



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**ERKEN DOĞUM TEHDİDİ NEDENİYLE HASTANEYE YATAN
GEBELERİN RİSK FAKTÖRLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM
DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

Ayşe AYDIN
YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

KARABÜK-2018

TEZ ONAYI

Ayşe AYDIN'ın hazırladığı “Erken Doğum Tehdidi Nedeniyle Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi” adlı bu çalışma 23/02/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı Adı SOYADI
Tez Danışmanı

Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN

Ünvanı Adı SOYADI
Üye

Yrd. Doç. Dr. Asiye AYAR KOCATÜRK

Ünvanı Adı SOYADI
Üye

Yrd. Doç. Dr. Ayşegül OKSAY ŞAHİN

Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN
Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Ayşe AYDIN

23/01/2018

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam ve yüksek lisans eğitimim süresince desteklerini ve emeklerini esirgemeyen, beni sürekli olarak motive eden, bakış açımı değiştiren, ufkumu genişleten değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a,

Araştırmam sırasında bana destek ve yardımcı olan, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan sağlık çalışanlarına, klinik arkadaşlarım olmak üzere sorumlum Şehri ÖZDEMİR'e ve Klinik Sorumlu Doktorumuz Sayın Doç. Dr. Dilek ŞAHİN'e,

KBÜ-BAP-16/1-YL-100 Nolu proje numarası ile "Erken Doğum Tehdidi Nedeniyle Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi" adlı projemi destekleyen Karabük Üniversitesi Rektörlüğü Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinatörlüğü'ne,

Araştırmaya dâhil olan tüm gebelere,

Eğitimim süresince desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, çalışmanın her aşamasında büyük sabır, özveri ve destekleriyle her zaman yanımda olan babam İsa AYDIN'a, annem Günay AYDIN'a ve nişanlım Coşkun OKUŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Ayşe AYDIN

Karabük, 2018

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY FORMU.....	ii
BEYAN FORMU.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	ix
TABLOR DİZİNİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xi
ÖZET.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Erken Doğum Tehdidi Tanımı.....	3
2.2. Erken Doğum Tehdidinin Sıklığı.....	4
2.3. Erken Doğum Tehdidinin Patofizyolojisi.....	5
2.4. Erken Doğum Tehdidinin Bebek, Anne, Aile ve Toplum Sağlığına Etkileri.....	7
2.5. Erken Doğum Tehdidinin Risk Faktörleri.....	9
2.5.1. Sosyo-Demografik Risk Faktörleri.....	10
2.5.1.1. Yaş.....	10
2.5.1.2. Irk.....	11
2.5.1.3. Genetik Yatkınlık.....	11
2.5.1.4. Çalışma Durumu.....	12

2.5.1.5. Düşük Sosyo-Ekonomik Düzey.....	13
2.5.1.6. Beden Kitle İndeksi.....	13
2.5.2. Davranışsal ve Çevreye Ait Faktörler.....	15
2.5.2.1. Sigara ve Madde Kullanımı.....	15
2.5.2.2. Yetersiz ve Dengesiz Beslenme.....	16
2.5.2.3. Yetersiz Perinatal Bakım.....	17
2.5.2.4. Teratojenler.....	18
2.5.2.5. Aşırı Fiziksel Aktivite.....	19
2.5.2.6. Cinsel Aktivite.....	19
2.5.3. Obstetrik Faktörler.....	19
2.5.3.1. Kısa Doğum Aralığı.....	20
2.5.3.2. Tekrarlayan Gebelik Kayıpları.....	20
2.5.3.3. Preterm Eylem Öyküsü.....	20
2.5.3.4. Uterusun Aşırı Gerilmesine Neden Olan Durumlar.....	21
2.5.3.5. Uterin Anomaliler ve Servikal Yetmezlik.....	22
2.5.3.6. Preeklampsi.....	22
2.5.3.7. İnfertilite Tedavisi.....	23
2.5.3.8. Preterm Erken Membran Rüptürü ve Koryoamnioit.....	24
2.5.3.9. Plesanta Anomalileri.....	24
2.5.4. Maternal Hastalıklar.....	25
2.5.4.1. Kronik Hastalıklar.....	25
2.5.4.2. Anemi.....	26
2.5.4.3. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar.....	26
2.5.4.4. Üriner Sistem Enfeksiyonlar.....	27
2.5.4.5. Dişeti Hastalıkları.....	28
2.5.5. Psikososyal Etkenler (Stres).....	29
2.6. Erken Doğum Tehdidinin Önlenmesinde Ebenin Rollerini.....	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	32
3.2. Araştırmanın Yapılma Tarihi ve Yeri.....	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	33
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34

3.5. Verilerin Toplanması.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar.....	37
4. BULGULAR.....	39
4.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	40
4.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	42
4.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	43
4.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	45
4.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	47
4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular.....	48
5. TARTIŞMA.....	50
5.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
5.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	58
5.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	62
5.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgularının Tartışılması.....	66
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	69
6.1. Sonuç.....	69
6.1.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....	69

6.1.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....	69
6.1.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....	70
6.1.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....	70
6.1.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar.....	71
6.1.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Sonuçlar.....	71
6.2. Öneriler.....	72
7. KAYNAKLAR.....	73
8. EKLER.....	88
EK.1. Veri Toplama Formu.....	88
EK.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II.....	91
EK.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II İzin Onayı.....	93
EK.4. Etik Kurul Onayı.....	94
EK.5. Kurum İzni.....	99
EK.6. Asgari Bilgilendirme Gönüllü Onam Formu.....	100
9. ÖZGEÇMİŞ.....	103

KISALTMALAR DİZİNİ

Araştırmada kullanılan tanım ve kısaltmalar ile açılımları aşağıda sıralanmıştır.

EDT	: Erken Doğum Tehdidi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
WHO	: World Health Organization
YÜT	: Yardımcı Üreme Teknikleri
CYBH	: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
EMR	: Erken Membran Rüptürü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
SGA	: Small Gestasyonel Age
NICHD	: National Institute of Child Health and Human Development
ÇDDA	: Çok Düşük Doğum Ağırlıklı
CP	: Serebral Palsi
IUMF	: Intrauterin Fetüs Ölümü
IUGR	: Intrauterin Gelişme Geriliği
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DDA	: Düşük Doğum Ağırlığı
ACOG	: The American College of Obstetricians and Gynecologists
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü
USG	: Ultrasonografi
PEMR	: Preterm Erken Membran Rüptürü
Hb	: Hemoglobin
Htc	: Hemotokrit
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
IVF	: İntro Fertilizasyon
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
FHR	: Fetal Kalp Hızı
BPD	: Biparietal Diameter

TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa</u>
Tablo 1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılması.....	40
Tablo 2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılması.....	42
Tablo 3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılması.....	46
Tablo 5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılması.....	47
Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması.....	48

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. : Preterm Eylemin Nedensel Etkilerinin Patofizyolojisi.....	6
Şekil 2. : EDT'ye Yol Açan Maternal, Fetal, Plesantal Nedenler.....	9
Çizelge 1. : Gebelik Öncesi Vücut Ağırlığına Göre Önerilen Ağırlık Artışları ve Alım Hızları.....	14
Şekil 3. : Araştırmanın Akış Şeması.....	34

ÖZET

Erken Doğum Tehdidi Nedeniyle Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi

Bu araştırma, erken doğum tanısı alarak hastaneye yatan gebelerde ilişkili risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gözlemsel-analitik vaka kontrol tipindeki çalışma, 2015-2018 tarihleri arasında bir devlet hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 604 gebe oluşturmuştur. Araştırmada vaka grubunu anılan hastanenin perinatoloji bölümüne erken doğum teşhisi tanısı (açıklığı ve suyu gelen) ile yatan 302 gebe, kontrol grubunu ise, hastaneye doğum yapmak için başvuran ve herhangi bir riski bulunmayan 302 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen sosyodemografik ve obstetrik özellikler ve erken doğum risk faktörlerini sorgulayan veri toplama formu ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılarak toplanmıştır. Veriler toplanmaya başlanmadan önce etik kurul ve kurum izinleri alınmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler yüzdeler dağılımları, aritmetik ortalama, kare, Mann whitney u ve Student t testi ile incelenmiştir.

Araştırmada vaka ve kontrol grupları arasında, eğitim seviyesi, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, sigara içme durumu, önceki gebelikte erken doğum tehdidi yaşama, bu gebelikte düşük tehdidi yaşama, gebelik sayısı ve anemi varlığının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği bulunmuştur. Ayrıca Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği toplam puanları ve alt boyutlarından alınan puanlar vaka ve kontrol gruplarında istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir ($p < .001$)

Erken doğum ile ilişkili risk faktörlerine yönelik çalışma bulgularımız, erken doğumun, nitelikli ebeklik bakımı ve gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarının teşvik edilmesi ile önemli ölçüde önlenebileceğini düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Erken doğum tehdidi, EDT risk faktörleri, Ebe, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

ABSTRACT

Determination of Risk Factors and Healthy Life Behaviors of Pregnants Who Have Been in the Hospital Due to Preterm Birth Tendency

The purpose of this study was to determine the risk factors and healthy lifestyle behaviors of pregnant women with preterm birth diagnosis.

This observational-analytical case-control type study was conducted in a state hospital between 2015-2018. A total of 604 pregnant women agreed to participate to the study as sample. The case (experimental) group included 302 pregnant women who were diagnosed with preterm delivery (clear and watery) in the perinatology department of the hospital, 302 pregnant women who applied to the hospital to give birth to without any risk. A The data of the study were collected by the researchers using the data collection form questioning the sociodemographic and obstetric characteristics and preterm birth risk factors developed based on the literature and the Healthy Life Style Behavior Scale II. Ethics committee and institutional permissions were obtained before the data collection started. The percentage distribution of data obtained from the study were analyzed by arithmetic mean, chi-square, Mann whitney u and Student t test.

There was a statistically significant difference between the case and control groups in terms of education level, working status, presence of chronic illness, smoking status, preterm birth threat in previous pregnancy, abort risk in this pregnancy, number of pregnancies and anemia. In addition, the scores obtained from the total scores and subscales of the Healthy Life Behavior Scale differ significantly in the case and control groups ($p < .001$)

Our findings on risk factors associated with preterm delivery suggest that preterm birth delivery may be avoided significantly by promoting qualified obstetrician care, and healthy lifestyle behaviors in pregnancy.

Key words: Preterm birth threat, EDT risk factors, Obstetrician, Healthy lifestyle behaviors



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Obstetri alanında önemli sorunlardan biri olan erken doğum tehdidi (EDT), doğumun 37. gebelik haftasından önce başlaması olarak tanımlanır (Blencowe et al. 2013). Dünyada tüm doğumların % 9,6'sı erken doğumla sonuçlanmaktadır. Ülkemizde prematüre doğum oranı çeşitli çalışmalarda, ortalama % 12 olarak bildirilmiştir. Erken doğum tehdidi nedeniyle ortaya çıkan prematürite, perinatal ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır (Günenç 2007). Prematür doğan ve yaşama devam edebilen bebeklerde ise uzun, zorlu ve maliyetli bir tedavi sürecinin ardından, öğrenme güçlüğü, görsel ve işitme sorunları gibi yaşam boyu sürebilecek sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bu nedenle önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak görülen erken doğumunun önlenmesi konusu, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Bin Yıl Kalkınma Hedefleri kapsamında ele alınmış ve "Preterm Doğum Küresel Eylem Raporu" ile EDT'nin engellemesine yönelik stratejiler belirlenmiştir (Başer ve Eskiocak 2013).

EDT'nin önlenmesinde en önemli adımlardan biri, hazırlayıcı risk faktörlerinin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması olacaktır. Erken doğumun patogenezinde genetik, patofizyolojik ve çevresel pek çok faktör birlikte rol almaktadır (Derbent ve Turhan 2009). Adölesan gebelik, ileri anne yaşı, düşük sosyo-ekonomik durum, yetersiz prenatal bakım alma, geçmişte preterm eylem öyküsü, sigara içme, sık üriner sistem enfeksiyonu geçirme, stres, gebelik sırasında kanama, gebelik sırasında fiziksel ve cinsel şiddete maruz kalma, kronik hastalık öyküsü ve sağlıksız beslenme önemli risk faktörlerinden biri olduğu düşünülmektedir (Ege vd. 2009).

Ege vd. (2009) tarafından, preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, erken doğum ile anne yaşı, evlilik süresi, gebelik sayısının fazla oluşu, önceki gebelikte EDT öyküsü, gebelikte kanama öyküsü, sigara

içme, çoğul gebelik ve gebelikte hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki saptandığı belirtilmektedir. Araştırmada, prenatal bakımının nitelikli verilmesinin preterm eylemi azaltmak açısından etkin bir yaklaşım olacağına vurgu yapılmaktadır.

Raisanen vd. (2013) tarafından, 1.390.742 tekiz gebelik incelenerek gerçekleştirilen çalışma bulguları, en ciddi risk faktörünün sigara içme olduğunu diğer faktörlerinin ise düşük sosyoekonomik düzey, plasenta anomalileri, anemi, majör konjenital anomali, amniyosentez, koryonik villus biyopsisi, Smal Gestasyonel Age (SGA) ve fetal cinsiyeti olarak belirlendiğini bildirmektedir.

İran'da EDT prevalansı ve ilişkili risk faktörlerini saptamak amacıyla yapılan çalışmada, risk faktörleri, önceki gebelikte EDT öyküsü, hipertansiyon, oligohidroamniyos, şiddete maruz kalma, preeklampsi, EMR, gebelikte kanama, üriner sistem enfeksiyonu olarak belirlenmiştir (Alijahan et al. 2014). Ayrıca peridontal hastalıkların EDT için risk faktörü olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Jeffcoat et al. 2003).

Erken doğum eyleminin risk faktörleri incelendiğinde bir kısmının olumsuz sağlık davranışları ile ilişkili olduğu görülmektedir. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içermektedir. DSÖ "Herkes için Sağlık" politikasına ulaşmak için, anahtar strateji olarak sağlığı geliştirme kavramı üzerinde durmaktadır. Erken doğum riski olan gebelerin yaşam davranışlarının belirlenmesi, olumsuz olan davranışların düzeltilmesi için eğitim programlarının düzenlenmesine olanak sağlayacaktır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı erken doğum tanısı olarak hastaneye yatan gebelerde ilişkili risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Erken Doğum Tehdidi Tanımı

Erken Doğum Tehdidi (EDT), Dünya Sağlık Örgütü tarafından 37. gebelik haftasını tamamlamadan ya da gebenin menstruel periyodunun ilk gününden itibaren 256 günden daha kısa zamanda doğumun başlaması olarak tanımlanmıştır (Blencowe et al. 2013). Bir gebeye erken doğum tanısı koyabilmek için, 20-37. gestasyonel haftalar arasında, 5-8 dakikada bir gelen düzenli uterin kontraksiyonlara, % 80 ya da daha fazla efasman ve 2 cm veya daha fazla dilatasyonun eşlik etmesi gerekmektedir (Herron et al. 1982).

Erken doğum eylemine yönelik farklı sınıflandırma yöntemleri kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2015) EDT'yi, gebelik haftasına göre sınıflandırmaktadır. Doğum eyleminin 32-37. gestasyonel haftada başlaması **geç EDT**, 28-32. gestasyonel haftada başlaması **erken EDT** ve 28. gestasyonel haftadan önce başlaması **çok erken EDT** olarak değerlendirilmektedir. Buna göre; erken doğumların çoğunluğunun (% 84) 32-36. gestasyonel haftalar arasında, % 10'unun 28-32. haftalarda ve % 5'inin ise 28 hafta altında gerçekleştiği bildirilmektedir (<https://www.uptodate.com>, Erişim Tarihi: 2.10.2017).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (2015) ise EDT'yi, preterm (37 > hafta), geç preterm (34-36 hafta) ve erken preterm (34 > hafta) şeklinde sınıflandırmaktadır. Ayrıca erken doğum eylemi, oluşma nedenine göre 2 grupta incelenmektedir (<https://www.uptodate.com>, Erişim Tarihi:2.10.2017);

- Anne ve/veya fetus hayatını riske atan medikal ve/veya obstetrik patolojilerde iyatrojenik olarak doğumun gerçekleştirilmesi ile meydana gelen erken doğumlar (zorunlu erken doğumlar) (% 25),

- Anne veya fetüste medikal ve/veya obstetrik bir sorun olmaksızın doğum eyleminin kendiliğinden başlaması ile meydana gelen erken doğumlar (spontan erken doğumlar) (% 75).

2.2.Erken Doğum Tehdidinin Sıklığı

Erken doğum insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genel olarak tüm gebeliklerin % 10-11'i erken doğumla sonlanmakta ve dünyada yaklaşık 15 milyon bebek erken doğmaktadır (WHO 2012, Blencowe et al. 2012). Erken doğum, konjenital anomalilere bağlı olmayan neonatal ölümlerin % 75'inden sorumludur (DeCherney et al. 2010).

Blencowe vd. (2012) tarafından, EDT'yi incelemek amacıyla 184 ülkede yapılan ve Lancet'de yayınlan çalışmada; erken doğum oranlarının % 5-18 arasında değiştiği, tüm canlı doğumların % 11,1'inin erken doğumlardan oluştuğu, her yıl 15 milyon preterm bebeğin doğduğu ve bir milyondan fazla bebeğin de erken doğuma ait sorunlar nedeniyle kaybedildiği bildirilmektedir.

Misra ve Trabert (2007)'in, vajinal lavajın preterm eylem üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, 2001-2004 yılları arasında doğum yapan 832 gebe için erken doğum prevalansı % 16,4 olarak belirlenmiştir. Vakialin vd. (2005)'nin İran'da preterm doğum prevalansını belirlemek amacıyla yaptığı metaanaliz çalışmasında, preterm eylem prevalansı % 9,2 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ise, erken doğum prevalansı % 17,3 olarak bildirilmektedir (Ege vd. 2009).

Ülkemizde ve dünyada erken doğum görülme sıklığı giderek artmaktadır. Erken doğum sıklığı 1990 ve 2004 yılları arasında % 10,6 iken, günümüzde % 12,5'e yükselmiştir (Hamilton et al. 2005). Erken doğum sıklığındaki bu artış; yardımcı üreme tekniklerinin (YÜT) daha fazla kullanılması, gebeliğin 32-34 gebelik haftalarında anne ve fetüsün hayatını riske atan medikal veya obstetrik komplikasyonlarda doğumun daha fazla tercih edilmesi ve cinsel yolla bulaşan

hastalıkların (CYBH) görülme sıklığının artması ile ilişkilendirilmektedir (Martin et al. 2005).

2.3. Erken Doğum Tehdidinin Patofizyolojisi

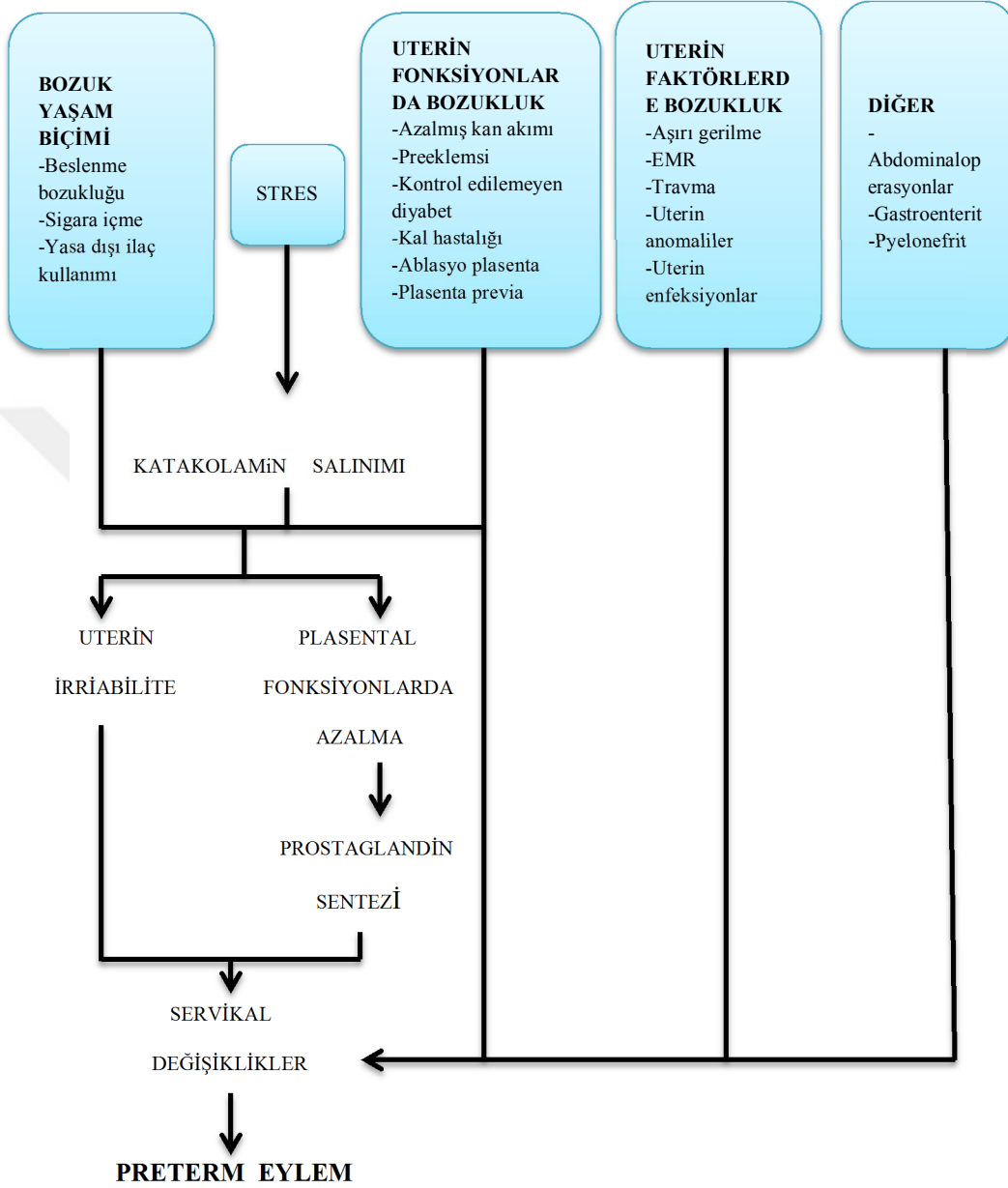
EDT, multifaktöriyel etyolojisi olan bir hastalık olarak kabul edilmektedir. Gelişimine genellikle uterin irritabiliteyi artıran ya da prostaglandinlerin salınmasını uyaran faktörler neden olmaktadır (Abrahams and Katz 2002). Bu açıdan bakıldığında obstetrik, sosyo-demografik ve medikal faktörlerin kombinasyonu uterin kontraksiyonların başlamasına neden olabilir (Behrman and Butler 2007). Bazı gebelerde tek risk faktörü doğum eylemini başlatmaya yetebilirken, bazılarında doğum eyleminin başlaması için birkaç risk faktörünün bir araya gelmesi gereklidir (Güvenç 2007).

Myometrial gerginlik gibi fiziksel stresörlerin varlığında ya da uterin/fetal membranların travmaya uğraması durumunda, lizozomlardan fosfolipaz A2 salınır ve artan prostaglandin sentezi myometriumun kasılmasını uyarır. Erken membran rüptürü (EMR), abdominal travma, uterin anomaliler, uterusun aşırı gerilmesine neden olan çoğul gebelikler ve polihidroamniosa bağlı EDT bu yolla oluşur. Benzer mekanizma ile uterin ya da plasental kan akımını azaltan durumlar, EDT tetikleyicisi olabilir. Bu durumlardan bazıları preeklampsi, kontrol edilemeyen diyabet, kalp hastalığı ve plasenta previa'dır. Kötü beslenme, sigara içme ya da yasa dışı ilaç kullanımı da EDT gelişimini uyaran diğer faktörlerden bazılarıdır (Abrahams and Katz 2002, Behrman and Butler 2007, Güvenç 2007, Kouchky et al. 2009).

Ayrıca duygusal stres de plasental fonksiyonları ve uterusu olumsuz etkileyen katekolaminlerin salınımını uyararak, plasental fonksiyonlarda azalmaya ve prostaglandin sentezine neden olmaktadır (Kouchky et al. 2009).

EDT gelişiminde diğer bir etken, bakteriyel endotoksinlerin interleukini uyarak doğrudan ya da dolaylı olarak prostaglandin salınımını uyarmasıdır. Buna göre üriner sistem, vajinal, uterin ya da fetal enfeksiyonlar EDT nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Kouchky et al. 2009).

Preterm eylemin nedensel etkilerinin patofizyolojisi Şekil 1’de özetlenmiştir.



Şekil 1. Preterm Eylemin Nedensel Faktörlerinin Patofizyolojik Etkileri (Gilbert, E. S., Harmon, J. S. (2002). *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum*. Çev. Ed. Taşkın, L., Palme Yayıncılık. Ankara, s:540-581.)

2.4. Erken Doğum Tehdidinin Bebek, Anne, Aile ve Toplum Sağlığına Etkileri

EDT, yenidoğan ölümlerinin doğrudan ve en büyük nedeni olarak kabul edilmektedir ve 5 yaşından küçük çocuklarda, pnomoniden sonra ikinci sırada yer alan ölüm nedenidir. Fetüs ve yenidoğan üzerindeki en önemli etkisi, organ matüritesi problemleridir. Özellikle akciğer matüritesi, morbidite ve mortaliteyi doğrudan etkileyen bir sorundur. Gebeliğin 34. haftasından önce doğan bebeklerde, akciğer maturasyonu tamamlanmadığı ve surfaktan sentezi az olduğu için respiratuar distres sendromu ve oksijen toksisitesine bağlı kronik bronkopulmoner displazi görülmektedir. Diğer sorunlar ise; intravasküler ya da pulmoner hemoraji, hiperbilirubinemi, enfeksiyonlara yatkınlıkta artma, anemi, nörolojik sorunlar, metabolik sorunlar ve termoregülasyonda yetersizliktir (Blencowe et al. 2013).

