

Ağız ve Diş Hijyeninin Erken Doğumla İlişkinin Değerlendirilmesi

Oral and Dental Hygienic Evaluation of Premature Birth

Yeşim CEYLANTEKİN,^a
Ceren ALİKAYA^b
Dr. Güleğül N. KÖKEN^c

^aAfyon Kocatepe Üniversitesi
Afyon Sağlık Yüksekokulu,
Afyonkarahisar

^bGazi Üniversitesi Rektörlüğü
Sağlık, Kültür, Spor Daire Başkanlığı,
Medikososyal Diş Kliniği,
Ankara

^cKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Afyonkarahisar

Geliş Tarihi/Received: 01.02.2011
Kabul Tarihi/Accepted: 04.04.2011

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Güleğül N. KÖKEN
Afyon Kocatepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları Doğum ve AD,
Afyonkarahisar,
TÜRKİYE/TURKEY
gulengulkoken@yahoo.com

ÖZET Amaç: Gebeliğin 37. haftasından önce gerçekleşen doğumlar erken doğum olarak kabul edilmektedir. Erken doğumun önemli nedenlerinden biri de enfeksiyonlardır. Bu çalışmanın amacı, erken ve miadında doğum yapan kadınların ağız ve diş hijyeni hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Nisan-Ekim 2010 tarihleri arasında hastaneye başvuran 500 gebe kadın araştırılmaya dâhil edilmiştir (164'ü erken doğum, 336'sı miadında doğum). Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlardan anket formu doldurmaları istenmiştir. Ayrıca, diş doktoru tarafından ağız muayeneleri yapılmıştır. İstatistiksel veriler SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, Kolmogorov-Smirnow, Mann-Whitney U-testi, ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistik anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir. **Bulgular:** Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 20.6' yıldır. Kadınların %59.2'sinin ilkökul mezunu %59.8'inin ev kadını olduğu tespit edilmiştir. 24-37 hafta arasında doğum yapan kadınların %74.4'ü, 37. haftadan sonra doğum yapan kadınların ise %78'i dişlerini hiç fırçalamamakta veya ara sıra fırçalamaktadır. Erken doğum yapanların %74.4'ü gebelikte ağız bakımının önemini bildiğini söylemiştir. Miadında doğum yapanlarda ise oran %77.7'dir. Erken (%74.4) ve miadında (%77.7) doğum yapan gebelerin diş kontrollerine gitmediği, bu durumun öneminden habersiz oldukları (%64.8) belirlenmiştir. **Sonuç:** Erken doğum yapanlarda ağız sağlığının daha kötü olduğu görülmüştür. Annelerin ağız ve diş sağlığı bilgilerinde eksiklikler olduğu belirlenmiştir. Bunun sonucu olarak erken doğum yapan kadınların (%49.4) eğer diş kontrolleri hakkında bilgi verilmiş olsaydı daha bilinçli davranacağı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Doğum yapan kadınların büyük bir oranının hiçbir şekilde bilgilendirilmediği dikkat çekicidir.

Anahtar Kelimeler: Prematür doğum; diş sağlığı araştırmaları; ağız sağlığı; oral hijyen indeksi; DMF indeksi

ABSTRACT Objective: Labor which are occurred before 37th week of labor are accepted as preterm-birth. One of major causes of premature birth is infections. Purpose of this study is to evaluate knowledge about oral, dental hygiene of women giving preterm-birth or normal. **Material and Methods:** 500 pregnant women were included to research between April-October 2010, (164 of them have preterm-birth, 336 have normal). Mothers, who agreed to participate, were asked to complete a questionnaire. In addition, dental examinations were made by a dentist. Statistical data was analysed using SPSS 16.0. Percentage, Kolmogorov-Smirnow, Mann-Whitney U-test, chi-square test were used to evaluate. Statistical significance point is determined as $p < 0.05$. **Results:** Mean age of women participated in study is 20.6 years. It was determined that 59.2% of women were graduated from primary-school, 59.8% of them were housewives. 74.4% of women, who give birth between 24th-37th weeks, 78% of them, who give birth after 37th week, never or sometimes brush their teeth, 74.4% of them, who gave preterm-birth, said that they knew the importance of oral-care during pregnancy. This ratio is 77.7% at the ones who gave normal. It was determined that the ones, who gave preterm and the ones who gave normal birth, hadn't gone to dental check and were unaware of importance of this situation (64.8%). **Conclusion:** It was seen that oral-health is worse at the ones who gave preterm-birth. It was determined that mothers were lack of information about oral, dental health. As a result, it is determined that if information about dental controls had been given to mothers, who gave preterm-birth, they would have behaved consciously. It is remarkable that the large proportion of women, who had given birth, were not informed anyway.

