T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİ'NDE ERKEN DOĞUMLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. İBRAHİM PADIR

HALK SAĞLIĞI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İZMİR - 2006

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİ'NDE ERKEN DOĞUMLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Dr. İbrahim PADIR

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. Reyhan UÇKU

İZMİR - 2006

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Halk Sağlığı Anabilim Dalı, **Halk Sağlığı Yüksek Lisans Programı** öğrencisi **İbrahim PADIR'ın**, tezini savunması için Dokuz Eylül Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliğinin 18. maddesi uyarınca Enstitü Yönetim Kurulu'nun **30.05.2006** tarih ve **20/05** sayılı kararı ile oluşturulan jürimiz, **16.06.2006** tarihinde, saat **10:00'da** toplanarak aşağıda belirtilen şekilde işbölümü yaptıktan sonra adayın tez savunmasını dinlemiştir. Yönetmelik gereğince adaya tezi ile ilgili sorular yöneltilmiş ve tartışmalardan sonra adayın "**Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde Erken Doğumlar ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi**" konulu Yüksek Lisans Tezinin kabul edilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Prof. Dr. Reyhan UÇKU
BAŞKAN

Yrd.Doç.Dr. Türkan GÜNAY
ÜYE

Doç.Dr. Pınar OKYAY
ÜYE

Doç.Dr. Belgin ÜNAL
YEDEK ÜYE

Yrd.Doç.Dr. Bülent KILIÇ
YEDEK ÜYE

İÇİNDEKİLER i

Teşekkür ii
Özet iii
Abstract iv
Tablolar dizini v
Kısaltmalar vi
1.Giriş 1
2.Genel Bilgiler 3
2.1. Erken Doğum 3
2.2. Erken Doğum Tanımı 3
2.3. Erken Doğum Nedenleri 5
2.4. Erken Doğumun Çocuk Sağlığı Açısından Önemi 8
2.5. Erken Doğumun Önlenmesi 8
3.Araştırmanın Amacı 10
4. Yöntem 10
4.1. Araştırmanın Tipi 10
4.2. Araştırmanın Yeri 10
4.3. Araştırmanın Evreni 10
4.4. Örnek Seçimi 10
4.5. Değişkenler 11
4.5.1. Bağımlı Değişken 11
4.5.2. Bağımsız Değişkenler 11
4.6. Değişkenlerin Tanımı ve Ölçütleri 12
4.6.1. Bağımlı Değişkenin Değerlendirilmesi 12
4.6.2. Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi 12
4.7. Veri Toplama 14
4.8. Veri Analizi 16
4.9. Zaman Çizelgesi 16
5. Bulgular 17
5.1. Bebek ve Doğumlara İlişkin Bulgular 17
5.2. Ailelere İlişkin Bulgular 18
5.3. Annelerin Gebelik ve Üreme Sağlığına İlişkin Bulgular 20
5.4. Bebekler ve Doğumlara İlişkin Bulgular 26
6. Tartışma 31
7. Sonuçlar 40
8. Öneriler 42
9. Kaynaklar 43
10. Ekler 48

Teşekkür

Sağlığa bakış açımı yenileyen ve genişleten, yaşamımda yeni pencereler oluşmasını sağlayan, çok fazla bilgi edindiğim yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım süresince katkı ve destek sağlayan başta tez danışmanım Prof.Dr.Reyhan Uçku, Prof.Dr.Gazanfer Aksakoğlu, Prof.Dr.Gül Ergör ve tüm Dokuz Eylül Halk Sağlığı öğretim üyelerine içten teşekkür ederim.

Gerek eğitimim gerekse tez çalışmalarım boyunca benden desteğini ve anlayışını esirgemeyen Dr.Nuray Yücetin, Dr.Nurhan Yurtman ve tüm çalışma arkadaşlarıma gönülden teşekkür ederim.

Ayrıca bu araştırmanın özellikle veri toplama sürecinde büyük emekleri olan sağlık kurumlarında görevli ebe-hemşire ve hekim arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

İki yıllık süreçte bana sürekli destek olan ve çok büyük anlayış gösteren sevgili eşim, canım çocuklarım ve tüm aileme çok teşekkür ederim.

Özet

Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nde
Erken Doğumlar ve Etkileyen Etmenlerin Değerlendirilmesi
Dr.İbrahim PADIR

Dünya Sağlık Örgütü tarafından erken doğum; gebeliğin 37 hafta yada 259 gün tamamlanmadan sona ermesi olarak tanımlanmaktadır. Yeni doğanda başlıca mortalite ve morbidite nedenlerinden biri olan erken doğum riski, özellikle yüksek risk grubundakiler olmak üzere tüm kadınlara erken ve uygun prenatal bakım sağlanmasıyla azaltılabilir.

Olgu-kontrol çalışması olarak yürütülen bu çalışmanın amacı, Konak Sağlık Grup Başkanlığı (KSGB) Bölgesi'nde erken doğumları etkileyen etmenleri saptamaktır. Araştırmanın evreni, KSGB Bölgesindeki 2005 yılı içerisindeki doğumların tümüdür. KSGB Bölgesinde 01.06.2005 ile 30.11.2005 tarihleri arasında meydana gelen erken doğumların tümü olgu grubunu (n=210) oluşturmuştur. Kontrol grubuna ise her erken doğan bebek için aynı sağlık kurumunun aynı bölgesinden, aynı ayda ve miadında doğan bir bebek seçilmiştir (n=210). Olgu grubunda 176 (% 83.8), kontrol grubundan ise 203 bebeğin (% 96.7) ailesine ulaşılmıştır.

Olgu ve kontrol grubundaki bebeklerin cinsiyetleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Ailelerin sağlık güvence durumları ve sosyo-ekonomik durum algıları açısından olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark yoktur.

Annenin öğrenim durumu(p=0.046), gebelikte sigara içme durumu(p=0.041), daha önce erken doğum öyküsü(p=0.0002), çoğul doğum öyküsü(p=0.0126), bu gebeliğin çoğul olması(p=0.000), son 24 dört saatte aşırı yük kaldırma(p=0.024), oligo-polihidroamnios varlığı(p=0.001), uterusta aşırı kasılma(p=0.026), erken membran rüptürü(p=0.000), intrauterin gelişme geriliği(p=0.000), prenatal izlemlerde yetersiz ölçüm yapılması(p=0.037), prenatal izlem sayısı(p=0.042) erken doğum için risk etmeni olarak bulunmuştur.

İkili analizlerde anlamlı ilişki bulunan değişkenlerle lojistik regesyon analizi yapılmıştır. Annenin öğrenim durumu, bu gebeliğin çoğul olması, plasenta previa varlığı, erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği, gebelikte yetersiz kilo alımı, erken doğumu en çok etkileyen etmenler olarak bulunmuştur.
Anahtar sözcük : Erken doğum, risk etmeni.

Abstract

Evaluation of Prematurity and Risk Factors and in Konak Health District
Dr.İbrahim PADIR

Prematurity is described as, ending of gestation before completing 37 weeks or 259 days, by the World Health Organization. The risk of prematurity, which is the main cause of mortality and morbidity, among newborn would be decreased by early and adequate prenatal care of all women especially in the high risk group.

The aim of the case-control study is to determine the factors effecting prematurity, in Konak Health District. Population of the study is number of all births in 2005 in Konak Health District. All births between 01.06.2005 and 30.11.2005 in Konak Health District are the case group(n=210).

In the same health centre's region, being born in the same month and term infants are chosen for control group(n=210). 176(%83.8) in the case group and 203(%96.7) infants parents have been reached, in this study.

There is no significant difference between the infants gender in case and control groups. Also there is no significant difference between case and control group parents' social security and perceived-economic status.

By univariate analysis, smoking habit during pregnancy(p=0.041), history of within 24 hours before delivery(p=0.002), twin and triplet pregnancy(p=0.000), lifting heavy objects in last 24 hours(P=0.024), presence of oligo-polihidramniozis(p=0.001), excessive contractions of uterus(p=0.026), early membrane rupture(p=0.000), intrauterine growth retardation(p=0.000), measurements during prenatal observations(p=0.037), number of prenatal observations(p=0.037) are risk factors for prematurity.

The variables that were statistically significant by univariate analysiswere included in a multivariate analysis. Logistic regression analysis show that mother's education, twin or triplet pregnancy in the current pregnancy, placenta previa, early membrane rupture, intrauterine growth retardation, unsufficient weight gains are the main risk factors for prematurity.
Key word: Prematurity, risk factor.

Tablolar Dizini

Tablo 1 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin cinsiyetlerine göre dağlımı 17

Tablo 2 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin ailelerinin sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağlımı 17

Tablo 3 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin sosyo-demografik ve biyolojik özelliklerine göre dağılımı 18

Tablo 4 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin yaş gruplarına göre dağılımı 19

Tablo 5 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin toplam gebelik sayılarının karşılaştırılması 19

Tablo 6 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin üreme sağlığına ilişkin özelliklerinin dağılımı 20

Tablo 7 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin gebeliklerine ilişkin özellikler 22

Tablo 8 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin erken doğumu kolaylaştırıcı durumlara göre dağılımı 23

Tablo 9 : Olgu ve kontrol grubu bebeklere ve doğuma ilişkin özelliklerin dağılımları 25

Tablo 10 : Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin doğum öncesi bakım alma durumu 26

Tablo 11 : Annelerin gebelikteki izlem sayılarının ortalamaları 27

Tablo 12 : Lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler ve referans değerler 28

Tablo 13 : Lojistik regresyon analiz sonuç tablosu 29

Kısaltmalar

UNDP	United Nation Development Programme
UNICEF	Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
KSGB	Konak Sağlık Grup Başkanlığı
AÇSAP	Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
A.Placenta	Ablatio plasenta
P.Previa	Plasenta Previa
HT	Hipertansiyon
DM	Diabetes Mellitus
Kr. Guatr	Kronik Guatr
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DDA	Düşük Doğum Ağırlığı
EMR	Erken membran rüptürü
TA	Tansiyon arteriyel
ÇKS	Çocuk kalp sesleri

KONAK SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI BÖLGESİ'NDE ERKEN DOĞUMLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ

Gelişmiş ülkelerde doğumların % 6–7 sini oluşturan erken doğumlar, perinatal mortalite ve morbiditeye katkıda bulunan temel etkendir. Gelişmiş ülkelerde son 20 yılda erken doğumların sıklığının azalmasında bir ilerleme elde edilememiştir. Ancak gebeliğin uzatılması ile birlikte kortikosteroid kullanımı, fetal akciğer gelişimine fayda sağlamıştır.

Erken doğum, perinatal mortalite ve morbitelerin yaklaşık % 75-80'inden sorumludur. Perinatal bakım konusundaki önemli ilerlemelere rağmen erken doğum, tüm doğumların % 7-10'unu oluşturmaktadır. Günümüzde Amerika Birleşik Devletlerinde yılda 250 bin erken doğum meydana gelmekte, bunların büyük kısmı erken eylem sonucu olmaktadır(1).

İstanbul'da, 1998 yılında İstanbul Mezarlıklar Müdürlüğü'nde 01.01.1998–30.06.1998 tarihleri arasında kaydedilen 0–5 yaş çocuklara ilişkin Ölü Göme İzin Kağıdı'nın incelenerek yapıldığı araştırmada, ölüm nedenleri arasında ilk sıraları % 14.7 ile erken doğum, % 5.2 ile doğumsal anomali ve % 2.8 ile asfiksinin aldığı görülmüştür(2).

Konak ilçesinde 2003 yılında Yücetin tarafından yapılan araştırmadaki bebek ölüm nedenlerinin sıralamasına baktığımızda 22 bebeğin (%29.7) erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilgili hastalıklar nedeni ile öldüğü görülmektedir(3). İlk sırada ve yüksek oranda erken doğum ve düşük doğum ağırlığının yer alması, bu konudaki önleme çabalarının artırılması gerektiğini göstermektedir.

Tüm yeni doğanların % 9'u 37'inci gebelik haftasından önce, % 6'sı ise 36'ıncı haftadan önce doğmaktadır. Termden önce doğan bebekler, termde doğanlara oranla,

enfeksiyonlara, respiratuar sorunlara, gastrointestinal ve nörolojik hasarlara daha açıktırlar. Ayrıca erken doğanlarda ölüm oranı 40 kez daha fazladır.

Konak ilçesinde yılda ortalama olarak 10,500–11,000 bebek doğmakta ve bu doğumların yaklaşık % 4'ü erken doğum olarak gerçekleşmektedir. Canlı doğan her bin bebekten 15-16'sı bir yaşını göremeden hayatını kaybetmektedir. Bebek ölüm nedenlerine baktığımızda % 30.2 ile erken doğum ve düşük doğum ağırlığı birinci sırada karşımıza çıkmaktadır.

Tüm dünyada anneler ve doğan bebekler aynı olaylar sonucu benzer nedenlere bağlı ölmektedirler. Anne ölüm nedenleri arasında kanama, enfeksiyon, toksemi, sağlıksız düşük ilk sıraları alırken, bebek ölümleri gebelikte yetersiz bakım, doğumda yanlış yaklaşım/doğum travması, asfiksi, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve enfeksiyon nedenleri ile meydana gelmektedir. Yenidoğan dönemindeki ölümler büyük ölçüde ana sağlık düzeyine bağımlıdır ve ölüm nedenlerinin başında düşük doğum ağırlığı, erken doğum, doğumsal anomaliler, doğum travmaları ve sepsis gelmektedir. Yeni doğan sonrası ölümler ise daha çok çevresel etmenlere bağlıdır. Bebek ölümlerinin nedenleri arasında yer alan bazı doğumsal anomalilerin önlenmesi genetik danışmanlık ve akraba evliliklerinin olmaması gibi kültürel değişimlerle önlenebilir. Ancak doğum öncesi, doğum sırasında ve doğum sonrasında sağlık personeli tarafından izleme ve sağaltım olanaklarındaki ilerlemeler sayesinde doğum travması, erken doğum, enfeksiyonlar ve düşük doğum ağırlığına bağlı nedenlerle olan bebek ölümlerinin önlenmesi daha olanaklıdır(4).

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erken Doğum

Erken doğum, neonatal mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenidir. Erken doğum insidansı, gebeliklerin yaklaşık % 7-9' unu oluşturmaktadır ve erken doğan bebekler solunum, gastrointestinal, renal ve nörolojik sistemlerin çeşitli komplikasyonları açısından yüksek risktedirler.

Erken doğumu iki grupta incelemek yararlı olur; birincisi spontan erken eylem ya da erken membran rüptüründen sonra olan, ikincisi ise endikasyonlu kaçınılmaz erken doğuma yol açan ya da gerektiren tıbbi ve obstetrik komplikasyonlar sonrası olanlar ki, bunlar total erken doğumun % 30-70'inden sorumludur.

2.2. Erken Doğum Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü, son adet tarihinden sonra 37 haftadan önce doğan tüm canlı doğumları erken doğum olarak tanımlamaktadır(5). Her yıl ülkemizde gerçekleşen 1.5 milyon canlı doğumun 140,000'ni, dolayısı ile %10'u, Amerika Birleşik Devletleri'nde ise %11'i, 37. gebelik haftasından önce doğmaktadır. Son yıllarda tıp teknolojisindeki hızlı gelişmelere paralel olarak erken doğan bebeklerin yaşama oranlarında belirgin artışlar kaydedilmiş, günümüzde 1,500 gr altında doğum ağırlığına sahip erken doğan çocuklar için %70, 1,500–2,500 gr arası doğum kilosuna sahip çocuklar için ise %95'e varan yaşam oranlarına ulaşılmıştır. Ancak yine de erken doğumlar anne açısından herhangi bir risk taşımamasına karşın, gelişmiş ülkelerde anomalisi olmayan infantlarda mortalite ve morbiditenin en büyük nedenidir (6).