Amerika Birleşik Devletleri Ulusal Çocuk Sağlığı ve Gelişimi Enstitüsü (National Institute of Child Health and Human Development, NICHD), prematüre bebeklerde sağ kalım oranlarının ağırlığı 400-500 gr arasında olanlarda % 11, 501-750 gr arasında olanlarda % 52, 751-1000 gr arasında olanlarda % 86,3, 1001-1250 gr arasında olanlarda % 94,2, 1251-1500 gr arasında olanlarda % 96,8 olduğunu bildirmektedir (<https://www.nichd.nih.gov>, Erişim Tarihi:27.10.2017).

Erken doğum tehdidi vakalarının (1990-2009) değerlendirmek amacıyla, 14.000 bebeğin ölüm kayıtlarının incelendiği çalışmada, perinatal mortalite nedenleri arasında birinci sırada prematürite (% 47,2) bildirilmekte, prematürelere perinatal mortalite hızının % 49,2 olduğu belirtilmektedir (Çoban vd. 2013).

Ülkemizde çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerin mortalitesi ile ilgili, çok merkezli olarak yapılan bir çalışmada, doğum tartısı 500-749 gr olan bebeklerde mortalite % 70 olarak bulunmuş, doğum ağırlığı 750 gr olan bebeklerde doğum ağırlığı arttıkça mortalitenin azaldığı ve her 250 gr artışta mortalitenin sırası ile % 45, % 21 ve % 10 olduğu bildirilmiştir (Çoban vd. 2013).

Erken doğan bebekler, yenidoğan yoğun bakım ünitelerine gereksinim duyar. Yenidoğan yoğun bakım hem maliyeti yüksek hem de preterm bebeklerde kısa ve uzun vadede bazı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilen bir sağlık hizmetidir. Yenidoğan yoğun bakım alan bebeklerde, erken dönemde respiratuar distres sendromu, intraventriküler kanama ve nekrotizan enterokolit görülürken, geç dönemde serabral palsi, görme bozuklukları ve işitme kayıpları, ileri düzeyde zihinsel yetersizlik gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Lembet 2002). Ayrıca literatürde prematüre doğan bebeklerin % 25'inin yenidoğan biriminden çıktıktan sonra uzun süreli hastalıkları olduğu belirtilirken, 1500 gramın altında doğan bebeklerde serabral palsi görülme riski normal bebeklere göre % 25 daha fazla olarak bildirilmektedir (Sola ve Diken 2008).

Msall ve Tremont (2002) çalışmalarında, aşırı düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda ilk 3 yılda % 9-26 oranında serabral palsi, % 1-15 oranında görme yetersizliği, % 0-9 oranında işitme yetersizliği, % 6-42 oranında zihinsel yetersizlik olduğunu, bu çocukların okul döneminde % 5-27 oranında motor becerilerinde, % 5-30 oranında öz-bakım becerilerinde % 5-22 oranında iletişim becerilerinde yetersizlik oluştuğunu bildirmektedir. Ayrıca aynı çalışmada, aşırı düşük doğum ağırlığı olan yenidoğanların akademik işlevlerinde % 50'nin üzerinde yetersizlik olduğu, yetişkin dönemde aktivitesinin % 13-32, iş becerilerinin % 21-71 oranında sınırlı olduğu belirtilmektedir.

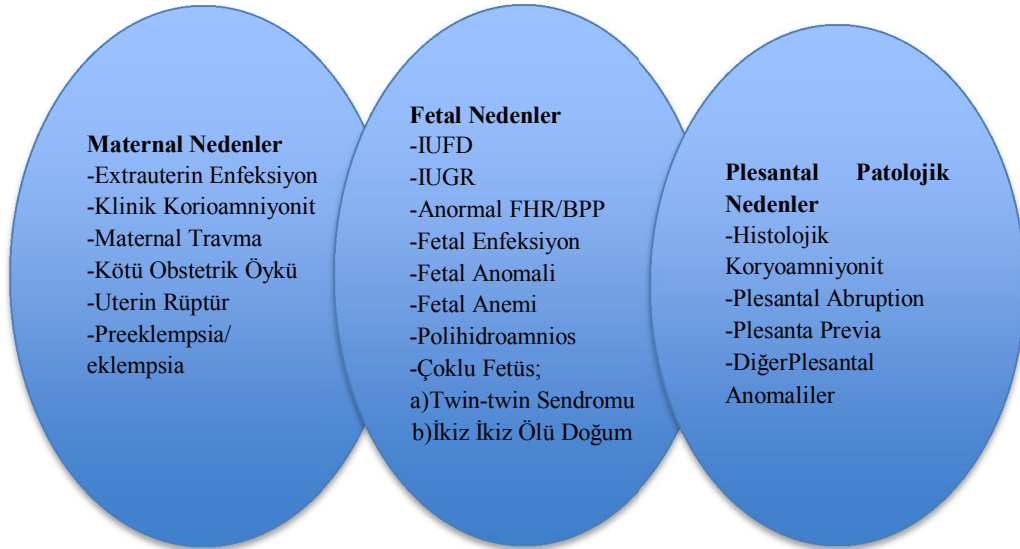
Öner vd. (2004)'nin Erciyes Üniversitesi'nde prematürelere retinopati sonuçlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen 360 prematüre bebek değerlendirilmiş ve % 20,9 oranında prematüre retinopatisi saptanmıştır. Yine Erciyes Üniversitesi'nde yapılan bir başka çalışmada, serebral palsi (CP) vakalarında işitme, görme problemleri ile epilepsi sıklığını araştırılmış ve vakalarının % 40'nin prematüre olduğu saptanmıştır (Konuskan vd. 2012).

Erken doğum yaygın görülen ve ciddi sonuçları olan bir sorun olmakla birlikte 26 milyar dolardan fazla yıllık bilançooya sahip yüksek maliyeti olan önemli bir halk sağlığı sorunudur (Keleş 2012). Ayrıca, erken doğum ebeveynler için önemli bir

psikolojik streştir. Postpartum dönemde, anne bir yandan aile içinde kurulan yeni düzene ve beden imajındaki değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken, diğer yandan yoğun bakım ünitesinde yatan bir bebeğe bağlı olarak, şok, endişe, keder, suçluluk, utanç ve depresyon gibi çeşitli olumsuz duygular yaşamaktadır. Prematüre bebek sahibi olan ebeveynlerde, posttravmatik stres semptomları doğumdan 6 ay sonrasına kadar devam etmektedir (Davis et al. 2003, Öztürk 2010).

2.5. Erken Doğum Tehdidinin Risk Faktörleri

EDT gelişimine zemin hazırlayan pek çok faktör olmakla birlikte temel nedenler; myometrial gerginliğin artması, plasental kan akımını azalması ve biomedikal ajanlardır. Söz konusu durumlar, anneye, fetüse ve plasentaya bağlı nedenlerden kaynaklanabilir. EDT'nin anne ile ilişkili nedenleri; mevcut kronik hastalığın kötüleşmesi, maternal travma, preeklampsi, uterin rüptür, koryoamniyonit ve extrauterin enfeksiyonlar iken, fetal nedenleri; intrauterin fetüs ölümü (IUMF), intrauterin gelişme geriliği (IUGR), fetal anomali, çoğul gebelik, polihidroamniyos olarak özetlenebilir. EDT gelişiminde plasentaya bağlı nedenler ise; koryoamniyonit, plasenta previa, ablasyo plasenta gibi durumlardır (Goldenberg et al. 2008) (Şekil 2).



*FHR: Fetal Kalp Hızı , BPD: Biparietal Diameter

Şekil 2. EDT'ye Yol Açan Maternal, Fetal, Plasental Nedenler (From Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, et al. (2012): The preterm birth syndrome: a prototypic phenotypic classification, Am J Obstet Gynecol 206: 119-123)

Çalışmamızda EDT gelişimine zemin hazırlayan risk faktörleri;

- Sosyo-demografik riskler
- Davranışsal ve çevresel risk faktörleri
- Obstetrik faktörler
- Maternal hastalıklar
- Psikososyal nedenler olmak üzere 5 ana başlık altında incelenecektir.

2.5.1. Sosyo-Demografik Risk Faktörleri

EDT gelişimine zemin hazırlayan sosyodemografik risk faktörleri; anne yaşı, ırk, genetik, çalışma durumu, düşük sosyo-ekonomik düzey ve Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin düşük ya da yüksek olmasıdır.

2.5.1.1. Yaş

Anne yaşı obstetride önemli bir yer tutmaktadır. Bu nedenle erken doğumla ilgili araştırmalarda sıklıkla anne yaşı ile ilişki açıklanmaya çalışılmıştır. EDT açısından 16 yaş altı ve 35 yaş üstü gebeler yüksek riskli olarak kabul edilmektedir (Meydanlı vd. 2000).

Adölesan gebeliklerde preterm eylem, preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı infant insidansı anlamlı ölçüde yükselmekte ve buna bağlı olarak mortalite ve morbidite artmaktadır. 15 yaş altı gebeliklerde bebek ölüm oranı, 20 yaş altındakilere göre 2,4 kat daha fazla, intrauterin gelişme geriliği ve erken doğum 2 kat daha fazla görülmektedir (Amarin and Akasheh 2001).

Satin vd. (1994)'nin 16500 nullipar kadının gebelik sonuçlarını analiz ettiği çalışmasında, 11-16 yaş arası doğum yapanlarda preterm doğum oranının yaşça daha büyük olan gebelere göre anlamlı derecede arttığı bildirilmektedir.

Demir vd. (2000)'nin Çukurova Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde, adölesan gebeliklerin sonuçlarını incelemek amacıyla 1993-1997 yılları arasında doğum yapmış 19 yaş altı 442 gebe incelenmiş ve adölesan gebelerde EDT oranı % 7 olarak saptanmıştır.

Melekoğlu vd. (2013)'nin adölesan gebeliklerin perinatal sonuçlarını belirlemek amacıyla yaptıkları bir başka çalışmada, 2008-2011 yılları arasında doğum yapmış gebeler retrospektif olarak incelemiş ve preterm doğum oranının adölesanlarda % 37,5 iken adölesan olmayan gebelerde % 21,6 oranında olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Adölesan gebeliklerle benzer şekilde, ileri anne yaşı da, gebelikte kronik hastalıkların görülme sıklığında artışa ve preeklampsiye neden olarak EDT gelişimini etkilemektedir. (Akyol vd. 2011). Ziedah (2002)'in Ürdün'de yaptığı ve 25-29 yaş ile 35 yaş üstü gebelikleri kıyasladığı çalışmada, 35 yaş üstü gebelerin preterm doğum oranının % 41,2 olduğunu ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerine giriş açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğunu belirtmiştir.

2.5.1.2.Irk

Literatürde, EDT'nin siyah ırkta daha yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir. Bu durumun ekonomik, sosyokültürel faktörler, eğitim, beslenme ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarıyla ilişki olabileceği de düşünülmektedir. Erken doğumların % 60'ı Afrika ve Güney Asya ülkelerinde olması, Amerika'daki, toplam erken doğum oranının % 12,7 iken, siyah ırkta oranın % 18,3'e yükselmesi bu görüşü destekler niteliktedir (Culhane and Goldenberg 2011).

2.5.1.3.Genetik yatkınlık

Epidemiyolojik çalışmalar daha önce erken doğum yapan veya ailesinde erken doğum öyküsü olan kadınların erken doğum yapma riskinin normalden daha fazla olduğunu göstermektedir. Artan bu risk artışının aynı aileden gelen kadınların aynı

çevresel faktörlere sahip olması ile açıklanmakla birlikte genetik faktörlerin de duruma katkısı bulunduğu düşünülmektedir (Dolan 2010, Bream et al. 2012).

Mumtaz vd. (2010)'nin preterm risk faktörlerini belirlemek için yaptıkları çalışmada, preterm eylem ile akrabalık durumu arasındaki ilişki araştırılmış, 1. ve 2. derece kuzen evliliklerinin erken preterm doğum riskini artırdığını saptamışlardır. Porter vd. (1997)'nin kendisi erken doğan kadınların, gebeliklerinde erken doğum riskini belirlemek amacıyla yapılan kohort çalışmada, EDT riski % 1,18 olarak belirlenmiştir. Ege vd. (2009)'nin Konya'da yaptığı çalışmada, erken doğum yapan gebelerin % 10'nun annesinin de erken doğum hikayesi olduğunu belirlenmiştir.

2.5.1.4.Çalışma Durumu

Son yıllarda yapılan araştırmalarda, çalışma yaşamının gebeliği olumsuz yönde etkilediğine dair veriler bulunmamıştır. Fakat çalışılan gün sayının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, ağır bir işte çalışma, psikolojik stres gibi durumların erken doğumla ilişkisi olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır (Şen ve Şirin 2013, Eskici vd. 2012).

Özellikle sürekli ayakta durarak çalışan kadınlarda büyük plasental infarktların progresif olarak arttığı gösterilmiştir. Bir çalışmada uzun süre ayakta kalmanın (> 40 saat/hafta) ve aşırı fiziksel stresle çalışmanın erken doğum riskini artırdığı gösterilmiştir (Bozkurt ve Himmetoğlu 2004). Magann vd. (2009)'nin yaptığı çalışmada günde 4 saatten fazla ayakta durmak ile preterm doğum arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Yapıcı 2011). Gisselman ve Hemström (2008)'nin 280.000 kadın ve 360.000 yenidoğanı kapsayan çalışmalarında, özellikle üretim sektöründe çalışmanın preterm eylem riskini 1,35-2,66 kat artırdığını saptamıştır.

Ayrıca tatil günü olmayan ya da vardiyalı (gece dâhil) çalışan kadınların da EDT riski altında olduğu bildirilmiştir (Önderoğlu 2004). Bonzini vd. (2011)'nin 23 çalışmayı inceleyerek yaptığı metaanalizde, gece vardiyalı işte çalışan gebe kadınlarda erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi riskinin, gündüz çalışanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bildirilmiştir.

Balkaya vd. (2014)'nin gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunları incelenme amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT görülen gebelerin % 43,7'nin yorucu ve ağır bir işte çalıştıkları saptanmıştır.

2.5.1.5.Düşük Sosyo-Ekonomik Düzey

Sosyo-ekonomik durumun düşüklüğü, gebenin hijyen ve beslenme özelliklerini etkilemesi nedeniyle, EDT gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Özellikle konsepsiyon esnasındaki kötü beslenmenin riski artırdığına ilişkin görüşler bulunmaktadır. Sosyoekonomik durumu düşük kadınlarda EDT riski % 50 artmaktadır (Beeckman et al. 2009).

Kopal vd. (1999)'nin, Konya'da erken (28-37.gebelik haftaları arasında) doğumların mediko-sosyal risk faktörlerini incelenmek amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT'nin risk faktörleri arasında düşük sosyo-ekonomik düzey (% 15,8) yer almaktadır.

2.5.1.6.Beden Kitle İndeksi

Beden kitle indeksi (BKİ), vücut ağırlığının kg/boy uzunluğunun m²'sine bölünmesiyle elde edilen bir denklemdir (Institute of Medicine and Food and Nutrition Board, 1990). Gebeliğin başlangıcında kadının BKİ'si; < 19,8 ise düşük, 19,8-26,0 arasında ise normal, > 26,0-29,0 ise yüksek ve >29,0 ise şişman olarak değerlendirilmektedir. BKİ normal kadınlarda gebelikte kazanılması gereken toplam kilo, 11,5-16 kg olarak belirlenmiştir (<http://apps.who.int> Erişim tarihi: 12.10.2016). Çizelge 1'de BKİ'ye göre gebelikte kazanılması gereken ağırlıklar verilmiştir.

BKİ'si düşük annelerde vücut depolarının yetersizliği ve kan akımındaki azalma EDT ile ilişkilendirilmektedir. BKİ'nin yüksek olması, tek başına EDT riski taşımamakla birlikte kronik hastalıkların tabloya eklenmesi söz konusu ise riski artırmaktadır (Andres and Day 2000).

BKİ Sınıflamasına Göre	BKİ (kg/m ²)	Önerilen Toplam Artış Kg	Önerilen Toplam Artış kg/ay
Düşük Kilolu	<19,8	12,5-18	2,3
Normal Kilolu	19,8-26,0	11,5-16	1,8
Fazla Kilolu	>26,0-29,0	7-11,5	1,2
Obez	>29,0	En az 7	0,9

Çizelge 1:Gebelik Öncesi Vücut Ağırlığına Göre Önerilen Ağırlık Artışları ve Alım Hızları (*Institute of Medicine and Food and Nutrition Board (1990). Total amount and pattern of weight gain: physiologic and maternal determinants. In: Nutrition during pregnancy. National Academy Press, Washington, D.C.pp 1-233*)

Bondevik vd. (2001)'nin Nepal'de yaptığı ve gebelerin hematolojik durumu ile erken doğum, düşük doğum ağırlığı ilişkisini araştırdığı çalışmada; düşük BKİ ve maternal aneminin EDT için, istatistiksel olarak anlamlı risk faktörleri olduğunu saptanmış ve maternal beslenmenin düzeltilmesi yoluyla riskin azaltılabileceği vurgulanmıştır.

Schmatz vd. (2010)'nin Kanada'da gebelikte obesite ve inflamasyon arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmada, kadınların yaş ve paritesi arttıkça BKİ'sinin arttığını, normal kilodaki kadınların % 8'inde, şişman kadınların % 8'inde, obez kadınların % 9'unda, aşırı obez kadınların % 10'unda prematür doğum saptanmıştır. Çalışmada obezlerde preterm doğum riskinin yüksek olmasının, obez gebelerde gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi riskinin artmasıyla ilişkili olabileceği belirtilmiştir.

Ayrıca gebelikte düşük kilo alımı da EDT için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Gebeliği sırasında 7,26 kg'dan daha az kilo alan gebelerin doğumlarının yaklaşık % 90'ının preterm olduğu saptanmıştır (Akgün 2013).

2.5.2.Davranışsal ve Çevreye Ait Faktörler

EDT gelişimine zemin hazırlayan davranışsal ve çevreye ait faktörler; sigara ve madde kullanımı, yetersiz ve dengesiz beslenme, yetersiz perinatal bakım, teratojenler, aşırı fiziksel ve cinsel aktivitedir.

2.5.2.1.Sigara ve madde kullanımı

Önlenbilir ölümlerin en büyük ve birinci nedeni sigaradır ve günümüzde dünya nüfusunun % 22'si sigara kullanmaktadır. Bu oranın % 36'sını erkekler, % 8'ini de kadınlar oluşturmaktadır. Erkeklerde sigara içme eğiliminde azalma görülürken kadınlarda artmaktadır (DSÖ 2008). Ülkemizde gebe kadınların % 11'i ve emzirenlerin % 17'si sigara içmektedir (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr> Erişim Tarihi: 1.10.2017). Çeşitli çalışmalarda gebelerde aktif sigara içicilik prevalansı % 10-37, pasif maruziyet ise % 11-49 olarak bildirilmektedir (Er 2006, Mutlu ve Saraoğlu 2014).

Sigara dumanının içindeki nikotin ve karbonmonoksit, gelişmekte olan fetüse zarar vermektedir. Nikotin, uterusu kan akımının azaltır ve plasenta yolu ile fetal dolaşıma geçerek vazokonstriksiyona neden olur. Fetal dolaşımdaki nikotin seviyesi maternal dolaşımından % 15 oranında daha yüksektir. Ayrıca sigara içen kadınlarda, nikotin konsantrasyonu amnion sıvısında, maternal plazmadan % 88 oranında daha yüksektir. Karbonmonoksit ise plasentadan hızla geçerek fetal dokularda oksijen miktarını düşürmektedir (Göl 2007, Güven 2000, Çınar vd. 2015).

Gebelikte sigara içilmesi; abortus, ektopik gebelik, EDT, erken membran rüptürü (EMR), plasenta previa, intra uterin gelişme geriliği (IUGR) ve düşük doğum ağırlığı (DDA) nedenidir (Janbakhisov et al. 2013, Göl 2007, Berkman and Has 2004, Kültürsay 2004).

Egawa vd. (2003)'nin yaptıkları çalışmada, sigaranın myometriumdaki oksitosin reseptörlerinin sayısını artırarak myometriumun oksitosine yanıtını artırdığı ve eylemin başlamasına neden olduğu bildirilmektedir.

Grange vd. (2005)'nin Fransa'da yaptığı çalışmada, sigaranın EDT riskini % 56 oranında artırdığı gözlenmiştir. Literatürde EDT'nin risk faktörlerini belirlemeye yönelik pek çok çalışmada, sigara önemli bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Pickett Kate E. et al. 2003, Ege vd. 2009).

Benzer şekilde, pasif içici olmak da EDT açısından risk oluşturmaktadır. Pasif içici gebelerle, sigara içmeyen gebeleri kıyaslayan bir çalışmada; sigara dumanına maruz kalan gebelerde % 24,1 oranında preterm eylem görüldüğü bildirilmektedir (Goel et al.2004).

Kyrklund-Blomberg vd. (1998)'nin İsveç'te yaptıkları çalışmada ise, preterm doğum riskinin günlük içilen sigara sayısı ile orantılı olduğu, özellikle 10'dan fazla sigara içenlerde preterm eylem görülme riski daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve bağımlılığı, giderek yaygınlığı artan ve tüm dünyada ciddi sağlık sorunları oluşturan bir problem haline gelmiştir. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)'e göre, gebe kadınların % 10'unda madde bağımlılığı bulunmakta olup, yaygınlığı giderek artmaktadır (<https://www.acog.org> Erişim Tarihi: 1.10.2017). Gebelikte alkol kullanımı % 2,2-87 arasında değişmektedir (Koçak vd. 2015). Bağımlılık yapan maddeler, gebelerde pek çok riskli duruma yol açmanın yanı sıra, preterm doğum riskini de 3-7 kat artırmaktadır (Er 2006). Gebelikte günde bir bardaktan fazla alkol alan gebelerde preterm eylem riski de ciddi oranda artmaktadır (Albertsen et al.2004, Kesmodel vd. 2000).

2.5.2.2.Yetersiz ve Dengesiz Beslenme

Beslenme, insanın yaşamı içinde yer alan, gelişimini sağlıklı bir şekilde sürdürmesini sağlayan bir unsurdur. Sağlığın iyi olabilmesi için, yeterli ve dengeli beslenme esastır (İrge vd. 2005, Haznedaroğlu 2001).

Gebelik ise beslenme gereksinimin arttığı özel bir süreçtir. Bu süreçte anne yetersiz ve dengesiz beslendiğinde, anne karnındaki fetüs kendi ihtiyacı olan

gereksinimini annenin dokularından sağlayarak annenin depolarını boşaltır (Arlı vd. 2003). Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme sonucunda abortus, erken doğum, gestasyonel haftasına göre düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, neonatal ölüm riski ve maternal malnutrisyon görülmektedir (Taş vd. 2010).

Englund-ögg vd. (2014)'nin Norveç'te gebelik diyet modelleri ile preterm doğum riski arasında ilişki olup olmadığını belirlemek için yaptığı çalışmada, nullipar ve multipar toplam 66000 gebeye uygulanan sağlıklı beslenme programlarının, erken doğum riskini anlamlı bir şekilde azalttığı saptanmıştır. Haugen vd. (2008)'nin Norveç'te yaptığı çalışmada, akdeniz tipi diyet uygulanan gebelerde ve deniz ürünleri ile beslenenlerde erken doğum riskinin azaldığı saptanmıştır.

McDonald vd. (2010) tarafından, 1 milyondan fazla gebenin incelendiği çalışmaları değerlendiren metaanalizde, obezite ve fazla kilonun tek başına erken doğum riskini 1,3 kat artırdığı saptanmıştır.

Gebelikte folik asit eksikliği, EDT yönünden bir risk faktörüdür. Çalışmalar konsepsiyon öncesi folik asit alımı ile 32 haftadan küçük EDT oranında yıllık % 50 ve 28 haftadan küçük EDT oranında yıllık % 20 azalma sağlandığı gösterilmiştir (Bukowski 2008). Benzer şekilde Marti-Carjaval vd. (2004)'nin, üçüncü trimesterde maternal folat eksikliğinin preterm eylem riskini artırdığı saptanmıştır.

2.5.2.3.Yetersiz Perinatal Bakım

Perinatal bakım, anne ve fetüsün sağlık personeli tarafından, tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla izlenmesi, eğitim ve danışmanlık almasıdır (Beser vd. 2007, HÜNEE 2010).

Perinatal bakımın amacı; kadının gebelik sürecini sağlıklı ve kalite geçirebilmesi için, gebelik öncesi alışkanlıklarını gebelik ve öncesinde tekrar gözden geçirmek, gerekli eğitim ve danışmanlığın sağlanması, gebelik sırasında oluşabilecek ya da var

olan komplikasyonları erken dönemde tespit ederek olumsuz sonuçların azaltılmasıdır (Er 2006).

Gebelik boyunca hiç perinatal bakım almamış kadınlarda, düşük tehdidi, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek görülme oranlarının arttığı ve perinatal dönemde bebeklerin ölme olasılıklarının yükseldiği belirlenmiştir (Beşer vd. 2007). Ayrıca, perinatal bakım EDT riskine neden olacak durumları tespit ederek erken zamanda tedavisine de başlanılmasına olanak sağlamaktadır.

Galvan vd. (2001)'nin Zimbabwe'de bir doğumevinde doğum öncesi bakım hizmetinden yararlanma durumu ile fetal sonuçların ilişkisini araştırdığı çalışmada, hiç doğum öncesi bakım almayan gebelerin preterm eylem olma ve 1500 gram altında bebek doğurma oranlarının 7 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Cox vd. (2011)'nin 1996-2003 yılları arasında doğum öncesi bakım kullanımını incelemek için yaptıkları retrospektif kohort çalışmada, yetersiz perinatal bakımın erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve bebek ölümleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur.

2.5.2.4. Teratojenler

Teratojenler, gebelik sırasında plasentadan fetüse geçerek, fetüste malformasyon ya da ölüme neden olan ilaç ve kimyasal maddeler gibi ajanlardır (Özbudak vd. 2016). Önceleri plasentanın bir bariyer görevi üstlenerek anne karnındaki bebeği tamamen dış etkenlerden koruduğu ve çevresel faktörlerin fetüse zarar vermeyeceğine inanılsa da, bu görüş 1950'li yıllarda gebelikte kullanılan "talidomit" isimli ilacın fetüste ekstremite yokluğuna neden olduğunun anlaşılması ile birlikte değişmiştir (Baytur 2013).

