faktörler arasında annenin yaşı, önceki gebelik hikayesi, sosyoekonomik durumu, doğum öncesi bakım alma, sigara kullanımı, kısa doğum aralığı, sık doğum, medikal hastalık varlığı, şimdiki gebeliğinde gelişen çeşitli maternal ve fetal problemler önemli yer tutar (1).

Türkiye nüfus ve sağlık araştırmaları 2008 verilerine göre; Türkiye'de toplam doğurganlık hızı kadın başına 2.16 doğumdur. Bu hız doğurganlığın yavaş fakat kesintisiz olarak devam ettiğini gösterir. Yine TNSA 2008 verilerine göre bebek ölüm hızı 1000 canlı doğumda 17'dir. Neonatal dönemde meydana gelen ölümler bebek ölümlerinin %76'sını oluşturmaktadır. Neonatal ölüm hızı binde 13'tür. Anne yaşının 20'den az 40'tan fazla olması durumunda bu oran daha da artmaktadır. ED'da da anne yaşı önemli bir faktördür. Türkiye 'de meydana gelen doğumların %61'nin herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğu görülmüştür. Her 10 doğumdan 1'i birden fazla; 3'ü ise sadece bir önlenilebilir yüksek risk kategorisinde yer alarak yüksek ölüm riskine maruz kalır. Bu yüksek risk gruplarında doğum sayısının 3 ve üzeri olması ile kısa doğum aralığı olduğu saptanmıştır(2). Bunlar da ED için risk oluşturmaktadır.

Araştırmamızın amacı Edirne Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana Bilim Dalı bölümünde Ocak 2002- Aralık 2010 tarihlerinde riskli ED yapmış gebelerin antenatal risk faktörlerinin analizini yapmaktır. Bu

Çalışmayla Trakya bölgesine ait risk faktörlerinin retrospektif analizi yapılıp gelecekte ED riski taşıyan gebelerin yönetimine ışık tutacaktır.

GENEL BİLGİLER

ERKEN DOĞUM TANIMI

Erken doğum, doğum kilosuna bakılmaksızın, 22. gebelik haftasından sonra, 37. gebelik haftasından önce olan doğum olarak tanımlanır. Erken doğum eylemi 22-37. gebelik haftaları arasında 20 dakikada 4 veya 60 dakikada 8 adet sıklığında kontraksiyonların varlığı, servikte ilerleyici değişikliklerin mevcudiyeti ile veya 1 cm'den büyük serviks dilatasyonu veya %80 ve üstünde servikal efasman kriterleri ile konur. Bu eylem için düzenli ve ağırlı kontraksiyonların olması gerekir(3). Her ne kadar 37. haftadan küçük tüm doğumlar ED olarak adlandırılrsa da en çok sekel ve ölüm 32. haftadan önce doğan yenidoğanlarda görülmektedir. Bu nedenle erken doğumlar gebelik haftasına göre gruplandırılır. 26-32 haftalar arası yüksek riskli ED, 32-34 haftalarda orta riskli ED, 34- 37 haftalarda düşük riskli ED olarak sınıflandırılır.

Erken doğumların yaklaşık %45-50'si idiopatik, %30'u erken membran rüptürü ile ilgili, %15-20'si medikal bir endikasyona bağılı erken doğuma bağılıdır. Spontan erken doğum oranı artmaktadır ve kesin nedeni hala belirsizdir (4). Medikal ED nedenler arasında preeklampsi (%43), fetal distres (%27), intrauterin gelişme geriliğı (%10), plasenta dekolmanı (%7) ve fetal ölüm (%7) sayılabilir. Tüm maternal kronik hastalıklar da neden olarak gösterilebilir (5,6).

Tablo 1. Erken doğum risk faktörleri (5,7)

Sosyodemografik faktörler	Anne yaşının 20'den küçük 35'den büyük olması Düşük sosyoekonomik düzey Düşük vücut kitle indeksi Sigara kullanımı (2 kat artmış risk) Doğum öncesi bakım almama Düşük eğitim seviyesi Ağır işlerde çalışma
Daha önceki gebeliğe ait risk faktörleri	Önceki gebeliğinde erken doğum hikayesi Önceki gebeliklerinde tekrarlayan abortuslar Önceki gebelikte erken eylem Önceki gebelikte kendiliğinden abortus Uterin anomaliler Ölü doğum öyküsü Nulliparite Abdominal cerrahi girişimler Sık doğum
Şimdiki gebeliğe ait risk faktörleri	Çoğul gebelik Membranların rüptüre olması Maternal proteinüri Kronik hipertansiyon Preeklampsi Plasental abrupsiyon IUGG Maternal enfeksiyonlar Servikal yetmezlik Plasenta patolojileri Gebeliğinde aşırı veya yetersiz kilo alımı Polihidramnios veya oligohidramnios Şiddetli anemi Yardımcı üreme teknikleri ile elde edilmiş gebelik olma Üriner sistem enfeksiyonu

MATERNAL YAŞ

Yirmi yaşından küçük ve 35 yaşından büyük gebelerde ED görülme risk artmaktadır(8). Maternal yaşı gebelik üzerinde bir risk faktör olarak etkisi konusunda birçok çalışma bulunmaktadır. 40 yaş ve üstü gebeliklere günümüzde sık rastlanmaktadır. Bu gebelerde yaşa bağlı medikal sorunlar ve kronik hastalıklar daha sık gözlenmekte olup, yüksek riskli gebelikler grubunda yer alırlar. Yaşlı gebelerde kronik hipertansiyon, preeklampsi, düşük doğum ağırlığı, malprezentasyon, prematür doğum, kromozom anomalileri şeklinde farklı klinik durumlar görülmektedir. Perinatal verilere bakıldığında, çalışmalarda yaşlı gebelerde ED, uzamış doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı, perinatal morbidite- mortalite ve sezaryen ile doğumun daha sık gerçekleştiği gösterilmiştir(9). Yaş spektrumunun iki ucundaki gebelerde preterm eylem insidansı artar. Yaklaşık otuzbin gebenin izlendiği bir çalışmada gerek küçük gerekse ileri anne yaşının (20'den küçük ve 35'ten büyük olması) yüksek erken doğum oranlarıyla birlikte olduğu vurgulanmaktadır.15 yaş altındaki gebelerden doğan bebeklerdeki ölüm oranı 20 yaş altındakilere göre 2,4 kat daha fazladır. Bu grupta intrauterin gelişme geriliği ve erken doğum 2 kat daha fazla görülür (10).

SOSYOEKONOMİK DURUM

Düşük sosyoekonomik durum (SED) gebenin beslenme durumunu etkileyerek ED da rol oynar. Özellikle konsepsiyon esnasındaki beslenme durumu, riski arttırmaktadır.(11) Sosyoekonomik durumu düşük kadınlarda ED riski %50 daha fazla olarak saptanmıştır(12). Papernik'e göre ED bazı demografik ve obstetrik risk faktörlerinin saptanması ile öngörülebilir(13). Düşük SED % 13.3 oranında artmış risk oluşturmaktadır(14). Ancel ve ark. düşük SED'um spontan ED için önemli risk faktörü olarak bulmuşlardır(15).

VÜCUT KİTLE İNDEKSİ

Kilonun aşırı azlığı veya fazlalığı da risk yaratmaktadır. Zayıf annede vücut depolarının yetersizliği ve kan akımındaki azalma ED da sorumlu tutulmaktadır(16). Kilo fazlalığı tek başına ED riskini artırmamaktadır. Ancak bu grupta nöral tüp defekti gibi konjenital anomalilerin artması ve preeklampsi, diabet gibi nedenlerle ED'ların indikasyon dahilinde olma riski artmaktadır(17). Bondemik ve ark. düşük VKİ ve maternal aneminin ED için anlamlı risk faktörleri olduğunu ve maternal beslenme durumunun düzeltilmesinin bu riski azaltacağını bildirmişlerdir. Özellikle konsepsiyondaki beslenme durumu ED oranını

etkiler. Gebeliğin başlangıcında ağırlığı 50 kg.'den az olan annenin riski, ağırlığı 57kg.veya üzeri olana göre 3 kat fazladır. Güney Los Angeles'ta yapılan bir çalışmada ED yapan kadınlarda gebelik öncesi kilosunun ve sonuç olarak VKİ'nin termde doğum yapan kadınlara göre önemli derece düşük bulunmuştur. Son yıllarda yapılmış bir çok çalışma, gebelikte yetersiz kilo alımının ED riskini %50-60 oranında artırdığını göstermiştir(18).

SİGARA

Sigara intrauterin gelişme geriliği, ölü doğum, ablasyo plasenta ve erken doğum ile ilişkili olduğu, sigara içiminin bu komplikasyonları artırdığı bilinmektedir. Sigara içimi antepartum kanama, EMR, spontan ED eylemini başlatma mekanizmalarına bağlı ED riskini arttırmaktadır. Egawa ve ark. sigara kullanımının, myometriumdaki oksitosin reseptör sayısını artırarak myometriyumun oksitosine kontraktıl yanıtı ve bu şekilde ED riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Kyrklund-Blomberg ve ark. ED riskinin günlük içilen sigara sayısı ile orantılı olduğunu açıklamışlar ve özellikle günde 10'dan fazla sigara içenlerde bu sonucun güçlü bir şekilde görüldüğünü vurgulamışlardır. Gebelik öncesinde veya gebelik esnasında sigara kullanımı spontan ED de riski 2 kat arttırmaktadır(19).

Sigara içilmesi vazokonstrüktör etki ile utereplasental kan akımını azaltıp plasenta hasarına neden olabilmektedir. Ayrıca bir diğer mekanizmada sistemik inflamatuvar cevabı artırarak da ED'yi başlatabilir(20).

Sigara içen gebelerin bu alışkanlığı 16. gebelik haftasından önce bırakmaları halinde, tüm gebelik boyunca sigara içen gebelere oranla daha iri bebekler doğurdukları saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda sigara içen anne bebeklerinde, doğum ağırlığında ortalama 200gr'lık azalma saptanmıştır. Anders ve Day yaptıkları araştırmada, sigara içiminin ED %15'inden sorumlu olduğunu bildirmişlerdir (21).

MESLEK VE ÇALIŞMA DURUMU

Ağır fiziksel güç gerektiren işlerde çalışmak, uzun süre ayakta kalmak ED riskini arttırır. Bir çalışmada stresli çalışan doktor, hemşire ve atletlerde daha sakin bir ortamda çalışan gebelere göre daha fazla ED oranı gözlenmiştir(22). Bir başka çalışmada da hemşire olarak çalışma spontan ED de 5.6 kat risk artışı olduğu saptanmıştır(23).

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA

Doğum öncesi bakım, anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. DÖB ile anne ve yenidoğanın mortalite ve morbiditesinin önlenmesinde büyük öneme sahiptir. Sağlıklı ve kaliteli bir gebelik süreci geçirmek, gebeliğe özgü komplikasyonları yaşamamak ya da daha az yaşamak yenidoğanın potansiyeli olan kiloya ulaşmasını sağlamak için gebelik öncesinden gelen alışkanlıkları gebelikte tekrar gözden geçirmek gerekmektedir. DÖB'in temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak anne de gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli durumlar saptanır. Moore ve ark.'nın yaptığı DÖB araştırıldığı bir çalışmada hiç DÖB almamış kadınlarda ED oranı %13 bulunurken DÖB programına alınanlarda bu oran %2 bulunmuştur(25). Yetersiz DÖB alan kişiler genellikle düşük sosyo ekonomik grupta olup, literatürde bu kadınlarda ED riskinin %40-50' ye kadar yükseldiği bildirilmiştir. DÖB almayı etkileyen faktörler arasında gebenin eğitim durumu da önemsenmektedir. Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının yanı sıra, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi gibi faktörlerde gebelik sürecini ve kalitesini etkilemektedir. Vurgulanan konular hakkında ideal davranış modellerinin geliştirilmesi ancak anne adaylarının ve gebelerin genel bilgi düzeyini artırmakla yani eğitimle mümkün olmaktadır. Yapılan bir çalışmada yetersiz DÖB alan gebelerin %88.4 ünün okumamış ya da ilk okul mezunu olduğu saptanmıştır (24).

DOĞUM ARALIĞI

Doğum aralığı bir gebeliğin sonlanması ile diğer bir gebeliğin başlangıcı arasındaki süredir. Kısa gebelik aralığı olan kişilerde perinatal mortalite, IUGG ve ED riskinin arttığı gösterilmiştir. Doğumla takip eden gebelik arasındaki süre 6 aydan kısa olduğunda risk diğer faktörlerden bağımsız olarak 2 kat daha artmaktadır. Bunun gebelik ve doğum nedeniyle uterusu oluşturmuş inflamatuvar ortamın tamamen normale dönmemiş olması ve annenin vitamin, mineral, aminoasit depolarının yetersizliği sonucu olabileceği ileri sürülmektedir. Sonuç olarak doğum aralığı ED'yi etkilemektedir(26).

