

24069

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ NEONATOLOJİ ÜNİTESİNDE
PREMATÜRE DOĞUMLARDA ETKİLİ ANNEYE AİT BAZI
FAKTÖRLERİN ARAŞTIRILMASI

Y. HEMŞİRE Hacer ÇETİN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. Aysel İŞİK

1992-ANKARA
T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
1. ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR	1
2. GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER	3
3. AMAÇ	20
4. MATERYAL VE METOD	21
5. ARAŞTIRMA EVRENİ	21
6. BULGULAR	22
7. TARTIŞMA	35
8. SONUÇ VE ÖNERİLER	40
9. TÜRKÇE ÖZET	43
10. İNGİLİZCE ÖZET (SUMMARY)	44
11. KAYNAKLAR	45
12. EKLER	47

ÖNSÖZ VE TEŞEKKÜR

Gebeliğin 37. gebelik haftasından önce sonlanması sonucu olan doğumlara prematür doğum; bu doğumla olan bebeklere de prematüre denir (1). Gelişmiş ülkelerde prematüre eylem gebeliğin üçüncü trimestrinin en sık görülen komplikasyonu olup bütün canlı doğumların % 5-15'ini oluşturur.

Prematüre bebekler dış ortama uyum sağlayacak ölçüde büyüme ve gelişmesini tamamlayamadan dünyaya geldiği için özel bakım gerektirirler. Bunlar özel respirasyon aletleri ile ısısını, oksijen, nem ihtiyacını kolayca temin eden küvözler ve yakından takip için monitörizasyon aletleri ile gerçekleşir. Bu imkanlar sosyo-ekonomik düzeyi düşük ve teknolojik yönden geri kalmış ülkelerde yeteri düzeyde sağlanamadığı için mortalite artmaktadır.

Prematürelilik perinatal ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. ABD'de yenidoğan ölümlerinin % 7'si prematüredir (1). Ülkemizde de Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesinde yapılan bir çalışmada 1977-1986 yıllarına ait yıllık ortalama prematüre mortalite oranı % 34.58 + 5.03 olarak elde edilmiştir (2). Bu ölümlere neden olarak Respiratuvar Distress (Hyalen Membran Hastalığı) Sendromu (RDS) ile Periventriküler-İntroventriküler kanamalar önde gelmektedir. Yaşayan prematürelere arasında ise hayatın ileri dönemlerinde serebral palsi, görme ve duyma bozuklukları, mental emasyonel bozukluklarla sosyal uyumsuzluklar, zamanında doğanlara göre daha sık görülür (1). Bu yüzden prematüre doğumların önlenmesi gereklidir.

Prematüre doğumların önlenmesi için yapılacak çalışmalarda I. Basamak sağlık hizmetleri veren Halk Sağlığı Anabilim Dallarının ve Ana Çocuk Sağlığının amaçları arasındadır. Ana Çocuk Sağlığı ve Halk Sağlığının birlikte yaptığı gebelik öncesi ve gebelik süresinde takiplerle erken doğum kısmen önlenmektedir. Yapılan bir çalışmada prenatal bakım alan 3680 gebenin sadece % 3'ünde preterm

doğum olurken prenatal bakım olmayan 379 gebenin % 11'i preterm doğum yapmıştır (1).

Prematüre doğumların önlenmesi için planlamalar Halk Sağlığı, Kadın Doğum ve Pediatri uzmanlarınca yapılmalı ve her safhası işbirliği halinde yürütülmelidir.

Çalışmalarımda bana yol gösteren ve değerli katkılarını esirgemeyen Sayın Hocam Prof. Dr. Aysel Işık'a araştırma anketinin hazırlanmasında değerli bilgileriyle ve anketin Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonotoloji Ünitelerinde yürütülmesinde kolaylıklar sağlayan Prof.Dr. Gülşen Erdem'e teşekkürlerimi sunarım.



GİRİŞ VE GENEL BİLGİLER

Normal Yenidoğan: Annenin son adet tarihinden itibaren 37-42 gebelik haftaları arasında, 2500 gr - 3200 gr doğan bebeklere denir.

Prematüre: Vücut ağırlığına bakılmaksızın, gebelik haftası 37 hafta ve altında doğan bebeklere prematüre denir (1). Prematüreler gebelik yaşlarına göre üç grupta incelenir (1).

1. Sınırdaki (Borderline) prematüre (37 haftalık)
2. Orta dereceli (Moderately) prematüre (31-36 haftalık)
3. İleri derecede (Extremely) prematüre (30 haftanın altında)

Gebelik haftası ne olursa olsun 2500 gr'ın altında doğan bebeklere düşük doğum ağırlıklı (Low birth weight) (LBW) bebek denir. Zamanında doğan intrauterin büyüme geriliği olan bebeklerde (Small-for Gestational age) SGA'lı bebek denir (1).

Tanımlamalar gözönüne alınarak büyüme ve gelişme (matürasyon) farklılığı olacağından LBW ve SGA olarak değerlendirilen bebekler, prematürelere göre bakımı tedavi, yenidoğan dönemindeki hastalıklar ve fizyolojik özellikleri bakımından farklılıklar gösterir. Bu nedenle annenin son adet tarihinin iyi hatırlanmadığı zamanlarda; Bebeğin normal gebelik yaşının belirlenmesi yöntemlerinin (Dubowitz skorlama sistemi gibi) uygulanması gerekir (1).

Bundan on-onbeş yıl önce düşük doğum ağırlıklı (LBW) bebekler, prematürlerle karıştırılabiliyordu. 2500 gr'ın altındaki LBW bebekler prematüre olarak kabul edilirdi. Bütün bunlarla birlikte gebelik yaşını belirleme yöntemlerini uygulayabilecek deneyimli hekim ve hemşirelerin olmadığı yerlerde, bebeklerin doğum ağırlığına bakılarak, o bölgedeki prematürelerin sıklığı konusunda fikir edinilebilir. Genel olarak düşük doğum ağırlıklı bebeklerin (LBW) üçte ikisi prematüre

iken üçte biri zamanında doğmuş intrauterin büyüme geriliği (İUBG) olan bebeklerdir (1).

Yılda 1,5 milyon bebeğin doğduğu ülkemizde LBW oranı % 10 (% 7-11) kadar olduğundan, her yıl 100.000 prematüre bebeğin olduğu tahmin edilmektedir. Doğumdaki vücut ağırlığı bebeğin intrauterin dönemindeki beslenme durumunu gösterdiğinden gebelik yaşına göre değerlendirmeleri ayrı bir önem taşır. Bebeklerin vücut ağırlıklarını değerlendirmede kullanılan en güvenilir yöntem, değişik gebelik yaşları gözönüne alınarak hazırlanmış olan standart eğrilerle karşılaştırmaktır. Bu eğrilerden en çok kullanılanı ve bilineni Lubchenco büyüme eğrileridir. Böyle bir değerlendirme yapmak için bebeğin gebelik yaşının kesin olarak bilinmesi gereklidir. Gebelik yaşlarına göre vücut ağırlıkları on persantilin altındaki bebeklere gebelik yaşına göre küçük (Small-for gestational age SGA), doksan persantilin üzerindeki bebeklere gebelik yaşına göre büyük (Large-for-gestational age, LGA) 10-90 persantiler arasındaki bebeklere ise gebelik yaşına uygun (appropriate-for-gestational age, AGA) (1).

PREMATÜRE BEBEKLERİN SORUNLARI

- Respiratuvar distress sendromu
- Apne
- Peri ventriküler-introventriküler kanama
- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Elektrolit dengesizlikleri
- Hiperbilirubinemi
- Hipotermi
- Ümmin yetmezlik
- Nekrotizan enterokolit (1).

Respiratuvar distress Sendromu

Prematüre bebeklerin sorunları yeterince matüre olmamış organların yetersizliği ile ilgilidir. Bunların başında akciğerler gelir. Akciğerlerde surfaktan yetersizliğine bağlı olarak gelişen respiratuvar distress sendromunda (RDS) bebeğin oksijenasyonu yetersizdir. Sürfaktan 34. gebelik haftasından sonra biyosentezine giren enzimlerin matürasyonu ile mümkün olmaktadır. Bugün RDS prematürelere yaşama oranını etkileyen en önemli faktör olarak görülmektedir (1).

Yıllık ortalama yatan prematüre adedinin 320-380 olduğu Hacettepe Üniversitesi çocuk hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yapılan istatistiklere göre 34 haftalık gebelik yaşı olan prematürelere % 30-40 olan RDS'dan ölüm oranı 35 haftada % 15'e 37 haftada ise % 4'e düşmektedir. RDS'in bakım ve tedavisi için gerekli olan ventilatörler pahalı kullanımı deneyim isteyen aletlerdir. Bunlar basınçlı hava ve oksijen karışımı vererek akciğer alveollerini açık tutmaya oksijenizasyonu sağlamaya ve devam ettirmeye yardım ederler (1).

Respiratuvar distress sendromu iki nedenle oluşabilir.

1. Prematürelilik
2. Perinatal asfiksi

Akciğerlerde surfaktan yapımı gebelik yaşı ile ilgilidir. RDS, 34 haftanın altında daha sık görülmekte, 34-35 haftadan sonra pek görülmemektedir (1).

İntrauterin hayatta plasental yetmezlik, enfeksiyon ve erken membran rüptürü gibi fetüste stress yaratan durumlarda akciğerlerde surfaktan sisteminin matürasyonunu hızlandırmaktadır. Ancak herhangi bir nedenle gebelik aniden prematür eylemle sonlanacak olursa, bebekte sürfaktan sistemi yeterince matür olmadığı için Respiratuvar distress sendromu gelişebilmektedir. Böyle durumlarda anne adayına tokolitik ilaçlar (örneğin beta adrenerjik açıdan etkili ritodrin veya

aminofilin gibi) verilerek 48 saat kadar zaman kazanılırken, steroidler(plasentadan geçişleri fazla olduğundan betametazon veya deksametason) verilerek surfaktan sisteminin maturasyonu hızlandırılarak RDS önlenmeye çalışılır (1).

Surfaktan akciğerlerde tip II pnömositlerde yapıldığından bu hücrelerin fonksiyonlarını bozan ve vücutta hipoksi asidoz veya hipotermi gelişmesine neden olan her durumda RDS gelişebilir. İkiz doğumlarda ilk bebek sağlıklı olsa bile, ikinci doğanda perinatal asfiksi ihtimali daha fazla olduğundan, RDS gelişebilir (1).

