

## Erken (28-37. Gebelik Haftaları Arasında) Doğumlarda Mediko-Sosyal Risk Faktörlerinin İncelenmesi

Şükran Kopal<sup>1</sup>, Ali Acar<sup>2</sup>, Ünzile Girişgin<sup>1</sup>, Metin Çapar<sup>3</sup>, Cemalettin Akyürek<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Araş.Gör.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

<sup>2</sup>Yrd.Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

<sup>3</sup>Doç.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

<sup>4</sup>Prof.Dr. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

### Özet

Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1995-96 yılları arasında gözlenen erken doğum vakalarına ilişkin mediko-sosyal risk faktörleri incelendi.

1995-1996 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğum yapan 1820 hastanın 120 tanesi 28-37. gebelik haftaları arasında olan erken doğum vakalarıydı (% 6.6). Yetersiz antenatal bakım % 43.3, anemi % 40, preeklampsi-eklampsi % 29.1, sık gebelik % 23.3, riskli yaş % 17.5, erken membran rüptürü % 14.1, çoğul gebelik % 9.1, plasenta previa, plasenta dekolmanı % 5.8, servikal yetmezlik % 1.6, üriner enfeksiyon % 1.6, polihidramnios % 0.8 olarak bulundu.

Sonuç olarak antenatal bakım yetersizliği ana etyolojik faktör olarak bulunmuştur. Diğer çalışmalarda olduğu gibi antenatal bakım yetersizliği preeklampsi, eklampsi ve anemi gibi diğer risk faktörlerinin klinik olarak ortaya çıkmasına sebep olmuştur. Perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltmada antenatal bakım birinci öncelikli parametredir.

**Anahtar Kelimeler:** Erken doğum eylemi, mediko sosyal risk faktörleri

## Medico-Social Risk Factors in Preterm Delivery

### Abstract

In this study it is aimed to assess the cause of preterm deliveries between 28-37 weeks of gestational period between years 1995-1996 in Selçuk University, School of Medicine, Department of Obstetrics and Gynaecology, Konya.

The medico-social risk factors of 120 preterm delivery cases were assessed.

1820 patients delivered in our department between 1995-1996 years. A total of 120 patients of them were preterm deliveries (6.6 %). The ratio for lack of antenatal care found to be 43.3 %, anemia 40 %, preeclampsia- eclampsia 29.1 %, short labor intervals % 23.3, risk of maternal age 17.5 %, early membrane rupture 14.1 %, cervical insufficiency 1.6 %, multipl pregnancy 9.1 %, antepartum vaginal bleeding 5.8 %, urinary tract infection 1.6 % and polihydramnios 0.8 %.

The lack of antenatal care appeared to be the major etiologic factor. Similar to other studies the lack of antenatal care contributed to other risk factors such as preeclampsia, eclampsia and anemia to become clinically evident.

Antenatal care is the most important factor to decrease perinatal morbidity and mortality.

**Key Words:** Preterm delivery, medico-social risk factors

Her yıl dünyada doğan bebeklerin % 16'sı (yaklaşık 20-25 milyon) düşük doğum ağırlıklıdır. Bunların bir bölümünü erken doğan bebekler (prematüreler), bir bölümünü ise intrauterin mal-nutrisyonlar oluştururlar. Düşük doğum ağırlıklı bebeklerin % 90'ı az gelişmiş ülkelerde doğarlar (1). Bu oranın yüksek olması ve özellikle sağlık olanaklarının kısıtlı olması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde konunun önemi daha da fazladır.

Düşük doğum ağırlıklı bebek doğum oranı gelişmiş ülkelerde % 10'dur. ABD'de prematüre

doğum sıklığı (beyaz ırkta) % 10.2, İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise % 10.6 olarak bildirilmektedir (2). Ülkemizde bu konuda yapılan çalışmalar az ve sınırlıdır. Bununla birlikte eldeki verilere göre düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sıklığının % 16 civarında olduğu ileri sürülmüştür (3).

Neonatal bakım teknikleri geliştikçe erken doğumların mortalite ve morbidite oranları önemli ölçüde düşmektedir. Buna rağmen erken doğum bebeklerde hala yüksek morbidite nedenidir. Erken doğan bebeklerin bakımları problemlili olup

bunlara harcanacak giderler de hayli yüksektir. Prematüre bebeğin yaşatılması için gereken masraf miyadında doğan bebeğin günlük masrafından yaklaşık olarak 5 misli daha fazladır (4). Ayrıca ebeveynler için getireceği psikolojik problemler de (korku, depresyon) en az maddi problemler kadar önemlidir.