ERKEN DOĞUM ÖYKÜSÜ

Erken doğum riski en son gebelik sonucu ile ilişkilidir ve ED sayısı arttıkça risk artmaktadır. Önceki doğumun gebelik yaşı ve sayısına bağlı olarak daha önce ED yapan kadınlarda olayın tekrarlama riski % 15'ten % 50'ye ulaşmaktadır. Mecer ve ark.'nın yaptığı çalışmada daha önce ED yapan kadınların gelecek gebeliğindeki ED riski 2.5 kat artmaktadır. İlk ED da gestasyonel yaş ne kadar küçük ise, yineleme olasılığı o kadar yüksektir. Riskli spontan ED yapan kadınlarda sonraki doğumunda spontan ED yapması muhtemeldir(28).

ÇOĞUL GEBELİKLER

Çoğul gebelikler ED da önemli bir risk taşırlar ve ED'nin %15-20'sini oluştururlar. İkizlerin yaklaşık %60'ı erken doğar, bunların %40'ı 37. gebelik haftasından önce erken membran rüptürü veya spontan ED nedeniyle, diğer kısmı da indikayonlu ED nedenleri olan preeklampsi, anneye ve fetüse ait hastalıklardan dolayı meydana gelmektedir. Son yıllarda çoğul gebeliklerde yapılan bir çalışmada ED %78, preeklampsi %26, erken membran rüptürü %24, eklampsi %1 oranında saptanmıştır. Çoğul gebeliklerde artmış spontan ED oranları için uterin kontraksiyonlar ve EMR nedensel mekanizma olduğu düşünülmektedir (29).

MATERNAL HASTALIKLAR

Annede mevcut olan tiroid, astım, diyabet ve hipertansiyon gibi medikal hastalıklar gebelerde komplikasyon gelişmesiyle ilişkili olarak ED oranını arttırdığı bilinmektedir. Lumley ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada annede mevcut olan hastalıkların ED açısından rölatif ratio (RR) DM için 5.5, karaciğer hastalıklar için 4.1 ve pyelonefritin için 4.8 olarak saptanmıştır. Mevcut gebelikte apendisit, hiperemesis, izoimmunizasyon, preeklampsi ve eklampsinin gelişmesi durumunda RR'nin yüksek olduğuda bu çalışmada bildirilmiştir(30).

ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ ve HİDRAMNİOS

Erken membran rüptürü amnion zarının 37. gebelik haftasından önce kontraksiyonlar başlamadan açılmasıdır. Membranların bütünlüğünün bozulmasından travay başlangıcına kadar geçen süreye latent devre denir. Latent devre gebelik haftası ile ters ilişkilidir. Termde doğum ilk 24 saat içinde başlarken 26-32. gebelik haftaları için doğum ilk 48 saat içinde başlar. Özellikle erken gebelik haftalarında latent devrenin uzaması enfeksiyon için riskli bir süreçtir. Bu kritik dönemde amnion sıvısının oligohidramnios düzeyine inmesi gebelik için ayrı bir risk oluşturmaktadır. Amnion sıvısının azalması ile kordon kompresyon riski artarken, amnion sıvısındaki antimikrobiyal etkenlerin kaybı, perinatal enfeksiyon olasılığını artırır. Bu

durum fetusta sistemik enflamatuar yanıt sürecini başlatır. Meydana gelen enflamatuar süreç ED gelişmesine neden olur. Literatürde ED için en önemli risk faktörünün öyküde ED varlığı olduğu ve bunun EMR riskini 5.1 kat arttırdığı gösterilmiştir. Amniotik mayinin hacmi de oligohidramnios ve polihidramnios da olduğu gibi ED ve EMR ile ilişkili olduğu bilinmektedir. Polihidramnios zarları aşırı gerip zayıflatabilir ve bu EMR'ye neden olabilir. EMR tüm doğumların %2-3'ünde görülmekte olup, ED'nin en sık nedenidir (31).

PLASENTAL PROBLEMLER

Plasenta anne ve fetus arasındaki madde ve gaz alış-verişini sağlayan, aynı zamanda gebelik süresince son derece önemli endokrin fonksiyonları bulunan bir organdır. Üçüncü trimester kanamaları gebeliklerin % 4'ünde görülür ve bunların da büyük bir bölümünü plasenta previa ve ablasyo plasenta oluşturur. Tüm gebeliklerde plasenta previanın genel insidansı; %0,5, ablasyo plasentanın ise; % 0,5-%1,8' dir. Ablasyo plasenta ve plasenta previada en çok görülen semptom vajinal kanamadır ve %78 oranında görülür. Daha sonra fetal distres %60, idopatik ED %17 oranında sorun oluşturmaktadır(32).

ANEMİ

Anemi gebelik sürecinin ve yeni doğanın yaşam kalitesini etkileyecek önemli bir sağlık sorunudur. DSÖ'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Anemi düşük doğum ağırlığı (DDA), ED ve artmış perinatal morbidite ile yakından ilişkilidir(36). Steer'in 2000 yılındaki çalışmasına göre 9.5 g/dl altındaki hemoglobün değerlerinin düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu bunun da hem IUGG hem de ED neden olabileceği belirtmiştir(33). Levy ve ark.nın 2005'teki çalışmasına göre maternal anemi plasenta dekolmanı, plasenta previa, ve DDA, ED oranlarını anemik olan gebelerde olmayanlara göre daha fazla saptanmıştır. Maternal anemi ED ve DDA için bağımsız risk faktörü olarak bulunmuştur(34). Klebanoff ve ark. çalışmalarında ikinci trimester anemisinin ED riskini 2 kat daha artırdığı görülmüştür(35).

ENFEKSİYON

İntrauterin enfeksiyon ED' da sık rastlanan ve en önemli risk faktörlerindedir. İntrauterin enfeksiyonun neden olduğu ED'um mekanizması immün sistemin aktivasyonu ile ilişkilidir. Mikrobial endotoksinler vücuttaki sitokinleri uyarak prostaglandin oluşmasına

neden olurlar. Prostaglandinler de uterin kontraksiyonları aktive ederek fetal membranlarda ekstrasellüler matriks yıkımı ile EMR ve ED'a yol açarlar. Mikrobiyolojik incelemeler intrauterin enfeksiyonların ED %25- 40' dan sorumlu olduğunu göstermektedir(37). İntrauterin enfeksiyon, maternal enfeksiyon bulgusu olmadan, ED olgularının %15-25'inde görülür(38).

YETERSİZ SERVİKS

Servikal yetmezlik gebelikte destek yetersizliği olarak tanımlanan, fonksiyonel veya yapısal bozukluk nedeniyle servikte ağrısız açılma ve ikinci trimesterde ilerleyici servikal dilatasyonu meydana getirir sonuç olarak tekrarlayan 2. trimestir gebelik kayıplarına neden olur. Gerçek servikal yetmezlik insidansının, tanımlanmasındaki karmaşıklık nedeniyle tam bilinmemesine karşın, doğum başına 1/200 ile 1/2000 arasında olduğu düşünülmektedir. Servikal yetmezlik ED olasılığının artmasına ve daha erken dönemde ağrısız gebelik kayıplarına yol açar. Serklaj ameliyatlarından sona ED oranı %30 oranında saptanmıştır(39).

VAJİNAL KANAMA

Vajinal kanama erken doğum eyleminin oldukça sık rastlanan bir erken belirtisidir. İlk trimestirde vaginal kanaması olan gebelerde ED riskinin 2 kat arttığı saptanmıştır. Kanamanın ikinci trimesterde de sürmesi erken doğum eylemi riskini 3 kat arttırmaktadır(40). Harger ve Ekwo' nun çalışmalarında da ilk trimestrin ilerisine uzanan vaginal kanamanın ED riskini arttırdığı gözlenmiştir(41). Signore ve ark. gebelikte vajinal kanamanın ED riskini 1.9 kat artırdığını gözlemlemişlerdir(42).

TEKRARLAYAN GEBELİK KAYIPLARI

Tekrarlayan gebelik kaybı ardışık olarak yaşanan iki veya üçten fazla 12 hafta ve altında gebelik kaybını ifade eder. Bir sonraki gebeliğin de kaybedilme riski kaybedilen her gebelikle birlikte artar ve 5-6 abortus sonrasında bu risk %50'nin üzerine çıkar. Birinci ve ikinci trimester gebelik kayıpları ED eyleminin ve ED oranını artırmaktadır(43). Buchmayer ve arkadaşları İsveç'te, doğum ve gebelik kayıpları bilgilerini inceleyerek yaptıkları çalışmada; önceki gebelik kayıplarının (spontan abortus ve missed abortus); 32. haftadan küçük ED ve EMR riskini ciddi bir oranda artırdığı sonucuna varmışlardır(44).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Bu araştırma, riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizini yapmak ve riskli erken doğum riski taşıyan gebelerin yönetimine ışık tutmak amacıyla retrospektif tipte tanımlayıcı olarak planlandı.

ARAŞTIRMANIN HİPOTEZİ

Ho. Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin önemi yoktur.

H1.Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin önemi vardır.

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ÖZELLİKLERİ

Araştırma, Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Arşivinde Eylül 2010- Mart 2011 tarihleri arasında yürütüldü (Ek 1).

Edirne, Marmara Bölgesinin Trakya bölümünde yer almaktadır. Doğusunda Kırklareli, Tekirdağ, Çanakkale illeri ile komşudur. Edirne halkının çoğunluğunu Bulgaristan ve Yunanistan'dan gelen göçmenler oluşturmakta olup son yıllarda doğu ve güneydoğu illerinden aldığı göç nüfusu şekillendirmiştir.

Edirne il merkezi sınırları içerisinde Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Selimiye Devlet Hastanesi, Edirne Devlet Hastanesi, özel hastaneler olmak üzere dört tane “Doğum ve Kadın Hastalıkları Kliniği” olan sağlık kuruluşu bulunmaktadır.

Araştırma, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Doğum Kliniği'nde Ocak 2002- Aralık 2010 yıllarında, 26- 32 gebelik haftaları arasında canlı doğum yapan kadınların dosyalarının retrospektif araştırılması şeklinde yapıldı.

Bu hastanenin seçilme nedenleri;

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesi olması nedeniyle erken doğum yapabilecek gebeliklerin üniversite hastanesine gönderilmesi,
- Tersiye merkez olması nedeniyle verilerin Trakya bölgesine daha genellenebilir olmasıydı.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ

Araştırmanın evrenini, Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Servisinde Ocak 2002- Aralık 2010 yılları arasında doğum yapan 5681 kadın oluşturdu.

ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın örneklemini, Trakya Üniversitesi Eğitim Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Servisinde 2002- 2010 yılları arasında 26-32 gebelik haftaları arasında riskli erken doğum yapan 419 kadın oluşturdu. Araştırmaya IUMF olguları dahil edilmedi.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

- Sosyo- demografik özellikler,
- Obstetrik özellikler,
- Prenatal bakım alma durumuna ilişkin veriler
- Şimdiki gebeliğinde meydana gelen problemlere ilişkin veriler alındı.

VERİLERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Verilerin toplanması amacıyla, araştırmacı tarafından kaynak taranarak aşağıdaki veri toplama araçları kullanıldı (Ek 2) (4-6,12,14,19).

Veri Toplama Formu

Kadınların tanıtıcı özellikleri ile ilgili veriler; yaş, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, çalışma durumu, doğum öncesi bakım alma durumu, doğum öncesi

bakımı nerede aldığı, beden kitle indeksi, sigara kullanma durumu, kronik hastalık durumu incelendi.

Kadınların obstetrik özellikleri ile ilgili veriler; gebelik sayısı, doğum aralığı, yaşayan çocuk sayısı,düşük sayısı, daha önceki gebeliğinde erken doğum yapma durumu incelendi.

Kadınların şimdiki gebeliği ile ilgili veriler; gebeliğe bağlı hastaneye yatış tanısı incelendi.