Key Words: Premature birth; dental health surveys; oral health; oral hygiene index; DMF index

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün tanımıyla Erken doğum, yenidoğanın kilosu ne olursa olsun, doğumun 37. gebelik haftasından önce gerçekleşmesidir.¹ Dünya genelinde doğumdan sonraki ilk 4 hafta içerisinde görülen bebek ölümlerinin nedeni 1/3'lük bir oranda erken doğuma bağlıdır.^{2,3} Erken doğum insidansı giderek artmakta ve neonatal mortalite ve morbiditenin en önemli nedeni olmaya devam etmektedir.¹ Erken doğum sonrası bebekleri yaşatabilmek için büyük paralar harcanmakta, buna rağmen az sayıda bebek yaşamını sağlıklı olarak sürdürmektedir.^{3,4}

Erken doğumun başlıca nedenleri arasında enfeksiyon, kısa servikal uzunluk ve travma yer almaktadır.^{5,6} Klinik olarak daha az önemli olmakla beraber erken doğumun diğer potansiyel risk faktörleri içerisinde ilk doğum olması, sigara ve alkol kullanımı, minyon yapı, düşük gebelik kilosu, fiziksel veya psikolojik ağır stres, düşük sosyoekonomik düzey sayılabilmektedir.⁶⁻⁹ Ayrıca, enfeksiyon hastalıklarının da erken doğuma neden olabileceği belirtilmektedir.^{10,11}

Uterusa ve amniyotik sıvıya yayılan bakteriyel enfeksiyonların inflamasyonu başlattığı, takiben erken doğumun geliştiği ileri sürülmüştür. Enfeksiyon ve inflamasyon preterm doğumların %40'ından sorumludur.¹ Goldenberg ve ark., 30. gebelik haftasından önce doğuran kadınların %80'inde amniyon sıvısı veya membranlarda enfeksiyon bulgusu olduğunu, 37. haftadan sonra doğuranlarda bu oranın %30 olduğunu bildirmişlerdir. Erken preterm eylemlerde etiolojide enfeksiyon ağırlık kazanmaktadır. Mikroorganizmalar en sık asendan yolla vajinadan, ayrıca kan yoluyla, invaziv işlemler sırasında ve tubalardan uterusa ulaşarak ve kolonize olmaktadır. Yirminci hafta civarında zarlar desiduaaya sıkı yapışık iken kolonizasyonun abse oluşumuna yol açarak erken doğumu başlattığı ileri sürülmektedir. İntrauterin enfeksiyonun daha ileri fazında fetal enfeksiyon gelişmektedir.¹

Periodontit gibi uzak enfeksiyonlarda bakteriler dolaşıma geçip diğer organlara yayılabilmektedir. Uzak enfeksiyonlar da uterusta inflamatuvar yolu aktive edip erken doğumu başlatabilir. Perio-

dontit, gram-negatif ve anaerobik bakterilerin açtığı ağız boşluğu enfeksiyonudur. Toplumda %50 sıklıkta görülmektedir. Bakteriyel ürünler dişi destekleyen kemik ve bağ dokuda yıkım yapmakta, ayrıca jinjival dokunun enfeksiyona cevaben ürettiği sitokinler de hasar yapabilmektedir. Periodontal hastalıkla ilgili birçok kontrollü çalışma vardır ve diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak erken doğum riskini artırdığı gösterilmiştir. Periodontitle birlikte olan erken doğum vakalarında, intrauterin bakteri kolonizasyonu ve histolojik koryoamniyonitin arttığı gösterilememiştir.¹

Enfeksiyonun fetus üzerindeki etkisinin, bakterilerden ziyade anne kaynaklı sitokinler olduğu gösterilmiştir. Bu konudaki araştırmalar özellikle prostaglandin E2 (PGE2) ve tümör nekrozis faktör-alfa (TNF- α) gibi normal gebelik sürecinde var olan bir grup biyolojik molekülün enfeksiyon süresince yüksek seviyelere çıktığı ve bunun erken doğum ya da düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar doğurduğu fikri üzerine yoğunlaşmıştır.¹²