Mediko-sosyal nitelikleri olan düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının ve erken doğumun etiolojisi henüz kesin olarak bilinmemektedir. Fakat bu konu için bazı risk faktörleri saptanmıştır. Perinatal dönemde yüksek riskli gebeliklerin ve yüksek riskli yenidoğanların saptanması, uygun antenatal, intrapartal tedavi ve düzenli neonatal bakım ile hem perinatal hem de neonatal ölüm oranlarının azaltılabileceği bilinmektedir (2).

### Materyal ve Metod

Erken doğum yapan kadınlarda mediko-sosyal risk faktörlerini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada 1/1/1995-31/12/1996 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'ne başvurup 28-37. gebelik haftaları arasında prematüre doğum yapan 120 gebe incelendi. Fakat çalışma kapsamına giren hasta grubunda sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyin düşük olması nedeniyle son adet tarihi (SAT) bazı hastalardan kesin olarak öğrenilemedi. Bu hastalar gebelik yaşının ultrason ile tam olarak öğrenilebileceği erken antenatal kontrollere de gelmedikleri için gebelik yaşı doğumdan önce yapılan ultrason bulgularına göre tahmini olarak tespit edildi. Sadece İUGG tanısı olan hastalar çalışma kapsamı dışında bırakıldı. Çalışmaya İUGG+ prematürite olduğu düşünülen ve saf prematür doğum yapan hastalar alındı.

Hastalarla doğumdan 6-8 saat sonra lohusa takip odalarında karşılıklı görüşülerek mediko-sosyal risk faktörleri için önceden hazırlanan bilgi formu dolduruldu.

Mediko-sosyal risk faktörleri bilgi formunun içerdiği parametreler aşağıdaki gibidir:

- 1-Annenin Adı Soyadı
- 2-Yaşı
- 3-Mesleği
- 4-Eğitim düzeyi
- 5-Oturduğu yer (köy, ilçe, merkez)
- 6-Gebelik ve doğum sayısı
- 7-Gebelik haftası
- 8-2 yıldan az doğum aralığı
- 9-Akraba evliliği
- 10-Sigara içme öyküsü

- 11-Daha önceki gebeliklerde erken veya ölü doğum öyküsü
- 12-Daha önceki gebeliklerde abortus öyküsü
- 13-Gebeliğin istenen gebelik olmaması
- 14-Düzenli antenatal takip
- 15-Sistemik hastalık öyküsü (diabetes mellitus, kronik hipertansiyon)
- 16-Daha önceden geçirilmiş uterus iz bırakan operasyon (sezaryen, myomektomi, metroplasti, histerotomi)
- 17-Şimdiki gebelikte bulunan risk faktörleri
- Preeklampsi, Eklampsi
- Plasenta Dekolmanı, Plasenta Previa
- Polihidramniyos
- Servikal Yetmezlik
- Çoğul Gebelik
- Anemi (Hemoglobin, Hematokrit)
- Erken Membran Ruptürü
- 18-İn utero ölüm

### Bulgular

1/1/1995-31/12/1996 tarihleri arasında kliniğimizde toplam 1820 doğum gerçekleştirildi. Bunlardan 120 tanesi (% 6.6) 28-37. gebelik haftaları arasında olan erken doğum vakaları idi. Erken doğum vakalarının 24'ü (% 20) intrauterin ölüm nedeniyle zorunlu olarak gerçekleştirildi.

Erken doğum yapan kadınların büyük bir kısmı (99 kişi: % 82.5) doğurganlığın en fazla olduğu 19-34 yaş grubunda idi. Onsekiz yaş ve altı, 35 yaş ve üzeri olan riskli yaş grubunda ise toplam 21 kişi (% 17.5) tespit edildi. Tablo 1'de vakaların yaşlara göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 1. Vakaların Yaşa Göre Dağılımı

Yaş	Vaka Sayısı	%
<18	5	4.2
19-34	99	82.5
>35	16	13.3
Toplam	120	100

Vakaları gebelik sayısına göre değerlendirirsek Tablo 2'de de görüldüğü gibi erken doğum eylemi en fazla ilk gebelikte (42 vaka: % 35), daha sonra 4 ve üzerinde gebeliği olan fazla doğurgan kadınlarda (33 vaka: % 27.5) görüldü. En az ise 3. gebeliği olan kadınlarda (17 vaka: % 14.1) görülmektedir.