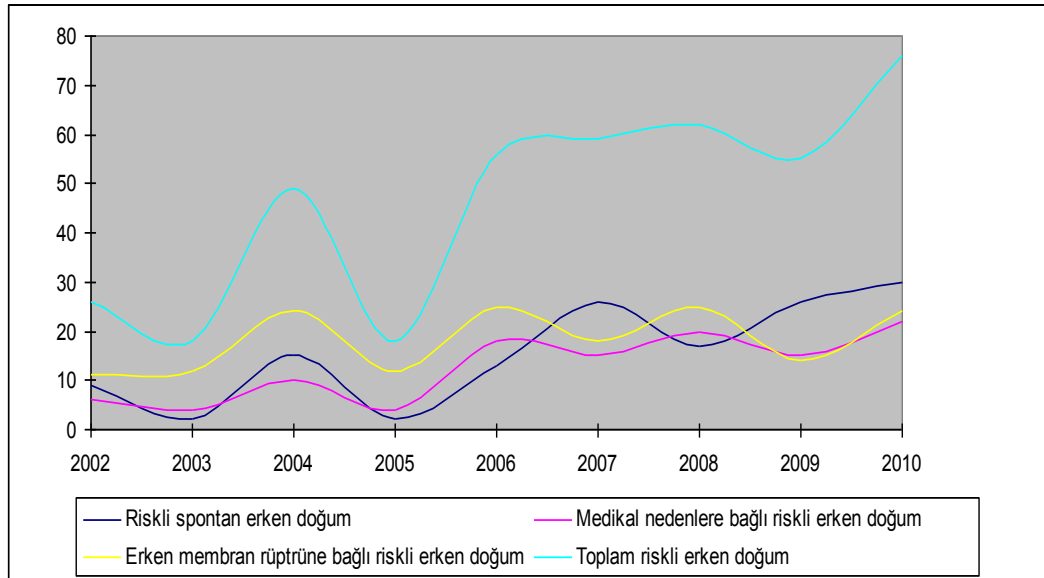
VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences for Windows 10.5 (SPSS 10.5) istatistiksel paket program kullanılarak değerlendirildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde yüzdelik ve Ki-kare Testi kullanıldı. Tanıtıcı özelliklerin değerlendirilmesinde yüzde ve ortalama kullanıldı, gruplar arası kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki- kare Testi kullanıldı. $P < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlılık sınırı olarak kabul edildi.

BULGULAR

Bu bölümde Trakya üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Servisine başvuran ve riskli erken doğum yapan kadınların antenatal risk faktörlerinin analizi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Çalışmamızda Ocak 2002-Aralık 2010 yılları arasında RED'in incelendiği, % 33'ünün spontan RED, %27'sinin medikal nedenlere bağlı (hipertansiyon vbg.) RED, %40'nın da EMR olduğu dikkat çekmektedir. Bu verilerin Şekil 1'de yıllara göre dağılımı verilmiştir.



Şekil 1. Yıllara göre erken doğum yapan kadınların dağılımı

Riskli erken doğumların yıllara göre dağılımına bakıldığında, spontan RED 2002'de %34.6 oranında görülürken 2007'de %44.0, 2008 yılında %47.2 oranında tepe değerlerine

ulaştığı görülmüştür. Aynı durum medikal nedenlere bağlı RED de 2002 yılında %23.0 iken, 2006 yılında %32.1, 2008 yılında %32.2 oranında karşılaşılmıştır. EMR'ye bağlı RED'da 2002 yılında %42.3 oranında görülürken 2003 ve 2005 yıllarında %66.6 tepe değerlerine ulaştığı tespit edilmiştir. Tüm RED'lere baktığımızda 2006 yılından sonra erken doğumların arttığı görülmektedir.

Çalışmamızda riskli erken doğum yapan kadınlar sosyodemografik faktörler, obstetrik faktörler, gebeliğe bağlı problemler ve medikal hastalık varlığına bağlı problemler olmak üzere dört bölümde incelenmiştir. Riskli erken doğum yapan kadınların gruplara göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Riskli erken doğumların risk faktör gruplara göre dağılımı

Sosyodemografik Faktörler	Adölesan gebelikler	9.1%	Obstetrik Faktörler	Dört ve üzeri gebeliği olanlar	28.4%
	Okur yazar değil	2.4%		İki gebelik arasında 1 yıl ara bırakanlar	8.1%
	Bekar medeni hal	7.4%		26-28 gebelik haftasına olanlar	58.9%
	Çalışanlar	13.1%		Daha önce gebelik kaybı olanlar	23.9%
	Sosyal güvencesi olmayan	9.5%		Yaşayan çocuğu olmayanlar	60.4%
	Sigara kullananlar	18.6%		Daha önceki gebeliğinde erken doğum yapmış	10.7%
	Düşük VKI	1.9%		Çoğul gebelikler	13.8%
	Yüksek VKI	0.5%		Yardımcı üreme tekniği ile gebe kalanlar	6.7%
	Doğum öncesi bakım almayanlar	29.7%		Amniotik mayi problemi olanlar	32.9%
					Oligohidraamnios
Gebeliğe bağlı problemler			Medikal hastalık varlığı		
	Plasental sorunu olanlar	11.7%		Hipertansiyon	55.5%
	Enfeksiyonu olanlar	16.7%		Tiroid hastalıkları	25.4%
	Erken membran rüptürü	39.6%		Diabetes mellitus	6.3%
	Vajinal kanama	19.6%		Epilepsi	3.2%
	Servikal yetersizlik	8.1%		Kronik böbrek hastalığı	3.2%
	Preeklampsi	14.3%		Kalp hastalıkları	3.2%
	Fetal anomali	3.3%		Anemi	66.8%
		HT için ilaç kullanma	11.8%		

RİSKLİ ERKEN DOĞUM YAPANLARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞİKİN BULGULAR

Tablo 3. Riskli erken doğum yapanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=419)

Özellikler	Sayı	%
Yaş		
14-19	38	9.1
20-24	107	25.6
25-29	128	30.6
30-34	91	21.7
>40	17	9.2
Yaş ortalaması	Ort	
	27.39	
Eğitim		
Okur-yazar değil	10	2.4
İlkokul	55	13.1
Ortaokul	90	21.5
Lise	243	58
Yükseköğretim	21	5.0
Medeni durum		
Evli	388	92.6
Bekar	31	7.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	55	13.1
Çalışmıyor	364	86.9
Sosyal güvence		
Yeşil kart	85	20.3
SSK	195	46.5
Bağ kur	43	10.3
EMS	56	13.4
Ücretli	40	9.5
Sigara kullanma		
Kullanıyor	78	18.6
Kullanmıyor	341	81.4
Beden kitle indeksi		
19.9 ve altı(zayıf)	8	1.9
20-24.9	138	32.9
25-29.9	203	48.4
30 ve üzeri	70	16.7

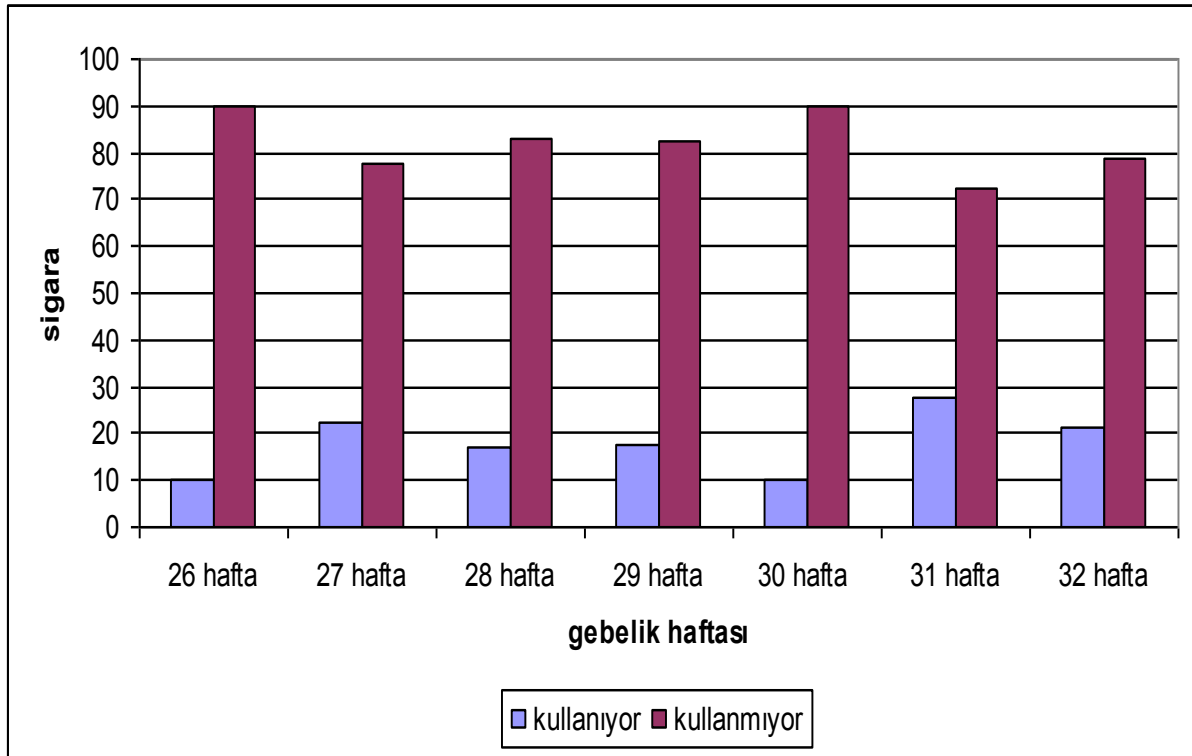
Tablo 3’de riskli erken doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları yer almıştır. Kadınların yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde % 9.1’nin adölesan, %9.2’sinin 40 yaş ve üzeri olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamındaki kadınların eğitim durumlarına göre dağılımı incelendiğinde yarısından çoğunun (%58) lise mezunu olduğu, %5’nin yükseköğretim mezunu ve %2.4’nün okur-yazar olmadığı belirlenmiştir.

Medeni durumlarına ilişkin verilerine bakıldığında kadınların %92.6’sı evli, %7.4’nün bekar olduğu saptanmıştır.

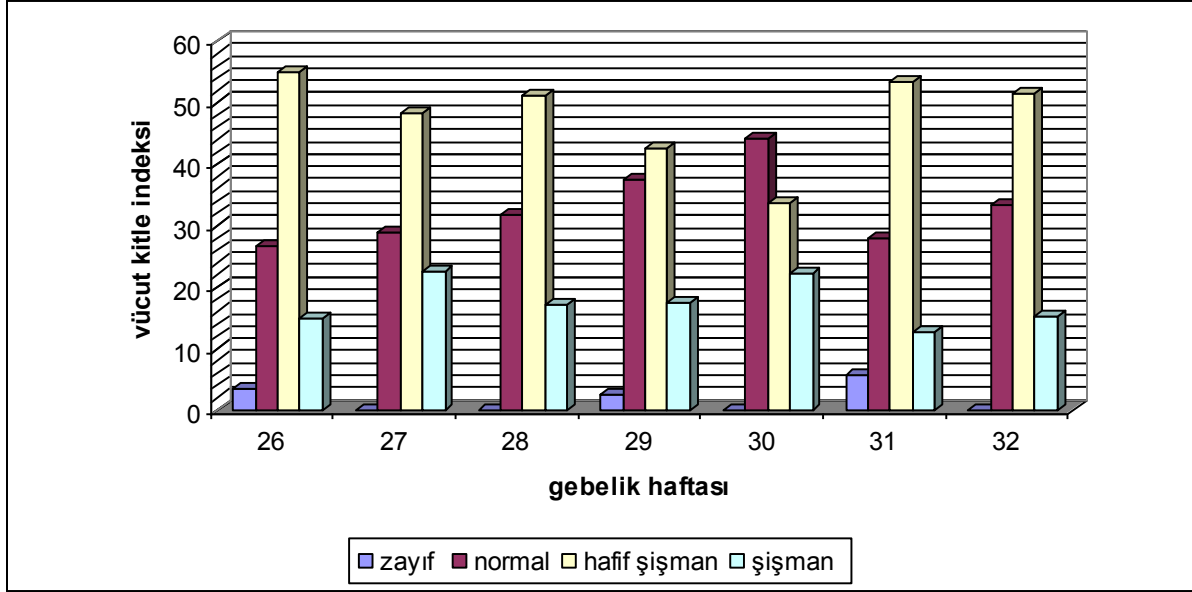
Kadınların %86.9’nun çalışmadığı tespit edilmiş olup, büyük çoğunluğunun (%90.5) sosyal güvencelerinin mevcut olduğu saptanmıştır.

Sigara kullanma durumuna ilişkin verilere bakıldığında çoğunluğun (%81.4) sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Sigara kullanan ve kullanmayan kadınların gebelik haftalarına göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Riskli erken doğum yapanların gebelik haftasına göre sigara kullanma durumu

Kadınların beden kitle indekslerine ilişkin verilere bakıldığında % 32.9'nun normal kiloda, %48.4'nün hafif şişman, % 16.7'sinin şişman olduğu belirlenmiştir. Şekil 3'te RED yapanların gebelik haftalarına göre vücut kitle indeksi dağılımları gösterilmiştir.



