

**T.C.**  
**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**GEBE KADINLARIN GENİTAL HİJYEN  
DAVRANIŞLARININ VE VAJİNAL DUŞ  
UYGULAMALARININ PRETERM DOĞUM EYLEMİ  
ÜZERİNE ETKİSİ**

**Tezi Hazırlayan**  
**Melisa ARIKAN**

**Tez Danışmanı**  
**Prof. Dr. Semra KOCAÖZ**

**Hemşirelik Anabilim Dalı**  
**Yüksek Lisans Tezi**

**Temmuz 2019**  
**NEVŞEHİR**

Prof. Dr. Semra KOCAÖZ (1. Danışman) ve Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK (2. Danışman) danışmanlığında **Melisa ARIKAN** tarafından hazırlanan “**Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının ve Vajinal Duş Uygulamalarının Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi**” başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

19/07/2019

### JÜRİ

Başkan : Prof. Dr. Nimet KARATAŞ

imza.....

Üye : Prof.Dr. Semra KOCAÖZ

imza.....

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Didem KAYA

imza.....

### ONAY:

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun 31.07.2019 tarih ve 45-460 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Şükran ÖZTÜRK

Enstitü Müdürü



## TEZ BİLDİRİM SAYFASI

Tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada yer alan bütün bilgilerin bilimsel ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu ve bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiksiz atıf yapıldığını bildiririm.

Melisa ARIKAN



## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ilminden faydalandığım, deneyimlerini esirgmeden paylaşan, destekleyici ve yol gösterici tavrından dolayı değerli danışman hocam Prof. Dr. Semra KOCAÖZ'e,

Bilgi ve deneyimlerini yol gösterici bir şekilde paylaşan sevgili hocam Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK'a,

Yardımları ve bilgisiyle katkı saylayan kıymetli hocam Araş. Gör. Pınar KARA'ya,

Araştırmama katılan tüm gebelere,

Motive edici tavrıyla yanımda olan ve desteğini her zaman hissettiğim canım arkadaşım Saadet YALÇIN'a ve YALÇIN ailesine,

Her zaman arkamda olduğunu bildiğim annem Zeynep ARIKAN'a,

Aileme ve gülümsemesiyle dünyamı değiştiren yeğenim Çağan ARIKAN'a teşekkür ederim.

**GEBE KADINLARIN GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARININ VE VAJİNAL  
DUŞ UYGULAMALARININ PRETERM DOĞUM EYLEMİ ÜZERİNE ETKİSİ  
(Yüksek Lisans Tezi)**

**Melisa ARIKAN**

**NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ  
FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**Temmuz 2019**

**ÖZET**

Bu araştırma, gebe kadınların genital hijyen davranışları ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, 04 Aralık 2017-25 Ocak 2018 tarihleri arasında bir ilin şehir hastanesinin kadın doğum polikliniğinde non stres test yaptırmaya gelen, 18-35 yaşları arasında ve 20-37. gebelik haftasında olan tüm gebe kadınlar oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, evreni belli olmayan örneklem genişliği formülüne göre seçilmiş ve dahil edilme ölçütlerine uyan 365 gebe kadın ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, “Veri Toplama Formu” ve “Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE)” ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmış, ikili karşılaştırmalarda Ki-kare ve bağımsız gruplarda T testleri kullanılmış ve lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmamızda 10 gebe kadından yaklaşık olarak dördünün bu hamileliğinde preterm doğum eylemi tanısı aldığı belirlenmiştir. Gebe kadınların GHDE’den aldıkları ortalama puanı  $64.42 \pm 10.44$  olup, yaklaşık olarak 10 kadından üçünün vajinal duş uyguladıkları tespit edilmiştir. Gebelik ve doğum sayısı arttıkça, önceki hamileliklerinde sağlık sorunu yaşayanlarda, preterm eylem ve doğum öyküsü olanlarda, düşük yapanlarda, gebelik öncesinde kontraseptif kullananlarda preterm doğum eylemi tanısı alma oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p < 0.05$ ). Araştırmamızda günlüğe göre haftada 2-3 kez iç çamaşırını değiştirenlerde, oturarak banyo yapanlarda, elini kullanarak su ile taharetlenenlerde, taharetlenme sonrası bez ile kurulama yapanlarda ve iki aydan daha fazla cinsel bölgedeki kıllarını temizleyen kadınlarda preterm doğum eyleminin görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Lojistik regresyon analizine göre preterm doğum eylemi tanısı alma ile GHDE’den aldıkları puan ortalaması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Vajinal duş uygulayan gebe

kadınların, bu genital sanitasyonu uygulamayanlara göre preterm doğum eylemi gelişme olasılığının yaklaşık olarak 0.2 kat arttığı belirlenmiştir ( $p<0.0001$ ). Bu sonuçlar doğrultusunda gebe kadınların genital hijyen davranışları kötüleştikçe ve vajinal duş uygulama durumunda preterm doğum eyleminin görülme oranının arttığı tespit edilmiştir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından, preterm doğum eylemini önlemek için tüm gebe kadınlara rutin izlemleri sırasında belirli aralıklarla genital hijyene yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önerilmiştir.

***Anahtar kelimeler: Gebelik, Preterm Eylem, Genital Hijyen Davranışları, Vajinal Duş, Hemşirelik***

**Tez Danışman: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ, Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK**  
**Sayfa Adeti:69**

# THE EFFECT OF GENITAL HYGIENE BEHAVIOR AND VAGINAL DOUCHING OF PREGNANT WOMEN ON PRETERM LABOR

(Postgraduate Thesis)

Melisa ARIKAN

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ UNIVERSITY  
FACULTY OF SCIENCE INSTITUTE

July 2019

This study was performed in a descriptive study to determine the effect of genital hygiene behavior and vaginal douching of pregnant women on preterm labor. The study universe consisted of all pregnant women aged 18 to 35 years in pregnancy week 20-37 who had presented at the obstetrics outpatients department of a state hospital to undergo a non-stress test between 04 December 2017- 25 January 2018. The study sample was determined using sample width with an unknown universe and the study was completed with 365 pregnant women who met the inclusion criteria. The study data were collected using the "Data Collection Form" and the "Genital Hygiene Behavior Inventory (GHBI)". Descriptive statistics were used for data evaluation. We employed the t-test in independent groups and the chi-square method for two-way comparisons in addition to logistic regression analysis. We found that approximately 4 of every 10 women had received a diagnosis of preterm labor during the current pregnancy. The mean GHBI score of the pregnant women was  $64.42 \pm 10.44$  and vaginal douching was used by approximately three out of every 10 women. The prevalence of receiving a diagnosis of preterm labor was significantly higher with an increasing number of pregnancies and births and also in those who had a health-related problem in their previous pregnancies, had a history of preterm labor or birth, had suffered a miscarriage, or had used contraceptives before the pregnancy ( $p < 0.05$ ). We found that the preterm labor prevalence was higher in women who changed their underwear 2-3 times a week, who took baths in the sitting position, who cleaned the genital area manually with water, who dried the genital area with a tissue after manual cleaning with water and who removed excess genital hair every two months or less frequently ( $p < 0.05$ ). Logistic regression analysis did not reveal a significant relationship between a diagnosis of preterm labor and the total mean score from the GHBI ( $p > 0.05$ ). The probability of preterm labor development was 0.2 times higher in women who used vaginal douching

compared to those who did not ( $p<0.0001$ ). These results indicate that worse genital hygiene behavior and the use of vaginal douching in pregnant women lead to an increased prevalence of prenatal labor. We therefore recommend all health care professionals to regularly provide all pregnant women information on genital hygiene and answer any related questions during the routine follow-ups so as to avoid preterm labor.

***Key words: Pregnancy, Preterm Labor, Genital Hygiene Behaviors, Vaginal Douching, Nursing***

**Thesis Consultant: Prof. Dr. Semra KOCAÖZ, Assit. Prof. Aynur KIZILIRMAK  
Number of Pages:69**



## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI .....	i
TEZ BİLDİRİM SAYFASI .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
<b>BÖLÜM 1 GİRİŞ</b> .....	1
<b>BÖLÜM 2 GENEL BİLGİLER</b> .....	4
2.1. Preterm Doğum Eylemi .....	4
2.2. Preterm Doğum Eyleminin Etiyolojisi.....	4
2.2.1. Geçmişte preterm doğum eylemi öyküsü.....	5
2.2.2. Stres .....	5
2.2.3. Çoğul gebelikler .....	6
2.2.4. Operasyonlar .....	6
2.2.5. Enfeksiyonlar .....	7
2.2.6. Sigara içme ve madde kullanımı .....	7
2.2.7. Uterin anomaliler .....	8
2.2.8. Düşük beden kütle indeksi .....	8
2.2.9. Servikal uzunluk ve yetmezlik.....	8
2.2.10. Sosyo-demografik faktörler .....	9
2.2.11. Yardımcı üreme teknikleri .....	9
2.2.12. Gebelik komplikasyonları .....	10
2.3. Preterm Doğum Eyleminin Anne ve Fetal Sağlığa Etkileri.....	10
2.4. Preterm Doğum Eyleminde Tanı ve Tedavi.....	11

2.4.1. Tokolitik tedavi .....	12
2.4.2. Yatak İstirahati .....	13
2.4.3. Cinsel aktivite kısıtlanması .....	13
2.4.4. Hidrasyon .....	13
2.4.5. Sedasyon .....	14
2.4.6. Servikal serkölaj .....	14
2.4.7. Fetal akciğerin olgunlaştırılması .....	14
2.5. Genital Hijyen Davranışları ve Vajinal Duşun Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi .....	194
2.6. Preterm Doğum Eylemini Önlemede Hemşirenin Rolü .....	197
<b>BÖLÜM 3 GEREÇ VE YÖNTEM</b> .....	19
3.1. Araştırmanın Türü .....	19
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri .....	19
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	20
3.3.1. Araştırmanın Evreni .....	20
3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....	20
3.4. Verilerin Toplanması .....	21
3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması .....	21
3.4.2. Ön uygulama .....	21
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması .....	22
3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	22
3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri .....	23
3.6.1. Araştırmanın bağımsız değişkenleri .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b> 23
3.6.2. Araştırmanın bağımlı değişkeni .....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b> 23
3.7. Araştırmanın Etik Yönü .....	23
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	23
<b>BÖLÜM 4 BULGULAR</b> .....	24
<b>BÖLÜM 5 TARTIŞMA VE SONUÇ</b> .....	38

<b>KAYNAKLAR</b> .....	47
<b>EKLER</b> .....	59
EK-1: Veri Toplama Formu .....	60
EK-2: Genital Hijyen Davranışları Envanteri .....	64
EK-3: Etik Kurul Onayı .....	66
EK-4: Çalışma İzni .....	67
EK-5: Bilgilendirilmiş Onam Formu .....	68
<b>ÖZGEÇMİŞ</b> .....	69



## TABLolar LİSTESİ

Tablo 4.1.	Gebe Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı	24
Tablo 4.2.	Gebe Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı	26
Tablo 4.3.	Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Vajinal Duş Yapma Özelliklerine Göre Dağılımı	28
Tablo 4.4.	Gebe Kadınların Kendisinde ve Eşinde Genital Enfeksiyon Olma Durumuna Göre Dağılımı	30
Tablo 4.5.	Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE)'nden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı	30
Tablo 4.6.	Gebe Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı	31
Tablo 4.7.	Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları ile Vajinal Duş Özellikleri ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı	33
Tablo 4.8.	Gebe Kadınların Vajinal Akıntısı ve Eşinin Genital Enfeksiyon Varlığı ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumlarına Göre Dağılımı	36
Tablo 4.9.	Gebe Kadınların Vajinal Duş Yapmaları ve Genital Hijyen Davranışları Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları ile Preterm Doğum Eylem Tanısı Alma Arasındaki Lojistik Regresyon Sonuçları	37

## KISALTMALAR LİSTESİ

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**BKİ:** Beden Kütle İndeksi



## BÖLÜM 1

### GİRİŞ

Kadın sağlığı, “bir kız çocuğunun doğumundan ölümüne kadar geçen zaman diliminde, hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil bedenen, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olmasıdır” şeklinde tanımlanmaktadır [1]. Tüm yaşam dönemlerinde sağlık sorunları görülmekle birlikte, özellikle 15-49 yaş grubunda yer alan kadınların doğurganlık özellikleri nedeniyle hayatları olumsuz yönde etkilenebilmektedir [2]. Gebelik, doğum ve lohusalık döneminde gelişen komplikasyonlar nedeniyle hem annelerin hem de bebeklerinin sağlığı ciddi şekilde riske girmektedir [1]. Literatürde gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinde gelişen komplikasyonların, annelerde ve onların bebeklerinde morbidite ve mortalite sorunlarına yol açacağı belirtilmektedir [3]. Ülkemizde yüz binde 14.6 kadının gebelik, doğum ve lohusalık nedeniyle yaşamını yitirdiği saptanmıştır [4]. Hem kadınların doğurganlık özelliklerinden kaynaklanan komplikasyonlar sonucunda annelerin ölümü gerçekleşmiş, hem de bin bebekten 9.2’si de hayatını kaybetmiştir [5]. Anne ve bebek ölümlerini ve hastalıklarını azaltabilmek için kadınların gebelik döneminde ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarının önlenmesi ya da erken dönemde saptanması ve tedavi edilmesi gerekmektedir [6]. Doğum öncesi dönemde annelerde hospitalizasyona, neonatal ve yenidoğan bebeklerde mortaliteye neden olan sağlık sorunlarından birisi preterm doğum eylemi [erken doğum tehdidi]’dir [7].

Dünya çapında her yıl 15 milyon preterm doğum eylemi meydana gelmektedir. Ayrıca ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte, preterm doğum eyleminin insidansı %5-13 arasında değişiklik göstermektedir [8]. Terapötik alandaki gelişmelere rağmen, preterm doğum eylemi insidansında çok az azalmanın görüldüğü belirtilmektedir [9]. Ülkemizin güneyinde yapılan bir çalışmada, gebelerin %19’unun preterm doğum yaptıkları belirtilmektedir [10]. Derbent ve çalışma arkadaşlarının önceden preterm eylem öyküsü olmayan, nifedifinle tokolitik tedavi alan ve 24-34. gebelik haftasında olan kadınlarla yaptıkları çalışmalarında, tekli gebeliklerin %31.1’inde ve ikizlerin ise %81.3’ünde erken doğum eyleminin gerçekleştiği saptanmıştır [11]. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise 439 gebe kadından 170 [%38.7]’inde preterm doğum eylemi öyküsü olduğu tespit edilmiştir [12]. Bu kadar yüksek sıklıkta görülen preterm doğum eylemi

bebeğin sağlığını tehdit etmesinden dolayı annelerde posttravmatik strese yol açar iken [13], yenidoğanların vücut fonksiyonlarının gelişimini tamamlamadan doğmasına neden olmaktadır [14]. Bebeklerin erken doğum sonucunda akciğerin yeterince gelişmemesine bağlı olarak respiratuvar distres sendromu gelişmekte, intravasküler ya da pulmoner hemoraji, hiperbilirubinemi, enfeksiyona yatkınlık, anemi, ısı düzenleme mekanizmasında yetersizlik, nörolojik ve metabolik sorunlar ortaya çıkabilmektedir [14].

Annede ve özellikle bebeğinde bu kadar sağlık sorunu oluşturan preterm doğum eyleminine; kısa servikse sahip olma, çoklu gebelik ve vajinal kanama gibi kesin gebelik komplikasyonları, önceki doğumun erken olması, gebelikler arasında kısa zaman aralığı, uterus ve servikse yönelik cerrahi girişimler, gebelik öncesi düşük beden kütle indeksi (BKİ)'ne sahip olma, hamilelik sırasında sigara ve madde kullanımı neden olabilmektedir [15]. Preterm doğum eylemi riskini artıran diğer durumlar arasında ise düşük sosyoekonomik statü ve öğrenim düzeyi, adölesan gebelik, doğum öncesi bakım eksikliği ve beslenme yetersizliği yer almaktadır. Preterm doğum eylemine üriner sistem, vajinal, uterin ve fetal enfeksiyonlar da sebep olabilmektedir [14]. Preterm doğum eylemine neden olan bu enfeksiyonların gelişmesinde genital hijyen davranışları [16], vajinal duş uygulaması [16,17] ve kötü hijyen koşulları önemli rol oynamaktadır [16].

Genital hijyen davranışları; sosyal iyilik halini arttırmak, rahatsızlığı azaltmak ve sağlığı geliştirmek gibi çok yönlü amaçla yapılmakta ve kişilerin bilgi, inanç ve alışkanlıklarından etkilenmektedir [18]. Benzer amaçlarla yapılan vajinal duş uygulamalarında da bireylerin psikolojik, sosyal ve kültürel yaşantıları önemli rol oynamaktadır [19,20]. Vajinal duş uygulamaları, genital hijyen davranışlarının içerisinde yer almaktadır [20-24]. Bu davranış ve uygulamalar bireyden bireye göre farklılık göstermektedir [25]. Genital hijyenin yanlış, yetersiz ya da hiç yapılmadığı durumlarda kadınlarda genito-üriner enfeksiyonların gelişebileceği bilinmektedir [26,27]. Bu nedenle genito-üriner enfeksiyonlara bağlı preterm doğum eylemi riskinin azaltılması için hijyen davranışlarının [17,27] ve vajinal duş uygulama alışkanlıklarının [26,28] bilinmesi önemlidir. Hemşirenin önemli görevlerinin arasında sağlığı korumak ve geliştirmek yer almaktadır [29]. Hemşirelik Yönetmeliği'nin 6. maddesinin 1. fıkrasının g bendinde "Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini

yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.” denilmektedir [30]. Ayrıca Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik’in kadın sağlığı ve

hastalıkları hemşireliğinin görev ve sorumlulukları arasında “Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder” ifadesi bulunmaktadır [32]. Bu nedenle bireylerin sağlığının korunabilmesi için öncelikle bu durumu bozacak risk faktörlerinin bilinmesi ve konuyla ilgili gerekli önlemlerin alınması gerekmektedir.