Doğum sırasında yeni doğan bebek sağlığının en önemli göstergelerinden birisi "doğum ağırlığı"dır. Doğum ağırlığının değerlendirilmesinde gebelik haftası da göz önüne alınmalıdır. Normal gebelik süresi 38–42 hafta olarak tanımlanır. Gebeliğin 37 hafta ya da 259 gün tamamlanmadan başlayan doğum eylemi "erken eylem" ve bu gebelik sonucu doğanlar da "erken doğan bebek" olarak tanımlanmaktadır(7). Normal gebelik süresinde doğduğu halde doğumdaki ağırlığı 2,500 gramdan az olan bebeklere "düşük doğum ağırlıklı bebek" denir (8).

Gebelik süresi ve bebeğin doğum kilosu, bebek ölümlerini ayrı ayrı etkileyen, aynı zamanda birbirlerinin etkilerini de artıran etmenlerdir. Bu nedenle erken ve düşük kiloyla doğan bebekler, düşük kilolu fakat normal zamanda doğan bebeklere göre daha fazla risk altındadır. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin ölme olasılıkları, normal ağırlıkta doğan bebeklere göre yaklaşık iki kat fazladır. Bu yüzden doğum aralıklarının uzaması, bebeğin doğum ağırlığını etkilemede, annenin yaşından ve çocuk sayısından daha önemli olabilmektedir(9).

Teknolojideki ve hasta izlemindeki gelişmelere karşılık gebelikte rastlanabilen pek çok sorunun aksine erken eylem ve doğumların görülme sıklığında önemli bir azalma bulunmamaktadır. Günümüzde ülkeler ve ırklar arasında, taşınan risklere göre farklılıklar olmakla birlikte her 10 gebelikten birinde erken eylem ve doğum olmaktadır(10).

Neonatal dönemde anomalilere bağlı olmayan ölümlerin % 83-85'inde neden erken doğum ve getirdiği sorunlardır. 37. haftadan önce doğan bu bebeklerdeki neonatal kayıpların %66'sı 29. haftadan önceki doğumlarda görülmektedir. 29.haftadan önceki doğumlarda gestasyonel yaş sağ kalım için daha önemli bir belirteçken, bu haftadan sonra, doğum ağırlığı, sağkalım için daha büyük önem taşımaktadır. Bunlara ek olarak, 29. haftaya kadar erkek bebeklerdeki mortalite oranları, kızlarınkinin iki katıdır. İkizlerde de mortalite tekil gebeliklerin 3–4 katıdır. Erken doğuma bağlı gelişebilen en önemli sorunlar; respiratuar distres sendromu, intraventriküler kanama, nekrotizan enterekolit, sepsis, patent ductus arteriosus, hiperbilirubinemi, retinopati ve bronkopulmoner displazidir. Bu sorunlar gebelik haftası ilerledikçe azalır. 23 haftalık doğan bir bebeğin yaşam şansı % 25 iken, 24 haftalık bebeğin yaşam şansı % 50'dir. Bir haftanın yaşam şansına etkisi, 30. haftadan itibaren %1 oranında artmaktadır(11).

Erken doğuma bağlı sorunların gebelik haftasına göre görülme sıklıkları;

- Ek sorunu olmayan bir gebeliğin 36. gebelik haftası sonrasına kadar uzatılması, neonatal respiratuar distress sendromu oranında azalma sağlar (36.haftada %3.3 iken, 37. haftada %0.4).
- 32. haftadan sonra patent ductus arteriosus (32.haftada %9.3 iken, 33. haftada %1.8) ve nekrotizan enterokolit (32.haftada %5.6 iken,33.haftada %1.8) oranı azalır.
- 27. haftadan sonra, Grade III ve IV intraventriküler hemoraji oranları azalır ve 32. haftadan sonra genellikle görülmez.

2.2. Erken Doğum Nedenleri

Uzun yıllar süren çabalara karşın insanlarda doğum eylemini başlatan faktörler tam olarak bilinememektedir. Genellikle, erken eylemin birden fazla nedeni olduğu ve birden fazla mekanizma ile başladığı kabul edilmektedir. Eğitim düzeyi, aylık gelir göz önüne alınarak yapılan çalışmalarda, erken doğum ile düşük sosyoekonomik düzey arasında sıkı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(12).

Erken doğumun nedeni genellikle bilinmemektedir. Ancak annenin öyküsünde sıklıkla sosyo-ekonomik durumun düşük, doğum öncesi bakımın yetersiz, beslenmenin kötü, eğitimin az olduğu, anne yaşının çok genç ya da ileri oluşu, annenin evli olmadığı veya araya giren sağaltımı yapılmamış hastalık ya da enfeksiyonların olduğu bilinmektedir(13).

Düşük sosyoekonomik durum hastanın beslenme düzeyini etkileyerek de erken doğumda rol oynar. Özellikle konsepsiyondaki nutrisyonel durum, erken doğum oranını etkiler. Gebelik başlangıcında ağırlığı 50 kg'dan az olan annenin riski, ağırlığı 57 kg veya üzeri olana göre 3 kat fazladır. Son yıllarda yapılmış birçok çalışma, gebelikte yetersiz kilo alımının da erken doğum riskini %50–60 oranında arttırdığını göstermiştir(14).

Yaş spektrumunun iki ucundaki gebelerde erken eylem insidansı artar. Yaklaşık otuz bin gebenin izlendiği bir çalışmada, gerek küçük gerekse ileri anne yaşının (20 den küçük, 35 den büyük olması), yüksek erken doğum oranlarıyla birlikte olduğu gösterilmiştir(13).

Hastanın daha önceki gebeliklerinin öyküsü şu anki gebeliğinin prognozu açısından önemlidir. Daha önceden bir yada daha fazla erken doğumu olan kadınlar takip eden gebeliklerinde % 17–47 oranında yeniden erken doğum yapmaktadır. Erken doğum sayısı ikinin üzerine çıktıkça oran daha da yükselmekte ya da erken eylemi takiben normal term doğum yapılması azalmaktadır. İlk trimester düşükleri takiben erken eylem oranı değişmemektedir. Ancak ikinci trimester düşüklerinden sonra artış olup olmadığı bilinmemektedir(15).

Bazı uterus anomalilerinin erken doğumla önemli bir ilişkisi vardır. Örneğin; Uterus Bikornis'te erken doğum insidansı %80'e kadar çıkabilir. Uterusta septus olguları daha düşük bir risk taşır. Uterusun özellikle submukozal ve intramural myomları da erken eylem riskini artırmaktadır(16).

Ağır iş veya egzersizin erken doğumla ilişkisi bulunamamıştır fakat uzun süre ayakta kalmanın ilişkisi gösterilmiştir(17).

Küçük anne yaşı (18 yaş altı), düşük vücut ağırlığı (55 kg. altı), sigara içimi (10 adetten fazla/gün) ve artmış doğum sayısı (3'ten fazla) erken doğum riskini artıran diğer faktörlerdir(18).

Maternal enfeksiyonlar, erken eylem ve doğum riskini artırırlar. Alt genital traktusun Clamidia trachomatis, Üreaplasma ürealyticum, Grup B streptokok, Gardnerella vaginalis, Trichomonas vaginalis ve değişik anaerob bakteriler ile kolonizasyonunun erken doğuma neden olduğu birçok araştırmacı tarafından yayınlanmıştır. Özellikle bakterial vajinozisin erken doğum açısından yüksek risk taşıdığı saptanmıştır. Bakteriyel invazyon prostaglandin sentezini değişik şekillerde arttırarak erken eyleme yol açar. Asemptomatik bakteriüri, eğer zeminde bir renal hastalık varsa veya akut pyelonefrit gelişirse, artmış erken eylem oranları ile ilişkilidir. Çalışmalara göre tedavi edilmemiş akut pyelonefrit %30 oranında erken doğum insidansı taşır. Hepatit, hipertroidi, kalp hastalığı, gebeliğe bağlı kolestaz, anemisi olan gebelerde de erken doğum riski artmıştır. İkinci ve üçüncü trimestrde yapılan abdominal cerrahi, uterin aktivitede artışa neden olarak erken doğum ile sonuçlanabilir(19,20).

Preeklampsinin, erken doğum riskinde hafif bir artışa neden olduğu bilinmekle birlikte, kronik hipertansiyonun erken doğuma neden olduğu kesin olarak gösterilememiştir. Polihidramnios gibi komplikasyonları oluşmadıkça Diabetes Mellitus, erken doğum için bir risk faktörü değildir(7).

Multipl konjenital anomaliler veya santral sinir sistemi anomalilerinde de erken doğum riski yüksektir. Maternal serum alfa fetoprotein düzeyinin gebeliğin ilk yarısındaki artışı, erken eylem ile ilişkili bulunmuştur(21).

Çoğul gebeliklerde bebek sayısı ile paralel olarak erken eylem oranı artmaktadır(%30–50). İkizler ortalama 36.haftada doğmaktadır. Bu durumun polihidramnios vakalarında da %30–40 oranda görülmesi nedeniyle, uterusun aşırı distansiyonuna bağlı olduğu düşünülür(22).

Nüfus artış hızının yüksek olduğu ülkelerde doğal olarak doğurganlık da yüksektir ve sonuçta aşırı doğurganlık söz konusudur. Aşırı doğurganlığın olduğu ülkelerde erken evlenme, adölesan gebelikler, ileri yaş gebelikleri, 2 yıldan kısa aralıklarla olan ve çok

sayıdaki gebeliklerin, istenmeyen gebeliklerin görülme sıklığı fazladır. Tüm bu özellikteki gebelikler riskli gebelikler olup, kadın, anne ve çocuk sağlığını son derece olumsuz etkiler. Yapılan hesaplamalara göre, gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması uygulamaları ile riskli gebelikler önlenebilse, anne ve çocuk hastalık ve ölümlerinde %30–40 oranında azalma olur. Diğer bir ifade ile eğer gelişmekte olan ülkelerde, aile planlaması hizmetleri başarılı olarak verilebilirse, aşırı doğurganlık ve riskli gebeliklerin azalmasına bağlı yaklaşık % 30–40 oranında anne ve bebek ölümleri önlenebilir(23).

TNSA–2003 sonuçlarına göre ülkemizde toplam doğurganlık hızı kırsal alanlarda kadın başına 2.65 doğum iken, kentsel yerleşim yerlerindeki kadınlarda 2.06 doğumdur. 1993 ve 1998 araştırmaları arasında değişim göstermeyen kentsel ve kırsal doğurganlık hızları, son beş yıl içinde her iki kesimde de benzer hızlarla azalarak doğurganlık düşüşüne eşit ölçüde katkıda bulunmuşlardır. Özellikle Orta ve Kuzey Anadolu bölgelerinde toplam doğurganlık hızı, 1998 ile 2003 döneminde % 27–28 dolayında azalmıştır(24).

Placenta previa, ablatio placenta nedeniyle görülen antepartum hemorajilerde de erken doğum görülür. Bazı araştırmacılara göre bu durum, en önemli risk faktörüdür(11).

Erken doğum nedenlerini kısaca aşağıdaki gibi sıralayabiliriz:

- Kötü sosyoekonomik durum
- Anne yaşının 20'den küçük, 35'ten büyük olması
- Gebelik öncesi kilonun 50'nin altında olması
- Gebelik sırasında ateşli hastalık
- Çoğul gebelik
- Polihidramnios
- Uterin anomaliler
- Geçirilmiş abdominal ve servikal operasyonlar
- Önceki gebeliklerde tekrarlayan abortuslar
- Önceki gebelikte preterm eylem
- Önceki gebelikte preterm doğum (2-25 kat artmış risk)
- Önceki gebelikte indükte abortus (1.6 kat artmış risk)
- Artmış maternal serum AFP düzeyi (4.6 kat artmış risk)
- Gebelik sırasında kanama (4.3 kat artmış risk)
- Servikal konizasyon (3.2 kat artmış risk)
- Bakteriyel vaginosis (2.8 kat artmış risk)
- Üriner sistem enfeksiyonu (1.6-5.4 kat)

- Sigara kullanımı (2 kat artmış risk)
- Yardımcı Üreme teknikleri ile elde edilen gebelikler (riskte %27 artış)
- Hemşire olarak çalışma (5.6 kat artmış risk)

2.4. Erken Doğumun Çocuk Sağlığı Açısından Önemi

Erken doğan bebeklere, özellikle yaşam sınırında olan olgulara, yoğun bakım desteği verilip verilmemesi giderek artan oranlarda tartışılmaya başlanmıştır. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı çocuklarda (1,500 gram altı) morbidite oranın yüksek olması ve özürlü bir çocuğun aile ve topluma getirdiği yükün yanı sıra, yoğun bakım hizmetinin maliyeti de bu tartışmaların temelini oluşturmaktadır. Bu tartışmalar doğrultusunda, erken doğan bebeklerin sonraki yaşamlarının kalitesi gündeme gelmiş ve yaşam kalitelerini değerlendiren çalışmalara rastlanır olmuştur. Yaşam kalitesi, bireyin yaşamını etkileyecek birçok etmeni kapsayan karmaşık bir kavramdır. Sağlık, yaşam kalitesini bütün olarak etkileyen temel etmendir. Bu nedenle, erken doğan çocuklarda sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi öncelikle çalışılmıştır. Saigal ve arkadaşları çok düşük doğum ağırlıklı çocukların sekizinci yaşlarındaki yaşam kalitelerini araştırmışlar ve zamanında doğan kontrol grubu çocuklara göre sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin daha düşük olduğunu saptamışlardır(25). Ancak bu çocukların kendi sağlık düzeylerini umulan ya da korkulandan daha iyi olarak nitelendirdikleri de dikkati çekmiştir. Aynı çalışmacılar bu çocukları 12–16. yaşa kadar izleyip, ilk çalışmalarını bu yaş grubunda tekrarlamışlardır. Yüzde 27 oranında duyusal kusurları olan bu popülasyonun, kendi sağlıklarıyla ilişkili yaşam kalitelerini kontrollere göre daha düşük bildirdiklerini saptamışlardır. Ancak bu çocuklar kontrollere yakın oranlarda bulundukları durumdan memnun olduklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak çalışmacılar ciddi özürlerine rağmen, bu çocukların ergenlik çağına kadar baş etme becerileri geliştirerek, toplumda iyi işlev gördükleri sonucuna varmışlardır.

2.5. Erken Doğumun Önlenmesi

Spontan erken doğumun önlenmesi, var olan tokoliz yöntemleri ile başarılması güç bir durumdur. Endikasyonlu erken doğumun önlenmesi ise preeklampsi, diabet ve diğer hastalıkların önlenmesi ve/ veya tedavisini gerektirir.

Yayınlanmış birçok çalışmada erken eylem tanısı alan gebelerin ancak % 10-30'unun tokoliz için uygun olduğu saptanmıştır. Bu da erken eylemde tokolitik tedavinin başarısının az olduğunu göstermektedir. Başarıyı sağlamada en önemli etmen, erken

tanıdır. Erken eylemin erken tanısı için birçok yönteme başvurulmuştur. Erken eylem için yüksek risk taşıyan hastaları tanımlayabilme potansiyeli olan pek çok biyokimyasal test bulunmaktadır. Bu testlerle, hastalara daha yakın gözlem ve daha iyi müdahale yapılması olasıdır. Biyokimyasal belirteçlerle aynı zamanda erken eylem riski olan asemptomatik hastalar da belirlenerek doğumun önlenmesi ve fetal maturasyonun hızlandırılması için girişimde bulunulabilir(26). Bu nedenlerle özellikle riskli gebeliklerde doğum öncesi izlem büyük önem taşımaktadır. Bu izlemlerde yapılan ölçümlerle riskli olduğu belirlenen gebelere bu testlerin yapılarak erken doğumun önlenmesi ya da azaltılması sağlanabilir.