Şekil 3. Riskli erken doğum yapanların gebelik haftasına göre vücut kitle indeksinin dağılımı

Tablo 4'de riskli erken doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma özelliklerine göre dağılımı yer almıştır. Kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarına bakıldığında çoğunluğunun (%72.3) gebeliklerini düzenli takip ettirdikleri, %17.4'nün düzensiz takip edildiği, %10'nun gebeliğini takip ettirmedikleri saptanmıştır. Kadınların çoğunluğu (97.6) takiplerini kadın-doğum uzmanına yaptırdığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Riskli erken doğum yapanların doğum öncesi bakım alma özelliklerine göre dağılımı(n=419)

Özellikler	Sayı	%
DÖB alma durumu		
Almış	303	72.3
Almamış	42	10.0
Düzensiz	73	17.4
DÖB nerede alınmış		
Üniversite hast.	36	8.6
Devlet hast.	183	43.7
Sağlık ocağı	10	2.4
Özel	150	35.8

RİSKLİ ERKEN DOĞUMLARIN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 5. Riskli erken doğum yapanların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı
(n=419)

Özellikler	Sayı	%
Gebelik sayısı		
Bir	200	47.7
İki	105	25.1
Üç	57	13.6
Dört ve üzeri	57	13.6
Gebelik aralığı		
Bir yıl	34	8.1
İki yıl	31	7.4
Üç yıl	18	4.3
4 yıl ve üzeri	120	28.4
Gebelik haftası		
26-29 haftalar arası	172	41
30-32 haftalar arası	247	58.9
Düşük sayısı		
Yok	319	76.1
Bir	56	13.4
İki	31	7.4
Üç ve üzeri	13	3.1
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	253	60.4
Bir	109	26.0
İki	36	8.6
Üç ve üzeri	21	4.9
Daha önce erken doğum		
Var	45	10.7
Yok	374	89.3
Çoğul gebelik		
Var	58	13.8
Yok	361	86.2
YÜT gebelik		
Var	28	6.7
Yok	391	93.3

YÜT: Yardımcı üreme tekniği.

Tablo 5’te riskli erken doğum yapan kadınların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı yer almıştır. Kadınların gebelik sayılarına bakıldığında yarısına yakınının (%47.7) ilk gebeliği olduğu ve gebelik sayısı ortalamalarının 2.04 olduğu belirlenmiştir. Gebelik aralığına ilişkin verilere bakıldığında %8.1’i bir yıl, % 28.4’ü 4 yıl ve üzerinde ara verdiği saptanmıştır.

Riskli erken doğum yapanların yarısından fazlasının daha önce (%76.1) düşük yapmadığı, üç ve üzeri düşük yapanların oranı %3.1 olarak saptanmıştır. Analiz edilen RED’lerin % 26’sının yaşayan bir çocuğu bulunmaktadır.

Riskli erken doğum yapanların daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapma durumlarına bakıldığında çoğunun (%89.3) erken doğum yapmadığı saptanmıştır. Bu RED grubunda en az bir kere erken doğum yapanların oranı %10.7 olduğu belirlenmiştir.

Riskli erken doğum yapanların %13.8’i çoğul gebeliktir ve %6.7’si yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmıştır.

RİSKLİ ERKEN DOĞUM YAPANLARIN GEBELİĞE BAĞLI SORUNLARA İLİŞKİN BULGULAR

Riskli erken doğum yapanların gebeliğe bağlı sorunlara göre dağılımı Tablo 6’de verilmiştir. Gebeliğinde hidroamnios tespit edilen 138 (%32.9) kadının 116 ‘sında oligohidroamnios, 1’inde polihidroamnios, 21’i anhidroamnios olduğu saptanmıştır. Gebelerin %11.7’sinde plasental bir sorun olduğu, %34.1’inde anemi ve %16.7’sinde enfeksiyon bulunduğu tespit edilmiştir.

Gebelerin %39.6’sında spontan membran rüptürü gelişmiş olduğu, %19.6’sının gebeliğinin ilk trimestrinde kanama meydana geldiği saptanmıştır. RED olgularının %8.1’inde yetersiz serviks, fetal anomali ise %3.3 oranında olduğu tespit edilmiştir

Tablo 6. Riskli erken doğum yapanların gebeliğe bağlı sorunlara göre dağılımı(n=419)

Özellikler	Sayı	%
Hidroamnios		
Var	138	32.9
Yok	281	67.1
Hidroamnios Türü (n=138)		
Oligohidroamnios	116	27.7
Polihidroamnios	1	0.2
Anhidroamnios	21	5.0
Plasental sorun		
Var	49	11.7
Yok	370	88.3
Anemi		
Var	143	34.1
Yok	276	65.9
Enfeksiyon		
Var	70	16.7
Yok	349	83.3
EMR		
Var	166	39.6
Yok	253	60.4
Vajinal kanama		
Var	82	19.6
Yok	337	80.4
Yetersiz serviks		
Var	34	8.1
Yok	385	91.9
Fetal anomali		
Var	14	3.3
Yok	405	96.7
Preeklampsi		
Var	60	14.3
Yok	359	85.4

EMR: Erken membran rüptürü.

Riskli erken doğum yapan kadınların mevcut medikal hastalık varlığına göre dağılımı Tablo 7’de yer verilmiştir. Kadınların çoğunluğunda (%85) medikal bir hastalık bulunmamaktadır. Araştırmada kronik hastalık tespit edilen 63 (%15) kadından 35’inde ‘Hipertansiyon’, 16’sında ‘Guatr’, ve 4’ünde ‘Diabetes Mellitus’ olduğu belirlenmiştir.

Tablo 7. Riskli erken doğum yapanların mevcut medikal hastalık varlığına göre dağılımı (n=419)

Özellikler	Sayı	%
Medikal hastalık		
Var	63	15
Yok	356	85
Hastalık türleri (n=63)		
HT	35	55.5
Guatr	16	25.4
DM	4	6.3
Epilepsi	2	3.2
KBY, nefrotik sendrom	2	3.2
Kalp yetmezliği	2	3.2

Tablo 8’de riskli erken doğum yapanların medikal hastalık varlığı ile yaş, VKİ arasındaki ilişkisi yer almıştır. Kadınların yaş grupları ve kiloları arttıkça medikal hastalık (%33.3- %24.3) görülme oranı artmaktadır. Medikal hastalık varlığı ile yaş ve VKİ arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$)

Tablo 8. Riskli erken doğum yapanların medikal hastalık varlığı ile yaş, VKİ arasındaki ilişki

Yaş	Medikal hastalık var		Medikal hastalık yok		p
	n	%	n	%	
14-19	1	2.6	37	97.4	0.020
20-24	10	9.4	96	90.6	
25-29	23	17.8	106	82.2	
30-32	15	16.5	76	83.5	
35-39	7	18.9	30	81.1	
40 ve üzeri	6	33.3	12	66.2	
VKİ					0.041
19 ve altı	1	12.5	7	87.5	
20-24.9	13	9.4	125	90.6	
25-29.9	31	15.3	172	84.7	
30 ve üzeri	17	24.3	53	75.7	

Ki-kare testi.

Tablo 9’de riskli erken doğum yapan kadınların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı yer almıştır. Kadınların yarısından fazlasının (%57.5) ilaç kullandığı saptanmıştır. Kullanılan ilaçlara bakıldığında en fazla (%66.8) demir-vitamin preparatları yer almaktadır.

Tablo 9. Riskli erken doğum yapanların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı
(n=419)

Özellikler	Sayı	%
İlaç kullanma		
Var	241	57.5
Yok	178	42.5
Kullanılan İlaç Türleri (n=241)		
Demir-vitamin	161	66.8
Alfamet	28	11.8
Babyprin	9	3.7
Prepar	16	6.6
Ca-MG	11	4.5
Nidilat	8	3.3
Levotiron	3	1.2
Propycil	2	0.8
Tefor	3	1.2

Riskli erken doğum yapan kadınların sosyodemografik özelliklerinin daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapmasına göre dağılımı Tablo 10’da verilmiştir. Sosyodemografik özellikler incelendiğinde daha önceki gebeliğinde erken doğum yapanların bu gebeliklerinde düzensiz doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Doğum öncesi bakım alma durumu bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 10. Riskli erken doğum yapanların sosyodemografik özelliklerinin daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapma üzerine etkisi (n=419)

Sosyo demografik özellikler	Daha önceki gebeliğinde erken doğum yapma durumu				p
	Evet (n=45)		Hayır (n=374)		
Yaş	Sayı	%	Sayı	%	0.065
14-19	0	0	38	100	
20-24	7	6.6	99	93.4	
25-29	17	13.2	112	86.8	
30-34	15	16.5	76	83.5	
40 ve ↑	2	11.1	16	89.3	
Eğitim					0.754
Okur yazar değil	2	20.0	8	80.0	
İlkokul	5	9.1	50	90.9	
Ortaokul	12	13.3	78	86.7	
Lise	24	9.9	219	90.1	
Yükseköğretim	2	9.5	19	90.5	
DÖB					0.035
Almış	28	9.2	275	90.8	
Almamış	3	7.1	39	92.9	
Düzensiz	14	19.2	59	80.8	
Medikal hastalık					0.665
Var	16	11.7	121	88.3	
Yok	29	10.3	253	89.7	
Sigara kullanma					0.288
Kullanıyor	11	14.1	67	85.9	
Kullanmıyor	34	10.0	307	90.0	
Beden Kitle İndeksi					0.282
19 ve altı(zayıf)	1	12.5	7	87.5	
20-24.9 (normal)	9	6.5	129	93.5	
25-29.0 (hafif şişman)	26	2.95	177	97.05	
30 ve üzeri (şişman)	9	12.9	61	87.1	
Çalışma Durumu					0.965
Çalışıyor	6	10.9	49	89.1	
Çalışmıyor	39	10.7	325	89.3	

Ki-kare testi.

Riskli erken doğum yapanların doğum öncesi bakım alma durumlarının gebeliklerindeki sorunlarla olan ilişkisi Tablo 11' de verilmiştir. Anemi varlığı ile doğum

öncesi bakım alma oranları arasında anlamlı ilişki bulunmuş, doğum öncesi bakım almayan kadınların büyük çoğunluğunda anemi (%52.4) olduğu görülmüştür.

Doğum öncesi bakım almayan kadınlarda intrauterin enfeksiyon (% 35.7) ve erken membran rüptürü geliştiği (%57.1) saptanmıştır. İntrauterin enfeksiyon ve erken membran rüptürü varlığı bakımından gruplar arası farklılık istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($p<0.05$).

Tablo 11. Riskli erken doğum yapanların doğum öncesi bakım alma durumlarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi

Gebelikteki sorunlar		Doğum öncesi bakım						p
		Almış		Almamış		Düzensiz		
		n	%	n	%	N	%	
Abort sayısı	0	227	71.3	31	9.7	60	19	0.441
	1	43	76.7	8	14.3	5	9	
	2	22	70.9	2	6.5	7	22.6	
	3 ve ↑	11	84.6	1	7.7	1	7.7	
Medikal hastalık	Var	104	34.3	7	16.7	26	35.6	0.063
	Yok	199	65.7	35	83.3	47	64.4	
Plasental sorun	Var	31	10.2	8	19.0	10	13.7	0.212
	Yok	272	89.8	34	81.0	63	86.3	
Anemi	Var	85	28.1	22	52.4	35	47.9	0.001
	Yok	218	71.9	20	47.6	38	52.1	
Enfeksiyon	Var	40	13.2	15	35.7	15	20.5	0.001
	Yok	263	86.8	27	64.3	58	79.5	
EMR	Var	105	34.7	24	57.1	36	49.3	0.003
	Yok	198	65.3	18	42.9	37	50.7	
Vajinal kanama	Var	54	17.8	10	23.8	18	24.7	0.322
	Yok	249	82.2	32	76.2	55	75.3	

Ki-kare testi

Tablo 12’de riskli erken doğum yapanların erken membran rüptürü ile enfeksiyon varlığı arasındaki ilişkisi verilmiştir. Erken membran rüptürü olan kadınlarda enfeksiyon görülme oranı (%58.6) yüksek bulunmuştur. Erken membran rüptürü ve enfeksiyon varlığı arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.($p<0.05$)

Tablo 12. Riskli erken doğum yapanların erken membran rüptürü ile enfeksiyon varlığı arasında ilişki

Enfeksiyon	Erken membran rüptürü var		Erken membran rüptürü yok		p
	n	%	n	%	
Var	41	58.6	29	41.4	0.000
Yok	125	35.8	224	64.2	

Ki- kare testi.

Riskli erken doğum yapan kadınların çalışma durumlarının gebeliklerindeki sorunlarla ilişkisi Tablo 13'te verilmiştir. Veriler istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı.