Ulusal ve uluslararası düzeyde vajinal duş ve preterm doğum eylem arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar bulunmaktadır [17,28,32-34]. Ancak genital hijyen davranışları ile preterm doğum eylemi arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu konuda yapılacak araştırmamızdan elde edeceğimiz sonuçlar, bireylerin genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemine etkisi olup olmadığının belirlenmesine yönelik literatüre katkı sağlayacağı ve aralarında ilişki var ise annelerin ve bebeklerin sağlığını korumak amacıyla bu konuda verilecek olan eğitimlerin ve stratejik müdahalelerinin belirlenmesinde ve planlanmasında faydalı olabilecektir. Bu nedenle çalışma gebe kadınların genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## BÖLÜM 2

### GENEL BİLGİLER

#### 2.1. Preterm Doğum Eylemi

Preterm ya da erken doğum eylemi, 20. ve 37. gebelik haftaları arasında uterusun kas kontraksiyonlarıyla birlikte servikal silinme ve dilatasyonunu takiben gerçekleşen doğum olarak tanımlanmaktadır [35]. Ülkemizde ve dünyada erken doğum eyleminin görülme sıklığı giderek artış göstermektedir [35,36]. Farklı popülasyonlara göre gebe kadınlarda preterm doğum eyleminin görülme sıklığı değişmektedir [7,8,10,12,17]. Blencove ve çalışma arkadaşları tarafından 184 ülkede yapılan ve Lancet'te yayınlanan bir araştırmada, gebe kadınlarda erken doğum eylemi görülme oranlarının %5.0-18.0 arasında değiştiği belirtilmektedir. Bu araştırmada tüm canlı doğumların %11.1'nin erken doğum eylemi nedeniyle gerçekleştiği ve bu nedenle her yıl 150 bin preterm bebeğin doğduğu ifade edilmektedir [37]. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün, 2012 yılında 184 ülkenin yer aldığı "Erken Doğum Hakkında Küresel Eylem Raporu"nda, kadınlarda preterm doğum oranı %11.97 olarak tespit edilmiştir [38]. Literatürde preterm doğum eylemi görülme sıklığının ülkelere göre değişim gösterdiği vurgulanmaktadır. Preterm eylem görülme oranı, bazı Avrupa ülkelerinde %5 ve bazı Afrika ülkelerinde ise %18 oranında görüldüğü belirtilmektedir. Sahra altı ve Güney Asya ülkelerinde ise bu oran %60'lara kadar yükselmektedir [39]. Ayrıca preterm doğum eyleminin görülme sıklığında ırksal farklılıkların rol oynadığı belirtilmektedir. Siyah kadınlarda preterm doğum eylem oranı %16-18 arasında değişirken, bu durum beyaz ırktakilerde %5 ve %9 aralığında görülmektedir. Siyah kadınlarda, diğer ırk ve etnik gruptakilere göre 3-4 kat daha fazla preterm doğum eyleminin gelişme riskinin olduğu saptanmıştır [36].

#### 2.2. Preterm Doğum Eyleminin Etiyolojisi

Preterm doğum eylemine pek çok risk faktörü neden olmaktadır. Bu risk faktörleri arasında düşük sosyo-ekonomik düzey, sigara içme, etnik köken, düşük beden kütle indeksi, periodonditis, servikal cerrahi, uterin anomaliler, preterm doğum öyküsü, 16 haftadan önce gebelik kaybı, servikal yetmezlik, dölleme şekli, çoğul gebelik ve serviksin kısalığı yer almaktadır [8].

### **2.2.1. Geçmişte preterm doğum eylemi öyküsü**

Kadınların önceden preterm eylem öyküsünün olması, bu gebeliğinde doğumun erken başlamasına neden olabilmektedir [7,8,15,40-42]. Önceki doğum eylemi, tekrarlayan erken doğumlar için güçlü bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [42]. Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, tüm spontan doğumların %38.2'sinin 36. gebelik haftasından, %20.7'sinin 35. gebelik haftasında ve %3.6'sının 20-27. gebelik haftasında gerçekleştiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada önceden preterm doğum eylem öyküsü olan kadınların %27.9'unda tekrar erken doğumun gerçekleştiği ve istatistiki açıdan aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur [40]. Literatürde bir kadının daha önce erken doğum yapmış olması bu gebeliğinde preterm doğum eylemi gelişme riskini 1.5-2 kat arttırdığı belirtilmektedir [41]. Lykke ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, ilk doğumunu gebeliğin 32.-36. haftasında yapan kadınlarda preterm doğum eylemi görülme oranının %14.7 olduğu ve erken doğum riskinin yaklaşık olarak 6 kat arttığı saptanmıştır [43].

### **2.2.2. Stres**

Preterm doğum eylemiyle psikososyal ilişki arasındaki mekanizma henüz tam anlamıyla anlaşılmamıştır. Preterm eylemin etiolojisinde yer alan bazı psikososyal faktörler arasında major yaşam olayları, kronik stres, maternal anksiyete, ırkçılık ve sosyal destek yetersizliği yer almaktadır [42]. Gebelikte stres varlığında kortikotropin-relasing hormon seviyesinde yükselme meydana gelmektedir. Bu durum ise kadınlarda uterus kontraksiyonlarının meydana gelmesine yol açmaktadır. Aynı zamanda gebelikte stres oksitosin ve prostaglandin hormonlarını arttırmakta ve beta endorfin ve progesteron hormonlarını azaltarak da etki göstermektedir [44]. Vaka kontrol bir çalışmada, termde doğumunu gerçekleştirenlere göre preterm doğum eylemi yapan kadınlarda maternal stresin yaygın olarak görüldüğü ve bu durumun gelişim riskini yaklaşık iki kat arttırdığı tespit edilmiştir [45]. Ülkemizde Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada, eşinin ailesiyle sorun yaşayan kadınlarda, bu problemi yaşamayanlara göre preterm doğum eyleminin daha fazla görüldüğü saptanmıştır [17]. Kramer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise maternal plazma kortikotropin-relasing hormon ve saç kortizolu ile gebelikle ilişkili anksiyete ve stres veya distresle ilişkili ölçümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır [46].

### 2.2.3. oğul gebelikler

Yüksek risk grubunda yer alan çoklu gebelikler sıklıkla preterm doğum eylemine neden olmaktadır [42]. Uterusun aşırı gerilmesi, kaslarda irritabiliteye yol açmakta ve erken doğum eylemi için risk oluşturmaktadır [14]. Tüm ikiz gebeliklerin %50'si ve üçüz gebeliklerin %90'ından fazlası preterm olarak doğum eylemi gerçekleşmektedir. Dikoryonik ikizlerde %5.5 ve monokoryoniklerde %9 oranında 32. haftadan önce preterm doğum eylemi görülmektedir. Üçüzlerin %36'sı ise 32. gebelik haftasından önce doğum eylemi meydana gelmektedir [42]. Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada çoğul gebeliği olan kadınlarda anlamlı olarak preterm eylemin daha fazla görüldüğü belirlenmiştir [17]. Göksever ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada çoğul gebelik varlığında, preterm doğum eylemi gelişme riskinin yaklaşık olarak 17 kat arttığı tespit edilmiştir [47]. İkiz gebeliği olan kadınlarda doğum eylemi 30. gebelik haftasından önce gerçekleşti ise bir sonraki hamilelikte preterm doğum eylemi tekrarlama riskinin %40 oranında arttığı belirtilmektedir [41].

### 2.2.4. Operasyonlar

Gebeliğin 36. haftasından önce gerçekleştirilen acil cerrahi girişimler, kadınlarda preterm eylem ve doğum açısından riski arttırmaktadır. Özellikle iyileşme sürecinde salınan prostaglandinler uterus kontraksiyonlarını stimule etmektedir [14]. Juhasz-Böss ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, apendisitli ve kolesistitli hastaların cerrahisinin geciktirilmesi veya hiç gerçekleştirilmemesi durumunda gebe kadınlarda preterm doğum eylemi gelişme riskinin artacağı belirtilmektedir. Aynı zamanda bu çalışmada, laparoskopik apendektomiden sonra preterm doğum eylemi riskinin 1.44 kat arttığı bulunmuştur [48].

Konizasyon veya loop elektro cerrahi eksizyon uygulanmasının kadınların serviksinde hasara neden olabileceği ifade edilmektedir [41]. Servikal intraepitelyal neoplazi sonrasında servikse yönelik gerçekleştirilen cerrahi girişimlerle de preterm doğum eylemi arasında ilişkinin var olduğu belirtilmektedir. Özellikle gebelikte bu cerrahi girişim uygulandığında kadınlarda preterm doğum eylemi riskinin arttığı görülmüştür [8]. Jakobsson ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, servikse yapılan geniş biyopsilerin ve tekrarlayan işlemlerin sırasıyla iki ve beş kat preterm doğum eylem

riskini arttırdığı saptanmıştır [49]. Dilatasyon ve küretaj gibi yapılan uterin girişimlerin de preterm doğum eylem riskini artırabileceği vurgulanmaktadır [41].

### **2.2.5. Enfeksiyonlar**

Enfeksiyonlar ve buna bağlı olarak gelişen inflamasyonlar arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Preterm doğum eylemi olan tüm gebe kadınların %25'inde uterusunda bakteriyel kolonizasyonun görüldüğü ifade edilmektedir [42]. Plasental enfeksiyona neden olan bakteriler, interleukini uyararak [14], uterusun hareketliliğine ve serviksin yumuşamasına neden olan prostaglandinlerin üretimini arttırabilmektedir. Bu durum ise doğumun erken başlamasına neden olabilmektedir. Ayrıca enfeksiyon varlığında nötrofilin artması ve pH'ın beşin üzerine çıkması preterm eylemle ilişkili bulunmuştur [42]. Bakteriyel vajinozisi olan kadınlarda preterm doğum eylemi gelişme riskinin iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca 16. gebelik haftasından önce bakteriyel vajinozis geçirme durumunda kadınlarda preterm eylem gelişme riski dört kat artmaktadır [16]. Leal ve çalışma arkadaşlarının Brezilya'da yaptıkları bir araştırmada, enfeksiyonların preterm eylem riskini yaklaşık olarak beş kat arttırdığı bulunmuştur [40]. Ancak Hosny ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, üriner enfeksiyondaki kolonizasyon sayısı ile preterm eylem arasında bir ilişki tespit edilememiştir [50]. Literatürde cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarla preterm doğum eylemi arasındaki ilişkinin belirsizliğini koruduğu belirtilmektedir [42].

Kronik düşük gradeli enfeksiyonu olan peridontal hastalıkların kadınlardaki preterm eylem ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir [42]. Oral patojen mikroorganizmalar, hematojen yolla yayılmakta, inflamatuvar mediyatörlerin ve maternal dolaşıma prostaglandinlerin salınmasını arttırmaktadır. Peridontal hastalık durumunda preterm eylem riski 1.6 kat artış göstermektedir [8].

### **2.2.6. Sigara içme ve madde kullanımı**

Sigara içmek gebelik esnasında prostaglandinlerin artmasına ve progesteron sentezinin azalmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda oksitosine olan duyarlılığı arttırmaktadır. Nikotin, vazokonstriksiyona yol açarak plasental damarlarda patolojik oluşumlara neden olabilmektedir. Maternal immüneyi, bakır ve askorbik asit seviyesini azalttığından dolayı sigara içmek, membran rüptürü riskine yol açmaktadır. Bunların yanı sıra sigara

içildiği durumda kandaki karboksi hemoglobin seviyesi yükselmekte ve dokulara giden oksijen düzeyi azalmaktadır. Yukarıda belirtilen tüm bu etkiler nedeniyle sigara içmek, preterm eylem riskini arttırmaktadır [51]. Sigara içme, kadınlarda preterm doğum eylem riskini yaklaşık olarak üç kat arttırmakta ve bu durum günlük olarak içilen miktarla doğru orantılı şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir [8].

Özellikle kokain gibi yasa dışı kullanılan maddeler preterm eylem gelişme riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır [14]. Eroin, esrar, metadon, alkol ve diğer yasa dışı ilaçların gebelikte kullanımının kötü obstetrik sonuçlarla bağlantılı olduğu belirtilmektedir. Gebelikte kokain kullanımı preterm doğum eylemi riskini yaklaşık olarak üç kat arttırmaktadır [52]. Aliyu ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, gebelikte alkol kullanmanın spontan preterm eylem riskini 1.34 kat ve tıbbi olarak indüklenmiş preterm doğum riskini 1.16 kat arttırdığı tespit edilmiştir [53].

#### **2.2.7. Uterin anomaliler**

Uterusta en sık görülen anomaliler birisi leiomyomlardır [42]. Geniş veya çoklu fibroidlerde preterm eylemi ve doğum riski artmaktadır [54]. Bunun dışında uterusun yapısal anomalilerinden bikornuat ve unikornuat uterus varlığında preterm doğum eylemi riski artmaktadır [42]. Tahran'da yapılan bir araştırmada, uterin anomalisi olan kadınların %71.4'ünde ve anomalisi olmayanların %49.0'ında preterm eylemin görüldüğü ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur [55].

#### **2.2.8. Düşük beden kütle indeksi**

Maternal beden kütle indeksinin düşük olması, preterm doğum eylemi açısından bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [42,56]. Yapılan bir araştırmada annenin ağırlığı ile preterm doğum eylemi arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır [55]. Maternal beden kütle indeksi  $19.8 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında olduğu durumlarda, gebeliğin 32. haftasından önce preterm doğum eylemi gelişme riskinin 2.5 kat arttığı belirtilmektedir [42].

#### **2.2.9. Servikal uzunluk ve yetmezlik**

Serviksin internal ve eksternal os arasındaki mesafenin 4-5 cm kadar olması gerekmektedir. Servikal uzunluk 3 cm'den kısa olduğu takdirde gebeliğin prognozu

kötüleştirmektedir [56]. Serviksin 2.5 cm'den kısa olması, preterm doğum eyleminin gelişmesinde etkili olan risk faktörlerinden arasında yer aldığı belirtilmektedir [36,42]. Literatürde uzunluk dışında konjenital zayıflık, cerrahi veya travma sonrasında gelişen servikal yetmezlik ile preterm doğum eylemi arasında bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır [36]. Yapılan bir araştırmada, servikal yetmezliği olan kadınların tamamında ve patolojik durumu olmayanların %48.9'unda preterm doğum eyleminin geliştiği belirlenmiştir [55].

#### **2.2.10. Sosyo-demografik faktörler**

Maternal yaş, düşük sosyo-ekonomik düzey, eğitim ve evlilik durumunun preterm doğum eylemiyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Ancak maternal sosyo-demografik özellikler ile preterm eylemi arasındaki ilişki net olarak açıklanamamaktadır [36]. Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, kadınların kendilerinin ve eşinin yaşı, evlilik süresi ve gebelik sayısı ile preterm doğum yapması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur [17]. Tahran'da yapılan bir çalışmada ise prenatal bakım almayan kadınların %53.0'ında ve alanların %43.2'sinde preterm doğum eylemi görüldüğü ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Ayrıca aynı çalışmada demir ve folik asit takviyesi kullananlarda preterm doğum eylemi görülme yüzdesinin daha düşük olduğu belirlenmiştir [55]. Alhaj ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, yaş, parite, iş, antenatal bakım eksikliği ile preterm doğum eylemi arasındaki farkın anlamlı bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada eğitim seviyesi ile gebelikler arası aralık ile preterm doğum eylemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur [57].

#### **2.2.11. Yardımcı üreme teknikleri**

İn-vitro fertilizasyon gibi yardımcı üreme teknikleriyle gebe kalan kadınlarda, normal yolla hamile kalanlara göre preterm eylem gibi riskli gebeliklerin görülme oranında artış meydana gelmektedir. Yardımcı üreme teknikleriyle çoklu gebe kalınması, preterm doğum eylemi riskini arttıran faktörlerden biridir [42]. Tahran'da yapılan çalışmada, in-vitro fertilizasyonla gebe kalan kadınların %73.9'unda ve normal yolla hamilelik geçirenlerin %48.8'inde preterm doğum eyleminin görüldüğü saptanmıştır [55]. Jiang ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, yardımcı üreme tekniklerinin

uygulanması ile preterm doğum eylemi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır [58].

### **2.2.12. Gebelik komplikasyonları**

Gebelikte erken membran rüptürü, prenatal kanama, polihidroamniyos ve anemi gibi yaşanan sağlık sorunlarının preterm doğum eylemi riskini arttırdığı belirtilmektedir [56]. Sudan’da yapılan bir çalışmada, gebelikte vajinal kanaması olanların olmayanlara göre beş kat preterm doğum eylemi gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur [57]. Çin’de yapılan bir çalışmada hipertansiyon, plasenta previa, prematüre membran rüptürü, intrahepatik kolestazis, anormal prezantasyon ve fetusun büyüme geriliği ile preterm doğum eylemi arasında ilişki olduğu saptanmıştır [58]. Tahran’da yapılan bir çalışmada ise çoğul gebeliğin 21.8 kat, hipertansiyonun 3.3 kat, fetal anomalinin 3.6 kat, preeklemsinin 4.7 kat, amniyotik sıvı azalmasının 2.1 kat, sefalik prezantasyonun 0.4 kat, membran rüptürünün 3.5 kat ve sistematik hastalıkların 0.3 kat preterm doğum eylemi riskini artırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada vajinal kanaması, plasenta dekolmanı ve plasenta previası olan gebelerin, bu sağlık sorunlarını yaşamayanlara göre preterm doğum eyleminin daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir [55].

### **2.3. Preterm Doğum Eyleminin Anne ve Fetal Sağlığa Etkileri**

Preterm doğum eylemi, gebelerde hem fizyolojik hem de psikolojik sağlık sorunlarının yaşanmasına neden olabilmektedir [59]. Preterm doğum eyleminde tedavi yaklaşımlarından biri biri yatak istirahatidir [7]. Uzun süreli yatmaya bağlı olarak gebe kadınların kaslarında güçsüzlük yaşanmakta, kas kütlelerinde azalma meydana gelmekte ve bu durum kalça, sırt, bacaklarda ağrılara, topuklarda sızlamaya ve bacaklarda kramba neden olabilmektedir [59,60]. Ayrıca uzun süre yatakta kalmaya bağlı olarak gebelerde reflü, hazımsızlık, konstipasyon, iştahsızlık gibi gastrointestinal sistem sorunları, [59,60], tromboembolik riskler, ciltte ve dudaklarda kuruma, ciltte hassasiyet, uykuya ilişkin sorunlar da yaşanabilmektedir [59]. Uzun süre hastanede yatmış olmak, hastane enfeksiyon riskini de beraberinde getirmektedir. Hastanede yatmaya bağlı olarak, bireylerde idrar yolları enfeksiyonunun sıkça geliştiği bilinmektedir [62]. Karahocagil ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, hastane enfeksiyonlarına neden olan durumlar arasında idrar yolu enfeksiyonu ikinci sırada yer almaktadır [61]. Bunların yanı sıra preterm gebelere hastanede doğum eylemini geciktirmek için çeşitli tıbbi

tedaviler uygulanmaktadır [56]. Bu tedavilere bağılı olarak gebelerde taşikardi [2,63], baş ağrısı [63], bulantı-kusma [2,63], anksiyete [14,63] , pulmoner ödem [2,63] ve hepatoksisite [63] gibi çeşitli problemler gelişebilmektedir.

Fiziksel sorunlar dışında preterm doğum eylemi, gebelerin kendi ve bebeğinin geleceği ile ilgili korku ve endişe yaşamalarına neden olabilmektedir [14]. Preterm doğum eylemi riskli gebelikler kadınlarda, çaresizlik, kendi kendine yetememe, belirsizlik, hasta rolü, kontrol kaybı, can sıkıntısı, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk, beklemekten yorulma ve duygulanım değişikliği gibi psikolojik sorunlar yaşamasına yol açabilmektedir [60,64]. Aynı zamanda doğum eyleminin erken gerçekleşmesi sonrasında yenidoğan bebeklerin bakımına yönelik tedavi harcamaları da ekonomik yüke sebep olmaktadır [56]. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından preterm doğum eylemi riski taşıyan kadınların, psikososyal yönden desteklenmesi önem taşımaktadır [60].