Erken doğum önleme çabalarına karşın, zeminde yatan patofizyolojiyi anlamadaki güçlükler, yetersiz tanı yöntemleri ve etkin olmayan tedaviler nedeniyle her zaman istenen sonuç alınamamaktadır. Sonuç olarak; erken doğumlar, diğer perinatal mortalite ve morbidite nedenleri azaldığı halde, esas neden olarak önemini korumaktadır. Ağrıları olduğunu ifade ederek başvuran gebeye yaklaşımda ana amaç, irreversibl safhaya ulaşmadan erken doğum tanısının konulması olmalıdır(11).

3. ARAŞTIRMANIN AMACI

Konak Sağlık Grup Başkanlığı (KSGB) Bölgesi'nde erken doğumları etkileyen etmenleri saptamaktır.

4. YÖNTEM

4.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, olgu-kontrol tipinde, bir araştırmadır.

4.2. Araştırmanın Yeri

Araştırma, KSGB Bölgesi'ndeki 40 sağlık ocağı ve evde izlem hizmeti veren 5 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Merkezi bölgelerinde yapılmıştır.

4.3. Araştırma Evreni

KSGB bölgesindeki 1 Haziran 2005–30 Kasım 2005 tarihleri arasında meydana gelen doğumların tümü araştırmanın evrenini oluşturmaktadır.

4.4. Örnek Seçimi

KSGB Bölgesi'ndeki sağlık ocağı ve AÇSAP Merkezi bölgelerinde meydana gelen ve bu kurumlar tarafından her ay Doğum Cetveli (Ek.1) ile KSGB'na bildirilen bebek doğumlarından, altı aylık dönemde (1 Haziran 2005–30 Kasım 2005) meydana gelen erken doğumların tümü (n=210) olgu grubunu oluşturmaktadır.

1 Haziran 2005–30 Kasım 2005 tarihleri arasında erken doğum olan sağlık kurumunun bölgesinde, erken doğan bebekle aynı ayda ve miadında doğmuş bebeklerden, bu kurumlar tarafından gönderilmiş olan doğum cetvellerinden, birinci sıradaki (standardizasyonu sağlamak için) 210 bebek kontrol grubuna seçilmiştir. Ek olarak, adres değişikliği gibi nedenlerle ulaşılamama olasılığı düşünülerek, her bebek için

aynı koşulları taşıyan ve doğum cetvelinde ikinci sırada yer alan 210 bebek de yedek olarak seçilmiştir.

Erken doğum olan sağlık kurumuna ait "Doğum Cetveli"nden açık adres ve kimlik bilgileri, doğum tarihi ve haftası alınmıştır.

Yedek alma ölçütleri : Örneğe çıkan bebeğin annesinin araştırmaya katılmayı reddetmesi, ailenin bölgeden taşınmış olması, üç kez adrese gidilmesine karşın aileye ulaşılamaması durumlarında kontrol grubunda yedek alınmıştır.

4.5. Değişkenler:

4.5.1.Bağımlı Değişken: Erken doğumun varlığı

4.5.2. Bağımsız Değişkenler :

Anneye ve Aileye Ait değişkenler :

- Annenin yaşı
- Annenin öğrenim durumu
- Annenin çalışma durumu
- Sosyo-ekonomik durum(SED)
- Sağlık güvence durumu
- Toplam gebelik sayısı
- Erken doğum öyküsü
- İstemeden düşük öyküsü
- Annenin sigara içme alışkanlığı
- Annede sistemik hastalık varlığı (kalp, böbrek hast., şeker hast.vb.)

Gebeliğe ve Bebeğe Ait Değişkenler:

- Gebelikler arası süre(gebelik aralığı)
- Erken doğum ile bir önceki doğumu arasında geçen süre
- Çoğul gebelik öyküsü
- Bu gebeliğin çoğul olup olmadığı
- Gebelikte anemi durumu
- Annenin gebelikte yüksek ateşli hastalık geçirmesi
- Gebeliğin son 24 saatinde aşırı yük kaldırma öyküsü
- A.Plasenta ve P.Previa öyküsü

- Oligohidramnios öyküsü
- Gebelikte preeklampsi-eklampsi varlığı,
- Gebelikte aşırı uterin kontraktilite
- Erken membran rüptürü öyküsü
- Gebelik sırasında bebekte anormallik saptanması
- Gebelik sırasında bebeğin gelişiminde gerilik durumu
- Gebelikte alınan kilo
- Gebelik sırasında cerrahi girişim
- Gebelikte genital enfeksiyon varlığı
- Doğum öncesi bakım(DÖB) alma durumu

4.6. Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri :

4.6.1. Bağımlı Değişkenin Değerlendirilmesi

Erken doğum : Gebeliğin 37 hafta ya da 259 gün tamamlanmadan sona ermesi, "erken doğum" olarak tanımlanmıştır.

4.6.2. Bağımsız Değişkenlerin Değerlendirilmesi

1. <u>Anneye ve Aileye Ait değişkenler :</u>

a) Annenin yaşı : Annenin bitirdiğini yaş yazılmış, veri değerlendirmede üç gruba ayrılarak değerlendirilmiştir:

- 18 yaş altı,
- 18-35 yaş arası,
- 35 yaş üzeri.

b) Annenin öğrenim durumu : Okur-yazar değil, okur-yazar, ilkokulu bitirmiş, ortaokulu bitirmiş, liseyi bitirmiş ve üniversiteyi bitirmiş olarak tanımlanmıştır. Veri değerlendirmede diplomasız, ilkokul mezunu ile ortaokul mezunu ve üzeri olanlar olarak gruplandırılmıştır.

c) Annenin çalışma durumu : Ev hanımı, düzenli ücretli iş ve düzensiz ücretli iş olarak gruplandırılmıştır. Düzenli olarak aylık ücret karşılığı çalışanlar "düzenli ücretli iş", bunun dışında kalanlar "düzensiz ücretli iş" olarak tanımlanmıştır. Veri değerlendirmede annenin çalışma durumu "var" ve "yok" olarak gruplandırılmıştır.

d) Sosyo-ekonomik durum : Bilgi alınan kişinin algılamasına göre "iyi", "orta" ve "kötü" yanıtları kabul edilmiştir.

e) Sağlık güvence durumu: "var, "yok" olarak gruplandırılmıştır.

f) Annenin toplam gebelik sayısı : Açık uçlu olarak kaydedilmiş düşük, küretaj, ölü doğum dahil toplam gebelik sayısı yazılmış, daha sonra "1-3" ile "4 ve üzeri" olarak gruplandırılmıştır.
g) Annenin erken doğum öyküsü : "var, "yok" olarak gruplandırılmıştır.
h) Annenin istemeden düşük öyküsü : "1 Trimestr", "2. Trimestr" ve "Yok" olarak kaydedilmiştir. Veri değerlendirmede "var, "yok" olarak gruplandırılmıştır.
i) Annenin sigara içme alışkanlığı : Düzenli olarak günde 1 tane bile içiyorsa sigara içiyor kabul edilmiş, "evet", "hayır" olarak gruplandırılmıştır.
j) Anne sigara içiyor ise; "10 taneden az", "10-20 tane arası" ve "20 taneden fazla" olarak gruplandırılmıştır.
k) Annede sistemik hastalık varlığı : DM, Kr.Guatr, Böbrek Hastalığı, HT, Astım vb hastalıklardan tanı konmuş olanlar sorgulanmış, "hayır" ve "evet" olarak gruplanmıştır (yanıt "evet" ise süresi de göz önüne alınmıştır).

2. <u>Gebeliğe ve Bebeğe Ait Değişkenler:</u>

a) Gebelik aralığı : Bu doğum ile bir önceki gebeliği (ilk gebelik değilse) arasında geçen süre, açık uçlu olarak kaydedilmiş, veri değerlendirmede "2 yıldan az" ve "2 yıl ve üstü" olarak gruplandırılmıştır. İlk gebeliği olanlar analiz dışında bırakılmıştır.
b) Çoğul gebelik öyküsü : Annenin (ilk gebeliği değilse) daha önce çoğul gebeliği olup olmadığı sorgulanmış, "var, "yok" olarak gruplandırılmıştır.
c) Bu gebeliğin çoğul olup olmadığı : Bu gebeliğin çoğul olup olmadığı sorgulanmış "hayır" ve "evet" olarak gruplanmıştır. Yanıt "evet" ise kaç tane olduğu da sorgulanmış ve kaydedilmiştir.
d) Gebelikte anemi durumu : Anneye gebeliği sırasında kansızlık tanısı konulup konulmadığı sorulmuş, "hayır" ve "evet" olarak gruplanmıştır.
e) Annenin gebelikte ateşli hastalık geçirmesi : Annenin gebelikte ateşli hastalık geçirip geçirmediği sorgulanmış, "hayır" ve "evet" olarak gruplanmıştır. Yanıt "evet" ise hastalığın ismi de kaydedilmiştir.
f) Gebeliğin son 24 saatinde aşırı yük kaldırma öyküsü : Annenin gebeliğin son 24 saatinde aşırı yük kaldırma öyküsü sorgulanmış, "evet", "hayır" olarak gruplandırılmıştır.
g) A.Plasenta ve P.Previa öyküsü : Gebelikte sonun/eşin erken ayrılma veya yırtılma durumu sorularak "evet", "hayır" olarak gruplandırılmıştır.
h) Oligohidramnios öyküsü : Gebelikte suyun normalden az veya çok olması sorularak, "var", "yok" olarak gruplandırılmıştır.

i) Gebelikte aşırı uterin kontraktilite : Gebelikte rahimde aşırı kasılma durumu sorularak "var", "yok" olarak gruplandırılmıştır.
j) Erken membran rüptürü öyküsü : Kesenin erken açılıp açılmadığı sorularak "var ve "yok" olarak gruplandırılmıştır.
k) Gebelik sırasında bebekte anormallik saptanması : Anneye gebeliği sırasında tanı konulup konulmadığı sorgulanarak "var" ve "yok" olarak gruplandırılmıştır.
l) Gebelik sırasında bebeğin gelişiminde gerilik durumu : Anneye gebeliği sırasında tanı konulup konulmadığı sorgulanarak "var" ve "yok" olarak gruplandırılmıştır.
m) Gebelikte alınan kilo : Annenin gebelikte aldığı kilo sorgulanarak "7 kg altı" ve "7 kg. ve üstü" olarak gruplandırılmıştır.
n) Gebelik sırasında cerrahi girişim : Anneye gebelik sırasında cerrahi girişim uygulanıp uygulanmadığı sorgulanarak, "var", "yok" olarak gruplandırılmıştır.
o) Gebelikte genital enfeksiyon varlığı : Gebelik sırasında kötü kokulu ve fazla akıntı varlığı sorgulanarak, "var", "yok" olarak gruplandırılmıştır.
p) Doğum öncesi bakım durumu : Doğum öncesi sağlık personeli tarafından zamanında ve düzgün aralıklarla izlenip izlenmediği sorgulanmış;
    - En az dört izlem,
    - Gebeliğin ilk üç ayda tespit edilmiş olması,
    - Gebelik süresince en az bir kez
        - TA ölçümü,
        - ÇKS kontrolü,
        - Hb bakısı,
        - İdrar tahlili,
        - Kilo ölçümü

Bu üç göstergede tamsa "yeterli", değilse "yetersiz" izlem olarak değerlendirilmiştir.

4.7. Veri Toplama

Veri, yapılandırılmış bir anket formu yardımıyla toplanmıştır (Ek.2). Anket formu için, toplam beş örnekten oluşan ön uygulama yapılmıştır. Beş örnek, rastgele gidilen bir sağlık ocağına herhangi bir nedenle gelen, daha önce doğum yapmış, olgu ve kontrol grubunda olmayan annelerden oluşmuştur. Ön uygulamadan sonra anketteki bazı sorular yeniden düzenlenmiştir.

Veri toplama sırasında, gönüllülük esasına dayalı olarak belirlenen, kurumlardaki ebe ve hemşirelerden oluşan on anketörden yararlanılmıştır. Seçilen bu anketörlere, araştırmacı tarafından çalışmayla ilgili bilgi ve anket sorularına yönelik iki saatlik anketör

eğitimi verilmiştir. Ayrıca anket doldurmayı standartlaştırıcı bir form hazırlanarak anketörlere dağıtılmıştır (Ek.3).

Bununla birlikte yine standardizasyon amacıyla, her anketörle belirlenen tarihlerde alanda beraber en az birer kez uygulama yapılmıştır.

Sağlık kurumlarının bölgesel yakınlıklarına göre, eğitilmiş anketörler ikişerli gruplar halinde belirlenen adreslere giderek yüz yüze görüşme tekniği ile anket formlarını doldurmuşlardır. Yan tutmayı önlemek için, anketörlerin kendi bölgelerindeki bebeklerle ilgili veri toplamamaları sağlanmıştır.

Ulaşma Oranı : Olgu grubunda 176 bebek (% 83.8) araştırma kapsamında yer almıştır. Olgu grubuna seçilen 210 erken doğan bebekten, 176'sının ailelerine ulaşılmış, 15 bebeğin ailesine ilçe ve il dışına göç nedeniyle ulaşılamamıştır. Yedeklerle birlikte kontrol grubundaki bebeklerin 203'üne ulaşılmıştır (% 96.7). Yedek alma ölçütleri ile kontrol grubuna alınan, on üç bebek olmuştur.

Evde bulunamayan kırk dokuz bebeğin ailesinden yirmi dördüne ikinci, dokuzuna ise üçüncü kez gidilerek anket formları doldurulmuştur. Seçilen olgu ve kontrol grupları içinde Konak Bölgesi içerisindeki adres değişikliği durumunda, aileye göç etmiş olduğu sağlık kurumu aracılığı ile ulaşılmıştır. Bu şekilde ulaşılan toplam altı aile olmuştur. Dördü olgu grubunda toplam altı bebeğin adreslerinin yanlış olduğu tespit edilmiş ve bu bebeklere ulaşılamamıştır. Kontrol grubundaki üç bebeğin annesi bilgi vermeyi kabul etmemiştir.