Çalışmada en yüksek oranda rastlanan risk faktörü 52 vakada (% 43.3) saptanan antenatal bakım yetersizliği idi. İkinci sırada vakaların 48'inde (% 40) anemiye rastlandı. Bu da önemli bir risk faktörü olarak görüldü. Yüzde 29.1'lik oran (35 vaka) ile preeklampsi, eklampsi ve gebeliğin

istenmeden olduğu vakalar ise risk faktörü olarak 3. sırada görüldü.

Tablo 2. Vakaların Gebelik Sayısına Göre Dağılımı

Gebelik Sayısı	Vaka Sayısı	%
1. Gebelik	42	35.0
2. Gebelik	28	23.3
3. Gebelik	17	14.2
4. ve daha fazla gebelik	33	27.5
Toplam	120	100

Preeklampsi primer olarak önlenemeyen ancak yeterli antenatal bakım ve uygun obstetrik tutumla olumsuz sonuçları önlenebilen bir komplikasyondur. Bu çalışmada preeklampsi-eklampsi saptanan vakalardan 21'inin (% 60) antenatal bakım alınmadığı görüldü. Benzer şekilde düzenli antenatal takip ile önlenebilen veya saptanıp tedavi edilebilen bir faktör olmasına rağmen anemi saptanan hastaların da 24'ü (% 50) antenatal bakım almamıştı. Genel olarak antenatal takip yapılmayan vakaların ise 46'sı (% 88.4) eğitim düzeyi olarak okumamış veya ilkökul mezunu idi. Tüm vakalar içinde eğitim düzeyinin düşük olması genel olarak bölgede kadınların çoğunun bu özelliğe sahip olmasından kaynaklanabilse de günümüz şartlarında normal bir durum olduğu söylenemez. Erken doğum yapan vakalar içinde okur-yazar olmayan ve ilkökul mezunu toplam 96 kişi (% 80) mevcut idi.

İntrauterin ölüm nedeniyle zorunlu olarak doğumu erken yapılan vaka sayısı 24 (% 20) idi. Bunlardan 10'u preeklampsi, 2'si eklampsi, 3'ü plasenta dekolmanı olan vakalar idi. Diğerlerinin nedeni tam olarak saptanamadı.

Preeklampsi-eklampsi olarak değerlendirilen hastaların bir kısmında görülen yüksek hemoglobin ve hematokrit değerleri hemokonsantrasyona bağlı olarak rölatif yüksek olabilir. Bu değerler objektif saptanabilseydi anemi olan hasta sayısı daha da fazla olabilirdi.

Uterusa yönelik geçirilmiş operasyon öyküsü olan 11 vaka görüldü (8 vaka eski seksiyon, 2 vaka metroplasti, 1 vaka hysterotomi). Vakaların büyük bir kısmı primipar olduğu için genital organlara ait gelişim anomalisi (uterus bicornis, unicornis, uterus septus gibi) olup olmadığı değerlendirilemedi. Daha önceki gebeliklerinde abortus öyküsü 20 kişide (% 16.6), prematür öyküsü ise 16 kişide (% 13.3) mevcuttur.

Artık bayanlar arasında da sigara kullanımının arttığı günümüzde çalışma grubumuzdaki vakalar içinde sigara kullanımı % 5 gibi düşük bir oranda tespit edildi. Genitouriner enfeksiyon için uygun

mikrobiyolojik tetkikler yapılmadığı için enfeksiyon oranı da düşük tespit edildi (% 1.6).

Etiyolojide önemli bir faktör olan sistemik hastalıklardan 3 vakada kronik hipertansiyon, 4 vakada kalp hastalığı (MY, AY, ASD), 4 vakada endokrin bozukluk (1 diabetes mellitus, 3 hipotiroidi), 1 vakada epilepsi, 1 vakada astım bronşiyale, 1 vakada da peptik ülser görüldü.

### Tartışma ve Sonuç

Son yıllarda perinatolojideki gelişmeler fetal mortalite ve morbiditeyi düşürmesine rağmen doğum ağırlığı fetal mortalite ve morbidite yönünden önemini korumaktadır. Bir bebeğin doğum ağırlığı o bebeğin hayatta kalması, sağlıklı büyümesi ve gelişmesindeki önemli göstergelerden biridir. Düşük doğum ağırlığı daha önce de belirttiğimiz gibi prematürite veya intrauterin malnütrisyonlara bağlı olarak meydana gelmektedir.

