



T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ'NE BAğLI EğİTİM
ASM'LERE KAYITLI GEBELERDE RİSKLİ GEBELİK PROFİLİ ve
EğİTİM DÜZEYİ**

Dr. Güzide Eda Özdemir

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023



T.C. SAğLIK BAKANLIğI

İSTANBUL PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

**PROF. DR. CEMİL TAŞCIOğLU ŞEHİR HASTANESİ'NE BAğLI EğİTİM
ASM'LERE KAYITLI GEBELERDE RİSKLİ GEBELİK PROFİLİ ve
EğİTİM DÜZEYİ**

Dr. Güzide Eda Özdemir

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Seçil Arıca

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana olan desteği ve tez danışmanım olarak, tez çalışmama olan katkısıyla, her konuda anlayışlı, samimi ve yardımsever olup desteklerini esirgemeyen sayın hocam Prof. Dr. Seçil GÜNHİR ARICA'ya,

Eğitimime katkı sağlayan uzman hekim ve hocalarıma,

Tez hazırlık sürecime katkılarından dolayı sevgili Uzm. Dr. Feyzanur ÖZEL ERDEM ve Uzm. Dr. Nilay Çom AYBAL'a,

Asistanlığım boyunca beraber çalıştığım değerli asistan arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca desteklerini, dualarını esirgemeyen, eğitimimin her aşamasında yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan, annem Hatice Özdemir'e, babam Tuncay Özdemir'e, kız kardeşim Ceyda Özdemir'e ve erkek kardeşimlere,

En içten duygularıyla teşekkür ediyorum.

Dr. Güzide Eda Özdemir

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ	v
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1 Kadın Sağlığı ve Gebelik	3
2.1.1 Kadın Sağlığı	3
2.1.2 Gebelik Tanımı ve Tanısı	3
2.1.3 Gebelik Fizyolojisi ve Gebelikte Görülen Değişiklikler	4
2.2 Doğum Öncesi Bakım	4
2.3 Gebelikte Risk Sınıflaması	5
2.3.1 Öyküde Saptanan Risk Faktörleri	6
2.3.1.1 Parite Sayısı	6
2.3.1.2 Önceki Gebelik Öyküsü	6
2.3.1.3 Annenin Kronik Hastalıkları	6
2.3.1.4 Sigara ve Alkol Kullanımı	7
2.3.2 İzlem Boyunca Saptanan Risk Faktörleri	7
2.3.2.1 Çoğul Gebelik	7

2.3.2.2 Yaş	8
2.3.2.3 Rh Uyumsuzluğu	9
2.3.2.4 Vajinal Kanama	9
2.3.2.5 Anemi.....	9
2.3.2.6 Diyastolik Kan Basıncının 90 mmHg Üzerinde Olması.....	10
3.GEREÇ VE YÖNTEM	10
3.1 Araştırma Modeli	10
3.2 Araştırma Evreni ve Hasta Seçimi	10
3.2.1 Dahil Edilme Kriterleri.....	10
3.2.2 Dahil Edilmeme Kriterleri.....	11
3.3 Verilerin Toplanması.....	11
3.4.İstatistiksel Analiz	11
4. BULGULAR.....	12
5.TARTIŞMA	32
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	40
KAYNAKLAR	42
Ek-1: Araştırma Anketi	48

KISALTMALAR

AFP:Alfa FetoProtein

ASM:Aile Sağlığı Merkezi

CYBE:Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

DEA :Demir Eksikliği Anemisi

DÖB:Doğum Öncesi Bakım

DSÖ :Dünya Sağlık Örgütü

GDM:Gestayonel Diyabetes Mellitus

hCG:Human koryo gonadotropik hormon

NIPT:Non Invaziv Prenatal Test

OGTT:Oral Glukoz Tarama Testi

SBÜ:Sağlık Bilimleri Üniversitesi

SPSS:Statistical PackageForTheSocialSciences

TNSA:Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

VKİ:Vücut Kitle İndeksi

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	12
Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik ve gebelik ile ilgili sayısal veriler	12
Tablo 3. Katılımcıların gebe kalma yaşlarının dağılımı.....	13
Tablo 4. Katılımcıların gebeliğinin planlı olma durumu	13
Tablo 5. Katılımcıların tarama yaptıрма özellikleriyle gebeliğinin planlı olma durumu	14
Tablo 6. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma özellikleri	15
Tablo 7. Katılımcıların başvurdukları doğum kontrol yöntemleri	15
Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile doğum kontrol yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması	16
Tablo 9. Katılımcıların tarama yaptıрма özellikleriyle doğum kontrol yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişki	17
Tablo 10. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma durumuyla gebelik sayısının ilişkisi.....	18
Tablo 11. Gebelerin risk düzeyleri.....	18
Tablo 12. Katılımcıların eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile gebelik risk düzeyleri arasındaki ilişki	18
Tablo 13. Katılımcıların tarama yaptıрма özellikleriyle gebelik risk düzeyleri arasındaki ilişki	19
Tablo 14. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelikteki VKİ kg/m ² değerleri	19
Tablo 15. Katılımcıların sigara/alkol kullanım özellikleri	20
Tablo 16. Katılımcıların gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirilme durumları	20