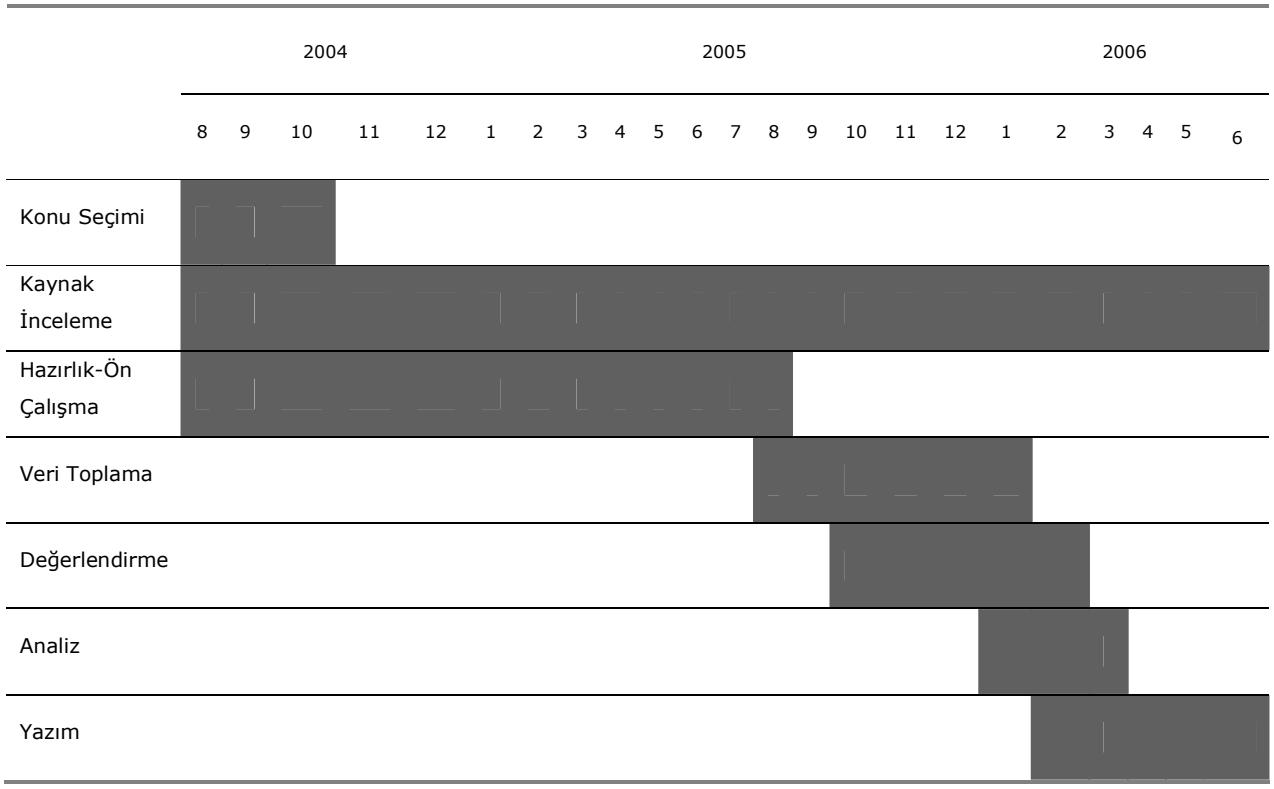
Araştırmanın Kısıtlılıkları : İl dışına göçler nedeniyle ulaşılamayan aileler araştırmanın en önemli kısıtlılıklarındandır. Bu nedenle ulaşılamayan olgu grubunda on beş, kontrol grubunda ise on bir aile olmuştur. İlçe içinde, ancak kurum bölgesi dışına olan göçlerde ise son adrese yeni kurum aracılığı ile ulaşılmaya çalışılmış fakat hepsinde başarılı olunamamıştır.

Bu çalışmada annelerin gebelikleri süresince aldıkları kilonun ve anne yaşının kategorize edilerek toplanması veri değerlendirmede kısıtlılığa yol açmıştır.

4.8. Veri Analizi

Araştırmada veri analizi için SPSS for Windows 11.0 paket programı ve Epi-İnfo 2002 programlarından yararlanılmıştır. Veri değerlendirmede ki-kare, Fisher'in kesin testi, student t testi, ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Tüm ki-kare testlerinde Yates düzeltmesi yapılmıştır.

4.9. Zaman Çizelgesi



5. BULGULAR

5.1. Bebek ve Doğumlara İlişkin Bulgular

Çalışmada olguların doğum haftası ortalaması 32.5 ± 0.5, ortancası 33.3, en erken doğum haftası 24 ve en geç doğum haftası 36'dır. Kontrol grubunu oluşturan 203 bebeğin ise doğum haftası ortalaması 39.8 ± 0.1, ortancası 39.8, en erken doğum haftası 38 ve en geç doğum haftası 40'tır.

Çalışmaya alınan bebeklerin cinsiyetlerinin dağılımına bakıldığında olgu grubundaki bebeklerin 82'sinin (% 46.6) kontrol grubundakilerin 92'sinin (% 45.3) erkek olduğu saptanmıştır. Her iki grup arasında cinsiyet yönünden anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-1).

Tablo-1. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin cinsiyetlerine göre dağılımı

Cinsiyet	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)	
	Sayı	%	Sayı	%
Erkek	82	46.6	92	45.3
Kız	94	53.4	111	54.7
Toplam	176	100.0	203	100.0

χ^2 : 0.061, p : 0.804

5.2. Ailelere İlişkin Bulgular

Tablo-2. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin ailelerinin sosyo-ekonomik özelliklerine göre dağılımı

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Sağlık güvencesi						
Yok	41	23.3	60	29.6	1.58	0.20
Var	135	76.7	143	70.4		
Ailenin ekonomik durum algısı						
Kötü	34	19.3	41	20.2		
Orta	120	68.2	130	64.0	0.99	0.611
İyi	22	12.5	32	15.8		

Araştırmada yer alan ailelerde; olgu grubunun % 23.3'ünün, kontrol grubunun % 29.6'sının sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır. Sağlık güvence varlığı açısından iki grup arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır(Tablo-2).

Ailelerin kendi ifadelerine göre sosyo-ekonomik durumları; olgu grubunda % 19.3, kontrol grubunda % 20.2 kötü bulunmuştur. Her iki grubun da yarıdan fazlasının sosyo-ekonomik durumları orta düzeydedir. Olgu ve kontrol grubu arasında sosyo-ekonomik durum algısı bakımından anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo-3. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin sosyo-demografik ve biyolojik özelliklerine göre dağılımı

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Annenin Öğrenim Durumu						
İlkokul ve altı	94	53.4	130	64.0	3.98	**0.046**
Ortaokul ve üzeri	82	46.6	73	36.0		
Annenin Çalışma Durumu						
Yok	151	85.8	184	90.6	1.71	0.191
Var	25	14.2	19	9.4		
Annenin Sigara İçme Durumu						
Var	64	36.4	53	26.1	4.65	**0.041**
Yok	112	63.6	150	73.9		

Olgu grubundaki annelerin % 46.6'sının, kontrol grubundakilerin % 36.0'ının ortaokul ve üstünde eğitim almış oldukları bulunmuştur. İlkokul mezunu ve daha az düzeyde öğrenim durumunun olması, erken doğum yapma olasılığını anlamlı olarak artırmaktadır (Tablo–3).

Araştırmada yer alan olgu grubundaki annelerin % 85.8'inin, kontrol grubundaki annelerin ise % 90.6'sının hiçbir işte çalışmadıkları saptanmıştır. Annenin çalışma durumu açısından olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır(Tablo–3).

Araştırmada yer alan olgu grubundaki annelerin %36.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise % 26.1'inin gebelikleri süresince sigara içtikleri saptanmıştır. Gebelik süresince sigara içme durumu, erken doğum olasılığını 1.62 kat artırmaktadır(Tablo–3).

5.3. Annelerin Gebelik ve Üreme Sağlığına İlişkin Bulgular

Tablo–4. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin yaş gruplarına göre dağılımı

Yaş Grubu	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 yaş ve altı, 36 yaş ve üzeri	23	13.0	25	12.3	48	12.7
19-35 yaş	153	87.0	178	87.7	331	87.3
Toplam	**176**	**100.0**	**203**	**100.0**	**379**	**100.0**

χ^2 : 0.00, p : 0.948

Annelerin yaş grupları incelendiğinde; 18 yaş ve altındaki anneler ile 36 yaş ve üzeri anneler 8risk grubundakiler) olgu grubunda % 13.0 iken, kontrol grubunda % 12.3 olarak bulunmuştur. Her iki grupta annelerin en fazla 19–35 yaş arasında oldukları gözlenmiştir (Tablo–4).

Olgu ve kontrol grubundaki annelerin yaş grupları ortalamalarının, birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır. Her iki gruptaki annelerin yaş grupları dağılımı arasında anlamlı fark yoktur (t:0.500, p:0.617).

Tablo–5. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin toplam gebelik sayılarının karşılaştırılması

Toplam gebelik sayısı	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)	
	Sayı	%	Sayı	%
1-3	146	83.0	176	86.7
4 ve üzeri	30	17.0	27	13.3
Toplam	176	100.0	203	100.0

χ^2 : 0.76, p : 0.383

Araştırma kapsamındaki bebeklerin annelerinden olgu grubundakilerin % 43.2'sinin, kontrol grubundakilerin ise % 37.9'unun ilk gebeliğini yaşamış oldukları bulunmuştur. Olgu grubunda üç annenin toplam gebelik sayısının 7, bir annenin 9 olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubunda yer alan annelerin toplam gebelik sayıları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.383). Toplam gebe kalma sayısı, erken doğum yapma olasılığını artırmamaktadır (Tablo–5).

Tablo–6. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin üreme sağlığına ilişkin özelliklerinin dağılımı

	Olgu		Kontrol		χ^2	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Kendiliğinden düşük öyküsü[a]						
	(n=101)		**(n=124)**			
Var	37	36.6	40	32.3	0.30	0.585
Yok	64	63.4	84	67.7		
Erken doğum öyküsü[a]						
	(n=101)		**(n=124)**			
Var	24	23.8	7	5.6	13.89	**0.0002**
Yok	77	76.2	117	94.4		
Çoğul doğum öyküsü[a]						
	(n=101)		**(n=124)**			
Var	9	8.9	2	1.6	-	**0.0126***
Yok	92	91.1	122	98.4		
İki gebelik arasında geçen süre[a]						
	(n=101)		**(n=124)**			
24 ay altı	30	29.7	25	20.2	2.25	0.134
24 ay ve üzeri	71	70.3	99	79.8		
Sistemik hastalık öyküsü						
	(n=176)		**(n=203)**			
Var	12	6.8	9	4.4	0.62	0.431
Yok	164	93.2	194	95.6		

* Fisher'in kesin testi

[a] İlk gebeliği olanlar analiz dışında bırakılmıştır.

Annelerde kendiliğinden düşük öyküsü olgu grubunda % 36.6, kontrol grubunda % 32.3 olarak bulunmuştur. Olgu grubunda otuz iki, kontrol grubunda ise otuz dört annenin ilk trimestrde düşük yapmış olduğu, toplam on bir annenin ise ikinci trimestrde düşük yaptığı saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki anneler arasında, kendiliğinden düşük öyküsü bakımından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo-6).

Olgu grubunda daha önce erken doğum öyküsü olan kadınlar % 13.1, kontrol grubunda ise % 4.4 olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubunda daha önce erken

doğum öyküsü açısından anlamlı fark bulunmuştur(p=0.002). Daha önce erken doğum yapmış olmak, erken doğum yapma olasılığını 3.26 kat artırmaktadır (Tablo–6).

Annelerde daha önce çoğul doğum yapmış olma öyküsü olgu grubunda % 5.1, kontrol grubunda ise % 1 olarak saptanmıştır. Olgu ve kontrol grubundaki anneler arasında çoğul doğum yapma öyküsü bakımından anlamlı fark bulunmuştur(p=0.017).

Annelerden önceki gebelikleri ile bu gebelikleri arasında geçen süre 24 aydan daha az olan anneler olgu grubunda % 29.7, kontrol grubunda % 20.2 olarak bulunmuştur. Olgu grubunda kontrol grubuna göre iki gebelik arasında geçen süre bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. İki gebelik arası süre olgu grubundaki annelerde ortalama 54.58 ± 41.83 ay, kontrol grubundaki annelerde ise 59.89 ± 41.65 ay olduğu görülmüştür. İki gebelik arası süre ortalamaları açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(t=0.946, p=0.345).

Olgu grubunda sistemik hastalığı olan anne % 6.8, kontrol grubunda sistemik hastalığı olan anne ise % 4.4 olarak saptanmıştır. Saptanan sistemik hastalıklar; guatr, diabet, hipertansiyon, astım, romatoid artrit, lupus ve ülserdir. Olgu ve kontrol grubunda yer alan anneler arasında sistemik hastalık öyküsü yönünden anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo–6).

Tablo–7. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin son gebeliklerine ilişkin özellikler

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Gebelikte kilo alma durumu						
7 kg ve daha az	41	25.6	18	8.9	14.08	**0.0002**
7 kg.dan fazla	133	76.4	184	91.1		
Gebelikte anemi durumu						
Var	107	61.1	123	60.6	0.00	0.997
Yok	68	38.9	80	39.4		
Gebeliğin çoğul olma durumu						
Evet	34	19.3	2	1.0	34.75	**0.0000**
Hayır	142	80.7	201	99.0		
Gebelikte ateşli hastalık öyküsü						
Var	1	0.6	4	2.0	-	0.378*
Yok	175	99.4	199	98.0		

* Fisher'in kesin testi

Olgu grubundaki annelerin % 76.4'ünün, kontrol grubundaki annelerin % 91.1'inin gebelikleri süresince 7 kg.dan fazla kilo aldığı bulunmuştur. Kontrol grubunda yer alan bebeklerin anneleri gebelikleri süresince anlamlı olarak daha fazla kilo almışlardır (p=0.0002) (Tablo–7).

Gebelikte anemi varlığının her iki grupta birbirine yakın olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında gebelikte anemi durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Olgu grubundaki bebeklerin % 19.3'ünün, kontrol grubundaki bebeklerin ise % 1'inin çoğul gebelik sonucu dünyaya geldikleri gözlenmiştir. Olgu grubunda sadece bir üçüz doğum olduğu, kontrol grubundakilerin tamamının ise ikiz olduğu saptanmıştır. Çoğul gebelikler, erken doğum yapma olasılığını 24.06 kat artırmaktadır (Tablo–7).

Gebelik sırasında ateşli hastalık geçirmenin etkisi incelendiğinde ise olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–7).

Tablo–8. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin erken doğumu kolaylaştırıcı durumlara göre dağılımı

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Son 24 saatte aşırı yük kaldırma durumu						
Var	17	9.7	7	3.4	5.16	**0.024**
Yok	159	90.3	196	99.6		
Gebelikte preeklampsi, eklampsi varlığı						
Var	20	11.4	13	6.4	2.33	0.127
Yok	156	88.6	190	93.6		
Gebelikte plasenta previa, ablatio plasenta durumu						
Var	11	6.3	3	1.5	4.77	**0.029**
Yok	165	93.7	200	98.5		
Gebelikte oligo-poli hidroamios durumu						
Var	26	14.8	9	4.4	10.82	**0.001**
Yok	150	85.2	194	95.6		
Gebelikte uterusta aşırı kasılma durumu						
Var	55	31.3	42	20.7	4.98	**0.026**
Yok	121	68.7	161	79.3		
Gebelikte erken membran rüptürü durumu						
Var	55	31.2	14	6.9	35.93	**0.000**
Yok	121	68.8	189	93.1		
Gebelikte vaginal enfeksiyon durumu						
Var	62	35.2	56	27.6	2.22	0.136
Yok	114	64.8	147	72.4		

Olgu grubundaki bebeklerin annelerinin % 9.7'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise % 3.5'inin son yirmi dört saatte aşırı yük kaldırdıkları tespit edilmiştir. Gebeliğin son yirmi dört saatinde aşırı yük kaldırma, erken doğum olasılığını 3.0 kat artırmaktadır(Tablo–8).

