

Erken Doğum Tehdidi

Gebeye Yönelik Kapsamlı Rehber

Tanı • Risk Faktörleri • Tedavi • Gebelik Yönetimi • Doğum Hazırlığı • Bebek Bakımı

Bu rehber; erken doğum tehdidi tanısı alan gebelerin durumu anlamalarına, yapılan tedaviler ve izlem sürecini kavramalarına, doğuma ve yenidoğan dönemine hazırlanmalarına yardımcı olmak amacıyla hazırlanmıştır.

1. ERKEN DOĞUM NEDİR?

Erken doğum (preterm doğum); gebeliğin 37. haftasından önce gerçekleşen doğumdur. Dünya genelinde tüm doğumların yaklaşık %10–12'sini oluşturmakta ve prematüre bebekler, yenidoğan ölümlerinin en önemli nedenlerinden biri olmaya devam etmektedir.

Erken doğum tehdidi (preterm eylem); düzenli uterin kontraksiyonlar ile birlikte serviks değişikliklerinin (dilatasyon, efesman) gözlemlendiği ancak doğumun henüz gerçekleşmediği klinik tablodur. Erken tanı ve doğru yönetim, gebeliği güvenli term'e taşımada kritik role sahiptir.

Prematürite Dereceleri ve Klinik Sonuçlar				
Ekstrem Preterm	Ciddi Preterm	Orta Preterm	Gec Preterm	Term Doğum
< 28. hafta	28-32. hafta	32-34. hafta	34-37. hafta	37-42. hafta
Akciğer olgunluğu	Yetersiz	Geliyor	Neredeyse tam	Tam
RDS riski	Yüksek	Orta	Düşük	Yok
YBU süreleri	Haftalar	2-4 hafta	Kısaca	Gerekmez
Survivans	~50%	~90%	~95%	Tam

Şekil 1. Prematürite dereceleri, klinik sonuçlar ve akciğer olgunluğu ile ilişkisi

Derece	Hafta	Tanım	Önem
Ekstrem Preterm	< 28. hafta	Akciğerler çok olgunlaşmamış	Yoğun YDYBÜ bakımı; en yüksek risk
Ciddi Preterm	28–32. hafta	Surfaktan yetersiz	Betametazon + YDYBÜ şart
Orta Preterm	32–34. hafta	Akciğerler gelişiyor	Kortizon + izlem
Geç Preterm	34–37. hafta	Neredeyse term	Kısa YDYBÜ gerekebilir
Term Doğum	37–42. hafta	Tam olgunlaşma	Normal doğum

i Her geçen gün önemlidir: 34. haftada doğan bir bebek, 28. haftadakine kıyasla çok daha iyi klinik sonuçlara sahiptir. Gebeliği haftalarca taşımak mümkün olmasa da birkaç günlük uzama bile bebeğin akciğer gelişimine önemli katkı sağlar.

2. RİSK FAKTÖRLERİ

Erken doğum tehdidinin tek bir nedeni yoktur; genellikle birden fazla faktörün bir araya gelmesiyle ortaya çıkar. Risk faktörlerini bilmek, erken önlem almayı ve izlem yoğunluğunu belirlemeyi kolaylaştırır.

Erken Doğum Tehididi Risk Faktörleri		
Obstetrik	Maternal	Fetal / Uterin
Önceki erken doğum (%30+ tekrar)	İleri yaş (<18 veya >35)	Fetal anomali
Çok bebekli gebelik	Sigara / alkol / madde	IUGR
Uterus anomalisi	Düşük kilo / obezite	Serviks uzunluğu <25mm
Serviks yetmezliği	Kronik sistemik hastalık	Fibronektin pozitif
Polihidramnios / PPROM	Stress ve sosyoekonomik	Çok sayıda D&C
Plasenta previa / ablasyo	Enfeksiyon (UTI, BV, peri)	ART ile gebelik

Şekil 2. Erken doğum tehdidi risk faktörleri — üç temel kategori

2.1 Obstetrik ve Uterus Kaynaklı Risk Faktörleri

Risk Faktörü	Tekrarlama Riski / Açıklama
Önceki erken doğum öyküsü	En güçlü tek risk faktörü; tekrarlama riski %15–30
Çoğul gebelik (ikiz, üçüz)	İkizlerde %50, üçüzlerde %90+ erken doğum oranı
Uterus anomalisi	Tek boynuzlu, iki boynuzlu uterus; fibroid
Serviks yetmezliği	İkinci trimester kayıplarında ya da kısa servikste
Polihidramnios	Uterus aşırı gerilimi kontraksiyonları tetikler
Plasenta anomalileri	Ablasyo plasenta, plasenta previa
Preterm PPROM	Zarların erken rüptürü doğumu tetikler