Teratojenik etkileri bilinen ilaçlar alkol, phenytoin, folik asit antagonistleri, litium, valproik asit, tetrasiklin, talidomid, trimetadion, warfarin, anestezi için kullanılan gazlar, karbon sülfür, formaldehit, heksaklorobenzen, organik çözücüler, kurşun, civa, saç boyaları, pestisit, arsenik, kadmiyum gibi kimyasal maddeler plasentadan bebeğe geçerek ani kanamalara, düşüklere, erken doğuma, düşük doğum

ağırlıklı bebeklere ve en önemlisi yapısal anomalilere neden olmaktadır (Kuru 2007, Tekbaş 2006, Büyükşekerci vd. 2017)

2.5.2.5.Aşırı Fiziksel Aktivite

Gebelikte orta düzeyde fiziksel egzersiz, anne ve bebek sağlığını yükseltmek için önerilir. Gebelikte yürüyüş, yüzme ve pilates gibi egzersizler yapılması uygundur. Gebeler egzersize; haftada 3 kez olmak üzere, günde 15 dakikalık olarak başlamalı, egzersiz programı haftada 4 kez 30 dakikalık program şeklinde devam etmelidir. Gebe yorgunluk hissettiğinde, egzersize ara verilmelidir (ACOG 2002).

Gebelikte fiziksel egzersiz faydalarının yanısıra, 45 dakika üzerinde yapılır ya da aşırı fiziksel aktivite içerirse anne ve fetus için riskler yaratabilir (Köken ve Yılmaz 2007). Aşırı fiziksel aktivitelerin erken doğum olasılığını arttırdığı bilinmektedir (Çam 2009, Ağaoğlu 2015).

2.5.2.6.Cinsel Aktivite

Sağlıklı bir gebe kadının gebeliğinin son dört haftasına kadar cinsel ilişkiye girmesinde herhangi bir sakınca yoktur. Fakat seminal mayi içinde bulunan prostaglandinler, riskli kadınlarda uterusu kasılmaları uyararak erken doğuma sebep olabilmektedir. Bu nedenle gebelikte düşük tehlikesi ya da EDT/EMR riski varlığında koitus yasaklanmalıdır. Ayrıca preterm eylem öyküsü olan gebelerin, ikinci ve üçüncü trimesterde cinsel ilişkiden kaçınması önerilmektedir (Yangın 2004, Eserdağ 2005).

2.5.3Obstetrik Faktörler

EDT gelişimine zemin hazırlayan obstetrik faktörler; kısa doğum aralığı, tekrarlayan gebelik kayıpları, preterm eylem öyküsü, uterusun aşırı gerilmesine neden olan durumlar, uterin anomaliler ve servikal yetmezlik, preeklampsi, infertilite tedavisi, preterm erken membran rüptürü ve koryoamnionit ve plesanta anomalileridir.

2.5.3.1.Kısa Doğum Aralığı

Doğum aralığı bir gebeliğin sonlanması ile diğer bir gebeliğin başlangıcı arasındaki süredir. Kısa gebelik aralığı olan kişilerde perinatal mortalite, IUGG ve EDT riskinin arttığı gösterilmiştir. Doğumla takip eden gebelik arasındaki süre 6 aydan kısa olduğunda, EDT riski diğer faktörlerden bağımsız olarak 2 kat artmaktadır. Bunun gebelik ve doğum nedeniyle uterusu oluşturmuş inflamatuvar ortamın tamamen normale dönmemiş olması ve annenin vitamin, mineral, aminoasit depolarının yetersizliği sonucu olabileceği ileri sürülmektedir (Er 2012).

Ege vd. (2009)'nin Konya'da spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörlerini araştırmak için yaptıkları çalışmada, kısa doğum aralığının EDT ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

2.5.3.2.Tekrarlayan Gebelik Kayıpları

Tekrarlayan gebelik kayıpları, 20. Gestasyonel haftadan önce klinik olarak nedeni tanımlanmamış, ardışık olarak 2 veya 3 gebelik kaybı olarak tanımlanır (Duz 2016, Nazik vd. 2012). İki ardışık gebelik kaybı durumunda sonraki gebeliğin abortusla sonuçlanma riski % 17-25, üç ardışık gebelik kaybindan sonra ise % 25-46'tır (Duz 2016).

Öyküde tekrarlayan gebelik kayıpları varlığı, EDT ile ilişkilidir (Er 2012, Demirel vd. 2014). Jivraj vd. (2001)'nin tekrarlayan düşük öyküsü olan kadınlarda (n=162), preterm doğum oranını % 13 olarak bildirmektedir. Buchmayer vd. (2004)'nin İsveç'te yaptığı çalışmada ise, önceki gebelik kayıplarının 32. haftadan küçük EDT ve erken membran rüptürü olma riskini ciddi bir oranda artırdığı gösterilmektedir.

2.5.3.3.Preterm Eylem Öyküsü

Erken doğum için temel risk faktörü, erken doğum eylemi öyküsüdür. Erken doğum riski en son gebelik sonucu ile ilişkilidir ve öyküde EDT sayısı arttıkça risk

artmaktadır. İlk doğumu erken olan gebelerde preterm doğumun tekrarlama riski, ilk bebeğini miadında doğuranlara göre, 3 kat daha fazladır. İlk iki doğumunda EDT tanısı alan gebelerin ise, üçte birinden fazlası sonraki gebeliğini de preterm doğurmaktadır (Cunningham et al. 2015). Öyküde EDT varlığında, önceki doğumun gestasyonel haftası ve gebelik sayısına bağlı olarak, tekrarlama olasılığı % 15-50 arasında değişmektedir (Spong 2007).

Literatürde öyküde preterm doğum ile bu gebelikte EDT arasındaki ilişkiyi gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Salar vd. 2007, Lembet 2002).

Son yıllarda erken doğum eylemi gelişmesinde genetik faktörlerin rol oynadığı yönünde çalışmalar artmıştır. Ailede preterm öyküsü olanlarda, riskinin arttığı belirtilmektedir (Varner and Esplin 2005, Pennell and Jacobsson 2007). Heaman vd. (2005) ile Kim vd. (2005)'nin yaptıkları çalışmalarda preterm eylem öyküsü olanlarda riskin arttığı bildirilmektedir. Ege vd. (2009)'nin Konya'da spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörleri belirlemek için yaptıkları çalışmada, preterm eylem öyküsü varlığı ve gebenin annesinde preterm eylem öyküsü olma EDT ile ilişkili bulunmuştur.

2.5.3.4. Uterusun Aşırı Gerilmesine Neden Olan Durumlar

Gebelikte çoğul gebelik, polihidroamnios, myom varlığı gibi durumlar, myometriyumda gerilmeye neden olarak hücrelerden sitokin ve prostaglandinlerin yapımını uyarır ve kasılmaları başlatır (Derbent 2009).

Çoğul gebelikler EDT'nin en önemli risk faktörüdür ve tüm EDT vakalarının % 15-20'sini oluşturur. İkizlerin yaklaşık % 60'ı erken doğar ve bunların % 40'ında 37. gebelik haftasından önce erken membran rüptürü oluşur (Er 2012).

Aköz vd. (2003)'nin 2000-2003 yılları arasında çoğul gebeliklerin obtetrik ve neonatal sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT'nin oranı % 35,8 olarak saptanmıştır.

2.5.3.5.Uterin Anomaliler ve Servikal Yetmezlik

Uterun anomaliler, uterusun herhangi bir şekil bozukluğuna denir. En sık görülen uterus anomalileri bikornis, septus ve arkuatus gibi paramezonefrik kanalların füzyonundaki bozukluk veya septum rezorpsiyonundaki duraklamalar sonucu oluşan anomalilerdir. Daha nadir görülen ise müller kanalının oluşmaması veya oluşması sırasındaki duraklamalara bağlı gelişen unikornis uterustur. Üreme çağındaki kadınlarda uterus anomali insidansı % 0,5-1,8 olarak bildirilmiştir. Uterin anomaliler tekrarlayan fetal kayıplar, preterm eylem ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğum olasılığını artırır (Çalışkan vd. 2000). Bikornis-bikollis uterus vakalarında preterm doğum oranı % 80, uterus septus olgularında ise % 4 olarak tespit edilmiştir (Güler 2011).

Servikal yetmezlik, serviksin fonksiyonel veya yapısal bir bozukluğu nedeniyle, gebeliğin ikinci trimestirinde efasman ve dilatasyonun başlamasıdır (Er 2012, Cunningham 2015). Servikal yetmezlik genellikle kısa servikal uzunluk ile ilişkilidir. Mackey vd. (2000)'nin ikinci trimesterde ultrasonografi (USG) ile yaptıkları değerlendirmede, servikal uzunluk ya da internal servikal os'un huni şeklini alması ile EDT arasında ilişki olduğunu gösterilmiştir. Servikal yetmezlik olan gebelerde erken doğum oranı % 26 olarak bildirilmektedir (Öcal 2008).

2.5.3.6.Preeklampsi

Preeklampsi, 20. gebelik haftası ile doğum sonu 1 hafta içinde görülen gestasyonel hipertansiyona, proteinüri ve ödemin eklenmesi ile karakterize bir hastalıktır ve dünyada görülme sıklığı % 10 civarındadır. Preeklampsi fetal/maternal morbidite ve mortalitenin en önemli nedenleri arasındadır (WHO 2013, Lowe et al. 2014, Cunningham 2015).

Preeklampsi gelişiminde temel sorun, trofoblastların bir nedenle uterin spiral arterlerin myometrial kısımlarına ulaşamaması ve bu nedenle azalan plasental kan dolaşımının neden olduğu iskemiye bağlı olarak endotelial hücreler için toksik maddelerin salgılanmasıdır. Bu toksik maddeler endotelial hasara neden olarak, tüm

damarlarda vazokonstruksiyona yol açar. Bu durum hem uterusu hem de fetüse giden kan akımını azalması ve myometrial aktivitenin uyarılmasına neden olarak, erken doğum eylemi riskini ortaya çıkarmaktadır (Thorton et al. 2010).

Gülcan vd. (2004)'nin çalışmasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerde preeklampsi/eklampsi oranı % 26,3 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan pek çok çalışmada EDT vakalarında preeklampsi varlığı en önemli riskler arasında yer almaktadır (Katar ve Devocioğlu 2006, Kopal vd. 1999, Akyol vd.2011).

2.5.3.7.İnfertilite Tedavisi

İnfertilite, evli çiftlerin bir yıllık süre içerisinde düzenli cinsel ilişki (haftada 3-4 defa) de bulunmaları ve herhangi bir korunma yöntemi kullanmamalarına rağmen gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır (Zegers-Hochschild et al. 2009). Son yıllardaki gelişmeler, infertil çiftlerin yardımcı üreme tekniği ile büyük bir kısmının çocuk sahibi olmasına imkân vermektedir. Fakat yardımcı üreme teknikleri sayesinde oluşan bu gebeliklerde, çoğul gebelik oranlarının yüksekliği gibi ilişkili faktörlerin de etkisi ile EDT görülme sıklığı artmaktadır (Boivin et al. 2011).

Balkaya vd. (2014)'nin gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlarının incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT görülen gebelerin % 30,6'sının infertilite tedavisi gördüğü bildirilmektedir.

Sümer vd. (2013)'nin, spontan ve IVF ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında, EDT gelişen gebelerin % 65,5'ini IVF tedavisi görenlerin oluşturduğu ve gruplara arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir.

Tunç ve Türkçüoğlu (2014) tarafından yapılan, spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda maternal, fetal ve perinatal özellikleri

karşılaştıran çalışmada, IVF gebeliklerinin % 67,5'inin preterm eylem ile sonuçlandığı saptanmıştır.

Cömert vd. (2017)'nin, histeroskopik uterin septum cerrahisi uygulanan gebelerde operasyon sonrasında; primer infertil hastaların % 16,6'sında, sekonder infertil hastaların ise % 12,5'inde preterm eylem belirlemiştir.

2.5.3.8. Preterm Erken Membran Ruptürü ve Koryoamnioit

Erken Membran Ruptürü (EMR), fetal zarların doğum başlamadan en az bir saat önce yırtılması ve fetüs ile dış ortam arasında ki bariyerin ortadan kalkarak amnion sıvısının akması olarak tanımlanır. Preterm Erken Membran Ruptürü (PEMR) ise, 37. gestasyonel gebelik haftasından önce amnion zarlarının açılması olarak tanımlanır. PEMR'ünün en sık nedeni koriodesidual bölgedeki enfeksiyonlardır (Güler 2011). PEMR, aynı zamanda koryoamnioite zemin hazırlayan önemli bir etkidir (Çelen vd. 2012).

EMR sıklıkla % 24-40 oranlarında görülüp preterm eylemi başlatan nedenlerin başındadır (Çelen vd. 2012). Epidemiyolojik çalışmalar da genital yolun, Grup B streptokoklar, Klamidya trachomatis, Neisseria gonorea ve bakteriyel vajinozise yol açan anaeroplara, Gardnerella vaginalis, genital mikoplazma ile kolonizasyonunun; EMR riskini artırdığı bulunmuştur (Gelişen ve Çalışkan 2001). Bu ajanlar aynı zamanda enflamatuvar yanıt ile eylemin erken başlamasına neden olabilmektedir (Çelen vd. 2012).

2.5.3.9. Plasenta Anomalileri

Plasenta; anne ile fetüs arasındaki madde ve gaz alışverişini sağlamanın yanı sıra, gebelik süresince önemli endorfin fonksiyonları olan bir yapıdır. Plasenta anomalileri, erken doğum risk faktörleri arasında yer alır. Üçüncü trimesterde görülen kanamaların önemli kısmından sorumlu olan plasenta previa ve ablasyo plasenta, % 17 oranında EDT'ye neden olmaktadır (Yanık 2008).

Köroğlu vd. (2013)'nin, plasenta lokalizasyonunun gebelik sonuçlarına etkisini incelediği çalışmada, plasenta alt segment yerleşimli olanlarda, erken doğum oranı % 11,5 olarak bulunmuştur. Benzer şekilde, Tuzovic vd. (2003)'nin çalışmasında plasentanın alt segment yerleşimli olması, EDT nedenleri arasında gösterilmiştir. Plasenta previa olgularında gebelik sonuçlarını incelemek amacıyla yapılan bir başka çalışmada ise, ortalama doğum haftası 30.99 ± 6.96 olarak tespit edilmiştir (Artunç Ülkümen vd. 2014). Çelik Acioğlu vd. (2010), plasenta previa tanısı alan gebelerde EDT oranının, plasenta invazyon anomalisi olanlarda % 55,5, plasenta invazyon anomalisi olmayanlarda ise % 20,3 olduğunu bildirmektedir.

2.5.4. Maternal Hastalıklar

EDT gelişimine zemenin hazırlayan maternal faktörler; Kronik hastalıklar, anemi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, üriner sistem enfeksiyonları ve dişeti hastalıklarıdır.

2.5.4.1. Kronik hastalıklar

Annenin hipertansiyon, diyabet, kalp hastalığı, astım ve tiroid gibi kronik hastalıkları olması, gebelikte komplikasyon gelişmesine bağlı olarak birlikte EDT görülme oranlarını artırmaktadır (Cunningham 2015). Örneğin hipertansiyon hastası kadınlar gebe kaldıklarında gelişen superimpoze preeklampsinin, EDT ile sonuçlanması olasılığı oldukça yüksektir (Çelik 2009).

Durukan vd. (2003)'nin kalp hastalığı olan gebelerde maternal ve perinatal mortaliteyi etkileyen faktörleri araştırmak için yaptıkları çalışmada, kalp hastalığı olan gebelerde 37. gebelik haftasından önce doğum oranı % 26,68 olarak bulunmuştur. Lumley vd. (2011)'nin çalışmasında ise; preterm eylem tanısı alan gebelerde; % 5,5 oranında diabetes mellitus, % 4,1 oranında karaciğer hastalıkları ve % 4,8 oranında pyelonefrit görüldüğü saptanmıştır (Er 2012).

2.5.4.2.Anemi

Anemi, hemoglobin (Hb) veya hematokrit (Htc) düzeylerinin, referans aralığının altında kalması olarak tanımlanır (William and Kern 2005). Gebelerde, kardiyovasküler sistemde oluşan gebelikle ilişkili fizyolojik değişiklikler hemodilüsyon nedeni olduğu için, Hb'nin 11 g/dl ve Htc'nin % 33 altında olması patolojik anemi olarak kabul edilmektedir (Rush 2000). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık % 30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Gebelikte anemi; EDT, düşük doğum ağırlıklı bebek ve perinatal morbitide ile yakından ilişkilidir (Er 2012).

Çalışmalar, hemoglobin değerinin 9,5 g/dl altında olması ile, düşük doğum ağırlığı, IUGR ve EDT ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Dündar vd. 2010). Kopal vd. (1999)'nin erken doğumların mediko-sosyal risk faktörlerini incelediği çalışmasında, anemi EDT için ikinci sırada yer alan (% 40) en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Sezer vd. (2002)'nin gebeliğin üçüncü trimesterinde düşük hemoglobin düzeyinin preterm doğum oranı ve yenidoğan doğum ağırlığı üzerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, maternal hemoglobin değerleriyle fetal doğum haftaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hemoglobin değerinin 8,6-9,5 gr/dl olan grupta EDT oranının en yüksek olduğu saptanmıştır.

2.5.4.3.Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Klamidya, tricomanas vaginalis, sifiliz, gonore ve Human Immunodeficiency Virus (HIV) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların (CYBH), erken doğum riskini artırdığı bilinmektedir. Leitich vd. (2012) tarafından yapılan metaanalizde, bakteriyel vajinozisin, sağlıklı gebelere oranla iki kat daha fazla erken doğuma neden olduğu bildirilmektedir (Menard and Bretelle 2012).

Donders vd. (1997)'nin Güney Afrika'da yaptıkları çalışmada, 212 sifilizli kadına 3 hafta boyunca benzatin penisilin G uygulandığında, ölü doğum ve konjenital sifilizin azaltılması gibi diğer sonuçların yanı sıra erken doğum oranlarının da azaldığı bulunmuştur.

Andrews vd. (2000)'nin çalışmasında, 24. gebelik haftasında genitouriner C.Trachomatis enfeksiyonu olan hastaların, enfekte olmayanlara göre preterm doğum riskinin < 37 hafta için 2 kat, < 35 hafta için 3 kat arttığı saptanmıştır. Kiss vd. (2004)'nin preterm doğum oranını azaltmak için enfeksiyon tarama programının etkinliğini değerlendirmek amacıyla prospektif randomize kontrollü olarak yapılan çalışmasında, kontrol grubuna göre preterm doğum oranının anlamlı olarak azaldığı bulunmuş ve çalışma sonucunda rutin antenatal bakıma basit bir enfeksiyon tarama programının eklenmesi yoluyla preterm doğumda anlamlı azalma sağlanacağını belirtilmiştir.

2.5.4.4. Üriner Sistem Enfeksiyonları

Üriner sistem enfeksiyonları, gebelikte sık rastlanan ve gebelik seyrinde önemli sorunlar doğurabilen bir sorundur. Tüm gebelerin % 17-20'sinde görülmektedir. Üriner sistem enfeksiyonlarının yaklaşık % 20'sinde EDT görülür (Çiçek vd.2006).

Coşkun vd. (2008) tarafından yapılan ve spontan preterm doğum ve preterm prematür membran rüptürü olgularını değerlendiren çalışmada, spontan preterm doğum olgularında % 23, preterm prematür membran rüptürü olgularında ise % 28 oranında üriner enfeksiyon varlığı saptanmıştır.

Hitti vd. (2007)'nin tarafından yapılan çalışma sonuçları; üriner sistem enfeksiyonu olan kadınlarda preterm riskinin arttığını, sık geçirilen üriner sistem enfeksiyonlarına bağlı olarak membranların erken açıldığını göstermektedir.

Çelen vd. (2012)'nin bir kamu hastanesinde hastanede yatan gebelerde servikal kültür sonuçlarını incelediği çalışmasında, olguların % 4,1'inde preterm eylem tanısı

aldığı, bu tanıyı alan hastaların % 5.1'inde E.coli, % 3.2'sinde Candida, % 2,8'inde streptokok agalektiae, % 1,6'sında klebsiella varlığı saptanmıştır.

2.5.4.5.Dişeti Hastalıkları

Periodontal hastalık olarak adlandırılan dişeti hastalığı en yaygın kronik hastalıklardan biridir (Xiong et al. 2006). Periodontal hastalık, dişler ve çevresindeki dokuları etkileyen, dişetini ekstraselüler bağ dokusunda inflamatuvar hücre birikimi ile karakterize bir hastalıktır (Sağlam vd. 2014). Periodontal hastalıkların temel nedeni mikrobiyal dental plaktır (Xiong et al. 2006). Periodontal hastalığa yatkınlığı artıran faktörlerden biri enflamatuvar cevabın değiştiği gebelik dönemidir. Gebelikte azalmış immunité, gebelik hormonlarının etkisi ve bulantı kusmaya bağlı oral asidite artışı, diş ve dişetlerinde olumsuz değişikliklere yol açar. Birçok kültürde her gebeliğin anne için bir diş kaybına neden olduğu düşüncesi bulunmaktadır (Sağlam vd. 2014, Koşar 2013). Gebelikteki östrojen ve progesteron değişiklikleri sungingival mikroflorayı değişikliğe uğratar. Aneorobik mikroorganizmaların eorobik mikroorganizmalara oranı artar. Özellikle provotella türlerinin, steroid hormonlarını büyüme faktörü olarak kullandığı bilinmektedir. Bu patojenlerin artışı, gebede dental plak varlığı ve oral hijyen yetersizliği ile potansiyelize olur. Gebelik öncesi dönemde var olan dişeti hastalığı ise şiddetlenir (Üstün vd. 2013).

Periodontal hastalıklar, fetüsü bakteriyel ürünlerin translokasyonu yoluyla doğrudan veya anneye ait inflamatuvar mediatörlerin aktivasyonu yoluyla dolaylı olarak etkilemekte, erken doğum ve düşük doğum ağırlığına neden olabilmektedir (Bansal et al 2011, Ercan 2013, Xiong et al 2006). Enfeksiyon, inflamatuvar yolu aktivite ederek, lökositlerin bölgeye çekilmesine ve sitokin yapımının artmasına neden olur. Artan sitokinler, nötrofilleri aktivite ederek servikal efasman ve dilatasyonun oluşması, fetal membranların zayıflamasını ve prostaglandin salınımını uyarak travayı başlatabilir. Çeşitli çalışmalarda periodontal hastalıkların erken doğumla ilişkili olduğu gösterilmiştir (Üstün vd. 2013).

Lopez vd. (2002)'nin, peridontal açıdan sağlıklı olan gebeler ile olmayanları kıyasladığı çalışmada, peridontal hastalıkları olan gebelerde EDT ve düşük doğum görülme olasılığının üç kat arttığı bulunmuştur.

Jeffcoat vd. (2003)'nin tarafından, 1313 gebeyi içeren prospektif çalışmada, periodontal problemleri olan kadınlarda EDT oranının sağlıklı gebelere oranla arttığı, 37. haftadan önce erken doğum oranını 4,5 kat, 35. Haftadan önce erken doğumun 5,3 kat, 32. Haftadan önce erken doğumun ise yaklaşık 7 kat arttığı saptanmıştır.

2.5.5.Psikososyal Etkenler (Stres)

EDT'ye yol açan en önemli faktörlerden biri de strestir (Gennaro and Hennessy 2003, Gjere 2001, Aksu ve Şirin 2007). Stres, bireyin iç ve dış dengesini bozan, tehdit eden durumdur. Kadınlar gebeliği neşe, kendini gerçekleştirme, doyum ve mutluluk kaynağı olarak algılayabildiği gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş gibi olumsuz duygular da ortaya çıkabilir (Çapık vd. 2015, Mitka 2009, Marakoğlu ve Şahsiver 2008). Gebelikte uzun süreli stres, depresyon ve anksiyete ile birlikte preeklampsi riskinde artış, erken doğum, operatif doğumlar, zor doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek gibi hem anne hemde fetüs için olumsuz sonuçlara neden olur (Çapık 2013).

Diego vd. (2009)'nın perinatal depresyon ile fetal büyümeyi incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebeliğinde depresyon yaşayan kadınlarda depresyon yaşamayanlara göre erken doğum görülme insidansının % 13 olduğu saptanmıştır. Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre; perinatal dönemde yüksek anksiyeteye sahip gebelerin daha düşük anksiyete yaşayan gebelere oranla daha erken doğum yaptıkları bulunmuştur (Kim et al. 2009).

2.6. Erken Doğum Tehdidinin Önlenmesinde Ebeğin Rollerini

Ebe; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadının bakımını sağlayan, gerekli tavsiyelerde bulunan, kendi sorumluluğunda doğumu gerçekleştiren, yenidoğanın bakımını sağlayan, kadın ile işbirliği içinde çalışan, güvenilir ve

sorumluluk sahibi bir profesyonel olarak tanımlamaktadır (<http://www.internationalmidwives.org>. Erişim Tarihi: 21.11.2017).

Benzer şekilde DSÖ ebeyi; gebelik sırasında, doğumda ve doğumdan sonra gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak ve yenidoğanın bakımını yapmak üzere eğitilmiş kişiyi “ebe” olarak tanımlamaktadır (<http://www.who.int> Erişim Tarihi: 21.11.2017.).

Ebelik tanımının temel yapıtaşları; üreme sürecinde biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel koşulların en üst seviyeye çıkarılması, komplikasyonların önlenmesi, zamanında tespiti ve doğru yönetimi, kadının bireysel koşullarına saygı gösterme ve kadınla işbirliği halinde çalışarak kendisine ve ailesine bakabilme kapasitesini güçlendirmeyi kapsamaktadır. Ebe, kadın ve ailesinin yaşam boyu, sağlık eğitimcisi ve danışmanıdır. Bu görev özellikle antenatal eğitim, ebeveynliğe hazırlık programları, cinsellik ve üreme sağlığı, kadın sağlığı ve çocuk bakımı konularını kapsamaktadır (Arslan vd. 2008).

Randomize kontrollü çalışma sonuçlarının yanısıra, yüksek, orta ve düşük gelir seviyesine sahip ülke deneyimleri nitelikli ebelik bakımının maternal ve neonatal hizmetlere önemli ölçüde katkısı olduğunu göstermektedir. İyi eğitilmiş, motivasyonu yüksek ve sorumluluk sahibi ebeler, halk sağlığı ve medikal kaynaklarla işbirliği halinde çalıştıklarında anne ve bebek ölüm oranları hızla azalmakta ve gebelik, doğum hizmetlerinin kalitesi artmaktadır (Renfrew et al. 2014, Sandall et al. 2010).