Araştırmaya katılan olgu grubundaki bebeklerin annelerinde % 11.4, kontrol grubundaki bebeklerin annelerinde ise % 6.4 ödem, aşırı bulantı-kusma, hipertansiyon gibi preeklampsi bulguları olduğu saptanmıştır. Bu annelerin bağlı olduğu sağlık ocağındaki "Gebe-Lohusa Kartları" incelenerek doğrulukları onaylanmıştır. Olgu

grubunda beş, kontrol grubunda ise yedi annenin kartlarının incelenmesi sonucunda ifade ettikleri bulguların preeklampsi veya eklampsi olmadığı saptanmıştır. Preeklampsi bulguları açısından her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir(Tablo–8).

Gebelikte plasenta previa, ablatio plasenta gibi erken doğumu kolaylaştırıcı durumların varlığı incelendiğinde; olgu grubunda on bir annede (%6.3), kontrol grubunda ise üç annede (%1.4) bu durumların olduğu saptanmıştır. Gebelikte plasenta previa, ablatio plasenta vb. durumların varlığı, erken doğum yapma olasılığını 4.44 kat artırmaktadır(Tablo–8).

Olgu grubundaki iki bebeğin annesinde (% 1.1) polihidroamnios, yirmi dört bebeğin annesinde (% 13.6) oligo hidroamnios, kontrol grubundaki dokuz bebeğin annesinde ise (% 4.4) gebelikleri sırasında oligo hidroamnios olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında oligo-poli hidroamnios yönünden anlamlı fark bulunmuştur(p=0.001).

Araştırmaya katılan olgu grubundaki bebeklerin annelerinde % 31.3 uterusta aşırı kasılmalar olduğu saptanmıştır. Kontrol grubundaki bebeklerin annelerinde ise uterusta aşırı kasılma % 20.7 olarak bulunmuştur. Gebelik sırasında uterusta aşırı kasılma yönünden her iki grup arasında anlamlı fark saptanmıştır(Tablo–8).

Gebelikte erken membran rüptürü durumu incelendiğinde; olgu grubunda 55 annede (% 31.3), kontrol grubunda 14 annede (% 6.9) erken membran rüptürü olduğu saptanmıştır. Olgu ve kontrol grupları arasında erken membran rüptürü bakımından çok anlamlı fark saptanmıştır(p=0.000).

Olgu grubundaki iki anneye gebelikleri sırasında cerrahi girişimde bulunulduğu, kontrol grubundaki annelerin hiçbirine ise gebelikleri sırasında cerrahi girişim uygulanmadığı saptanmıştır.

Araştırmaya katılan olgu grubundaki annelerin % 35.2'sinde, kontrol grubundaki annelerin ise % 27.6'sında gebelikte kötü kokulu akıntıları olduğu saptanmıştır. Gebelikte geçirilen vaginal enfeksiyon açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–8).

5.4. Bebekler ve Doğumlara İlişkin Bulgular

Tablo–9. Olgu ve kontrol grubu bebeklere ve doğuma ilişkin özelliklerin dağılımları

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P Değeri
	Sayı	**%**	**Sayı**	**5%**		
İntrauterin gelişme geriliği						
Var	25	14.2	1	0.5	25.63	**0.000**
Yok	151	85.8	202	99.5		
Fetal Anomali durumu						
Var	10	5.7	5	2.5	1.79	0.181
Yok	166	94.3	198	97.5		

Olgu grubundaki bebeklerin % 14.2'sinde, kontrol grubundaki bebeklerin ise % 0.5'inde intrauterin gelişme geriliği olduğu saptanmıştır. İntrauterin gelişme geriliği olması, erken doğum yapma olasılığını 33.4 kat artırmaktadır.

Araştırmaya katılan olgu grubunda on bebekte (%5.7), kontrol grubunda ise beş bebekte (%2.5) gebelik sırasında anormal durum olduğu saptanmıştır. Ancak bu annelerin "Gebe-Lohusa Kartları"nın incelenmesi sonucunda olgu grubunda sadece üç bebekte fetal anomali bulguları olduğu tespit edilmiştir.

Bebeklerin % 50.8'sinin normal spontan doğumla dünyaya geldikleri saptanmıştır. Olgu grubunda 99 bebeğin (%56.3) ve kontrol grubunda 93 bebeğin (% 45.8) sezaryenle dünyaya geldiği saptanmıştır(Tablo–9).

Tablo–10. Olgu ve kontrol grubu bebeklerin annelerinin DÖB alma durumu

	Olgu (n=176)		Kontrol (n=203)		χ^2	P Değeri
	Sayı	%	Sayı	%		
Kaçıncı ayda tespit edildiği						
3 aydan sonra	11	6.3	20	9.9	1.18	0.276
İlk 3 ayda	165	93.7	183	90.1		
Gebe izlem sayısı						
0-3	15	8.5	10	4.9	1.44	0.230
4 ve üzeri	161	91.5	193	95.1		
İzlemlerde ölçümlerin yapılma durumu						
Hayır	12	6.8	4	2.0	4.35	**0.037**
Evet	164	93.2	199	98.0		
Yeterli DÖB alma durumu						
Hayır	26	14.8	28	13.8	0.02	0.901
Evet	150	85.2	175	86.2		

DÖB alma durumları incelendiğinde; her iki gruptaki annelerin büyük çoğunluğunun gebe tespitlerinin ilk trimestrde yapıldığı görülmüştür. Gebeliğin tespit edildiği zaman açısından olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–10).

Araştırmaya katılan olgu grubundaki annelerin % 91.5'inin, kontrol grubundaki annelerin ise % 95.1'inin gebelik süresince dört ve daha faza sayıda izlem aldıkları saptanmıştır. Gebelikte alınan izlem sayısı açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–10).

Yeterli DÖB alma ölçütlerinden olan TA ölçümü, ÇKS kontrolü, Hb bakısı, idrar tahlili, kilo ölçümü açısından incelendiğinde ise; olgu grubundaki on iki (%6.8), kontrol grubundaki dört annenin (%2.0) gebe izlemleri sırasında bu ölçümlerden en az bir

tanesinin yapılmadığı saptanmıştır. Gebelik sırasındaki İzlemlerde ölçümlerin tümünün yapılmaması, erken doğum olasılığını 3.64 kat artırmaktadır.

Yeterli doğum öncesi bakım alma durumu değerlendirildiğinde, olgu grubundaki 26 (%14.8), kontrol grubundaki 28 (%13.8) annenin yeterli doğum öncesi bakım almadıkları saptanmıştır. Ancak yeterli doğum öncesi bakım alma açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–10).

Tablo–11. Annelerin gebelikteki izlem sayılarının ortalamaları

Grup	Sayı	İzlem Sayısı Ortalaması
Olgu	176	8.3 ± 3.5
Kontrol	203	9.0 ± 3.2

(t=2.044, p=0.042)

Olgu grubundaki annelerin gebelikleri sırasında ortalama 8.3 ± 3.5 kez, kontrol grubundaki annelerin ise gebelikleri sırasında ortalama 9.0 ± 3.2 kez izlendikleri saptanmıştır. İkisi olgu grubunda olmak üzere toplam üç annenin gebelikleri sırasında hiç izlem almadıkları halde, yine ikisi olgu grubundan toplam üç annenin yirmi izlem aldıkları tespit edilmiştir. Gebelikte alınan izlem sayılarının ortalamaları açısından olgu ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur (Tablo–11).

Araştırmamızda daha önce yapılan tek değişkenli istatistiksel analizlerde anlamlı bulunan on bir değişkene lojistik regresyon modeli uygulanmıştır. Tek değişkenli analizlerde anlamlı bulunan çoğul doğum öyküsü ve erken doğum öyküsü, ilk gebeliği olanlar analiz dışı bırakıldığından modele alınmamıştır.Lojistik regresyonda, Backward Likelihood yöntemi kullanılmıştır. Modele giren değişkenler Tablo-12'de yer almaktadır.

Tablo-12. Lojistik regresyon modelinde kullanılan değişkenler ve referans değerler

Değişken	Referans Değerler
Annenin öğrenim durumu	Ortaokul ve üzeri okul bitirmiş olmak
Annenin sigara içme durumu	İçmiyor olmak
Gebelikte kilo alımı	7 kg. ve üzeri
Bu gebeliğin çoğul olma durumu	Yok
Son 24 saatte aşırı yük kaldırma durumu	Yok
Plasenta previa, ablatio previa vb. durum	Yok
Oligo-polihidro amnios durumu	Yok
Uterusta aşırı kasılma durumu	Yok
Erken membran rüptürü durumu	Yok
İntrauterin gelişme geriliği	Yok
Yetersiz ölçüm	Yok

Lojistik regresyon modeline giren on bir değişkenden, son modelde sekiz değişken kalmıştır. Bu değişkenler ve lojistik regresyon değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo–13. Lojistik regresyon analiz sonuç tablosu

Değişken	Regresyon katsayısı	Standart hata	P Değeri	OR	% 95 Güven Aralığı
Annenin öğrenim durumu					
Diplomasız	0.538	0.276	**0.051**	**1.712**	**1.00-2.94**
Annenin sigara içme durumu	0.462	0.275	0.093	1.587	0.93-2.72
Bu gebeliğin çoğul olma durumu	3.603	0.771	**0.000**	**36.720**	**8.10-166.43**
Son 24 saatte aşırı yük kaldırma durumu	1.035	0.544	**0.057**	2.816	0.970-8.18
Plasenta previa, ablatio previa vb. durum	1.854	0.712	**0.009**	**6.385**	**1.58-25.76**
Erken membran rüptürü durumu	1.964	0.358	**0.000**	**7.125**	**3.53-14.37**
İntrauterin gelişme geriliği	3.889	1.054	**0.000**	**48.878**	**6.20-385.54**
Yetersiz ölçüm	1.437	0.767	0.061	4.209	0.94-18.91
Gebelikte kilo alımı	1.267	0.360	**0.000**	**3.551**	**1.75-7.20**

Tablo-12'de yer alan on üç değişkenin lojistik regresyonla değerlendirilmesi ile son modelde erken doğumları en fazla etkileyen sekiz değişken kalmıştır. Annenin öğrenim düzeyinin ilkokuldan az(diplomasız) olması, annenin gebelik süresince sigara içmesi, bu gebeliğin çoğul olması, son 24 saatte aşırı yük kaldırma durumu, plasenta previa, ablatio previa vb. durumlarının varlığı, erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği olması ve gebelik süresince yedi kilonun altında kilo alınması erken doğumu en çok etkileyen etmenler olarak bulunmuştur (Tablo–13).

6. TARTIŞMA

Bu çalışmadaki ailelerin kendi ifadelerine göre sosyo-ekonomik durumları; olgu grubunda sadece % 12.5, kontrol grubunda ise % 15.8 iyi bulunmuştur(Tablo–2). Genellikle diğer ülkelerde ve ülkemizde yapılan araştırmalarda sosyo-ekonomik durumu doğru olarak saptamak çok güçtür. Ailelerin gelir düzeyi ile ilgili sorgulama, ailelerin kendi tanımlamasına göre sınıflandırılmıştır. Belki de bu nedenle gelir düzeyleri ile erken doğum arasında istatistiksel olarak farklılık saptanmamıştır(27).

İngiltere'de 16,994 kadın arasında yapılan bir çalışmada, erken doğum ile düşük sosyoekonomik düzey arasında sıkı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(28). Düşük sosyoekonomik durum hastanın beslenme düzeyini etkileyerek de erken doğumda rol oynar. Özellikle konsepsiyondaki nutrisyonel durum, erken doğum oranını etkiler(11).

Bu araştırmada yer alan ailelerden % 26.7'sinin sağlık güvencesinin olmadığı saptanmıştır (Tablo–2). Birçok toplumda kadınlar ve çocuklar yoksullar içinde en yoksul kesimi oluşturmaktadır. Üreme sistemi çevre koşullarının olumsuz etkisine son derece duyarlıdır. Bu durumda; düşük, doğumsal özürler, intrauterin gelişme geriliği ve perinatal mortalite riski artmaktadır(29).

Bu araştırmada erken doğan bebeklerin annelerinin % 53.4'ünün öğrenim düzeyi, ilkokul mezunu ve altında bulunmuştur (Tablo–3). TNSA-2003'de annelerde eğitim düzeyi arttıkça, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranının azaldığı saptanmıştır(24).

Çalışmada, olgu grubundaki annelerin % 14.2'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise % 9.4'ünün çalıştıkları saptanmıştır. Annelerin düzenli ücretli yada düzensiz ücretli bir işte çalışmaları ile erken doğum arasında bir ilişki gösterilememiştir(Tablo–3).

Bu çalışmada olgu grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre daha fazla gebelikleri süresince sigara içtikleri saptanmıştır (Tablo–3). Bu durum yapılan pek çok çalışma ile uyumludur. Amerika Birleşik Devletlerinde değişik sosyo-ekonomik gruplar arasında yapılan bir çalışmada, sigara içme ve alkol bağımlılığı ile erken doğum arasında sıkı bir ilişki olduğu gösterilmiştir(30). Avustralya'da erken ve düşük doğum ağırlığına sahip doğumlarda biyolojik ve sosyo-kültürel etmenler (anne yaşı, evlilik durumu, sigara vb) arasındaki ilişkiyi tespit etmek amacıyla yapılan ve 259,936 doğumu kapsayan bir

araştırmada, gebelik süresince sigara içmenin, erken doğum yapma olasılığını 1.32 kat artırdığı bulunmuştur(31).

Sigara, plesenta beslenmesini bozduğu için ablatio plesenta, plesenta previa, gebelik boyunca kanamalar, erken membran rüptürü ve erken doğum gibi birçok komplikasyona neden olmaktadır. Ayrıca intrauterin gelişme geriliğine de neden olur, sonuçta plesentanın normalden küçük olmasına, amniyon sıvısının miktarının değişmesine, bebeğin doğum ağırlığının en az 200 gr. az olmasına neden olur(32).

Çalışmada her iki grupta da annelerin en fazla 19–35 yaş arasında oldukları gözlenmiştir(Tablo-4). Olgu ve kontrol grubundaki annelerin yaş grupları dağılımının, birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır. Ancak veri toplamada annelerin yaşları açık uçlu olarak değil, kategorize edilerek toplandığı için her iki gruptaki annelerin yaşlarının ortalamaları analiz edilememiştir.

Bu çalışmada olgu grubundaki bebeklerin annelerinden % 83.0'ının, kontrol grubundakilerin ise % 86.7'sinin toplam gebelik sayısının 1–3 arasında olduğu saptanmıştır. Toplam gebelik sayısı açısından iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo–5). Ancak bu durum erken doğum ile toplam gebelik sayısı arasında ilişki olmadığı anlamına gelmemelidir. Çünkü gerek gebelik sayısı gerekse erken doğumu etkileyen pek çok başka etmen söz konusudur.

Narlıdere'de yapılan bir araştırmada annelerin gebelik sayıları, gebelik haftaları ve sosyal güvence tipleri ile bebeklerin doğum ağırlıkları ve ölümleri arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Gebelik sayısı arttıkça doğum kilosunun düştüğü ve erken doğum olasılığının arttığı gözlenmiştir(33).

Aşırı doğurganlık, kadın, anne, çocuk sağlığını doğrudan olumsuz etkiler. Aşırı doğurganlık söz konusu ise, riskli gebeliklerin görülmesi yaygındır. Riskli gebeliklerin varlığında;

Annede: anemi, gebelik komplikasyonları, doğum ve doğum sonrası komplikasyonlar, annede tükenme sendromu gibi durumlar, bütün obstetrik morbiditeler ve anne ölümleri artar.