Tablo 13. Riskli erken doğum yapanların çalışma durumlarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi

Gebelikteki sorunlar		Çalışma				p
		Çalışıyor		Çalışmıyor		
		n	%	n	%	
Abort sayısı	0	47	14.8	272	85.2	0.254
	1	3	5.3	53	94.7	
	2	3	9.7	28	90.3	
	3 ve ↑	2	15.3	11	84.7	
Daha önceki ED	Var	6	10.9	39	10.7	0.965
	Yok	49	89.1	325	89.3	
Plasental sorun	Var	15	27.3	122	33.5	0.358
	Yok	40	72.7	242	66.5	
Anemi	Var	16	29.1	127	34.5	0.398
	Yok	39	70.9	237	65.1	
Enfeksiyon	Var	12	21.8	58	15.9	0.276
	Yok	43	78.2	306	84.1	
EMR	Var	27	49.1	139	38.2	0.132
	Yok	28	50.9	225	61.8	
Vajina kanama	Var	15	27.3	67	18.4	0.122
	Yok	40	72.7	297	81.6	

Ki-kare testi.

Riskli erken doğum yapan kadınların gebelik sayılarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi Tablo14'de verilmiştir. Daha önceki gebeliğinde erken doğum yapmaları incelendiğinde gebelik sayısının 4 ve üzeri olan kadınlarda (%31.5)görülme oranı daha fazla olup gruplar arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p<0.05$). Medikal hastalık varlığını gebelik sayısına göre dağılımı incelendiğinde medikal hastalığı olanların (%26.3) büyük çoğunluğunun gebelik sayılarının 4 ve üzeri olduğu saptanmıştır. Medikal hastalık varlığı bakımından gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tablo 14. Riskli erken doğum yapanların gebelik sayılarının gebeliğe bağlı sorunlar ile ilişkisi

Gebelikteki sorunlar		Gebelik sayısı								p
		1		2		3		4ve ↑		
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Daha önceki ED	Var	1	0.5	15	14.2	11	19.2	18	31.5	0.001
	Yok	199	99.5	90	85.8	46	80.8	39	68.5	
Plasental sorun	Var	20	10	14	13.3	6	10.5	9	15.7	0.608
	Yok	180	90	91	86.7	51	89.5	48	84.3	
Anemi	Var	64	32	37	35.2	26	45.6	16	28	0.192
	Yok	136	68	68	64.8	31	54.4	41	72	
Enfeksiyon	Var	28	14	22	20.9	10	17.5	10	17.5	0.481
	Yok	172	86	83	79.1	47	82.5	47	82.5	
EMR	Var	77	38.5	47	44.7	21	36.8	21	36.8	0.652
	Yok	123	61.5	58	65.3	36	63.2	36	63.2	
Vajina kanama	Var	41	20.5	20	19	11	19.2	10	17.5	0.964
	Yok	159	79.5	85	81	46	80.8	47	82.5	
Medikal hastalık	Var	22	11	18	17.2	7	12.2	15	26.3	0.029
	Yok	178	89	87	82.8	50	87.8	42	73.7	

Ki-kare testi.

TARTIŞMA

Trakya üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği riskli erken doğumların, 32 hafta üstü canlı doğumlara oranı %7.37'dir. Erken doğum olma olasılığı olan gebeliklerin referans merkezi olan üniversite hastanesine gönderilmesi nedeniyle bu oran bütün Trakya Yöresini yansıtan bir oran gibi yorumlanabilir. Riskli Erken doğum görülme oranı Amerika'da %12-13, Avrupa da ise % 5 ila 9 civarındadır(60,61). Erken doğum görülme sıklığı yıllar boyunca bütün ülkelerde artış göstermiştir. Bu durumun nedenleri arasında gebeliklerin yaş dağılımının değişmesi, seksüel yolla geçen hastalıklarda artış gibi riski artıran faktörler sayılabilir. Bizim çalışmamızda da Ocak 2002 den başlayıp Aralık 2010'na kadar bu görülme sıklıkları Grafik 1'de görüldüğü üzere artma göstermesi kısmen tersiyer merkez olmamız kısmen de Trakya Bölgesindeki erken doğumların artışı ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

ED bir çok verilere göre perinatal mortalitenin %50-70'de neden olduğundan ne kadar önemli bir obstetrik ve halk sağlığı problemi olduğu ortaya çıkmaktadır. 1973 yılında İngiltere de Oxford'daki hastane doğumlarına göre konjenital anomalili doğumlar çıkartıldıktan sonra erken doğumun geri kalan neonatal ölümlerin %85'inden sorumlu olduğu, İskoçya Aberdeen'de 1977 yılında yapılan benzer bir çalışmada tüm perinatal ölümlerin %48'inin ED'den olduğu bildirilmiştir(70). Otuz iki hafta altı erken doğumlar yenidoğan mortalitesinin en önemli nedenleri arasındadır. Tüm yenidoğan mortalitesi TNSA 2008 istatistiklerine göre 1000 canlı doğumda 17'dir. Bu mortaliteye neden olan erken doğumlarda 26-32 hafta doğumları önemli yer tutmaktadır. Erken doğumlar yurt dışı istatistiklere göre perinatal mortalitenin %75'ni ve uzun süreli görülen morbiditenin %50 sinden fazlasını oluşturmaktadır. Çalışmamızda riskli erken doğumların %27.2 maternal ve fetal nedenlere

bağlı sonlandırmalarla oluşurken, %33.4 spontan erken doğumlara bağlı olmakta, %39.4 ünde ise erken membran rüptürü neden olduğu saptanmıştır. Trakya Bölgesinde riskli erken doğumları tetikleyen faktörleri 2002 ve sonrası yıllarda sosyodemografik, medikal, obstetrik faktörler yönünden inceleyen bu retrospektif analiz gelecek çalışmalara ışık tutacaktır. Otuz iki hafta altı erken doğumlarda epidemiyolojik risk faktörleri önemli bir yer tutmaktadır(45). Bundan dolayı riskli erken doğumlardaki risk faktörlerinin analizini yapan çalışmalar çok değerlidir. Öncelikle riskli erken doğuma aday olabilecek gebelerin tanınması ve risklerine özgü tedavilerinin önceden planlanması önemlidir (46). Bu risk faktörlerine özgü girişimlerin yapılacağı populasyonun tanınması gerekmektedir. Ayrıca preterm doğumu başlatan risk faktörlerinin tanınması patolojinin daha iyi anlaşılmasına katkıda bulunacaktır.

Riskli preterm doğumlarla birlikte olan birçok maternal ve fetal özelliklerden maternal demografik özellikler, beslenme durumu, gebelik hikayesi, şimdiki gebeliğe ait özellikler, psikolojik özellikler, davranışsal problemler, infeksiyon, uterin kontraksiyonlar, servikal uzunluk, biyolojik ve genetik belirteçler sayılabilir (46).

Çalışmamızda riskli erken doğum yapan gebelerin yaş ortalaması 27.3 olup %9.1'i adölesan, %77.9'u 20-34 yaş grubundadır. Türkiye'nin çeşitli bölgelerinde yapılan çalışmalarda adölesanlarda erken doğum oranı %4.83 olarak belirlenmiştir. Ayrıca adölesan gebeliklerin erken doğum açısından fazla risk taşımadığını ifade eden birçok çalışma mevcuttur(62). Ancak Trakya Bölgesindeki erken doğumlarda %9.1 gibi görülme sıklığı adölesan faktörünün bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Selahattin Kükner ve ark'ları Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi'nde yaptığı bir çalışmada adölesan gebelerde erken doğum oranını %5.9 olarak belirlemişlerdir. Aynı çalışmada adölesan gebeliklerde erken doğum oranının adölesan olmayanlara oranla daha fazla olduğu, 16 yaş ve altı adölesanlarda erken doğumun, 17 yaş ve üstü adölesanlara göre anlamlı olarak fazla olduğunu saptamışlardır(63).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ve tıbbi olanaklardan yeterince yararlanabilen toplumlarda çok sayıda doğum ileri yaşlara ertelenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubunun 20-24'den 25-29'a kayması doğumların ileri yaşlara ertelenmesi konusundaki isteği göstermekte ve Türkiye'deki doğurganlık dönüşümünün en çarpıcı sonuçlarından birisi olarak dikkati çekmektedir. Ancak gebelikler daha ileri yaşlara ertelendikçe kalıtsal hastalıklar ve gebelik komplikasyonları bakımından anne-fetüs için de daha yüksek risk oluşturabilmektedirler. Çalışmamızda erken doğum yapan kadınların %21.7'si 30-34 yaş aralığında %4.1'i 40 yaş ve üzerindedir. Dicle

Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde yapılan bir çalışmada 40 yaş ve üstü gebeliklerin oranını %2.64 olarak saptamıştır. Bu çalışmada 35 yaş ve üstü gebeliklerin riskli olguları içinde plasenta previa ve hipertansif hastalıklar yüksek oranda bulunurken, diğer taraftan 35 yaş ve altındaki gebelerle mukayese edildiğinde erken membran rüptürü, eklampsi ve erken doğum eylemi daha düşük oranda bulunmuştur(64). Öte yandan çalışmamızda da yaşın artmasıyla birlikte medikal hastalıkların varlığında artma olduğu belirlenmiştir. Dülitzki ve ark.'larının yaptığı bir çalışma 44 yaş üstü gebelerle 20-29 yaş arası gebeleri perinatal, obstetrik ve medikal durum açısından karşılaştırmış, 44 yaş ve üstü gebelerde hipertansiyon ve diyabet oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu, ancak erken doğum ve erken membran rüptürü olma sıklığında anlamlı artış saptanmadığı vurgulanmıştır(65).

Riskli ED konusunda gebelerin eğitim durumu, patolojiyi etkileyen bir faktör olarak irdelenmektedir. Çalışmamızda riskli erken doğum yapan kadınların %34.6'sı ilköğretim mezunudur. Bu orana bakarak riskli ED yapan gebelerin çoğu belli bir eğitim seviyesinde oldukları bu faktörün bu bölgede daha az etkin olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmanın diğer sosyoekonomik faktörlerini incelediğimizde %92.6'sının evli, %13.1'inin çalışan, %80.5'ni sağlık güvencesinin olduğu görülmektedir. TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde, 15-49 yaş grubundaki kadınların %4.4'ü Balıkesir, Çanakkale, Edirne, Kırklareli ve Tekirdağ'ın içinde bulunduğu 'Batı Marmara' grubunda yer almaktadır; %48.2'sinin 20-34 yaş grubunda, %60.6'sının ilköğretim mezunu, %94.5'nin evli, %31'inin çalıştığı, %28'inin sağlık güvencesi olduğu, kadınların %22'si, gebe kadınların da %11.4'ü sigara kullandığı ortaya konulmuştur (2). Bölgemiz eğitim düzeyi, sosyal güvencesi ve çalışan sayısının iyi derece olduğu bir yöredir. Böylece bu faktörlerin dışında riskli erken doğumu tetikleyecek sigara, enfeksiyon gibi faktörleri daha çok analiz etme gereksinimi doğmaktadır.

TNSA verilerine göre gebelerin % 11.4'de sigara içimi gözlenmektedir. Sonuçlarımızda riskli erken doğumların % 18.6'sı gebelikte sigara içimi gözlenmiştir. Sigaranın içersinde 3000'ne yakın kimyasal ve bu kimyasalların her birinin biyolojik etkileri olduğu varsayılırsa erken doğumla sigara içimi arasında karmaşık bir mekanizmanın varlığı dikkati çeker (43). Bilindiği gibi nikotin ve karbonmonoksit plasentada uteroplasental kan akımını azaltıp plasental iskemiye neden olabilirler. Aşırı alkol tüketimi, kokain ve eroin kullanımı gibi diğer madde bağımlılıkları çalışmamızda değinilmemiştir.

Aşırı derecede psikolojik veya sosyal stress çeken gebeler sosyodemografik, medikal ve davranışsal risk faktörlerinin etkilerinden arındırılıp tekrar değerlendirildiklerinde en az 2

kat civarında erken doğum riskiyle karşı karşıya oldukları görülmüştür(66). Bu tip erken doğum risklerinde stress koşullarının kortikotropin releasing hormonunu arttırdıkları ve hatta C-reaktif protein gibi inflamasyon belirteçlerinin serum düzeyini yükselttikleri görülmüştür (53). Bir de gebelik sırasındaki kliniğe yansıyan depresyonun erken doğuma neden olabileceğini gösteren çalışmalar mevcuttur(47,48). Depresyon, artan sigara, ilaç ve alkol kullanımıyla birlikte. Muhtemelen depresyonda erken doğumun artışı bu davranışsal ve madde alışkanlıklarıyla birlikte değerlendirilebilir (49,50). Hatta bazı çalışmalar sigara, ilaç ve alkol kullanımından arındırılmış sonuçlarında depresyonla erken doğum arasında ısrarlı bir ilişkiden söz etmişlerdir (51). Bu sonuçların mekanizmasında natural killer hücre aktivitesine yansıyan immünolojik problemler ve artan proinflamatuvar sitokin plasma konsantrasyonlarının artması söylenebilir (51). Sonuçta depresyonla erken doğum arasındaki ilişki bozulan bağışıklık sisteminin getirdiği inflamasyon ile açıklanabilir.