Perinatal ölüm, başlıca erken doğum, IUGG ve letal konjenital anomaliler üçlüsünün sonucudur. Bazı çalışmalarda, preterm doğumlarda yüksek oranda plasenta ve desidual vasküler anomaliler gösterilmiştir. Bu vakalara dayanarak IUGG ile preterm doğum arasında ilişki olduğu ileri sürülmüştür (5,6).

Erken doğum bir çok verilere göre perinatal mortalitenin % 50-70'inin nedeni olduğundan erken doğumun ne kadar önemli bir obstetrik ve halk sağlığı problemi olduğu kolaylıkla ortaya çıkar. 1973 yılında İngiltere'de Oxford'daki hastane doğumlarına göre, konjenital anomalili doğumlar çıkartıldıktan sonra, erken doğumun geri kalan neonatal ölümlerin % 85'inden sorumlu olduğu, İskoçya Aberdeen'de 1977 yılında yapılan benzer bir çalışmada tüm perinatal ölümlerin % 48'inin erken doğumlardan olduğu bildirilmiştir (8,9). İskoçya'da 1977 yılında olan tüm perinatal ölümleri araştıran bir ulusal çalışmada, perinatal periyotta ölen düşük doğum ağırlıklı bebeklerin en büyük sebebinin erken doğumlar olduğu belirtilmiştir. Bunları çok küçük bir oranla gelişimi geri kalmış bebekler takip etmektedir. Bu erken doğumların ortalama 3/4'ü canlı olarak gerçekleşmiş fakat ilk hafta içinde ölmüşlerdir (7).

Bazı çalışmalarda tüm gebeliklerin % 0.7-2'sinin erken membran rüptürü (EMR) ile sonuçlandığı bunun da tüm preterm doğumların yaklaşık % 30'u olduğu belirtilmiştir (8,9). Bizim verilerimize göre EMR oranı tüm gebelikler içinde % 0.93, prematür doğumlar içinde ise % 14.1 olarak görüldü. Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Hastanesi'nde EMR'de risk faktörlerinin incelendiği bir

çalışmada bu grup içindeki hastaların % 40.2'si ilgili gebeliklerinde hiç antenatal bakım almamıştı (10). Bu çalışmada da buna yakın bir oran (% 47) tespit edildi. Bu sonuçlar, birçok obstetrik problemde olduğu gibi EMR'nin önlenmesi açısından da antenatal kontrollerin çok önemli olduğunu göstermektedir. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada erken doğum etyolojisinde erken membran rüptürünün % 32'lik oran ile ilk sırayı aldığı, gebelik haftası arttıkça erken membran rüptürü riskinin, istatistiksel olarak anlamlı ölçüde arttığı tespit edildi (11).

Gelişmiş ülkelerde antenatal takip erken tanı ve uygun tedavi sonucu prenatal ölümlerin önlenmesi konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmişse de ülkemizde bu durum hala önemli bir sorun olarak karşımızdadır. Bu çalışmada da vakaların % 43.3'ünün antenatal bakım almadığı, % 15.8'inin düşük sosyo-ekonomik düzeyde olduğu görüldü. Sosyo-ekonomik düzey içinde orta olarak değerlendirdiğimiz grup günümüz şartlarına göre kötü gruba daha yakındır. Bu grubu da eklersek % 15.8 + % 59.1 = % 74.9 hesabı ile karşımıza daha yüksek bir oran çıkar. Yetersiz antenatal bakım alan kişiler genellikle düşük sosyo-ekonomik grupta olup, literatürde bu kadınlarda erken doğum ihtimalinin % 40-50'ye kadar yükseldiği bildirilmiştir (12,13). Sosyo-ekonomik düzeyi belirleyici kriterlerden biri de eğitim düzeyidir. Bu açıdan bakınca yapılan çalışmada antenatal bakım yapılmayan hastaların % 88.4'ünün okumamış ya da ilköğretim mezunu olduğu görüldü. İzmir Devlet Hastanesi'nde erken doğumda risk faktörleri ve tedavi konulu çalışmada da benzer şekilde vakaların % 60'ında yetersiz antenatal bakım olduğu bulunmuştur (14).