2.2 Maternal Risk Faktörleri

Risk Faktörü	Açıklama
İleri ya da genç anne yaşı	< 18 veya > 35 yaş
Sigara, alkol, madde kullanımı	Uterus damarlanmasını bozar, erken plasenta hasarı
Düşük vücut ağırlığı (BMI < 18.5)	Yetersiz beslenme, inflamasyon
Kronik hastalıklar	Hipertansiyon, diyabet, böbrek hastalığı
Enfeksiyonlar	İdrar yolu, vajinal, diş enfeksiyonları erken doğumu tetikler
Aşırı stres ve sosyoekonomik baskı	Kortizol artışı uterus aktivitesini uyarır
Kısa interpregnancy interval	İki gebelik arası < 6 ay

2.3 Fetal ve Anatomik Risk Faktörleri

- Kısa serviks (transvajinal USG'de < 25 mm)
- Fetal fibronektin pozitifliği (serviksvajinal salgıda)
- Konjenital fetal anomaliler
- İntrauterin gelişme kısıtlılığı (IUGR)
- Yardımcı üreme tekniği (IVF) ile gebelik

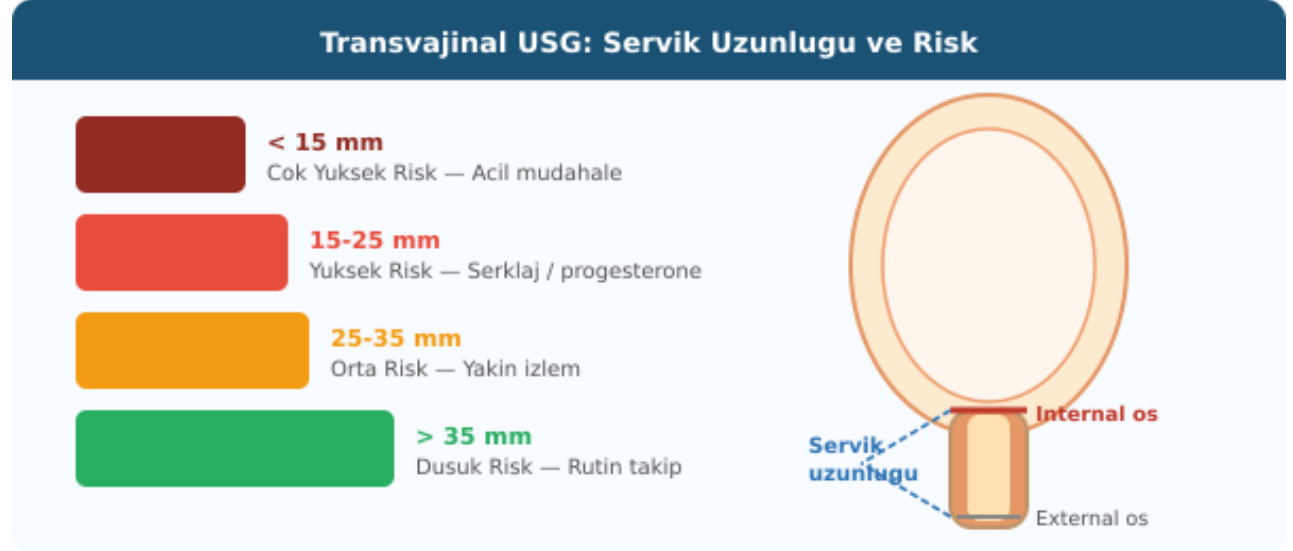
3. TANI VE DEĞERLENDİRME

3.1 Klinik Tanı Kriterleri

Erken doğum tehdidi tanısı için şu üç kriterin bir arada bulunması gerekir:

Kriter	Tanım	Nasıl Değerlendirilir?
Uterin kontraksiyonlar	37. haftadan önce, 10 dakikada ≥ 2 düzenli kasılma	Kardiyotokografi (KTG / NST) ile kaydedilir
Serviks değişikliği	Effasman ve/veya dilatasyon varlığı	Dijital muayene ile değerlendirilir
Serviks uzunluğu kısalmış	Transvajinal USG'de < 25 mm	TVUSG altın standarttır

3.2 Serviks Uzunluğu — Tanısal Altın Standart



Şekil 3. Transvajinal USG ile serviks uzunluğu ölçümü ve risk sınıflandırması

i Transvajinal ultrasonografi (TVUSG), serviks uzunluğunun ölçümünde en güvenilir yöntemdir. Vajinal prob erken doğumu tetiklemeyebilir. Servikal prob, serviks ağzına (osa) temas etmez.