Ebe yönetimli gebelik ve doğum hizmetlerinin maternal ve neonatal etkileri ile ilgili, Sandall vd. (2016) tarafından, Kanada, Avustralya, İrlanda, yeni Zelanda ve Birleşik Krallık'ta toplam 15 çalışma (n=17,674) incelenerek yapılan metaanalizin sonuçları, spontan vaginal doğumda artma gibi olumlu etkilerin yanı sıra, 37 haftadan önce doğum oranlarının daha düşük olduğu bildirilmektedir (Sandal J, Soltani et al. 2016).

EDT ilişkili risk faktörleri incelendiğinde; önemli bir kısmının sigara içme, yetersiz ve dengesiz beslenme, perinatal bakımdan faydalanmama ve genital

enfeksiyonlar gibi sağlıklı yaşam davranışları ile doğrudan ilişkili olduğu görölmektedir. Bu açıdan bakıldığında; sağlıklı bir gebelik ve doğum için, prekonsepsiyonel dönemden itibaren perinatal sonucu etkileyebilecek tüm faktörler tanımlanabilir, riskler belirlenebilir (Sayın 2009).

Gebelik sırasında kadınlar gebeliğe bağlı anemi yönünden yakından izlenmelidir. Gebelerde demir anemisi eksikliğinin en önemli nedenlerinin başında artan demir gereksiniminin yeterince karşılanamaması gelir. Bu nedenle demirden zengin besinlerin tüketilmesine yönelik gebelere beslenme eğitiminin özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırılması ve gereken önemin verilmesi, ayrıca gerekli durumlarda demir içeren preparatların gebeliğin 3. Ayından itibaren kullanılması gerekmektedir. Gebeliğe bağlı anemi sıklığını azaltmak ve gebelerin gerekli besin gruplarından yetersiz beslenmelerini önlemek için; ebelerin nitelikli ve yeterli sayıda gebe izlemi konusunda motive edilip, beslenme konularında bilgileri arttırılarak gebe eğitimlerine ağırlık verilmesinin yararlı olacağını düşünmekteyiz.

3.GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, erken doğum tanısı alarak hastaneye yatan gebelerde EDT ile ilişkili risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla, gözlemsel, analitik vaka kontrol tipinde yapılmış bir klinik çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapılma Tarihi ve Yeri

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezin’de 15 Şubat 2015 - 31 Aralık 2016 tarihleri arasında yapılmıştır.

SBÜ Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Ankara ili sağlık müdürlüğüne bağlı bir hastanedir. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1925 yılında Hamamönü Hacı Musa Mahallesinde kiralanan kerpiçten yapılmış bir binada beş yataklı olarak Doğumevi ismiyle faaliyete başlamış ve 1935 yılında yine aynı semtte daha büyük bir binada hizmet vermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 3 Mart 1949 yılında, 300 yataklı modern bir hastane olarak yeniden açılmıştır. U harfi biçiminde tesis edilen hastane, biri güneyde bulunan, 6 katlı, diğeri doğu ve batıda bulunan her biri dört katlı üç bloktan oluşmaktadır.

2017 yılı itibari ile 501 yatak kapasitesine sahip olan hastanede; 264 ebe, 237 hemşire, 176 uzman hekim ve diğeri sağlık çalışanları ile toplam 1625 kişi hizmet vermektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini anılan hastaneye gebelik nedeniyle başvuran tüm kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örnekleme;

- Araştırmaya katılmaya kabul eden
- Konuşma, işitme ve zihinsel engeli bulunmayan
- Türkçe anlama ve konuşma problemi bulunmayan
- Tanı konmuş bir psikiyatrik hastalığı olmayan toplam 604 gebe

oluşturmuştur.

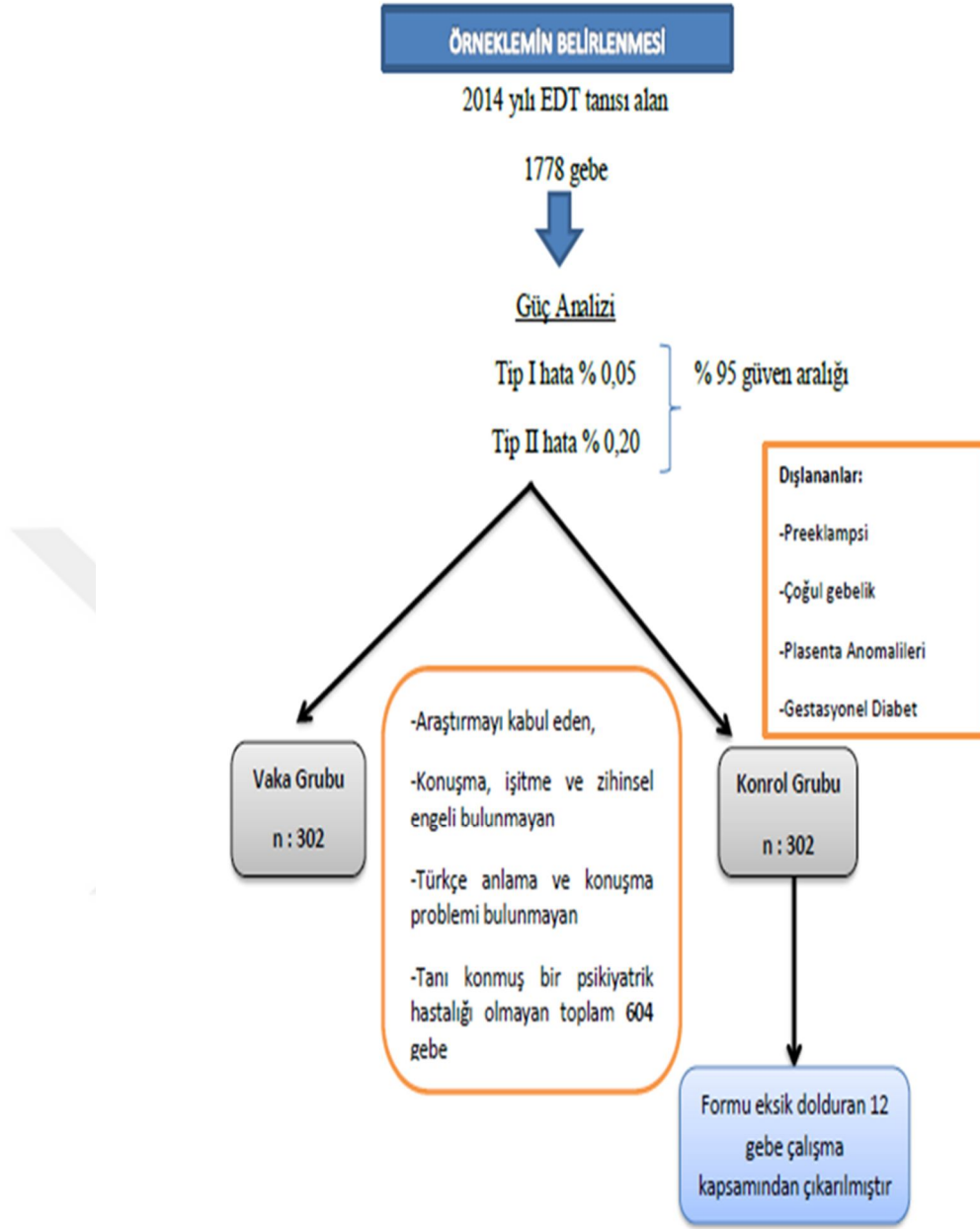
Yukarıdaki kriterlere uyan, EDT tanısı alarak hastanede yatan 302 gebe vaka grubunu, herhangi bir riski olmayıp, 37. gestasyonel haftadan büyük gebeliği olan ve hastaneye doğum yapmak için başvuran 302 gebe ise kontrol grubunu oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem büyüklüğünün belirlenebilmesi için, 2014 yılında EDT tanısı alarak hastanede yatan gebe sayısından faydalanılmıştır. 2014 yılı EDT tanısı alan gebe sayısı 1778 olup, tip I hata % 0,05 ve tip II hata % 0,20 alınarak elde edilen güç analizinde vaka grubu % 95 güven aralığında 302 gebeden oluşmuştur.

Vaka grubunda preeklampsi, çoğul gebelik, plasenta anomalileri ve gestasyonel diabetes gibi erken doğum ile doğrudan ilişkili olan obstetrik komplikasyonlara sahip gebeler çalışma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Araştırmada kontrol grubunda, çalışmaya katılmayı kabul etmesine rağmen, formu eksik dolduran 12 gebe olduğu belirlenmiş ve bu gebeler çalışma kapsamından çıkarılmıştır. Kontrol grubunda yer alması gereken gebe sayısını tamamlamak için, çalışmadan çıkarılan gebelerin yerine aynı sayıda gebe alınmıştır.

Araştırmanın akış şeması Şekil 3’de verilmiştir.



Şekil 3. Araştırmanın Akış Şeması

3.4. Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacı tarafından hazırlanan annelerin sosyo-demografik özellikleri, doğurganlık öyküleri ve erken doğum risk faktörlerini sorgulamaya yönelik veri toplama formu (EK.1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK.2) kullanılarak toplanmıştır.

Literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilen veri toplama formunun ilk bölümünde gebelerin sosyo-demografik (yaş, medeni durum vb) ve obstetrik özelliklerini (gravida, para vb) sorgulan 20 soru ve ikinci bölümünde erken doğum tehdidinin risk faktörlerini sorgulayan 10 soru bulunmaktadır.

Araştırmada kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBD-II) ölçeği, Walker, Sechrist ve Pender (1987) tarafından geliştirilmiştir. Likert tipi ölçek; kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi olmak üzere 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek aynı araştırmacılar tarafından 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBD Ölçeği-II olarak adlandırılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Esin'in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Akça'nın çalışmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Bahar vd. (2008)'i ise, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının uzun zaman önce yapılması nedeniyle ölçeğin uyarlanma çalışmalarını tekrarlamış ve cronbach alpha değeri 0,92 olarak bulmuştur, Çalışmamızda, ölçeğin Bahar vd. (2008) tarafından uyarlanmış hali kullanılmış olup, mail ortamında izin alınmıştır (EK.3).

Ölçekte;

- Sağlık sorumluluğu alt boyutu; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini ve sağlığına ne düzeyde katıldığını
- Fiziksel aktivite alt boyutu; fiziksel aktivitelerin birey tarafından uygulanma düzeyini ölçmeyi
- Beslenme alt boyutu; bireyin öğünlerini seçme ve düzenlemesi, yiyecek seçimindeki değişikliklerini ölçmeyi
- Manevi gelişim alt boyutu; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini tanıma durumunu belirlemeyi
- Kişilerarası ilişkiler alt boyutu; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve bu ilişkilerdeki süreklilik düzeyini ölçmeyi
- Stres yönetimi alt boyutu ise; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemeyi amaçlamaktadır (Kafkas vd. 2012).

Ölçeğin derecelendirmesi 4'ü likert şeklinde olup "Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) şeklinde puanlanmaktadır. Ölçeğin tamamı için alınabilecek en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan yüksek puanlar sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçek gebe kadınlarda SYBD değerlendirmek amacıyla da çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (Gharaibeh et al. 2005, Saydam vd. 2007, Bahar vd. 2008, Lin et al. 2009)

Son olarak veri toplama formunda hb, hematokrit düzeyleri hasta dosyasından kaydedilerek yazılmıştır. Buna göre, Hb 11 gr ve Htc % 33'ün altında olanlar gebeler patolojik anemi olarak değerlendirilmiştir (Rush 2000).

3.5.Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler toplanmaya başlanmadan önce gebelere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Veri toplama formu yüz yüze görüşme yöntemiyle araştırmacı tarafından doldurulmuş, SYBDÖ-II ise gebelere verilerek, kendilerinin doldurması sağlanmıştır. Okuma-yazması olmayan ya da okuduğunu anlamayan gebelere araştırmacı tarafından kesinlikle yorum yapılmadan sorular okunmuş ve cevapları işaretlenmiştir.

Araştırmada veri toplama formlarının doldurulma süresi 10-15 dakikadır.

Gebelere hastanenin uygulama protokolleri dışında, herhangi bir girişim ya da analiz yapılmamıştır. Veri toplama formunda yer alan hb, hematokrit, MCRP ve servikal kültür sonucuna ilişkin veriler hasta dosyasından alınarak veri toplama formuna kayıt edilmiştir.

3.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler, elektronik ortama aktararak değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılımından gelme durumları araştırılırken birim sayıları nedeniyle Shapiro Wilk's'den yararlanılmıştır.

Gruplar arasındaki farklılıklar incelenirken değişkenlerin normal dağılımından gelmemesi nedeniyle Mann Whitney U Testinden yararlanılmıştır.

Nominal değişkenlerin grupları arasındaki ilişkiler incelenirken Ki-Kare analizi uygulanmıştır. 2x2 tablolarda gözlemlerde beklenen değerlerin yeterli hacme sahip olmaması durumlarında Fisher's Exact Test kullanılmış olup RxC tablolarda ise Monte Carlo Simülasyonu yardımıyla Pearson Ki-Kare analizi uygulanmıştır. (*Gözlemlerde beklenen değerlerin % 20'si 5'den küçük olduğu için Monte Carlo Simülasyonu yardımı ile ki kare analizi yapılmıştır).

Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak 0,5 kullanılmış olup; $p < 0,05$ olması durumunda anlamlı bir ilişkinin olduğu, $p > 0,05$ olması durumunda ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı belirtilmiştir.

3.7.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurul onayı (EK.4) ve SBÜ Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni EPK (EK.5) alındıktan sonra başlanmıştır. Örneklem seçilen gebelere araştırmacı tarafından, araştırmanın önemi ve amacı açıklandıktan sonra yazılı bilgilendirilmiş onam formu (EK.6) alınmıştır.

Anket uygulaması sırasında gebelerin tüm soruları cevaplanmıştır. Anketin doldurulmasının ardından SYBD-II sonucu değerlendirilerek gebelerin gebelikleri hakkındaki eksik bilgileri, kişisel hijyenleri ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında bilgi verilmiştir.

3.8.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırmada gebeliğin ilerleyen haftalarında EDT tanısı alma olasılığını ortadan kaldırmak için kontrol grubu, miyada ulaşmış, herhangi bir gebelik komplikasyonu bulunmayan ve doğuma gelen gebelerden oluşturulmuştur. Bu nedenle literatürde

EDT gelişimi açısından risk faktörü olarak bildirilen, gebelikte kilo alımı ve servikal uzunluk değerlendirilememiştir.

Aynı zamanda araştırmanın en önemli sınırlılığı yaşam davranışlarının yeterli değerlendirilememiş olmasıdır. EDT tanısı alarak hastanede yatan ve bebeğini kaybetme tehlikesi içinde olan gebeler ve eşlerinin gebeliğin devamını sağlayabilmek adına daha sağlıklı yaşam davranışları sergilemeye dikkat etmeleri olasıdır. Nitekim araştırmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'den kontrol grubu daha düşük puanlar almıştır. Sağlıklı yaşam davranışları ve EDT ilişkisini araştırarak çalışmalarda, gebeliğin ilk trimesterinden itibaren tüm gebelerin yaşam davranışları açısından incelenerek, EDT gelişimi ile ilişkisinin açıklandığı prospektif çalışmalar gereklidir.

Ayrıca yaşam davranışlarını değerlendirecek, gebeliğe özgü Türk kültürüne uygun bir ölçek bulunmaması, yaşam davranışlarının EDT gelişimine etkisini değerlendirmek konusunda yetersiz bir veri oluşturmaktadır. Tüm bu nedenlerle araştırmada, yaşam davranışlarının EDT üzerindeki etkisinin objektif olarak değerlendirilemediği düşünülmektedir.

4.BULGULAR

Araştırma Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, erken doğum tanısı alarak hastaneye yatan gebelerde ilişkili risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla gözlemsel-vaka kontrol tipte gerçekleştirilen bir çalışmadan elde edilen bulgular;

4.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bulgular olmak üzere 6 ana başlık altında sunulacaktır.

4.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin yaş, evlenme yaşı, ilk doğum yapma yaşı, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, eşinin meslek durumu ve ekonomik durumuna ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G		Kontrol G.		Toplam	Analiz	
	X±ss	(Sıra Ort.)	X±ss	(Sıra Ort.)			
Yaş	25,77±5,8	291,4	26,34±5,5	313,6		z=-1,565 p=0,118	
Evlenme Yaşı	21,04±4,4	311,9	20,28±3,4	291,1		z= -1,48 p=0,139	
İlk Doğum Yapma Yaşı	22,4±4,6	314,2	21,57±3,5	290,8		z=-1,658 p=0,097	
Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	
Medeni Durum							
Evli	288	95,4	297	98,3	585	96,9	$\chi^2= 3,478$ p= 0,062
Bekar/Boşanmış	14	4,6	5	1,7	19	3,1	
Eğitim Durumu							
İlkokul	48	15,9	63	20,9	111	18,4	$\chi^2=19,456$ p=0,001
Ortaokul	100	33,1	127	42,0	227	37,6	
Lise	98	32,5	89	29,5	187	31,0	
Üniversite ve Üzeri	56	18,5	23	7,6	79	13,0	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	260	86,1	281	93,1	541	89,6	$\chi^2=7,815$ p=0,005
Çalışıyor	42	13,9	21	6,9	63	10,4	
Meslek							
İşçi	8	19,0	7	16,7	15	35,7	
Memur	4	9,5	3	7,1	7	16,6	
Öğretmen	10	23,8	4	9,5	14	33,3	
Diğer*	20	47,6	7	16,7	27	64,4	
Eşinin Eğitim Durumu							
İlkokul	40	13,3	68	22,5	108	17,9	$\chi^2=12,936$ p=0,005
Ortaokul	86	28,6	91	30,1	177	29,3	
Lise	105	34,9	99	32,8	204	33,8	
Üniversite ve Üzeri	70	23,3	44	14,6	114	18,9	
Ekonomik Durum Tanımı							
İyi	90	29,8	85	28,1	175	29,0	$\chi^2= 2,278$ p =0,32
Orta	174	57,6	189	62,6	363	60,1	
Kötü	38	12,6	28	9,3	66	10,9	

*Mühendis, Ebe, Hemşire, Kuaför, Garson

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalamasının vaka grubunda $25,77\pm 8$, kontrol grubunda ise $26,34\pm 5,5$ olduğu, vaka grubunda evlenme yaşının ortalama $21,04\pm 4,4$ iken kontrol grubunda $20,28\pm 3,4$ olduğu, ilk doğum yapma yaşı ortalamasının vaka grubunda $22,4\pm 4,6$ ve kontrol grubunda $21,57\pm 3,5$ olduğu saptanmıştır. Vaka ve kontrol grupları; yaş ortalaması ($z = -1,565$, $p = 0,118$), evlenme yaşı ($z = -1,48$, $p = 0,139$) ve ilk doğum yapma yaşı ($z = -1,658$, $p = 0,097$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 1.).

Çalışmada kadınların vaka grubunda % 95,4 ve kontrol grubunda % 98,3 oranında evli olduğu ve medeni durum açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2 = 3,478$, $p = 0,062$) (Tablo 1.).

Gruplar eğitim durumu açısından incelendiğinde; ilkokul mezunu oranı vaka grubunda % 15,9 iken, kontrol grubunda % 20,9, ortaokul mezunu oranı vaka grubunda % 33,11, kontrol grubunda % 42,0, lise mezunu oranı % 32,5, kontrol grubunda % 29,5 ve üniversite mezunu oranı vaka grubunda % 18,5 ve kontrol grubunda % 7,6 olarak belirlenmiştir. Gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta ($p < 0,05$) olup, vaka grubunda eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 19,456$, $p = 0,001$) (Tablo 1.).

Gebelerin çalışma durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu ($p < 0,05$), vaka grubundaki gebelerin % 13,9 oranında çalıştığı, kontrol grubunda ise bu oranın % 7,1 olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 7,815$, $p = 0,005$) (Tablo 1.). Gebelerin hangi mesleklere sahip oldukları incelendiğinde; işçi olarak çalışan oranı vaka grubunda % 19,0, kontrol grubunda % 16,7, öğretmen oranı vaka grubunda % 23,8, kontrol grubunda % 9,5, memur oranı vaka grubunda % 9,5 iken kontrol grubunda % 7,1 olup, kuaförlük, ev temizliği vb. işlerde çalışma oranı vaka grubunda % 47,6 iken kontrol grubunda % 16,7 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada gruplar eşin eğitim seviyesine göre değerlendirildiğinde vaka grubunda lise (% 34,9) ve üniversite mezunu (% 23,3) olma oranının kontrol grubuna göre (sırasıyla % 32,8, % 14,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2 = 12,936$, $p = 0,005$) (Tablo 1.).

Araştırmada vaka ve kontrol gruplarında çoğunluğun ekonomik durumunu “orta” olarak tanımladığı ve gruplar arasında ekonomik durum açısından anlamlı farklılık olmadığı bulgulanmıştır ($\chi^2=2,278$, $p=0,32$) (Tablo 1.).

4.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde vaka ve kontrol gruplarındaki gebelerin sigara içme alışkanlıklarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Gebelik Öncesi Sigara İçme							
Hayır	219	72,5	248	82,1	467	77,3	$\chi^2= 10,889$ p= 0,012
Günde 1-5 Adet	40	13,3	31	10,3	71	11,8	
Günde Yarım Paket	22	7,3	16	5,3	38	6,3	
Günde 1 Paket Üzeri	21	6,9	7	2,3	28	4,6	
Gebelikte Sigara İçme							
Sigara İçen	83	27,5	54	17,9	137	22,7	$\chi^2=7,94$ p= 0,005
Sigara İçmeyen	219	72,5	248	82,1	467	77,3	
Pasif İçici Olma							
Yok	150	49,7	169	56,0	319	52,8	$\chi^2=2,398$ $p=0,121$
Var	152	50,3	133	44,0	285	47,2	

Olguların gebelik öncesi sigara içme durumu incelendiğinde; günde 1-5 adet sigara içme oranının vaka grubunda % 13,3 ve kontrol grubunda % 10,3, günde 1 paket sigara içme oranının vaka grubunda % 6,9, kontrol grubunda % 2,3 olduğu ve gruplara arasında anlamlı farklılığın bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10,889$, $p=0,012$) (Tablo 2.). Aynı zamanda vaka grubunun % 27,5, kontrol grubunun % 17,9 oranında gebeliğinde sigara içtiği belirlenmiş ve gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ($\chi^2=7,94$, $p= 0,005$) (Tablo 2.).

Araştırma kapsamında gebelerin pasif içici olma durumu değerlendirildiğinde, vaka grubunda % 50,3 ve kontrol grubunda % 44 oranında pasif içiciliğin söz konusu olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı bulunmuştur ($\chi^2=2,398$, $p=0,121$) (Tablo 2.).

4.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde gebeliğin planlı olma durumu, infertilite tedavisi, önceki gebeliğinde erken doğum öyküsü, bu gebeliğinde düşük tehdidi yaşanması, amniosentez/CVS yapılma durumu, iki yıldan kısa doğum aralığı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve canlı doğum sayısına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmada vaka grubunda planlı ve isteyerek gebe kalma oranı % 65,6 iken, kontrol grubunda bu oran % 59,6 olup, gruplar arasında gebeliğin planlı olma durumu açısından anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=4,232$, $p=0,121$) (Tablo 3.).

Araştırma kapsamında gebelerin infertilite tedavisi alma oranlarının vaka grubunda % 7, kontrol grubunda ise % 5 olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=1,063$, $p=0,302$) (Tablo 3.).

Gebelerin önceki gebeliklerinde erken doğum yapma durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu ($\chi^2=64,875$, $p=0,001$), vaka grubunun % 38,5 oranında önceki gebeliğinde erken doğum riskinin olduğu, kontrol grubunda ise bu oranın % 7,3 olduğu saptanmıştır (Tablo 3.).

Çalışmada gruplar bu gebeliğin ilk trimesterinde düşük tehdidi yaşama durumu açısından incelendiğinde, vaka grubunun % 41,7'sinin kontrol grubunun % 13,6'sinin düşük tehdidi yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=59,797$, $p=0,001$) (Tablo 3.).

Tablo 3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Gebeliğin Planlı Olma Durumu							
Hayır	39	12,9	57	18,9	96	15,9	$\chi^2= 4,232$
Planlı Değil Fakat	65	21,5	65	21,5	130	21,5	$p= 0,121$
Sonradan Bebeği İstedim							
Planlı ve İsteyerek	198	65,6	180	59,6	378	62,6	
Gebe Kaldım							
İnfertilite Tedavisi							
Hayır	281	93,0	287	95,0	568	94,0	$\chi^2= 1,063$
Evet	21	7,0	15	5,0	36	6,0	$p= 0,302$
Önceki Gebelikte Erken Doğum Öyküsü							
Hayır	91	61,5	267	92,7	358	82,1	$\chi^2=64,875$
Evet	57	38,5	21	7,3	78	17,9	$p= 0,001$
Bu Gebelikte Düşük Tehdidi Yaşanması							
Hayır	176	58,3	261	86,4	437	72,4	$\chi^2=59,797$
Evet	126	41,7	41	13,6	167	27,6	$p=0,001$
Bu Gebelikte Amniosentez/ CVS Yapılma Durumu							
Hayır	283	93,7	294	97,4	577	95,5	$\chi^2=3,877$
Evet	19	6,3	8	2,6	27	4,5	$p= 0,049$
İki Yıldan Kısa Doğum Aralığı							
Var	30	22,9	54	27,0	84	25,4	$\chi^2=0,702$
Yok	101	77,1	146	73,0	247	74,6	$p= 0,402$
Statistiksel Karşılaştırma							
	X±ss	(Sıra Ort.)	X±ss	(Sıra Ort.)			
Gebelik sayısı	2,05±1,2	285,4	2,25±1,2	318,6			$z = -2,448$ $p = 0,014$
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,44±0,7	173,26	1,91±sz0,9237,05				$z = -5,28$ $p = 0,001$
Canlı Doğum Sayısı	1,45±0,7	172,74	1,96±0,9	242,55			$z = -5,757$ $p = 0,001$

Araştırmada gruplar gebelikte invaziv girişim varlığı açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunda % 6,3 ve kontrol grubunda % 2,6 oranında

amniosentez/ CVS gibi bir girişim uygulandığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=3,877, p=0,049$). (Tablo 3.).