RDS'nin klinik bulgularının hemen hepsi surfaktan eksikliğinden alveollerin kollabe olması sonucu gelişen hipoksiye bağlıdır. Hipoksiye bağlı olarak vücuttaki bütün damarlarda zedelenme ile plazma eksüstasyonu ve periferik ödem olur. Hipoksi ve buna bağlı olarak anaerobik metabolizma ile gelişen asidoz nedeniyle miyokard fonksiyonları deprese olur. Periferik damar cevabında yetersiz olması ile hipotansiyon gelişir. Akciğerlerin yeterince havalanmamaları nedeniyle pulmoner damar basıncı yüksek kalır ve fetal dolaşım devam eder. Bu durumda pulmoner arterle gönderilen kan akciğerlere varamadan ductus arteriosus ile aortaya geçer. Bu hipoksiyi daha da artırır. Kalp ve Akciğerler gibi bütün vücut hücrelerinde hipoksi, asidoz ve hipotansiyondan etkilenirler. Böylece böbreklerde önce prerenal, sonra renal yetmezlik, beyinde özellikle prematürelde periventriküler-intraventriküler kanamalar, barsaklarda nekrotizan enterokolit gelişir (1).

Respiratuvar distres sendromunda bebekler yoğun bakım ünitelerinde takip edilmeli bebeğin alveollerini açık tutmak (48-72 saate kadar kendi surfaktanını yapana kadar) için ventilatöre bağlanmalıdır. Ayrıca surfaktan yapımını inhibe eden hipoksi, asidoz ve hipotermi önlenmelidir. (Destekleyici tedavi). Hafif ve orta dereceli RDS'lu bebeklerin çoğuna 48-72 saat süre ile sadece O₂'den zengin hava verilmesi yeterli olur bu amaçla "Hood" kullanılır. Daha ağır durumlarda özel ventilatör tedavisi gereklidir ventilatör tedavisi başlıca iki şekilde yapılır;

1. CPAP (Continuous positive airway pressure)
2. İPPV (İntermittant positive pressure ventilation)

Orta şiddetteki vakalarda nazal tüp (Prong) veya endotrekeal tüp ile uygulanan CPAP yeterli olurken apnesi olan veya apnesi olmasa bile kan gazları kötü olan (Pa 0 < 50 - 60 mmHg) hastalara İPPV uygulanması gerekir. Burada unutulmaması gereken en önemli nokta RDS'nin ve İPPV'nin komplikasyonu olarak hastaların üçte birinde pnömotoraks gelişebileceğidir.

HİPOTERMİ

Hipotermi yenidoğan bebeklerin mortalite ve morbiditesinde önemli bir faktördür. Vücudun metabolik hızını ve oksijen ihtiyacını artırır; Hipotansiyon, hipoglisemi, hipoksi, apne ve metabolik asidozu şiddetlendirir. Bu nedenle hipotermi prematüre, asfiktik ve respiratuvar distresli bebeklerde çok tehlikeli olur.

Doğum sonrası bebeğin nakli sırasında vücut ısısı (Aksillar) 36,0 - 36,5°C'de tutulmalıdır. Bunun için transport-nakli kувözleri kullanılmalıdır. Kувöz içi sıcaklığı; doğum ağırlığı 1000 gr olan bebeklerde 35,0°C, 1500 gr olanlarda 34.0°C, 2000 gr olanlarda 33.5°C, 2500 gr olanlarda 33,0°C olması uygun olur.

Hipotansiyon

RDS ve doğum asfiksisi olan prematüre bebeklerde hipotansiyon sıktır. Üçüncü trimesterde kanaması olan annelerin bebeklerinde de hipovolemiye bağlı hipotansiyon olabilir. Hipotansiyonun en önemli bulguları; deriye baskı yapıldığında kapiller dolmanın az olması, yüzeysel nabız (taşikardi) olabilir ve soğuk dolanım bozukluğu olan ekstremitelerdir.

Hipoglisemi

Prematüre bebekler hipoglisemiye eğilimlidir. Bütün bebeklerde serum

glukoz düzeyinin 40 mg/kg'ın altında olduğu değerler hipoglisemi gibi tedavi etmek uygun olur. Hipogliseminin bulguları; apne, siyanoz tremor, huzursuzluk emme güclüğü letarji, hipotoni veya konvülsiyon şeklinde çok değişik bulgular vermekle beraber Aseptomatik de olabilir (1).

Periventriküler-İntraventriküler kanama

Prematürelere periventriküler-intraventriküler (PV-İV) kanama sık görülmesi ve ağır seyretmesi nedeniyle yenidoğan dönemindeki intrakranial kanamaların en önemlisidir. Yenidoğan bakımındaki gelişmeler sonucu, son 20 yılda yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yaşatılan küçük prematüre bebeklerin oranı artmış, buna karşılık nöromotor gelişmedeki gerilik oranında belirgin bir azalma olmamıştır. Nöromotor gelişme geriliğinin en önemli nedeni prematürelere PV-İV kanamalarıdır (1).

PV-İV kanama özellikle gebelik yaşları 32 haftanın altındaki küçük prematürelerin hastalığıdır. Prematürelere hayatın ilk günlerinde rutin kranial ultrasonografik inceleme yapılmaya başlanmasından sonra daha önce postmortem inceleme sonuçlarına göre saptanan insidansda belirgin bir yükselme olduğu görülmüştür. İnsidansın ortalama olarak % 35-45 arasında değiştiği, gebelik yaşı küçüldükçe insidansın arttığı bilinmektedir (1).

Prematürelerin bir diğer immatür organı karaciğerdir. Glukronil transferaz enziminin immatürasyonuna bağlı olarak hayatın ilk haftası hiperbilirubinemiye bağlı sarılık olabilir. Sarılık zamanında tedavi edilmezse matür bebeklere göre prematürelere daha düşük bilirubin düzeylerinde kernikterusa yol açabilir. Buna kan albümin düzeyinin düşüklüğü ve böbrek immatürasyonu nedeni ile asidoza eğilim gibi etkenlerle serbest indirekt bilirubin düzeyinin nisbeten yüksek olması önemlidir (1).

Enfeksiyonlara eğilim matür bebeklerde olduğu gibi prematürelere de önemli bir sorundur ve ülkemizde neonatal mortaliteyi artıran en önemli faktörlerden biridir. Yenidoğanlarda gerek humöral ve sellüler immünitede, gerekse fagositoz fonksiyonlarındaki eksiklikler nedeni ile özellikle gram negatif bakteriyel enfeksiyonlara karşı eğilim; prematürelere gastroenterit, sepsis ve menenjitte yatkın kılabilir. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde prematürelere mortalitenin üçte birini sepsisten ölümler oluşturmaktadır (1).

Barsakları da immatür olan prematüre bebeklerde "Nekrotizan enterokolit" mortalitesi yüksek önemli bir sorundur. Etiyopatogenezinde intestinal immatüritenin yanında enfeksiyon, ağızdan alınan besinlerin hiperosmolaritesi de sorumludur (1).

Prematüre bir bebek dış ortamda ısını koruyamaz. Çünkü vücut ağırlığına göre vücut yüzeyinin geniş olması nedeniyle ısı kaybı fazladır. Ayrıca deri altı yağ dokusu azdır ve merkezi sinir sisteminde ısı regülasyon merkezi immatürdür. Ayrıca soğuk, akciğerlerde surfaktan yapımını inhibe ettiği gibi, hipoksinin etkisi laktik asidozuda artırır. Akciğerlerde ve beyinde kanamaları kolaylaştırır. Bunun için prematürelere küvözlerde bakılması gerekir (1).

Prematürenin emmesi, matürasyon derecesine bağlı olarak zayıftır veya yoktur. Anne memesini ve biberonu iyi alamaz. Hatta çok küçük prematürelere nazogastrik katetere karşı apne ile cevap verebilirler. Bunun için intravenöz beslenmeleri gerekebilir. İntravenöz beslenmede glukoz, elektrolitler ve vitaminler yanında intravenöz amino asit ve lipid preparatları verilebilir (1).

Hipoglisemi, hipokalsemi, hipertirozinemi, hiperamonemi, prematürede fizyolojik olarak gelişen ve acil tedaviyi gerektiren metabolik bozukluklardır. Prematürelere RDS düşük apgar skoru hipotermi hipoksi anoksi asidoz, enfeksiyonlar dissemine intravasküler koagülasyon travma, hipernatremi gibi olaylar kanamayı özellikle merkezi sinir sistemine olan kanamayı artırmakta ve sonuçlar önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olmaktadır.

Bebek ölüm oranları içinde prematüritenin önemi

Bir ülkenin sağlık alanındaki gelişmişlik düzeyini yansıtan ölçütlerden biri bebek ölüm hızıdır. Bebek ölüm hızı ülkenin sağlık durumunu olduğu kadar gelişmişlik düzeyinde en iyi yansıtan bir ölçüttür (3).

Gelişmiş ülkelerin çoğunda bebek ölüm hızı % 10 dolayında olup, İsveç ve Japonya'da bu oran % 06'ya kadar düşmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde ise bebek ölüm hızı farklılıklar göstermektedir. Örneğin Nepal'de % 0139, Bengladeşte % 0128 iken Portekiz'de % 019,3'tür (4).

Ülkemizde bebek ölümleri zaman içinde azalan bir eğilimi göstermesine rağmen, ölümlerin genel yüzdesi gözönüne alındığında bebek ölümlerinin yüksek olduğu, toplam ölümlerin % 33,7 sini bebek ölümlerinin oluşturduğu görülmektedir. 1940-1945 yılları arasında % 033,9 olan kaba ölüm hızı 1980-1985'e gelindiğinde % 0,9'a düşürülmüş, yani gelişmiş ülkelerin seviyesine ulaşılmıştır. Bebek ölüm hızı ise 1940-1945'li yıllarda % 0200 iken 1985 yılına gelindiğinde ancak % 0,92'ye kadar düşürülmüştür. 1985'ten sonra yapılan aşılama kampanyasıyla bebeklik çağında görülen hastalıklardan ölüm azalmış 1985-1987 yılında bebek ölüm hızı %0 78 olarak elde edilmiştir. "2000 yılında herkese sağlık" hedefine ulaşmayı amaçlayan ülkemizde bebek ölüm hızının hala yüksek olması düşündürücüdür (3, 5).

Yapılan araştırmalarda ülkemizde bebek ölümlerinin % 58'inin ilk iki ay içinde meydana geldiği, üçüncü aydan itibaren azalmaya başladığı gözlenmiştir. Yine yapılan çalışmalarda neonatal ölüm hızı % 41,70, postneonatal ölüm hızı da % 53,61 olarak bulunmuştur (3).