SSK Tepecik Doğumevi'nde yapılan düşük doğum ağırlıklı doğumların azaltılmasında rutin antenatal takibin önemini araştırdığı bir çalışmada düşük doğum ağırlıklı doğum yapan annelerin antenatal bakım alma düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğu, genelde düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip oldukları, yine bu annelerin sağlıklarına daha az önem verdikleri ve prematür doğum eylemini tanıma yönünden bilgisiz oldukları ortaya çıkarılmıştır. SSK hastanelerinde muayene tetkik ve tedavinin ücretsiz olması nedeniyle olayın temelini eğitim eksikliği olduğu belirtilmiştir (15).

Moore ve arkadaşlarının (16) yaptığı düşük sosyo-ekonomik popülasyonda antenatal bakımın araştırıldığı bir çalışmada hiç antenatal bakım almayan kadınlarda preterm doğum oranı % 13 olmasına karşılık antenatal programa tâbi tutulan-

larda bu oran % 2 bulunmuştur. Bu çalışmada elde edilen başka bir sonuç ise antenatal bakım görmeyenlerin görenlere oranla daha fazla parasal harcamaya yol açmasıdır. Ekonomi ve sağlık politikaları için bu sonuçların değerlendirilmesi anlamlıdır. Çalışılan popülasyondaki fakir kadınların antenatal programlara dahil edilmesi belirgin derecede doğum ve hemşirelik harcamalarını azaltmakta ve aynı zamanda yenidoğan mortalite ve morbiditesini düşürmektedir.

Tokuhata ve arkadaşları (17) 185.000 doğumun incelendiği çalışmalarında prematürite oranını antenatal bakım almamış kadınlarda % 23.6, bakım alanlarda ise % 6.9 olarak saptamışlardır. Kaunitz (16) dinsel sebeplerden ötürü perinatal bakımdan kaçmış ve evde doğum yapmış gebelerin doktorlar tarafından görülmüş ve doğurtulmuş gebelerden 3 kat daha fazla perinatal mortaliteye sahip olduğunu tespit etmiştir.

Gebelikte en sık görülen komplikasyonlardan biri olan hipertansiyon, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir. Tüm perinatal ölümlerin % 20-25'inin gebeliğin indüklediği hipertansif bozukluklara bağlı olduğu bildirilmiştir (17). Gebelik ve hipertansiyonda perinatal mortaliteye en sık yol açan nedenler IUGG, prematürite ve intrauterin asfiksi gibi nedenlerdir. Merz (18) 1275 vakalık gebelik ve hipertansiyon serisinde % 5 prematürite, % 23 düşük doğum ağırlığı bulmuş ve bunun normal popülasyondan 2 kat fazla olduğunu göstermiştir. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan 230 prematür bebeğin incelendiği çalışmada risk faktörü olarak hipertansiyon % 9.10 oranında saptanıp literatür ile uyumlu görülmüştür (19). Bu çalışmada bu oran oldukça yüksek tespit edildi (% 29.1).

Preterm eyleme yol açan pek çok etken arasında önlenebilir olmasına rağmen maternal anemi de vardır. Türkiye'de 1982 yılında yapılan bir çalışmada gebe olmayan kadınların yaklaşık yarısında, gebelerin ise 2/3'ünde demir eksikliği anemisi olduğu tespit edilmiştir (20). Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde yapılan 24-37. gebelik haftaları arasında gerçekleşen doğumların değerlendirildiği bir çalışmada erken doğum tehdidi tanısıyla tedavi edilen gebelerin % 20.6'sında hemoglobinin düzeyi 10 gr/dl altında edilmiştir (21). Bu çalışmada anemi % 40 oranında görüldü. Bu konuda aynı sonuca varan bir çok çalışma literatürde mevcuttur.

Sağlıklı kişilerde olduğu kadar hamilelikte de sigara içiminin etkileri çeşitli çalışmalarda araştırılmıştır. Gebelikte içilen sigaranın hem gebenin