Preterm doğum eyleminin yenidoğanın sağlığı açısından en büyük riski vücut fonksiyonları tam olarak gelişmeden doğmasıdır. Tam olarak olgunlaşmadan doğma, yenidoğanın hayata uyum sağlamasını güçleştirmektedir [14]. Termdeki gebelik haftasına göre erken doğan yenidoğanlar respiratuar distres sendromu, intraventrikular hemoraji, preterm retinopatisi, nekrotizan enterokolit, bronkopulmoner displazi ve işitme problemleri gibi sağlık sorunları yaşayabilmektedir [65]. Preterm doğum eylemi sonucunda meydana gelen prematüre yenidoğan doğumu, beraberinde neonatal ölümleri getirebilmektedir [2]. Erken doğumlar, yenidoğan bebeklerin ölümünün %60-80'inden sorumlu tutulmaktadır [66].

#### **2.4. Preterm Doğum Eyleminde Tanı ve Tedavi**

Preterm doğum eyleminde tanı, tekrarlayan düzenli uterin kontraksiyonlarla birlikte, servikal effasman ve dilatasyonda meydana gelen değişikliklere bakılarak konulmaktadır [41,67]. Gebe kadınlarda, preterm eylem tanısı için kesin ölçüm metodu bulunmamaktadır. Bu durum ise, preterm eylem tanısını koymayı güçleştiren bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır [67]. Gebe kadınlarda 6 saatten uzun süren uterus kontraksiyonları, servikal dilatasyonun 3 cm'den ve silinmenin %80'den fazla olduğunda, membran rüptürü ve vajinal kanama varlığında preterm doğum eylemi tanısı konulmaktadır. Preterm eylem tanısı için eğer bir gebe kadında servikal dilatasyon 3



cm'i geçmiş ve silinme %80'den fazla ise başka bir tanı yöntemine ihtiyaç duyulmamaktadır. Ancak kontraksiyonlar tanıyı koydurmada yetersiz kaldığı durumlarda, transvaginal ultrasonografi ve fetal fibronektin ile değerlendirme yapılabilmektedir [66]. Gebe kadınlarda servikal değişikliklerin değerlendirilmesinde non-invaziv bir metot olan ultrasonografi (USG)'den yararlanılmaktadır. USG ile servikal uzunluk hakkında objektif ve tekrarlanılabilir değerlendirme yapılabilmektedir [67]. Servikal uzunluğun 2.5 cm'den az olması, preterm doğum eylemi açısından önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir [36,42]. Fetal fibronektinin negatif bulunması halinde, 1-2 hafta içerisinde erken doğumun gerçekleşme olasılığının %1'den daha az olduğu belirtilmektedir. Ancak fetal fibronektin pozitif ise erken doğumun gerçekleşme olasılığının %20'ye kadar çıktığı ifade edilmektedir [68]. Ancak günümüzde preterm eylem tanısı için kullanılan fetal fibronektin ve bakteriyel vajinozis taramasının, kadınların evde kontraksiyon takibi yapılmasının perinatal sonuçlarda olumlu bir etki yaratmadığından dolayı yapılmasının gerekli olmadığı vurgulanmaktadır [67]. Preterm doğum eyleminin tedavi yaklaşımında; cinsel aktivite kısıtlanması, hidrasyon, sedasyon [65], yatak istirahati, servikal serkölaj, tokolitik ilaçlar [65,69], kortikosteroidler ile fetal akciğerin olgunlaştırılması [67,69] yer almaktadır.

#### **2.4.1. Tokolitik tedavi**

Tokolitik ajanlar, uterus kasılmalarını önlemek amacıyla kullanılmaktadır [63]. Tokolitik amaçlı olarak kullanılan ilaçlar dört grup altında incelenmektedir. Bunlar; beta-sempatomimetikler (ritordin veya prepar), magnezyum sülfat, kalsiyum antagonistleri, prostaglandin sentez inhibitörleri ve oksitosin antagonistleridir. Tokolitik tedaviye başlamada bazı kriterler mevcuttur. Bunlar; servikal dilatasyonun 4 cm ve silinmenin %80'nin altında olması, membranların açık olmaması, doğum eyleminin durdurulmasına yönelik herhangi bir durumun olmaması (preklemisi, eklemisi, ablasyo plasenta, koriyoamniyonit, ölü fetüs gibi)'dir. Tokolitik tedaviye bağlı olarak gebelerde bir takım sağlık sorunları gelişebilmektedir. Bu nedenle yan etkiler yönünden gebelerin sık takip edilmesi gerekmektedir [65]. Beta-sempatomimetik ilaçlar, gebe kadınlarda pulmoner ödeme, kalp yetmezliğine, arteriyel tansiyon ve nabızda yükselmelere, kan glikoz seviyesinde artışa ve lipolize neden olabilmektedir [66]. Ayrıca bu ilaçlar gebe

kadınlarda asidozise, bulantı, kusmaya, hipokalsemi, ankiyete, husursuzluk ve paralitık ileusa yol açabilmektedir [63]. Aynı zamanda bu ilaçlar fetal taşikardiye de sebep olabilmektedir [63,67]. Gebe kadınlara magnezyum sülfat tedavisi uygulandıında; sıcak basması, nazal konjesyon, bulantı kusma, uyku hali, uyuşukluk, bulanık görme, hipotansiyon ve ilaç toksikasyonu gibi yan etkiler gelişebilmektedir [65]. Kalsiyum kanal blokerleri (nifedifin), gebe kadınlarda hipotansiyona, hepatoksisiteye, taşikardiye [63,67], sersemlik hissine, ateş basmasına [67], baş ağrısına, bulantı-kusmaya ve kızarıklığa yol açabilmektedir. Oksitosin antagonistleri ise bulantı, baş ağrısı, göğüs ağrısı, atraljiye neden olabilmektedir [63].

#### **2.4.2. Yatak İstirahati**

Preterm doğum eylemi olan tüm kadınlara, yatak istirahati önerilmektedir [63]. Yatak istirahati uygulandığı takdirde, özellikle sol yöne yatmanın kadınlarda uterusu olan kan akımının arttığı ve oksitosin salınımı azaldığı belirtilmektedir [70]. Ayrıca sol yana yatmak servikse olan baskıyı azalttığından dolayı preterm eylemde gebe kadınlara önerilmektedir [65].

#### **2.4.3. Cinsel aktivite kısıtlanması**

Cinsel ilişki esnasında vajinaya dökülen semen içerisindeki prostaglandinlerin ve orgazm sırasında meydana gelen uterus kontraksiyonlarının gebe kadınlarda preterm eylemi tetikleyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle preterm eylem öyküsü olan kadınlara cinsel aktivite sınırlandırılması önerilmektedir [65].

#### **2.4.4. Hidrasyon**

Preterm eylem tedavisinde hidrasyonun temel amacı uterusu olan kan akımını arttırmak, oksitosin salınımını azaltmaktır. Böylece hidrasyon tedavisi ile uterusun kontraksiyonları azaltılabilmektedir [65]. Aynı zamanda hidrasyon tedavisi prostaglandin yapımını, antidiüretik hormon ve oksitosin salınımını azaltmaktadır [66]. Hidrasyon tedavisi olarak 500-1000 ml Ringer Laktat veya %5 Dekstroz 30-60 dakika içerisinde hızlı bir şekilde verilmektedir [65]. Hidrasyon tedavisinde sıvının büyük miktarlarda ve hızlı verilmesi pulmoner ödeme neden olabileceği için dikkatli olunması gerekmektedir [14,66].

#### **2.4.5. Sedasyon**

Gebelik esnasında stres ve anksiyete gibi durumlarda kortikotropin-relasing hormon seviyesi yükselerek uterusu kontraksiyonlara yol açabilmektedir [44]. Bu nedenle preterm doğum eyleminde kontraksiyonlar olduğu durumda sedasyonlar uygulanabilmektedir [65].

#### **2.4.6. Servikal serkölaj**

Preterm doğum eyleminin primer olarak önlenmesinde servikal serkölajın yapılması önerilmektedir [66]. Gebeliğin 33. haftasından önce, servikal yetmezlik öyküsü olan kişilere ve servikal uzunluğu 2.5 cm'in altında olan kişilere uygulandığı takdirde preterm doğum eyleminin önlenmesinde etkili olmaktadır [65]. Ancak profilaktik olarak yapmak yerine seri ölçümlerin yapıldığı durumlarda servikste ilerleyici değişiklikler kayıt ediliyor ise bu işlemin uygulanmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir [66]. Servikal serkölaj'da şiddetli kan kaybı, servikal lacerasyon, koryoamnionit, servikal stenoz, puerperal enfeksiyon gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir [63].

#### **2.4.7. Fetal akciğerin olgunlaştırılması**

Preterm doğum eylemi yenidoğanın, organlarının tam gelişmeden doğmasına neden olmaktadır [14]. Bu organların en önemlileri arasında yer alan akciğerlerin, gelişimini sağlaması için doğum öncesi dönemde anneye kortikosteroidler (betametazon ya da deksametazon) uygulanmaktadır [69,71]. Yeni görüşler doğum öncesi kortikosteroid tedavisinde deksametazon yerine betametazonun kullanılmasını, 26-36. gebelik haftalarında tek ya da rescue uygulama ile verilmesini öngörmektedir [71].

### **2.5. Genital Hijyen Davranışları ve Vajinal Duşun Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi**

Normal genital sistem mukozası transizyonel, kolumnar, skuamöz epitelyum hücreleri ile döşenmiştir ve normal florayı oluşturan kommensal bakteriler bu hücrelerin üzerini örtmektedir [72]. Sağlıklı normal flora vajinal dengenin sürdürülmesinde önemlidir [16]. Normal vajen florası yaşa, pH durumuna ve hormon düzeyine göre değişiklik göstermektedir. Yetişkinlik döneminde vajen florasının çoğunluğuna laktobasil hücreler hakimdir ve burada patojen mikroorganizmaların kolonizasyonunu engellemektedir.

Ayrıca vajen pH'sının 3.5-4.6 aralığında kalmasını sağlamaktadır [72]. Laktobasiller dışında vajen florasında Bakteroides, Peptoklar, Staphylococcus epidermidis, Korinobakteriler, Peptostreptokoklar, B ve D grubu streptokoklar, Escherichia coli ve Eubakteriumlar bulunmaktadır. Bunların yanı sıra vajen florasında düşük miktarlarda olmak üzere Candida albicans, Gardnerella ve Trichomonas vaginalis yer almaktadır [16]. Koliform mikroorganizmalar vajen florasında da bulunmaktadır. Bu mikroorganizmalar cinsel ilişki ve genital hijyenin yanlış yapılması sonrasında üretraya geçerek enfeksiyonlara neden olabilmektedir [73]. Kadınların normal bağırsak florasında yer alan çeşitli mikroorganizmalar da anüs ve vajen çevresi etrafında bulunmaktadır. Bu mikroorganizmalar yayılarak üretradan doğrudan alt üriner sisteme girebilmektedir [74]. Normal floranın kaybı cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, endojen enfeksiyonlar, hamilelik ve jinekolojik operasyonlar sonrasında gerçekleşebilmektedir [72].

Kadınlarda üreme sistemi enfeksiyonları yaygın olarak görülmektedir. Oral, vajinal ve anal cinsel ilişki yoluyla mikroorganizmalar üreme sisteminde enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Cinsel ilişki dışında çok eşli bir yaşam sürme, genital, menstrual ve el hijyenine dikkat etmeme, diyabet gibi sistemik hastalıklar, stres, uzun süreli steroid ya da antibiyotik kullanımı, beslenme bozukluğu, sık aralıklarla gebe kalma ve küretaj yaptırma, vajinal duş yapma, tampon kullanma gibi durumlar da üriner sistem enfeksiyonlarının gelişmesini kolaylaştırmaktadır [75].

Üriner sistem enfeksiyonlarından biri olan vulvo-vajinitlerin en önemli nedenlerinden biri kötü genital hijyen koşullarıdır [76]. Bu nedenle genital enfeksiyonlardan korunmak için uygun genital hijyenin sağlanması büyük önem taşımaktadır [77]. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kadınların genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu saptanmıştır [78-81]. Yapılan çalışmalarda ve literatürde, genital hijyen davranışları ve genital enfeksiyonlar arasındaki ilişki net olarak açıklanamamıştır [16,79,82-85]. Kahyaoğlu Süt'ün yaptığı çalışmada, adet in yoğun olduğu günlerde günde dörtten az ped değiştirildiğinde, tabureye oturularak duş alındığında, tuvaleti yaptıktan sonra su kullanmadan kuru tuvalet kağıdı ile genital bölgesini temizleyenlerde genital enfeksiyonların daha yüksek oranda görüldüğü belirlenmiştir [82]. Literatürde yetersiz perine hijyeni olan kadınlarda bakteriyel vajinozisin daha fazla görüldüğü belirtilmektedir [16]. Hacıoğlu ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada,

kadınların iç çamaşırı değiştirme sıklığı, menstruasyon dönemi dışında bez kullanma alışkanlığı, tuvalet kağıdı kullanma durumu ile genital yol enfeksiyon sıklığı arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu [83]. Çankaya ve Ege'nin çalışmasında, vajinal enfeksiyonu olan kadınların olmayanlara göre genital hijyen davranışlarının anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur [79]. şahin Orak ve Canuygur'un yaptıkları araştırmada, genital akıntısı olan ve olmayan kadınlar arasında genital hijyen davranışları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı saptanmıştır [84]. Cangöl'ün yaptığı çalışmada kadınların genital hijyen davranışları ile enfeksiyon görülme durumu arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı tespit edilmiştir [85].

Genital hijyen amaçlı yapılan uygulamalardan biri vajinal duştur. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak kullanılan geleneksel bir uygulama olan vajinal duş [86], “parmak, hortum veya bez kullanılarak vajinanın sıvı bir materyal ile yıkanması” olarak tanımlanmaktadır [25]. Vajinal duş, kadınlar arasında kişisel temizlik, estetik, semptomları azaltmak, gebelikten korunmak, ... gibi amaçlarla yapılmaktadır. Amerika'daki 15-44 yaş grubundaki kadınların %37.0'ının haftada en az bir kez vajinal duş uyguladıkları tespit edilmiştir. Ülkemizde ise kadınların %50.2'si ile %68.4'ünün vajinal duş uyguladıkları belirtilmektedir [86]. Vajinal duş uygulandığı takdirde normal florada yer alan laktobasillerin sayısı azalmakta ve vajen pH'ı bazik yöne kaymaktadır [16]. Bu nedenle vajinal duş uygulamasının kadınlarda genital enfeksiyon gelişme riskini arttırdığı bildirilmektedir [16,75]. Cinsel ilişkiden sonra vajinal duş yapan kadınlarda enfeksiyon gelişim riskinin iki katına çıktığı saptanmıştır [25]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, vajinal duş uygulaması ile genitouriner sistem enfeksiyonu gelişmesi ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir [26]. Kahyaoğlu Süt'ün çalışmasında da benzer sonuç elde edilmiştir [82]. Yılmaz'ın yaptığı çalışmada vajinal duş yapma ile enfeksiyon etkeni-normal flora görülme durumu arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Aynı çalışmada vajinal duş yapan kadınların yapmayan kadınlara göre genital enfeksiyon öyküsü olma riskinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir [87]. Zhang ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları meta-analiz çalışmada, vajinal duş uygulamanın pelvik enflamatuvar hastalık gelişme riskini %73.0 oranında arttırdığı saptanmıştır [88]. Scholes ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise vajinal duş uygulayanlarda klamidyal enfeksiyon gelişme olasılığının

daha yüksek olduğu ve bu durumun vajinal duş uygulama sıklığı ile birlikte arttığı belirlenmiştir [89].

Yetersiz ya da yanlış yapılan genital hijyen uygulamaları ve vajinal duş yapma normal florayı bozarak burada patojen mikroorganizmaların yerleşmesini kolaylaştırmaktadır [75,86]. Normal florada yer alan laktobasillerin azalması preterm doğum eyleminin gelişme riskini arttıran bir durum olarak belirtilmektedir [16]. Çelen ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, gebelikte mikroorganizmaların kolonizasyonu ile prematüre rüptür arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada normal gebeliğini sürdürenlere göre preterm doğum eylemi olan kadınlarda yaklaşık olarak dört kat mikroorganizmaların kolonizasyonunun arttığı tespit edilmiştir [12]. Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, enfeksiyonların preterm doğum eylemi riskini yaklaşık olarak beş kat arttırdığı bulunmuştur [40]. Daha önce bakteriyel vajinozisi olan kadınların olmayanlara göre preterm doğum eylemi gelişme riskinin yaklaşık olarak yedi kat arttığı belirtilmektedir [16]. Yapılan başka bir çalışmada orta gebelik dönemindeki kadınlarda vajinal mikrofloradaki ani değişikliklerin ve gebelik öncesinde yapılan vajinal duşun preterm doğum eylemi gelişme riskini arttırdığı saptanmıştır [90]. Ülkemizde Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, vajinal duş yapan kadınların %25.0'ında ve vajinal duş yapmayanların %13.9'unda 37. gebelik haftasından önce doğum eylemlerinin gerçekleştiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir [17].

## **2.6. Preterm Doğum Eylemini Önlemede Hemşirenin Rolü**

Preterm eylem günümüzde yaygın olarak görülmekte ve sıklığı giderek artmaktadır. Preterm eylem nedeniyle sosyal ve ekonomik sorunlar dışında neonatal mortalite ve morbidite problemleri yaşanmaktadır. Bu nedenle preterm eylemin önüne geçilebilmesi için sağlık çalışanlarının risk faktörleri, belirtileri ve bulguları açısından gebe kadınları yakından takip etmesi gerekmektedir [17]. Ayrıca Hemşirelik Yönetmeliği'nin 7. maddesinin 5. fıkrasında “Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar” denilmektedir [91]. Bu yönetmelikten yola çıkarak preterm doğum eylemine neden olan risk faktörleri yönünden kadınların

bilgilendirilmesi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Erken doğum eyleminin etiolojisinde birden çok faktör rol oynamaktadır. Bu nedenle kadınlara preterm doğum eylemi açısından bireyselleştirilmiş olarak bakımın sunulmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Preterm doğum eylemini azaltmak için gebe kadınların ağır kaldırmamaları, aşırı fiziksel aktiviteden uzak durmaları, uzun yolculuk yapmamaları, stresten ve alkolden uzak durmaları, dengeli beslenmeleri, cinsel aktiviteden uzak durmaları,... gibi konularda bilgilendirilmesi gerekmektedir [92].