Çalışmada iki yıldan kısa aralıklarla doğum yapma oranı, vaka grubunda % 22,9, kontrol grubunda ise % 27 olarak belirlenmiş olup ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=0,702, p= 0,402$) (Tablo 3.).

Araştırmada vaka grubunda ortalama gebelik sayısının $2,05\pm 1,2$, kontrol grubunda $2,25\pm 1,2$, ortalama yaşayan çocuk sayısının vaka grubunda $1,44\pm 0,7$, kontrol grubunda $1,91\pm 0,9$, ortalama canlı doğum sayısının ise vaka grubunda $1,45\pm 0,7$ ve kontrol grubunda $1,96\pm 0,9$ olduğu bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları; gebelik sayısı ($z=-2.448, p=0,014$), yaşayan çocuk sayısı ($z=-5.28, p=0.001$) ve canlı doğum sayısı ($z=-5.757, p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 3.).

4.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin hastalık varlığı, enfeksiyon ve anemi varlığına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Araştırmada vaka grubunda % 13,9'un ($n=42$) ve kontrol grubunda % 3,0 oranında kronik bir hastalığını bulunduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 23,322, p = 0,001$) (Tablo 4.).

Araştırmada gebelerin kan sayımları incelendiğinde vaka grubunda % 42,1 ve kontrol grubunda % 22,2 oranında patolojik anemi bulunduğu, gebelerin hematokrit ortalamasının vaka grubunda $34,64\pm 4,2$, kontrol grubunda ise $36,46\pm 3,9$ olduğu, vaka grubunda hemoglobin ortalamasının $11,57\pm 2,4$ iken kontrol grubunda $12,08\pm 2,1$ olduğu ve gruplar arasında patolojik anemi varlığı ($\chi^2=27,337 p=0,001$) hematokrit ($z= -5,661, p=0.001$), hemoglobin ($z=-5.242, p=0.001$) ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır (Tablo 4.).

Tablo 4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Hastalık Varlığı							
Yok	260	86,1	293	97,0	533	91,6	$\chi^2= 23,322$ p = 0,001
Var	42	13,9	9	3,0	51	8,4	
Hangi Hastalık Olduğu							
Kalp Hastalığı	4	9,5	-	-	4	9,5	
Şeker Hastalığı	2	4,7	3	7,1	5	11,8	
Hipertansiyon	1	2,3	1	2,3	2	4,6	
Trombofili	12	28,6	-	-	12	28,6	
Guatr	20	47,6	2	4,8	22	52,4	
Behçet	1	2,4	-	-	1	2,4	
Akdeniz Anemisi	-	-	2	4,8	2	4,8	
Astım	2	4,8	1	2,3	3	7,1	
Patolojik Anemi							
Yok	175	57,9	235	77,8	410	67,88	$\chi^2=27,337$ P= 0,001
Var	127	42,1	67	22,2	194	32,12	
Enfeksiyon							
Yok	148	49,0	257	85,1	405	67,1	$\chi^2=89,039$ P= 0,001
Var	154	50,0	45	14,9	199	32,9	
Servikal Kültür Sonucu							
Üreme Yok	144	47,7	249	82,5	393	65,1	$\chi^2=80,305$ P=0,001
Üreme Var	158	52,3	53	17,5	211	34,9	
Kültür Sonucu							
Yok	144	49,5	249	82,7	393	66,4	
E.Coli	71	24,4	33	11,0	104	17,6	
Candida Spp	56	19,2	12	4,0	68	11,5	
Staphylococcus	2	0,7	0	0	2	0,3	
Saprophyticus							
Burcholderiacepacia	2	0,7	2	0,7	4	0,7	
Complex							
Klebsialla	12	4,1	4	1,3	16	2,7	
Enterococcus Faecalis	3	1,0	0	0	3	0,5	
Proteus Minabilis	1	0,3	1	0,3	2	0,3	
Toplam	291	100	301	100	592	100	
Bu Gebelikte İdrar Yolu Enfeksiyonu Geçirilmesi							
Hayır	149	49,3	177	58,6	326	54,4	$\chi^2=5,225$ p = 0,022
Evet	153	50,7	125	41,4	278	46,0	
Özellikler							
	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		Analiz
	X±ss (Sıra Ort.)		X±ss (Sıra Ort.)				
Htc	34,64±4,2	262,3	36,46±3,9	342,7			z =-5,661 p = 0,001
Hb	11,57±2,4	265,3	12,08±2,1	339,7			
Mcrp	40,8±95,7	364,1	9,17±27,0	240,9			z = -8,675 p =0,001

Gruplar enfeksiyon varlığı açısından değerlendirildiğinde, vaka grubunda % 51,0, kontrol grubunda % 14,9 oranında enfeksiyon bulunduğu, gebelerden alınan servikal kültür sonuçlarında vaka grubunda % 52,3, kontrol grubunda ise % 17,5 oranında üreme olduğu ve Mcrp değerinin vaka grubunda 40,8±95,7 ve kontrol grubunda 9,17±27,0 olduğu ve gruplar arasında enfeksiyona ilişkin değişkenlerin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=89,039$, $P= 0,001$; $\chi^2=80,305$, $P= 0,001$; $z = -8,675$, $p =0,001$) (Tablo 4.).

Servikal kültür sonucunda üreyen mikroorganizmalar vaka grubunda % 24,4 oranında E. Coli, % 19,2 Candida Spp, % 4,1 oranında klebsiella'dır.

4.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde vaka ve kontrol gruplarındaki gebelerin aile içi şiddete maruz kalma durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam		Analiz
	n	%	n	%	n	%	
Gebelikte Duygusal Şiddete Maruz Kalma Durumu							
Hayır	285	94,4	283	93,7	568	94,0	$\chi^2= 0,118$
Evet	17	5,6	19	6,3	36	6,0	$p= 0,731$
Gebelikte Fiziksel Şiddete Maruz Kalma Durumu							
Hayır	300	99,3	293	97,0	593	98,2	$\chi^2=3,333$
Evet	2	0,7	9	3,0	11	1,8	$p= 0,068$

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelikte duygusal ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına bakıldığında, vaka grubunun % 5,6'sının duygusal, % 0,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı; kontrol grubunda ise % 6,3'ünün duygusal, % 3'ünün ise fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmış olup gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2= 0,118$, $p= 0,731$) ($\chi^2=3,333$, $p= 0,068$) (Tablo 5.).

4.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgularının

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulguların Karşılaştırılması

Özellikler	Vaka G.		Kontrol G.		Toplam	Analiz
	X±ss	(Sıra Ort.)	X±ss	(Sıra Ort.)		
Sağlık Sorumluluğu	21,5±4,7	341,2	19,38±4,3	263,84		$z = -5,457$ $p = 0,001$
Fiziksel Aktivite	14,3±3,97	323,15	13,23±3,83	281,85		$z = -2,917$ $p = 0,004$
Beslenme	21,78±3,72	319,0	20,97±4,14	286,0		$z = -2,331$ $p = 0,02$
Manevi Gelişim	25,62±4,82	329,72	24,16±4,87	275,28		$z = -3,84$ $p = 0,001$
Kişilerarası İlişkiler	25,21±4,64	333,24	23,57±4,37	271,76		$z = -4,338$ $p = 0,001$
Stres Yönetimi	19,11±4,08	337,1	17,47±3,76	267,9		$z = -4,888$ $p = 0,001$
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Toplam	127,34±19,7	339,18	118,78±19,94	265,82		$z = -5,166$ $p = 0,001$

Araştırmada sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutundan vaka grubunun 21,5±4,7 ve kontrol grubunun 19,38±4,3 puan aldığı, fiziksel aktivite alt boyutundan vaka grubunun 14,3±3,97 ve kontrol grubunun 13,23±3,83 puan, beslenme alt boyutundan vaka grubunu 21,78±3,72 ve kontrol grubunun 20,97±4,14, manevi gelişim vaka grubunun 25,62±4,82 ve kontrol grubunun 24,16±4,87, kişilerarası ilişkiler vaka grubunda 25,21±4,64 ve kontrol grubunda 23,57±4,37, stres yönetimi vaka grubunda

19,11±4,08 ve kontrol grubunda 17,47±3,76, ölçek toplamından vaka grubunun 127,34±19,7 ve kontrol grubunun 118,78±19,94 puan aldığı saptanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanlar ve tüm alt boyutlara ilişkin alınan puanların, çalışma grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi ($p<0,05$).



5.TARTIŞMA

Araştırma Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, erken doğum tanısı alarak hastaneye yatan gebelerin sosyo-demografik riskleri, davranışsal ve çevresel risk faktörleri, obstetrik faktörleri, maternal hastalıkları, psikososyal nedenleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin bulguların tartışılmasına yer verilmiştir.

Bu çalışmada elde edilen bulgular;

5.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

5.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bulguların tartışılması 6 ana başlık altında sunulacaktır.

5.1. Sosyo-Demografik Risklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan annenin yaşı, evlenme yaşı, ilk doğum yapma yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, mesleği, eşinin eğitim durumu, ekonomik durumuna ait bulgular tartışılmıştır.

Biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en uygun doğum yapma yaşı 20-34 yaşları arasındadır (Karahan ve Arslan 2010). Anne yaşı obstetride önemli bir yer tutmaktadır ve EDT ile yaş arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışan birçok çalışma bulunmaktadır (Meydanlı vd. 2000, Amarin and Akasheh 2001). Çalışmalarda anne yaşının çok genç ya da ileri olması EDT için bir risk faktörü olarak bildirilmektedir (Meydanlı vd. 2000, Amarin and Akasheh 2001, Ziedah 2002).

Araştırmada gebelerin yaş ortalamasının, EDT riski olan vaka grubunda $25,77 \pm 5,8$, kontrol grubunda ise $26,34 \pm 5,5$ olduğu ve bu açıdan kıyaslandığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($z = -1,565$, $p = 0,118$) (Tablo1.).

Abu Hamad vd. (2007)'nin Gazze'de preterm doğum ile ilişkili risk faktörlerini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, yaş ortalaması 26,7 olup 35 yaş üstündeki kadınlarda erken doğum riskinin arttığını saptamıştır. Ziedah (2002)'in Ürdün'de yaptığı ve 25-29 yaş ile 35 yaş üstü gebelikleri kıyasladığı çalışmada ise, 35 yaş üstü gebelerin preterm doğum oranının % 41,2 olduğu bulunmuştur.

Ayrıca 20 yaş altı gebeliklerde EDT oranlarının belirgin bir şekilde arttığını bildiren yayınlar mevcuttur (Meydanlı vd. 2000, Amarin and Akasheh 2001). Satin vd. (1994)'nin 16500 nullipar kadının gebelik sonuçlarını analiz ettiği çalışmasında, 11-16 yaş arası doğum yapanlarda preterm doğum oranının yaşça daha büyük olan gebelere göre anlamlı derecede arttığı bildirilmektedir.

Melekoğlu vd. (2013)'nin adölesan gebeliklerin perinatal sonuçlarını belirlemek amacıyla yaptıkları bir başka çalışmada, 2008-2011 yılları arasında doğum yapmış gebeler retrospektif olarak incelemiş ve preterm doğum oranının adölesanlarda %

37,5 iken adölesan olmayan gebelerde % 21,6 oranında olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir.

Literatürde EDT için yaş anlamlı bir değişken olarak bildirilmesine karşın, çalışmamızda yaş değişkeni ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamış olması, örneklem grubumuzun yaş ortalamasının $25,77 \pm 5,8$ olması, adölesan ve ileri yaş gebelik oranlarının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Erken yaşlarda evlenen kadınlarda, doğurganlık davranışları erken başlamakta ve adölesan gebelik oranları artmaktadır. Tüm evli kadınların % 2'si 15-19 yaş aralığındadır ve adölesan dönemde olan kadınların neredeyse % 5'i çocuk doğurmaktadır (<http://www.hips.hacettepe.edu.tr> Erişim Tarihi: 10. 01. 2018).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin vaka grubunda evlenme yaşının ortalama $21,04 \pm 4,4$ iken kontrol grubunda $20,28 \pm 3,4$ olduğu, ilk doğum yapma yaşı ortalamasının vaka grubunda $22,4 \pm 4,6$ ve kontrol grubunda $21,57 \pm 3,5$ olduğu saptanmıştır. Vaka ve kontrol grupları; yaş ortalaması ($z = -1,565$, $p = 0,118$), evlenme yaşı ($z = -1,48$, $p = 0,139$) ve ilk doğum yapma yaşı ($z = -1,658$, $p = 0,097$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir (Tablo 1.).

Şekeroğlu vd. (2009)'nin adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçları incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, ilk gebeliği 19 yaş altı olan gebelerde EDT görülme oranı % 12,4 iken 35 yaş üstü ilk gebeliklerde ise % 4,4 oranında olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda evlenme ve ilk doğum yapma yaşı değişkenleri ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamış olması, vaka ve kontrol gruplarının gebelik yaşı değişkeni açısından anlamlı farklılık göstermemesi ile ilişkilendirilmiştir.

Annenin psikosoyal stresi EDT açısından bir risk olarak gösterilmektedir. Gebenin evli olmaması psikosoyal stresi artıran bir durum olarak düşünülebilir (Segre et al. 2007, Bjerke et al. 2008).

Araştırmada kadınların vaka grubunda % 95,4 ve kontrol grubunda % 98,3 oranında evli olduğu ve gruplar medeni durum açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunda (n=14) bekâr anne sayısının kontrol grubuna göre (n=5) daha fazla olmasına karşın, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=3,478$, $p=0,062$) (Tablo 1.).

Literatürde medeni durum ile EDT arasındaki ilişkiyi açıklayan çalışmalar sınırlıdır. Beeckman vd. (2009)'nin yaptığı çalışmada, EDT'nin medeni durum ile ilgili olduğunu, eşi olmayan bekâr ya da boşanmış kadınların EDT daha fazla risk altında olduğunu belirtmektedir.

Medeni duruma ilişkin araştırma bulgumuz, daha geniş bir popülasyonda medeni durum ve EDT arasındaki ilişkinin çalışılması gerektiğini düşündürmektedir.

Literatürde, anne eğitim seviyesi ile EDT arasındaki ilişkiyi açıklayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda gebenin düşük eğitim seviyesinde olması ya da orta düzey eğitim seviyesine sahip olmak EDT için bir risk faktörü olarak gösterilmektedir (Lekea-Karanika et al. 1991, Şekeroğlu vd. 2009).

Araştırmada gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta ($p<0,05$) olup, vaka grubunda eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2=19,456$, $p=0,001$) (Tablo 1.).

Luo vd. (2006), gebelerde sosyo-demografik özelliklerin maternal sonuçlar üzerinde etkisini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada, gebenin düşük eğitim seviyesine sahip olmasının EDT için bir risk faktörü olduğu belirlemiştir.

Faccinetti vd. (2007) çalışmalarında, lise ve üzeri eğitim alan gebelerin olgu grubunda % 58,8, kontrol grubunda ise % 80,4 olduğunu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğunu belirlemiştir.

Araştırmamızda, EDT için yüksek eğitim seviyesine sahip olmak bir risk faktörü olarak görünüyorsa da, aslında bu değişken kadınların çalışma durumu ile

birlikte tartışılmalıdır. Çünkü Türkiye’de, çalışan kadınların önemli bir kısmı lise ve üzerinde eğitime sahiptir (Özaydınlık 2014). Eğitim durumu ve EDT ilişkisine ait çalışma bulgumuz, araştırmamızda çalışan kadınlarda EDT oranının daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir.

Çalışma durumu EDT için risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Çalışılan gün sayısının fazlalığı, çalışma saatlerinin uzunluğu, vardiyalı (gece dâhil), ağır bir işte çalışma ve psikolojik stres gibi durumların EDT ile ilişkisi olduğu bilinmektedir (Bozkurt ve Himmetoğlu 2004, Önderoğlu 2004).

Çalışmamızda, gebelerin vaka grubunda % 13,9, kontrol grubunda ise % 7,1 oranında gelir getiren bir işte çalıştığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ($\chi^2=7,815$, $p=0,005$) (Tablo 1.). Gebelerin hangi işlerde çalıştıkları incelendiğinde; işçi oranı vaka grubunda % 19,0, kontrol grubunda % 16,7, öğretmen oranı vaka grubunda % 23,8, kontrol grubunda % 9,5, memur oranı vaka grubunda % 9,5 iken kontrol grubunda % 7,1 olup, kuaförlük, ev temizliği vb. işlerde çalışma oranı vaka grubunda % 47,6 iken kontrol grubunda % 16,7 olarak belirlenmiştir.

Magann vd. (2009)’nin yaptığı çalışmada günde 4 saatten fazla ayakta durmak ile preterm doğum arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Yapıcı 2011). Gisselman ve Hemström (2008)’nin 280.000 kadın ve 360.000 yenidoğanı kapsayan çalışmalarında, özellikle üretim sektöründe çalışmanın preterm eylem riskini 1,35-2,66 kat artırdığını saptamıştır. Bonzini vd. (2011)’nin 23 çalışmayı inceleyerek yaptığı meta analizde, gece vardiyalı işte çalışan gebe kadınlarda erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi riskinin, gündüz çalışanlara göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğunu bildirilmiştir. Balkaya vd. (2014)’nin gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunlarının incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT görülen gebelerin % 43,7’nin yorucu ve ağır bir işte çalıştıklarını, EDT ile ağır bir işte çalışma durumunun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmiştir.

Çalışma durumuna ilişkin bulgumuz literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Literatürde EDT ile babanın eğitim durumu arasındaki ilişkiyi araştıran sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Lekea-Karanika, 1991).

Araştırmamızda, gruplar eşin eğitim seviyesine göre değerlendirildiğinde vaka grubunda lise (% 34,9) ve üniversite mezunu (% 23,3) olma oranının kontrol grubuna göre (sırasıyla % 32,8, % 14,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=12,936$, $p=0,005$) (Tablo 1.).

Lekea-Karanika vd (1991), EDT risk faktörlerini araştırdıkları çalışmada, hem anne hem de babanın eğitim seviyesinin EDT tanısı alan grupta daha düşük olduğunu saptamıştır.

Babanın eğitim seviyesine ilişkin çalışma bulgumuz, gebenin eğitim seviyesi ile birlikte değerlendirilmelidir. Babanın eğitim seviyesi EDT açısından bir risk faktörü olmayıp, anne eğitim seviyesinin yüksek olmasına bağlı olarak, çalışma grubunda daha yüksek olduğunu söyleyebiliriz.

Sosyo-ekonomik durum düşüklüğü, gebenin hijyen ve beslenme özelliklerini etkilemesi nedeniyle, EDT gelişimi için önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Beeckman vd. 2009).

Araştırmada vaka ve kontrol gruplarında çoğunluğun ekonomik durumunu “orta” olarak tanımladığı ve gruplar arasında ekonomik durum açısından anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=2,278$, $p=0,32$) (Tablo 1.).

Kopal vd. (1999)'nin, Konya'da erken (28-37.gebelik haftaları arasında) doğumların mediko-sosyal risk faktörlerinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, EDT'nin risk faktörleri arasında düşük sosyo-ekonomik düzey (% 15,8) yer almaktadır.

Literatürde EDT için sosyo-ekonomik durum anlamlı bir değişken olarak bildirilmesine karşın (Kramer et al. 2001, Moutquin 2003a), çalışmamızda ekonomik durum değişkeni ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamıştır. Bu sonucun, araştırmanın yapıldığı hastanenin, genellikle orta ve düşük gelir seviyesine sahip kadınlar tarafından tercih edilen bir hastane olması ve gelir seviyesi açısından grupların benzer özelliklere sahip olması ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

5.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan annenin gebelik öncesi ve gebeliğinde sigara içme durumu ile pasif içici olma durumuna ait bulgular tartışılacaktır.

Önlenebilir ölümlerin en büyük ve birinci nedeni sigaradır ve dünya nüfusunun % 22'si sigara kullanmaktadır (DSÖ 2008). Gebeliğinde sigara kullanan kadınlarda abortus, ektopik gebelik, EDT, erken membran rüptürü (EMR), plesanta previa, intra uterin gelişme geriliği (IUGR) ve düşük doğum ağırlığı (DDA) görülme riski yüksektir (Janbakhisov et al. 2013, Göl 2007, Berkman and Has 2004, Kültürsay 2004).

Çalışmamızda gebelik öncesi sigara içme durumu incelendiğinde; günde 1-5 adet sigara içme oranının vaka grubunda % 13,3 ve kontrol grubunda % 10,3, günde 1 paket sigara içme oranının vaka grubunda % 6,9, kontrol grubunda % 2,3 olduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10,889$, $p=0,012$) (Tablo 2.). Aynı zamanda vaka grubunun % 27,5, kontrol grubunun % 17,9 oranında gebeliğinde sigara içtiği belirlenmiş ve gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ($\chi^2=7,94$, $p= 0,005$) (Tablo 2.).

Sigara, serumdaki askorbit seviyesinin düşmesine, vajen PH'nın artışına neden olarak erken doğumun başlamasına zemin hazırlamaktadır. Ayrıca sigaranın içerisinde bulunan karbonmonoksit, anne kanındaki karboksi hemoglobinin oranını artırarak, anne ve fetüste distres oluşturmasına neden olmaktadır. Distres, ACTH ve katekolamin salgılanmasını stimüle ederek doğum ağrılarını başlatmaktadır.

Gebelikte sigara içme % 14 oranında erken doğuma neden olmaktadır. Sigara içen anneler, sigara içmeyen annelere göre iki kat daha fazla erken doğum yaptıkları görülmektedir (Gelisen 2001, Aktaş 2006).

Gebelikte sigara içme pek çok çalışma da EDT için en önemli risk faktörlerinden biri olarak gösterilmektedir (Andres and Day 2000, Özmen 2004, Ege vd. 2009).

Kyrklund-Blomberg vd. (1998)'nin İsveç'te yaptıkları bir çalışmada, preterm doğum riskinin günlük içilen sigara sayısı ile orantılı olduğu özellikle 10'dan fazla sigara içenlerde preterm eylem görülme riski daha yüksek olduğunu saptamıştır. Grange vd. (2005)'nin Fransa'da yaptığı çalışmada, sigaranın EDT riskini % 56 oranında artırdığı gözlenmiştir.

Gebelik öncesi sigara içme ve gebeliğinde sigara içme durumuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, sigaranın EDT açısından önemli bir risk faktörü olduğu sonucu desteklemektedir.

Sigara içmediği halde pasif içiciliğe maruz kalan gebelerde, sigara dumanına maruziyet EDT açısından olumsuz etkilerini sürdürmektedir (Çınar vd. 2015).

Çalışmamızda, gebelerin pasif içici olma durumu değerlendirildiğinde, vaka grubunda (% 50,3), pasif içici oranı kontrol grubuna (% 44) göre daha yüksek olmasına karşın gruplar arasında anlamlı farklılığın olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=2,398$, $p=0,121$) (Tablo 2.).

Pasif içici gebelerle, sigara içmeyen gebeleri kıyaslayan bir çalışmada; sigara dumanına maruz kalan gebelerde % 24,1 oranında preterm eylem görüldüğü bildirilmektedir (Goel et al. 2004). Fantuzzi vd. (2007)'nin, preterm eylem ve aktif-pasif sigara kullanımını araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, pasif sigara içiciliği ile EDT arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir.

Literatürde EDT için pasif içici olma durumu anlamlı bir değişken olarak bildirilmesine karşın, çalışmamızda pasif içici durumu ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamıştır.

5.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan gebelerin planlı olma durumu, infertilite tedavisi, önceki gebeliğinde erken doğum öyküsü, bu gebeliğinde düşük tehdidi yaşanması, amniosentez/ CVS yapılma durumu, iki yıldan kısa doğum aralığı, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve canlı doğum sayısına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Gebeliğin planlı olması, EDT açısından bir risk faktörü olarak düşünülebilir. Gebeliğin planlı olması, istenilen bir gebelik olması, gebenin kendisi ve bebeği için sorumluluk duygularını artırmakta ve tüm yaşam davranışlarını etkilemektedir (Arslan ve Mete 2005).

Araştırmada vaka grubunda planlı ve isteyerek gebe kalma oranı % 65,6 iken, kontrol grubunda bu oran % 59,6 olup, gruplar arasında gebeliğin planlı olma durumu açısından anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ($\chi^2=4,232$, $p= 0,121$) (Tablo 3.).

Karaçam ve Ançel (2007)'in gebelikte depresyon, kaygı ve etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada, istenmeyen gebeliklerde preterm eylem ve düşük doğum ağırlığı oranının planlı gebeliklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Orr vd. (2000)'nin araştırmasında, planlanmayan gebelik ve preterm eylem arasında ilişki olduğu ve planlanmayan gebeliklerde daha çok preterm eylem görüldüğü belirtilmektedir.

Çalışma bulgumuz, gebeliğin planlı olma durumunun EDT riski olmadığını bildiren çalışmalarla uyumludur.

Yardımcı üreme teknikleri sayesinde oluşan gebeliklerde, çoğul gebelik oranlarının yüksekliği gibi ilişkili faktörlerin de etkisi ile EDT görülme sıklığı artmaktadır (Gürakan 2005).

Araştırmamızda gebelerin infertilite tedavisi alma oranlarının vaka grubunda % 7, kontrol grubunda ise % 5 olduğu, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2= 1,063$, $p=0,302$) (Tablo 3.).

Sümer vd. (2013)'nin, spontan ve IVF ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarını karşılaştırdığı çalışmasında, EDT gelişen gebelerin % 65,5'ini IVF tedavisi görenlerden oluştuğu bulunmuştur. Tunç ve Türkçüoğlu (2014) tarafından yapılan, spontan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan kadınlarda maternal, fetal ve perinatal özellikleri karşılaştıran çalışmada, IVF gebeliklerinin % 67,5'inin preterm eylem ile sonuçlandığı saptanmıştır.

Literatürde IVF gebeliklerin EDT nedeni olduğu ve bu durumun genellikle çoğul gebelikle ilişkili bir durum olarak değerlendirildiğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Sümer vd. 2013, Aköz vd. 2003, Vasario et al. 2010).