3.3 Fetal Fibronektin Testi (fFN)

Fetal fibronektin; amniyotik zarlar ile desidua arasındaki 'yapıştırıcı' bir proteindir. Servikovajinal salgıda pozitif bulunması (≥ 50 ng/mL), erken doğum riskinin artmış olduğuna işaret eder.

Test Sonucu	Anlamı	Klinik Yönetim
Negatif (< 50 ng/mL)	Önümüzdeki 1–2 haftada erken doğum olasılığı çok düşük	Güvence sağlanır; gereksiz tedaviden kaçınılır
Pozitif (≥ 50 ng/mL)	Erken doğum riski artmış	Betametazon, tokoliz değerlendirmesi yapılır

3.4 Ayırıcı Tanı

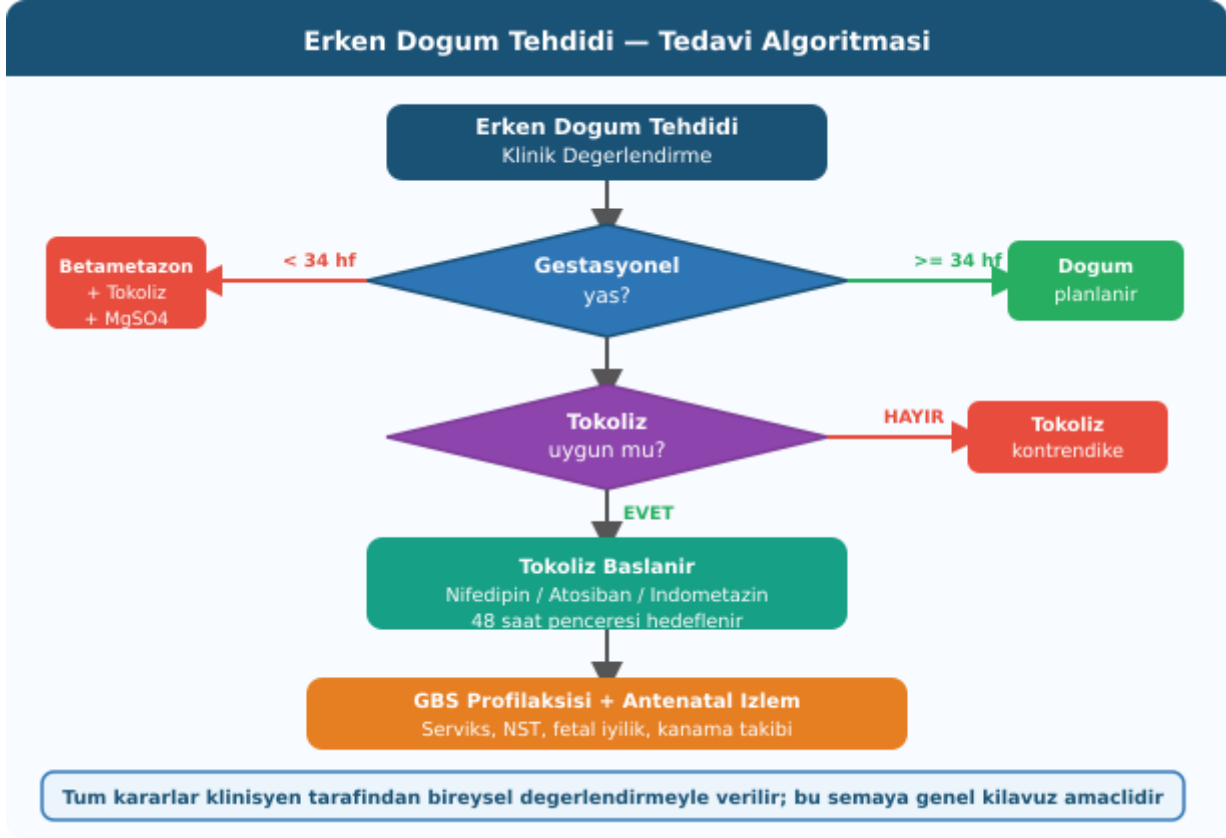
Durum	Erken Doğum Tehidinden Farkı
Braxton-Hicks kasılmaları	Düzensiz, ağrısız, serviks değişikliği yok
Yalancı doğum eylemi (False labor)	Aktivite ile azalır; serviks değişmiyor
Ablasyo plasenta	Ağrılı sert uterus + vajinal kanama
İdrar yolu enfeksiyonu	Kasılma benzeri ağrı, ancak serviks değişikliği yok
Bağırsak spazmı	Gastrointestinal şikayetler eşlik eder