Neonatal dönemdeki ölümleri yapılan 862 otopsi vakası sonucuna göre sıralarsak % 33,6 ile enfeksiyonlar, % 24,6 ile pulmoner kanama % 22,6 ile intrakranial kanama % 16,3 ile hiyalen mebran hastalığı ve % 6,6 ile konjenital malformas-

yonlar almaktadır. Postneonatal ölümlere ise pnömoni gastroenterit, malnütrisyon gibi alt yapı ve çevre koşullarının düzeltilmesi daha iyi beslenme, bakım ve bağışıklama ile kolayca önlenebilecek hastalıklara bağlıdır. Gebeliğin 37. haftadan önce sonlanması tüm bu sayılan nedenlere ek olarak bebek ölüm riskini artırmaktadır (3, 6).

Günümüzde prematüre doğumların neonatal dönemde en önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasında yer alması prematüreliliğin Dünya Sağlık Örgütü tarafından ciddi bir sağlık problemi olarak ele alınmasına neden olmaktadır (3). Bu nedene dayanarak ülkemizde prematüre doğan bebekleri sağlık problemleri üzerinde önemle durulmakta, prematüre doğumların önlenmesi yolunda neonatoloji uzmanları ve obstetrik ve Jinekoloji uzmanları işbirliği yoluna gitmektedir (3, 1).

Prematüre doğumların oranı gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde % 3 - % 30 arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerden İsveç'te % 3 A.B.D'de % 7, gelişmekte olan ülkelerden Cezayir'de % 14 Hindistan'da % 30'dur. Ülkemizde prematür doğumlara ilişkin ülke genelinde yapılan bir araştırma bulunmamaktadır. Yalnız düşük doğum ağırlıklı bebek oranı % 7-11 olarak bulunmuştur (3, 1).

Prematüre doğumlarda gebelik haftası arttıkça mortalite oranı azalmakta, gebelik haftası azaltıkça mortalite oranı artmaktadır. Bu ters orantı Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Prematüre Yoğun Bakım ünitesinde yapılan istatistiklerce belirlenmiştir. Bu çalışmaya göre 34 haftalık gebelik yaşı olan prematürelere % 30-40 olan respiratuvar distres sendromundan ölüm oranı, 35. haftada % 15'e 37. haftada % 4'e düşmektedir (1).

Gelişmiş ülkelerde yenidoğan devamlı bakım ünitelerinde modern aletler sayesinde prematüre mortalite hızlarında belirgin düşüşler olmasına rağmen ülkemizde halen prematürelerin büyük bir kısmı kaderlerine terk edilmektedir. Mortalite hızlarında yüksek bulunmaktadır. H.Ü. Çocuk Hastanesi Prematüre yeni-

doğan devamlı bakım ünitesine alınan prematürelerde son on yıl içindeki ortalama mortalite oranı % 27,17'dir. Poliklinik yoluyla Ankara içinden ve dışından yatırılan prematürelerde mortalite oranı 34. haftanın altında oldukça yüksek bulunmaktadır. Bunlar; 33-34 haftada % 40, 20, 31, 32. haftalarda % 64, 80 30. hafta ve altında ise % 96,65 dir. Bunların en önemli nedenleri ise RDS ve sepsistir (1).

Ülkemizde bebek ölümleri bölgesel farklılıklar göstermektedir. İstanbul'da bebek ölüm hızı (B.Ö.H)'nin % 63,7 si neonatal ölümlerden oluşmaktadır. Bunun % 37,3'ü doğumdan sonraki dönemdeki ölümlerden (erken neonatal ölüm) oluşmaktadır (7).

Etimesgut sağlık eğitimi araştırma bölgesinde B.Ö.H 1967'de % 0142,0 iken 1988'de % 028,8 olmuştur. % 079,7 oranında bir azalma göstermiştir. Erken neonatal ölüm, 1967 de % 017,7 iken 1988'de % 010,6 olmuştur. Bu orandaki azalmada % 040,1 şeklinde saptanmıştır. (Bu çalışmaların yapıldığı Etimesgut bölgesinde Etkin Sağlık hizmeti sunulmaya 1967 yılında başlanmıştır ve etkileride bu verilerle belirlenmiştir (7).

PREMATÜRE DOĞUMUN NEDENLERİ

Epidemiyolojik çalışmalara göre prematüre doğumların % 70'i preterm eylemi ve erken mebran rüptürünü takip etmektedir (Spontan prematüre doğumlar). Vakaların % 30'unda ise anne veya fetüsle ilgili bir sorun vardır (Endüksiyonlu prematüre doğumlar) spontan prematüre doğumların çoğunda annenin yaşı sosyal durumu evli yada evli olmayışı (8). Alışkanlıkları, doğumdan önce takip edilme veya takip edilmeme durumu doğumdan önce eğitimi (9) vb gibi etkili faktörler sorumlu tutulmuş istatistiki olarak önemli bir sonuç elde edilememiştir. Etiyolojide sorumlu tam bulunamamasına rağmen; endikasyonlu prematüre doğumların başlıca nedenleri arasında annedeki hipertansiyon ve diabetes mellitus yer almaktadır (1).

Düşük, fetal ölüm, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, hastalıklar, doğuştan malformasyonlar mental gerilik öteki hastalık ve sakatlık durumları olasılığının arttığı gebelikler yüksek riskli gebelikler olarak adlandırılmaktadır. Bu gebeliklerin yoğun bakımda dikkatle izlenmeleri gerekmektedir. Genellikle bu yüksek riskli gebeliklerde, prematüre (yüksek riskli doğumlar) doğumlara neden olabilmektedir (8). Prematüre doğumların nedenleri üç ana başlık altında incelenebilir (1).

1. Anne ile ilgili olanlar
2. Gebelikle ilgili olanlar
3. Fetüsle ilgili olanlar

1. Anne ile ilgili olanlar (1, 11).

- Kardiyovasküler hastalıklar (Romatizmal, kongenital ve periferik vasküler)
- Hipertansiyon veya böbrek hastalığı veya ikisi birden
- Diabetes Mellitus (Belirgin veya gestasyonel)
- Hipoksemi ve hiperkapni yapan akciğer hastalıkları
- İdiopatik trombositopenik purpura
- Neoplastik hastalıklar
- Kalıtsal hastalıklar
- Kollejen hastalıklar
- Epilepsi
- İntraabdominal ameliyatlar
- Serviks konizasyonu
- Travma (fiziksel ve ruhsal)
- Yanık
- Gebelikler arasındaki sürenin kısa olması (üç aydan az)
- Malnütrasyon veya obesite

- Anemi veya hemoglobinopati
- Rh'a karşı duyarlılık kazanma
- Gebelik sırasında aşırı veya yetersiz kilo alma
- Abortus öyküsü
- Prematüre veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma öyküsü
- Serviks veya Uterus yırtığı öyküsü
- Enfeksiyonlar
- Pyelonefrit
- Akut sistemik enfeksiyon
- Sigara alışkanlığı
- İlaç veya uyuşturucu madde alışkanlığı
- Adneksal torsiyon
- ACTH yapan Adrenal veya Hipofiz tümörleri
- Uterus anomalileri
- Büyük Uterus miyomları
- Düşük sosyo ekonomik durum
- Kötü durumda olan etnik gruplar
- Annenin yasal durumu (evlenmemiş anneler)
- Annenin yaşı
 - a- 16 yaşın altındaki gebelikler
 - b- 35 yaşında veya daha büyük yaşta ilk gebelikler
 - c- 40 yaşında veya daha büyük yaşlarda gebelikler

2. Gebelikle ilgili olan prematüre doğum nedenleri (1):

- Preeklampsi
- Eklampsi
- Yetersiz antenatal bakım
- Plasentanın anatomik bozuklukları

- Ablasyo plasenta
- Plasenta previa
- Sirmumvallat plasenta
- Plasentanın fonksiyonel yetersizlikleri
- Polihidramnioz

3. Fetusla ilgili olan prematüre doğum nedenleri (1, 12);

- Çoğul gebelikler
- Fetal enfeksiyonlar Rubella Toksoplazma
- Sitomegalovirus enfeksiyonları
- Konjenital adrenal hiperplazi
- Malformasyonlar
(Genetik cücelik, Anensefali)
- Kromozomal aberasyonlar
(Turner, down, Trizomi sendromları)
- Konjenital Anomaliler

PREMATÜR EYLEM İÇİN RİSK FAKTÖRLERİ (1)

1- Majör faktörler

- Çoğul gebelik
- Önceden prematür doğum öyküsü
- Gebelik sırasında karın ameliyatları
- Dietilstilbestrol (DES) kullanma
- Hidroamnios
- Uterus anomalileri
- Servikal biopsi yapılması
- Uterus irritabilitesi

- Birden fazla ikinci trimester abortusu hikayesi
- Serviks açıklığı, 32 haftada 1 cm
- Serviks silinmesi 32 haftada 1 cm.

2- Minör faktörler (1)

- Gebelik sırasında ateşli hastalıklar
- 12 haftadan sonraki kanamalar
- Piyelonefrit öyküsü
- Sigara kullanımı
- Bir tane ikinci trimesterde abortus öyküsü
- İki'den fazla birinci trimesterde abortus öyküsü.

Servikovajinal ve uterin enfeksiyonlarla preterm doğumlar arasındaki yakın ilişki pek çok çalışmada gösterilmiştir. Özellikle bakteriyel ve klamidyal enfeksiyonlar preterm eyleme neden olabilmektedir. Bununla birlikte bu hastalara profilaktik antibiyotik tedavisi ile preterm eylemlerin önlenmesi konusunda alınan sonuçlar çelişkilidir (1).

Preterm eylemle yakından ilişkili iki önemli risk faktöründe preterm servikal açılma ve uterin irritabilite (Gebeliğin 24-32. haftaları arasında saatte beş veya daha fazla sayıda kasılma olması) dir. Serviksin ikinci trimester sonucunda veya üçüncü trimesterde 1 cm'den daha fazla açılmasının % 20'e yakın bir oranda preterm eylem riski taşıdığı ileri sürülmektedir (1).

Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde geniş kapsamlı "prematür doğumları önleme programları geliştirilmiştir. Bunlar riskli gebeliklerin tanımlanması, bu gebelerin ve sağlık personelinin eğitilmesi gebelik sırasında yakın takip ve preterm eylemin uygun şekilde tedavi edilmesi şeklinde uygulanmaktadır. Bu konuda Fransa'da yapılan çalışmalarda prematür doğumlarda önemli bir düşüş

sağlandığı gösterilmiştir. Popernik'in geliştirdiği bu sistemdeki gebelerin hayat şekilleri, fiziksel aktiviteleri, uterus kasılmaları ve pelvik muayene bulguları değerlendirilerek bir risk skorlaması yapılmış ve riskli gebelerin yakından izlenmesi ve fiziksel aktivitelerin kısıtlanması ile preterm doğumların önemli oranlarda önlenildiği kanıtlanmıştır. Prematür eylemlerin erken tanısı için son yıllarda kullanılan bir yöntem de uterus aktivitesinin elektronik monitorizasyonudur. Yapılan araştırmalarda uterus aktivitesi ile erken doğumlar arasında büyük ilişki olduğu gösterilmektedir. Eylemin başladığı güne kadar saatte üç-dört kez olan kasılmalar, eylem günü saatte dokuza kadar çıkar. Uterus kasılmalarının elektronik monitorizasyonu pahalı olduğu için anneye uterus kasılmalarını sayması öğretilerek erken tanı yoluna gidilebilir (1).