sağlığına hem de fetüs gelişimi üzerine olumsuz etkileri belirtilmiştir. Ülkemizde gebelikte sigara kullanımı ile ilgili geniş kapsamlı çalışmaların sayısı azdır. Erzurum'da 1991-1992 yılında 2000 gebede yapılan bir çalışmada sigara içme oranı % 2.7, sigara içen gebelerde İUGG oranı % 25.9, prematürite ise % 5.5 olarak bulundu. Sigara içmeyen grupta prematüriteye rastlanmadı (21). Bu çalışmada erken doğum vakalarında sigara içme oranı % 5 olarak tespit edildi. Bu bulgular gebelikte sigara içiminin preterm doğum ve İUGG'ne neden olduğunu gösteren çalışmalarla uyumluluk göstermektedir (23). Sigara içme oranının düşük olmasını bölgemizin örf ve adetlerine bağlayabiliriz. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan çalışmada erken doğum tanısı alanların % 2'sinin, miyadında doğum yapanların % 1'inin aşırı sigara kullandığı tespit edildi (11). İzmir Devlet Hastanesi'nde yapılan bir çalışmada ise erken doğum yapan hastaların % 10'unun günde 10 taneden fazla sigara içtiği belirtilmiştir (14). Az sayıda sigara kullanan gebelerde bile sigara içilmesi fetüsü kötü yönde etkilemektedir. Uzun süreli ve çok sayıda sigara içimine devam edilmesi durumunda ise fetüste kalıcı etkilerin görülme ihtimali artmaktadır.

Çoğul gebelikler ve polihidroamniyos; artmış intrauterin basınç ve uterin gerilmeye bağlı olarak, erken doğumun sık olduğu durumlardır. Bu çalışmada erken doğum tanısı alan vakaların % 9.1'inde çoğul gebelik saptanırken sadece 1 vakada polihidramniyos tespit edildi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan aynı konulu çalışmada ise % 5 vakada ikiz gebelik, % 2 vakada ise polihidramniyos saptanmıştır (11).

Plasenta previa, plasenta dekolmanı ve diğer çeşitli nedenlere bağlı antepartum vajinal kanamalar erken doğum riskini arttırmaktadır (23). Bu çalışmada 2 vakada plasenta previa, 5 vakada plasenta dekolmanı (toplam % 5.8) tespit edildi. Benzer başka bir çalışmada 17 vakada değişik nedenlere bağlı antepartum vajinal kanamaya, 10 vakada ise plasenta previaya rastlanmış, plasenta dekolmanı saptanmamıştır (11).

Literatürde bir erken doğumdan sonraki gebeliğin 16 ve 36. haftalar arasında sonlanma riskinin 4 kat arttığı bildirilmektedir. Bazı araştırmacılar tarafından daha önceki erken doğumlara bağlı olarak erken doğum riskinin % 7-40 olduğu bildirilmektedir (24). Erken doğumda risk faktörlerinin araştırıldığı bir çalışmada eğer bir kadın ilk doğumunu preterm yapmamışsa sonraki doğumunda erken doğum riski % 4.4, ilk doğumunu preterm yapmışsa 2. doğumunda erken doğum ihtimali %

17.2, ilk 2 doğumunu da preterm yapmışsa üçüncünün erken olma ihtimali % 28.4 olarak tespit edilmiştir (8). Ülkemizde İzmir'de yapılan bir çalışmada erken doğum tanısı alan vakaların % 18'inde en az 2 erken doğum veya geç abortus öyküsü tespit edilmiştir (11). Bu çalışmada erken doğum öyküsü % 13.3 vakada, abortus öyküsü % 16.6 vakada tespit edildi.

Anne yaşı prematür doğum açısından da önemli bir risk faktörüdür. Anne yaşının fazla küçük veya ileri olması erken doğum oranını arttırmaktadır. Maternal yaşın 35 ve üzerinde olduğu gebeliklerin değerlendirildiği bir çalışmada preterm eylem % 9.6 oranında görülürken kontrol grubunda % 4.4 olarak tespit edildi (11). Bu çalışmada vakaların % 82.5'i doğurganlığın en fazla olduğu 19-34 yaş grubunda olup, 18 yaş ve altındaki küçük anne yaşı oranı % 4.1, 35 yaş ve üzerindeki büyük anne yaşı oranı ise % 13.3 idi. Erzurum'da yapılan bir çalışmada 16 yaşından küçük anne yaşı oranı % 9.5, 35 yaşından büyük anne yaşı oranı ise % 7.3 bulundu (18). Bu bulgular literatür verileri ile uyumluluk göstermektedir (2).