Riskli ED geçiren gebelerin mesleki durumlarını incelediğimiz zaman bu patolojinin kişinin meslek durumuyla yakından ilgili olmadığı sonucuna vardık. Mesleki durumla ilgili olan riskin analizini yapmak oldukça zordur. Bu konuda populasyon farklılıkları, uzun çalışma saatleri sıkı fiziksel çalışma koşulları ve stress dolu koşullar muhtemelen erken doğum görülme sıklığını artırır. Fakat bu yapılan risk analizleri fizik aktivitenin derecelendirmesinin tam yapılamaması nedeniyle kesin sonuçlar getirmemektedir. Diğer taraftan kötü koşullarda çalışan gebelerin sıklıkla sağlık sigortalarının olmaması, sağlık sigortasının da erken doğum görülme sıklığına tek başına katkısını analiz etmemizi mümkün kılmamaktadır. Nitekim sağlık sigortasının varlığı konusunda da çalışmamız istatistiksel açıdan anlamlı bir sonuç bulamamıştır.

Gebelikte annenin esansiyel vitamin mineral ve aminoasit depoları tükenmektedir. Eğer iki gebelik arası 6 aydan önce olursa gebe bu besinleri doldurmada güçlük çeker. Gebenin beslenme durumu vücut kitle indeksi besin alımı ve demir serum düzeyleri tarafından değerlendirilebilir. Örneğin gebelik öncesi çok düşük vücut kitle indeksi spontan erken doğum için yüksek risk oluşturur. Halbuki obezite bazen spontan ED için koruyucu olabilmektedir (54). Özellikle düşük demir, folat, çinko serum konsantrasyonu olan gebelerde normal ölçümleri olan gebelere nazaran daha çok erken doğum görülmektedir. (55,56)

Kilosu çok düşük olan gebelerde spontan erken doğumun artmış olması uterusu giden kan akımının azalması ve daha az besin alımının getirdiği maternal infeksiyon artmış olmasına bağlanabilir. Öte yandan obez kadınlarda daha çok konjenital anomali riskinin olması örneğin nöral tüp defektleri gibi ve bu fetüslerin daha erken doğmasına neden olacağı

sonucuna varılır. Obez gebelerde preeklampsi ve diyabet daha sık görüleceğinden bu gebelerde indikasyon dahilinde erken doğum daha fazla görülmektedir. Çalışmamızda RED yapan kadınların çoğu (%48.4) hafif şişman olduğu saptanmıştır. Ayrıca VKİ'nin artmasıyla kadınlarda medikal hastalık varlığının da arttığı anlaşılmıştır.

Çalışmamızda kadınların doğum öncesi bakım alma oranı %90 olduğu, %97,6' sının bu bakımı doktordan (kadın doğum uzmanı) aldığı saptanmıştır. TNSA 2008 verileri bulgularımızı destekler nitelikte olup Batı Marmara da sağlık personelinin bakım alma oranının %98.3 olduğu ve bunun %95.3'ünü doktorların oluşturduğu saptanmıştır (2). DÖS'ne göre dünyada gelişmiş ülkelerde neredeyse gebelerin tamamı en az bir kez izlenirken, az gelişmiş ülkelerde bu oran % 65.0 olduğu saptanmıştır. Güney Asya'da her iki kadından biri, Afrika'da kadınların dörtte biri DÖB almamakta, Küba, İskandinav ülkeleri ve orta Avrupa ülkelerinde kadınların %77'sinin gebelikleri süresince dört ve üzerinde DÖB aldığı görülmüştür (59). Bu bulguların sonucunda DÖB hizmetlerinde ebe ve hemşirelerin toplumsal boyutta önemli derecede yararlı olabileceği, anne ile iyi bir teröpotik ilişki kurup, sağlık takip, eğitim ve danışmanlıkta söz sahibi olabileceği görülmüştür. Çalışmamızda DÖB almayan kadınlarda anemi, enfeksiyon ve EMR görülme oranı DÖB alanlara göre daha fazla bulunmuştur. Ayrıca DÖB oranlarının artması annenin kendi sağlığına katılımının sağlanması yolu ile perinatal bakıma da teşvik edici olması özellikle riskli grupların perinatal sağlık problemleri açısından takibini kolaylaştıracağını söyleyebiliriz. Bu nedenle ebe ve hemşirelerin doğum öncesi hizmetlerde daha ön planda hizmet vermesi gerektiği düşüncesindeyiz.

Çalışmamızda riskli erken doğum yapanlarda gebelik sayısı ortalaması 2.04, yaşayan çocuk sayısı 1.07 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda yine riskli ED yapanlarda düşük yapma oranı %23,9, iki gebelik aralığı ortalaması 4.8 yıl olarak saptanmıştır. TNSA 2008 verilerine göre Toplam Doğurganlık Hızı (THD); ülkemizde 2.16, Batı Marmara da 1.38 olarak belirlenmiştir. Yine Batı Marmarada düşük oranı %20.5, iki gebelik aralığı 4.6 yıl olarak saptanmıştır(2). TNSA 2008 verileri sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Çalışmamızda kadınların gebelik sayılarının daha önceki erken doğumuna göre dağılımına bakıldığında; multiparlarda daha önce erken doğum yapma oranı daha fazla olduğu anlaşılmıştır. Daha önceki doğumu erken olan gebelerin büyük bir ihtimalle daha kısa zaman diliminde gebelik geçireceği göz önüne alırsak ve bu zaman diliminin kısalığı kişinin beslenme depolarının yeniden doldurulması açısından istenilen düzeyi gelemeyeceği için çok değişkenli bir risk zemini oluşturacağı açıktır. Diğer taraftan uterusun gebelik sonrası normal

duruma dönmesi enfeksiyon koşulları dahil diğer koşullarla birlikte zaman alır. Bilindiği gibi enfeksiyon erken doğum için önemli bir risk faktörüdür.

Tezimizde belirttiğimiz erken doğum oranlarını diğer ülkelerin erken doğum oranlarıyla karşılaştırmada da problemler oluşabilir. Çünkü erken doğum tanımı ve tanımlamada kullandıkları sayılar çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Tezimizde gebelikler arası zaman dilimi en az bir yıl alınmış ve dört yıla kadar incelenmiştir. Bu nedenle bu dilimlerle riskli erken doğum görülme ilişkisi anlamsız bulunmuştur. Diğer çalışmalara göz attığımızda gebelikler arası zaman diliminin altı ay ve altında olması diğer değişkenlerin etkisini arındırdıktan sonra erken doğum riskini en az iki kat daha fazla arttırdığını göstermiştir (52).

Erken doğumların diğer gebeliklerde tekrarlama riski %15 ila 50 arasında değişmektedir. Örneğin Mercer ve ark. daha önce erken doğum yapan gebelerde gelecek gebeliklerin erken doğum açısından 2.5 kat daha riskli olabileceğini bildirmişlerdir(28). Bizim çalışmamızda daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapmış populasyon %10.7' dir. Erken doğumun diğer gebeliklerde tekrarlama nedenleri her zaman açıklığa kavuşmayabilir. Özellikle indikasyonlu erken doğumlarda örneğin diyabet, hipertansiyon, obezite diğer gebeliklerde de tekrarlayabileceği için indikasyonlu erken doğum için neden oluşturabilirler.

Çoğul gebelikler tüm gebeliklerin %2 ila 3'nü oluşturmaktadırlar ve erken doğum için önemli bir risk faktörüdürler ve bütün erken doğumlarında %15 ila 20'sinde görülürler. Bizim çalışmamızda 26 ile 32 hafta arasında doğum yapan % 13 çoğul gebelik görülmüştür. 37 haftanın altında ikizlerin %40'ı spontan doğum veya erken membran rüptürüyle sonuçlanır. Diğerlerinde indikasyonlu erken doğum görülme nedenlerinin arasında gebelikte oluşan preeklampsi, anne ve fetal nedenler yer alır. Öte yandan çoğul gebeliklerde uterusu aşırı bir gerilme artmış spontan erken doğumun ve erken membran rüptürünün bir nedeni gibi gözükmektedir(67).

Çalışmamızda RED yapanlarda medikal hastalık görülme oranı %15 olarak saptanmıştır. Gebelikte sık görülen komplikasyonlardan biri olan hipertansiyon, maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Gebelik ve HT'de perinatal mortaliteye en sık yol açan nedenler IUGG, prematürite ve intrauterin asfiksi gibi nedenlerdir(70). Bu nedenler medikal nedenlere bağlı ED'lara yol açabilmektedir. Çalışmamızda HT (%55.5), guatr (%25.4), DM (%6.3) epilepsi (%3.2), KBY,(%3.2), kalp yetmezliği (%3.2) gibi maternal hastalıklar saptanmıştır. Ayrıca 60 (%14.3) kadında preeklampsi olduğu belirlenmiştir.

Gebeliğin ikinci trimestirinde ortaya çıkan vajinal kanamanın kötü obstetrik sonuç oranlarını arttırdığı düşünülmektedir. İkinci trimester kanamalarının %33 ila %82 oranında perinatal mortaliteye yol açtığı ileri sürülmektedir. Gebelikte oluşan plasental sorunlar ve ilk trimestirde gelişen vaginal kanamalar da erken doğum riskini arttırmaktadır. Çalışmamızda RED yapan kadınların %19.6'sında ilk trimestirde vajinal kanama gelişmiş, %11.7'sinde ultrasound ile tanısı konulan plasental sorun olduğu tespit edilmiştir. Sipila ve ark.(69) vajinal kanamanın obstetrik sonuçları üzerine yaptıkları çalışmada erken doğum hızını 2.9 kat artmış olarak bulmuşlardır. Oral B. ve ark. vajinal kanaması olan 167 hastada yaptığı çalışmada çalışma grubundaki gebelerin %6'sı önceden 2 veya daha fazla sayıda erken doğum oranına sahipken, kontrol grubunda bu oranı %1 olarak saptamışlardır. Yine aynı çalışmada çalışma ve kontrol grubundaki gebeler çeşitli perinatal sonuçlar yönünden karşılaştırılmış ve ikinci trimestir vajinal kanamalı gebelerde erken doğum ve fetal ölüm oranı yönünden anlamlı artış kaydetmişlerdir(68).

Erken membran rüptürü tanımı kontraksiyonlar başlamadan en az 1 saat önce 37 haftanın altındaki gebeliklerde spontan olarak su kesesinin açılması olarak kabul edilir.. Çalışmamızda riskli ED'lerin % 39.6'sında spontan membran rüptürü gelişmiştir (57). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada ED etyolojisinde EMR'nin %32'lik oranla ilk sırayı aldığı gebelik haftası arttıkça EMR riskinin anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda EMR ile gebelik haftası arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Dr. Zekai Tahir Burak Doğum ve Kadın Hastalıkları hastanesinde EMR'de risk faktörlerinin incelendiği bir çalışmada bu grup içindeki hastaların %40.2'si gebeliklerin hiç DÖB almadığı saptanmıştır. Çalışmamızda da DÖB almayanlarda EMR görülme oranı (%57.1) daha fazla olduğu belirlenmiştir(70).

Amniotik sıvı fetüs için büyüme ve gelişmeye uygun düşük dirençli koruyucu bir çevre sağlamaktadır.Diğer taraftan amniotik sıvı volümünün azlığı(oligohidraamnioz) veya çokluğu (polihidraamnioz) erken doğum riskiyle birlikte dir. Çalışmamızda 26- 32 haftalık riskli erken doğumların %27.7'si oligohidramnios, %0.2'si polihidramnios %5'si ise anhidraamnios olarak belirlenmiştir.