Prematür doğumların önlenmesinde özellikle hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Bu konuda eğitim görmüş ebeler gebeleri eğiterek önerilerde bulunmaları preterm eylemlerin sıklığının azalmasına yardımcı olacaktır.

Preterm eylemlerin önlenmesi için sık kullanılan yöntemler ise istirahat profilaktik ilaç kullanımı ve profilaktik servikal klevajdır.

Prematüre doğumu önlemede yatak istirahatinin rolü kesin değilse de, diğer tıbbi yöntemlerden daha güvenilir olması nedeniyle çok sık önerilen bir yöntemdir. Ancak tromboemboli riski akılda tutulmalıdır. Profilaktik ilaç ile ilgili literatürde kapsamlı fazla çalışma yoktur. Beta mimetik ilaçlar yaygın olarak kullanılır. Daha önce parenteral beta mimetik ilaç tedavisi görmemiş hastalarda profilaktik etkilerini destekleyen çalışmaların olmamasına karşın parenteral tedavi alan hastalarda yararlı olduğu gösterilmiştir. Profilaktik olarak kullanılan diğer bir ilaç 17-alfa-OH-progesteron caproate'dir. Ancak gebelerde güvenle kullanılabilmesi için yapılan araştırmalar yeterli değildir. Bazı araştırmacılar preterm eylemin patogeneğinde enfeksiyonun rol oynayabileceğini düşünerek profilaktik antibiyotik (özellikle eritromisin) tedavisi uygulamışlarsada sonuçlar çelişkilidir (1).

Servikal yetmezliklerde servikal klevaj uygulaması gereklidir. Bu nedenle preterm doğum yönünden riskli olan gebelerde servikal açıklık saptanırsa profilaktik olarak servikal klevaj uygulaması yapılmalıdır (1).

Son yıllarda preterm eylemleri erken dönemde yakalayabilmek için daha somut belirtiler aranmış; anne serumunda c-reaktif protein (CRP) kollajenozlar ve bakteriyel endotoksinlerin artmasıyla preterm eylemin başlaması arasında bir ilişki olup olmadığı araştırılmışsa da kanıtlanamamıştır (1).

Prematüre doğumların önlenmesi ancak preterm eylem riski olan gebelerin önceden tanımlanması ile mümkün olmaktadır. Bu amaçla çeşitli risk skorlama sistemleri geliştirilmiştir. Bunların arasında en çok kullanılanı duyarlılığı % 64 olduğu gösterilmiş olan 1980'de Creasey'nin geliştirdiği sistemdir. Holbrook'un spontan preterm eylemler için geliştirdiği sistemin duyarlılığı % 41 olmasına karşılık, basitliği nedeniyle geniş bir kullanım alanına sahiptir. Bu sistemde prematür eylem için risk faktörleri olarak belirtilen Majör ve Minör risk faktörlerine önemlerine göre 1'den 10'a kadar numara verilir ve belirli bir toplam puanın üzerinde olan gebeler riskli kabul edilir. Bu konuda yapılan çalışmalarda sigara kullanma, enfeksiyon beslenme ve sağlık hizmetlerine ulaşabilme şeklindeki dört önemli risk faktörüne öncelik verilmesi önerilmektedir. Yapılan çalışmalarda sigaranın fetüste büyüme geriliği yapması yanında preterm eylemlede yakında ilişkili olduğu gösterilmiştir. Beslenme yetersizlikleri olan annelerin serumlarındaki düşük çinko, bakır ve askorbik asit düzeylerinin preterm eyleme yol açabileceği düşünülmektedir. Prenatal sağlık hizmetlerinin kalitesi ile preterm eylem arasında her zaman bir neden-sonuç ilişkisinin olmadığı düşünülmekte ise de, yapılan bir çalışmada prenatal bakım almayan 379 gebenin % 11'i preterm doğum yaparken prenatal bakım gören 3680 gebenin sadece % 3'ünde preterm doğum yaptığı saptanmıştır.

Sonuç olarak preterm eylem ve doğumu önlemek için etkili tek bir yolun olduğunu söylemek mümkün değildir. Son yıllarda tanıya kadar herhangi bir girişimde bulunmadan beklemek yerine riskli gebeleri değerlendirip, daha aktif girişimlerin denendiği çalışmalarda preterm doğumların sıklığının azaldığı görülmüştür. Ancak bu olumlu bulgular preterm eylemin önlenmesinden çok erken tanı ile daha etkili tedavi yapılması ile ilgilidir.

PRETERM EYLEM TANISI

Preterm eylemleri bazen uygun tedavi ile durdurmak mümkün olduğu için tanının doğum eylemi fazla ilerlemeden konması gereklidir.

Bunun için şu kriterler araştırılmalıdır.

1. Gebeliğin 20-37, haftalar arasında olması
2. Servikal açıklık 2 cm den az ve silinmesi % 50'den az ise tokolitik tedaviye başlamak için, serviksin eylem öncesine göre değişiklik gösterdiğinin saptanması
3. Servikal açıklık 2 cm den ve silinme % 50'den fazla ise, preterm kontraksiyonlar, lateral yatak istirahati ve yeterli hidrasyona rağmen 20 dakikada dört kez veya 60 dakida sekiz kez gelmesi bu gibi durumlarda tokolitik tedaviye başlanmalıdır.

Bu hastalarda en sık görülen belirtiler: Uterusta agrılı veya agrısız kasılmalar, karın içinde basınç hissi ve sırt ağrısıdır.

Preterm eylem tanısı konulan hastaya tedavi olarak tokolitikler verilebilir. Bunlarda kontrendikasyonları araştırılmalıdır (1).

AMAÇ

Son yıllarda ülkemizde prematüre doğumların görülme sıklığı artmıştır. Prematüre doğumların nedenleri arasında anneye ait faktörler önde gelmektedir. Bu nedenle; prematüre doğumlarda etkili olan anneye ait faktörlerin araştırılması gereklidir. Buna göre projenin amaçları:

1. Annenin sosyo ekonomik durumunun prematüre doğumlara etki düzeyini belirlemek.
2. Annenin doğurganlık durumu, jinekolojik genetik özelliklerinin prematüre doğumlara etkisini saptamak.
3. Annenin antenatal bakımının takip ve tadvisinin, alınan ilaçların, gebelik döneminde geçirdiği hastalıkların alışkanlıklarının, prematüre doğumlarla ilişkisini araştırmak.
4. Prematüre doğumların önlenmesi konusunda çözüm önerileri getirmek.

MATERYAL VE METOD

Araştırma; Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde yatan prematüre bebek annelerine, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi prematüre polikliniği tarafından takip edilen prematüre doğmuş bebek annelerine 1991 yılında 1 Ocak 31 Aralık tarihleri arasında anket uygulanarak yapılmıştır.

Anket soruları retrospektif soruşturma yöntemiyle hazırlanmış olup kırk yedi sorudan oluşmaktadır. Anket formu, annelere uygulanarak elde edilen sosyo ekonomik durum, çevre özellikleri, annenin doğurganlık durumu, alışkanlıkları, gebeliğin özellikleri, gebelikte geçirilen hastalıklar, ailesel hastalıklar, prematüre doğuma etkili olduğu düşünülen diğer özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır. Anket formu annelere tarafımdan tek tek uygulanmıştır.

ARAŞTIRMA EVRENİ

Araştırma evreni, Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji, Ünitesinde yatan ve prematüre polikliniği tarafından takip edilen prematüre bebek annelerinden oluşmaktadır.

Anket uygulanarak elde edilen veriler tablolarda düzenlenerek istatistiksel olarak değerlendirme yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmamız Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde Prematüre olarak izlenen bebeklerden 120'sinin annelerine Retrospektif soruşturma yöntemiyle hazırlanan sorulardan oluşan anket formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Bu 120 annenin 92'si (% 76,7) Ankara içinden gelenlerden olup, sadece 28'i (% 23,3) Ankara dışından gelmiştir. Bu annelerden 88'i (% 73) apartmanda, 15'i (% 12,5) müstakil evde otururken 17 (% 14,5) anne'de gecekonduda oturmaktadır.

Tablo 1. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin yaşa göre dağılım tablosu.

YAŞ GRUPLARI	SAYI	%
15-19	7	5,83
20-24	36	30,00
25-29	38	31,67
30-34	27	22,50
35 +	12	10,00
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan ve araştırma kapsamına giren 120 annenin yaşa göre dağılımında vakaların çoğunluğu % 31,67 25-29 yaş grubunda toplanmıştır. Bunu 36 kişi (% 30,00) ile 20-24 yaş, 27 kişi (% 22,50) ile 30-34 yaş, 12 kişi (% 10,00) ile 35 + yaş, 7 kişi (% 5,83) ile 15-19 yaş grubu takip etmektedir.

Tablo 2. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin öğrenim durumuna göre dağılım tablosu.

Öğrenim Durumu	Sayı	%
Okur Yazar ve Okuyur Yazar Değil	3	2,50
İlkokul Mezunu	36	30,00
Orta Öğrenimini Tamamlamış	60	50,00
Yüksek Öğrenimini Tamamlamış	21	17,50
TOPLAM	120	100,00

Araştırma kapsamına giren ve prematüre bebeği olan 120 annenin öğrenim durumlarına göre dağılımı yapıldığında % 50,00 ile orta öğrenimini tamamlamış annelerin birinci sırada yer aldığı bunu % 30 ile ilkokul mezunlarının, % 17,50 ile yüksek okul mezunlarının, % 2,50 ile okuryazar ve okuryazar olmayan annelerin takip ettiği görülmektedir.

Tablo 3. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin iş ve mesleklerine göre dağılım tablosu

İş ve Mesleği	Sayı	%
Ev Hanımı	62	51,67
İşçi	1	0,83
Serbest Meslek	2	1,67
Memur	55	45,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin iş ve mesleklerine göre dağılım tablosu yapıldığında; % 51,67 ile ev hanımlarının önde geldiği gözlenmektedir. Bunu % 45,83 ile memur hanımlar, % 1,67 ile serbest çalışan % 0,83 ile işçi olan hanımlar izlemektedir.

Tablo 4. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin eşlerinin iş ve mesleklerine göre dağılım tablosu.