Son yıllarda yapılan çalışmalar da göstermektedir ki, tedavi edilmeyen ağız ve diş hastalıkları erken doğum nedenleri arasında yer almaya adaydır.¹³ Yine farklı bir çalışma da, annenin diş sağlığı ile preterm doğum ve aşırı preterm doğum arasında ilişki olduğunu destekler tarzdadır.¹⁴ Ağız bakımının önemi gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında kadınlara hemşireler tarafından vurgulanırsa bilinç düzeyinin yükselebileceği ve bakımın düzgün yapılabileceği belirtilmektedir. Bu önleyici yaklaşımla da maddi ve manevi kazançlar sağlanacağı açıkça belirtilmektedir.¹⁵

Bu çalışma, erken ve miadında doğum yapan kadınların ağız ve diş sağlığı problemlerini doğum sonrası dönemde tespit ederek erken doğum ile ilişkisinin araştırılmasını amaçlamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya, ilimizde Nisan-Ekim 2010 tarihleri arasında Doğum Hastanesine başvuran gebeler dâhil edildi. Araştırmaya toplam 500 gebe kadın katıldı. (164'ü erken, 336'sı miadında doğum). Otuz yedi haftadan önce yapılan doğumlar erken doğum (24-37 hafta arası), 37. haftadan sonra olanlar miadın-

da doğum olarak kabul edildi. Ağız içi muayeneleri ve anket formu doldurulması, doğumdan sonraki ilk 48 saat içerisinde anneler hastanede iken gerçekleştirildi. Ağız içi muayeneleri diş doktoru tarafından yapıldı. Çalışma için etik kurul onayı alındı ve Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak tüm olgulardan “Bilgilendirilmiş Gönüllü Onay Belgesi” alındı.

Araştırmamıza sistemik hastalığı, çoğul gebeliği, önceden erken doğum hikâyesi, beslenme bozukluğu (aşırı kilo dâhil) olan, sigara veya alkol kullanan gebeler dâhil edilmedi. Ayrıca, gebelik süresince aile içi şiddet gibi psikolojik veya fizyolojik strese maruz kalan gebeler ve herhangi bir enfeksiyon nedeni ile gebelik döneminde antibiyotik kullananlar da çalışmaya dâhil edilmedi.

Araştırmamızda ağız sağlığına yönelik çalışmalarda kullanılan “Decayed, missing and filled teeth” (DMFT) indeksi ile İndeksi “Simplified Oral Hygiene Index” (OHI-S) kullanıldı.¹⁶⁻¹⁹ Dental indeksler, birey veya grupların dental durumlarını sayısal olarak değerlendirmek amacıyla kullanılır. Araştırmamızda OHI-S ve DMFT olmak üzere iki ayrı dental indeks sistemi kullanılmıştır.

DMFT indeksi, çürük oranının değerlendirildiği bir indekstir. Ağız içerisindeki tüm dişler değerlendirilmeye alınır. Bireyin çürük diş sayısı, çekilmiş diş sayısı ve dolgulu veya kronlanmış diş sayısı toplanır. Örneğin; çürük 2 diş, çekilmiş 6 diş, dolgulu veya kronlanmış 11 diş olan bir bireyin DMFT skoru 19’dur. Otuz iki diş temel alınarak bakıldığında, aynı bireyin 13 dişinin ağız içerisinde çürüksüz olarak bulunduğunu söyleyebiliriz.

DMFT indeksinde her bir dişin durumunu göstermek için 32 adet kutucuk oluşturulmuştur. Ağız içinde görünen diş kronları üzerinden diş eksikliği, çürük ve dolgu tespit edilerek kutucuklara yazılmıştır. Sonrasında eksik, çürük ve dolgulu dişler toplanarak bireyin DMFT skoru elde edilmiştir. Bir dişte hem çürük hem dolgu varsa, sadece biri dikkate alınmıştır. OHI-S indeksi için ise üç bölüme ayrılan alt ve üst çenede santral ve 1. molarlar (yoksa komşu diş) değerlendirmeye alınmıştır. Plak ve diş taşı indeksleri ayrı ayrı hesaplanıp, toplamı oral hijyen indeksi olarak elde edilmiştir. OHI-S in-

deksi için ise alt ve üst çene santral ve molar dişlerden seçilen 6 adet diş plak ve diş taşı açısından skorlandırılmıştır. Her iki skorun toplanması ile OHI-S skoru elde edilmiştir.