DSÖ'nün verilerine göre, dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Gebelik döneminde anemi prevalansı farklı çalışmalarda %35-100 arasında bildirilmektedir. Gebelikte aneminin maternal ve perinatal etkileri konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. DSÖ, maternal mortalitenin %20'sine aneminin katkısı bulunabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca, maternal

anemi, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı gibi fetal komplikasyonlar ve preeklampsi, eklampsi gibi maternal komplikasyonlar ile ilişkilendirilmiş olup; bunun tersine bazı çalışmalarda ise kötü perinatal sonuçlar ile ilişkili olmadığı ortaya konmuştur. Bu nedenlerden dolayı anemi, kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından önemle ele alınması gereken bir sağlık sorunudur. Çalışmamızda hemoglobin değeri 10g//dl ve altında olan gebeler anemik olarak kabul edilmiştir ve oranı %34.6 olarak saptanmıştır. Klebanoff ve ark.(35) ile Scholl ve ark.(56)nın çalışmalarında ikinci trimester anemisinin preterm doğum riskini iki kat artırdığı görülmüştür. Kopal ve ark.(70) yaptığı çalışmada anemi %40 oranında belirlenmiştir. Aynı çalışmada anemi saptanan gebelerin %50'si DÖB almamıştır. Bizim çalışmamızda da DÖB almayanlarda anemi varlığı fazla olduğu belirlenmiştir. Anemi prevalansını etkilediği düşünülen bir diğer faktör de gebelik sayısıdır. Bir Türkiye çalışmasında(71), gebelik sayısı artışı ve anemi arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun tersine, Pirinçci ve ark.(72) tarafından yapılan çalışmada gebelik sayısı ile anemi sıklığı arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki ortaya konamamıştır. Çalışmamızda da gebelik sayısı ve anemi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Asemptomatik intrauterin enfeksiyon ED'nin en önemli nedenlerinden biri olarak görülmektedir. Çalışmamızda RED yapanların %16.7'sinde enfeksiyon geliştiği saptanmıştır. Spontan membran rüptürü sonucu erken doğum yapan kadınların ise %58.5'inde enfeksiyon gelişmiştir. Erken membran rüptürünün en sık komplikasyonlarından biri olan erken doğum enfeksiyona bağlı olarak başlayabilmektedir. Ayrıca çalışmamızda DÖB almayan kadınlarda enfeksiyon (%35.7) görülme oranı daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tekrarlayan gebelik kayıpları gebeliğin en fazla görülen komplikasyonudur. Tüm gebeliklerin yaklaşık %50'si ve tüm bilinen gebeliklerin %15'i gebelik kayıplarıyla sonlanır. DSÖ gebelik kayıplarını'' bir embriyonun ya da 500mg ve altındaki bir fetusun annesinden atılması ya da alınması'' olarak tanımlar. Üç ya da daha fazla birbiri arkasına gebelik kaybı olarak tanımlanan tekrarlayan gebelik kayıpları, başarılı bir gebelik beklentisinde olan çiftlerin %1'ini etkilemektedir. Tekrarlayan gebeliklerde risk faktörleri; yaşa bağlı artan anormal kromozomlu gebelikler ya da azalan over ve uterus işlevleri nedeniyle düşük riski; artan anne yaşı ile yükselir. Gebelik öyküsü, beklenen bir gebeliğin geleceğini tek başına etkiler. Sonraki düşüklerdeki risk, arka arkaya 3 gebelik kaybı sonrasında yaklaşık %40'lara ulaşacak şekilde her düşük sonrasında yükselir. Risk artışı bir düşüktan sonra %15, iki düşüktan sonra %24, üç düşüktan sonra %43 ve dört düşüktan sonra %54'e kadar çıkmaktadır(73). Çalışmamızda bir defa düşük yapan %13.4, iki defa düşük yapan %7.4 üç ve

üzeri düşük yapan %3.1 oranında belirlenmiştir. Kopal (70) ve ark. yaptığı çalışmada önceki gebeliklerinde abortus öyküsü %16.6 oranında saptanmıştır.

SONUÇLAR

Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi amacıyla yapılan çalışmada elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

1. Riskli erken doğum yapan kadınların çoğunluğunun; 25-29 yaş grubunda (%30.6), lise mezunu (%58), evli (%92.6), çalışmadığı (%86.9), sosyal güvencesinin var olduğu (%90.5), sigara kullanmadığı (%81.4), ve hafif şişman olduğu (%48.4) tespit edilmiştir.
2. Riskli erken doğum yapan kadınların %72.3'ünün doğum öncesi bakım aldığı, bunu çoğunlukla kadın-doğum uzmanından aldığı (%97.6) saptanmıştır.
3. Riskli erken doğum yapan kadınların %47.7'sinin ilk gebeliği olduğu, %3.1'i üç ve üzeri düşük yaptığı, %26'sının bir yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır.
4. Kadınların %10.7'si daha önceki gebeliğinde erken doğum yaptığı, %6.7'si yardımcı üreme tekniği ile gebe kaldığı belirlenmiştir.
5. Kadınların %11.7'sinde plasental sorun , %34'ünde anemi, %16.7'sinde enfeksiyon, %39.6'sında erken membran rüptürü, %19.6'sında vajinal kanama, %8.1'inde yetersiz serviks, %3.3'ünde fetal anomali, %14.3'ünde preeklampsi varlığı belirlenmiştir.
6. Riskli erken doğum yapan kadınların %15'inde maternal hastalık belirlenmiş, bunun çoğunluğunun hipertansiyon (%55.5) olduğu saptanmıştır.
7. Medikal hastalık varlığı ile yaş arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.($p<0.05$)
8. Kadınların gebeliklerinde en çok demir- vitamin preparatları (%66.8) kullandığı saptanmıştır.

9. Riskli erken doğum yapan kadınların daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapmaları ile doğum öncesi bakım alma arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.($p<0.05$)
10. Kadınların doğum öncesi bakım almaları ile anemi, enfeksiyon, erken membran rüptürü arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$)
11. Erken membran rüptürü ile enfeksiyon varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.($p<0.05$)
12. Gebelik sayısı ile daha önceki gebeliğinde erken doğum öyküsü, maternal hastalık arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.($p<0.05$)

ÖNERİLER

Riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerinin analizi amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

1. Araştırmanın değişik sosy-kültürel düzeylerdeki gebeleri kapsayan farklı popülasyonlarda tekrarlanarak toplumumuzu temsil edecek prevalansların ortaya konulması, bu sonuçlardan ülkemizdeki erken doğum tespiti ve bakımına yönelik politikalar oluşturulmasında yararlanması,

2. Ülkemizde var olan doğum öncesi bakım ve izlemi sisteminin her gebeye ulaşılabilir hale getirilerek tüm ülke genelinde işler duruma getirilmesi,

3. Gebelik ve doğum öncesi dönemden başlayarak kadınlara ve gebelere doğuma bağlı oluşabilecek sağlık problemleri ve gebelik komplikasyonlarını içeren eğitim ve danışmanlık hizmetinin planlı bir şekilde verilmesi,

4. Çalışmamızda yüksek bulunan adölesan gebeliklerin ülkemizde de önemli bir faktör olması nedeniyle bu gebeliklerin engellenmesi, adölesanlara aile planlaması konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi önerilmektedir.

ÖZET

Bu araştırma; riskli erken doğumda antenatal risk faktörlerini analiz etmek, erken doğum riski taşıyan gebelerin yönetimine ışık tutmak amacıyla retrospektif tipte tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Araştırmada Ocak 2002- Aralık 2010 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Servisinde 26-32 gebelik haftaları arasında doğum yapan 419 kadının dosyası incelendi. Araştırma verileri; kadınların sosyodemografik özellikleri, obstetrik özellikleri, gebeliğe bağlı problemler ve medikal hastalık varlığına bağlı özelliklerini içeren form ile toplanmıştır. Verilerin istatistiki değerlendirilmesinde; yüzdellik ve ki-kare testi yapılmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre kadınların; %9.1'i adölesan , %2.4'ü okur-yazar değil, %7.4'ü bekar, %48.4'ü hafif şişman, %29.4'ü doğum öncesi bakım almamış, %47.7'sinin ilk gebeliği, %10.7'si daha önce erken doğum yapmış, %6.7'si yardımcı üreme tekniği ile gebe kalmış, %11.7'sinde plasental sorun varlığı, %16.7'sinde enfeksiyon, %8.1'inde servikal yetmezlik, %14.3'ünde preeklampsi, %55.5'inde hipertansiyon, %66.8'inde anemi varlığı saptanmıştır. Riskli erken doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım almayanlarda erken doğum öyküsü, anemi, enfeksiyon ve erken membran rüptürü görülmesi arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur. Gebelik sayısı ile erken doğum öyküsü ve maternal hastalık varlığı arasındaki ilişki anlamlı bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda riskli erken doğum Trakya bölgesinde medikal ve sosyodemografik faktörler açısından geniş yelpazeye sahip önemli bir sorundur.

Anahtar kelimeler: Trakya bölgesi, riskli erken doğum, antenatal risk faktörleri.

THE ANALYSIS OF ANTENATAL RISK FACTORS DURING THE PRECARIOUS PRETERM BIRTH

SUMMARY

This research was planned as a retrospective diagnosis in order to analyse the antenatal risk factors in the precarious preterm birth and shed light on the management of the pregnant with premature risk.

In this research, from January, 2002, to December 2010, the files of 419 women who gave birth between the 26-32 pregnancy weeks in the Labour Service of Training, Research and Implementation Center at Trakya University were examined. Research data was collected through a form including socio-demographic and obstetrical features and the features which depend on the existence of medical ailments of women and the pregnancy-related problems. Chi-squared and percentile rank test were conducted in the statistical assessment of data.

According to the research results, it was diagnosed that 9.1% women were adolescents, 2.4% illiterate, 7.4% single, 48.4% overweight, 29.4% hadn't received prenatal care, 47.7% had their first pregnancies, 10.7% had previously had premature births, 6.7% conceived by assisted reproductive techniques, 11.7% had placental problems, 16.7% infection, 8.1% cervical insufficiency, 14.3% preeclampsia, 55.5% hypertension and 66.8% had anemia. It was meaningful to determine that the women who laboured prematurely hadn't had antenatal care had anemia, infection and premature membrane rupture. The relationship between the number of pregnancy, the history of premature birth and the presence of maternal disease was found significant.

Based on these results, risky premature birth is a major problem with the broad spectrum throughout Trakya Region in terms of medical and socio-demographical factors.

Key words: Trakya Region, risky premature birth, antenatal risk factors.

KAYNAKLAR

1. Aygün C, Çetinkaya M, Aydın O, Alper T, Karagöz F, Küçüködük Ş. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003 yılı perinatal mortalitesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007;47: 177-182.
2. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2008
3. Cunningham F. G, Gant N. F, Leveno K. J, Gilstrap III L. C, Hauth J. C, Wenstrom K. D: Williams Obstetrics 21 st Edition. 2001; 689-727
4. Menon R., Spontaneous preterm birth, a clinical dilemma: etiologic, pathophysiologic and genetic heterogeneities and racial disparity. Acta Obstet Gynecol Scand. 2008;87(6):590-600.
5. Meis PJ, Goldernberg RL, Mercer BM, Iams JD, Moawad AH, Mlodovik M ve ark: The preterm prediction study: Risk factors for indicated preterm births. Maternal Fetal Medicine Units Network of the National Institute of Child Health and Human Development. Am J Obstet Gynecol 178:562, 1998
6. Meis PJ, Michielutte R, Peters TJ, Wells HB, Sands RE, Coles EC, Johns KA: Factors associated with preterm birth in Cardiff, Wales, I. Univariable and multivariable analysis. Am J Obstet Gynecol 173:590, 1995b.
7. Kişnişçi, Göşin: Durukan: Üstay, Ayhan, Gürkan, Önderoğlu. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum bilgisi. 1996; 1465-1480
8. Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML, Reedy NJ, Lowe TW, McIntire Maternal youth and pregnancy outcomes Am J Obstet Gynecol. 1994 Jul;171(1):184-7.
9. Akyol A , Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y: 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. Perinatoloji Dergisi 2006; 14(1):1 – 6

10. Mc Donald AD, Mc Donald JC, Armstrong B, et al. Prematurity and work in pregnancy. *Br J Indust Med* 1988; 45: 56.
11. Hickey CA, Cliver SP, McNeal SF, Hoffman HJ, Goldenberg RL. Prenatal weight gain patterns and spontaneous preterm birth among nonobese black and white women. *Obstet Gynecol.* 1995 Jun; 85(6):909-14.
12. Lockwood C. J: The diagnosis of preterm labor and the prediction of preterm delivery. *Clin Obstet Gynecol.* 1995; 38: 675
13. Papiernik E: Le coefficient de risque d'accouchement premature. *Presse Med.* 1969; 77: 793
14. Creasy R. K, Gummer B. A, Liggins G. C: A system for predict spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol.* 1980; 55: 692
15. Ancel PY, Saurel-Cubizolles MJ, Papiernik ER, Breart G: Very and moderate preterm births: are risk factors different?-*British J Obstet Gynecol*, 1999;106:1162-1170.
16. Neggers Y, Goldenberg RL. Some thoughts on body mass index, micronutrient intakes and pregnancy outcome. *J Nutr* 2003;133: 1737S-1740S.
17. Andres RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol* 2000;5: 231-41
18. Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G. Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001; 80(5): 402-408.
19. Burguet A, Kaminski M, Abraham-Lerat L, et al. The complex relationship between smoking in pregnancy and very preterm delivery: Results of the epigage study. *BJOG.* 2004,111(3): 258-265.
20. Anders RL, Day MC. Perinatal complications associated with maternal tobacco use. *Semin Neonatol.* 2000, 5(3): 231-241.
21. Nieberg O, Marc JS, Mc Laren NM The fetal tobacco syndrome. *Journal of American Medical Association* 1985;253:2998-9
22. Teitelman AM, Welch LS, Hellenbrand KG, Bracken MB Effect of maternal work activity on preterm birth and low birth weight. *Am J Epidemiol.* 1990 Jan;131(1):104-13.
23. Holbrook RH Jr, Laros RK Jr, Creasy RK. Evaluation of a risk scoring system for prediction of preterm labor. *Am J Perinat* 1989; 6: 62.
24. Kopal Ş, Acar A, Girişgin Ü, Çopar M, Akyürek C, Erken (28-37. Gebelik Haftaları Arasında) doğumlarda mediko-sosyal risk faktörlerinin incelenmesi. *SDÜ Tıp Dergisi* 1999;6(3):27-33.
25. Moore TR, The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic population. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154:29-33.