İş ve Mesleği	Sayı	%
İşçi	8	6,67
Memur	75	62,50
Serbest Meslek	34	28,33
İşsiz	3	2,50
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin eşlerinin iş ve mesleklerine göre dağılımı yapıldığında % 62,50 oranında annenin eşi memurdur. % 28,33'ünün eşi serbest meslek sahibi, % 6,67 ile işçi eşi, % 2,50 annenin eşide işsizlerden oluşmaktadır.

Tablo 5. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan ailelerin aylık gelir durumuna göre dağılım tablosu.

Aylık Gelir Durumu	Sayı	%
< 300.000	1	0,83
300.001 - 600.000	14	11,67
600.001 - 900.000	18	15,00
900.001 - 1.200.000	16	13,33
1.200.001 - 1.500.000	71	59,17
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan ailelerin aylık gelir durumuna göre dağılımı yapıldığında % 59,17 ile aylık geliri 1.200.001 ile 1.500.00 TL arasında olanların çoğunluğu oluşturduğu bir annenin geliri 300.000 TL'dan aşağı olup diğerleri 300.000 ile 1.200.000 TL'sı arasında değişmektedir.

Tablo 6. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde Prematüre bebeği olan annelerin önceki doğumlarında doğum ağırlığı 4000 gr'ı geçen bebek öyküsü dağılımı tablosu.

Doğum ağırlığı 4000 gr'ı geçen bebeği olma durumu	Sayı	%
Var	5	4,17
Yok	115	95,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 daha önceki doğumlarındaki 4000 gr'ı geçen bebek öyküsü araştırıldığında; 115 annenin (% 95,83) 4000 gr'ı geçen bebeği olmadığı sadece beş annenin (% 4,17) daha önceki doğumlarında 4000 gr ağırlığından fazla ağırlığı olan bebeğe sahip oldukları görülmektedir.

Tablo 7. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde pre-matüre bebeği olan annelerin daha önceki doğumlarda erken doğum premature doğum düşük doğum ağırlıklı bebeği olma durumuna göre dağılım tablosu.

Prematüre veya Düşük doğum ağırlıklı bebeği olma durumu	Sayı	%
Oldu	11	9,17
Olmadı	109	90,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 Annede daha önceki doğumlarında düşük doğum ağırlıklı bebeği olan veya prematüre doğum öyküsü araştırıldığında daha önce prematüre doğum veya düşük doğum ağırlığı öyküsü olmayan annelerin oranı % 90,83 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Bu annelerden sadece 11'inin (% 9,17) daha önce prematüre doğumu veya düşük doğum ağırlıklı bebeği olduğu görülmüştür.

Tablo 8. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annenin son doğumunun özelliklerine göre dağılımı.

Prematüre bebeği olan annenin son doğumunun özelliğine göre dağılımı	PRİMİPAR		MULTİPAR		TOPLAM	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
TEKİL	54	45	56	46,67	110	91,67
ÇOĞUL	6	5,00	4	3,33	10	8,33

$$\chi^2 = 0.11 \text{ p} > 0,05$$

Prematüre bebeği olan 120 annenin son doğumunun özelliklerine göre dağılımı ele alındığında primipar annelerin % 45,00'inin tekil gebeliği, % 5,00'inin çoğul gebeliği olduğu, Multipar annelerin % 46,67'sinin tekil gebeliği olduğu % 3,33'ünün çoğul gebeliği olduğu görülmüştür. Ancak primipar ve multipar annelerin tekil gebelikleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2 = 0,11 \text{ p} > 0,05$).

Tablo 9. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annenin gebelik toksemisinden dolayı tedavi olma durumu dağılımı tablosu.

Gebelik Tokremisinden dolayı Tedavi olma durumu			
	Aldı	Almadı	TOPLAM
SAYI	8	112	120
%	6,67	93,33	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin gebelik toksemisinden dolayı tedavi olma durumu sorgulandığında 112 anne (% 92,50)'nin tedavi almadığı, 8 annenin (% 6,67) tedavi aldığı gözlenmiştir.

Tablo 10. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin bu gebelikte anemilerinin olması durumuna göre dağılımı tablosu.

Bu gebelikte Anemi olma durumu			
	VAR	YOK	TOPLAM
SAYI	40	80	120
%	33,33	66,67	100,00

Prematüre doğum yapan 120 annenin bu gebeliklerinde anemi olma durumu dağılımı incelendiğinde; % 66,67'sinin anemisi yok, % 33,33'ünün anemisi var olarak tespit edilmiştir.

Tablo 11. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin eşleriyle aralarında kan uyuşmazlığı olma durumu dağılımı.

Bu gebelikte kan uyuşmazlığı olma durumu			
	VAR	YOK	TOPLAM
SAYI	19	101	120
%	15,83	84,17	100,00

Araştırma kapsamına giren 120 annenin bu gebeliklerinde kan uyuşmazlığı sorunun olup olmadığı araştırıldığında; 101 annenin (% 84,17) kan uyuşmazlığı olmadığı, 19 annenin (% 15,83) kan uyuşmazlığı olduğu görülmüştür.

Tablo 12. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin bu gebelikte vajinal kanama dağılımı tablosu.

Bu gebelikte vajinal kanama olma durumu			
	VAR	YOK	TOPLAM
SAYI	30	90	120
%	25,00	75,00	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin prematüriteye sebep olabileceği düşünülen vajinal kanamalarının dağılımı incelendiğinde % 75,00'inde vajinal kanama olmadığı % 25,00'inde vajinal kanama olduğu gözlenmiştir.

Tablo 13. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin bu gebeliklerinde normal beslenmeye göre değişiklik yapılma durumuna göre dağılımı.

Beslenmede değişiklik yapılma durumu			
	Yapıldı	Yapılmadı	TOPLAM
SAYI	68	52	120
%	56,67	43,33	100,00

Prematüre doğum yapan 120 annenin gebelikleri boyunca normal beslenmesine, özellikle hayvansal proteinlerden zengin besin grublarının eklenmesi sorulduğunda % 56,67 (68 kişi)'sinin günlük beslenmeye göre değişiklik yaptığı % 43,33'ünün ise hiçbir değişiklik yapmadığı gözlenmiştir.

Tablo 14. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin alkollü içki, sigara, ilaç alışkanlığı olma durumu dağılımı.

ALİŞKANLIKLAR				
	Alkollü içki ve ilaç		Sigara	
	Sayı	%	Sayı	%
VAR	4	3,33	7	5,83
YOK	116	96,67	113	94,17
TOPLAM	120	100,00	120	100,00

Prematüre doğum yapan 120 annenin prematüriteye etkili olduğu düşünülerek alışkanlıkları sorulduğunda alkollü içki ve ilaç alan annelerin oranı % 3,33 (4 kişi) olduğu, (Bu dört annenin diabetik anne ve kalb hastası anne olduğu ve hastalıkları ile ilgili ilaç kullandıkları saptanmıştır). Alkollü içki ve ilaç almayan annelerin oranı % 96,67 (116) olarak bulunmuştur. Sigara alışkanlığı olanların oranı ise % 5,83 olarak bulunmuştur. % 94,17 (113 kişi) oranında annenin de sigara kullanmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 15. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin son gebeliklerinde ateşli hastalık geçirme durumu.

Ateşli hastalık geçirme durumu			
	Geçirdi	Geçirmedi	TOPLAM
SAYI	42	78	120
%	35,00	65,00	100,00

Araştırma kapsamına giren 120 annede prematürite'ye etkili olduğu düşünülen, bu gebeliğinde ateşli bir hastalık geçirme öyküsü araştırılmıştır. Sonuçta % 65,00 (78 kişi) oranında annenin ateşli bir hastalık geçirmediği, % 35,00 (42 kişi) oranında annenin ateşli hastalık geçirdiği tespit edilmiştir.

Tablo 16. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerde bazı hastalıkların görülme durumunun dağılımı

HASTALIKLAR	Sayı	%
Diabetes Mellitus	1	0,83
Kalp Hastalıkları	3	2,50
Hipertansiyon	4	3,33
Böbrek Hastalığı	2	1,67
Diğer	1	0,83
Hastalık yok	109	90,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annede ailesel geçen bazı hastalıkların görülme oranı araştırıldığında annelerin 109'unda hiçbir ailesel hastalık saptanmamıştır (% 90,83). Geri kalanlar; hipertansiyon % 3,33 (4 kişi), kalp hastalıkları % 2,50 (3 kişi) böbrek hastalığı % 1,67 (2 kişi) Diabetes mellitus bir kişi % 0,83 ve diğer hastalıklarda bir kişi (% 0,83) olarak sıralanmaktadır.

Tablo 17. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin eşleriyle yakınlık derecesine göre dağılım tablosu.

AKRABALIK DURUMU	Sayı	%
I. Derece Akraba	15	12,50
II. Derece Akraba	5	4,17
Uzak Akraba	4	3,33
Akraba değil	96	80,00
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin prematürite'ye etkili olabileceği düşünülen eşleriyle akrabalık derecesinin araştırılması sonucunda; 96 annenin (% 80,00) yakın akraba evliliği yapmadığı anlaşılmıştır. 15 anne (% 12,50) teyze, hala, dayı, amca gibi I. dereceden yakın akraba evliliği yapmıştır. 5 anne (% 4,17) büyük hala, büyük dayı, büyük amca, büyük teyze çocukları ile II. dereceden akraba evliliği yaptığı, 4 annenin (% 3,33) daha uzak akraba evliliği yaptığı görülmüştür.

Tablo 18. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin bu hamileliklerinde fiziksel ve ruhsal travma geçirme durumu dağılımı.

Fiziksel ve Ruhsal travma geçirme durumu				
	FİZİKSEL		RUHSAL	
	Sayı	%	Sayı	%
VAR	15	12,50	45	37,50
YOK	105	87,50	75	62,50
TOPLAM	120	100,00	120	100,00

Araştırma kapsamına giren 120 prematüre bebek annesinin hamileliklerinde fiziksel veya ruhsal travmayla karşılaşma durumu incelendiğinde; 105 anne (% 87,5) fiziksel herhangi bir travmayla karşılaşmamış, 15 annenin (% 12,50) hamileliğinde fiziksel travmaya uğradığı tespit edilmiştir. Ancak ruhsal travmayla karşılaşan anne sayısı daha ysek olarak bulunmuştur (45 anne % 37,50) ruhsal travmayla karşılaşmayan anne sayısı 75 olarak tespit edilmiştir (% 62,50).

Tablo 19. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin erken doğumlarına ilişkin olarak etkili olduğu düşünülen faktörlerin dağılımı.