3.5 Laboratuvar ve İleri Tetkikler

- Tam kan sayımı, CRP — enfeksiyon dışlanması
- İdrar kültürü — asemptomatik bakteriüri taraması
- Vajinal/servikal kültür — BV, GBS, N. gonorrhoeae
- Amniyosentez — enfeksiyon şüphesinde (koryoamniyonit?)
- Fetal büyüme USG + Doppler — IUGR eşlikteliği

4. TEDAVİ YÖNETİMİ

4.1 Tedavi Algoritması



Şekil 4. Erken doğum tehdidi tedavi algoritması

4.2 Betametazon — Akciğer Olgunlaştırma Tedavisi

Betametazon, prematüre bebeğin akciğerlerinin daha hızlı olgunlaşmasını sağlayan, anne aracılığıyla bebeğe aktarılan bir kortikosteroiddir. 24–34. haftalar arasında preterm doğum riski varsa uygulanır.

Konu	Detay
İlaç	Betametazon (Celestone Soluspan)
Doz ve uygulama	12 mg IM, 24 saat arayla 2 doz (toplam 24 mg)
Etki başlangıcı	İlk dozdan 24 saat sonra başlar; tam etki 48. saatte
Koruma süresi	7–14 gün; gerekirse tek tekrarlama dozu verilebilir
Ne işe yarar?	RDS, nekrotizan enterokolit, IVH, bebek ölümü riskini azaltır
Güvenlik	Belirlenmiş dozda fetüs ve anne için güvenlidir

📌 **Betametazon bebeğin akciğerlerine hayat kurtaran bir hediye gibidir. Bir ya da iki enjeksiyon için kısa süreli hastane yatışı ya da günlük klinik ziyareti gerekebilir.**

4.3 Magnezyum Sülfat — Nöroproteksiyon

32. haftadan önce gerçekleşmesi beklenen erken doğumlarda, bebeğin beyin koruması (nöroproteksiyon) amacıyla anneye magnezyum sülfat ($MgSO_4$) verilir.

- Serebral palsy riskini %30–40 oranında azaltır
- Periventriküler lökomalazi (beyaz madde hasarı) riskini düşürür
- IV infüzyon şeklinde 4 g yükleme + 1 g/saat idame olarak uygulanır
- Anne yakından izlenir: derin tendon refleksleri, solunum, idrar çıkışı

4.4 Tokoliz — Kasılmaları Durdurma Tedavisi

Tokoliz; uterus kasılmalarını durdurmak ya da yavaşlatmak için kullanılan ilaç tedavisidir. Temel amacı, betametazon için gereken 48 saatlik pencereyi kazanmak ve gerekirse anneyi deneyimli bir merkeze nakletmektir.

Tokoliz İlaçları Karşılaştırma			
Nifedipin Ca Kanal Blokoru	Atosiban Oksitosin Ant.	Indometazin NSAID	Ritodrin Beta-2 agonist
1. Tercih Güvelli	1-2. Tercih Güvelli	< 32 hafta Dikkatli	3. Tercih Sınırlı
+ Avantajlar: Oral kolay Ucuz İyi tolere	+ Avantajlar: Az yan etki Etkili IV uygun	+ Avantajlar: Güçlü 32 hf öncesi Oral	+ Avantajlar: Uzun deneyim
- Dikkat: Hipotansiyon Basagrilari	- Dikkat: Pahalı IV gerekli	- Dikkat: Duktus riski >32 hf kontrendike	- Dikkat: Tasiikardi Hipoglisemi Titreme

Şekil 5. Tokoliz ilaçları karşılaştırması — etkinlik, güvenlik ve kullanım endikasyonu

İlaç	Kullanım Haftası	Uygulama	Temel Yan Etkiler
Nifedipin (Ca blokörü)	24–36. hafta	Oral kapsül	Baş ağrısı, yüz kızarması, hipotansiyon
Atosiban (oksitosin antag.)	24–33. hafta	IV infüzyon	Az yan etki; pahalı
İndometazin (NSAID)	< 32. hafta	Oral / rektal	Duktus kapanması riski — 32 hf üstünde kullanılmaz
Ritodrin (beta-2 agonist)	2. tercih	IV / oral	Taşikardi, titreme, hipoglisemi

⚠ **Tokoliz kontrendikasyonları:** ağır preeklampsi, ablasyo plasenta, koryoamniyonit, fetal distres, fetal anomali. Bu durumlarda tokoliz uygulanmaz; doğum planlanır.