Bebekte: İntra uterin gelişme geriliği, erken doğum, perinatal morbidite ve mortaliteler artar(34).

Bu çalışmada olgu ve kontrol grubundaki kendiliğinden düşük öyküsü olan ve olmayan anneler arasındaki fark, anlamlı bulunmamıştır. Kendiliğinden düşük öyküsü olan annelerden olgu grubundakilerin % 13.5'inin, kontrol grubundakilerin ise % 15.0'ının ikinci trimestrda düşük yaptıkları saptanmıştır(Tablo–6). Olgu ve kontrol grubundaki anneler arasında, kendiliğinden düşük öyküsü bakımından anlamlı fark bulunmamıştır. İlk trimester düşükleri takiben erken eylem oranı değişmemektedir. Ancak ikinci trimester düşüklerinden sonra artış olup olmadığı bilinmemektedir(11).

Bu çalışmada annenin daha önce çoğul gebelik öyküsü olması ile erken doğum yapması arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır(Tablo–6). Çoğul gebeliğin, gebelik sırasında ortaya çıkan birçok komplikasyonu vardır. En sık görülen komplikasyon erken doğumdur, sıklığı %20–50 kadardır ve sıklıkla uterusun aşırı distansiyonuna bağlıdır. Gebeliğe bağlı hipertansiyon, plasenta previa, antenatal ve intrapartum kanamalar, hiperemezis gravidarum ve erken membran rüptürü çoğul gebeliklerde sık görülen komplikasyonlardır(35).

Bizim çalışmamızda daha önce erken doğum yapmış olanlarda, tekrar erken doğum yapma olasılığının, erken doğum yapmamış olanlara göre 3.26 kat daha fazla olduğu saptanmıştır(Tablo–6).

Annenin daha önceki gebeliklerinin öyküsü şu anki gebeliğinin prognozu açısından önemlidir. Daha önceden bir ya da daha fazla erken doğumu olan kadınlar takip eden gebeliklerinde % 17–47 oranında yeniden erken doğum yapmaktadır. Erken doğum sayısı ikinin üzerine çıktıkça oran daha da yükselmekte ya da erken eylemi takiben miadında doğum yapılması azalmaktadır(11,36).

Bu çalışmada olgu ve kontrol grubundaki annelerin, önceki gebelikleri ile bu gebelikleri arasında geçen sürenin birbirine yakın olduğu bulunmuştur. İki gebelik arası süre ortalamaları açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–6). Bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur. Erken doğumun risk faktörlerinden birisi olarak kısa gebelik aralığı bildirilmiştir. Ancak gebelik aralığı ile takip eden gebeliğin haftası arasında anlamlı bir ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır(37,38). Bu çalışmalardan anlaşıldığı gibi kısa gebelik aralığının, erken doğum riski üzerine etkisi tartışmalı olmakla birlikte perinatal mortalite, infant mortalitesi ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu için önemli bir risk oluşturmaktadır.

Bu çalışmada sistemik hastalıkla erken doğum yapma arasında ilişki bulunmamıştır(Tablo–6). Saptanan sistemik hastalıklar; guatr, diyabet, hipertansiyon, astım, romatoid artrit, lupus ve ülserdir. Ancak bu çalışmadaki bulgularla uyumlu olmamakla birlikte hipertansiyon, hipertroidi, kalp hastalığı, gebeliğe bağlı kolestaz, hiperkolesterolemi gibi sistemik hastalıkları olan gebelerde erken doğum riskinin arttığına ilişkin çalışmalar bulunmaktadır(39,40). Amerika Birleşik Devletleri Columbia Eyaleti'nde yapılan bir çalışmada hipotiroidili annelerin erken doğum riskinin daha fazla olduğunu göstermiştir(41).

Vücut ağırlığı, boy ve dolayısı ile vücut kitle indeks (VKİ-kg/m2) özelliklerinin ve gebelik süresince kilo artışı, yada azalışındaki oranların, gebelik süresindeki komplikasyon olasılıkları, çocuk doğum ağırlığı ve çocukta gelişebilecek sorunlarla olan ilişkisi birçok araştırmada ortaya konmuştur. Gebelik süresince gıda alımının miktarı ve nitelikleri üzerindeki yaklaşımlar ve tartışmalar süregelmektedir. Çeşitli kültürlerdeki geleneksel inanışların gebelikteki beslenme niteliği üzerinde çeşitlilik gösterdiği bilinmektedir. Bazı kültürlerde gebelerin bol miktarda lifli yeşil sebze, meyve yemesi ve süt içmesinin gerekliliği önerilse de, bir başka kültürde, beslenmede önemli yer tutan yumurta ve süt alımı gebeye yasaklanabilmektedir. Genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve diğer birçok etkileyici faktörler göz önüne alındığında, sadece maternal beslenmenin gebelik ve çocuk üzerindeki etkisini tek başına yorumlamak ve standardize etmek yanıltıcı olabilir(42).

Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda bebekte; erken doğum insidansı artar, düşük doğum ağırlıklı bebek insidansı artar. Tüm bunların sonucunda; perinatal ölüm hızı artar, morbidite hızı yükselir(43,44).

Bu çalışmada olgu grubundaki annelerin, kontrol grubundaki annelere göre daha az kilo aldığı bulunmuştur. Gebelik süresince 7 kg. ve daha az kilo almanın erken doğumu anlamlı olarak artırdığı görülmüştür(Tablo–7). Bu bulgu yapılan diğer çalışmalarla uyumludur(45). Konya'da yapılan bir araştırmada, gebelikte az kilo almanın çocuk ölümlerini artırdığı görülmüştür. Gebelikte ağırlık artışının azlığı, erken doğuma ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna o da erken bebeklik ölümlerine sebep olmaktadır.

Gebelik başlangıcında ağırlığı 50 kg'dan az olan annenin riski, ağırlığı 57 kg veya üzeri olana göre 3 kat fazladır. Son yıllarda yapılmış birçok çalışma, gebelikte yetersiz kilo alımının da erken doğum riskini %50–60 oranında arttırdığını göstermiştir(11).

Gebelikte düşük Hb düzeyinin (<10 gr/dl) erken doğum riskini artırdığı bilinmekle birlikte(35), bizim çalışmamızda her iki grupta gebelikte anemi varlığının birbirine yakın olduğu görülmüştür. Her iki grup arasında gebelikte anemi durumu açısından anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo–7). Bu çalışmada böyle bir sonuç saptanmasının, gebelikte anemi varlığının, annenin ifadesine göre kabul edilmesinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte gebelikteki demir eksikliğinde erken doğum, doğumdaki bebek kilosunda azalma ve infant mortalitesinde yükselme risklerinin arttığı rapor edilmesine karşın bunun demir eksikliğinden veya demir eksikliğinin nedeni olan hastalıktan kaynaklandığı bilinmemektedir(46).

Bu çalışmada olgu grubundaki annelerin gebeliklerinin çoğul olma olasılığının, kontrol grubundaki annelerin gebeliklerinin çoğul olma olasılığından 24.06 kat daha fazla olduğu saptanmıştır(Tablo–7).

Çoğul gebeliklerde bebek sayısı ile paralel olarak preterm eylem oranı artmaktadır (%30–50). İkizler ortalama 36.haftada doğmaktadır (47). Bu durumun polihidramnios vakalarında da %30–40 oranında görülmesi nedeniyle, uterusun aşırı distansiyonuna bağlı olduğu düşünülür.

Son yıllarda yapılan bir çalışmada, üçüz gebeliklerde prematüre doğum (%78), preeklampsi (%26), erken membran rüptürü (%24), anemi (%24), şiddetli preeklampsi (%19), eklampsi (%1) olarak bildirilmiştir (48).

Ağır iş veya egzersizin erken doğumla ilişkisi bulunamamıştır fakat uzun süre ayakta kalmanın ilişkisi gösterilmiştir(11). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan bayan sağlık personeli arasında yapılan bir çalışmada, katılımcıların yarıdan fazlasının gebeliği sırasında nöbet tutması, aylık nöbet sayısının fazla olması ve yaklaşık beşte birinin nöbet sonrası izin kullanmaması, anne ve fetus açısından risk taşımaktadır. Ortaylı N çalışmasında, hekimlerin %70.0'inin ve hemşirelerin %80.0'inin gebelikleri boyunca gece nöbeti tuttuklarını, aylık nöbet sayısının ortalamalarının sırasıyla 5.8 ve 6.8 olduğunu; üstelik hekimlerin %95.0'inin ertesi günde izin kullanmadıklarını bulmuştur. Kaynaklarda çalışan kadınların daha fazla uterin kasılmaları olduğu; erken doğum, hipertansiyon veya preeklampsi riskinin daha fazla olduğu; DDA'lı bebek doğum riskinin arttığı; buna rağmen uzun çalışma saatleri ile erken doğum arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (49).

Bu çalışmada, olgu grubundaki annelerin gebeliklerinin son yirmi dört saatinde aşırı yük kaldırma olasılığının, kontrol grubundaki annelere göre 3.0 kat daha fazla olduğu saptanmıştır(Tablo–8).

Tüm gebeliklerin yaklaşık % 10'nu etkileyen hipertansiyon fetal ve maternal mortalitenin en önemli sebeplerinden birisi olmaya devam etmektedir. Fetus için prematür doğum, gelişme geriliği ve ölüm gibi riskleri beraberinde taşır(50).

Gebelikte hipertansiyon, ödemle birlikte seyreden preklampsi, erken doğum riskini artırmaktadır(51). Preeklampsi maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi artıran önemli bir tablodur. Tedavi öncelikle bu durumdan korunmaya yönelik olmalıdır. Preeklampsiye yol açan risk faktörleri her gebede araştırılmalı ve risk altındaki gebeler yakından izlenmelidir(52).

Bizim çalışmamızda olgu grubundaki bebeklerin annelerinde % 11.4, kontrol grubundaki bebeklerin annelerinde ise % 6.4 ödem, aşırı bulantı-kusma, hipertansiyon gibi preeklampsi bulguları olduğu saptanmıştır. Preeklampsi bulguları açısından her iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir(Tablo–8).

Gebelikte plasenta previa, ablatio plasenta gibi erken doğumu kolaylaştırıcı durumların varlığı incelendiğinde; olgu grubundaki annelerin gebeliklerinde plasenta previa, ablatio plasenta vb. olma olasılığının, kontrol grubundaki annelere göre 4.44 kat daha fazla olduğu bulunmuştur(Tablo–8). Bu bulgular yapılan çalışmalarla uyumludur. Plasenta previa, ablatio plasenta nedeniyle görülen antepartum hemorajilerde de preterm doğum görülür. Bazı çalışmacılara göre bu durum, en önemli risk faktörüdür(20). Zimbabve'de yapılan bir çalışmada plasenta previanın, erken doğum yapma olasılığını 3.57 kat artırdığı bulunmuştur(53).

Doğum eylemini erken başlatan çok sayıda etken vardır. Bunlar arasında en etkili olanlar çoğul gebelik ve polihidramniyostur. Bu iki durum uterusun kapasitesinden daha fazla gerilmesine ve bu büyük yükten "kurtulmak için" miyad dolmadan kasılmasına yol açabilir(54). Bu çalışmada oligo-polihidoamnios varlığında, erken doğum olasılığının 3.7 kat arttığı bulunmuştur.

Erken membran rüptürü ve erken doğum eylemi, preterm bebek ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının en sık rastlanan nedenleridir(55). Başta enfeksiyon olmak üzere, travma, askorbik asid ve çinko yetersizliği, artmış intraamniotik basınç, kokain

bağımlılığı gibi bir çok faktörün EMR etiyopatojenezinde rolü olduğu öne sürülmüştür. Preterm membran rüptürü çoğunlukla ardından preterm doğum eylemini de beraberinde getirmektedir. Uzamış latent faz, muhtemel enfeksiyon ve preterm doğum ilişkisi birçok fetal komplikasyona ve maternal morbidite ve mortalitenin artmasına neden olmaktadır(56).

Gebelikte erken membran rüptürü (EMR) durumu incelendiğinde; olgu grubunda gebelikte EMR, kontrol grubuna göre 1.64 kat daha fazla bulunmuştur. Bu çalışmada, EMR'nün, erken doğum eylemini tetiklediği saptanmıştır(Tablo–8).

Araştırmaya katılan olgu grubundaki annelerin % 35.2'sinde, kontrol grubundaki annelerin ise % 27.6'sında gebelikte kötü kokulu akıntıları olduğu saptanmıştır. Gebelikte geçirilen vaginal enfeksiyon açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamış olmakla birlikte, gebelikteki vaginal ve intrauterin enfeksiyonların, erken doğum riskini artırdığına ilişkin çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmada bulunan sonuçların farklı olmasının, kadının kendi algısının sorgulanmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Maternal enfeksiyonlar, erken eylem ve doğum riskini artırırlar. Alt genital traktusun Clamidia trachomatis, Üreaplasma ürealyticum, Grup B streptokok, Gardnerella vaginalis, Trichomonas vaginalis ve değişik anaerob bakteriler ile kolonizasyonunun erken doğuma neden olduğu birçok araştırmacı tarafından yayınlanmıştır. Özellikle bakterial vajinozisin erken doğum açısından yüksek risk taşıdığı saptanmıştır. Mikroorganizmalar ayrıca, intrauterin ortama transplasental yol ile de gelebilirler. Bunlar; Listeria monocytogenes, Treponema pallidum ve mycobacteriler olabilir(11).

Gebelikte akut pyelonefrit ile prematüre doğum arasındaki ilişki uzun yıllardır bilinmektedir; %20-50'ye ulaşan prematürite oranı bildirilmiştir. Genel olarak, prematürite ve düşük doğum ağırlığıyla asemptomatik bakteriüri arasındaki ilişki kabul edilmekle birlikte, asemptomatik bakteriürinin prematürite nedeni olduğu sonucu çıkarılmamalıdır. Araştırmalarda asemptomatik bakteriürinin ortadan kaldırılmasıyla prematüritenin azaldığı gösterilememiştir. Asemptomatik bakteriüri ile hipertansiyon gelişimi arasında da ilişki olup olmadığı bilinmemektedir. Bakteriüri ile prematürite arasındaki ilişki kesin olmamakla birlikte, asemptomatik bakteriürili gebe kadında daha sonradan akut pyelonefrit gelişme riskinin yüksek olduğu tartışma götürmez bir gerçektir. Eldeki veriler, akut pyelonefrit olgularının %75'inin erken gebelikte asemptomatik

bakteriürinin tedavisiyle önlenebileceğini göstermektedir. Bakteriürinin tedaviye yanıt vermediği durumlarda semptomatik enfeksiyon gelişme riski en yüksektir(57).

Doğum öncesi bakım (DÖB); annenin, gebelik süresince eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından, düzenli olarak gerekli muayene ve öneriler yapılarak izlenmesi olarak tanımlanır. DÖB genelde, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını hedefler. DÖB gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma değin sürdürülmelidir. Gebelikten önce var olan hastalıkların erken tanısı önemli olduğundan, DÖB mutlaka birinci trimesterde başlamalı, Sağlık Bakanlığı'nın önerilerine göre; normal gebelerde ortalama 6 kez, riskli gebelerde ise daha fazla sayıda DÖB verilmelidir. DÖB'ın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılarak, düzenli ve nitelikli olarak sürdürülmesinin anne ölümlerini ve perinatal ölümleri azalttığı bilinmektedir(58).