Dünyanın pek çok yerinde yok denecek kadar azalmasına rağmen bazı Asya ülkelerinde ve İslam ülkelerinde halen sıklıkla yapıldığı bilinen akraba evlilikleri, ülkemizde de yaygın olan bir evlilik çeşididir. Bütün Türkiye'de 50 yaşın altında olup, halen evli veya başından bir evlilik geçmiş kadınların % 16.9'u birinci derece akraba evliliği, % 4'ü ikinci derece akraba evliliği, % 0.6'sı da üçüncü derece akraba evliliği yapmışlardır. Birinci ve ikinci derecede akraba evliliklerinin tüm evlilikler içindeki payı bütün Türkiye'de % 20.9 iken bu oran Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da % 32.86, Güney Anadolu'da % 29.36, Orta Anadolu'da % 22.41, Kuzey Anadolu'da % 21.68, Batı Anadolu'da % 10.18'dir. Genellikle akraba evliliğine bağlı çocuk ölümleri söz konusu olduğunda, sosyo-ekonomik faktörlerin büyük ağırlığının olması nedeniyle tartışmalar çok soyut düzeyde kalmaktadır. Yapılan araştırmada yakın akrabalar arasında yapılan evliliklerin bebek ölümlerini artırıcı bir faktör olduğu gösterilmiştir(24). Akraba evliliğinin prematür doğum içinde bir risk faktörü olabileceği düşünülen bu çalışmada eşler arasında % 12.3 oranında I. derece akraba evliliği görüldü.

Doğum aralığı yenidoğanın doğum kilosu ve yaşamına etki eden önemli faktörlerden biridir. Doğumlar arasındaki zamanın kısa olması özellikle gelişmekte olan ülkelerde söz konusu olup diğer bir risk faktörü olan maternal anemiyi de beraberinde getirir. Bu çalışmada vakaların %

23.3'ünün kısa aralıklarla gebe kaldıkları görüldü. Bir çok çalışmada kısa doğum aralığının fetüs (düşük doğum aralığı, prematürite) ve anne (anemi) sağlığı üzerine olumsuz etkileri gösterilmiştir (11).

Akatlı ve Tunçbilek (25) doğum aralığının iki yıldan az olmasını kısa doğum aralığı olarak kabul ettiklerinde, doğumların % 30.7'sinin kısa doğum aralığını takiben gerçekleştiğini bildirmiş ve ülkemizde tüm doğumların uygun aralık ile yapılması halinde, bebek ölümlerinin % 27.8'inin önlenileceğini tahmin etmişlerdir. Aynı araştırmacılar uzun gebelik aralığından sonra doğanlarda bebek ölüm hızı binde 66.6 iken kısa aralıktan sonra doğanlarda bu hızın binde 111.4 olduğunu bildirdiler. Ülkemiz için hala bir sağlık sorununu teşkil eden bebek ölümlerinin azaltılmasında kısa doğum aralığının önlenmesi önem taşımaktadır.

Sonuç olarak hem anne hem fetal ve neonatal sağlık açısından gebelikler arasındaki süre önem arz etmektedir. Gebelik aralığı ile ilgili tavsiyelerde bulunurken dikkate alınması gereken parametreler annenin yaşı, eğitim, genel sağlık durumu, ailenin ekonomik gücü, önceki gebeliğin sonucu ve üzerinde çok az durulan kadının en son olarak ne kadar süre ile emzirdiği olmalıdır. Ülkemiz için gebelik aralığının ideal aralığa uzaması anne ve bebek sağlığı üzerine önemli katkılar sağlayacaktır.

Çalışmamızda antenatal bakım yetersizliği birinci risk faktörü olarak görülmektedir. Ülkemizde antenatal bakım yönünden kadınların bilinçsiz olduğu, ancak doğum eylemi başladığında doktora ve hastaneye gelindiği bilinmektedir. Sadece aileye maddi ve manevi yük olan erken doğum eylemi için değil, tüm gebelik komplikasyonlarını önlemede antenatal kontrollerin önemi anne adaylarına mutlaka öğretilmeli, bu konuda bilinçlendirilmelidir. Bunu başarabilirsek olumlu sonuçlarını da görebileceğimiz kanaatindeyiz. Erken doğum eylemine neden olabilecek yukarıda saptanan risk faktörleri gebelerde antenatal dönemde aranıp saptanırsa; perinatal mortalite ve morbiditede önemli yer tutan erken doğum eyleminin önlenmesi, erken tamsı uygun tedavisi ve gerekirse bebek için gerekli önlemlerin alınması mümkün olabilir.