4.5 Progesteron Tedavisi (Önleyici)

Erken doğum tehdidinin önlenmesinde progesteron, risk grubundaki gebelerde 16–36. haftalar arasında uygulanır.

Progesteron Türü	Endikasyon	Uygulama
Vajinal mikronize progesteron	Kısa serviks (< 25 mm) + tekil gebelik	200 mg vajinal gece, günde 1 kez
17-OHPC (enjeksiyonlu)	Önceki erken doğum öyküsü	250 mg IM, haftada 1 kez
Serklaj + progesteron	Serklaj sonrası destek	Vajinal progesteron kombinasyonu

4.6 Serklaj — Servikal Dikişi

Serviks yetmezliği veya kısa servikste, servik ağzını kapatmak için uygulanan cerrahi bir prosedürdür.

Serklaj Türü	Ne Zaman Uygulanır?
Elektif (Tarihsel)	Önceki servikal kayıp öyküsü — 12–14. haftada
Ultrason Endikasyonlu	Kısa serviks < 25 mm — 16–24. hafta
Acil (Kurtarma)	Dilate serviks, balona çıkıntılı zarlar — 24. haftaya kadar

5. GEBELİK SÜRECİNİN İZLEMİ

Erken Doğum Riski Olan Gebelerde İzlem Takvimi

16-20. hafta	- Servik uzunluğu (TVUSG) - Anatomik tarama	- Fibronektin bakisi - Risk değerlendirme
20-24. hafta	- Servik uzunluğu - Progesteron basla (<25mm)	- Serklaj değerlendirme - BV taraması
24-28. hafta	- Servik uzunluğu 2 haftada bir - NST izlemi	- Betametazon planı - Aktivite kısıtlama
28-34. hafta	- Haftalık NST - Servik takibi	- Betametazon tazeleme - Doğum merkezi seçimi
34-37. hafta	- GBS kültürü - Doğum planı	- Neonatoloji konsült - Emzirme eğitimi

Grafik 3. Erken doğum riski olan gebelerde izlem takvimi

5.1 Hastane Yatışı mı, Evde İzlem mi?

Klinik Durum	Önerilen Yönetim
Aktif kontraksiyonlar + serviks değişikliği	Yatış: IV erişim, KTG izlemi, tokoliz, betametazon
Kısa serviks (< 15 mm), asemptomatik	Yatış veya çok sıkı ayaktan izlem; aktivite kısıtı
Kısa serviks (15–25 mm), stabil	Progesteron + sıkı ayaktan izlem (1–2 hf'de bir TVUSG)
Erken doğum atağı geçirdi, şimdi stabil	Progesteron + evde izlem; aktivite kısıtlaması
PPROM (erken zar rüptürü)	Mutlaka yatış; enfeksiyon ve kontraksiyonlar için yakın izlem

5.2 Evde Uygulayabileceğiniz Önlemler

Aktivite Kısıtlamaları

- Yatak istirahati (tam veya kısmi):** Hekiminizin önerisi doğrultusunda; bazı olgularda tam istirahat, bazılarında sadece yoğun aktiviteden kaçınma yeterlidir
- Cinsel ilişki:** Pelvik istirahat; serviks kısaldıysa veya kasılmalar varsa kesinlikle yasak
- Egzersiz:** Ağır egzersiz, yoğun yürüyüş, kaldırma yasak; hafif günlük aktivite hekime danışılarak planlanır
- İş:** Uzun süre ayakta çalışma veya fiziksel iş kısıtlanmalıdır; uzaktan / masa başı çalışma değerlendirilebilir

Beslenme ve Destekler

- Bol sıvı alımı — günde en az 2–2.5 litre su
- Yeterli protein ve demir içeren dengeli beslenme
- Folik asit ve gebelik vitamini kullanımına devam
- Ağız ve diş sağlığına dikkat — diş enfeksiyonları erken doğumu tetikleyebilir

Uyarı Belirtileri — Ne Zaman Hemen Hastaneye Gidilmeli?