1998 yılında ülkemizde yapılan Nüfus ve Sağlık Araştırmasında gebelik ve doğumda tıbbi bakım almamış annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 95.2 iken gebelikte ve doğumda tıbbi bakım almış annelerin bebeklerinde ölüm hızı binde 28.6 bulunmuştur(59).

Doğum öncesi bakım alma durumları incelendiğinde; bu araştırmada her iki gruptaki annelerin büyük çoğunluğunun gebe tespitlerinin ilk trimestrde yapıldığı görülmüş ve gebelikte alınan izlem sayısı açısından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–10).

Yeterli doğum öncesi bakım alma ölçütlerinden olan TA ölçümü, ÇKS kontrolü, Hb bakısı, idrar tahlili, kilo ölçümü yapılmamasının, erken doğum yapma olasılığını 3.64 kat artırdığı saptanmıştır(Tablo–10).

Bizim çalışmamızda yeterli doğum öncesi alma bakımından her iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır(Tablo–10). Gebelikte alınan izlem sayılarının ortalamalarının, kontrol grubunda olgu grubuna göre anlamlı olarak daha fazla olduğu bulunmuştur(Tablo–11).

Bu tip araştırmalarda DÖB'ın hem niteliksel hem de niceliksel olarak ölçülebilmesi oldukça önemlidir. 1991–1992 yılları arasında Adana'da gebe izlemlerinin yeterliliği ile ilgili yapılan bir araştırmada izlenen gebelerin % 60'ının kilolarının tartılmadığı, %

9.6'sının kan basıncının ölçülmediği, % 18.2'sinin ise ödeminin bakılmadığı bulunmuştur(59).

2000 yılında yapılan bir çalışmada ise Edirne'deki sağlık ocaklarında gebe izlem sayıları % 76 yeterli bulunmuş, gebelerin % 95'inin kan basıncı ölçümlerinin yapıldığı saptanmış, ancak % 75'inde hemoglobin ölçümleri ile ilgili bilgiye rastlanmamıştır(60).

7. SONUÇLAR

Konak Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde çalışma grubundaki erken doğumların, doğum haftası ortalaması 32.5 ± 0.5, en erken doğum haftası 24 ve en geç doğum haftası 36'dır.

Erken doğumlarda, annenin gebelik süresince sigara içmesinin, erken doğum olasılığını 1.62 kat artırdığı bulunmuştur.

Daha önce erken doğum yapmış olmak erken doğum yapma olasılığını 3.26 kat artırmaktadır.

Annelerde daha önce çoğul doğum yapmış olma öyküsünün olması, erken doğum olasılığını anlamlı olarak artırmaktadır. Aynı şekilde bu gebeliğin çoğul olması erken doğum yapma olasılığını 24.06 kat artırmaktadır.

Kontrol grubunda yer alan bebeklerin annelerinin, gebelikleri süresince anlamlı olarak daha fazla kilo aldıkları saptanmıştır.

Olgu grubundaki annelerin gebeliklerinin son yirmi dört saatinde aşırı yük kaldırma olasılığının, kontrol grubundaki annelere göre 3.0 kat daha fazla olduğu bulunmuştur.

Erken doğum yapma olasılığı açısından, plasenta previa, ablatio plasenta vb. olma olasılığının, her iki grup arasında anlamlı olarak farklı olduğu saptanmıştır .

Gebelikte oligo-polihidroamnios durumları, erken doğum yapma olasılığı 3.74 kat artırmaktadır.

Gebelikte erken membran rüptürü durumu varlığında, erken doğum yapma olasılığı 6.14 kat artmaktadır.

İntrauterin gelişme geriliği olma durumu, erken doğum yapma olasılığını 33.4 kat artırmaktadır.

Araştırmaya katılan olgu grubundaki annelerin % 93.2'sinin, kontrol grubundaki annelerin ise % 98'inin gebelik süresince en dört izlem aldıkları saptanmıştır.

Yeterli doğum öncesi bakım alma ölçütlerinden olan TA ölçümü, ÇKS kontrolü, Hb bakısı, idrar tahlili, kilo ölçümü yapılmamasının, erken doğumu 3.64 kat artırdığı saptanmıştır.

Erken doğumları etkileyen ve risk etmeni olarak bulunan on üç değişkenin lojistik regresyonla değerlendirilmesi ile son modelde erken doğumları en fazla etkileyen sekiz değişken yer almıştır. Annenin gebelikte sigara içmesi, erken doğum öyküsü, çoğul doğum öyküsü, son 24 saatte aşırı yük kaldırma, oligo-polihidroamnios durumu, intrauterin gelişme geriliği olması ve gebelik sırasındaki izlemlerde gerekli ölçümlerin yetersiz yapılması, erken doğumları en çok etkileyen etmenler olarak bulunmuştur.

8. ÖNERİLER

- Gebeler, sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmeli,
- Sigara içen gebeler, "sigara bırakma poliklinikleri"ne yönlendirilerek, bu konuda danışmanlık almaları sağlanmalıdır.
- Gebelikleri boyunca ağır iş yapmamaları, uzun süreli ayakta kalmamaları ve aşırı yük kaldırmamaları konusunda yeterli ve sürekli eğitim verilmelidir.
- Plasenta previa, ablatio plasenta vb. durumlarının varlığı,
- Erken membran rüptürü,
- İntrauterin gelişme geriliği risklerine karşılık, erken tanı ile gebeliğin sık izlenmesi sağlanmalıdır.
- Gebelerin hamilelikleri süresince yeterli kilo alımlarını sağlama açısından, her izlem sırasında düzenli olarak kilo ölçümleri yapılmalı,
- Gebelere, gebelik ve beslenme konusunda sürekli eğitim verilmelidir.
- Bebeklerde en sık görülen mortalite ve morbidite nedeni olan erken doğum açısından;
    - riskli anne ve bebeklerin erken saptanması,
    - daha sık ve standart izlem yapılması
    - olabildiğince sağaltımlarının erken yapılması,

  → Erken doğumları ve olumsuz sonuçlarını azaltmada önemli bir etmendir.

KAYNAKLAR

1. King JF, Grant A, Keirse MJ, Chalmers I. Beta-mimetics in preterm labor: an overview of the randomized controlled trials. Br J Obstet Gynecol . 1998; 95: 211-222.
2. İnanıcı MA. Ölüm nedeninin belirlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 1999; 8(4):132-133.
3. Yücetin N. Konak ilçesi'nde 2003 yılı ilk altı ayı içindeki bebek ölümleri ve etkileyen etmenler . Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD. İzmir; 2004.
4. Department of Reproductive Health and Research (RHR), World Health Organization. Maternal and newborn health. Geneva. URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/msm_94_2/ msm_94_2_1.html, erişim tarihi: 20/2/2006.
5. WHO. Glossary of terms. URL: http://www.who.int/reproductive-health/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/a3.pdf . erişim tarihi: 3/12/2005.
6. Çocuk ruh sağlığı açısından prematürite. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 2003; 46(4):317-327. URL: http://csh.dergisi.org/text.php3?id=73 erişim tarihi: 31/03/2006.
7. Premature birth. URL:http://en.wikipedia.org/wiki/Premature_birth, erişim tarihi: 23/02/2006.
8. Low birth weight babies. URL: http://hnb.dhs.vic.gov.au/commcare/yafs_yf.nsf/0/49f5a09d11355d3a4a2567440007b345?OpenDocument. erişim tarihi: 03/12/2005.
9. Özvarış ŞB. Doğurganlığın düzenlenmesi. Çalı Ş. Demografik tanım, hız ve oranlar. Aile Planlamasında Temel Bilgiler. Damla Matbaacılık; Ankara: 8-33.
10. Cooper RL, Goldenberg RL, Creasy RK, Davis RO, Corliss DK, Andrews JB. A multicenter study of preterm birth weight and specific mortality. Am J Obstet Gynecol 1993;168:78 - 82.
11. Fırat A. Preterm eylem tedavisinde nifedipin'in etkinliğinin araştırılması. URL: http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/ihtisas_subesi/kadinhastalikleri/aysun_firat/aysun_tez.pdf, erişim tarihi:31/03/2006.
12. Fedrick J, Anderson ABM. Factors associated with spontaneous preterm birth. Br J Obstet Gynecol 1976; 83:342.

13. Erken doğum tehdidi. URL: http://www20.uludag.edu.tr/~ozan/edt.htm erişim tarihi: 31/01/2006
14. Skjaerven R, Gjessing HK, Bakketeig LS. Birthweight by gestational age in Norway. Acta Obstet.Gynecol.Scand. 79; 6: 440 - 449
15. Robertson PA, Sniderman SH, Laros RK Jr, et al. Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary centers in the United States,1983 through 1986. Am J Obstet Gynecol 1996;166:1629.
16. Heinonen PK, Saarikoski S, Pystynen P. Reproductive performance of women with uterine anomalies. Acta Gynecal Scand 1982; 61:157
17. Mc Donald AD, Mc Donald JC, Armstrong B, et al. Prematurity and work in pregnancy. Br J Indust Med 1988; 45:56.
18. Meis PJ, Michielutte R, Peters TJ, et al. Factors assosiated with preterm birth in Cardiff,Wales:Indicated and spontaneous preterm birth. Am J Obstet Gynecol 1995;173:597- 603.
19. Mc Donal HM, O'Loughlin JA, Jolley P, et al. Prenatal microbiological risk factors assosiated with preterm birth. Br J Obstet Gynecol 1992; 99:190.
20. Hillier SL, Nugent RP, Klebanoff MA, et al. Association between bacterial vajinosis and preterm delivery of alow birth weight infant. N Engl J Med 1995; 333: 1737 - 45.
21. Wenstrom KD, Sipes SL, Williamson RA, et al. Prediction of pregnancy outcome with single versus serial maternal serum alfa fetoprotein tests. Am J Obstet Gynecol 1992; 167:1529.
22. Neilson JP, Verkuyl DAA, Crowther CA, et al. Preterm labor in twin pregnancies: Prediction by cervical assessment. Obstet Gynecol 1988; 72:719.
23. Akın A, Özvarış ŞB. Aile Planlaması. URL: http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3649.doc, erişim tarihi: 23/6/2004.
24. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Nüfus Etütleri Enstitüsü; 2004.
25. Saigal S, Feeny D, Furlong W, Rosenbaum P, Burows E, Stoskopf B. Self-perceived health status and health-related quality of life of extremely low-birth-weight infants at adolescence. JAMA 1996; 276: 453 - 459.
26. Preterm Eylem. URL: http://www.basarm.com.tr/yayin/tip/tez/girisveamac.htm erişim tarihi:31/03/2006.
27. Etiler N. Bebeklik döneminde sosyoekonomik değişkenlerin başlıca morbidite nedenleri üzerine etkisi. 1. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı. 2001:308.

28. Fedrick J, Anderson ABM. Factors associated with spontaneous preterm birth. Br J Obstet Gynecol 1983; 342: 1976.
29. Fişek N. Türkiye'de sağlık sorunları ve çözüm yolları. Prof. Dr. Nusret Fişek'in kitaplaşmamış yazıları – I URL: http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/18.html. erişim tarihi : 20/4/2005.
30. McCrary SV. Differences in rates of premature death and disease between socioeconomic groups in the U.S.: Important new research URL: http://www.law.uh.edu/healthlawperspectives/HealthPolicy/980625Differences.html erişim tarihi: 21/02/2006.
31. Mohsin M, Wong F,Bauman A, Baı J. Maternal and neonatal factors ınfluencing premature birth and low birth weight in Australia. J. Biosoc. Sci. 2003; 35: 161-174.
32. Pasif içiciliğin zararları nelerdir ve pasif içicilik nasıl engellenir? URL: http://www.un.org.tr/who/tobacco/tobasechanzararengel.htm erişim tarihi: 31/08/2004.
33. Narlidere'de bir takvim yılı içindeki prematüre doğumların incelenmesi. URL: http://www.halksagligi.org/bildiriler.php?id=245 erişim tarihi:31/01/2006.
34. Akın A, Özvarış ŞB. Aşırı doğurganlığın anne ve çocuk sağlığına etkileri URL: http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/7/3071.doc. erişim tarihi: 23/12/2005.
35. Sivaslı E, Tekinalp G. Çoğul Gebelikler. URL: http://64.233.183.104/search?q=cache:jXm0BuTkoq0J:www.medinfo.hacettepe.edu.tr/tebad/dergi/pdf/2004_3/8.pdf+%22premat%C3%BCre+do%C4%9Fum%22&hl=tr&lr=lang_tr|lang_en erişim tarihi: 20/12/2005.
36. Erken Doğum. URL: http://www.genetikbilimi.com/genbilim/erkendogum.htm. erişim tarihi: 31/01/2006.
37. Mavalankar DV, Gray RH, Trivedi CR: Risk factors for preterm and term low birthweight in AHmedabad, India. Int J Epidemiol 1992; 21:263 - 272.
38. Lang JM, Lieberman E, Ryan KJ, Monson RR: Interpregnancy interval and risk of preterm labor, Am J Epidemiol 1990;132: 304 - 309.
39. Thadhani R. High body mass index and hypercholesterolemia: Risk of hypertensive disorders of pregnancy. URL: http://www.greenjournal.org/cgi/content/full/94/4/543. erişim tarihi: 12/03/2006.
40. Rasmussen KM. Division of Nutritional Sciences URL: http://www.unu.edu/Unupress/food2/UID03E/uid03e0v.htm. erişim tarih:12/03/2006.

41. Premature babies, Thyroid hormone, and CP. URL: http://cumc.columbia.edu/news/journal/journal-o/archives/jour_v16n3_0014.html. erişim tarihi: 12/03/2006.
42. Ağralı G. Maternal obezitenin perinatal ve neonatal sonuçlar üzerine etkisi URL:www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/ihtisas_subesi/kadinhastalikleri/gurkan_agrali/gurkan_tez.pdf. erişim tarih:12/04/2006.
43. Kalkan O. Gebe ve Emzikli Kadınların Beslenme Sorunları. URL: http://www.bsm.gov.tr/makale/20015.asp?sayi=20015. erişim tarih:12/03/2006.
44. Gebe ve Emzikli Beslenmesi. Toplumun Beslenmede Bilinçlendirilmesi. Onur Matbaacılık, Ekim, 2002; Ankara, 81 - 96.
45. Bodur S, Eröktem E, Demireli O. Konya bölgesinde annenin gestasyonel özellikleriyle bebek ve çocuk ölümleri arasındaki ilişkinin araştırılması. S.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 1992; 8(2): 187 - 192.
46. Ratip S. Gebelerde hematolojik sorunlar; nasıl tedavi edelim? URL: http://www.thd.org.tr/sub/turk/kurs_pdf/gebeler.pdf. erişim tarihi: 12/03/2006.
47. Neilson JP, Verkuyl DAA, Crowther CA, et al :Preterm labor in twin pregnancies: Prediction by cervical assessment. Obstet Gynecol 1988; 72:719.
48. Devine PC, Malone FD, Athanassiou A, Harvey-Wilkes K,D'Alton ME. Maternal and neonatal outcome of 100 conse-cutive triplet pregnancies. Am J Perinatol 2001; 18: 225 - 35.
49. Canbaz S, Sünter T, Süren C, Pekşen Y. Kadın Sağlık Çalışanlarının Doğurganlık Özellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki Çalışma Koşulları URL: http://student.aku.edu.tr/~proje/makale/pictures/c6s2-9.pdf. erişim tarih:12/03/2006.
50. Çelik Ö, Hasçalık Ş, Bay A. Serum β2-mikroglobülin: Preeklampsinin erken tahminindeki önemi URL: http://medicine.inonu.edu.tr/dergi1/Contents/Volume9/Issue1/914952.pdf. erişim tarih:12/03/2006.
51. Şahin F, Haliloğlu B, Eren S, Genç Z. Maternal total testosteron, DHEAS, serbest androjen indeksi, SHBG (Seks Hormon Bağlayıcı Globulin) ve östradiol değerlerinin preeklampsi etyopatogenezindeki rolü URL: http://student.aku.edu.tr/~proje/makale/pictures/c5s2-11.pdf erişim tarih:29/04/2006.
52. Erdem Y. Gebelik ve Böbrek. URL: http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/ders/TR/D3/6/2868.doc erişim tarih:29/04/2006.