Erken Doğuma Etkili Olduğu Düşünülen Faktörler	Sayı	%
Hipertansiyon	8	6,67
İkiz gebelik	10	8,33
Preeklampsi	4	3,33
Prematüre eylem	4	3,33
Miyom + gebelik	3	2,50
Rh Uyuşmazlığı	3	2,50
Kalp hastası anne	1	0,83
Diyabetik anne	1	0,83
Annenin çalışma şartları	20	16,67
Hidroamnios	1	0,83
Hidrosefali + Anomali	1	0,83
Üzüntü	5	4,17
Servikal yetmezlik	3	2,50
Annenin enfeksiyonları	3	2,50
Diğer	10	8,33
Nedeni bilinmiyor	43	35,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annenin prematüre doğumuna etkili olduğunu düşündüğü faktörler sorulduğunda; 43 anne (% 35,83) nedenini bilmediğini söylemiştir. 20 anne % 16,67 çalışma şartlarını suçlamış 10 anne (% 8,33) ikiz gebelik öyküsünü sorumlu tutarken 8 anne (% 6,67) hipertansiyon, 5 anne (% 4,17) üzüntüsünü prematüre doğumdan sorumlu tutmuştur. Geri kalanlarda sebep olarak, preeklampsi, erken doğum, Miyom+Gebelik, servikal yetmezlik, enfeksiyonlar, diğer nedenler (Bunların içinde iki anne Uterus anomalisi olduğunu belirtmiştir) gibi sebeblere bağlamışlardır.

Tablo 20. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin erken doğuma neden olan vajinal akıntı olma durumu dağılım tablosu.

Vajinal akıntı olma durumu	Sayı	%
Var	53	44,17
Yok	67	55,83
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annede erken doğuma neden olan vajinal akıntı olup olmadığı araştırıldığında; 53 annede (% 44,17) vajinal akıntı olduğu, 67 annede (% 55,83) vajinal akıntı olmadığı tespit edilmiştir.

Tablo 21. Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji Ünitesinde prematüre bebeği olan annelerin erken doğuma neden olan erken membran rüptürü olma durumu dağılımı tablosu.

Erken membran rüptürü olma durumu	Sayı	%
Var	40	33,33
Yok	80	66,67
TOPLAM	120	100,00

Prematüre bebeği olan 120 annede erken doğuma neden olan erken membran rüptürü olma durumu araştırıldığında 40 annede (% 33,33) erken membran rüptürü varken 80 annede (% 66,67) erken membran rüptürü olmadığı tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırma kapsamına giren prematüre bebeği olan anneler çoğunlukla (% 76,6) Ankara ili içinden geldiğinden apartmanda oturanların sayısında yüksek orandadır (% 73) olarak görülmektedir.

Annelerin yaş gruplarına göre dağılımında 20-29 yaş arasındaki grupta yoğunlaşma saptanmıştır. Zekai Tahir Burak doğum ve kadın hastalıkları hastanesi prematüre servisinde prematüre bebeği olan anneler ile yapılan bir diğer çalışmada da (3) 20-24 yaş grubu ilk sırayı almaktadır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda, örneğin İngiltere’de 2243 prematüre bebeği olan anne üzerinde yapılan çalışmalarda yine 20-29 yaş grubunda yoğunlaşma bildirilmiştir (8). Amerika Birleşik Devletlerinde 157 prematüre bebeği olan annede yapılan çalışmada benzer bulgulara rastlanmış ve yaş grubu yoğunluğu 20-24 yaş grubu olarak bildirilmiştir (13).

Tablo 2, 3 ve 4 nolu tablolara bakıldığında annelerin % 50’sinin orta öğrenimini tamamlamış olduğu görülmektedir (Tablo 2). Tablo 3’de de annelerin çoğunluğu ev hanımı (% 51,67) Tablo 4’de ise eşlerinin çoğunluğu memurdur (% 62,50).

Bu durum annelerin kendi memuriyetleri ve eşlerinin memuriyetleri dolayısıyla emekli sandığı kanalıyla ücret ödeme mecburiyeti bulunan üniversite hastanesine sevkle geldikleri izlenimini uyandırmaktadır.

Diğer taraftan Ankara ili içinde bulunan fakat sağlık bakanlığına bağlı olan Zekai Tahir Burak doğumevinde prematüre anneleri ile yapılan çalışmada annelerin daha ziyade ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (3).

Beş nolu tabloda gelir düzeylerine baktığımızda % 59,17 ile en yüksek gelire sahip olanları ülkemiz 1990 yılı kişi başına düşen yıllık gelirle kıyasladığımızda Türkiye ortalamasının altında olarak görmekteyiz. A.B.D’de yapılan bir çalışmada

da prematüre eylemin, düşük sosyo-ekonomik seviyeye mensup annelerde daha çok görüldüğü ifade edilmiştir (14).

Tablo 6'da daha önceki doğumlarda 4000 gr. ağırlığından fazla ağırlıkta bebeği olan anne oranı % 4,17 olarak bulunmuştur.

Tablo 7'de annenin prematüre doğum öyküsüne bakıldığında bu oran % 9,17 olarak bulunmuştur. Ancak bu konudaki yayınları değerlendirdiğimizde; Yurt dışında özellikle A.B.D. ve İngiltere'de yapılan çalışmalarda annenin daha önceki prematüre doğumunu takip eden doğumlarda prematüre bebeği olduğu belirtilmiştir (8, 14, 15, 16).

Tablo 8'de primipar ve multipar annelerin sayısı hemen hemen yakın bulunurken, prematüre bebeği olan annelerin çoğunlukla tekil gebeliğe sahip oldukları saptanmıştır. Diğer yandan da annelerin primipar veya multipar olma özelliklerine göre tekil gebelikler arasındaki fark anlamsız bulunmuştur ($\chi^2 = 0,11$ $p > 0,005$).

Bu konuda yapılan çalışmaların sonuçlarına göre klasik kitablardan edindiğimiz bilgiler değerlendirildiğinde hem multiparitenin hemde çoğul gebeliklerin prematüre eyleme neden olabileceği ifade edilmektedir (1, 11, 10).

Annenin gebelik toksemisinden dolayı endikasyonlu doğum sonucu prematüre doğum olabileceği düşünülerek, annede olabilecek gebelik toksemisinin antenatal dönemde takip ve tedavisinin durumu araştırıldığında, (Tablo 9). Takip edilen anneler arasında gebelik toksemisinden dolayı 8 anne (% 6,67) tedaviye alınmıştır. Yapılan çalışmalarda prematürite nedeni olarak gebelik toksemisinde sorumlu tutulmaktadır (1, 10, 11).

Çalışmamıza benzer İngiltere'de yapılan retrospektif bir çalışmada da % 24,7 oranında gebelik toksemisi prematüre doğuma etkili bulunmuştur (15).

Araştırmamızda anemi ile prematüre doğum arasındaki ilişki düşünülerek 120 annede anemi olma durumuna bakıldığında (Tablo 10) hiçte küçümsemeyecek bir sayıyla karşılaşmıştır (% 33,33).

Aneminin prematüre doğuma neden olduğunu gösteren, İngiltere’de yapılan bir retrospektif bir çalışmada 390 annede Hemoglobinleri 10,5 gr/dl’den düşük olanlar 1980’de % 16,2, 1983’de % 14,7 1986’da % 28,8 oranında preterm doğum yapan annenin tespit edildiği belirtilmiştir (15).

Tablo 11’de Rh uyuşmazlığının prematüre doğum için endikasyon olabileceği düşüncesiyle, prematüre doğum yapan annelerde Rh uyuşmazlığı durumu aranmıştır. Klasik kitablardan Rh uyuşmazlığı prematüre doğumlara etkili bir faktör olarak gösterilmektedir (11). 1980,1989 yılları arasında İngiltere’de yapılan bir çalışmada Rh uyuşmazlığı ile prematüre doğumlar arasındaki ilişkisi gösterilmektedir (15).

Bizim çalışmamızda 120 anneden 19’unda (% 15,83) Rh uyuşmazlığı saptanmıştır.

Gebelikte görülen vaginal kanamaların prematüre doğumlarda etkili olma durum Tablo 12’de gösterilmiştir. Prematüre bebeği olan 120 anneden % 25’inin gebeliğinde vajinal kanamasının olduğu tespit edilmiştir. Vajinal kanaması olan gebeler riskli gebeler olarak adlandırıldığından ve prematüriteye sebep olduğundan önemli bir grub olarak ifade edilmektedir (11). Ayrıca A.B.D’de yapılan bir çalışmada annenin antepartum kanaması prematüre doğumundan sorumlu tutulmuştur (14).

Gebelikteki beslenmenin doğumlar üzerine etkili olabileceği yaklaşımından hareketle, çalışma grubumuz olan 120 anneye gebelikleri boyunca günlük normal tükettikleri yiyeceklere ilaveler yapıp yapmadıklarını sorduğumuzda, 120 annenin

sadece 68 inde (% 56,67) ilave yapıldığını saptadık (Tablo 13). Yeterli ve dengeli beslenmenin, özellikle hayvansal proteinden zengin beslenmenin ekonomik boyutları düşünüldüğünde, çalışma grubumuzu çoğunlukla şehirsal bölge annelerinin oluşturmasına rağmen % 100 annede gebelik boyunca beslenmede değişiklik yapılamadığı sonucuna varılmıştır.

Tablo 14'de hem alkollü içki ve ilaç alanlar hem sigara alanlar çok küçük bir yüzdeyi oluşturmaktadır (% 3,33, % 5,83). Üstelik ilaç alanlarda kalb hastası ve diabetik hasta olduklarından hastalıkları ile ilgili ilaçlar kullanmaktadırlar. Bu durum ülkemizdeki alkol ve sigara tüketiminde kadınların erkeklere göre daha az içki ve sigara kullandığı durumuyla uyumludur (18).

Prematüre bebeği olan annelerin hamileliklerinde ateşli hastalık geçirme durumu bakıldığında, (Tablo 15) yaklaşık 1/3 anne ateşli hastalık geçirmiştir (42 anne % 35). Bu annelerden 24'ünün hastalığına tanı konulmamış 10 tanesi gripal enfeksiyon geçirdiğini belirtmiş, üç anne üriner enfeksiyon, üç anne üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiğini ifade etmiştir. Bir anne mantar enfeksiyonu diğer bir annede B tipi hepatit geçirdiğini belirtmiştir. Bir çok yayında annenin prematüre doğumlarından geçirdiği enfeksiyonları sorumlu tutulmaktadır (1, 11).

Tablo 16'da annede bulunan ailesel geçişli hastalıklar gebeliğin seyrini ve bebeğin erken doğumunu etkilemektedir (1, 11). Bizim çalışmamızda söz konusu hastalıklardan tanı konulan 11 anne vardır. Dolayısıyla 11 tane bebekte riskli bebek olarak izlenmeye devam edileceğinden 120 kişilik popülasyonda küçümsenmeyecek sayıdadır.