Gebe kadınlarda preterm doğum eylemi ile genital hijyen davranışları ve vajinal duş uygulamaları arasında bir ilişki olduğu belirtilmektedir [75,86]. Bu nedenle sağlık profesyonelleri tarafından gebelerin izlemleri sırasında genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının sorgulanması önemlidir. Normal florayı bozan ve patojen mikroorganizmaların gelişmesine neden olan ve preterm eylem üzerinde yanlış ve yetersiz genital hijyen uygulamaları ve vajinal duş hakkında kadınların farkındalıklarının artırılması ve bu sağlık sorununu önlemeye yönelik bilgilerin verilmesi gerekmektedir. Ayrıca tüm kadınlara olduğu gibi gebelere normal genital hijyenin nasıl olması gerektiği konusunda eğitimlerin yapılması ve onların bu konudaki alışkanlıklarının değiştirilmesine yönelik özel eğitim programlarının düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır.

## BÖLÜM 3

### GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma, gebe kadınların genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Bu araştırma, Mersin İl sınırında bulunan Mersin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniğinin Non Stres Test (NST) odalarında yapılmıştır. Mersin Şehir Hastanesi, 1300 yatak kapasitesi ile ilin en büyük sağlık kuruluşlarından birisidir. Mersin Şehir Hastanesi'nin 3. binasında kadın doğum klinikleri hizmet vermektedir. Hastane binasında kadın hastalıkları ve doğum, jinekolojik onkoloji, perinatoloji, yardımcı üreme teknikleri, neonatoloji ve çocuk hastalıkları servisleri, doğum odaları, sezaryen ameliyathanesi, yenidoğan ve çocuk yoğun bakım üniteleri ile bireylere hizmet sunulmaktadır. Çalışmanın yapıldığı dönemde hastanede 21 adet gebe polikliniği bulunmakta, 21 hekim ve 5 ebe ile 08.<sup>00</sup>-16.<sup>00</sup> saatleri arasında hizmet verilmektedir. Gebe polikliniğine muayene amacıyla gelen ve riskli durumları saptanan gebeler, kadın hastalıkları doğum kliniğine yönlendirilmektedir. Acilden gelen hastalar da, ilgili kadın doğum kliniklerine sevk edilmektedir. Bu hastanede NST işlemi gebeliğin 30. haftasından itibaren tüm gebe kadınlara rutin olarak uygulanmaktadır. Preterm doğum eylemi olduğu düşünülen gebe kadınlar, NST odalarında kontraksiyonları olup olmadığı değerlendirilmekte ve kontraksiyon saptananlar ise kadın hastalıkları ve doğum kliniklerine yönlendirilmektedir. Hekimler gebe izlemleri esnasında kadınlara, normal genital hijyen davranışlarının nasıl olması gerektiği ve vajinal duş uygulamalarının sağlığa olan etkileri hakkında rutin olarak bilgi vermemektedir. Genital enfeksiyonu saptanan gebe kadınlara gerekli olduğu durumlarda ilaç tedavisi verilmekte ve kısaca genital hijyen ve vajinal duş hakkında bilgilendirme yapılmaktadır.



### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

#### 3.3.1. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, 04 Aralık 2017-25 Ocak 2018 tarihleri arasında Mersin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum kliniklerinin gebe polikliniğine muayene olma amacıyla gelen ve 20-37. gebelik haftaları arasında olan tüm gebe kadınlar oluşturmuştur.

#### 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini, evreni belli olmayan örneklem genişliği formülüne göre hesaplanmıştır [93].

$$t^2(p.q)$$

$$n = \frac{t^2(p.q)}{d^2}$$

$$d^2$$

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı = % 38.7 [12]

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı = % 61.3

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer = 1.96 ( $\alpha = 0.05$  de  $\infty$  serbestlik derecesine bulunan teorik t değeri)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen  $\pm$  sapma = 0.05 ( $\pm$  %5 sapma istediğimiz için)

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.387 \times 0.613)}{(0.05)^2} = 364.5 = 365.$$

#### Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

- 18-35 yaş aralığında,
- 20-37 gebelik haftasında,
- Tek gebeliği olan,
- Servikal yetmezlik, polihidroamnioz, plasenta previa, ablasio plasenta, diyabet gibi preterm doğum eylem riskini arttıran sağlık sorunu olmayan,

- Bu gebeliğinde daha önce preterm doğum eylemi nedeniyle tedavi almayan gebe kadınlar örnekleme dahil edilmiştir.

Araştırmanın örnekleme, 04 Aralık 2017-25 Ocak 2018 tarihleri arasında örnekleme sayısına ulaşmaya kadar, dahil edilme kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 365 gebe kadınla tamamlanmıştır. Araştırmanın verileri, NST odalarına gelen gebelerden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile toplanmıştır. 20 gebe kadın araştırmaya katılmayı kabul etmemiştir.

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Veriler araştırmacılar tarafından literatür [27,82,83,94,95] doğrultusunda hazırlanan Veri Toplama Formu (EK-1) ve Genital Hijyen Davranışları Envanteri (EK-2) [77] ile toplanmıştır.

#### **3.4.1. Veri Toplama Formunun Hazırlanması**

Veri toplama formunda kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine (yaş, öğrenim, çalışma ve medeni durumu, sosyal güvence, meslek, gelir düzeyi, aile tipi, ...vb.), obstetrik öykülerine (gebelik, doğum, düşük ve küretaj sayısı, önceki gebeliğinde sağlık sorunu ve preterm doğum eylemi yaşama ve tedavi alma, erken doğum yapma, korunma yöntemi), kişisel ve genital hijyen davranışlarına(günlük ped kullanma,iç çamaşırı değiştirme, banyo yapma şekli ve sıklığı, taharetlenme, hijyenik ürün kullanma, vajinal duş yapma, adetliyken cinsel ilişkide bulunma, ...vb.) ve diğer özelliklerine(eşinde ve kendisinde genital enfeksiyon, preterm eylem tanısı alma) ait toplam 41 soru bulunmaktadır.

Genital hijyen davranışları envanteri (GHDE), Ege ve Eryılmaz [77] tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir. GHDE, 15-49 yaş grubu cinsel yönden aktif kadınların genital davranışlarını ölçmektedir. Envanterde yer alan sorulara verilen cevaplar 4'lü likert tipinde yer almaktadır. GHDE 24 olumlu ve 3 olumsuz olmak üzere toplam 27 maddeden oluşmaktadır [77].

#### **3.4.2. Ön Uygulama**

Araştırmanın ön uygulamasına gerekli yerlerden izinler alındıktan sonra 13-17 Kasım 2017 tarihleri arasında veri toplama formunun anlaşılabilirliğini belirlemek amacıyla

Mersin Şehir Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerinde yer alan NST odalarında non-stres testini yaptırmaya gelen ve örnekleme dahil edilme ölçütlerine uyan 37 gebe kadına ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda veri toplama formunda gerekli düzenlemeler yapılmıştır. Haznenin yıkanma şekli ve bu gebeliğinde preterm eylem tanısı alma soruları eklenmiştir. Ön uygulama yapılan gebe kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

### **3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması**

Araştırmanın verileri 04 Aralık 2017-25 Ocak 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmaya alınan gebe kadınlara çalışmanın yapılma amacı açıklanmış, araştırmaya gönüllü olarak katılmaları istenmiş, sözlü ve yazılı onamları alındıktan sonra uygulama yapılmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Veri toplama formlarının gebe kadınlara uygulanması ortalama 10 dakika sürmüştür.

### **3.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi**

Genital hijyen davranışları envanterinde her bir maddeye “hiçbir zaman”, “bazen”, “sık sık”, “her zaman” şeklinde cevaplar verilmesi istenmektedir. GHDE’de olumlu ifadeleri içeren maddelere verilen “hiçbir zaman” yanıtına “1” puan, diğerlerine ise sırasıyla “2”, “3” ve “4” puan verilmektedir. 17., 26. ve 27. maddeler olumsuz ifadeleri içermekte ve ters yönde puanlanmaktadır. Bu envanterden en düşük 27, en yüksek 108 toplam puan alınmaktadır. GHDE’den alınan toplam puanın yüksekliği genital hijyen davranışlarının istenik düzeyde olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.86 olarak saptanmıştır [77]. Araştırmamızda bu envanterin Cronbach alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

Veriler SPSS IBM (Statistical Package for the Social Sciences) 24.00 paket programına girilmiş ve istatistiksel testler yapılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, aralık ve minimum-maksimum değerler kullanılmıştır. GHDE'nin iç geçerlilik ve tutarlılığını belirlemek amacıyla Cronbach alpha değerine bakılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Vajinal duş yapma ve GHDE toplam puanı ile preterm eylem tanısı alma arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için lojistik

regresyon analizi yapılmıştır. Tüm karşılaştırmalarda  $p$  anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri**

#### **3.6.1. Araştırmanın Bağımlı Değişkenler**

- Gebe kadınlarda preterm doğum eylemi varlığı

#### **3.6.2. Araştırmanın Bağımsız Değişkenler**

- Sosyo-demografik, obstetrik, kişisel ve genital hijyen davranışları ve diğer özellikler
- GHDE toplam puanı
- Vajinal duş uygulamaları

### **3.7. Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın her aşamasında etik ilkelere uygun hareket edilmiştir. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'undan onay (Tarih:24.08.2017, No:2017.08.09) (EK-3) ve çalışmanın yapılabilmesi için Mersin Şehir Hastanesin'den kurum izni (Tarih:06.11.2017, Sayı: 65355327/604.01.02) (EK-4) alınmıştır. İzinler alındıktan sonra örnekleme dahil edilme kriterlerini karşılayan gebe kadınlara araştırmacı tarafından NST odalarında araştırmanın amacı anlatılmış ve sözlü olarak bilgilendirilmiş ve yazılı olarak (EK-5) (Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu) aydınlatılmış onamları alınmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

- Verilerin gebe kadınların sözel ifadelerine dayanılarak elde edilmesi
- Preterm eylem tanısına ilişkin net bir kriterin olmaması
- Kontraksiyonu olduğu için kadın doğum kliniklerine yatırılan gebe kadınların preterm eylem tanısı aldığı kabul edilmesi
- Elde edilen bulguların sadece araştırmanın evrenine genellenilebilmesi sınırlılıklar arasında yer almaktadır.

## BÖLÜM 4

### BULGULAR

Gebe kadınların genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın bulguları aşağıda verilmiştir.

**Tablo 4.1. Gebe Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=365)**

Sosyo-demografik Özellikler	Sayı	%
<b>Yaş grubu (<math>\bar{X} \pm SS = 26.75 \pm 4.29</math>) (Min-Maks=18-35) (Range:27)</b>		
≤24 yaş	123	33.7
25-29 yaş	149	40.8
≥ 30 yaş	93	25.5
<b>Öğrenim düzeyi</b>		
≤ Ortaokul mezunu	36	9.9
Lise mezunu	130	35.6
Ön lisans mezunu	85	23.3
≥ Lisans mezunu	114	31.2
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışan	206	56.4
Çalışmayan	159	43.6
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	357	97.8
Bekar	8	2.2
<b>Eşinin Öğrenim Durumu (n=357)</b>		
≤ Ortaokul mezunu	19	5.3
Lise mezunu	134	37.5
Ön lisans mezunu	78	21.8
≥ Lisans mezunu	126	35.4
<b>Eşinin Çalışma Durumu (n=357)</b>		
Çalışıyor	348	97.5
Çalışmıyor	9	2.5
<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>		
Gelir giderden fazla	53	14.5
Gelir giderle eşit	160	43.9
Gelir giderden az	152	41.6
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	339	92.9
Yok	26	7.1
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	348	95.3
Geniş aile	17	4.7

Tablo 4.1’de gebe kadınların ve eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebe kadınların %40.8’inin 25-29 yaş aralığında, %35.6’sının lise mezunu, %56.4’ünün çalıştığı ve %97.8’inin evli olduğu belirlenmiştir. Gebe kadınların %37.5’i eşlerinin lise mezunu olduğunu ve %97.5’i eşlerinin çalıştığını bildirmiştir. Araştırmada gebe kadınların %95.3’ü çekirdek ailede yaşadığını, %43.9’u gelirinin giderine denk ve %92.9’u sosyal güvencesinin olduğunu ifade etmiştir.



**Tablo 4.2. Gebe Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=365)**

<b>Obstetrik Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebelik sayısı</b>		
1	145	39.7
2	145	39.7
≥3	75	20.6
<b>Önceki gebeliğinde sağlık sorunu yaşama (n=220)</b>		
Yaşayan	103	46.8
Yaşamayan	117	53.2
<b>Önceki gebeliğinde preterm doğum eylemi öyküsü (n=220)</b>		
Var	61	27.7
Yok	159	72.3
<b>Preterm doğum eyleminde alınan tedavi (n=61)</b>		
Hidrasyon	9	14.8
İlaç tedavisi	20	32.8
Yatak istirahati	30	49.1
Diğer	2	3.3
<b>Preterm doğum yapma öyküsü (n=220)</b>		
Var	50	22.7
Yok	170	77.3
<b>Şu anda preterm doğum eylemi tanısı alan</b>		
Alan	128	35.1
Almayan	237	64.9
<b>Düşük yapma durumu (n=220)</b>		
Yapan	37	16.8
Yapmayan	183	83.2
<b>Küretaj olma durumu (n=220)</b>		
Olan	22	10.0
Olmayan	198	90.0
<b>Doğum sayısı</b>		
Hiç doğum yapmamış	179	49.0
1	128	35.1
2	46	12.6
≥3	12	3.3
<b>Gebelik öncesi kontrasepsiyon kullanma durumu</b>		
Kullanan	315	86.3
Kullanmayan	50	13.7
<b>Kontrasepsiyon türü (n=315)*</b>		
Kondom	166	47.0
Geri çekme	66	21.0
Enjeksiyon	40	12.7
Hap	29	9.2
İmplanon	6	1.9

\*Birden fazla cevap verdikleri için n katlanmıştır.

Tablo 4.2’de gebe kadınları obstetrik özelliklerine göre dağılımı gösterilmektedir. Gebe kadınların %20.6’sı üç ve üzerinde gebelik geçirdiğini, %46.8’i önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşadığını belirtmiştir. Önceki gebeliklerinde sağlık sorunu yaşayan gebe kadınların %27.7’sinde preterm doğum eylemi öyküsü olduğu ve preterm doğum eylemi öyküsü olan gebe kadınların %49.1’nin yatak istirahati tedavisi aldığı ve % 22.7’si erken doğum yaptığını bildirmiştir. Araştırmamızda gebe kadınların %35.1’i şimdiki gebeliğinde preterm doğum eylemi tanısı aldığını beyan etmiştir. Gebe kadınların %16.8’i düşük yaptığını, %10.0’ı küretaj olduğunu, %49.0’ı hiç doğum yapmadığı ve %12.6’sı iki kez doğum yaptığını ifade etmiştir. Araştırmamızda gebe kadınların %86.3’ü gebelik öncesinde kontraseptif bir yöntem kullandığını ve kullanılan yöntemin %47.0’ının kondom olduğunu bildirmiştir.



**Tablo 4.3. Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları ve Vajinal Duş Yapma Özelliklerine Göre Dağılımı (n=365)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Günlük ped kullanma</b>		
Evet	64	17.5
Hayır	301	82.5
<b>İç çamaşırı değiştirme sıklığı</b>		
Günlük	148	40.5
Haftada 2-3 kez	217	59.5
<b>Banyo yapma şekli</b>		
Ayakta	135	37.0
Oturarak	114	31.2
Bazen ayakta bazen oturarak	116	31.8
<b>Banyo yapma sıklığı</b>		
Günlük	28	7.7
Haftada 2-3 kez	329	90.1
Haftada 1 kez	8	2.2
<b>Taharetlenme şekli (n=364)*</b>		
Elini kullanmadan direkt su ile	193	53.0
Elimi kullanarak su ile	119	32.7
Su kullanmadan peçete ya da tuvalet kâğıdı ile	24	6.6
Sabun ve su ile	1	0.3
Peçete ya da tuvalet kâğıdı kullanarak su ile	27	7.4
<b>Taharetlenme sonrası kurulanma (n=364)*</b>		
Evet	354	97.3
Hayır	10	2.7
<b>Kurulanma maddesi (n=354)</b>		
Peçete	350	98.9
Bez	4	1.1
<b>Genital bölgedeki kılların temizliği</b>		
Lazer yaptırdığı için kılların temizliğini yapmayan	36	9.9
15 günde bir yapan	83	22.7
Ayda bir kez yapan	203	55.6
≥2 ay yapan	43	11.8
<b>Adetli iken kullanılan ürün</b>		
Ped	292	80.0
Bez	73	20.0

\*Yalnız 1 gebe taharetlenmemektedir.

**Tablo 4.3. (Devamı)**

Özellikler	Sayı	%
<b>Adetli iken ürün kullanım sıklığı</b>		
Günde 1 kez	40	11.0
Günde 2-3 kez	280	76.7
Günde 4-5 kez	45	12.3
<b>Adetli iken banyo yapma durumu</b>		
Evet	280	76.7
Hayır	85	23.3
<b>Adetli iken cinsel ilişki durumu</b>		
Evet	22	6.0
Hayır	343	94.0
<b>Vajinal duş yapma</b>		
Evet	108	29.6
Hayır	257	70.4
<b>Vajinal duş zamanı (n=108)</b>		
Her cinsel ilişki sonrası	18	16.7
Her banyoda	84	77.8
Her adet sonrası	6	5.5
<b>Vajinal duş nedeni (n=108)</b>		
Temizlik amacıyla	26	24.2
Abdest amacıyla	48	44.4
Gebelikten korunmak amacıyla	21	19.4
Belli bir amacı olmayan	13	12.0
<b>Haznenin yıkandığı madde (n=108)</b>		
Sadece su ile	78	72.2
Su ve sabun ile	30	27.8
<b>Hazneyi yıkama şekli (n=108)</b>		
Tazyikli (basınçlı) su ile	56	51.9
Parmağını sokarak su ile	52	48.1

Tablo 4.3’de gebe kadınların genital hijyen davranışları ve vajinal duş yapma özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Gebe kadınların %17.5’i günlük ped kullandığını, %59.5’i iç çamaşırını haftada 2-3 kez değiştirdiğini, %31.2’si oturarak ve %90.1’i haftada 2-3 kez banyo yaptığını belirtmiştir. Gebe kadınların %53.0’ı elini kullanmadan su ile taharetlendiğini, %97.3’ü taharetlenme sonrası kurulama yaptığını ve %98.9’u kurulama maddesi olarak peçete kullandığını ifade etmiştir. Araştırmaya

katılan gebe kadınların %55.6'sı genital bölgedeki kılların temizliğini ayda 1 kez yaptığını, %80.0'ı adetliyken ped kullandığını ve %76.7'si kullanılan ürünü değiştirme sıklığının günde 2-3 kez olduğunu beyan etmiştir. Gebe kadınların %23.3'ü adetli iken banyo yapmadığını, %6.0'ı adetli iken cinsel ilişki yaşadığını, %29.6'sı vajinal duş yaptığını, vajinal duş yapanların %77.8'i vajinal duş zamanının her banyoda olduğunu ve %44.4'ü abdest amacıyla vajinal duş uyguladığını ifade etmiştir. Hazneyi yıkayan gebe kadınların %27.8'i hazneyi su ve sabun ile yıkadığını ve %51.9'zu haznesini basınçlı su ile yıkadığını bildirmiştir.