 **ACİL DURUMLAR — HEMEN HASTANEYE GİDİN:** • 10 dakikada 4 veya daha fazla kasılma • Vajinal kanama veya pembe/kanlı akıntı • Şeffaf / sulu vajinal akıntı (zar rüptürü olabilir) • Bebeğe hareket azalması • Yüksek ateş (> 38°C), üşüme, titreme • Şiddetli sırt veya kasık ağrısı • İdrar yaparken yanma (enfeksiyon belirtisi)

5.3 PPRM — Zarların Erken Rüptürü

Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM); 37. haftadan önce amniyotik zarların rüptürüdür. Erken doğum tehdidinin önemli bir komplikasyonudur.

PPROM Bulgusu	Açıklama
Sulu vajinal akıntı	Ani, berrak veya hafif sarımsı; kontrol edilemeyen akış
Nitrazin / lakmus testi	Alkali reaksiyon (pH > 7) amniyotik sıvıyı gösterir
Fernelenme testi	Kurutulan sıvıda eğreltiotu yaprağı görünümü
Amnio-dye testi	Renk boyası ile kesin tanı
IGFBP-1 veya PAMG-1 testi	Ticari hızlı tanı kitleri (Amniosure, ActimPROM)

PPROM Yönetimi	Uygulama
< 34. hafta, enfeksiyon yok	Yatış, antibiyotik (Eritromisin/Amoksisilin), betametazon, yakın izlem
34–37. hafta	Doğum tartışmalı; koryoamniyonit riski değerlendirilir
> 37. hafta	Doğum planlanır; eylemin beklenmesi veya indüksiyon
Her haftada: Koryoamniyonit bulguları	Ateş, uterin hassasiyet, fetal taşikardi — acil doğum

6. DOĞUM HAZIRLIĞI

6.1 Doğum Merkezi Seçimi

Erken doğum riski olan gebelerin doğum yapacakları merkez büyük önem taşır. Doğumun gerçekleşeceği hastanede bulunması gereken olanaklar:

Gereksinim	Neden?
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YDYBÜ)	Prematüre bebek derhal destek alabilmeli
Neonatoloji uzmanı 7/24	Doğum salonunda hazır bulunabilmeli
Solunum cihazı (CPAP/ventilatör)	Prematüre akciğer desteği için
Surfaktan tedavisi	< 34. haftada RDS'ye karşı
Kan bankası	Doğum komplikasyonlarına hazırlık
Perinatoloji / MFM erişimi	Doğum kararlarında uzmanlık

i Özellikle 32. haftadan önce erken doğum riski taşıyan gebeler, in utero transfer ile (doğum öncesi sevk) deneyimli bir üçüncü basamak merkeze yönlendirilmelidir. Bebeği taşıyan en iyi inkübatör annedir.

6.2 Doğum Şekli

Prematüre bebeklerde doğum şekli; gebelik haftasına, bebeğin gelişine ve annenin durumuna göre bireysel olarak planlanır.

Durum	Doğum Şekli
Sefalik geliş (baş aşağı), fetal iyilik iyi	Vajinal doğum denenebilir
Makat geliş (özellikle < 32. hafta)	Sezaryen genellikle tercih edilir
Fetal distres	Acil sezaryen
Çoğul gebelik (ikiz)	İkiz 1 sefalikse vajinal; diğer durumlarda sezaryen
Komplet / Parsiyel previa + preterm	Sezaryen

6.3 Doğuma Hazırlık Çantası

Erken doğum tehdidi olan gebeler her an hastaneye gitmek durumunda kalabileceklerini göz önünde bulundurarak hazırlıklı olmalıdır.

Kategori	Hazırlanacaklar
Kimlik ve belgeler	Kimlik, sağlık kartı, tüm gebelik kontrol ve USG raporları, ilaç listesi
Anne için kıyafet	En az 3–5 günlük; rahat, önden açık üst giysi, terlik
Bebek için	Prematüre / küçük beden kıyafet, kanguru bakım için geniş önlük/hırka
İletişim bilgileri	Eş, aile, doktor ve hastane telefonları; tercih edilen YDYBÜ bilgisi
Konfor eşyaları	Yastık, kulaklık, şarj aleti, kitap/tablet

6.4 GBS (Grup B Streptokok) Profilaksisi

Erken doğumlarda GBS profilaksisi özellikle önemlidir. GBS kültürü sonucu bilinmiyorsa, 35–37. hafta öncesi erken doğumlarda IV Penisilin veya Ampisilin uygulanır.