**Haberleşme Adresi:**

Yrd.Doç.Dr. Ali Acar  
Selçuk Üniversitesi  
Tıp Fakültesi  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı  
Konya  
Tel: 0332 323 26 00 -1415  
Fax: 0332 237 66 65

**Kaynaklar**

- 1-Kramer MS. Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 1987; 65:663-737.
- 2-Wen SW, Goldenberg RL, Cutter GR, Hoffman HJ, Cliver SP. Intrauterine growth retardation and pterm delivery: prenatal risk factors in an idigent population. *Am J Obstet Gynecol.* 1990; 162:213-18.
- 3-Aydın A, Çam H. Prematür bebeğin beslenmesi. *İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi.* 1994; 29:204-8.
- 4-Robert A, Joan E. High-risk pregnancy. London: WB Saunders, 1986; 15-6.
- 5-Salafia CM, Vintzileos AM, Bantham KF, et al. Placental pathology findings in preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 934-8.
- 6-Salafia CM, Vogen CA, Bantham KF, et al. Preterm delivery: Correlation of fetal growth and placenta pathology. *Am J Perinatol* 1992; 9:190-3.
- 7-Howat RCL, Dunn F, Mc Naughton MC. The Scottish perinatal mortality survey. *Br Med J* 1979; 2:1103.
- 8-Garite TJ. Premature rupture of the membranes. In: Creasy RK, Resnik R (eds): *Maternal and Fetal Medicine, Principles and Practice.* Philadelphia: WB Saunders, 1994; 625-38.
- 9-Kitzmilller JL. Preterm premature rupture of the membranes in Fuchs. In: Stubblefield PG (ed). *Preterm Birth: Causes, Prevention and Management.* New York: Mc Millan, 1984; 289-322.
- 10-Turan C, Özcan T. Preterm erken membran rüptüründe risk faktörleri. *Perinatoloji Dergisi.* 1995; 3:30-2.
- 11-Yücebilgin MS, Aşkar N. Erken doğum etyolojisinde risk faktörleri araştırılması. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi.* 1990; 29(2): 249-52.
- 12-Fredrick J, Anderson ABM. Factors associated with spontaneous preterm birth. *Br J Obstet Gynecol.* 1976; 83: 342-3.
- 13-Pernall ML, Benson RC. *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment.* New York: Appleton and Lange. 1987; 302-10.
- 14-Karcı L, Yensel U. Erken doğumda risk faktörleri, tedavi ve tedavi sonuçları. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 1991; 1:39-43.
- 15-Uran B, Erler A. Düşük ağırlıklı doğumların azaltılmasında rutin antenatal takibin önemi. *SSK. Tıp Bülteni* 1990; 3:21-25.
- 16-Moore TR. *The perinatal and economic impact of prenatal care in a low socioeconomic*

- population. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;154: 29-33.
- 17-Tokuhata GK, Digon E, Mann L. *Prenatal care and obstetric abnormalities. J Chronic Dis* 1973;26:163.
- 18-Kaunitz AM, Spence C, Danielson TS, Rochat RW, Grimes DA. *Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. Am J Obstet Gynecol.* 1984;150 (7):826-31.
- 19-Sibai BM. *Immunologic aspects of pre-eclampsia. Clin Obstet Gynecol* 1991; 34 (1): 27-33.
- 20-Altınkaynak S, Alp H ve ark. *Prematüre bebeklerle ilgili epidemiyolojik bir inceleme. İzmir Çocuk Hastanesi Tıp Bülteni* 1991; 7(2): 93-101.
- 21-Madazlı R, Kavuzlu C. *Erken Doğum Tehdidi Olguları ve Tokolizin İrdelenmesi. Perinatoloji Dergisi* 1993; 1: 182-6.
- 22-Alp H ve ark. *Gebelikte sigara kullanımının fetusa etkileri. İstanbul Çocuk Kliniği Dergisi,* 1995; 30: 80-3.
- 23-Olsen J, Pereira CA, Olsen FS. *Does maternal tobacco smoking modify the effect of alcohol on fetal growth? Am J Public Health* 1991; 81: 69-73.
- 24-Main MD. *Epidemiology of preterm birth. Clin. Obstet and Gynecol* 1988; 31: 521-1.
- 25-Ulusoy M, Tunçbilek E. *Türkiye'de akraba evlilikleri ve çocuk ölümlerine etkisi. Nüfusbilim Dergisi.* 1987; 9: 7-26.
- 26-Akadlı B, Tunçbilek E. *An evaluation on the relation between birth spacing and infant mortality in Turkey. Nüfusbilim Dergisi* 1987; 9:27-38.