**Tablo 4.4. Gebe Kadınların Kendisinde ve Eşinde Genital Enfeksiyon Olma Durumuna Göre Dağılımı (n=365)**

Genital Enfeksiyon Olma Durumları	Sayı	%
<b>Anormal vajinal akıntı</b>		
Var	209	57.3
Yok	156	42.7
<b>Eşin cinsel organında enfeksiyon</b>		
Var	19	5.2
Yok	346	94.8

Tablo 4.4'te gebe kadınların kendisinde ve eşinde genital enfeksiyon olma durumuna göre dağılımı görülmektedir. Gebe kadınların %57.3'ü anormal vajinal akıntısının olduğunu ve %5.2'sinin eşlerinin cinsel organlarında enfeksiyon olduğunu bildirmiştir.

**Tablo 4.5. Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları Envanteri (GHDE)'nden Aldıkları Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=365)**

GHDE Genel Toplamı	Alınabilecek puanlar	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks	Test/p değeri
<b>Preterm Eylem Tanısı</b>				
Alan	27-108	60.96±11.98	41-96	t=-4.410
Almayan		66.30±8.99	46-104	p<0.0001

Tablo 4.5'te gebe kadınların genital hijyen davranışları envanterinden aldıkları toplam puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Preterm eylem tanısı alan gebe kadınların GHDE'den aldıkları toplam ortalama puanı 60.96±11.98, almayanların 66.30±8.99 ve GHDE toplam puan ortalaması ile preterm eylem tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.0001$ ).

**Tablo 4.6. Gebe Kadınların Obstetrik Özellikleri ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı**

Obstetrik Özellikler	Preterm Eylem Tanısı						Test/p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Gebelik sayısı</b>							
1	28	19.3	117	80.7	145	100.0	
2	56	38.6	89	61.4	145	100.0	$\chi^2=34.958$ $p<0.0001$
$\geq 3$	44	58.7	31	41.3	75	100.0	
<b>Önceki gebeliğinde sağlık sorunu yaşama (n=220)</b>							
Yaşayan	74	71.8	29	28.2	103	100.0	$\chi^2=52.420$ $p<0.0001$
Yaşamayan	26	22.2	91	77.8	117	100.0	
<b>Önceki gebeliğinde preterm doğum eylemi tanısı alma (n=220)</b>							
Var	53	86.9	8	13.1	61	100.0	$\chi^2=56.145$ $p<0.0001$
Yok	47	29.6	112	70.4	159	100.0	
<b>Önceki gebeliğinde preterm doğum yapma öyküsü (n=220)</b>							
Var	45	90.0	5	10.0	50	100.0	$\chi^2=49.487$ $p<0.0001$
Yok	55	32.4	115	67.6	170	100.0	
<b>Düşük yapma durumu (n=220)</b>							
Yapan	23	62.2	14	37.8	37	100.0	$\chi^2=4.231$ $p=0.030$
Yapmayan	77	42.1	106	57.9	183	100.0	
<b>Küretaj olma durumu (n=220)</b>							
Olan	12	54.5	10	45.5	22	100.0	$\chi^2=0.458$ $p=0.378$
Olmayan	88	44.4	110	55.6	198	100.0	
<b>Doğum sayısı</b>							
Hiç doğum yapmamış	46	25.7	133	74.3	179	100.0	$\chi^2=25.514$ $p<0.0001$
1	46	35.9	82	64.1	128	100.0	
$\geq 2$	36	62.1	22	37.9	58	100.0	
<b>Gebelik öncesi kontrasepsiyon kullanma durumu</b>							
Kullanan	117	37.1	198	62.9	315	100.0	$\chi^2=12.778$ $p<0.0001$
Kullanmayan	11	22.0	39	78.0	50	100.0	

Tablo 4.6'da gebe kadınların obstetrik özellikleri ve preterm eylem tanısı alma durumlarına göre dağılımı verilmiştir. Gebelik sayısı bir olanların %19.3'ünün, üç ve üzeri olanların %58.7'sinin preterm eylem tanısı aldığı belirlenmiştir. Gebe kadınların gebelik sayıları ve preterm eylem tanısı alma durumlarına göre gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). Farkı yaratan grubu belirlemek üzere Bonferonni düzeltilmeli ki-kare post-hoc analizi yapılmış ve ilk gebeliği olanların fark yaratan grup olduğu saptanmıştır. Önceki gebeliğinde sorun yaşayanların %71.8'nin şimdiki gebeliğinde preterm eylem tanısı aldığı belirlenmiş olup, gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). Önceki gebeliğinde preterm doğum eylemi tanısı alan gebe kadınların %86.9'unun, önceki gebeliğinde preterm doğum yapan gebe kadınların %90.0'inin mevcut gebeliğinde preterm eylem tanısı aldığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.0001$ ). Düşük yapan gebe kadınların %62.2'si preterm tanısı almış olup, düşük yapma ile preterm tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Daha Önceki gebeliğinde küretaj olan gebe kadınların %54.5'inin preterm eylem tanısı aldığı belirlenmiş küretaj olma ile preterm eylem tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanamamıştır ( $p>0.05$ ). Doğum sayısı arttıkça preterm eylem tanısı alma oranının arttığı ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkı yaratan grubun 2 ve üzerinde doğum sayısına sahip olan gebe kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Gebelik öncesi kontrasepsiyon kullanan gebe kadınların %37.1'inin preterm eylem tanısı aldığı ve kontrasepsiyon kullanma ile preterm eylem tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.0001$ ).

**Tablo 4.7. Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışları ile Vajinal Duş Özellikleri ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumuna Göre Dağılımı**

Değişkenler	Preterm Eylem Tanısı						Test/p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Günlük ped kullanma</b>							
Evet	21	32.8	43	67.2	64	100.0	$\chi^2=0.074$
Hayır	107	35.5	194	65.5	301	100.0	$p=0.785$
<b>İç çamaşırı değiştirme sıklığı</b>							
Günlük	37	25.0	111	75.0	148	100.0	$\chi^2=10.352$
Haftada 2-3 kez	91	41.9	126	58.1	217	100.0	$p=0.001$
<b>Banyo yapma şekli</b>							
Ayakta duş	32	23.7	103	76.3	135	100.0	$\chi^2=43.993$ $p<0.0001$
Oturarak	68	59.6	46	40.4	114	100.0	
Bazen ayakta bazen oturarak	28	24.1	88	75.9	116	100.0	
<b>Banyo yapma sıklığı</b>							
Günlük	5	17.9	23	82.1	28	100.0	$\chi^2=3.169$
Haftada $\geq 1$ kez	123	36.5	214	63.5	337	100.0	$p=0.062$
<b>Taharetlenme şekli (n=364)*</b>							
Elini kullanmadan direkt su ile	56	29.0	137	71.0	193	100.0	$\chi^2=11.525$ $p=0.003$
Elini kullanarak su ile	56	47.1	63	52.9	119	100.0	
Diğer	15	28.8	37	71.2	52	100.0	
<b>Taharetlenme sonrası kurulanma (n=364)<sup>1**</sup></b>							
Evet	123	34.7	231	65.3	354	100.0	$p=0.744$
Hayır	4	40.0	6	60.0	10	100.0	
<b>Kurulanma maddesi (n=354)<sup>1**</sup></b>							
Peçete	119	34.0	231	66.0	350	100.0	$p=0.014$
Bez	4	100	-	-	4	100.0	
<b>Genital bölgedeki kılların temizliği</b>							
Lazer yaptırdığı için kılların temizliğini yapmayan	13	36.1	23	63.9	36	100.0	$\chi^2=26.380$
15 günde bir yapan	24	28.9	59	71.1	83	100.0	
Ayda bir kez yapan	61	30.0	142	70.0	203	100.0	$p<0.0001$
$\geq 2$ ay yapan	30	69.8	13	30.2	43	100.0	

<sup>1</sup>Fisher Exact test \*Yalnız 1 gebe taharetlenmemektedir. \*\*Taharetlenme sonrası kurulanmalar analiz edilmiştir. \*\*\*Vajinal duş yapanlar analiz edilmiştir.

**Tablo 4.7. (Devamı)**

Değişkenler	Preterm Eylem Tanısı						Test/p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Adetli iken kullanılan ürün</b>							
Ped	81	27.7	211	72.3	292	100.0	$\chi^2=32.848$ $p<0.0001$
Bez	47	64.4	26	35.6	73	100.0	
<b>Adetli iken ürün kullanım sıklığı</b>							
Günde 1 kez	29	72.5	11	27.5	40	100.0	$\chi^2=31.332$ $p<0.0001$
Günde 2-3 kez	91	32.5	189	67.5	280	100.0	
Günde 4-5 kez	8	17.8	37	82.2	45	100.0	
<b>Adetli iken banyo yapma durumu</b>							
Evet	74	26.4	206	73.6	280	100.0	$\chi^2=37.804$ $p<0.0001$
Hayır	54	63.5	31	36.5	85	100.0	
<b>Adetli iken cinsel ilişki durumu</b>							
Evet	9	40.9	13	59.1	22	100.0	$\chi^2=0.131$ $p=0.718$
Hayır	119	34.7	224	65.3	243	100.0	
<b>Vajinal duş yapma***</b>							
Evet	71	65.7	37	34.3	108	100.0	$\chi^2=61.474$ $p<0.0001$
Hayır	57	22.2	200	77.8	257	100.0	
<b>Vajinal duş zamanı (n=108)***</b>							
Her cinsel ilişki sonrası	14	77.8	4	22.2	18	100.0	$\chi^2=1.421$ $p=0.491$
Her banyoda	53	63.1	31	36.9	84	100.0	
Her adet sonrası	4	66.7	2	33.3	6	100.0	
<b>Vajinal duş nedeni (n=108)***</b>							
Temizlik amacıyla	17	65.4	9	34.6	26	100.0	$\chi^2=0.434$ $p=0.933$
Abdest amacıyla	31	64.6	17	35.5	48	100.0	
Gebelikten korunmak amacıyla	15	71.4	6	28.6	13	100.0	
Belli bir amacı olmayan	8	61.5	5	38.5	21	100.0	
<b>Haznenin yıkandığı madde (n=108)***</b>							
Sadece su ile	50	64.1	28	35.9	78	100.0	$\chi^2=0.124$ $p=0.725$
Su ve sabun ile	21	70.0	9	30.0	30	100.0	
<b>Hazneyi yıkama şekli (n=108)***</b>							
Tazyikli (basınçlı) su ile	40	71.4	16	28.6	56	100.0	$\chi^2=1.187$ $p=0.276$
Parmağımı sokarak su ile	31	59.6	21	40.4	52	100.0	

\*\*\*Vajinal duş yapanlar analiz edilmiştir.

Tablo 4.7’de gebe kadınların genital hijyen davranışları ile vajinal duş özellikleri ve preterm eylem tanısı alma durumuna göre dağılımı yer almaktadır. Günlük ped kullanmayan gebe kadınların %35.5’inin preterm eylem tanısı aldığı ve günlük ped kullanımı ile preterm eylem tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ). Gebe kadınların iç çamaşırı değiştirme sıklığı azaldıkça preterm eylem tanısı alma oranının arttığı belirlenmiş olup, iç çamaşırı değiştirme sıklığı ile preterm eylem tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.001$ ). Banyo yapma şekli ile preterm eylem tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.0001$ ). Farkın oturarak banyo yapan gebe kadınlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Banyo yapma sıklığındaki azalmanın preterm eylem tanısı alma oranını arttırmasına rağmen aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Gebe kadınların taharetlenme şekli ile preterm eylem tanısı alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Farkı yaratan grubun elini kullanarak su ile taharetlenenler olduğu tespit edilmiştir. Taharetlenme sonrası kurulama yapmayanların %40.0’ının preterm eylem tanısı aldığı fakat bunun istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Taharetlenme sonrası bez kullanan kadınların tamamının preterm eylem tanısı aldığı taharetlenme sonrası bez kullanma ile preterm tanısı alma arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Genital bölgedeki kılların temizlenme süresi ile preterm eylem tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). Farkın iki ay ve üzerinde kılların temizliğini yapanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Adetli iken bez kullanan gebe kadınların %64.4’ünde preterm eylem tanısı aldığı saptanmış olup, istatistiksel açıdan aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.0001$ ). Çalışmamızda gebe kadınlarda adetli iken ürün değiştirme zamanı uzadıkça preterm eylem tanısı alma oranı azalmaktadır. Adetli iken ürün kullanım sıklığı ile preterm eylem tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuş olup ( $p<0.0001$ ), farkın günlük değişimi 1 kez yapanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir. Adetli iken banyo yapan gebe kadınların %26.4’ünün preterm eylem tanısı aldığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.0001$ ). Adetli iken cinsel ilişkiye girenlerin ise %40.9’unun preterm eylem tanısı aldığı belirlenmiş olup, aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Vajinal duş yapma ile preterm eylem tanısı alma



arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Gebe kadınların vajinal duş yapma zamanı, nedeni, hazneyi yıkadığı madde ve hazneyi yıkama şekli ile preterm eylem tanısı alma arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.8. Gebe Kadınların Vajinal Akıntısı ve Eşinin Genital Enfeksiyon Olma Varlığı ve Preterm Eylem Tanısı Alma Durumlarına Göre Dağılımı**

Değişkenler	Preterm Eylem Tanısı						Test/p değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Vajinal akıntı varlığı</b>							
Var	92	44.0	117	56.0	209	100.0	$\chi^2=16.297$
Yok	36	23.1	120	76.9	156	100.0	$p<0.0001$
<b>Eşinin cinsel organında enfeksiyon</b>							
Var	17	85.0	3	15.0	19	100.0	$\chi^2=21.257$
Yok	111	32.2	234	67.8	246	100.0	$p<0.0001$

Tablo 4.8’de gebe kadınların vajinal akıntısı ve eşinin genital enfeksiyon varlığı ve preterm eylem tanısı alma durumlarına göre dağılımı görülmektedir. Vajinal akıntısı olan gebe kadınların %44.0’ının ve eşinin cinsel organında enfeksiyon olanların %85.0’ının preterm eylem tanısı aldığı ve aralarında istatistiki açıdan anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.0001$ ).

**Tablo 4.9. Gebe Kadınların Vajinal Duş Yapmaları ve Genital Hijyen Davranışları Envanterinden Aldıkları Puan Ortalamaları ile Preterm Doğum Eylem Tanısı Alma Arasındaki Lojistik Regresyon Sonuçları**

Değişkenler	B	SH	<i>p</i> *	OR	95% CI	
					Lower	Upper
<b>Vajinal duş yapma</b>						
Evet vs Hayır	-1.795	0.295	<0.0001	0.166	0.093	0.296
<b>GHDE toplam puanı</b>	-0.010	0.014	0.475	0.990	0.964	1.017

Nagelkerke  $R^2=0.217$ , Hosmer–Lemeshow  $\chi^2=15.054$ ,  $p<0.05$ , Bağımlı değişken: 1= Preterm eylem tanısı olan, 0= Preterm eylem tanısı olmayan. Kısaltmalar: CI: confidence interval; OR: odds ratio; SH: standard hata. İstatistiksel anlamlılık düzeyi:  $p<0.05$

Gebe kadınların vajinal duş yapmaları ve genital hijyen davranışları envanterinden aldıkları puan ortalamaları ile preterm doğum eylem tanısı alma arasındaki lojistik regresyon analizi sonuçları, Tablo 4.9’da yer almaktadır. Vajinal duş yapan gebe kadınların yapmayanlara göre preterm eylem tanısı alma riskinin 0.17 kat arttığı bulunmuştur (OR=0.166, 95% CI=0.093-0.296) ( $p<0.0001$ ). Genital hijyen davranışları toplam puanı ile preterm eylem tanısı alma durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (OR=0.990, 95% CI=0.964-1.017) ( $p>0.05$ ).

## BÖLÜM 5

### TARTIŞMA VE SONUÇ

Preterm doğum eylemi, gebeliğin 20. ve tamamlanmış 36. haftaları arasında doğumun gerçekleşmesi olarak tanımlanmaktadır [96]. 20-37. gebelik haftaları arasında doğan bebeklerde birçok hastalık ve sakatlıkların gelişme riski artarken, aynı zamanda termde doğanlara göre hayatta kalma şansları azalmaktadır [97]. Preterm doğum eyleminin sadece yenidoğan bebek üzerinde olumsuz etkileri olmamakla birlikte, aynı zamanda anne ve ailesinde psikolojik, sosyal ve ekonomik sorunlara da yol açmaktadır [17]. Preterm doğum eylemi perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden biridir [38,98]. Dünyada her 10 bebekten biri prematür olarak doğmaktadır [37,38]. Son 10 yılda preterm doğum eyleminin görülme sıklığı artmaktadır. Dünyada preterm doğum eyleminin insidansının düşük gelirli ülkelerin %7.4-13.3'ünde ve yüksek gelirli ülkelerin %8.6'sında görüldüğü belirtilmektedir [38]. Araştırmamızda gebe kadınların %35.1'inin preterm doğum eylemi tanısı aldığı tespit edilmiştir. Brezilya'da yapılan bir çalışmada, preterm doğum eyleminin görülme hızının %11.5 olduğu bildirilmiştir [40]. Derbent ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, tekli gebeliklerin %31.1'inde preterm doğum eyleminin gerçekleştiği saptanmıştır [11]. Çelen ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, gebe kadınların %38.7'sinin preterm doğum eyleminin meydana geldiği belirlenmiştir [12]. Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, gebe kadınların %17.3'ünün 37. gebelik haftasından önce doğum yaptıkları bulunmuştur [17]. Ülkemizde Gaziantep'te yapılan bir çalışmada, kadınların %19.0'ının preterm doğum eylemi yaptığı bildirilmiştir [10]. Kahramanmaraş'ta yapılan bir araştırmada, kadınların %17.4'ünün preterm doğum eylemi yaptığı saptanmıştır [100]. Araştırmamızda preterm doğum eylemi tanısı alma oranı, Çelen ve çalışma arkadaşlarının [12] ve Derbent ve çalışma arkadaşlarının [11] yaptıkları araştırma sonuçlarına yakın bulunmuştur. Ülkemizde yapılan diğer çalışma [10,17,100] sonuçlarından ve DSÖ'nün belirttiği preterm doğum eylemi oranlarından [38], araştırmada elde ettiğimiz bulgumuzun oldukça yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bunun nedeninin araştırmamızda preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların henüz doğum yapmamış olmasının ve çalışmanın yapıldığı hastanenin eğitim ve araştırma hastanesi olması sebebiyle riskli gebeliklerin buraya sevk edilmelerinin etkisi olduğu düşünülmektedir.