53. Feresu SA, Harlow SD, Woelk GB. Risk factors for prematurity at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=15522924&dopt=Abstract. erişim tarihi:29/04/2006.
54. Erken doğum tehdidi ve erken doğum. URL: http://www.gata.edu.tr/cerrahibilimler/kadindogum/sss/gsrs15.html. erişim tarihi:31/01/2005.
55. Kesim M, Karlık İ, Erol M. Erken doğum eyleminde fetal solunum hareketleri ile bishop skorunun prognostik değeri. URL: http://www.perinatology.org.tr/dergi/PDF/199534/13.pdf . erişim tarihi: 31/03/2006.
56. Vural P, Akgül C, Canbaz M. Erken membran rüptürü olan gebe kadınlarda idrar pg2 düzeyleri. URL: http://www.istanbul.edu.tr/istanbultip/mecmua/fakmecmua/sayi2-98/01.htm. erişim tarihi: 31/03/2006.
57. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem infeksiyonları. URL: http://www.medinfo.hacettepe.edu.tr/tebad/dergi/32_2/GEBELIKT.PDF. erişim tarihi: 11/04/2006.
58. Özvarış ŞB, Akın A. Türkiye'de Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Türkiye'de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-1998 İleri Analiz Sonuçları. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA). Ankara: Kum Baskı Hizmetleri Sanayi; Ocak 2002.
59. Ağrıdağ G, Alpaslan ZN. Doğum öncesi bakım hizmetlerinde gebe loğusa izleme fişi bilgilerinin değerlendirilmesi (II): İzlem içeriğinin yeterliliği. IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. 1994;253 - 255.
60. Ekuklu G, Tuğrul H, Eskiocak M, Özden D, Doğaner E, Saltık A. Edirne'de sağlık ocağı bebek- çocuk ve gebe - loğusa izlemlerinin denetimi 2000. 1. Ulusal Ana - Çocuk Sağlığı Kongre Kitabı. 2001; 319 - 320.

Ek 1. Doğum Cetveli

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
KONAK İLÇE SAĞLIK GRUP BAŞKANLIĞI

YIL : ……..

KURUM ADI : ……..……

DOĞUM CETVELİ

AY : ……..

Sıra No	BEBEĞİN / ÖLÜ DOĞUMUN					ANNE'NİN						DOĞUMU YAPTIRANLAR					DÜŞÜNCELER
	Adı Soyadı	Doğum Tarihi	Cinsi	Kilo	Boy	Yaş	Gebelik süresi (hafta olarak)	Canlı Doğum Sayısı	Ölü Doğum Sayısı	Düşük Küretaj Sayısı	Yıl olarak son gebeliğin aralığı	Hekim	Hemşire	Ebe	Hastanede Olan	Sağlık personeli yardımı olmadan	İkametgah Adresi
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	

….. / ….. / .....

FORMU DOLDURAN : ……..……

ÜNVANI : ……..……

İMZA : ……..……

FORMU ONAYLAYAN … : ……..…

ÜNVANI … : ……..…

İMZA …

Ek.2: Veri toplanmada kullanılan yapılandırılmış anket formu

KONAK SGB BÖLGESİ'NDE ERKEN DOĞUMLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Bu araştırmanın amacı, KSGB Bölgesi'ndeki erken doğum nedenleri ve etkileyen etmenleri saptamaktır. Ankete vereceğiniz yanıtlar erken doğumlar ve buna bağlı bebek ölümlerinin önlenmesindeki çalışmalarımızda bize yol gösterici olacaktır. Bu nedenle size kabul ederseniz bebeğiniz ile ilgili bazı sorularımız olacaktır. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

Ankete alınan bebeğin grubu: 1) Olgu 2) Kontrol

(**Erken doğan** bebek için **Olgu** grubunu, **Miadında doğan** bebek için **Kontrol** grubunu işaretleyiniz)

Anketi dolduranın adı- soyadı ve mesleği : ……..

Anketin doldurulduğu Tarih: ……/……/ 2005

Bebeğin bağlı bulunduğu sağlık kurumu : …….

Bebeğin adı- soyadı : ……..

Bebeğin doğum tarihi : ……/……/ ……..

Bebeğin kaç haftalık doğduğu: ……..

Bebeğin ev adresi : …….

Bebeğin ev telefonu : …….

I. ANNEYE İLİŞKİN BİLGİLER:

1. Kaç yaşındasınız (annenin yaşı)? **a)** 18 yaş ve altı **b)** 19-35 yaş **c)** 35 yaş üzeri.

2. Öğrenim durumunuz nedir?

a) Okur-yazar değil **b)** Okur-yazar **c)** İlkokul mezunu

d) Ortaokul mezunu **e)** Lise mezunu **f)** Yüksekokul mezunu

3. Çalışma durumunuz nedir? **a)** Ev hanımı **b)** Düzenli ücretli iş **c)** Düzensiz ücretli iş

4. Ailenizin sağlık güvence durumu nedir? **a)** Yok **b)** Var

5. Sizce sosyo-ekonomik durumuz nasıl? **a)** İyi **b)** Orta **c)** Kötü

6. Sigara içiyor musunuz? **a)** Hayır **b)** Evet

7. Anne sigara içiyor ise (6. sorunun yanıtı "evet" ise bu soru yanıtlanacak) günde kaç tane? **a)** 10 taneden az **b)** 10-20 arası **c)** 20 taneden fazla

8. Toplam kaç kere gebe kaldınız? ……

9. Daha önce erken doğum yaptınız mı? **a)** Evet **b)** Hayır

10. Daha önce istemeden düşük yaptınız mı?

a) Evet 1. trimestrda **b)** Evet 2. trimestrda **c)** Hayır

11. Sistemik bir hastalığınız var mı? **a)** Hayır **b)** Evet ……..... Hast. …….yıldır

II. Gebelik ve Bebeğe İlişkin Bilgiler:

1. Bu gebelik çoğul muydu? **a)** Hayır **b)** Evet ……..

2. Daha önce çoğul gebeliğiniz oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet

3. (İlk gebelik değilse) Son iki gebeliğiniz arası geçen süre ne kadar? ……..yıl ……ay

4. Bu bebeğin gebeliği sırasında ateşli hastalık geçirdiniz mi?

a) Hayır **b)** Evet ……Hast.

5. Bu bebeğin gebeliği sırasında doğumdan önceki son 24 saatte aşırı yük kaldırdınız mı?

a) Hayır **b)** Evet

6. Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, aşırı bulantı-kusma, yüksek tansiyon, ödem, albümin gibi yakınmalarınız oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet .....

(*Annede gebelik sırasında preeklemsi, eklemsi gibi erken doğumu kolaylaştırıcı bir hastalık/semptom olmuşsa (6. sorunun yanıtı "evet" ise), Form 005'ten doğrulama yapılacak****)***

7. Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, eşin-sonun önde yerleşmesi, ya da erken ayrılması gibi bir durum oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet .....

(*Annede gebelik sırasında A. Plasenta, P. Previa gibi erken doğumu kolaylaştırıcı bir durum olmuşsa (7. sorunun yanıtı "evet" ise), Form 005'ten doğrulama yapılacak****)***

8. Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, suyunuz fazla veya az mıydı? **a)** Hayır **b)** Evet .....

(*Annede gebelik sırasında oligo-poli hidroamnios gibi erken doğumu kolaylaştırıcı bir durum olmuşsa (8. sorunun yanıtı "evet" ise), Form 005'ten doğrulama yapılacak****)***

9. Gebelik sırasında rahimde aşırı kasılmalar oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet

10. Bu gebelikte bebekte anormal bir durum saptandı mı? **a)** Hayır **b)** Evet

(*Gebelik sırasında fetal anomali saptandıysa (10. sorunun yanıtı "evet" ise), Form 005'ten doğrulama yapılacak****)***

11. Bu gebelikte suyun erken gelme durumu oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet

12. Bu bebekte bebeğin gelişiminde gerilik var mıydı? ? **a)** Hayır **b)** Evet

(*Bu bebekte intra uterin gelişme geriliği saptandıysa (12. sorunun yanıtı "evet" ise), Form 005'ten doğrulama yapılacak****)***

13. Gebelik sırasında kansızlığınız var mıydı? **a)** Hayır **b)** Evet

14. Gebelik sırasında kaç kilo aldınız? **a)** 7 kg.dan az **b)** 7 kg ve daha fazla

15. Gebelik sırasında cerrahi girişimde bulunuldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet

16. Gebelik sırasında kötü kokulu ve fazla miktarda akıntınız oldu mu? **a)** Hayır **b)** Evet

17. Gebeliğiniz kaçıncı ayda tespit edildi? **a)** İlk üç ayda **b)** 3. aydan sonra

18. Bu gebeliğin sonlanma şekli (doğum biçimi) nasıldı ?

a) Vajinal (1.Spontan 2. Vakumla 3.Forseps) b) Sezaryen

19. Gebelikte kaç kez izlem aldınız? ……

20. Gebelik süresince en az bir kez aşağıdaki ölçümler yapıldı mı?

- TA ölçümü,
- ÇKS kontrolü,
- Hb bakısı,
- İdrar tahlili,
- Kilo ölçümü

21. Yeterli doğum öncesi bakım aldınız mı? **a)** Hayır **b)** Evet

NOT: İzlemlerin tam olması:

- Gebelik süresince en az üç izlem yapıldıysa,
- Gebeliğin ilk üç ayda tespit edilmiş olması,
- Gebelik süresince en az bir kez;
  - TA ölçümü,
  - ÇKS kontrolü,
  - Hb bakısı,
  - İdrar tahlili,
  - Kilo ölçümü

Yapıldıysa izlem, "yeterli" kabul edilecektir.

Bize zaman ayırdığınız ve sorularımızı yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Ek.3: Anket Doldurma Yönergesi

KONAK SGB BÖLGESİ'NDE ERKEN DOĞUMLAR VE ETKİLEYEN ETMENLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ ARAŞTIRMASI ANKET FORMU

Bebeğin bağlı bulunduğu sağlık kurumu	Bölgesine gidilen kurum yazılacak
Bilgi alınan kişinin bebeğe yakınlığı	Bebekle ilgili bilgiler tercihen **anneden** yoksa sürekli bakan kişiden alınacak
Bebeğin doğum tarihi	Bebeğin varsa nüfus cüzdanındaki doğum tarihi gün, ay, yıl olarak yazılacak
Kaç yaşındasınız? (**Annenin yaşı** sorulacak.)	Annenin bitirdiği yaşa göre seçenek işaretlenecek
Öğrenim durumunuz nedir? **(Annenin öğrenim durumu** sorulacak.)	Annenin (varsa) **bitirdiği okul** yazılacak
Çalışma durumunuz nedir?	Annenin **düzenli/düzensiz ücretli** bir işi olup olmadığı sorulacak.
Sağlık güvence durumu	Herhangi bir sağlık (sosyal) güvencesi olup olmadığı sorulacak
Sosyo-ekonomik durum	Bilgi alınan kişinin **kendinden alınacak yanıt** kabul edilecek
Sigara içiyor musunuz? **Annenin sigara içme durumu** sorulacak.	Düzenli olarak günde bir tane bile içiyorsa, "**sigara içiyor**" kabul edilecek
Toplam kaç kere gebe kaldınız (**Annenin toplam gebelik sayısı**)?	**Düşük, küretaj, ölü doğum dahil,** toplam gebelik sayısı yazılacak
Daha önce erken doğum yaptınız mı?	Annenin daha önceki gebeliklerinde erken doğum öyküsü sorulacak.
Daha önce istemeden düşük yaptınız mı?	Annenin daha önce istemeden düşük öyküsü sorulacak.
Sistemik bir hastalığınız var mı?	Annede kalp, böbrek, tiroid, diabet hastalığı gibi sistemik hast. varsa açık uçlu olarak kaydedilecektir.
Daha önce çoğul gebeliğiniz oldu mu? (**Annenin** çoğul gebelik öyküsü sorulacak)	Beyana göre "var-yok" olarak kabul edilecek.

(İlk gebelik değilse) Son iki gebeliğiniz arası geçen süre ne kadar?	**Annenin** bu gebeliği ile önceki gebeliği (**düşük, kürtaj vb. sonuçlananlar dahil**) arasındaki süre sorulacak. **İlk gebelik ise bu soru yanıtlanmayacak.**
Annenin gebelikte ateşli hastalık geçirme durumu	Araştırma kapsamındaki bebeğin gebeliği sırasında ateşli hastalık geçirme durumu "evet-hayır" olarak kaydedilecek, varsa hastalığın olduğu belirtilecektir.
Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, aşırı bulantı-kusma, yüksek tansiyon, ödem, albümin gibi yakınmalarınız oldu mu?	Araştırma kapsamındaki bebeğin gebeliği sırasında preeklemsi, eklemsi gibi **tanı konmuş** bir hastalık/semptom olup olmadığı sorgulanacak.
Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, eşin-sonun önde yerleşmesi, ya da erken ayrılması gibi bir durum oldu mu?	Annede gebelik sırasında A. Plasenta, P. Previa gibi **tanı konmuş** bir durum olup olmadığı sorgulanacak.
Bu bebeğin gebeliği sırasında bir sağlık kuruluşunda tanı konan, suyunuz fazla veya az mıydı?	Annede gebelik sırasında oligo-poli hidroamnios gibi **tanı konmuş** bir durum olup olmadığı sorulacak.
Gebelik sırasında rahimde aşırı kasılmalar oldu mu?	**Annenin** bu gebelik sırasında, aşırı uterin kasılmaları olup olmadığı sorulacak
Bu gebelikte bebekte anormal bir durum saptandı mı?	Bu bebekte, intrauterin fetal anomali saptanıp saptanmadığı sorulacak
Bu gebelikte kesenin suyun erken gelme durumu oldu mu?	**Annenin** bu bebeğe gebeliği sırasında, erken membram rüptürü öyküsü olup olmadığı sorulacak
Gebelik sırasında kansızlığınız var mıydı?	**Annenin** bu gebelik sırasında sağlık kuruluşunda saptanmış anemisi olup olmadığı sorulacak.
Gebelik sırasında cerrahi girişimde bulunuldu mu?	**Anneye** bu bebeğin gebeliği sırasında, anestezi almayı gerektirecek cerrahi girişimde bulunulup – bulunulmadığı sorulacak
Gebelik sırasında kötü kokulu ve fazla miktarda akıntınız oldu mu?	**Annenin** bu bebeğin gebeliği sırasında genital enfeksiyon öyküsü olup olmadığı sorulacak
Gebelikte kaç kez izlem aldınız?	Bu bebeğin gebeliği sırasında **annenin** bir sağlık personelinden almış olduğu izlem sayısı sorulacak
Gebelik süresince en az bir kez aşağıdaki ölçümler yapıldı mı?	Bu bebeğin gebeliği sırasında **anneye** bir sağlık kuruluşunda yapılan ölçümler işaretlenecek.