OHI-S indeksi ağız hijyeninin değerlendirildiği bir indeks sistemidir. Bu indeks sisteminde alt ve üst çeneden biri sağda, biri solda olmak üzere ikişer arka bölge ve yine alt ve üst çenenin her ikisinden birer ön bölge diş değerlendirilir. Toplamda ağız içerisinde 6 adet diş dâhil edilmiş olur. Üst çenedeki azı dişlerinin bukkal, alt çenedeki azı dişlerinin lingual, alt ve üst keserlerin ise labial yüzeylerinde gözlem yapılır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler SPSS 16.0 programı ile yapılmıştır. Sayısal parametrelerin özetlenmesinde ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri; kategorik değişkenler için ise sayı ve yüzde değerleri kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda tüm değişken grupların dağılımını tespit etmek için Kolmogorov-Smirnow testi uygulanmış, çarpık dağılım gösteren değişkenlere non-parametrik istatistik yöntemler kullanılmıştır. Non-parametrik test olarak Mann-Whitney U-testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında çapraz tablo istatistikleri kullanılmıştır (ki-kare). İstatistik anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 20.6 yıl’dır. Kadınların %59.2’sinin ilkökul mezunu, %59.8’inin de ev kadını olduğu tespit edilmiştir. İlkökul mezunu olan gebelerin %55.5’i 24-37 hafta aralığında, %62.5’i ise 37 haftadan sonra doğumunu gerçekleştirmiştir. Gruplardaki olguların eğitim durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Gebelerin %55.2’si düşük sosyoekonomik düzeye sahiptir (aylık geliri 1.000 ve altı). Gruplardaki olguların sosyoekonomik durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan kadınların %76.8’inin diş fırçalama alışkanlığı yoktur. 24-37 hafta arasında do-

TABLO 1: Kadınların diş fırçalama alışkanlıkları.

Parametre	Grup 1 (24-37 hafta)		Grup 2 (> 37 hafta)		P
	n	%	n	%	
0	122	(74.4)	262	(78.0)	0.372
1	42	(25.6)	74	(22.0)	

Veriler; olgu sayısı (yüzdesi),

0= Hiç veya arada.

1= Günde en az 1 kere.

ğum yapan kadınların %74.4'ü, 37 haftadan sonra doğum yapanların %78'i dişlerini hiç fırçalamamakta veya arada fırçalamaktadır (Tablo 1). Gruplardaki olguların diş fırçalama alışkanlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$). Ancak gebelerin eğitim düzeyleri ile diş fırçalama alışkanlıkları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Diş fırçalayanların %74.5'inin eğitim düzeyi lise ve üniversitedir. Diş fırçalamayan lise ve üniversite mezunlarının oranı ise %43.5'tir.

Araştırmaya katılan erken (%74.4) ve miadında (%77.7) doğum yapan gebeler diş kontrollerine gitmediklerini ve bu durumun öneminden habersiz olduklarını belirtmişlerdir. Gruplardaki olguların ağız bakımının gebelikteki önemini bilme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Ağız ve diş bakımı konusunda erken doğum yapan gebelerin %88.4'üne doktoru veya hemşiresi tarafından bilgi verilmemiş iken, miadında doğum yapan gebelerin bilgi almama oranı %88.1'dir. Gruplardaki olgulara doktor ya da hemşirelerin bilgi verme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0.05$).

Gebelerin %80.4'ünün gebelikte diş hekimi kontrolüne gitmediği saptanmıştır. Gruplardaki olguların ağız bakımının gebelikteki kontrole gitme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Araştırmaya katılan erken doğum yapmış gebelerin %49.4'ü "Ağız bakımının önemini bilseydim kesin doktora giderdim" şeklinde yanıt verirken, miadında gebelerde aynı yanıtı verme oranı %40.8'dir. Gebelerde ağız bakımının önemi ile gebelerin buna yaklaşımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0.05$).