Preterm doğum eyleminin gelişmesini etkileyen risk faktörlerinin arasında gebelik [17] ve doğum sayısının [33,40] yer aldığı belirtilmektedir. Araştırmamızda gebelik ve doğum sayısı arttıkça preterm doğum eylemi görülme oranının yükseldiği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, doğum sayısı ile spontan preterm eylem arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu belirlenmiştir [40]. Benzer bulgu Fiscella ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada da bulunmuştur [33]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise gebelik sayısı ile preterm doğum eylemi görülmesi arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir [17]. Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular, yukarıdaki çalışma [17,33,40] sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Gebelikte yaşanan anemi, prenatal kanama, prematüre membran rüptürü, polihidroamniyoz gibi çeşitli sağlık komplikasyonlarının preterm doğum eylem gelişme riskini arttırdığı belirtilmektedir [56]. Araştırmamızda önceki gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan kadınlarda yaşamayanlara göre anlamlı olarak daha fazla preterm doğum eylemi tanısı aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Col-Araz'ın yaptığı çalışmada, gebelikteki hastalık öyküsünün preterm doğum eylemi gelişme riskini arttırdığı bulunmuştur [10]. Benzer bulgu Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da elde edilmiştir [40]. Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada ise gebelikte kanama, çoğul gebelik, hipertansiyon ve sigara içme öyküsü olanlarda, olmayanlara göre gebe kadınların 37. gebelik haftasından önce anlamlı olarak daha fazla doğum yaptıkları tespit edilmiştir [17]. Araştırma bulgularımız, bu çalışma [17,40,10] sonuçlarıyla uyumluluk göstermektedir.

Önceki gebeliğinde preterm doğum öyküsü olma kadınların bir sonraki gebeliğinde de benzer sorunu yaşamalarına neden olmaktadır [7,8,15,40-43]. Araştırmamızda, önceki gebeliğinde preterm doğum eylemi tanısı alan ve önceki doğumunda erken doğum yapan kadınlarda, yapmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla preterm doğum eylemi tanısı aldıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, preterm doğum öyküsü olanların %27.9'unun bir sonraki gebeliğinde tekrar aynı sağlık sorununu yaşadıkları saptanmıştır [40]. Lykke ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, önceden erken doğum öyküsü olma durumunda kadınlarda preterm doğum eylem gelişme riskinin yaklaşık olarak 6 kat arttığı

bulunmuştur [43]. Fiscella ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, önceden erken doğum öyküsü olan Afrikalı kadınlarda, olmayanlara göre preterm doğum eylemi görülme oranının anlamlı olarak daha fazla olduğu tespit edilmiştir [33]. Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, önceden doğum öyküsü olan kadınların yarısının (%50.0) bu gebeliğini de 37. gebelik haftasından önce sonlandırdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada erken doğum öyküsü ile 37. gebelik haftasından önce ve sonrasında doğum yapma arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olduğu bulunmuştur [17]. Bu çalışmaların [17,33,40,43] sonuçları ve literatür [7,8,15,41,42], araştırma bulgularımızı destekler niteliktedir.

Preterm doğum eylemi riskini arttıran durumlardan birinin dilatasyon ve küretaj işlemi olduğu belirtilmektedir [41]. Araştırmamızda, düşük yapanlarda yapmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla preterm doğum eylemi tanısı aldıkları bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Ancak küretaj olan gebe kadınlarda olmayanlara göre preterm doğum eylemi görülme oranı daha fazla olmasına rağmen, aralarındaki farkın istatistiki açıdan anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, spontan preterm doğum eylemi ile düşük yapma arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı bulunmadığı, ancak indüklenen preterm doğum eylemi ile abortus yapma arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır [40]. Araştırmamızda düşük yapma ile ilgili bulgularımız literatür [41] ve Leal ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırma [40] sonucu ile benzerlik göstermektedir.

Kontraseptif kullanmanın preterm doğum eylemine karşı koruyucu olduğu belirtilmektedir. Kontraseptif kullanılan her ayın %1.1 kadar preterm doğum eylemi gelişme riskini azalttığı bulunmuştur [101]. Araştırmamızda gebelik öncesinde kontraseptif yöntem kullananlarda kullanmayanlara göre preterm doğum eylemi tanısı alma oranlarının anlamlı olarak daha fazla görüldüğü saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Literatürden [101] farklı olarak araştırmamızda bu sonucun elde edilmesinde, kullanılan kontraseptif yöntem dışında da diğer risk faktörlerinin preterm doğum eylemi üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların sosyal iyiliğini artırmak, rahatsızlıklarını azaltmak ve sağlığı geliştirmek amacıyla yaptıkları genital hijyenin [18], yetersiz, yanlış ya da hiç yapılmadığı durumlarda genito-üriner enfeksiyonların gelişme riski artmaktadır [26,27]. Genital

hiyien davranışlarından biri olan vajinal duş ve yetersiz perine hijyeni, vajenin normal florasını bozarak burada patojen mikroorganizmaların yerleşmesine neden olmaktadır [75,86]. Bu durum sonrasında gelişen vajinal, uterin ve üriner enfeksiyonlar gebelikte preterm doğum eylemi riskini arttırdığı belirtilmektedir [14]. Yetersiz ve yanlış yapılan perine temizliği ve vajinal duşun preterm doğum eylemi riskini arttırdığı rapor edilmiştir [16]. Yapılan bir araştırmada genital hijyen davranışlarının enfeksiyon ile olan ilişkisi incelenmiş ve bazı uygulamaların enfeksiyon gelişme riskini artırdığı tespit edilmiştir [82]. Ancak kadınların genital hijyen davranışları ve preterm doğum eylemi arasındaki ilişkiyi değerlendiren bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu nedenle genital enfeksiyona neden olması yönünden genital hijyen davranışları ile preterm doğum eylemi arasındaki karşılaştırmalar tartışılacaktır.

Genital enfeksiyonların önlenmesinde perinenin ventilasyonunu sağlayacak şekilde kadınların uygun iç çamaşırı giymesi gerekmektedir [102]. İç çamaşırının özelliği kadar değiştirme sıklığı da uygun perine hijyeninin sağlanması açısından önemlidir. Kadınların uygun perine hijyenini sağlayabilmek için günlük olarak iç çamaşırının değiştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Hatta akıntılarının yoğun olduğu günlerde, kadınların iç çamaşırını daha sık aralıklarla değiştirmesi beklenmektedir [78]. Araştırmamızda, iç çamaşırı değiştirme sıklığı günlük olanlara göre haftada 2-3 kez değiştirenlerde preterm doğum eylemi tanısı alma oranının anlamlı olarak daha yüksek bulunduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Cangöl'ün yaptığı araştırmada, iç çamaşırı değiştirme sıklığı ile genital enfeksiyon varlığı arasında istatistikî açıdan anlamlı fark bulunmamıştır [85]. Özdemir ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin iç çamaşırı değiştirme sıklığı iki gün ve daha fazla olanlarda anormal vajinal akıntısının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır [103]. Araştırmamızda bu sonucun elde edilmesinde; çalışmanın gebe kadınlarla yapılmış olmasının ve hamilelik döneminde vajinal sekresyonların iç çamaşırında daha fazla ıslaklık ve nemliliğe neden olmasının genital enfeksiyonların gelişmesine zemin hazırlayarak, preterm doğum eylemi gelişme riskini artırdığı düşünülmektedir.

Kadınların taharetlenme şekli üreme ve üriner sistem enfeksiyonlarının gelişmesinin önlenmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Perine temizliği yapılmadan öncesinde ve sonrasında ellerin yıkanması gerekmektedir. Perine temizliği önden arkaya doğru

yapılması enfeksiyon gelişme riskini azaltmaktadır [78]. Bu nedenle genital bölgenin önden arkaya olacak şekilde tuvalet sonrasında bol suyla durulanması ve kurulması önerilmektedir [75]. Araştırmamızda, elini kullanarak su ile taharetlenenlerde diğer taharetlenme şekillerine göre kadınlarda anlamlı fark yaratacak şekilde preterm doğum eylemi tanısı alma oranının yüksek olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Araştırmamızda taharetlenme sonrası kurulama ile preterm doğum eylemi tanısı alma arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Ayrıca araştırmamızda, taharetlenme sonrası bez ile kurulanların tamamında kadınların preterm doğum eylemi tanısı aldıkları belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Cangöl'ün yaptığı araştırmada [85], genital bölgenin temizliği ile taharetlenme sonrası kurulama ve genital enfeksiyon gelişme varlığı arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Su kullanılarak elle genital bölge temizliği yapmak önerilen bir davranış olmakla birlikte, tuvalet öncesi el yıkanmadığı takdirde genital enfeksiyonun gelişme riski artmaktadır. Bu nedenle araştırmamızda kadınların tuvalet öncesi el hijyenine dikkat etmediğinden dolayı, su ve elini kullanarak genital temizliğini yapanlarda preterm doğum eylemi tanısı alma oranının yüksek çıktığı düşünülmektedir. Literatürde de, taharetlenme yapıldıktan sonra beyaz, kokusuz tuvalet kâğıdı ile önden arkaya olacak şekilde taharetlenmenin yapılması gerektiği belirtilmektedir [75]. Araştırmamızda bez kullanan tüm kadınların preterm doğum eylemi tanısı almasında, enfeksiyon gelişimine zemin hazırlayan nemli, beklemiş, mikroorganizma kolonizasyonu yüksek ve aynı bezle taharetlenmenin etkili olduğu düşünülmektedir.

Genital bölgedeki kıl temizliği daha çok pozitif seksüel fonksiyon ve genital imaj amacıyla yapılmaktadır [104]. Genital bölgedeki kılların temizliği esnasında çok ciddi olmayan komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bunların arasında epidermal abrazyon, kıl folliküllerinin dönmesi, kıl folliküllerinin iltihabı, hiperpigmentasyon, vulvitis, kontakt dermatitler, genital yanıklar ve seksüel yolla bulaşan hastalıklar yer almaktadır [105]. Araştırmamızda, iki aydan daha uzun süre genital bölgedeki kıl temizliğini yapanlarda anlamlı olarak daha fazla preterm doğum eylemi tanısı aldıkları saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Araştırmamızda kadınların uzun süre kıl temizliğini yapmamasının genital bölgede nemliliğe, tahrişe ve kaşıntıya neden olabileceğinden, bu durumun enfeksiyon gelişimini hazırlayan bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir.

Menstruasyon döneminde pedlerde kanın göllenmesiyle birlikte nemli, ılık ve kanlı ortam mikroorganizmaların kolayca çoğalmalarına neden olmakta ve enfeksiyon gelişmesi için zemin hazırlamaktadır. Menstruasyon dönemindeyken kadınların mutlaka emici ve hijyenik ürünleri kullanması ve bu ürünleri günde üç dört saatte bir değiştirmesi enfeksiyonların önlenmesi için önerilmektedir [78]. Araştırmamızda ped kullananlara göre bez kullananlarda ve adetliyken sık ürün kullanmayanlarda anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Cangöl'ün yaptığı araştırmada [85], menstruasyon esnasında kullanılan ürün ve bu ürünün kullanım sıklığı ile genital enfeksiyon görülme durumu arasında istatistiki açıdan anlamlı fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Özkan ve Demir'in çalışmasında ise ped kullanan kadınlarda vajinitin daha az görüldüğü bildirilmektedir [106].

Genital hijyen amaçlı kullanılan vajinal duşun [86], preterm doğum eylemine neden olduğu belirtilmektedir [17,75,86]. Yapılan bir derlemede, ülkemizdeki kadınların %50.2-68.4'ünün vajinal duş uyguladıkları bildirilmektedir [86]. Araştırmamızda, gebe kadınların %29.6'sının vajinal duş yaptıkları ve bunun nedeni olarak çoğunluğunun abdest almak amacıyla bu işlemi gerçekleştirdikleri saptanmıştır. Ülkemizde Sakru ve çalışma arkadaşlarının vajinal sürüntü örneklerine bakarak yaptıkları araştırmada, gebe kadınların %51.9'unun vajinal duş uyguladıkları bulunmuştur [107]. Araştırmamızda gebe kadınlarda vajinal duş uygulama oranı literatüre [86,107] göre oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonucun elde edilmesinde araştırma örnekleminin ve çalışmanın yapıldığı yerin farklılığından ve gebelerin vajinal duşun hamileliklerine zarar vereceği korkusundan kaynaklandığı düşünülmektedir. Vajinal duşun normal florada yer alan laktobasillerin sayısını azalttığı, pH'yı yükselttiği [16] ve bu nedenle genital enfeksiyon gelişme riskini arttırdığı bilinmektedir [16,75]. Ülkemizde yapılan iki çalışmada vajinal duş ile genital enfeksiyon arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilirken [26,82], Yılmaz'ın çalışmasında ise bu bulgunun aksi yönünde bir sonuca ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada, gebelik öncesinde uygulanan vajinal duşun vajen mikroflorasında ani değişikliklere yol açtığı ve bu durumun preterm doğum eylemi riskini arttırdığı saptanmıştır [90]. Araştırmamızda vajinal duş yapan gebe kadınlarda yapmayanlara göre preterm doğum eylemi tanısı alma oranının anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Aynı zamanda araştırmamızda, vajinal duş yapanların yapmayanlara göre yaklaşık olarak 0.17 kat preterm doğum eylemi tanısı alma riskinin



arttığı bulunmuştur ( $p<0.0001$ ). Ege ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, vajinal duş yapan kadınların yapmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla 37. gebelik haftasından önce doğum yaptıkları tespit edilmiştir [17]. Luong ve çalışma arkadaşlarının yaptıkları araştırmada, gebe kadınlarda vajinal duş uygulaması ile bakteriyel vajinozis ve preterm doğum eylemi arasında istatistiki açıdan anlamlı farkın olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada, uzun süreli preterm eylem üzerinde vajinal duşun etkilerinin olmadığı, ancak 34. gebelik haftasından önce erken doğumla ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada preterm doğum eylemi gelişme riskini vajinal duşun yaklaşık olarak üç kat daha fazla artırdığı tespit edilmiştir [108]. Araştırmamızda elde edilen bulgular, yukarıda bahsedilen çalışma [17,108] sonuçlarıyla ve literatürle [26,82] uyumluluk göstermektedir.

Preterm doğum eyleminin gelişmesinde uterin, vajinal ve üriner enfeksiyonların risk faktörü olduğu vurgulanmaktadır. Enfeksiyona neden olan bakteriler interleukini uyarmakta [14], uterus kontraksiyonuna yol açan prostaglandin salınımını arttırmaktadır. Enfeksiyon durumunda nötrofil sayısının artması ve pH'nın beşin üzerine çıkması preterm doğum eylemiyle ilişkilendirilmektedir [42]. Yapılan bir derlemede bakteriyel vajinozis olduğu durumlarda preterm doğum eylemi gelişme riskinin iki kat arttığı belirtilmektedir [16]. Araştırmamızda, vajinal akıntısı olan gebe kadınlarda ve eşinin cinsel organında enfeksiyonu olduğunu belirtenlerde, diğerlerine göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ). Yapılan bir araştırmada, genital enfeksiyonların preterm doğum eylemi gelişme riskini yaklaşık olarak beş kat daha fazla artırdığı saptanmıştır [40]. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, normal gebeler göre preterm doğum eylemi olan gebe kadınlarda mikroorganizma kolonizasyonunun dört kat daha fazla preterm doğum eylemi gelişme riskini artırdığı bulunmuştur [12]. Araştırma bulgularımız, literatür [16,42] ve çalışma [12] bulgularıyla benzerlik göstermektedir.

## **Sonuç ve Öneriler**

Araştırmadan elde edilen bulgulara göre;

1. Gebe kadınların %35.1'inin araştırmanın yapıldığı dönemde preterm doğum eylemi tanısı aldığı,

2. Gebe kadınların %29.6'sının vajinal duş yaptığı,
3. Preterm doğum eylemi tanısı alan kadınların GHDE'den aldıkları puan ortalamasının  $60.96 \pm 11.98$  ve bu durumun erken doğum öyküsü olmayanlarda  $66.30 \pm 8.99$  olduğu,
4. Küretaj olma ( $p > 0.05$ ) dışında gebe kadınların gebelik ve doğum sayısı, önceki gebeliğinde sağlık sorunu olma, preterm doğum eylemi tanısı alma ve doğum yapma durumu, düşük yapma ve gebelik öncesinde kontraseptif yöntem kullanma durumu ile preterm doğum eylemi tanısı alma arasında istatistiki açıdan farkın anlamlı olduğu ( $p < 0.05$ ),
5. Gebe kadınların günlük ped kullanma, banyo yapma şekli ve sıklığı, taharetlenme sonrası kurulama, adetli iken cinsel ilişkiye girme, vajinal duş zamanı ve nedeni, hazneyi yıkama şekli ve yıkamada kullanılan madde ile preterm doğum eylemi tanısı alma arasında istatistiksel olarak farkın anlamlı olmadığı ( $p > 0.05$ ),
6. İç çamaşırını haftada 2-3 kez değiştirenlerin günlük değişim yapanlara göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha fazla olduğu ( $p < 0.05$ ),
7. Elini kullanarak su ile taharetlenen gebelerin diğer taharetlenme şekli olanlara göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ),
8. Bez ile kurulama yapanların peçeteyle kurulayanlara göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha fazla olduğu ( $p < 0.05$ ),
9. İki aydan daha uzun süre genital bölgedeki kıllarını temizleyenlerin diğer bu konudaki hijyenik davranış gösterenlere göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ),
10. Adetli iken bez kullananlarda, menstruasyon döneminde günde bir kez bu hijyenik ürünleri kullananlarda ve bu dönemde banyo yapmayanlarda, kendi grubundakilere göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha fazla olduğu ( $p < 0.05$ ),
11. Vajinal duş yapmayanlarda yapanlara göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha az olduğu ( $p < 0.05$ ),
12. Kendisinde vajinal akıntı ve eşinin cinsel organında enfeksiyonu olanların olmayanlara göre anlamlı olarak preterm doğum eylemi tanısı alma oranının daha yüksek olduğu ( $p < 0.05$ ) bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Araştırmamızda her 10 gebeden yaklaşık olarak dördünün preterm doğum eylemi tanısı aldığı tespit edildiğinden dolayı, kadınlara erken doğum eyleminin belirtileri ve evde yapılması gereken önleyici müdahaleler hakkında eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Araştırmamızda her 10 kadından üçünün vajinal duş uyguladığı ve bu durumun preterm doğum eylemi ile ilişkisi belirlendiğinden, sağık profesyonelleri tarafından tüm hamilelerin bu istenilmeyen genital hijyenik uygulamayı yapıp yapmadıkları konusunda sorgulamaları ve gebelere doğum öncesi bakım hizmetlerini almaya geldiklerinde hazneyi yıkamanın normal florayı bozduğı ve burada mikroorganizmaların gelişmesine neden olarak erken doğum eylemini tetiklediğı konusunda eğitim yapılması,
- Preterm doğum eylemi tanısını almayı etkileyen genital hijyen davranışlarıyla ilgili risk faktörleri (iç çamaşırını değıştirme, taharetlenme, adetliyken ped kullanma ve banyo yapma, üreme sistemi enfeksiyonları, genital bölgedeki kılların temizliğı,... gibi) hakkında sağık profesyonelleri tarafından gebe kadınların bilgilendirilmesi ve poliklinik hizmetlerinden yararlanan tüm kadınların bu konudaki alışkanlıklarının değıerlendirilmesi,
- Tüm gebeler ve kadınlara normal genital hijyen davranışları konusunda eğitim ve danışmalıkların verilmesi,
- Genital hijyen davranışları konusunda eğitim ve danışmalık verildikten sonra gebe kadınlarda preterm doğum eylemi tanısı alma durumlarını değıerlendiren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Eroğlu, K. “Kadın ve üreme sağlığına genel bakış”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, 1.bs., Editör, Coşkun, A., *Koç Üniversitesi Yayınları.*, İstanbul, s. 15-38, 2012.
2. Taşkın, L., Zeyneloğlu, S., “Cinsel sağlık/üreme sağlığı”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 20-41, 2016.
3. Akdolun Balkaya N, Vural, G., Eroğlu, K., “Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi”, *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1), 6-16, 2014.
4. İnternet: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017 Haber Bülteni” <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27344,saglik-istatistikleri-yilligi-2017-haber-bultenipdf.pdf?>.
5. İnternet: Türkiye İstatistik Kurumu “Ölüm İstatistikleri, 2017”, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27592>.
6. Taşkın, L., “Riskli gebelikler”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 269-324, 2016.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists’ Committee on Practice Bulletins-Obstetrics., “Practice bulletin no. 171: Management of preterm labor”, *Obstet. Gynecol.*, 128 (4), e155-e164, 2016.
8. Koullali, B., Oudijk, M. A., Nijman, T. A., Mol, B. W., Pajkrt, E., “Risk assessment and management to prevent preterm birth”, *Semin. Fetal Neonatal Med.*, 21 (2), 80-88, 2016.
9. Muglia, L. J., Katz, M., “The enigma of spontaneous preterm birth”, *New England Journal of Medicine*, 362 (6), 529-535, 2010.