7. PREMATÜRE BEBEK — YOĞUN BAKIM SÜRECİ

7.1 Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YDYBÜ)

Prematüre bebekler, doğumdan hemen sonra gerekirse YDYBÜ'ne alınır. Bu ortam; bebeğin anneden ayrı tutulmasından değil, bebeğin ihtiyacı olan tıbbi desteği almasından ibarettir.



Şekil 6. Yenidoğan yoğun bakımda prematüre bebeğin bakım unsurları

7.2 YDYBÜ'de Neler Yapılır?

Bakım Alanı	Yapılan Uygulamalar
Solunum desteği	Surfactan tedavisi, CPAP, gerekirse mekanik ventilasyon, oksijen desteği
Isı kontrolü	İnkübatör bakımı; olgunlaşana kadar dış ısı düzenlemesi
Beslenme	İlk günlerde IV sıvı/parenteral nutrisyon; sonra annesütü ile tüple besleme
Enfeksiyon önlemi	Antibiyotik, steril ortam, ziyaretçi kısıtlaması
Nörolojik izlem	Kafa USG, EEG gerekirse, retinopati taraması
Anne-bebek bağı	Kanguru bakımı (skin-to-skin), annesinin sesi ve kokusu

7.3 Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı; annenin (veya babanın) göğsüne, deri ile deri temas edecek şekilde bebeğin yerleştirildiği bakım yöntemidir. Ağırlığı ve haftası ne olursa olsun, tüm prematüre bebekler için güvenlidir ve pek çok faydası kanıtlanmıştır.

Kanguru Bakımının Faydaları	Kanıt Düzeyi
Vücut ısını düzenler	Yüksek kanıt
Kalp atımı ve solunum stabilizasyonu	Yüksek kanıt
Anne sütü üretimini artırır	Yüksek kanıt
Anne-bebek bağını güçlendirir	Yüksek kanıt
Ağrıyı azaltır (işlemler sırasında)	Orta kanıt
Beyin gelişimini destekler	Orta-yüksek kanıt

✅ Bebeğinize en büyük hediyelerden biri annenizin sesidir. YDYBÜ'nde bile seslenebilir, şarkı söyleyebilir, fısıldayabilirsiniz. Bu, bebeğinizin beyin gelişimini doğrudan destekler.

7.4 Emzirme

Prematüre bebeklerde anne sütü, enfeksiyondan koruma, bağırsak olgunlaşması ve beyin gelişimi açısından formula'ya kıyasla üstün faydalar sağlar. YDYBÜ'nde bebeğiniz sütünüzü tüpe alabilir.

- Doğumdan hemen sonra sütünüzü sağmaya (pompalamaya) başlayın
- İlk gelen kolostrum (ağız sütü) son derece değerli; her damlası önemlidir
- Emzirme danışmanı desteği alın — YDYBÜ'nde erişilebilir olmalıdır
- Bebek emmek için güçlendikçe aşamalı olarak göğüse alınır

8. PSİKOLOJİK DESTEK VE DUYGUSAL HAZIRLIK

Erken doğum tehdidi; anne, baba ve tüm aile için büyük duygusal yük oluşturabilir. Suçluluk, korku, çaresizlik ve belirsizlik hissi sık yaşanan duygulardır. Profesyonel destek almak, bu süreçte en önemli kaynaklardan biridir.



Şekil 7. Erken doğum tehdidinde psikolojik destek haritası

8.1 Sık Yaşanan Duygusal Tepkiler

Duygu	Açıklama ve Yaklaşım
Suçluluk	'Daha dikkatli olsaydım...' düşünceleri sık görülür. Erken doğum tehdidi hata ya da ihmalin sonucu değildir.
Anksiyete ve korku	Her kasımda korku normaldir. Destek grubu ve psikoterapi bu kaygıyı yönetmeye yardımcı olur.
Çaresizlik	Kontrol edemediğinizi hissetmek normaldir; ama aktif yapabileceğiniz şeyler vardır: ilaçlarınızı alın, randevularınızı kaçırmayın.
Yas / Kayıp	Beklenen gebelik deneyiminin kaybı gerçek bir yas sürecidir. Bu duygu geçerlidir ve destek gerektirir.
Sosyal izolasyon	Yatak istirahati sosyal yaşamı kısıtlar; çevrimiçi destek grupları ve aile desteği önemlidir.