Gruplardaki olguların OHI-S değerleri karşılaştırıldığında; 24-37 hafta arası olan olguların OHI-S değeri 37 haftadan büyük olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p < 0.001$). DMFT değerine göre; 24-37 hf arası olan olguların DMFT değerleri 37 hf dan büyük olguların DMFT değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir ($p > 0.001$). OHI-S ve DMFT değerleri ne kadar yüksek ise ağız sağlığı o kadar kötüdür (Tablo 2).

TARTIŞMA

Erken doğumun bir enfeksiyon odağının indirekt etkisiyle, özellikle de endotoksin gibi bakteriyel ürünlerin taşınması ve anneye ait inflamatuvar mediatörlerin aktive olmasıyla olduğu yönündeki kanıtlar güçlenmektedir.¹² Offenbacher ve ark., gebelikte görülen periodontal hastalık (maternal periodontal hastalık) ile erken doğum veya düşük ağırlıklı bebek doğum prevalansındaki artış arasında ilişki tespit etmişlerdir.²⁰ Gram -negatif türlerin yoğunlukta bulunduğu bir enfeksiyon türü olan periodontitis gebelikte erken doğuma neden olabilir.²¹ Periodontitis, konak inflamatuvar ve immünolojik reaksiyonların, bir veya birçok patojene karşı oluşmasıyla başlayan, bağ dokusu ataçmanı ve kemik kaybı ile karakterize diş destek dokuları hastalığıdır. Periodontitisin tedavisi, hastalığın primer etkeni olduğu düşünülen patojen mikroorganizmaların azaltılması veya eliminasyonu yönünde olmaktadır.^{16-19,21} Daha önceki çalışmalarda, diş fırçalamanın dahi yoğun plak ve inflamasyona sahip bireylerde gram - negatif bakteriyemiye neden olabileceği gösterilmiştir.¹²

Toygar ve ark. ülkemizde 3.576 yeni doğum yapan (doğumdan sonraki 24 saat içinde) annenin "Community Periodontal Index of Treatment Needs" (CPITN) skorlarını kullanarak periodontal du-

TABLO 2: Grupların OHI-S ve DMFT değerleri karşılaştırması.

Parametre	Grup 1 (24-37 hf)	Grup 2 (>37 hf)	P değeri
OHI-S	3.4 ± 1.0 (1-4.8)	2.7 ± 1.3 (0.4-4.8)	<0.001
DMFT	11.7 ± 5.3 (2-20)	7.8 ± 5.3 (0-20)	<0.001

Veriler; ortalama ± standart sapma (aralık).

rumlarını incelemiştir. Sonuç erken ve düşük ağırlıklı doğumun periodontal durum ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur.²² Benzer şekilde, çalışmamızda da, yeni doğum yapmış annelerinde erken doğum yapma ile periodontal hastalıklar arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Ağız hijyeninin düzgün ve düzenli olmaması derecesi bireyden bireye farklılık göstermekle beraber, lokalize veya jeneralize mutlak bir periodontal probleme veya diş çürüğüne neden olmaktadır.²³ Çalışmamızda ağız hijyeninin eksikliğini gösteren OHI-S ve ağız sağlığının bozukluğunu gösteren DMFT indekslerinin erken doğum yapanlarda daha yüksek olarak gözlenmesi, erken doğum ile ağız sağlığını ilişkilendirmemize neden olmuştur. Erken doğumun önlenmesinde ağız sağlığının önemli bir yeri olduğunu düşünmekteyiz.

Çalışma grubumuzda olduğu gibi özellikle sosyoekonomik durumun düşük olduğu koşullarda zaten erken doğum riski yüksektir ve tedavi etmekte koruyucu önlemler daha iyi sonuç vermektedir.²¹ Bu açıdan da bakıldığında sosyoekonomik durumu düşük bireylere ağız ve diş sağlığına yönelik yapılacak bilgilendirmeler son derece anlamlı olacaktır. Bu konuda hemşirelerin doğum öncesi dönemden başlayarak gebeleri bilgilendirmesinin gerekliliğine inanmaktayız.