10. Col-Araz, N., “Evaluation of factors affecting birth weight and preterm birth in southern Turkey”, *J Pak. Med. Assoc.*, 63 (4), 459-462, 2013.
11. Derbent, A., Simavli, S., Gümüş, I. I., Tatli, M. M., Turhan, N. O., “Nifedipine for the treatment of preterm labor in twin and singleton pregnancies”, *Arch, Gynecol, Obstet.*, 284 (4), 821-826, 2011.
12. Çelen, Ş., Özcan Temizkan, R., Yapar Eyi, E. G., Seçkin, T., Saygan, S., Şahin Özkan, M., “Preterm eylem ve erken membran rüptüründe servikal kültür sonuçlarının karşılaştırılması”, *Erciyes Med. J.*, 34 (4), 174-177, 2012.
13. Misund, A. R., Nerdrum, P., Diseth, T. H., “Mental health in women experiencing preterm birth”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14, 263,2014.
14. Kulakaç, Ö., “Preterm eylem-erken doğum eylemi”, Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. 2nd. ed., Çeviri Editörü, Taşkın L., *Palme Yayıncılık*, Ankara, s.540-579, 2002.
15. İnternet: The American College of Obstetricians and Gynecologist “Preterm Labor and Birth”, <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Preterm-Labor-and-Birth#risk>.
16. Dündar T, Özsoy, S., “Bakteriyel vajinozisin preterm eylem üzerine etkisi”, *HUHEMFAD.*, 5 (2), 152-159, 2018.
17. Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Arıöz, A., Koçoğlu, D., “Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler”, *TJOD Derg.*,197-205, 2009.
18. Çankaya, S.,Dereli Yılmaz, S., “Factors associated with genital hygiene behaviours in pregnant and nonpregnant women in Turkey”, *International Journal of Human Sciences*, 12 (1), 920-932, 2015.
19. Cottrell, B. H., “Vaginal douching”, *J Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, 32 (1), 12-18, 2003.
20. Mete, S., Gerçek, E., “Vajinal duşun yaygınlığı, etkileyen etmenler ve sonuçları”, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,55-61, 2005.

21. Hacialioğlu, N., Nazik, E., Kiliç, M., “A descriptive study of douching practices in Turkish women”, *Int. J Nurs. Pract.*, 15 (2), 57-64, 2009.
22. Kukulu, K., “Vaginal douching practices and beliefs in Turkey”, *Cult. Health Sex.*, 8 (4), 371-378, 2006.
23. Yanikkerem, E., Yasayan, A., “Vaginal douching practice: Frequency, associated factors and relationship with vulvovaginal symptoms”, *J Pak. Med. Assoc.*, 66 (4), 387-392, 2016.
24. Ott. M. A., Ofner, S., Fortenberry, J. D., “Beyond douching: use of feminine hygiene products and STI risk among young women”, *J Sex Med.*, 6 (5), 1335-1340, 2009.
25. Okumuş, F., Demirci, N., “Türkiye’de vajinal duş gerçeği”, *F. N. Hem. Derg.*, 22 (1), 53-62, 2014.
26. Akın B., Erdem H., Ege E., “15-49 yaş evli kadınlarda vajinal duş uygulaması (vd) ve olumsuz etkileri”, *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 1-16, 2006.
27. Dalbudak S., Bilgili N., “GATA kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran kadınların genital hijyen davranışları ve bu davranışların vajinal enfeksiyona etkisi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 281-287, 2013.
28. Bruce, F. C., Kendrick, J. S., Kieke, B. A. Jr., Jagielski, S., Joshi, R., Tolsma, D. D., “Is vaginal douching associated with preterm delivery?”, *Epidemiology*, 13 (3), 328-333, 2002.
29. Taşkın, L., Kukulu, K., “Doğum ve kadın sağlığı hemşireliğine giriş”, *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, 13. bs., Editör, Taşkın, L., Özyurt Matbaacılık, Ankara, s. 1-19, 2016.
30. İnternet: Resmi Gazete “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.

31. Eroğlu K., Koç G., “Dünden bugüne sağlık mevzuatında kadın sağlığı kapsamında ana çocuk sağlığı hemşirelik hizmetleri”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15 (2), 136-151, 2012.
32. Luong, M. L., Libman, M., Dahhou, M., Chen, M. F., Kahn, S. R., Goulet, L., Séguin, L., Lydon, J., McNamara, H., Platt, R. W., Kramer, M., “Vaginal douching, bacterial vaginosis, and spontaneous preterm birth”, *J Obstet. Gynaecol. Can.*, 32 (4), 313-320, 2010.
33. Fiscella, K., Franks, P., Kendrick, J. S., Meldrum, S., Kieke, B. A. Jr., “Risk of preterm birth that is associated with vaginal douching”, *Am. J Obstet. Gynecol.*, 186 (6), 1345-1350, 2002.
34. Misra, D. P., Trabert, B., “Vaginal douching and risk of preterm birth among African American women”, *Am. J Obstet. Gynecol.*, 196 (2), 140, e1-e8, 2007.
35. Gezginç, K., Göktepe, H., “Preterm eylem tanı ve tedavisinin literatür ışığında tartışılması”, *Kadın Doğum Dergisi*, 8 (4), 1945-1954, 2010.
36. Goldenberg, R. L., Culhane, J. F., Iams, J. D., Romero, R., “Epidemiology and causes of preterm birth”, *Lancet*, 371 (9606), 75-84, 2008.
37. Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M. Z., Chou, D., Moller, A. B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., Lawn, J. E., “National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications”, *Lancet*, 379 (9832), 2162-2172, 2012.
38. İnternet: World Health Organization “Born too Soon-The Global Action Report on Preterm Birth”, [https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_born\\_too\\_soon-report.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_born_too_soon-report.pdf).
39. Vogel, J.P., Chawanpaiboon, S., Moller, A.B., Watananirun, K., Kaput, M., Lumbiganon, P., “The global epidemiology of preterm birth”, *Best Pract. Clin. Obstet. Gynaecol.*, 52, 3-12, 2018.

40. Leal, M. D., Esteves-Pereira, A. P., Nakamura-Pereira, M., Torres, J.A., Theme-Filha, M., Domingues, R. M., Dias, M. A., Moreaira, M. E., Gama, S. G., “Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil”, *Reprod. Health*, 13 (Suppl 3), 127, 2016.
41. İnternet: Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği Türkiye “Erken Doğumun Öngörülmesi ve Engellenmesi” [tmfp.org/webkontrol/uploads/files/Erken%20Dogumun%20Ongorulmesi%20ve%20Engellenmesi.pdf](http://tmfp.org/webkontrol/uploads/files/Erken%20Dogumun%20Ongorulmesi%20ve%20Engellenmesi.pdf)
42. Offiah, I., O’Donoghue, K., Kenny, L., “Clinical risk factors for preterm birth”, *Preterm Birth-Mother and Child*, Editor, Morrison, J., *InTech*, s.73-94, 2012.
43. Lykke, J. A., Paidas, M. J., Langhoff-Roos, J., “Recurring Complications in Second Pregnancy”, *Obstet Gynecol*, 113 (6),1217-1224, 2009.
44. Mete, S., “Stres, hormonlar ve doğum arasındaki ilişki”, *DEUHYO ED*, 6, 2, 93-98, 2013.
45. Lilliecreutz, C., Laren. J., Sydsjö, G., Josefsson, A., “Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth”, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 5, 2016.
46. Kramer, M. S., Lydon, J., Seguin, L., Goulet, L., Kahn, S. R., McNamara, H., Genest, J., Dassa, C., Chen, M. F., Sharma, S., Meaney, M. J., Thomson, S., Van Uum, S., Koren, G., Dahhou, M., Lamoureux, J., Platt, R. W., “Stress pathways to spontaneous preterm birth: the role of stressors, psychological distress and stress hormones”, *Am J Epidemiol*, 169 (11), 1319-1326, 2009.
47. Göksever, H., Kılıç, B., Erata, Y., “Preterm doğumlarda epidemiyolojik faktörler”, *Turkiye Klinikleri J. Gynecol. Obst.*, 18 (5), 294-305, 2008.
48. Juhasz-Böss, I., Solomayer, E., Raphé, C., “Abdominal surgery in pregnancy-an interdisciplinary challenge”, *Dtsch. Arztebl. Int.*, 111 (27-28), 465-472, 2014.
49. Jakobsson, M., Gissler, M., Tapper, A. M., “Loop electrosurgical excision procedure and the risk for preterm birth”, *Obstetrics and Gynaecology*, 114 (3), 504, 2009.



50. Hosny, A. E. M. S., El-Khayat, W., Kashef, M. T., Fakhry, M. N., “Association between preterm labor and genitourinary tract infections caused by trichomonas vaginalis, mycoplasma hominis, gram-negative bacilli and coryneforms”, *J. Chin. Med. Assoc.*, 80 (9), 575-581, 2017.
51. Ion, R., Bernal, A. L., “Smoking and preterm birth”, *Reprod. Sci.*, 22 (8), 918-926, 2015.
52. Gouin, K., Murphy, K., Shas, P. S., Knowledge Synthesis group on Determinants of Low Birth Weight and Preterm Births, “Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses”, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 204 (4), 340, 2011.
53. Aliyu, M. H., Lynch, O., Belogolovkin, V., Zoorob, R., Salihu, H. M., “Maternal alcohol use and medically indicated vs. spontaneous preterm birth outcomes: a population-based study”, *Eur. J. Public. Health*, 20 (5), 582-587, 2010.
54. Klatsky, H. C., Tran, N. D., Caughey, A. B., Fujimoto, V. Y., “Fibroids and reproductive outcomes: a systematic literature review from conception to delivery”, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 198 (4), 357, 2008.
55. Halimiasl, A. A., Safari, S., Hamrah, M. P., “Epidemiology and related risk factors of preterm labor as an obstetrics emergency”, *Emerg.*, 5 (1), e3, 2017.
56. Bilgin, Z., “Gebelikte riskli durumlar”, Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, Editör, Arslan Özkan, H., *Akademisyen Kitabevi*, Ankara, s. 259-392, 2019.
57. Alhaj, A. M., Radi, E. A., Adam, I., “Epidemiology of preterm birth in Omdurman maternity hospital, Sudan”, *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 23 (2), 131-134, 2010.
58. Jiang, M., Mishu, M. M., Lu, D., Yin, X., “A case control study of risk factors and neonatal outcomes of preterm birth”, *Taiwan. J. Obstet. Gynecol.*, 57(6), 814-818, 2018.

59. Oskay, Ü. Y., Coşkun, A., “Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde verilen kapsamlı hemşirelik bakımının etkinliği”, *TAF Prev. Med. Bull.*, 11 (2), 163-172, 2012.
60. Çoban, A., “Riskli gebelikler”, Kadın Sağlığı, Editör, Şirin, A., *Bedray Basın Yayıncılık Ltd. Şti.*, İstanbul, s. 522- 578, 2008.
61. Ün, S., Yılmaz, Y., Yıldırım, M., Akdeniz, F., Türk, H., Koca, O., “Ciddi yanık travması olan hastalarda hastane kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu sıklığı ve risk faktörlerinin araştırılması”, *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.*, 21 (1), 57-62, 2015.
62. Karahocagil, M. K., Yaman, G., Göktaş, U., Sünnetçioğlu, M., Çıkman, A., Bilici, A., Yapıcı K., Baran A. İ., Binici, İ., Akdeniz, H., “Hastane enfeksiyon etkenlerinin ve direnç profillerinin belirlenmesi”, *Van Tıp Dergisi* ,18(1), 27-32, 2011.
63. Şimşek, M., “Preterm eylem”, Bir Bakışta Kadın Doğum, 3. bs., Çeviri Editörleri, Demir, S. C., Küçükgöz Güleç, Ü., *Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, s. 173-176, 2013.
64. Karaçam, Z., Şen, E., “Yüksek riskli gebelerin evde bakımı”, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 80-91, 2012.
65. Güngör, İ., “Riskli yenidoğan ve hemşirelik bakımı”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2. bs., Editör, Kızılkaya Beji, N., *Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.*, İstanbul, s. 613-640, 2015.
66. Yücesoy, G., “Erken doğum eylemi: tanı ve yönetim”, *Türkiye Klinikleri J Gynecol. Obst.*, 17, 207-216, 2007.
67. Kaleli, B., Demirtaş, Ö., “Preterm eylem”, Obstetrik ve Jinekoloji, 7. bs., Çev. Editörler, Demir, S. C., Küçükgöz Güleç, Ü., *Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, s. 157-161, 2015.
68. Goldenberg, R. L. “The management of preterm labor”, *Obstet. Gynecol.*, 100,1020-1037, 2002.

69. Karataş, A., Dönmez, M. E., “Erken doğum eylemi”, Oxorn- Foote Eylem ve Doğum, 6. bs., Çev. Editörler, Demir, S. C., Küçükgöz Güleç, Ü., *Akademisyen Tıp Kitabevi, Akademisyen Tıp Kitabevi*, Ankara, s. 570-585, 2014.
70. Taşkın, L., “Riskli doğum eylemi”, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. bs., Editör, Taşkın, L., *Özyurt Matbaacılık*, Ankara, s. 395-439, 2016.
71. Antalyalı, M., Sezik, M., “Antenatal kortikosteroid uygulamalarındaki güncel gelişmeler”, *S. D. Ü. Tıp Fak. Derg.*, 18 (4), 144-149, 2011.
72. İnternet: Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği “Tıbbi mikrobiyoloji uzmanları için klinik örnekten sonuç raporuna uygulama rehberi”, <https://www.klimud.org/public/uploads/files/genital-sistem-ornekleri.pdf>
73. Eroğlu, K., “Gebelikte komplikasyon yaratan teratojenler sosyal sorunlar” Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı 2nd ed., Çeviri Editörü, Taşkın L., *Palme Yayıncılık*, Ankara, s.617-686, 2002.
74. İnternet: The American College of Obstetricians and Gynecologists “Urinary Tract Infections (UTIs)” <https://www.acog.org/Patients/FAQs/Urinary-Tract-Infections-UTIs?IsMobileSet=false>.
75. Hotun Şahin, N., Bilgiç, D., “Üreme sistemi enfeksiyonları”, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, 2. bs., Editör, Kızılkaya Beji, N., *Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.*, İstanbul, s. 118-132, 2015.
76. Paradise, J. E., Campos, J. M., Friedman, H. M., Frishmuth, G., “Vulvovaginitis in premenarcheal girls: clinical features and diagnostic evaluation”, *Pediatrics*. 70 (2), 193-8,1982.
77. Ege, E., Eryılmaz, G., “Genital hijyen davranışları envanterinin (GHDE) geliştirilmesi”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8 (3), 67-75, 2005.
78. Karatay, G., Özvarış, Ş. B., “Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyenine ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi”, *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10 (1), 7-14, 2006.

79. Çankaya, S., Ege, E., “Evli kadınların genital hijyen davranışlarının ürogenital semptomlarla ilişkisi”, *Türkiye Klinikleri J Nurs. Sci.*, 6 (2), 94-101, 2014.
80. Timur, S., “Bir üniversite öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital hijyen davranışları”, *e-Journal of New World Sciences Academy*, 5 (4), 39-48, 2010.
81. Daşkan, Z., Kılıç, B., Baytok, C., Kocairi, H., Kuzu, S., “Genital akıntı şikayetiyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamaları”, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4 (1), 114-124, 2015.
82. Kahyaoğlu Süt, H., “18-49 yaş arası kadınlarda genital hijyen davranışları ile genital enfeksiyon arasındaki ilişkinin incelenmesi”, *J DU. Health Sci. Inst.*, 6 (1), 8-13, 2016.
83. Hacıoğlu, N., İnandı, T., Pasinlioğlu, T., “Erzurum Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezine başvuran kadınlarda genital yol enfeksiyonlarının sıklığı ve risk faktörleri”, *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3 (2), 12-18, 2000.
84. Şahin Orak, N., Canuygur, A., “Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi”, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 130-134, 2014.
85. Cangöl, E., “Uzunköprü Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’ne jinekolojik muayene için başvuran kadınlarda genital enfeksiyonların sıklığı ve genital hijyen davranışlarının değerlendirilmesi”, *Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*, s. 1-65, Edirne, 2010.
86. Çalışkan, D., “Geleneksel intravajinal uygulama “vajinal duş, lavaj” yapılmalı mı? Yapılmamalı mı?”, *Sted*, 14 (1), 15-18, 2005.
87. Yıldırım, R., “18 yaş üstü kadınlarda vajinal duşun kadın sağlığına ve vajen florasına etkisi”, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s. 1-95, Konya, 2011.
88. Zhang, J., Thomas, G., “Vajinal douching and adverse health effects: a meta-analysis”, *American Journal of Public Health*, 87 (7), 1207-1210, 1997.