Yayınlarda eşler arasındaki akrabalık durumunun prematüre eylemi etkilediği (1, 11) ifade edilirken biz çalışmamızda 15 anenin I. dereceden yakın akraba, 5 annenin II. dereceden yakın akraba evliliği yaptığı 4 annesinde uzak akraba evliliği yaptığını görüyoruz (Tablo 17). Bizim bulgularımızı destekleyen yut içi ve yurt dışı çalışmalara rastlanılamamıştır.

Annenin hamileliğinde fiziksel ve ruhsal travmayla karşılaşmış olması premtüre bebek doğumuna neden olduğu bilinen olgudur. Bizim çalışmamızda Tablo 18'de görüldüğü gibi 120 anneden % 12,50'si fiziksel travmayla % 37,50'si ruhsal travmayla karşılaşmıştır.

Annelerin fiziksel travmaları merdivenden düşme, ayağı kayıp düşme ve trafik kazalarından oluşmaktadır. Ruhsal travmalar ise annenin yakınlarının kaybedilmesi, araştırmamızın yapıldığı tarihte olan İran-İrak savaşı sonucu Mülteci güçleri ve Körfez krizinin ortaya çıkardığı bir üçüncü dünya savaşı çıkma olasılığı idi. Anneler bu olayların doğumlarının erken olmasına neden olduklarını belirtmişlerdir. Yapılan yayınlarda Bu görüşü desteklemektedir (1, 10, 11).

Tablo 19'da prematüre doğumlarla ilgili prematüre bebeğe sahip olan annelerin, kendi durumlarını nasıl değerlendirdikleri diğer bir deyişle bu prematüre doğuma kendilerince etken nedir. Sorularına alınan yanıtların dökümü verilmiştir. 43 anne (% 35,83) bu konuyla ilgili hiçbir şey bilmediğini ifade ederken 20 anne (% 16,67) çalışma şartlarını suçlamıştır. Dolayısıyla toplam 52,50 anne belirsizlik içindedir.

A.B.D'de 1206 prematüre bebeği olan kadın üzerinde yapılan çalışmada da çalışma koşulları değerlendirilmiş sonuçta net bir bulgu sorumlu tutulamamıştır (19).

Tablo 20 ve 21 annenin gebeliğinde görülen vajinal akıntı ve doğum eylemi başlamadan olan erken membran rüptürü beraberinde intra uterin enfeksiyonları getirebildiğinden erken doğum nedenleri arasında yer almaktadır. Araştırmamız sonucu % 44,17 annede vajinal akıntı görülürken % 33,33 annede erken membran rüptürü saptanmıştır (Tobla 21, 22). Çalışmamız sonucunda elde edilen veriler İngilterede yapılan bir çalışmayla benzerlik göstermektedir (8).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaptığımız çalışma sonunda prematüre bebeği olan annelerden Ankara ili içinden gelenlerin oranı yüksek bulundu, (% 76,6) annelerin yaşı 25-29 yaş grubunda yoğunlaşırken, eğitim durumları en yüksek oranda orta öğrenimini tamamlamış olanların olduğu tespit edildi (% 50).

Annelerin sosyo ekonomik seviyeleri Türkiye ortalamasına göre düşük olarak değerlendirildi. Prematüre doğumlara etkili diğer faktörlere bakıldığında ise; yetersiz ve dengesiz beslenme, gebelikte vajinal akıntı, vajinal kanamalar, erken membran rüptürü, ruhsal travma, ateşli hastalık geçirme oranları bulgularımızda yüksek olarak tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ulaştığımız sonuçlar yayınlanan kaynaklarla değerlendirildiğinde; Prematüre doğumlardan % 70 oranında sorumlu tutulan erken membran rüptürünün oranı bizde % 33,33 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç bizim araştırma evrenimize göre yüksek olarak değerlendirilmiştir.

Rh uyuşmazlığı ve annenin çalışma şartlarının ağırlığına bakıldığında prematüre doğumlara etkileri yönünden bulgularımızda önemli oranlarda yer almıştır.

Yurt içinde ve yurt dışında yayınlanan kaynaklarda prematüre doğumlarda etkili faktörler olarak bildirilen geçmişteki gebeliklerinde prematüre doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma öyküsü, 4000 gr ağırlığından fazla ağırlıkta bebek öyküsü, multiparitesi ve çoğul gebelikleri bulgularımızda küçük bir yüzdeyi oluşturmaktadır.

Bulgularımız sonucu annelerin büyük çoğunluğu, (% 35,83) prematüre doğumlarının nedenini bilmedikleri ortaya çıkmıştır.

Prematüre doğumlarda annenin hipertansiyonu, ailesel geçen diğer hastalıklar; akraba evliliği, fiziksel travmayla karşılaşmış olması, gebelikte toksemi görülmesi literatürde önemli nedenler arasında yer almaktadır. Araştırmamız sonucu elde edilen bulgular literatüre göre daha düşük oranlarda bulunmuştur. Bu oranların düşük olması yine vaka sayımızın azlığına bağlanmıştır.

ÖNERİLER

1. Prematüre doğumu önlemek için annelere antenatal dönemde etkili bir takib yapılmalıdır.

2. Birinci kademe hizmet veren kurumlarda hizmet içi eğitime önem verilerek özellikle ebe ve hemşirelerin bilgileri yenilenmelidir. Gerektiğinde ikinci kademe hizmet veren kuruluşlar ile diğer bir deyişle, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile pedratristler işbirliği yapabilmeli, bilgi ve deneyim paylaşımı için sık sık durum değerlendirilmesi yapabilmelidirler.

3. Prematüre doğumlar üzerine etkili faktörler geniş çapta araştırılarak bunlarla ilgili eğitim ülke çapında yaygınlaştırılmalıdır. Bu amaçla 15-49 yaş doğurganlık dönemindeki tüm kadınlar Genel Sağlık eğitimine tabi tutulmalıdır. Sağlık eğitimi sadece 15-49 yaş grubu kadınları değil tüm aile için planlamalı ve yürütülmelidir. Bu konuda sağlık eğitimi için kitle iletişim araçları kullanılmalıdır (Radyo, Televizyon, gazete ve dergiler).

4. Önlenemiyen prematüre doğumların mortalitesini azaltmak için yataklı kurumlarda Neonatoloji ünitelerin ülkemizin her yerinde yapılması ve buralardan toplumun her kesiminin yararlandırılması sağlanmalıdır.

5. Ailelerin sosyo-ekonomik düzeylerinin yükseltilmesi için ülke içinde gelir düzeylerinin yükseltilmesi yolunda politikalar geliştirilmelidir.

6. Annelerin gebelik döneminde ve gebelik öncesi dönemde yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalıdır.

7. Gebelik döneminde akut ve kronik hastalıkların takibi sağlıklı olarak yapılmalıdır.

8. Annenin çalışma şartları hamileliğinde daha hafifletilecek şekilde değiştirilme yoluna gidilmelidir.

9. Annede ruhsal travmaya yol açabilecek tüm faktörler azaltılmaya çalışılmalı ya da kontrol altında tutulmalıdır.

10. Çalışmamıza benzer çalışmalar araştırma evreni genişletilerek yapılmalı, çalışmaların sonuçlarına göre prematüre doğumları önlemek için kriterler geliştirilmelidir.

ÖZET

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi Neonatoloji ünitesinde 1991 yılında 1 Ocak-31 Aralık tarihleri arasında prematüre doğum yapmış 120 anneye 47 sorudan oluşan bir anket formu uygulanarak retrospektif yürütülen bir çalışmadır.

Anket sorularının değerlendirmesinden sonra bulgular 21 tablo halinde verilmiştir.

Prematüre doğumlarda; annede anemi, beslenmenin yetersiz ve dengesiz olması, ruhsal travmalar, erken membran rüptürü, vajinal kanamalar. Annenin çalışma şartlarının ağırlığı gibi faktörler araştırılmış sadece birinin değil bir kaçının etkili olduğu kanaati uyanmıştır.

Bu kanaatimizi literatürle karşılaştırdığımızda, aynı özelliklerin prematüre doğumlarda etkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Annelerin büyük çoğunluğunun prematüre doğumlarının nedenini bilmediğini ifade ettikleri belirlenerek; bu konuda bilgilendirilmek üzere önerilerde bulunulmuştur.

Elde edilen diğer sonuçlara yönelik öneriler ise; prematüre doğumların önlenmesi için etkin antenatal bakım için I. basamak ve II. basamak sağlık hizmetlerinin işbirliğinin ^{gerekli} yüksekliği, sosyo-ekonomik seviyenin yükseltilmesi. Özellikle 15-49 yaş grubu kadınları içeren ve aileyide genel olarak içine alan sağlık eğitiminin kitle eğitim araçları kullanılarak yapılması olarak belirlenmiştir.

SUMMARY

RESEARCH OF SOME OF MATERNAL RISK FACTORS IN PREMATURE DELIVERIES

This research has been carried out in neonatology unit of Children's Hospital of Hacettepe University between January the 1st and December the 31st of 1991. To 120 mothers who had had premature deliveries, had been applied a questionnaire of consisting 47 questions retrospectively.

Results have been shown in 21 tables.

Several risk factors; such as anemia, insufficient and imbalanced nutrition, psychological traumas, early rupture of membranes, vaginal bleeding, hardness of working conditions of the mothers, have been investigated. Thus it has been suggested that some of the factors mentioned above had been effective. This result had been supported also by the other literature held on this subject.

In the view of risk factors it has been revealed that the most of the mothers had not known the causes of their premature deliveries. So we have found ourselves in the need of giving information about premature deliveries.

As a result, for an effective antenatal service the corporation of primary and secondary health services in preventing of premature deliveries, improvement of socioeconomic status, health education of 15-49 aged women within their families, have been found essential.

KAYNAKLAR

1. Neonatoloji derneği yayınları no: 1 Prematürelilik ve önlenmesi s: 9-83, Ankara 1990.
2. Türkiye Sağlık ve Tedavi Vakfı Yeni Tıp Dergisi cilt 5 sayı 4. s: 18-21, Ankara 1988.
3. Çay, Gülten Prematüre Bebeğe sahip olan annelerin bebek bakımı konusunda bilgi gereksinimleri. Hemşirelik programı bilim uzmanlığı tezi Ankara 1989.
4. Tunçbilek, Ergül Türkiye'de bebek ölümleri. Ankara 1988.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü Yayınları Ankara 1989.
6. Bertan, Münevver. Giriş Dalya Türkiye'de Çocuk Sağlığının Durumu. Ankara 1989.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Bilim Dergisi Cilt 12 S: 5-104, 1991.
8. D.R. White et al. British Journal of Obstetrics and Gynaecology Vol: 93 pp. 733-738, 1986.
9. Fredrick Jean, British Journal of Obstetrics and Gynaecology Vol: 83 pp. 351-354, 1976.
10. Demirağ, Bahtiyar Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Cilt: 1 Türkiye Klinikleri Yayınları No: 1 S: 177-186, Ankara 1985.
11. Vaughan. C. Victor et al. Nelson Texbook 10. edition vol: 1 s: 502-516, 1978.