Çalışmamızda, gebelik boyunca kadınların diş kontrollerine gitmedikleri ve bu durumun öneminden habersiz oldukları tespit edilmiştir. Anne adaylarının konuyla ilgili önceden bilgilendirilmelerinin koruyucu ve önleyici olabileceğine inanmaktayız. Sonuçta, gebeliğin özellikle 14 ile 20. haftalar arasındaki zamanında ağız ve diş sağlığı için gerekli birçok tedavi uygulanabilmektedir.¹⁹

Ağız ve diş sağlığının gebelikteki önemi gün geçtikçe daha çok anlaşılmaktadır. Gebelikte görülen kardiyovasküler, solunum ve gastrointestinal sistem değişikliklerinin ağız ve diş sağlığı açısından risk oluşturduğu vurgulanmakta ve sağlıklı bireylerin dahi gebelik sürecinde diş hekimi tarafından yapılacak kontrolleri ihmal etmemesi gerektiği belirtilmektedir. Gebelik nedeni ile diş tedavilerini ertelemek hatalı bir yaklaşım olarak görülmekte-

dir. Çünkü gebelik sürecinde belirtilen kurallara uyularak her türlü tedavi yapılabilmektedir.²⁴ Ayrıca, ağız ve diş sağlığının özellikle anne adayları için diğer sistemik sağlık kadar önemli olduğunun anlatılması için toplumsal düzeyde tedbirlerin alınmasının da gerekliliği vurgulanmaktadır.²⁵ Sonuçta preterm doğum için diş eti iltihabı gibi enfeksiyonlar risk faktörü oluşturmaktadır.²⁶

Preterm doğum bebek ve yenidoğan morbidite ve mortalitesini arttıran, sosyal ve ekonomik sonuçları olan bir süreçtir. Preterm doğum anneler ve bebekler için önemli bir sağlık sorunu olduğu için preterm eylemin erken tanınması ve erken girişimin yapılması yönünden prenatal izlemlerin sıklığı ve kalitesi önem kazanmaktadır. Erken doğumun çeşitli ilaçlarla engellenmesi söz konusudur. Ancak ilaç kullanımının komplikasyonları düşünüldüğünde, erken doğumun nedenleri üzerinde yoğunlaşıp önleyici yaklaşımların tercih edilmesi daha akılcıdır.²⁷⁻³¹

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bilgilerin ışığında gebelerde gözlenen başta periodontal hastalıklar olmak üzere, var olan diğer oral fokal odakların tedavi edilmeleri gerektiği aşikârdır. Ancak dental tedaviler yapılırken radyasyon, ilaçlar, stres ve ağrının fetusu etkileyebileceği unutulmamalıdır. Böyle bir durumda tedavilerin gebelik sonrası döneme ertelenmesi yerine sırasıyla; hastanın ağız ve diş sağlığının değerlendirilmesi, hastada belirlenen dental rahatsızlıkların ve yapılması öngörülen tedavilerin hastanın hekimiyle konsültasyonu, gebelik süresinin, gebeliğin ve gebeliği olumsuz etkileyebilecek dental sorunların tespit edilmesi gereklidir. Hastanın oral enfeksiyonlar sonucu ortaya çıkabilecek olası olumsuz gebelik sonuçları hakkında bilgilendirilmesi, gerekirse gezici diş kontrolü ve ağız bakımı merkezlerinin halka ulaştırılması, dental tedavi ve hastanın ağız hijyenini sağlaması yönünde motivasyonu işlemleri diş hekimi tarafından itinayla uygulanmalıdır. Bu konuda tıp doktorlarının oral fokal enfeksiyonlara karşı duyarlılıklarına ve diş hekimlerinin ve hemşirelerin de hastaların bilinçlenmeleri yönündeki yoğun çabalarına ihtiyaç vardır.¹²