89. Scholes, D., Stergachis, A., Ichikawa, L. E., Heidrich, F. E., Holmes, K. K., Stamm, W. E., “Vaginal douching as a risk factor for cervical chlamydia trachomatis infection”, *Obstetrics and Gynecology*, 91 (6), 993-997, 1998.
90. Thorp, J. M. Jr., Dole, N., McDonald, T. L., Eucker, B., Savitz, D. A., Kaczor, D., “Alteration in vaginal microflora, douching prior to pregnancy and preterm birth”, *Paediatr. Perinat. Epidemiol.*, 22 (6), 530-537, 2008.
91. İnternet: Resmi Gazete “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
92. Oskay, Ü., “Gebelik komplikasyonu sonucu gelişen riskli durumlar ve hemşirelik yaklaşımı”, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, 2. bs., Editör, Kızılkaya Beji, N., *Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd. Şti.*, İstanbul, s. 613-640, 2015.
93. Sümbüloğlu, V., Sümbüloğlu, K., “Biyostatistik”, 15. bs., *Hatiboğlu Yayınevi*, s. 245-267, Ankara, 2012.
94. Şahin, S., Özdemir, K., Unsal, A., Aygin, D., Nemut, T., “An evaluation of the relationship between genital hygiene practices, genital İnfection”, *Gynecol. Obstet.*, 3 (6), 187, 2013.
95. Apay Ejder, S., Özdemir, F., Nazik, E., Potur, D., Hadımlı, A., Tanrıverdi, D., Aktaş, S., Özorhan, E. Y., Sakar, T., Merih Doğan, Y., Alaca, C., Yurttaş, A., “Yedi farklı ildeki kadınların genital hijyen davranışlarının belirlenmesi: çok merkezli kesitsel bir çalışma”, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17 (4), 245-252, 2014.
96. Flenady, V., Reinebrant, H. E., Liley, H. G., Tambimuttu, E. G., Papatsonis, D. N. M., “Oxytocin receptor antagonists for inhibiting preterm labour”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 6, CD004452, 2014.
97. Haas, D. M., Morgan, A. M., Deans, S. J., Schubert, F. P., “Ethanol for preveting preterm birth in threatened preterm labor”, *Cochrane Database Syst. Rev.*, 11, CD011445, 2015.

98. Liu, L., Johnson, H. L., Cousens, S., Perin, J., Scott, S., Lawn, J. E., Rudan, I., Campbell, H., Cibulskis, R., Li, M., Mathers, C., Black, R. E., Child Health Epidemiology Reference Group of WHO and UNICEF., “Global, regional, and national causes of child mortality: an updated systematic analysis for 2010 with time trends since 2000”, *Lancet*, 379 (9832), 2151–2161, 2012.
99. Chang, H. H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C. Y., Howson, C.P., Cairns Smith, S., Lackritz, E. M., Lee, S. K., Mason, E., Serazin, A.C., Walani, S., Simpson, J.L., Lawn, J.E., “Born too soon preterm prevention analysis group preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index”, *Lancet* 381(9862):223–34,2013.
- 100.Coşkun, A., Kiran, G., Köstü, B., Ekerbiçer, H. Ç., “Spontan preterm doğum ve preterm prematür membran rüptürü olgularının değerlendirilmesi”, *J Turk Soc. Obstet. Gynecol.*, 5 (3), 182-187, 2008.
- 101.Roriguez, M. I., Chang, R., de Bocanegra, H. T., “The impact of postpartum contraception on reducing preterm birth: findings from California”, *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 213 (5), 1-703, 2015.
102. Aktaş, D., Şahin, E., Gönenç, İ. M., “Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları”, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 37-53, 2012.
- 103.Özdemir, S., Ortabağ, T., Tosun, B., Özdemir, Ö., Bebiş, H., “Hemşirelik Yüksek Okulu öğrencilerinin genital hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri ve davranışlarının değerlendirilmesi”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 54, 120-128, 2012.
- 104.Herbenick, D., Hensel, D., Smith, N. K., Schick, V., Reece, M., Sanders, S. A., Fortenberry, J. D., “Pubic hair removal and sexual behavior: findings from a prospective daily diary study of sexually active women in the United States”, *J Sex Med.*, 10 (3), 678-85, 2013.
- 105.De Maria, A. L., Flores, M., Hirth, J. M., Berenson, A. B., “Complications related to pubic hair removal”, *Am. J Obstet. Gynecol.*, 210 (6), 528, 2014.

- 106.Özkan, S., Demir, Ü., “15-49 yaş doğurganlık çağı kadınlarda vajinitisin tanımlanmasında hemşirenin etkinliğinin belirlenmesi ve vajinitisin oluşmasına neden olan faktörlerin incelenmesi”, *Sağlık ve Toplum*, 12 (4), 54-61, 2002.
- 107.Sakru, N., Inceboz, T., Inceboz, U., Zeren, I., Karakus, M., Kirca, U., “Does vaginal douching affect the risk of vaginal infections in pregnant women?”, *Saudi Med. J.*, 27 (2), 215-218, 2006.
- 108.Luong, M-L., Libman, M., Dahhou, M., Chen, M. F., Kahn, S. R., Goulet, L., Séguin, L., Lydon, J., McNamara, H., Platt, R. W., Kramer, M. S., the Montreal Prematurity Study Group., “Vaginal Douching, Bacterial Vaginosis, and Spontaneous Preterm Birth”, *J Obstet. Gynaecol. Can.*, 32 (4), 313–320, 2010.



**EKLER**



**EK-1. Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının ve Vajinal Duş Uygulamalarının Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi**

**Veri Toplama Formu**

Katılımcı No:

**Bölüm I. Sosyo-demografik Özellikler**

1. Yaşınız:

2. Öğrenim durumunuz nedir?

- a) Okur-yazar değil    b) Okur yazar    c) İlkokul mezunu    d)Ortaokul mezunu  
e)Lise mezunu    f)Ön lisans mezunu    g)Lisans mezunu ve üzeri

3. Mesleğiniz nedir?    a) Memur    b) İşçi    c) Serbest meslek    d) Çiftçi

e) Diğer. Açıklayınız:.....

4. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?    a) Evet    b) Hayır

5. Medeni durumunuz nedir?    a)Evlili    b)Bekar (9. soruya geçiniz)

6. Eşinizin öğrenim durumu nedir?

- a) Okur-yazar değil    b) Okur yazar    c) İlkokul mezunu    d)Ortaokul mezunu  
e)Lise mezunu    f)Ön lisans mezunu    g)Lisans mezunu ve üzeri

7. Eşinizin mesleği nedir?    a) Memur    b) İşçi    c) Serbest meslek    d) Çiftçi

e) Diğer. Açıklayınız:.....

8. Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?    a) Evet    b) Hayır

9. Ailenizin gelir düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?    a) Gelirim giderimden fazla

b) Gelirim giderim ile denk    c) Gelirim giderimden az

10. Sosyal güvenceniz var mı?    a) Evet    b) Hayır

11. Aile tipiniz nedir? a) Çekirdek aile    b) Geniş aile    c)Diğer. Açıklayınız:.....

## Bölüm II. Obstetrik Özellikler

12. Kaç kez gebelik geçirdiniz? a) 1 kez (20. soruya geçiniz) b) 2 kez

c) 3 kez

d) 4 kez ve üzeri

13. Önceki gebeliklerinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

a)Hayır (16. soruya geçiniz) b)Evet. Açıklayınız:.....)

14.Önceki gebeliklerinizde erken doğum tehdidi yaşadınız mı?

a)Evet

b)Hayır (16. soruya geçiniz)

15. Cevabınız Evet ise aldığınız tedaviyi açıklayınız:.....

.....

16. Önceki gebeliklerinizde erken doğum (37. gebelik haftasından önce) yaptınız mı?

a)Evet

b)Hayır

17. Düşük yaptınız mı? a)Hayır b)Evet..... kez

18. Kürtaj yaptınız mı? a) Hayır b)Evet.....kez

19. Kaç doğum yaptınız? a)Hiç doğum yapmadım b)1 kez

c)2 kez

d)3 kez ve üzeri

20. Bu hamileliğinizden önce gebelikten korunma yöntemi kullandınız mı?

a) Hayır

b) Evet ( açıklayınız .....

## Bölüm III. Kişisel ve Genital Hijyen Davranışlarına Yönelik Özellikler

21. Günlük ped kullanır mısınız? a)Evet b)Hayır

22. İç çamaşırınızı ne sıklıkla değiştirirsiniz?

a)Haftada 1 kez

b)Haftada 2-3 kez

c)Günlük olarak

d) Günde birkaç kez

23. Banyo yapma şekliniz nedir? a) Ayakta duş şeklinde yaparım b) Oturarak yaparım  
c)Bazen ayakta bazen oturarak yaparım d)İçi su dolu küvette yaparım
24. Banyo yapma sıklığınız nedir? a)Günlük olarak yaparım b) Haftada 2-3 kez yaparım  
c) Haftada bir kez yaparım d) 15 günde bir yaparım e)Diğer. Açıklayınız:.....
25. İşedikten ya da büyük abdestinizi yaptıktan sonra temizlenir (Taharetlenir) misiniz?  
a)Evet b)Hayır (29. soruya geçiniz)
26. Taharetlenme şekliniz nedir? a)Direk suyla (elimi kullanmadan) b) Islak mendil ile  
c) Elimini kullanarak su ile d) Taharet bezi ile e) Kozmetik madde içeren ürünlerle  
f) Su kullanmadan peçete ya da tuvalet kağıdı ile g) Sabun ve su ile  
h) Peçete ya da tuvalet kağıdı kullanarak su ile
27. Taharetlendikten sonra cinsel bölgenizi kurular mısınız?  
a)Evet b)Hayır (29. soruya geçiniz)
28. Kurulamanızı ne ile yaparsınız? a)Peçete b)Bez
- 29.Cinsel bölgedeki kılların temizliğini ne sıklıkla yaparsınız?  
a) Lazer yaptırdığım için kılların temizliğini yapmıyorum b) 15 günde bir yaparım  
c)Ayda bir kez yaparım d)2 ay veya üzerinde yaparım e)Hiç yapmam  
f) Diğer. Açıklayınız:.....
30. Adetliyken hangi hijyenik ürünü kullanırsınız? a) Ped kullanırım b) Bez kullanırım  
c)Diğer. Açıklayınız:.....

31. Adetliken kullandığınız ürünleri gün içerisinde ne sıklıkla değiştiriyorsunuz?

- a) Günde bir kez      b)2-3 kez      c)4-5 kez      d)6 kez ve üzeri

32. Adetliken banyo yapar mısınız? a)Evet      b)Hayır

33. Adetliken cinsel ilişkide bulunuyor musunuz? a)Evet      b)Hayır

34. Cinsel ilişki sonrasında cinsel ilişkiye girdiğiniz yeri (haznenizi veya vajinanızı) yıkar mısınız? a)Evet      b)Hayır (39.soruya geçiniz)

35. Haznenizi ne zaman yıkarınız? a)Her cinsel ilişki sonrası      b)Her banyoda

- c)Her tuvalet sonrası      d)Her adet sonrası

36. Haznenizi niçin yıkarınız? a)Temizlik amacıyla      b)Abdest amaçlı

- c)Belli bir amacı yok      d)Gebelikten korunmak için

37. Haznenizi hangi maddelerle yıkarınız? a)Sadece su ile      b)Su ve sabun ile

- c)Özel temizleme solüsyonuyla

38. Haznenizi nasıl yıkarınız? a) Tazyikli (basıncılı) su ile      b)Parmağımı sokarak su ile

- c) Diğer. Açıklayınız:.....

#### **Bölüm IV. Diğer Özellikler**

39. Vajinanızdan (haznenizden) kötü kokulu, renkli, kızarıklık, yanma veya kaşıntı yapacak

- şekilde akıntınız oluyor mu? a)Evet      b)Hayır

40. Eşinizin cinsel organlarında akıntı, kaşıntı, ağrı, şişlik gibi bir yakınması var mı?

- a)Evet      b)Hayır

41. Bu gebeliğinizde preterm eylem tanısı aldınız mı?

- a)Evet      b)Hayır

## EK-2. GENİTAL HİJYEN DAVRANIŞLARI ENVANTERİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra, bu ifadeye ne kadar katıldığınızı gösteren sütuna ait olan kutucuğu X şeklinde işaretleyiniz.	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Her zaman
1.Cinsel sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitim toplantılarına katılırım				
2.Cinsel bölgeyi hastalık belirtileri yönünden dikkatlice izlerim				
3.Cinsel sağlıkla ilgili yazılı ve görsel basında çıkan haberleri takip ederim				
4.Cinsel bölge temizliği konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım				
5. Düzenli aralıklarla kadın doğum uzmanına giderim				
6. Cinsel bölge temizliğine dikkat ederim				
7. İç çamaşırlarımı (külot) her gün değiştiririm				
8. İç çamaşırlarımı ütülerim				
9. İç çamaşırlarım pamuklu kumaştandır				
10. Adet zamanlarında hazır ped kullanırım				
11. Adet zamanlarında duş şeklinde banyo yaparım				
12.Pis kokulu akıntım olduğunda kondom (kılıf) kullanılmasını isterim				
13. Taharetlendikten sonra tuvalet kağıdı ile kurulanırım				
14. Pis kokulu akıntım olduğunda doktora giderim				
15. Cinsel bölgede kaşıntım olduğunda doktora giderim				
16. Cinsel ilişkide ağrı veya kanama olduğunda doktora giderim				
17. Adet zamanlarında bez kullanırım				
18. Pedimi değiştirmeden önce ellerimi yıkarım				
19. Pedimi değiştirdikten sonra ellerimi yıkarım				
20. Cinsel ilişkiden önce ellerimi yıkarım				
21. Cinsel ilişkiden sonra ellerimi yıkarım				
22. Cinsel ilişkiden önce cinsel bölgemi				

yıkırım				
23. Cinsel ilişkiden sonra cinsel bölgemi yıkırım				
24. Tuvalete gitmeden önce ellerimi yıkırım				
25. Tuvalete gittikten sonra ellerimi yıkırım				
26. Tuvalette büyük abdestimi yaptığım bölgeden, idrar yaptığım bölgeye doğru yıkanırım				
27. Sürekli ara bezi kullanırım				



## EK-3 Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Etik Kurul Onayı



T.C.  
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Etik Kurulu

Sayı : 84902927

.../.../2017


Konu: Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK

Karar Tarihi: 24.08.2017

Karar No : 2017.08.09

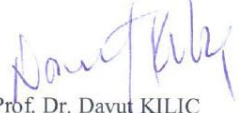
Proje yürütücülüğünü Üniversitemiz Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK' ın üstlendiği "Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının ve Vajinal Duş Uygulamalarının Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi" isimli araştırma projesi dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, projenin gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına kurulumuz üyeleri tarafından oy birliği ile karar verilmiştir.


  
Prof. Dr. Erdoğan ÇİÇEK  
Başkan

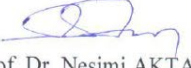
  
Prof. Dr. Fatma KARİPCİN  
(Üye)


  
Prof. Dr. Ertan ÖZENSEL  
(Üye)


  
Prof. Dr. Zülfikar DURMUŞ  
(Üye)

  
Prof. Dr. Davut KILIÇ  
(Üye)


  
Prof. Dr. Hanife ÖZBAY  
(Üye)


  
Prof. Dr. Nesimi AKTAŞ  
(Üye)

  
Prof. Dr. M. Dursun ERDEM  
(Üye)

  
Prof. Dr. Emir ERDEN  
(Üye)

## EK-4 Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Çalışma İzni

  
T.C. Sağlık Bakanlığı

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
06/11/2017 17:51 - 65355327 - 604.01.02 - E.4956  
  
00056095977

T.C.  
MERSİN VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 65355327/604.01.02  
Konu : Araştırma İzni

MERSİN ŞEHİR HASTANESİ YÖNETİCİLİĞİNE

İlgi : Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Rektörlüğünün 02/10/2017 tarihli ve 65355327-5150 sayılı yazısı

İlgi yazıya istinaden, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Öğretim Üyelerinden Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK ve Ömer HALİSDEMİR Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Semra KOCAÖZ'ün sorumluluğunda yürütülmekte olan Yüksek Lisans öğrencisi Melisa ARIKAN'ın "Gebe Kadınların Genital Hijyen Davranışlarının ve Vajinal Duş Uygulamalarının Preterm Doğum Eylemi Üzerine Etkisi" konulu çalışmasının yapılabilmesine dair Üniversitenin talep yazısı incelenmiş; araştırmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, araştırmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun kurumumuz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışmaya Genel Sekreterliğimizce müsaade edilmiş olup; Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Gültekin ARSOY  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkan V.

**EKLER:**  
1- Yazı ( 7 sayfa )  
2-TEZ ÇALIŞMASI İZİN BAŞVURU İNCELEME KOMİSYON KARARI ( 1 sayfa )

---

Nusratiye Mah. Kuvai Milliye Cad. No:132 Akdeniz MERSİN  
Faks No:0324 3373499  
e-Posta:meral.ozgulbasar@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge Birimi M.ÖZGÜL BAŞAR

Bilgi için:Meral ÖZGÜL BAŞAR  
Unvan:Laboratuvar Teknisyeni  
Telefon No:0324 3373692

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d6539143-a4d1-4e92-9f85-8faacfac2dbf kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



## **EK-5 Bilgilendirilmiş Onam Formu**

Sayın Katılımcı;

Bu gebe kadınların genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Araştırmaya katılımınız isteğe bağlıdır ve istediğiniz zaman, bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın ve hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin, araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya koyacak kayıtlar gizli tutulacaktır; kamuoyuna açıklanamaz; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde bile kimliğiniz gizli kalacaktır.

### **GÖNÜLLÜ ONAMI**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen sorumlu araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Araştırmacı

Melisa ARIKAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

## ÖZGEÇMİŞ

Melisa ARIKAN 1992 yılında Mersin'de doğdu. İlköğrenim, ortaöğrenim ve liseyi Mersin'de tamamladı. 2010 yılında Niğde Üniversitesi Zübeyde Hanım Sağlık Yüksekokulunda eğitime başladı.2014 yılında üniversite eğitimini tamamladı. 2015 yılında Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi ve Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü'nde yüksek lisans yapmaya başladı ve 2019 yılında programını tamamladı. 2017 yılından beri Mersin Şehir Hastanesi'nde Yoğun Bakımda Hemşire olarak görev yapmaktadır.

Adres: Mersin Şehir Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım, T1 kule B2 Blok.

Telefon: 0 543 425 07 93

e-posta : melisa\_arikan@hotmail.com