Çalışmamızda infertilite tedavisi değişkeni ile EDT varlığı arasında ilişki bulunmaması, çoğul gebeliklerin çalışma kapsamı dışında tutulması ile ilişkilendirilmiştir.

EDT için tanımlanan en önemli risk faktörü, öyküde EDT varlığıdır. Önceki gebeliğinde öyküsü olan kadınlarda EDT % 15-20 kat daha fazla görülmektedir (Spong 2007).

Araştırmada gebelerin önceki gebeliklerinde EDT riski vaka grubunda % 38,5, kontrol grubunda ise % 7,3 oranında olduğu ve bu açıdan kıyaslandığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=64,875$, $p= 0,001$) (Tablo 3.).

Önceki gebelikte EDT öyküsü ile erken doğum arasında ilişki saptayan çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Ege vd. 2009, Salar vd. 2007). Bakkateig ve Hollfman (2002)'nin yaptıkları çalışmada ilk gebeliğinde preterm olmayan gebelerin 2. gebeliklerinde preterm olma oranı % 4,4, ilk gebeliğinde preterm olan gebelerin 2. gebeliğinde preterm olma oranı % 17,2, ilk iki gebeliğinde preterm olan ve 3. gebeliğinde preterm olma oranı % 28,4 olarak saptanmıştır (Lembet 2002).

Bazı çalışmalarda ailede preterm öyküsü olanlarda EDT riskinin arttığı belirtilmektedir (Varner and Esplin 2005, Pennell and Jacobsson 2007). Heaman ve vd.(2005)'nin ile Kim vd. (2005)'nin yaptıkları çalışmalarda benzer olarak ailesinde preterm eylem öyküsü olanlarda preterm eylem riskinin arttığını saptamıştır.

Önceki gebeliğinde EDT öyküsü varlığına ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiş olup, preterm eylem öyküsünün EDT gelişimi açısından önemli bir risk faktörü olduğunu desteklemesi açısından önemlidir.

Literatürde düşük tehdidi yaşanması ile EDT arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Er 2012).

Araştırmada, gruplar bu gebeliğin ilk trimesterinde düşük tehdidi yaşama durumu açısından incelendiğinde, vaka grubunun % 41,7'sinin kontrol grubunun % 13,6'sinin düşük tehdidi yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 59,797$, $p=0,001$) (Tablo 3.).

Jivraj vd. (2001)'nin tekrarlayan düşük öyküsü olan kadınlarda (n=162), preterm doğum oranını % 13 olduğunu ve EDT ile anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir. Buchmayer vd. (2004)'nin İsveç'te yaptığı çalışmada ise, önceki gebelik kayıplarının 32. haftadan küçük EDT ve erken membran rüptürü olma riskini ciddi bir oranda artırdığını istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptanmıştır.

Bu gebeliğinde düşük tehdidi yaşama öyküsü varlığına ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Genetik amaçlı yapılan amniosentez/ CVS gibi invazif girişimler gebelikte komplikasyonlar yaratarak EDT riskini de artırmaktadır (Erdemoğlu ve Kale 2007).

Araştırmada gruplar gebelikte invaziv girişim varlığı açısından karşılaştırıldığında, vaka grubunda % 6,3 ve kontrol grubunda % 2,6 oranında amniosentez/ CVS gibi bir girişim uygulandığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=3,877$, $p=0,049$).

Erdemoğlu ve Kale (2007)'nin genetik amaçlı amniyosentez uygulanan 183 olgunun prospektif analizini incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, % 3,82'sinin preterm doğum ile gebeliklerinin sonuçlandığı saptanmıştır. Güney vd. (2007)'nin ikinci trimester genetik amniosentez sonuçlarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmasında, % 9,4'ünde EDT görüldüğü ve aradaki ilişkinin anlamlı olduğu belirtilmiştir.

Gebeliğinde invazif girişim yapılma durumuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Kısa doğum ağırlığı, EDT açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir. İki gebelik arasındaki sürenin 6 aydan kısa olması, EDT riskini diğer faktörlerden bağımsız olarak 2 kat arttırmaktadır (Er 2012).

Araştırmada iki yıldan kısa aralıklarla doğum yapma oranı, vaka grubunda % 22,9, kontrol grubunda ise % 27 olarak belirlenmiş olup ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($\chi^2=0,702$, $p=0,402$) (Tablo 3.).

Ege vd. (2009)'nin Konya'da spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörlerini araştırmak için yaptıkları çalışmada, kısa doğum aralığının EDT ile ilişkili olduğu bildirilmektedir.

Literatürde EDT için iki yıldan kısa doğum aralığı anlamlı bir değişken olarak bildirilmesine karşın, çalışmamızda iki yıldan kısa doğum aralığı değişkeni ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamıştır. Bu sonucun kısa doğum aralığına ilişkin

değişkenin, iki doğum aralığı arasındaki sürenin “ay” cinsinden sorgulanmamış olmasından kaynaklanıyor olabileceğini düşünmekteyiz. EDT ve doğum aralığı ilişkisini incelemeyi amaçlayan çalışmalarda, değişkenin açık uçlu olarak “ay” cinsinden sorgulanması uygun olacaktır.

Literatürde gebelik sayısı ile EDT riski arasında ilişkili olduğu ve ilk doğumunu yapanlarda erken doğum oranlarında artış olduğu görülmüştür (Fiscella et al. 2002,).

Araştırmada vaka grubunda ortalama gebelik sayısının $2,05 \pm 1,2$, kontrol grubunda $2,25 \pm 1,2$, ortalama yaşayan çocuk sayısının vaka grubunda $1,44 \pm 0,7$, kontrol grubunda $1,91 \pm 0,9$, ortalama canlı doğum sayısının ise vaka grubunda $1,45 \pm 0,7$ ve kontrol grubunda $1,96 \pm 0,9$ olduğu bulunmuştur. Vaka ve kontrol grupları; gebelik sayısı ($z=-2.448$, $p=0,014$), yaşayan çocuk sayısı ($z=-5.28$, $p=0.001$) ve canlı doğum sayısı ($z=-5.757$, $p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 3.).

Ege vd. (2009)’nin preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörleri incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların gebelik ve doğum sayısı ile doğum zamanı arasında ilişki olduğu, ilk ve ikinci doğumunu yapanlarda preterm doğum oranlarında artış olduğu belirlenmiştir. Benzer olarak Fiscella vd. (2002)’i de, doğum zamanı ile parite arasında ilişki saptamış, ilk doğumunu yapanlarda preterm eylem riskinin belirgin şekilde arttığını tespit etmiştir.

Çalışma bulgumuzun literatürle uyumlu olduğu düşünülmüştür.

5.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan gebenin kronik hastalık varlığı, patolojik anemi ve enfeksiyona ait bulgular tartışılmıştır.

Gebelik öncesi dönemde annenin hipertansiyon (HT), Diyabetes mellitus (DM), kalp hastalığı, triod, astım vb. gibi medikal hastalıklar bulunması, EDT için hazırlayıcı bir etkidir (Cunningham 2015).

Araştırmada vaka grubunda % 13,9'un (n=42) ve kontrol grubunda % 3,0 oranında kronik bir hastalığını bulduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=23,322$, $p=0,001$) (Tablo 4.)

Literatürde çok sayıda çalışma maternal hastalık varlığı ile EDT riski arasında anlamlı bir ilişki olduğunu, maternal hastalıklar arttıkça EDT görülme riskinin arttığını göstermektedir (Aygün vd. 2007, Er 2012, Goldenberg et al. 2008, Smith et al. 2003, Andres and Day 2000).

Durukan vd. (2003)'nin kalp hastalığı olan gebelerde maternal ve perinatal mortaliteyi etkileyen faktörleri araştırmak için yaptıkları çalışmada, kalp hastalığı olan gebelerde 37. gebelik haftasından önce doğum oranı % 26,68 olarak bulunmuştur. Lumley vd. (2011)'nin çalışmasında ise; preterm eylem tanısı alan gebelerde; % 5,5 oranında diabetes mellitus, % 4,1 oranında karaciğer hastalıkları ve % 4,8 oranında pyelonefrit görüldüğü saptanmıştır ve kronik hastalıklar ile EDT arasında anlamlı ilişki olduğu görülmüştür.

Kronik hastalık durumuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir

Gebelikte anemi; EDT, düşük doğum ağırlıklı bebek ve perinatal morbitide ile yakından ilişkilidir (Er 2012).

Çalışmamızda, gebelerin kan sayımları incelendiğinde vaka grubunda % 42,05 ve kontrol grubunda % 22,2 oranında patolojik anemi bulunduğu, gebelerin hematokrit ortalamasının vaka grubunda $34,64 \pm 4,2$, kontrol grubunda ise $36,46 \pm 3,9$ olduğu, vaka grubunda hemoglobin ortalamasının $11,57 \pm 2,4$ iken kontrol grubunda $12,08 \pm 2,1$ olduğu ve gruplar arasında patolojik anemi varlığı ($\chi^2=27,337$ $p=0,001$) (Tablo 4.) hematokrit ($z=-5,661$, $p=0,001$), hemoglobin ($z=-5,242$, $p=0,001$) (Tablo 4.) ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.

Gebelikte en önemli fizyolojik hematolojik değişiklik kan volümündeki % 30-50 oranında artıştır. Bu artışı sağlayan plazma volümünün artmasıdır. Gebeliğin 6-12. haftaları arasında plazma volüm artışı başlar (% 10-15) ve gebelik boyunca bu artış devam eder. Plazma volüm artışı 2. trimesterin sonlarında, üçüncü trimesterin ise başlarında zirve yapar (28-34 hafta). Eritrosit kitlesindeki artış ise plazma volüm artışına ayak uyduramaz. Bunun sonucunda hemodilüsyonel bir anemi gelişerek fizyolojik anemiye neden olur. Kan volümünün bozulması gebenin vücut direncini düşürerek enfeksiyona yatkınlığını artırmakta ve bunlara bağlı olarak EDT riskini de artırmaktadır (Küçükgöz Güleç vd. 2013, Steer 2000, Stephansson et al. 2000).

Çalışmalar, hemoglobin değerinin 9,5 g/dl altında olması ile düşük doğum ağırlığı, IUGR ve EDT ile ilişkili olduğunu göstermiştir (Dündar vd. 2010). Kopal vd. (1999)'nin erken doğumların mediko-sosyal risk faktörlerinin incelediği çalışmasında, anemi EDT için ikinci sırada yer alan (% 40) en önemli risk faktörü olarak belirlenmiştir.

Sezer vd. (2002)'nin gebeliğin üçüncü trimesterinde düşük hemoglobin düzeyinin preterm doğum oranı ve yenidoğan doğum ağırlığı üzerine etkisini belirlemek için yaptıkları çalışmada, maternal hemoglobin değerleriyle fetal doğum haftaları arasında anlamlı bir ilişki olduğu, hemoglobin değerinin 8,6 - 9,5 gr /dl olan grupta EDT oranının en yüksek olduğu belirleyerek istatistiksel olarak anlamlı olduğunu saptamıştır. Lee vd. (2002)'nin çalışmasında, maternal hemoglobin statüsündeki negatif değişikliklerin EDT ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Steer vd. (2000)'nin çalışmasına göre 9,5 g/dl altındaki hemoglobin değerlerinin EDT ile ilişkisinin anlamlı olduğunu saptamıştır.

Patolojik anemi varlığı, hemogram ve hemotokrit değerleri durumuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Üriner sistem enfeksiyonlarının yaklaşık % 20'sinde EDT görülür (Çiçek vd. 2006). Gruplar enfeksiyon varlığı açısından değerlendirildiğinde, vaka grubunda % 50,0, kontrol grubunda % 14,9 oranında enfeksiyon bulunduğu ($\chi^2=89,039$, $p=0,001$) (Tablo 4.), gebelerden alınan servikal kültür sonuçlarında vaka grubunda % 52,3,

kontrol grubunda ise % 17,5 oranında üreme olduğu ($\chi^2=80,305$, $p=0,001$) (Tablo 4.), ve Mcrp değerinin vaka grubunda $40,8\pm 95,7$ ve kontrol grubunda $9,17\pm 27,0$ olduğu ($z=-8,675$, $p=0,001$) (Tablo 4.) ve gruplar arasında enfeksiyona ilişkin değişkenlerin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Servikal kültür sonucunda üreyen mikroorganizmalar vaka grubunda % 24,4 oranında E. Coli, % 19,24 Candida Spp, % 4,12 oranında klebsiella'dır.

Enfeksiyon, inflamatuvar yolu aktivite ederek, lökositlerin bölgeye çekilmesine ve sitokin yapımının artmasına neden olur. Artan sitokinler, nötrofilleri aktivite ederek servikal efasman ve dilatasyonun oluşması, fetal membranların zayıflamasını ve prostaglandin salınımını uyararak travayı başlatabilir. Enfeksiyonlar, fetüsü bakteriyel ürünlerin translokasyonu yoluyla doğrudan veya anneye ait inflamatuvar mediatörlerin aktivasyonu yoluyla dolaylı olarak etkilemekte, erken doğuma neden olabilmektedir (Bansal et al. 2011, Ercan 2013, Xiong et al. 2006).

Hitti vd. (2007)'ı tarafından yapılan çalışma sonuçları; üriner sistem enfeksiyonu olan kadınlarda preterm riskinin arttığını, sık geçirilen üriner sistem enfeksiyonlarına bağlı olarak membranların erken açıldığını anlamlı olarak göstermektedir.

Çelen vd. (2012)'nin bir kamu hastanesinde hastanede yatan gebelerde servikal kültür sonuçlarını incelediği çalışmasında, olguların % 4,1'inde preterm eylem tanısı aldığı, bu tanıyı alan hastaların % 5,1'inde E.coli, % 3,2'sinde Candida, % 2,8'inde streptokok agalektiae, % 1,6'sında klebsiella varlığını anlamlı olarak saptanmıştır.

Goldenberg vd. (2000)'nin 30. gebelik haftasından önce doğuran kadınların % 80'inde amniyon sıvısı ve/veya membranlarda ya da servikal kültürlerinde herhangi bir enfeksiyon bulgusu olduğunu, 37. haftadan sonra doğuranlarda bu oranın % 30 olduğunu, enfeksiyon bulgusu ile EDT arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.

Üriner sistem enfeksiyonları durumuna ilişkin çalışma bulgumuz, literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

5.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Gebelik öncesinde ve gebelik boyunca yaşanan aile içi şiddet hem anneyi hem de fetüsün yaşamını olumsuz etkilemektedir (Bozkurt vd. 2013).

Çalışmamızda, gebelerin gebelikte duygusal ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına bakıldığında, vaka grubunun % 5,6'sının duygusal, % 0,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı; kontrol grubunda ise % 6,3'ünün duygusal, % 3'ünün ise fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmış olup gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2=0,118$, $p=0,731$) (Tablo 5.).

Shah vd. (2010)'nın aile içi şiddete ve annelik sonrası hamilelik ve doğum sonuçlarını araştırmak amacıyla yaptıkları meta analizde, gebelikte fiziksel şiddete maruz kalan kadınların % 95'i EDT görüldüğü ve aralarında anlamlı ilişki olduğunu saptamıştır. El Kady vd. (2005)'nin gebelikte şiddetin anne ve yenidoğan sonuçlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların hastaneye yatma nedenleri % 24'ü preterm doğum olarak sonuçlandığı ve EDT ile şiddetin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu bildirmiştir.

Literatürde EDT için gebelikte duygusal veya fiziksel şiddete maruz kalma durumu anlamlı bir değişken olarak bildirilmesine karşın, çalışmamızda gebelikte duygusal veya fiziksel şiddete maruz kalma ile EDT varlığı arasında ilişki bulunamamıştır. Bu sonucun vaka ve kontrol gruplarında şiddete maruz kalan gebe sayılarının oldukça düşük olması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

5.6. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde; araştırmaya katılan gebelerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranıştır.

Araştırmada sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutundan vaka grubunun $21,5\pm 4,7$ ve kontrol grubunun $19,38\pm 4,3$ puan aldığı, fiziksel aktivite alt boyutundan vaka grubunun $14,3\pm 3,97$ ve kontrol grubunun $13,23\pm 3,83$ puan, beslenme alt boyutundan vaka grubunu $21,78\pm 3,72$ ve kontrol grubunun $20,97\pm 4,14$, manevi gelişim vaka grubunun $25,62\pm 4,82$ ve kontrol grubunun $24,16\pm 4,87$, kişilerarası ilişkiler vaka grubunda $25,21\pm 4,64$ ve kontrol grubunda $23,57\pm 4,37$, stres yönetimi vaka grubunda $19,11\pm 4,08$ ve kontrol grubunda $17,47\pm 3,76$, ölçek toplamından vaka grubunun $127,34\pm 19,7$ ve kontrol grubunun $118,78\pm 19,94$ puan aldığı saptanmıştır.

Ölçekten alınan toplam puanlar ve tüm alt boyutlara ilişkin alınan puanların, çalışma grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

Gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmeye yönelik ülkemizde sınırlı çalışma bulunmaktadır ve gebeliğe özgü yaşam davranışlarını değerlendirmeye yönelik bir ölçüm aracı yoktur. Ülkemizde gebelerle SYBD kullanılarak yapılan çalışmalarda; gebelerin sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu en yüksek alt ölçek puan ortalamasının kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise sırasıyla egzersiz, stres yönetimi ve beslenme faktöründe olduğunu bildirilmektedir (Altay 2006; Arslan ve Ceviz 2007; Altıparmak ve Koca 2009). Saydam vd. (2007) riskli gebe kadınlar üzerindeki çalışmalarında SYBD ölçek genel puanı $121,31\pm 21,02$ olarak düzeyi saptamış, en düşük alt ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutunda, en yüksek puan ortalamasını ise kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) alt boyutunda olduğunu belirlemiştir.

Araştırmanın önemli hipotezlerinden biri, EDT'nin olumsuz yaşam davranışları ile ilişkili olup olmadığının araştırılmasıdır. Çünkü literatürde beslenme yetersizliği, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu ile EDT arasında ilişki saptayan çalışmalar bulunmaktadır (Walker et al.1987, Çam 2009, Ağaoğlu 2015, Englund-ögg et al. 2014, Shah et al. 2010, El Kady et al. 2005, Gennaro and Hennessy 2003, Gjere 2001, Aksu ve Şirin 2007) .

Buna karşın çalışma bulgumuz, EDT tanısı olarak hastanede yatan gebelerin daha sağlıklı yaşam davranışları sergilediğini göstermektedir. Bu sonuç iki farklı nedene bağlanabilir.

Tutum değerlendiren Likert tipi ölçüm araçlarında, ölçeğin kararlılığı 4-6 hafta arasında değerismektedir. Çalışma bulgumuz, EDT tanısı olarak hastanede yatan gebelerin, bebeğini kaybetme olasılığı nedeniyle daha sağlıklı yaşam davranışları göstermeye dikkat ettiğini düşündürmektedir. Bu nedenle EDT ve yaşam davranışları arasındaki ilişkiyi ortaya koyacak çalışmaların, EDT tanısı alınmadan önce yaşam davranışlarının değerlendirilmesi ve gebelik ilerlediğinde tanı alma oranlarının kıyaslanması şeklinde planlandığında daha sağlıklı veri elde etmek mümkün olacaktır.

Son olarak sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin araştırma bulgumuzun, ülkemizde gebeliğe özgü sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendiren bir ölçüm aracının olmaması ile ilişkili olabileceği de düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBU) Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde, erken doğum tanısı alarak hastaneye yatan gebelerde EDT ile ilişkili risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla, vaka kontrol tipinde gerçekleştirilen çalışmada aşağıda yer alan sonuçlara ulaşılmıştır.

6.1.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada gruplar arasında eğitim durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmakta ($\chi^2=19,456$, $p=0,001$) olup, vaka grubunda eğitim seviyesinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Olguların çalışma durumuna bakıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu, vaka grubundaki gebelerin % 13,9 oranında çalıştığı, kontrol grubunda ise bu oranın % 7,1 olduğu saptanmıştır.
- Eşin eğitim seviyesi incelendiğinde vaka grubunda lise (% 34,9) ve üniversite mezunu (% 23,3) olma oranının kontrol grubuna göre (sırasıyla % 32,8, % 14,6) daha yüksek olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=12,936$, $p=0,005$).

6.1.2. Davranışsal ve Çevresel Risk Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Olguların, gebelik öncesi sigara içme durumu incelendiğinde; günde 1-5 adet sigara içme oranının vaka grubunda % 13,3 ve kontrol grubunda % 10,3, günde 1 paket sigara içme oranının vaka grubunda % 6,9, kontrol grubunda

% 2,3 olduğu ve gruplara arasında anlamlı farklılığın bulunduğu belirlenmiştir ($\chi^2=10,889$, $p=0,012$). Aynı zamanda vaka grubunun % 27,5, kontrol grubunun % 17,9 oranında gebeliğinde sigara içtiği belirlenmiş ve gruplar arası anlamlı farklılığın olduğu saptanmıştır ($\chi^2=7,94$, $p= 0,005$).

6.1.3. Obstetrik Faktörlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Olguların önceki gebeliklerinde EDT riski durumuna bakıldığında, vaka grubunda % 38,5, kontrol grubunda ise % 7,3 oranında olduğu ve bu açıdan kıyaslandığında aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2=64,875$, $p= 0,001$).
- Vaka grubunun % 41,7'sinin kontrol grubunun % 13,6'nin düşük tehdidi yaşadığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 =59,797$, $p=0,001$).
- Vaka grubunda % 6,3 ve kontrol grubunda % 2,6 oranında amniosentez/ CVS gibi bir girişim uygulandığı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2=3,877$, $p=0,049$).
- Vaka ve kontrol grupları; gebelik sayısı ($z=-2.448$, $p=0,014$), yaşayan çocuk sayısı ($z=-5.28$, $p=0.001$) ve canlı doğum sayısı ($z=-5.757$, $p=0.001$) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

6.1.4. Maternal Hastalıkların Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada, vaka grubunda % 13,9'u ($n=42$) ve kontrol grubunda % 3,0 oranında kronik bir hastalığın bulunduğu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($\chi^2= 23,322$, $p = 0,001$).
- Olguların gebeliğinde idrar yolu enfeksiyonu geçirme durumuna bakıldığında, vaka grubundaki gebelerin % 50,7'sinin, kontrol grubunun %

41,4'ünün gebeliğinde idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($\chi^2 = 5,225$, $p=0,002$).

- Gebelerin kan sayımları incelendiğinde vaka grubunda % 42,05 ve kontrol grubunda % 22,2 oranında patolojik anemi bulunduğu, gebelerin hematokrit ortalamasının vaka grubunda $34,64 \pm 4,2$, kontrol grubunda ise $36,46 \pm 3,9$ olduğu, vaka grubunda hemoglobin ortalamasının $11,57 \pm 2,4$ iken kontrol grubunda $12,08 \pm 2,1$ olduğu ve gruplar arasında patolojik anemi varlığı ($\chi^2=27,337$ $p=0,001$) hematokrit ($z= -5,661$, $p=0.001$), hemoglobin ($z=-5.242$, $p=0.001$) ortalamaları açısından anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır.
- Olguların enfeksiyon varlığı açısından değerlendirildiğinde, vaka grubunda % 51,0, kontrol grubunda % 14,9 oranında enfeksiyon bulunduğu, gebelerden alınan servikal kültür sonuçlarında vaka grubunda % 52,3, kontrol grubunda ise % 17,5 oranında üreme olduğu, ve Mcrp değerinin vaka grubunda $40,8 \pm 95,7$ ve kontrol grubunda $9,17 \pm 27,0$ olduğu ve gruplar arasında enfeksiyona ilişkin değişkenlerin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

6.1.5. Psikososyal Nedenlerin Karşılaştırılmasına İlişkin Sonuçlar

- Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelikte duygusal ve fiziksel şiddete maruz kalma durumlarına bakıldığında, vaka grubunun % 5,6'sının duygusal, % 0,7'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı; kontrol grubunda ise % 6,3'ünün duygusal, % 3'ünün ise fiziksel şiddete maruz kaldığı saptanmış olup gruplar arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır ($\chi^2= 0,118$, $p= 0,731$) ($\chi^2=3,333$, $p= 0,068$) (Tablo 5.).