KAYNAKLAR

1. Derbent A, Turhan N. [The risk and the estimation of preterm birth]. *Fatih Üniv Yeni Tıp Derg* 2009;26(3):139-44.
2. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365(9462):891-900.
3. Yu VY. Developmental outcome of extremely preterm infants. *Am J Perinatol* 2000;17(2):57-61.
4. Shennan AH, Bewley S. Why should preterm births be rising? *BMJ* 2006;332(7547):924-5.
5. Saling E. Prevention of prematurity. A review of our activities during the last 25 years. *J Perinat Med* 1997;25(5):406-17.
6. Mozurkewich EL, Naglie G, Krahn MD, Hayashi RH. Predicting preterm birth: A cost-effectiveness analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 182(6):1589-98.
7. Tocharoen A, Thompson SJ, Addy CL, Sargent RG, Best RG, Shoob HD. Intergenerational and environmental factors influencing pregnancy outcomes. *Ann Epidemiol* 2000;10 (7): 475-6.
8. Kramer MS, Seguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: Why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14(3):194-210.
9. Lawoyin TO. The relationship between maternal weight gain in pregnancy, hemoglobin level, stature, antenatal attendance and low birth weight. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1997;28(4):873-6.
10. Goldenberg RL, Hauth JC, Adreus WW. Intrauterine infection and preterm delivery. *N Engl J Med* 2000;42(20):1500-7.
11. Gibbs RS. The relationship between infections and adverse pregnancy outcomes: An overview. *Ann Periodontol* 2001;6(1):153-63.
12. Ataoğlu T, Marakoğlu K. [The evaluation of relationship between oral focal infection focuses and preterm birth]. *Cum Üniv Dış Hek Fak Derg* 2000;3(2):71-3.
13. Radnai M, Pal A, Novak T, Urban E, Eller J, Gorzo I. Benefits of periodontal therapy when preterm birth threatens. *J Dent Res* 2009;88 (3):280-4.
14. Guimarães AN, Silva-Mato A, Miranda Cota LO, Siqueira FM, Costa FO. Maternal periodontal disease and preterm or extreme preterm birth: an ordinal logistic regression analysis. *J Periodontol* 2010;81(3):350-8.
15. Fehder WP. Nursing care & management of pathological oral conditions among women and children. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2008;33(1):38-44.
16. Bischoff JI, van der Merwe EH, Retief DH, Barbakow FH, Cleaton-Jones PE. Relationship between fluoride concentration in enamel, DMFT index, and degree of fluorosis in a community residing in an area with a high level of fluoride. *J Dent Res* 1976;55(1):37- 42.
17. Armfield JM, Slade GD, Spencer AJ. Dental fear and adult oral health in Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(3):220-30.
18. Greene JC, Vermillion JR. The simplified oral hygiene index. *J Am. Dent Assoc* 1964;68:7-13.
19. Kumar J, Samelson R. Oral health care during pregnancy recommendations for oral health professionals. *N Y State Dent J* 2009; 75(6):29-33.
20. Offenbacher S, Lief S, Boggess KA, Murtha AP, Madianos PN, Champagne CM, et. al. Maternal periodontitis and prematurity. Part I: Obstetric outcome of prematurity and growth restriction *Ann Periodontol* 2001;6(1):164-74.
21. Ko YL, Wu YC, Chang PC. Physical and social predictors for pre-term births and low birth weight infants in Taiwan. *J Nurs Res* 2002; 10(2):83-9.
22. Toygar H, Seydaoglu G, Kurklu S, Guzeldemir E, Arpak N. Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. *J Periodontol* 2007;78(11): 2081-94.
23. Lindhe J, Axelsson P, Tollskog G. Effect of proper oral hygiene on gingivitis and dental caries in Swedish schoolchildren. *Community Dent Oral Epidemiol* 1975;3(4):150-5.
24. Giglio JA, Lanni SM, Laskin DM, Giglio NW. Oral health care for the pregnant patient. *J Can Dent Assoc* 2009;75(1):43-8.
25. Breedlove G. Prioritizing oral health in pregnancy. *Kans Nurse* 2004;79(10):4-6.
26. Chan CHU , Wu CT, Welch KB, Loesche WJ. Periodontal disease activity as measured by the BANA test is associated with preterm births. *J Periodontol* 2010;81(7): 982-91.
27. Minkoff H. Prematurity: infection as an etiologic factor. *Obstet Gynecol* 1983;62(2):137-44.
28. Tejani NA, Verma UL. Effect of tocolysis on incidence of low birth weight. *Obstet Gynecol* 1983;61(5):556-8.
29. The Canadian Preterm Labor Investigators Group. Treatment of preterm labor with the beta-adrenergic antagonist ritodrine. *N Engl J Med* 1992;327(5):308-12.
30. National Center for Health Statistics, 1996. Advance report of final natality statistics, 1994. *Monthly Vital Statistics Report* 1996;44(11):1-88.
31. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. [Prevalence of spontaneous preterm birth and related factors]. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Demeği Dergisi* 2009;6(3):197-205.