26. Güler A. S, Gürel H, Gebelik aralığına etki eden faktörler. Perinatoloji Dergisi ,Cilt : 4, Sayı: 2/Haziran 1996 • 126-128
27. Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R, Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet 2008; 371: 75–84.
28. Mercer BM, Goldenberg RL, Moawad AH, et al. The preterm prediction study: effect of gestational age and cause of preterm birth on subsequent obstetric outcome. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 1999; 181: 1216–21.
29. Sivaslı E, Tekinalp G, Çoğul Gebelikler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Dergisi 2004;35:154-159.
30. Lumley J. Epidemiology of preterm birth. İlailleres Clin Obstet Gynecol 1993; 7: 477-498.
31. Sancı M, Gür B, Çelik E, Preterm Erken Membran Rüptürlü Hastalarda Doğuma Kadar Geçen Süre ile Oligohidramnios Arasındaki İlişki. Klinik Bilimler ve Doktor. 2005;3:300-305
32. Yanık F, Plasental Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics 2008, 1(2):97-106
33. Steer PJ. Maternal hemoglobin concentration and birth weight. Am J Clin Nutr 2000;71(5 Suppl):1285S-7S.
34. Levy A, Fraser D, Katz M, Mazor M, Sheiner E. Maternal anemia during pregnancy is an independent risk factor for low birthweight and preterm delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;122:182-6
35. Klebanoff MA, Shiono PH, Selby JV, Trachtenberg AI, Graubard BI. Anemia and spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 1991;164:59-63.
36. World Health Organisation. The prevalence of anemia in women: a tabulation of available information. Geneva, Switzerland, WHO -The prevalence of anemia in women: a tabulation of available information; 2nd ed. 1992.
37. Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. Intrauterine infection and preterm delivery. N Engl J Med 2000. **342**: 1500–07
38. Romero R, Sirtari M et al. Infection and Preterm Labor. Am J Obstet Gynecol 1989;161: 817.
39. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No. 48. Cervical Insufficiency. Obstet Gynecol. 2003;102:1091-1099.
40. Batzofin J. H, Fielding W. L, Friedman E. A: Effect of vaginal bleeding in early pregnancy on outcome. Obstet Gynecol. 1984; 63: 515

41. Ekwo E. E, Gosselink C. A, Moawad A: Unfavourable outcome in penultimate pregnancy and premature rupture of membranes in successive pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1992; 80: 166
42. Signore CC, Sood AK, Richards DS. Second-trimester vaginal bleeding; Corelation of ultrasonographic findings with perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1998;173:336-40.
43. Benowitz NL, Dempsey DA, Goldenberg RL, et al. The use of pharmacotherapies for smoking cessation during pregnancy. *Tob Control* 2000; **9** (suppl 3): iii91–94.
44. Buchmayer SM, Sparen P, Cnattingius S. Previous pregnancy loss: risks related to severity of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2004, 191(4): 1225-1231.
45. Goldenberg RL, Culhane JF. Prepregnancy health status and the risk of preterm delivery. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 89–90.
46. Goldenberg RL, Goepfert AR, Ramsey PS. Biochemical markers for the prediction of preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: S36–46.
47. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 165–71.
48. Hoff man S, Hatch MC. Stress, social support and pregnancy outcome: a reassessment based on recent research. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1996; 10: 380–405.
49. Orr ST, James SA, Prince CB. Maternal prenatal depressive symptoms and spontaneous preterm births among African-American women in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 2002; 156: 797–802.
50. Zuckerman B, Amaro H, Bauchner H, Cabral H. Depressive symptoms during pregnancy: relationship to poor health behaviors. *Am J Obstet Gynecol* 1989; **160**: 1107–11.
51. Gennaro S, Fehder W, Nuamah IF, Campbell DE, Douglas SD. Caregiving to very low birthweight infants: a model of stress and immune response. *Brain Behav Immun* 1997; **11**: 201–15.
52. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death: retrospective cohort study. *MJ* 2003; **327**: 313.
53. Sheldon J, Riches P, Gooding R, Soni N, Hobb JR. C-reactive protein and its cytokine mediators in intensive-care patients. *Clin Chem* 1993; 39: 147–50.
54. Hendler I, Goldenberg RL, Mercer BM, et al. The preterm prediction tudy: association between maternal body mass index (BMI) andspontaneous preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 882–86.
55. Tamura T, Goldenberg RL, Freeberg LE, Cliver SP, Cutter GR, Hoff man HJ. Maternal serum folate and zinc concentrations and their relationship to pregnancy outcome. *Am J Clin Nutr* 1992; 56: 365–70.

56. Scholl TO. Iron status during pregnancy: setting the stage for mother and infant. *Am J Clin Nutr* 2005; 81: 1218S–22S..
57. Romero R, Quintero R, Oyarzun E, et al. Intraamniotic infection and the onset of labor in preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 661–66.
58. TC. Edirne Valiliği. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları (serial online). [http:// www.edirne.gov.tr](http://www.edirne.gov.tr).
59. World Health Organization, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Geneva: World Health Organization, 1998.
60. Slattery MM, Morrison JJ. Preterm delivery. *Lancet* 2002; **360**: 1489–97.
61. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Births: preliminary data for 2005. Health E-Stats. Hyattsville, MD, 2006.
62. Dölen İ., Gökçü M, Demirdağ T. Adölesan Gebelikler. *Kadın Doğum Dergisi*. 2003;1(3):183-185.
63. Kükner S. Ve ark., Adölesan Gebelikler Bir Risk Faktörü müdür?, *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 8:22-26,1994
64. Yalınkaya A. ve ark., İleri Yaş Gebeliklerinin Retrospektif Analizi. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 16: 155-159,2002.
65. Dulitzki M, Soriano D, Schiff E, Chetrit A, Mashiach S, Effect of very advanced maternal age on pregnant women. *Obstet Gynecol* 1998; 92 (6): 935-9.
66. Orr ST, Miller CA. Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev* 1995; 17: 165–71.
67. Romero R, Espinoza J, Kusanovic J, et al. The preterm parturition syndrome. *BJOG* 2006; 113: 17–42.
68. Oral B, Çetin M, Göcen Ç, Özbaşar D. İkinci trimesterde vajinal kanama ile komplike gebeliklerde ultrasonografik bulguların perinatal sonuç ile ilişkisi. *SDÜ Tıp Fakültesi* 1998;5(1):1-5.
69. Sipila P, Hartikainen-Sorri AL, Oja H, Von Wendt L. Perinatal outcome of pregnancies complicated by vaginal bleeding. *Br J Obstet Gynaecol*.1992;99:959-63.
70. Kopal Ş, Acar A, ve ark. Erken (28-27 gebelik haftaları arasında) doğumlarda mediko-sosyal risk faktörlerinin incelenmesi. *SDÜ* 1999;6(3):27-33.
71. Oruç O, Tuncer A, Apan E. Adana Yenibaraj Sağlık Ocağı bölgesinde gebelerde anemi prevalansı, V. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, İstanbul, 1996; 374-8.
72. Pirinççi E, Açık Y, Bostancı M, Eren S, Beritanlı H. Elazığ İl merkezinde yaşayan gebelerde anemi prevalansı. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2001; 3: 449-54.

73. Brigham SA, Conlon C, Farquharson RG: A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. *Hum Reprod* 1999;14:2868-2871.

ŞEKİLLER VE TABLOLAR

TABLOLAR

Tablo 1. Erken doğum risk faktörleri.....	4
Tablo 2. Riskli erken doğum yapan kadınların gruplara göre dağılımı	15
Tablo 3. Riskli erken doğum yapanların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	16
Tablo 4. Riskli erken doğum yapanların doğum öncesi bakım alma özelliklerine göre dağılımı.....	18
Tablo 5. Riskli erken doğum yapanların bazı doğurganlık özelliklerine göre dağılımı	19
Tablo 6. Riskli erken doğum yapanların gebeliğe bağlı sorunlara göre dağılımı.....	21
Tablo 7. Riskli erken doğum yapanların mevcut medikal hastalık varlığına göre dağılımı ...	22
Tablo 8. Riskli erken doğum yapanların medikal hastalık varlığı ile yaş vki arasındaki ilişki	22
Tablo 9. Riskli erken doğum yapanların ilaç kullanma durumlarına göre dağılımı	23
Tablo 10. Riskli erken doğum yapanların sosyodemografik özelliklerinin daha önceki gebeliklerinde erken doğum yapma üzerine etkisi	24
Tablo 11. Riskli erken doğum yapanların doğum öncesi bakım alma durumlarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi.....	25
Tablo 12. Riskli erken doğum yapanların erken membran rüptürü ile enfeksiyon varlığı arasındaki ilişkisi	26
Tablo 13. Riskli erken doğum yapanların çalışma durumlarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi	26
Tablo 14. Riskli erken doğum yapanların gebelik sayılarının gebeliğe bağlı sorunlarla ilişkisi	27

ŞEKİLLER

Şekil 1. Yıllara göre riskli erken doğum yapanların dağılımı	14
Şekil 2. Riskli erken doğum yapanların gebelik haftasına göre sigara kullanma durumu	17
Şekil 3. Riskli erken doğum yapanların gebelik haftasına göre vücut kitle indeksinin dağılımı	18

ÖZGEÇMİŞ

Araştırmacı, 1985 yılında Çorlu doğumludur. İlk, orta ve lise öğrenimini Çorlu'da tamamlamıştır. 2004 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesini kazanmış 2008 yılında mezun olmuştur. 2009 yılında Trakya Üniversitesi'nin açmış olduğu Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanında Yüksek Lisans eğitimine başlamıştır. 2008 yılında Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Merkezi Doğum Servisinde çalışmaya başlamış ve halen görev yapmaktadır.

EKLER

Ek 1



T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ



SAYI : B.30.2.TRK.0.A8.00.00 / 600-5715 EDİRNE 24 EYLÜL 2010
KONU : Tez çalışması hk.

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi: 20/09/2010 tarih ve 302-14-559 sayılı yazınız.

Müdürlüğünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Nuray ER'in hastanemizde tez çalışması yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

Prof. Dr. Yahya ÇELİK
Merkez Müdürü

27/09
Yahya Çelik

Posta Adresi:
T.Ü.Hastanesi
22030 Balkan Yerleşkesi/EDİRNE

Tel : (0284) 235 27 31
Fax : (0284) 235 27 30
e-posta: bashekim@trakya.edu.tr

VERİ TOPLAMA FORMU

1. YAŞ:
2. MEDENİ DURUMU: EVLİ BEKAR
3. SOSYAL GÜVENCE: VAR YOK
4. ÇALIŞMA DURUMU: ÇALIŞIYOR ÇALIŞMIYOR
5. KİLO:
6. BOY:
7. SİGARA KULLAMA DURUMU: VAR YOK
8. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM ALMA DURUMU:
ALMIŞ ALMAMIŞ DÜZENSİZ
9. DÖB NEREDEN ALMIŞ:
10. GEBELİK SAYISI:
11. DOĞUM ARALIĞI:
12. YAŞAYAN ÇOCUK SAYISI:
13. ABORT SAYISI
14. MEDİKAL HASTALIK : VAR YOK
15. ERKEN DOĞUM ÖYKÜSÜ: VAR YOK
16. İLAÇ KULLANMA: VAR YOK
17. ÇOĞUL GEBELİK: VAR YOK
18. AMNİOS: : VAR YOK
19. PLACENTAL PROBLEM: VAR YOK
20. ANEMİ: VAR YOK
21. ENFEKSİYON: VAR YOK
22. ERKEN MEMBRAN RÜPTÜRÜ: VAR YOK
23. YETERSİZ SERVİKS: VAR YOK
24. YARDIMCI ÜREME TEKNİĞİ: VAR YOK
25. FETAL ANOMALİ: VAR YOK