8.2 Partner ve Aile İçin

- Eş / partner desteği:** Randevulara birlikte gelmek, bilgilenecek, ev işlerini üstlenmek büyük değer taşır
- Çocuklar için:** Ağabey/abla olacak çocukların durumu yaşa uygun açıklanması önemlidir

- **Büyük aile:** Pratik destek (yemek, alışveriş, taşıma) sağlanması annenin stresini azaltır

8.3 Destek Kaynakları

- Hastane bünyesindeki psikolog veya psikiyatrist ile görüşme
- Erken doğum deneyimi yaşamış annelerin online veya yüz yüze destek grupları
- Sosyal hizmet uzmanı — pratik ve idari konularda destek
- Perinatal mental sağlık dernekleri

♥ Bu süreçte hissettiğiniz her duygu geçerlidir. Yardım istemek güçlülüktür. Hem kendinize hem bebeğinize en iyi bakımı yapmak için kendi sağlığınıza da özen göstermeniz gerekir.

9. TABURCULUK SONRASI İZLEM VE UZUN DÖNEM

9.1 Anne İçin Uzun Dönem Takip

Dönem	İzlem
1–2 hafta sonra	Serviks uzunluğu TVUSG, progesteron devamı, kültür sonuçları
Her 2–4 hafta	Fetal büyüme, NST, servikal izlem, kan sayımı
34–36. hafta	Doğum planı, GBS kültürü, neonatoloji konsültasyonu
Postpartum 6. hafta	Genel kontrol, aile planlaması danışmanlığı, psikolojik değerlendirme

9.2 Sonraki Gebelik Planlaması

- İki gebelik arasında en az 18–24 ay beklenilmesi önerilir
- Önceki erken doğum öyküsüyle sonraki gebelikte %15–30 tekrarlama riski mevcuttur
- Bir sonraki gebelikte 16. haftadan itibaren servikal izlem ve progesteron başlanabilir
- Önceki erken doğum nedeni araştırılmalı; mümkünse altta yatan sorun tedavi edilmeli

10. SIK SORULAN SORULAR

Soru	Yanıt
Erken doğum tehdidi yaşayan her gebe erken mi doğurur?	Hayır. Erken doğum tehdidinin tanındığı gebelerin %50'den fazlası term'e ulaşır. Tanı konulması mutlaka erken doğum anlamına gelmez.
Yatak istirahati erken doğumu önler mi?	Mutlak yatak istirahati, erken doğumu önlediği kanıtlanmış değildir. Aşırı aktiviteden kaçınmak önemlidir; ancak tam yatış tromboembolizm riskini artırabilir. Hekiminizin önerisi bireysel olacaktır.
Betametazon bebeğime zarar verir mi?	Belirlenen dozda betametazon, kanıtlanmış net faydaları olan ve güvenli bir tedavidir. Hayat kurtaran etkileri yan etkilerinden çok daha ağır basar.
Cinsel ilişki erken doğumu tetikler mi?	Serviks kısaltırsa veya aktif kasılma varsa pelvik istirahat kesinlikle gerekir. Stabil olgularda hekiminize danışın.
Stres erken doğuma neden olur mu?	Kronik, yoğun stres kortizol artışı yoluyla uterin aktiviteyi artırabilir. Akut stres doğrudan doğumu başlatmaz; ama yönetilmesi önemlidir.
Bebeğim 32. haftada doğarsa ne olur?	Modern neonatoloji ile 32. haftadaki bebeklerin büyük çoğunluğu sağlıklı büyümektedir. YDYBÜ'nde ortalama 4–8 hafta kalabilirler.
Bir sonraki gebelikte de aynı durum olur mu?	Önceki erken doğum en güçlü risk faktörüdür; tekrarlama riski %15–30'dur. Ancak progesteron ve yakın izlemle bu risk azaltılabilir.
Serkraj ağrılı mı?	Serkraj kısa bir cerrahi prosedürdür; spinal veya epidural anestezi altında yapılır. İşlem sonrası hafif kramp ve akıntı olabilir.

 Bu rehber genel bilgilendirme amaçlıdır. Her gebelik birbirinden farklıdır; tüm kararlar kişisel perinatoloji uzmanınız tarafından değerlendirilmelidir. Güncel ACOG, RCOG ve Türk Perinatoloji Derneği kılavuzları esas alınmaktadır.

Hazırlayan: Perinatoloji Kliniği | Hasta Bilgi ve Eğitim Serisi