6.1.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Sonuçlar

- Sağlıklı yaşam davranışları ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde; ölçeğin sağlık sorumluluğu alt boyutundan vaka grubunun $21,5 \pm 4,7$ ve kontrol grubunun $19,38 \pm 4,3$ puan aldığı, fiziksel aktivite alt boyutundan vaka grubunun $14,3 \pm 3,97$ ve kontrol grubunun $13,23 \pm 3,83$ puan, beslenme alt

boyutundan vaka grubunu $21,78\pm3,72$ ve kontrol grubunun $20,97\pm4,14$, manevi gelişim vaka grubunun $25,62\pm4,82$ ve kontrol grubunun $24,16\pm4,87$, kişilerarası ilişkiler vaka grubunda $25,21\pm4,64$ ve kontrol grubunda $23,57\pm4,37$, stres yönetimi vaka grubunda $19,11\pm4,08$ ve kontrol grubunda $17,47\pm3,76$, ölçek toplamından vaka grubunun $127,34\pm19,7$ ve kontrol grubunun $118,78\pm19,94$ puan aldığı saptanmıştır. Ölçekten alınan toplam puanlar ve tüm alt boyutlara ilişkin alınan puanların, çalışma grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu belirlendi.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda;

- Çalışmada sigara, anemi ve enfeksiyon varlığı gibi değişkenlerin EDT açısından önemli risk faktörleri olarak belirlenmesi göz önünde bulundurularak, antenatal dönemde tüm gebelere EDT'nin risk faktörleri konusunda eğitim ve danışmanlık yapılması,
- Antenatal dönemde tüm gebelerin EDT risk faktörleri açısından taranması ve risk belirlenen gebelere EDT'den koruyucu davranışların eğitim ve danışmanlık yoluyla kazandırılması,
- Tüm gebelerin antenatal izlemler sırasında genital enfeksiyonlar ve anemi açısından taranması, erken tanı ve tedavisinin sağlanması,
- Gebelik planlayan tüm kadınların var olan sağlık sorunlarının belirlenip kontrol altına alınması için prekonsepsiyonel danışmanlık alması,
- Çalışmanın daha geniş yaş grupları ve farklı demografik ve sosyo-kültürel yapıda örneklemelerde çok merkezli olarak tekrarlanması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abu Hamad Kh, Abed Y, Abu Hamad B.(2007). Risk factors associated with preterm birth in Gaza Strip: hospital based case-control study. East Mediterr Health Journal 13(5) 132-41
- Abrahams C, Katz M. (2002). A Perspective on the Diagnosis of Preterm Labor. J Perinat Neonat Nurs, 16(1): 1–11.
- Ağaoğlu SA. (2015). Kadın sağlığı ve egzersiz,Spor ve Performans Araştırmaları Dergisi,Cilt / Vol : 6 Sayı / No :2
- Akgün N. (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçları ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- Aksu H, Şirin A. (2007). Preterm Tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisi, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17:368-375
- Aköz İ, Benk D, Ayas S, Yakut Y. (2003). 2000-2003 Yılları Arasındaki Çoğul Gebeliklerde Obstetrik ve Perinatal Sonuçlarımız. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi, Cilt XIV: 3
- Aktaş S. (2006). Gebelik Boyunca Sigara İçmanın Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas .(Tez Danışmanı: Yrd. Doç Dr. Handan GÜLER)
- Akyol A, Çakmak D, Tekirdağ Aİ. (2011). Ağır Preeklampsideki Proteinüri Maternal ve Perinatal Sonuçları Etkiler mi?. JOPP Derg 3(3):111-117
- Aygün C, Çetinkaya M, Aydın O, Alper T, Karagöz F, Küçüködük Ş. (2007). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi 2003 yılı perinatal mortalitesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2007;47: 177-182.
- Albertsen K, Andersen AM, Olsen J, Gronbaek M. (2004). Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. Am J Epidemiol 159(2): 155-61
- Altay, B. (2006). Samsun 6 nolu sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 23,1, 1–8.
- Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. (2009). Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. Tur Toraks Der ; 10: 20-5.
- Alijahan R, Hazrati S, Mirzarahimi M, Pourfarzi F, Ahmadi Hadi P. (2014). Prevalence and risk factors associated with preterm birth in Ardabil, Iran. Iran J Reprod Med. 2014 Jan; 12(1): 47–56

- Amarin VN, Akasheh HF. (2001). Advanced maternal age and pregnancy outcome. East Mediterr Health J. 7 (4-5): 646-51
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion (2002). Exercise During Pregnancy and Postpartum Period, Int. J. Gynecol Obstet, 77:79-81.
- Andrews WW, Goldenberg RL, Mercer B, Iams J, Meis P, Moawad A. Et al. (2000). The Preterm Prediction Study: Association of second-trimester genitourinary chlamydia infection with subsequent spontaneous preterm birth. J Obstet Gynecol; 183:662-8
- Andres RL, Day MC. (2000). Perinatal complications associated with maternal tobacco use. Semin Neonatol; 5: 231-41
- Arslan, C. ve Ceviz, D.F.Ü. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 21,5, 211-220
- Arslan H, Karahan N, Çam Ç. (2008). Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:1,Sayı:2
- Arslan İ, Mete S (2005). Beklenmeyen Gebelikler, Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 8, Sayı: 1
- Arlı M, Sanlier N, Küçükömürler S, Yaman M. (2003). Anne ve çocuk beslenmesi. Pegem Yayıncılık, 170 s. Ankara.
- Artunç Ülkümen B, Pala HG, Aktenk F ,Bülbul Baytur Y. (2014). Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları. Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine; 53(2):88-91
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N. Vd. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12,1, 1-13.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N. vd (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,12,1, 1-13.
- Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. (2014). gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü dergisi; 3(1): 6-16
- Bansal J, Bansal A, Kukreja N, Kukreja U (2011): Periodontal diseases as an emerging potential risk factor for adverse pregnancy outcomes: A review of concepts. J Turkish-German Gynecol Assoc; 12:176-80
- Başer N, Eskiocak M. (2013). Yaşama erken başlayanlar: Preterm doğum küresel eylem raporu, sted, 5: 192
- Baytur Y. (2013). Çevresel Etkenlerin Gebeliğe Etkileri Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics ;6(3):63-8
- Beeckman K, Van De Putte S, Putman K, Louckx F. (2009). Predictive social factors in a metropolitan region. Acta Obstet Gynecol Scand 88(7): 787-792

- Behrman RE, Butler AS. (2007). Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention, The National Academies Press, Washington DC.
- Bjerke SEY, Vangen S, Nordhagen R, Ytterdahl T, Magnus P, Stray-Pedersen B. (2008). Postpartum depression among Pakistani women in Norway: Prevalence and risk factors. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 21(12): 889-894.
- Berkman S, Has R. (2004). Doğum Bilgileri. Nobel Kitabevi, Ankara
- Beser E, Ergin F, Sönmez A. (2007) Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(2),137-141
- Blencowe H, Cousens S, Chou D, Oestergaard M, Say L, Moller AB, Kinney M, Lawn J. (2013). Born Too Soon: The Global Epidemiology of 15 Million Preterm Births. *Reproductive Health*, 10 (Suppl1):S2
- Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*, 379:2162.
- Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. (2011). Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*; 342-223.
- Bondevik GT, Lie RT, Ulstein M, Kvale G. (2001). Maternal hematological status and risk of low birth weight and preterm delivery in Nepal. *Acta Obstet Gynecol Scand.* ; 80(5): 402-408.
- Bonzini M, Palmer KT, Coggon D, Carugno M, Cromi A, Ferrario MM. (2011). Shift work and pregnancy outcomes: a systematic review with meta-analysis of currently available epidemiological studies. *BJOG*; 118(12):1429-37.
- Bozkurt ÖD, Daşkan Z, Kavlak O, Şirin A. (2013).Ebelik öğrencilerinin gebelikte şiddet konusundaki bilgi, görüş ve mesleki tutumlarının belirlenmesi. *Balikesir Saglik Bil Derg Cilt:2 Sayı:2 Ağustos*
- Bozkurt N, Himmetoğlu Ö. (2004). preterm eyleme güncel yaklaşım. *T Klin Jineköl Obst.* 14:175-181
- Bream ENA, Lepellere CR, Cooper ME. (2012). Candidate gene linkage approach to identify DNA variants that predispose to preterm birth. *Pediatric Research* doi: 10.1038/pr.2012.166
- Bukowski R. (2008). Society for Maternal-Fetal Medicine [abstract 5]. In: 28th Annual Meeting; 31 January
- Buchmayer SM, Sparen P, Cnattingius S. (2004). Previous pregnancy loss: risks related to severity of preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 191(4): 1225-1231.
- Büyükşekerci M, Yılmaz ÖH, Yılmaz FM. (2017). Nöral Tüp Defekti Risk Faktörü Olarak Çevresel ve Mesleki Toksik Madde Maruziyeti, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi; Volum:14, Sayı:2, Sayfa: 82 – 86

- Coşkun A, Kıran G, Köstü BÇ, Ekerbiçer H. (2008). spontan preterm doğum ve preterm prematür membran rüptürü olgularının değerlendirilmesi, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi (TJOD Derg); Cilt: 5, Sayı :3 Sayfa: 182-7
- Cox RG, Zhang L, Zotti ME, Graham J. (2011). Prenatal Care Utilization in Mississippi: Racial Disparities and Implications for Unfavorable Birth Outcomes. *Matern Child Health J*; 15: 931–942
- Cömert E, Çetin MT, Çetin C, Sucu M, Özsürmeli M, Khatib G. (2017). Histeroskopik Uterin Septum Cerrahisinin Gebelik Oranlarına Etkisi, *TJRMS*;1(2):82-6
- Culhane JF, Goldenberg RL. (2011). Racial disparities in preterm birth. *Semin Perinatol*; 35 (4) : 234-39
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. (2015). *Williams Obstetrik, Çeviri Editörleri: Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, Aslan H, Gül A* , Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul
- Çalışkan E, Gelişen O, Sönmezler M, Çolak L, Dölen İ, Haberal A. (2000). Abdominal Yolla Doğum Yapan Kadınlarda Müller Kanalı Anomalisi Sıklığı ve Obstetrik Sonuçları, *T Klin Jinekolo Obst* 10
- Çam E. (2009). Erken doğuma neden olan risk faktörler. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tez. Zonguldak. (Tez Danışmanı: Doç. Dr. Nejat Demircan)
- Çapık A. (2013). Tılbürg Gebelikte Distres Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum (Danışman: Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU)
- Çapık A, Apay Ejder S, Sakar T. (2015). Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 18:3
- Çelen Ş, Reyhan Özcan Temizkan, Elif Gül Yapar Eyi, Tuğban Seçkin, Sibel Saygan, Mehmet Şahin Özkan. (2012). Comparison of the Cervical Culture Results in Preterm Labor and Premature Rupture of Membranes, *Erciyes Med J*; 34(4): 174-7
- Çelik S (2009), Gebelik ve Hipertansiyon, *Türkiye Klinikleri J Cardiol-Special Topics* 2009;2(4):65-71
- Çelik Acioğlu H, Yaşar Çelik E, Naki MM, Api O, Ünal O. (2010). Plasenta İnvazyon Anomalisi Olan ve Olmayan Plasenta Previa Olgularında Obstetrik Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçların Karşılaştırılması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*; 20(2):96-103
- Çınar N, Topal S, Altınkaynak S. (2015). gebelikte sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığı üzerine etkileri, *Jhum Rhythm-June*;1(2): 52-57
- Çiçek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Kitabevi, Ankara*
- Çoban A, Bilgen H, Karatekin G, Önal E, Tatlı M. (2013). Neonatal mortalitenin daha da azaltılması için geliştirilecek stratejiler konusunda öneriler. *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*. Sayı: 25.

- Coşkun A, Kıran G, Köstü B, Ekerbiçer HÇ. (2008). Spontan Preterm Doğum ve Preterm Prematür Membran Rüptürü Olgularının Değerlendirilmesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (TJOD Derg) ; Cilt: 5 Sayı: 3 Sayfa: 182- 7
- Davis HD, Bartlett TR, Blickman AL. (2003). Posttraumatic stres symptoms in mothers of premature infants. JOGNN 32:2 161-171
- DeCherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N. (2010). 'Current Diagnosis and Treatment' Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Tercüme: Tıraş B. Güneş Tıp Kitapevi, Ankara
- Demir SC, Kadayıfci O, Ozgunen T, Evrükte C. (2000). Pregnancy outcomes in young Turkish women. J Pediatr Adolesc Gynecol Nov;13(4):177-81
- Demirel F, Ateş S, Şevket O, Yaşar L, Savan K. (2014). Tekrarlayan Gebelik Kayıpları Sonrası Oluşan Gebeliklerin Seyri,Pam Tıp Derg; 7(1): 41-45
- Derbent A, Turhan N. (2009). Erken doğum riski ve tahmini, Yeni tıp,26:139-144
- Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. (2009). Prenatal depression restricts fetal growth. Early Human Development, 85:65-70.
- Dolan SM. (2010). Genetic and environmental contributions to racial disparities in preterm birth. Mt Sinai J Med: Z7 (2): 160-65.
- Donders GGG, Desmyter J, Hooft P, De Wet GH. (1997). Apparent failure of one injection of benzathine penicillin G for syphilis during pregnancy in human immunodeficiency virusnegative African women. Sex Transm Dis; 24:96-101
- DSÖ (2008). Global Tütün Kullanımına Yönelik Rapor. MPOWER Paketi Cenevre
- Durukan T, Güven S, Güvendağ Güven ES, Önderoğlu LS, Deren Ö. (2003).Kalp hastalığı olan gebelerde maternal ve perinatal mortaliteyi etkileyen faktörler, T Klin J Gynecol Obst,13:425-430
- Duz SA. (2016). Recurrent Pregnancy Loss(Tekrarlayan Gebelik Kayıpları),Medicine Science; 5(2): 606-22
- Dündar Ö, Çiftçınar T, Tütüncü L, Ergür AR, Atay MV, Müngen E, Yergök YZ. (2010). İkinci Trimester Maternal Hemogloblin Seviyesinin Doğum Ağırlığı ve Haftasına Etkisi,Trakya Univ Tıp Fak Derg; 27(2):156-160
- Egawa M, Yasuda K, Nakajima T. (2003) Smoking enhances oxytocin-induced rhythmic myometrial contraction. Biol Reprod. 68 (6): 2274-2280.
- Ege E, Akın B, Altıntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. (2009). Spontan Preterm Doğum Sıklığı ve İlişkili Faktörler. TJOD Derg. 6(3):197-205.
- El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstet Gynecol 2005;105(2): 357-63.
- Englund-Ögge L, Brantsæter AL, Sengpiel V, Haugen M, Birgisdottir BE, Myhre R, Meltzer HM, Jacobsson B. (2014). Maternal dietary patterns and preterm delivery: results from

large prospective cohort study, BMJ 2014;348:g1446 doi: 10.1136/bmj.g1446
(Published 4 March)

- Er S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması . Ege Üniversitesi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı. Yüksek Lisans Tezi. (Danışman: Prof. Dr. Ahsen Şirin)
- Ercan E. (2013). Erken ve düşük ağırlıklı doğumda periodontal hastalığın rolü, Cumhuriyet Dent J 2013;16(2):144-150
- Erdemoğlu M, Kale A (2007), Genetik Amaçlı Amniyosentez Uygulanan 183 Olgunun Prospektif Analizi, Dicle Tıp Dergisi, Cilt: 34, Sayı: 3, (170-175)
- Eserdağ S. (2005). Gebelikte Cinsel Yasam, file://Documents and ettings/User/Desktop/26-10-05/http- -www_eserdag_com_pi...., Erisim: 31.10.2005.
- Esin, N. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni, 12,45, 87-95.
- Eskici L, Demir Akça AS, Atasoy N, Arikan İ, Harma M. (2012). Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. Anatolian Journal of Clinical Investigation . Vol. 6 Issue 1, p10-16. 7p.
- Facchinetti F, Ottolini F, Fazzio M, Rigatelli M, Volpe A. (2007). Psychosocial Factors Associated with Preterm Uterine Contractions. Psychother Psychosom; 76:391–394
- Fantuzzia G, Aggazzottia G, Righia E, Facchinettia F, Bertuccia E, Stefano Kanitzb S, et al. (2007). Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case–control study from Italy, Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21, 194–200.
- Fiscella K, Franks P, Kendrick JS, Meldrum S, Kieke BA Jr. (2001). Risk of preterm birth that is associated with vaginal douching. Am J Obstet Gynecol; 186(6): 1345- 50.
- From Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, et al. (2012): The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification, Am J Obstet Gynecol 206: 119-123
- Galvan J, Woelk GB, Mahomed K, Wagner N, Mudzamiri S, Williams MA. (2001). Prenatal Care Utilization and Foetal Outcomes at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. Cent Afr J Med. April; 47(4):87-92
- Gelisen O. (2001). Erken Doğum: Maternal – Fetal Tıp ve Perinatoloji, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri, s.1148-1150
- Gelişen O, Çalışkan E, Beksaç MS, Demir N, Koç A.(2001). Erken Membran Ruptürü. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji. Ankara: Medikal Network: 1156-1165.
- Gennaro S, Hennessy MD. (2003). Psychological and physiological stres: impact on preterm birth, JOGNN; 32:5,668
- Gharaibeh M, Al-Ma'aitah R, Al Jada N. (2005). Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. International Nursing Review, 52, 92–100.
- Gjere N. (2001). Psychopharmacology in pregnancy, J Perinat Neonat Nurs; 14:4, 12-25

- Gilbert, E. S., Harmon, J. S. (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. Çev. Ed. Taşkın, L., Palme Yayıncılık. Ankara, s:540-581.
- Gisselmann MD, Hemström O. (2008). The contribution of maternal working conditions to socio-economic inequalities in birth outcome. Soc Sci Med.; 66(6): 1297-309.
- Goel P, Radotra A, Singh I, Aggorwal A, Dua D. (2004). Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. J Postgrad Med ; 50(1): 12-16.
- Goldenberg RL, Hauth JC, Andrews WW. (2000). Intrauterine infection and preterm delivery. N Engl J Med; 342: 1500-7.
- Goldenberg RL, Culhane JF, Iams JD, Romero R. (2008). Epidemiology and causes of preterm birth. Lancet; 371: 75-84.
- Göl K. (Çeviren) (2007). Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Atlas Kitapçılık, Ankara
- Grange G, Vayssiere C, Borgne A. (2005). Description of tobacco addiction in pregnant women. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol;120:146-51
- Gülcan H, Üzüm İ, Aslan S, Yoloğlu S. (2004). İnönü Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Olgularımızın Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 11(1) 19-23
- Güler AE. (2011). Term ve Preterm Eylem Olgularında Fetal Adrenal Bezin Değerlendirilmesi. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara
- Günenç BB. (2007). Preterm Eylem ve Tokoliz. Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri, Çev. Ed. Göl, K. Atlas Kitapçılık, s: 479-494, Ankara
- Güney M, Erdemoğlu E, Çavuş Y, Bayhan G, Mungan T.(2007). İkinci Trimester Genetik Amniosentez: 132 Olgunun Değerlendirilmesi, Kadın Doğum Dergisi; 6(1): 1313-1316
- Gürakan B, Çoğul Gebeliklerde Yenidoğan Sorunları, başkent üniversitesi 2005; Cilt: 2 Sayı: 3 Sayfa: 161-163
- Güven M. (2000). Kadın Doğum. Asya Tıp Yayınları, İzmir
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE) (2010). Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 İleri Analiz Çalışması, Ankara
- Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ, Sutton PD. (2005). Births: Preliminary data for 2004. Natl Vital Stat Rep, 54(8):1-17.
- Haugen M, Meltzer HM, Brantsaeter AL, Mikkelsen T, Osterdal ML, Alexander J, Olsen SF, Bakketeig L. (2008). Mediterranean-type diet and risk of preterm birth among women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study (MoBa): a prospective cohort study. Acta Obstet Gynecol Scand 87(3): 319-24

- Haznedaroğlu D. (2001). Ülkemizde anne ve çocuk beslenmesinin durumu. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara. p.206-212
- Heaman MI, Blanchard JF, Gupton AL, Moffatt ME, Currie RF. (2005). Risk factors for spontaneous preterm birth among Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba. Paediatr Perinat Epidemiol; May; 19(3): 181- 93.
- Herron MA, Katz M, Creasy RK. (1982). Evaluation of a Preterm Birth Prevention Program: Preliminary Report. Obstet Gynecol, 59(4):452-6
- Hitti J, Nugent R, Boutain D, Gardella C, Hillier SL, Eschenbach DA. (2007). Racial disparity in risk of preterm birth associated with lower genital tract infection. Pediatr Perinat Epidemiol; 21: 330-7
- Institute of Medicine and Food and Nutrition Board (1990). Total amount and pattern of weight gain: physiologic and maternal determinants. In: Nutrition during pregnancy. National Academy Press, Washington, D.C.pp 1-233
- İnternet: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (Erişim Tarihi: 10.01.2018).
- İnternet: https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-preterm-labor?search=preterm%20labor&source=search_result&sele (Erişim tarihi: 2.10.2017)
- İnternet: www.internationalmidwives.org. (Erişim Tarihi: 21.11.2017)
- İnternet: <http://www.who.int/topics/midwifery/en>. (Erişim Tarihi: 21.11.2017.).
- İnternet: <https://www.nichd.nih.gov/about/org/der/branches/ppb/programs/epbo/Pages/index.aspx>. (Erişim Tarihi: 27.10.2016)
- İnternet: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf. (Erişim tarihi: 1.10.2017)
- İnternet: http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (Erişim tarihi: 12.10.2016).
- İnternet: <https://www.acog.org>. (Erişim Tarihi: 1.10.2017)
- İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi, sted cilt:14 sayı:7 157
- Janbakhisov T, Emekçi Ö, Çağlıyan E, Özay A, Acet F, Altınyurt S. (2013). the effect of maternal smoking during pregnancy on doppler parameters, Perinatal Journal; 21(3):119-123
- Jeffcoat MK, Hault JC, Geurs NC, Reddy MS, Cliver SP et al. (2003). Periodontal Disease and Preterm Birth. J Periodontal; 74: 1214-1218
- Jivraj S, Anstie B, Cheong YC, Fairlie FM, Laird SM, Li TC. (2001). Obstetric and neonatal outcome in women with a history of recurrent miscarriage: a cohort study. Hum Reprod; 16:102-106

- Kafkas, M.E., Kafkas, ş.E. ve Acet, M. (2012). Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32,2, 47-56
- Karacam Z, Ancel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. Midwifery 2009;25(4):344-56
- Karahan N, Arslan H. (2010). Oksitosin İndüksiyonunun Travay Süreci ve Perine Üzerine Etkileri, İstanbul
- Katar S, Devocioğlu C. (2006). Dicle Üniversitesi Yenidoğan Bakım Ünitesinde İzlenen Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi, Cilt:33, Sayı: 4, (248-251)
- Keleş Ö.D. (2012) Prematüreliliğin Aile ve Toplum Üzerine Duygusal ve Sosyal Etkileri, Prematüreliliğin Neden Olduğu Finansal Problemler. İçinde: Hayata Prematüre Başlayanlar. Ed: Okumuş N. Aysun Yayıncılık, Ankara, s: 141- 145, 146- 148.
- Kesmodel U, Olsen SF, Secher NJ. (2000). Does alcohol increase the risk of preterm delivery? Epidemiology 11(5): 512-518
- Kim YJ, Lee BE, Park HS, Kang JG, Kim JO, Ha EH. (2005). Risk factors for preterm birth in Korea: a multicenter prospective study. Gynecol Obstet Invest; 60(4): 206- 12.
- Koççak DY, Şahin NH, Duman NB. (2015). Alkol ve sigara bağımlılığı, kadın sağlığına etkileri ve hemşirelik girişimleri, literatür sempozyum, ocak, şubat, mart,cilt:1,sayı:5
- Konuşkan B, Per H, Gümüş H, Kumandaş S. (2012). Serebral palsili olgularda görme ve işitme bozuklukları ve epilepsi sıklığı. Journal of clinical and experimental investigations, 3(2): 245-249
- Kopal Ş, Acar A, Girişgin Ü, Çapar M, Akyürek C. (1999). Erken (28-37. Gebelik Haftaları Arasında) Doğumlarda Mediko-Sosyal Risk Faktörlerinin İncelenmesi, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 6 (3): 27-33
- Koşar T. (2013). Hamilelik ve Peridontal Sağlık Arasındaki İlişki, Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Periodontoloji ABD, Yayınlanmamış Bitirme Tezi,(danışman: Prof. Dr. Nurcan BUDUNELİ), İzmir
- Koucky M, Germanova A, Parizek A, Kalouse M, Kopecky P. (2009). Pathophysiology of Preterm Labour. Prauge Medikal Report, 110(1): 13 -24.
- Köken G, Yılmaz M. (2007). Gebelik ve Egzersiz, Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst, 17:3
- Koroğlu N, Sudolmuş S, Ölmez H, Fendal Tunca A, Gülkılık A, Yetkin Yıldırım G. (2013). İkinci Trimester Plasenta Lokalizasyonunun Gebelik Sonuçlarına Etkisi, JOPP Derg 5(2):70-75
- Kramer MS, Goulet L, Lydm J, Seguin L, McNamara H. Et al. (2001). Socio-economic disparities in preterm birth; causal pathways and mechanisms. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 15(Suppl,2), 104-123

- Kuru A.(2007). Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan ‘Knox Skorum Sistemi’ nin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Neriman SOĞUKPINAR)
- Küçüköz Güleç Ü, Tuncay Özgünen F, Evrücke İC, Demir SC. (2013). Gebelikte Anemi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal; 22(3):300-316
- Kültürsay N. (2004). Yenidoğan Sağlığı El Kitabı. p:17-34, Türk Neonatoloji Derneği. META Yayıncılık, İzmir
- Kyrklund-Blomber NB, Cnattingius S. (1998). Preterm birth and maternal smoking: Risk related to gestational age and on set of delivery. Am J Obstet Gynecol; 179: 1051-1055.
- Lee JI, Kang SA, Kim SK, Lim HS. (2002). A cross sectional study of maternal iron status of Korean women during pregnancy. Nutr Res; 22:1377-88
- Lekea-Karanika V, Tzoumaka-Bakoulas C, Matsaniotis NS. (1991). Socio-economic factors associated with preterm delivery in Greece: a population-based study. Paediatric and Pevimtal Epidemiology, 5, 37-55
- Lembet A. (2002). Prematürenin sonuçları ve epidemiyolojisi. Perinatoloji Dergisi. cilt: 10, Sayı: 2 Haziran
- Lin Y, Tsai E, Chan T, Chou F. et al. (2009). Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. Chang Gung Medical Journal, 32, 6, 650-660
- Lopez NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutierrez J. (2005). Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy associated gingivitis. J Periodontol; 76:2144-2153.
- Luo ZC, Wilkins R, Kramer MS, for the Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. (2006). Effect of neighbourhood income and maternal education on birth outcomes: a population-based study. CMAJ; 174(10).
- Lowe SA, Bowyer L, Lust K, McMahon LP, Morton MR, North RA, Peach M, Said JM. (2014). The SOMANZ guideline for the management of hypertensive disorders of pregnancy, Somanz Society Of Obstetric Of Australia And New Zealand
- Mackey MC, Williams CA, Tiler CM. (2000). Stress, Preterm Labour and Birth Outcomes, J. Adv. Nursing, 32:3:666-674
- Marakoğlu K, Şahsiver MŞ. (2008). Gebelikte Depresyon, Türkiye Klinikleri Journal of Medieval Science; 28(4): 525-32.
- Marti-Carvajal A, Pena-Marti G, Comunian-Carrasco G. (2004). Prematurity and maternal folate deficiency: anemia during pregnancy study group results in Valencia, Venezuela. Arch Latinoam Nutr. 54(1): 45-49
- Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ. (2005). Births: Final data for 2003. Natl Vital Stat Rep, 54(2):1-116.

- McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J. (2010). Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *BMJ* ;341:c3428
- Melekoğlu R, Evrúke C, Kafadar T, Mısırlıoğlu S, Büyükkurt S, Özgüner FT. (2013). Adölasan gebeliklerin perinatal sonuçları. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, (J Turk Soc Obstet Gynecol)*, Cilt: 10, Sayı: 4, Sayfa: 213- 9
- Menard JP, Bretelle F. (2012). Hotu can the treatn,tent of bacterial vaginosis be intproved to reduce the risk of preterm delivery? *Wontens Health (Lond Engl)*; 8 (5): 491-93.
- Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlier S, Dölen Haberal A. (2000). Adölasanlarda gebelik sonuçlarının değerlendirilmesi. *T Klin Jinekol Obst* 10 (2): 98-103
- Misra DP, Trabert B. (2007). Vaginal douching and risk of preterm birth among African American women. *Am J Obstet Gynecol*, 91(5): 140-14.
- Mitka M. (2009). Report offers clinicians guidance for treating depression during pregnancy. *Jama-Journal of the American Medical Association* 302(11): 1158
- Msall ME, Tremont MR. (2002). Measuring functional outcomes after prematurity: Developmental impact of very low birth weight and extremely low birth weight status on childhood disability. *View issue TOC, volúme 8, issure 4, pages: 258-272*
- Moutquin JM.(2003). Socio-economic and psychosocial factors in the management and prevention of preterm labour. *BJOG*; 110 (Suppl 20), pp. 56–60
- Moutquin JM.(2003). Classification and heterogeneity of preterm birth. *BJOG*; 110: 30- 3.
- Mumtaz G, Nassar A, Mahfoud Z, Abdallah A, Khalid Y. (2010). Consanguinity, a risk factor for preterm birth at less than 33 weeks' Gestation. *Am J Epidemiol* ;172(12):1424-30
- Mutlu L, Saraçoğlu G. (2014). Prevalence of smoking and faktors affecting smoking behavior during pregnancy:A sample from Tekirdağ,Turk J Public Health;12(1)
- Nazik H, Narin R, Api M, Aytan H, Gül Ş, Adıgüzel C. (2012). Tekrarlayan Yedi Gebelik Kaybı Sonrası Başarılı Gebelik: Olgu Sunumu, *Fırat Tıp Dergisi*; 17 (4 ek sayı 1): 7-9
- Orr ST et al. (2000).Unintended pregnancy and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiology*. 14(4): 309-314
- Öcal P, Sal V, Çepni İ, Rashidova M, Erkan S, Güralp SO. (2008). Preterm dogum eylemi için risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 18: 161-166
- Önderoğlu L. (Çeviren) (2004). *Williams, Doğum Bilgisi*. Güneş Kitabevi,Ankara
- Öner A, Özkırış A, Güneş T, Karaküçük S, Erklıç K, Çetin N. (2004). Prematüre retinopatisi: 2 yıllık tarama sonuçlarımız. *Erciyes Tıp Dergisi* 27 (3) 104-109
- Özaydınlık K. (2014). Toplumsal Cinsiyet Temelinde Türkiye'de Kadın ve Eğitim. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*; sayı:33; ss: 93-112

- Özbudak H, Ünal AZ, Sabuncuoğlu S. (2016). Gebelikte Non-Steroid Antiinflatuvar İlaçların Kullanımının Değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal* 20: 64-71
- Özmen DB (2004) Gebelikte Sigara İçiminin Plesenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi. İstanbul, s:55-74
- Öztürk R. (2010). Prematüre bebeği olan annelerin depresyon ve maternal bağlanma ilişkisi. Ege Üniversitesi. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Programı. Yüksek Lisans Tezi, İzmir,(Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Aynur SARUHAN)
- Pennell CE, Jacobsson B, Williams SM, Buus RM, Muglia LJ, Dolan SM. (2007). PREBIC Genetics Working Group; Relton, C. Genetic epidemiologic studies of preterm birth:guidelines for research . *American Journal of Obstetrics & Gynecology*; 107- 18.
- Pickett Kate E, Wakschlag Lauren S, Lanting D, Leventhal Bennett L.(2003). Fluctuations of Maternal Smoking During Pregnancy. *January, Volume 101 - Issue 1 - p 140–147*
- Porter TF, Fraser AM, Hunter CY Ward RH, Varner MW. (1997). The risk of preterm birth across generations. *Obstet Gynecol*; 90 (I): 63-67.
- Raisanen S, Gissler M, Saari J, Kramer M, Heinonen S. (2013). Contribution of risk factors to extremely, very and moderately preterm births - register-based analysis of 1,390,742 singleton births. *PLoS One.*;8(4):e60660.
- Renfrew MJ, McFadden A., Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF et al.(2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence informed framework for maternal and newborn care. *Lancet Sep 20;384(9948):1098.*
- Rush D. (2000). Nutrition and maternal mortality in the developing world. *Am J Clin Nutr*; 72:212-240
- Sağlam E, Saruhan N, Çanakçı CF. (2014). Hamilelik ve Peridontal Hastalık, *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi-MÜSBED*, 4(4):261-267
- Shah PS, Shah J. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Women's Heal* 2010;19(11): 2017-31
- Salar Z, Şimşek M, Akar ME, Mendilcioğlu İ, (2007). Preterm eylemde fibronektin ve servikal uzunluk ölçümü. *akdeniz üniversitesi tıp fakültesi, Cilt:4 Sayı:1 Sayfa:37-42(bu kaynağa bak)*
- Sandall J, Devane D, Soltani H Hatem M Gates S. (2010). Improving Quality and Safety in Maternity Care: The Contribution of Midwife-Led Care. *J Midwifery Womens Health*; 55:255–261
- Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4. Art. No.: CD004667. DOI: 10.1002/14651858.CD004667.pub5*
- Satin AJ, Leveno KJ, Sherman ML. (1994). Maternal youth and pregnancy outcomes: middle school versus high school age groups compared with women beyond the teen years. *Am J Obstet Gynecol Jul;171(1):184-7*

- Saydam BK, Bozkurt BÖ, Hadımlı AP, Can HÖ, Soğukpınar N. (2007). Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 15,3, 131-139.
- Sayın NC. (2009). Antenatal bakımın sezeryan ve normal vajinal doğum üzerine etkilerinin belirlenmesi, Trakya Üniversitesi, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans tezi
- Schmatz M, Madan J, Marino T, Davis J. (2010). Maternal obesity: the interplay between inflammation, mother and fetus. *Journal of Perinatology* 30, 441-446
- Segre LS, O'hara MW, Arndt S, Stuart S. (2007). The prevalence of postpartum depression. The relative significance of three social status indices. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 42:316-321
- Sezer H, Özden S, Bozdağ H, Dayıcioğlu V. (2002). Gebeliğin üçüncü trimesterinde düşük hemoglobin düzeyinin preterm doğum oranı ve yenidoğan doğum ağırlığı üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 33; 4:7-10.
- Smith GC, Pell JP, Dobbie R. (2003). Interpregnancy interval and risk of preterm birth and neonatal death:retrospective cohort study. *BMJ*; 327: 313.
- Sola C, Diken İH. (2008). Gelişimsel gerilik riski altındaki prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip annelerin gereksinimlerinin belirlenmesi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi, 9 (2): 21-36
- Spong CY. (2007). Prediction and prevention of recurrent spontaneous preterm birth. *Obstet Gynecol* 110:405
- Steer PJ. (2000). Maternal hemoglobin concentration and birth weight. *Am J Clin Nutr*; 71(5 Suppl):1285S-7S.
- Stephansson O, Dickman PW, Johansson A, Cnattingius S. (2000). Maternal hemoglobin concentration during pregnancy and risk of still birth. *JAMA*; 284:2611-2617.
- Sümer D, Çetin M, Yenicesu AG, Yanık A. (2013). Spontan ve IVF ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarının karşılaştırılması, *Cumhuriyet Tıp Derg*; 35: 526-531
- Şen E, Şirin A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Derg* ;19(3): 159-163
- Şekeroğlu M, Baksu A, İnce Z, Gültekin H, Göker N, Özsoy S. (2009). Adolesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçlar. *Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni*: 43; 1-7
- Şevki Ç, Özcan Temizkan R, Yapar Eyi EG, Seçkin T, Saygan S, Özkan MŞ. (2012). Preterm Eylem ve Erken Membran Ruptüründe Servikal Kültür Sonuçlarının Karşılaştırılması, *Erciyes Med J*; 34(4): 174-7
- Taş EE, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF. (2010). Gebe kadınların beslenme durumunun değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*; 2(1):7-12.
- Tekbaş ÖF. (2006). Kimyasallar ve üreme sağlığı,TSK Koruyucu hekimlik bülteni: 5 (1)

- Thornton CE, Makris A, Ogle RF, Tooher JM, Hennessy A. (2010). Role of proteinuria in defining preeclampsia: clinical outcomes for women and babies. *Clin Exp Pharmacol Physiol*; 37(4):466-470.14. Chan P, Brown M,
- Tunç Ş, Türkçüoğlu I. (2014). Spontan yoldan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan hastaların maternal, fetal ve perinatal özelliklerinin karşılaştırılması, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı. Uzmanlık tezi, Malatya (Danışman: Doç.Dr.İlgın TÜRKÇÜOĞLU)
- Tuzovic L, Djelmis J, Ilijic M. (2003). Obstetric risk factors associated with placenta previa development: Case-control study. *CMJ*; 44(6):728-33
- Üstün K, Özdemir EÇ, Sezer U, Şenyurt S, Cebesoy FB, Erciyas K. (2013). Hamile Bireylerde Periodontal Farkındalık ve Dental Anksiyetenin Sosyo-Demografik Veriler Işığında Değerlendirilmesi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 2: 5-14
- Varner MW, Esplin MS. (2005). Current understanding of genetic factors in preterm birth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 112: 28- 31.
- Vasario E, Borgarello V, Bossotti C, Libanori E, Biolcati M, Arduino S, Spinelli R, Delle Piane L, Revelli A, Todros T.(2010). IVF twins have similar obstetric and neonatal outcome as spontaneously conceived twins: a prospective follow-up study. *Reprod Biomed Online*; 21: 422-8.
- Yangın HB. (2004). Gebelikte Cinsel Davranışların Belirlenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara, ss:190-198.
- Yanık F. (2008). Plasental Sorunlar. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 1(2):97-106
- Yapıcı G. (2011). Ayakta çalışma ve sağlık etkileri. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 18(3):194-8.
- Xiong X, Buekens P,Fraser WD, Beck J, Offenbacher S. (2006). Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review, . *BJOG*; 113:135–143.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R. ve Pender, N.J. (1987). The Health- Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36, 76-81.
- WHO (2012), March of Dimes, Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children. Born too soon: the global action report on preterm birth. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/en/ (Accessed on May 04).
- WHO (2013). Recommendations for Prevention and Treatment of Preeclampsia and Eclampsia, Implications and Actions
- William F, Kern MD. (2005). Hematology PDQ, 1.Baskı, İstanbul, İstanbul Medikal yayıncılık, 1-15.
- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, Sullivan E, Van der Poel S. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Hum Reprod* ; 24(11): 2683–7

Ziadeh SM. (2002). Maternal and Perinatal Outcome in Nulliparous Women Aged 35 and Older. *Gynecol Obstet Invest.* 54:6–10



8. EKLER

Ek.1. VERİ TOPLAMA FORMU

Erken Doğum Tehdidi Nedeniyle Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi

VERİ TOPLAMA FORMU

Sayın katılımcı,

Bu araştırma, erken doğum riski nedeniyle hastaneye yatan gebelerde, risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi amacıyla planlanmış bir çalışmadır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Zekai Tahir Burak Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmadan elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak ve yalnızca akademik çalışma amacıyla kullanılacaktır. Araştırmaya katılıp katılmamanızın tedavinize olumlu ya da olumsuz herhangi bir etkisi olmayacaktır. Araştırmanın güvenilirliği için sorulara vereceğiniz samimi ve doğru yanıtlar ve katılımınız için teşekkür ederiz.

Ebe Ayşe AYDIN

1. Hasta Protokol No:
2. Hastaneye başvuru nedeni:
3. Adınız Soyadınız:
4. Adresiniz:
5. Telefon numaranız: Varsa e posta adresi:
6. Kaç haftalık gebelik:
7. Yaşınız:.....
8. Boyunuz:.....
9. Medeni haliniz:
1) Evli 2) Bekar 3)Dul/ Boşanmış 4)Dini nikah
10. Eğitim durumunuz
1) Okur – yazar değil/ okul yazar
2) İlkokul mezunu
3) Ortaokul mezunu
4)Lise mezunu
5) Üniversite veya üzeri
11. Çalışma durumunuz:
1)Çalışmıyor
2)Çalışıyor(Ne iş yaptığınızı belirtiniz).....

Ek.1 devam

12. Herhangi bir hastalığınız (kalp hastalığı, şeker hastalığı,yüksek tansiyon vb) var mı?
1)Yok
2)Var (belirtiniz).....
13. Eşinizin eğitim durumu:
1)Okur – yazar değil/ okur yazar
2)İlkokul mezunu
3)Ortaokul mezunu
4)Lise mezunu
5)Üniversite veya üzeri
14. Aylık ortalama geliriniz.....
15. Evlenme yaşıınız :
16. Gebelik döneminde duygusal şiddet(hakaret, azarlama vb) gördünüz mü ?
1)Hayır 2)Evet(kimden/kimlerden belirtiniz).....
17. Gebelik döneminde fiziksel şiddet gördünüz mü ?
1)Hayır 2)Evet (kimden belirtiniz).....
18. Gebelik öncesi dönemde sigara kullanıyor muydunuz ?
1)Hayır
2)Günde 1-5 adet
3)Günde yarım paket
4)Günde 1 paket ve üzeri
5)Diğer(belirtiniz).....
19. Gebelik süresince sigara içtiniz mi ?
1)Hayır
2)Günde 1-5 adet
3)Günde yarım paket
4)Günde 1 paket ve üzeri
5)Diğer(belirtiniz).....
20. Evde yanınızda sigara içen biri var mı?
1)Yok 2.Var (belirtiniz).....
21. İlk doğum yapma yaşıınız:
22. Kaç gebelik geçirdiniz:.....
23. Yasayan çocuk sayınız :.....
24. Canlı doğum sayınız.....
25. Bu gebeliğinizde gebe kalmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?
1)Hayır 2)Evet (Belirtiniz).....
26. Önceki gebeliklerinizde erken doğum riski (37. gebelik haftasından önce) yaşadınız mı ?
1)Hayır 2)Evet(Belirtiniz).....
27. Önceki gebeliklerinizde herhangi bir sağlık problemi yaşadınız mı ?
1)Yaşamadım
2)Yaşadım (belirtiniz).....
28. Bu gebeliğiniz planlı/isteyerek olan bir gebelik miydi?
1)Hayır
2)Planlı değildi fakat sonradan bebeği istedim.
3)Planlı ve isteyerek gebe kaldım.

Ek.1 devamı

29. Bu gebeliğinizde düşük tehlikesi yaşadınız mı ?
1)Hayır 2)Evet
30. Bu gebeliğinizde idrar yolu enfeksiyonu geçirdiniz mi ?
1)Hayır 2)Evet
31. Gebeliğiniz sırasında amniyosentez gibi bir tanı işlemi yaptırdınız mı ?
1)Hayır 2)Evet (belirtiniz)

(Aşağıda yer alan kısım araştırmacı tarafından doldurulacaktır)

LABORATUVAR BULGULARI:

Htc: Patolojik anemi: 1) Yok 2)Var

Hb:

MCRP Enfeksiyon: 1) Yok 2)Var

SERVİKAL KÜLTÜR SONUCU:

Ek.2.

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette su anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Sekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları Okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				

Ek.2.devam

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahî bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Ek 3.

28.01.2018

Gmail - (konu yok)



ayşe aydın <ayse.ztb.0360@gmail.com>

(konu yok)

2 ileti

ayşe aydın <ayse.ztb.0360@gmail.com>
Alıcı: zuhal.bahar@deu.edu.tr

6 Şubat 2015 13:12

Sayın Bahar,

Karabük Üniversitesi,Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ebelik bölümü Ebelikte yüksek lisans programı öğrencisiyim.

Yüksek lisans tezimde,erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebeler ile sağlıklı sorunsuz bir şekilde doğum yapan gebelerin obstetrik öyküleri ile birlikte sağlıklı yaşam davranışlarına da bakmayı planlıyoruz.

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Nazan Karahan ile birlikte gebelikte yaşanan sorunların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirmek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeğini kullanmak istiyoruz.Türkçe'ye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığınız Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeğini kullanmak için izninizi rica etmekteyiz.

İlginize teşekkür ederiz,saygılarımızla.

Ayşe Aydın

zuhal.bahar@deu.edu.tr <zuhal.bahar@deu.edu.tr>
Alıcı: "ayAyē aydÄ±n" <ayse.ztb.0360@gmail.com>
Cc: ayse.beser@deu.edu.tr

6 Şubat 2015 16:52

SAYIN aYDIN,
ÖLÇEĞİMİZİ SONUÇLARI PAYLAŞMAK KOŞULU İLE KUULANABİLİRSİNİZ
KOLAY GELSİN

SayÄ±n Bahar,

>

> KarabÄ¼k Ä±niversitesi,SaÄ¼YlÄ±k Bilimleri EnstÄ¼tisi,Ebelik bÄ¼llÄ¼mÄ¼

> Ebelikte

> yÄ¼ksek lisans programÄ± Ä¼lÄ¼rencisiyim.

>

> YÄ¼ksek lisans tezimde,erken doÄ¼m tehdidi nedeni ile hastaneye yatan

> gebeler ile saÄ¼YlÄ±klÄ± sorunsuz bir Ä¼ekilde doÄ¼m yapan gebelerin

> obstetrik

> Ä¼ykÄ¼leri ile birlikte saÄ¼YlÄ±klÄ± yaÄ¼m davranÄ¼YlarÄ±na da bakmayÄ±

> planlÄ±yoruz.

>

> Tez danÄ¼ymanÄ±m Yrd. DoÄ¼ş. Dr. Nazan Karahan ile birlikte gebelikte

> yaÄ¼yanan

> sorunlarÄ±n saÄ¼YlÄ±klÄ± yaÄ¼m biÄ¼şimi davranÄ¼YlarÄ±na olan etkisini

> deÄ¼erlendirmek iÄ¼şin SaÄ¼YlÄ±klÄ± YaÄ¼m BiÄ¼şimi DavranÄ¼YlarÄ±-II

> Ä¼lÄ¼şeyini

> kullanmak istiyoruz.TÄ¼rkÄ¼şey'e uyarlanmasÄ±na yÄ¼nelik geÄ¼şerlik ve

> gÄ¼venirlik

> Ä¼salÄ¼ymasÄ±nÄ± yaptÄ¼Ä¼nÄ±z SaÄ¼YlÄ±klÄ± YaÄ¼m BiÄ¼şimi

> DavranÄ¼YlarÄ±-II Ä¼lÄ¼şeyini

> kullanmak iÄ¼şin izninizi rica etmekteyiz.

>

> Ä¼lginize teÄ¼ekkÄ¼r ederiz,saygÄ¼larÄ±mÄ±zla.

>

> AyÄ¼ye AydÄ±n

>

EK.4.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli 1. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı




Sayı : E.Kurul –E-15-532
Konu:

532-no’lu çalışma

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ebelik bölü’ünden “Erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebelerin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi” konulu çalışma incelenmiş olup, Etik açıdan oy birliğiyle uygun görülmüştür.

09.07.2015


Prof. Dr. Hürem Bodur
Etik Kurul Başkanı

EK4.devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebelerin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -1.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	03125085174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	cirakogluten@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Nazan Karahan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük			
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>		
		Tıbbi cihaz klinik araştırması	<input type="checkbox"/>		
		İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR

İmza:



EK.4.devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input type="checkbox"/>						
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 532/2015	Tarih: 08.07.2015					
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yard. Doç. Dr. Nazan Karahan sorumluluğunda yapılması planlanan ve Ebe Ayşe Aydın'ın yüksek lisans tez çalışması olan "Erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebelerin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast. ve Kl. Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Üroloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Ecz. Dilek ATABEY	Eczacılık	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Selma Kobal	İş İdaresi	Emekli	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

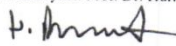
EK.4.devam**KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU**

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebelerin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	-

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Etik Kurul Sekreterliği Eğitim Merkezi Danışma Birimi B Blok -I.Kat Altındağ Ankara
	TELEFON	03125085174
	FAKS	3125084938
	E-POSTA	cirakogluten@hotmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yard. Doç. Dr. Nazan Karahan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz: Anket çalışması					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	



Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Hürrem BODUR
İmza: 

EK.4.devam

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 532/2015	Tarih: 08.07.2015		
	Yukarıda bilgileri verilen Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Yard. Doç. Dr. Nazan Karahan sorumluluğunda yapılması planlanan ve Ebe Ayşe Aydın'ın yüksek lisans tez çalışması olan "Erken doğum tehdidi nedeni ile hastaneye yatan gebelerin risk faktörleri ve sağlıklı yaşam davranışlarının belirlenmesi" isimli klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekece, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Hürrem BODUR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Hürrem BODUR	Enf. Hast ve Kl. Mikrobiyoloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Süreyya BARUN	Farmakoloji	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Adil ERYILMAZ	Kulak Burun Boğaz	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Ahmet Deniz BELEN	Beyin Cerrahi	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Prof. Dr. Adem ÖZKARA	Aile Hekimliği	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Sezer KULAÇOĞLU	Patoloji	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Altuğ TUNCEL	Öroloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Betül BOZKURT	Genel Cerrahi	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Doğan UNCU	Tıbbi Onkoloji	Ankara Numune EAH	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. İsmail KARABULUT	Fizyoloji	Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Uzm. Dr. Dilek KANYILMAZ	Halk Sağlığı	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Dr. Ecz. Dilek ATABEY	Eczacılık	Ankara Numune EAH	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Avukat Buket ÖZBEK	Hukuk	Ankara Barosu	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Selma Kobal	İş İdaresi	Emekli	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		

*Toplantıda Bulunma



Ek.5



T. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Ankara İli Birinci Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zekai Tahir Burak Kadın Sağlık Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Karar No:18
Konu: Tez Çalışma Başvurusu

30/01/2015

EĞİTİM PLANLAMA ve KOORDİNASYON KURULU KARARI

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik A.B.D. Yüksek Lisans öğrencisi Araş.Gör.Ayşe AYDIN(Yard.Doç.Dr.Nazan KARAHAN ve Doç.Dr.Dilek UYGUR danışmanlığında)'ın “**Erken Doğum Tehdidi Nedeni İle Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi**” konulu tez çalışma başvurusu; Eğitim Planlama ve Koordinasyon Kurulu tarafından **uygun görülmüştür.**

Doç.Dr.Sına OĞUZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr. Dilek UYGUR
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Nafiye YILMAZ
Eğitim Görevlisi/EPK Kurulu Üyesi

Doç.Dr.Salim ERKAYA
EPK Kurulu Üyesi/Hastane Yöneticisi

EK.6.

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İç ve Dışişleri Bakanlığı</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 1/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Sizi Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı tarafından yürütülen **“Erken Doğum Tehdidi Nedeni ile Hastaneye Yatan Gebelerin Risk Faktörleri ve Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Belirlenmesi”** başlıklı anket çalışmasına davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarımız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda **116** adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz **15-20** dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
(Adı,Soyadı-Ünvanı-İmzası)

Yrd. Doç.Dr. Nazan KARAHAN
Karabük Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Anabilim Dalı Başkanı

Araştırmanın Amacı:

Bir çok kadın gebelik ve doğumla birlikte ortaya çıkan fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere kolaylıkla uyum sağlarken, kadınların bir bölümünde gebeliğin getirdiği ruhsal değişikliklere adaptasyon güç olmaktadır. Bu nedenle doğum sonu dönem, ruhsal değişiklikler yönünden riskli kabul edilmektedir. Doğum sonu dönemde en sık karşılaşılan ruhsal sorun depresyondur. Doğum sonu depresyonda olan anneleri erken dönemde tespit etmek ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en aza indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle doğum sonu depresyon gelişimine yatkınlık oluşturan risk faktörlerini bilmek ve riskli anneleri yakından izlemek önemlidir. Ülkemizde doğum sonu dönem sağlık hizmetleri birinci basamakta, aile hekiminin sorumluluğunda aile sağlığı elemanları tarafından yapılmaktadır. Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim, ebe ve hemşirelerin doğum sonu depresyona yönelik, bilgi ve uygulamalarını değerlendirilmek amacıyla planlanmıştır.

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 2/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Araştırmanın Süresi: 6 ay(01 Temmuz- 31 Aralık 2015)

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 300 erken doğum tanısı konmuş gebe, 300 hiçbir sorunu olmayan normal doğum yapmış gebe olmak üzere toplam 600 gebe

Araştırmanın Yapılacağı Yer(ler): Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi doğum servisleri

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Yard.Doç.Dr. Nazan KARAHAN, Ebe Ayşe AYDIN

Ben.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen bekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimim bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu</p>	ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)	Doküman Adı: KADB-F.23-R.00
		Yayın Tarihi: 18.04.2013
		Sayfa No: 3/3
		Onaylayan: Daire Başkanı

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No, Faks No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../...

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../...

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Ayşe AYDIN

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):

NOT: Bu formun bir kopyası gönüllüde kalacak, diğer kopyası ise hasta dosyasına yerleştirilecektir. Hasta dosyası veya protokol numarası olmayan sağlıklı gönüllülerden alınacak onam formunun bir kopyası mutlaka sorumlu araştırmacı tarafından saklanacaktır.

9. ÖZGEÇMİŞ

Ayşe AYDIN, 1985’de Ankara/Beypazarı’nda doğdu. İlk ve orta öğrenimini Beypazarı’nda tamamladı. Beypazarı Süper Lisesi’nden mezun olduktan sonra 2004 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım SYO Ebelik bölümünden mezun oldu. Halen Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı’nda Yüksek Lisans yapmaktadır. 2008-2009 yılları arasında Ankara Başkent Üniversitesi Kapl Damar Cerrahisi servis Hemşireliği, 2010 Ocak-Temmuz Ankara Güven Hastanesi Doğum Salonu, 2010-2011 yılları arasında Ankara Ata ASM ebe olarak görev yaptım. 2011 yılından itibaren Ankara Zekai Tahir Burak Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Perinatoloji Yakın Bakım Kliniğinde ebe olarak çalışmaktayım.

ADRES BİLGİLERİ

Adres : Talat Paşa Bulvarı No: 128 Hamamönü Altındağ/ANKARA

Tel : 0537 512 03 60

E-posta : ayse.ztb.0360@gmail.com