12. **Katkı Dergisi Yenidoğan Cilt: 4 Sayı: 10 s: 964-971, Ankara 1983.**
13. **Leveno et al; Journal of the American college of Obstetricians and Gynaecologists Vol: 66 No: 5 pp: 599-605, 1985.**
14. **Berkowitz, G.S. American Journal of Epidemidogy Vol: 113 No: 1 pp: 81-92, 1981.**
15. **M.E. Crowther. J.R. Army Med. Corps Vol: 136, pp: 43-49, 1990.**
16. **Tucker et al. The American College of Obstericians and Gynaecologists. Vol: 77, No: 3 pp: 343-347, 1991.**
17. **Shiono et al; J.A.M.A Vol: 255, No: 1 pp: 82-84, 1986.**
18. **M. Orhan Öztürk. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Ankara 1988 S: 343-367, Ankara 1988.**
20. **Teitelman A.M. et. al. American Journal of epidemiology Vol: 131. No: 1 pp: 104-113, 1990.**



EKLER

**H.Ü. ÇOCUK HASTANESİ NEONATOLOJİ ÜNİTESİNDE, PREMATÜRE
DOĞUMLARDA ETKİLİ ANNEYE AİT BAZI FAKTÖRLERİN
ARAŞTIRILMASI ANKET FORMU**

FORM NO:

1. Adı ve Soyadı:
2. Cinsiyeti : Erkek () Kadın ()
3. Yaşı :
 - a- 15-19 ()
 - b- 20-24 ()
 - c- 25-29 ()
 - d- 30-34 ()
 - e- 35 + ()
4. Öğrenim Durumu:
 - a- Okur yazar değil ve okur yazar ()
 - b- İlkokul mezunu ()
 - c- Orta öğrenimini tamamlamış (Orta-Lise) ()
 - d- Yüksek öğrenimini tamamlamış ()
5. İş ve Mesleği:
 - a- Ev hanımı ()
 - b- İşçi ()
 - c- Serbest meslek ()
 - d- Memur ()
6. Eşinin İş ve Mesleği:
 - a- İşçi ()
 - b- Memur ()
 - c- Serbest Meslek ()
 - d- İşsiz ()
 - e- Diğer ()

7. Aylık Gelir Durumu:

- a- < 300 000 ()
b- 300 001-600 000 ()
c- 600 001 - 900 000 ()
d- 900 001-1.200 000 ()
e- 1.200 001-1.500 000 + ()

8. Geldiği Bölge:

- a- Ankara ()
b- Ankara dışı ()

9. Oturulan Konut Tipi:

- a- Apartman dairesi ()
b- Müstakil ev ()
c- Gecekondu ()

10. Aile Tipi:

- a- Çekirdek aile ()
b- Geniş aile ()
c- Parçalanmış aile ()

11- Doğurganlık Durumu:

- a- Canlı doğum sayısı ()
b- Ölü doğum sayısı ()
c- Yaşayan çocuk sayısı ()
d- Düşük ve kürtaj sayısı ()

12. Doğum ağırlığı 4000 gr'ı geçen bebek öyküsü varmı?

- a- Var ()
b- Yok ()

13. Daha önceki doğumlarda, erken doğum (Prematüre), düşük doğum ağırlıklı bebeği oldumu?

- a- Oldu (İSE) BELİRTİNİZ
b- Olmadı

14. Annede, erken doğum (Prematür), düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olduğu düşünülen bir tanı konuldumu?

a- Evet (İSE) BELİRTİNİZ

b- Hayır

c-

15. Bu doğum aşağıdaki özelliklerden birini veya birkaçını taşıyormu? İşaretleyiniz.

a- Çoğul gebelikmi (İkiz) ()

b- Tekil gebelikmi ()

c- Annenin ilk gebeliğini (primipar) ()

d- Anne daha önce kaç gebelik geçirmiş (multipar mı) ()

16. Son doğumun yapıldığı yer:

a- Ev ()

b- Hastane ()

17. Doğumdan önce bir sağlık kuruluşunda takip edilip edilmediği:

a- Takip edildi ()

b- Takip edilmedi (İSE) 22. SORUYA GEÇİNİZ ()

18. Takipler sırasında tansiyondaki, (K.B) ölçümler sonrası görülen farklılıkların nasıl değerlendirildiğini belirtiniz:

.....
.....

19. Tansiyon yüksekliği, vücudunuzda görülen şişlik ve aşırı kilo almadan dolayı tedavi gördünüz mü?

a- Evet ()

b- Hayır ()

20. Tansiyondaki yükseklik, vücudunuzdaki şişlik ve aşırı kilo almadan dolayı gördüğünüz tedavide verilen ilaçları belirtiniz:

.....

21. Tedavi ve takipler sonrası sağlık kuruluşundan öneriler yapılıp, yapılmadığı:
- a- Yapıldığı (İSE) BELİRTİNİZ ()
- b- Yapılmadı ()
22. Gebeliği süresince kan muayenesi yaptırma durumu:
- a- Yaptırdı ()
- b- Yaptırmadı ()
- c- Gerekli olduğunu bilmiyor ()
- d- Gerekli olduğunu biliyor ()
23. Kan muayenesi sonucu kansızlık tanısı konuldu mu?
- a- Evet () (İSE) 24. SORUYA GEÇİNİZ
- b- Hayır () (İSE) 25. SORUYA GEÇİNİZ
24. Kansızlığın tedavisi için yapılan önerileri ve verilen ilaçları belirtiniz:
- a- Vitamin preperatları verildi ()
- b- Demir preperatları verildi ()
- c- Et, süt, yumurta sakatatlar almam gerektiği önerildi ()
- d- Turunçgiller, sebze, meyvedan aldığım miktarı arttırmam önerildi ()
- e- Hepsi
25. Eşinizle aranızda kan uyuşmazlığı olduğu tanısı konuldumu:
- a- Kan uyuşmazlığı var ()
- b- Kan uyuşmazlığı yok ()
26. Bu gebelik esnasında vajinal kanama olma durumu:
- a- Oldu (İSE) NİTELİĞİNİ BELİRTİNİZ ()
- b- Olmadı ()
27. Gebelik sırasında olan kanamalar ne zaman oldu:
- a- Son bir ayda ()
- b- Son bir haftada ()
- c- Son günlerde ()
- d- Gebelik boyunca ()

28. Bu gebelik sırasında beslenmede normal günlük beslenmeye göre değişiklik yapılma durumu:
- a- Yapıldı ()
- b- Yapılmadı ()
29. Beslenmedeki yapılan değişiklik hangi besin gruplarından yada grubunda yapıldı işaretleyiniz?
- a- Et ve et ürünleri ()
- b- Süt ve süt ürünleri, yumurta ()
- c- Meyva, sebze ()
- d- Baklagiller ()
- e- Tatlılar, hamur işleri unlu gıdalar ()
30. Alışkanlıkları; bu gebelikte sigara kullanam durumu:
- a- Kullanmadı
- b- Kullandı (İSE) GÜNDE ALDIĞI MİKTARI BELİRTİNİZ
.....
31. Bu gebelikte alkollü içki veya herhangi bir ilaç alma alışkanlığınız var mıydı?
- a- Yoktu ()
- b- Vardı () (İSE) GÜNDE ALINAN MİKTARI BELİRTİNİZ
.....
32. Gebelik sırasında ateşli bir hastalık geçirip geçirmediği:
- a- Geçirdi ()
- b- Geçirmedi ()
33. Geçirilen ateşli hastalığa bir sağlık kuruluşunda doktor tarafından tanı konulup konulmadığı:
- a- Tanı konuldu () (İSE) TANIYI BELİRTİNİZ
- b- Tanı konulmadı ()
34. Geçirdiği ateşli hastalık sırasında aldığı ilaçların kimin önerisi ile alındığını belirtiniz:
.....

35. Gebelik sırasında bulaşıcı hastalıklar için özel bir test uygulandı mı ismini ve sonucunu belirtiniz:

.....

36. Ailenizde veya kendinizde aşağıdaki hastalıklardan biri veya bir kaçını var mı? Belirtiniz.

	Kendimde	Ailemde
a- Diabetes mellitus (şeker hastalığı)
b- Kalp hastalığı (romatizmal veya konjenital)
c- Hipertansiyon
d- Böbrek hastalığı
e- Diğer

37. Annenin jinekolojik muayenesi sonucu prematüre doğuma neden olan bir özelliğinin olma durumu:

- a- Uterus ()
- b- Rahim ağzı yetmezliği (servix) ()
- c- Organlarında bir bozukluk olması ()
- d- Diğer BELİRTİNİZ ()

38. 36 ve 37. soruda belirtilen hastalıklardan biri ya da bir kaçından dolayı bu gebeliğiniz boyunca tedavi aldınız mı?

- a- Tedavi aldım (İSE) BELİRTİNİZ ()
- b- Tedavi almadım ()

39. Eşler arasında yakınlık durumu:

- a- I. derecede akraba ()
- b- II. derecede akraba ()
- c- Uzak akraba ()
- d- Akraba değil ()

40. Bu gebelikte fiziksel bir travma geçirme durumu:

- a- Geçirdi (İSE) ÖZELLİĞİNİ BELİRTİNİZ ()
- b- Geçirmedi ()

41. Bu gebelikte ruhsal bir travma geçirme durumu:
a- Geçirde (İSE) ÖZELLİĞİNİ BELİRTİNİZ ()
b- Geçirmedi ()
42. Annenin erken doğuma neden olan fiziksel bir problemi var mı?
a- Var (İSE) BELİRTİNİZ ()
b- Yok ()
43. Gebelik süresince ağır fiziksel aktivite gerektiren bir işte çalışma durumu:
a- Ağır fiziksel aktivite gerektiren bir işte çalışıyor ()
b- Ağır fiziksel aktivite gerektirmeyen bir işte çalışıyor ()
c- Diğer ()
44. Sizce erken doğum yapmanıza neden olan bir faktör var mı?
.....
45. Anomalili Çocuğu
a- Var ()
b- Yok ()
46. Vajinal akıntı
a- Var ()
b- Yok ()
47. Suyunun Erken Gelmesi; (EMR)
a- Var ()
b- Yok ()