Tablo 17. Katılımcıların tarama yaptırma özellikleriyle düşük öyküleri arasındaki ilişki.....	21
Tablo 18. Katılımcıların ilaç kullanım özellikleri.....	22
Tablo 19. Katılımcıların Vitamin kullanma özellikleri.....	22
Tablo 20. Katılımcıların gebelik döneminde beslenme özellikleri	22
Tablo 21. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik sonrası VKİ değerlerinin karşılaştırılması	23
Tablo 22. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik sonrası kilo değerlerinin karşılaştırılması	23
Tablo 23. Katılımcıların gebe izlem sonrası sevk durumları	24
Tablo 24. Katılımcıların sevk ve risk durumlarının karşılaştırılması	24
Tablo 25. Katılımcıların gebe izlem merkezleri	25
Tablo 26. Katılımcıların gebelik risk durumu ve gebelik haftası değerlerinin karşılaştırılması	25
Tablo 27. Katılımcıların gebelik haftası ve VKİ arasındaki ilişki	25
Tablo 28. Katılımcıların gebelik haftası ve kilo değişimi arasındaki ilişki	26
Tablo 29. Katılımcıların gebelik öncesi yapılan aşılamları.....	26
Tablo 30. Katılımcıların gebelik süresince yapılan aşılamları	26
Tablo 31. Katılımcıların taramaları yaptırma durumları.....	27
Tablo 32. Katılımcıların taramaları yaptırma ve eğitim durumlarının karşılaştırılması	28
Tablo 33. Katılımcıların gebelik risk faktörleri-1	29
Tablo 34. Katılımcıların gebelik risk faktörleri-2	29

Tablo 35. Katılımcıların mevcut kronik hastalık durumu.....	30
Tablo 36. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları	30
Tablo 37. Katılımcıların gebelikte yeni tanı alma durumları.....	30
Tablo 38. Gebelikte yeni tanı alanların hastalıkları	31

ÖZET

AMAÇ: Çalışmamızda Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı Gülbahar, Hürriyet ve Kağıthane Eğitim Aile Sağlığı Merkezine bağlı gebelerin gebelik izlemlerinin niteliği, sosyodemografik özelliklerine göre tarama ve bağışıklama tutumları ve riskli gebelik profillerini ve gebelerin taramalar hakkında bilgi düzeyi ve tutumunu araştırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM: Çalışma kesitsel-tanımlayıcı anket çalışması olarak planlanmıştır. 20/07/2022-20/09/2022 tarihleri arasındaki süreçte Eğitim Aile Sağlığı Merkezleri'mize başvuran 18-45 yaş arası gebelerden çalışmamıza katılmayı kabul eden 98 gebenin onamı alındıktan sonra anket formuyla değerlendirilmiştir. 55 sorudan oluşan anket kişinin yaşı, evlilik yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik veriler, akraba evliliği olup olmadığı, gebelikten önce korunma yöntemi, önceki gebelik sayısı, düşük sayısı, önceki gebeliğindeki risk durumu, mevcut gebelikteki risk durumu, mevcut kronik hastalıklar, gebelikte yeni tanımlı hastalığı olup olmadığı, takipli olma durumu, gebelik taramalarını yaptırma durumu, tetanos ve diğer aşılar bağışıklama durumu, vitamin ve ilaç kullanma durumunu sorgulamaktadır.

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanılmıştır ve $p < 0,05$ değeri anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması $29,67 \pm 5,07$, gebelik haftası $22,87 \pm 8,49$, evlilik yaşı $24,43 \pm 4,01$ olarak saptandı. Katılımcıların %52,04'ü üniversite mezunuydu ve %59,18'i çalışmıyordu. Katılımcıların %17,35'i 35 yaş ve üzerinde gebe kalmıştı. Çalışmaya dahil edilenlerin %62,24'ünün gebeliği planlıydı. Çalışmaya katılanların tarama testleri yaptırma durumlarıyla gebeliklerin planlı olma durumları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ($p > 0,05$). Katılımcılardan çalışanların gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma oranı çalışmayan olanlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p < 0,05$). Çalışmamıza katılan gebelerin %70,41'i riskli olarak

değerlendirildi. Risk faktörlerinden en sık oranın yeni tanılı hastalık, ikinci sırada VKİ>30 olan gebeler, üçüncü sırada kronik hastalığı olan gebeler olduğu görüldü. Katılımcıların gebelik taramalarını yaptırma durumları ile gebelik risk düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılardan sigara içen ve gebelik öncesi içip bırakmış olanların oranı %8,16, gebe iken sigara dumanına maruz kalanların oranı %29,59, gebelik öncesi alkol kullanıp bırakmış olanların oranı %8,25 olarak saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerin %92,86'sı gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirilmişti. Gebelik taramaları hakkında bilgi kaynağı olarak ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum doktoru gelmekteydi. Çalışmamıza katılanlardan düşük öyküsü olmayanların ikili tarama testini yaptırmaya ya da yaptırmayı düşünme oranı istatistiksel anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$). Gebelerin %24,49'u gebelik öncesi vitamin kullanırken bu oran gebelik sonrası %90,82'ye yükselmisti. Gebelerin izlem sonrasında %74,49'u sevk edilmediğini, %23,47'sinin ise üst basamağa sevk edildiği ve sevki gerçekleştirdiği saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerden riskli gebeliği olanların %32,84'ü üst basamağa sevk edilirken, riskli gebeliği olmayanlarda bu oran %3,45'ti. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark saptandı ($p<0,01$). Katılımcıların %91,3'ü gebelikte tetanos aşısını yaptırmıştır. Katılımcılardan üniversite mezunu olanlar ilkokul-ortaokul ve lise mezunu olanlara göre ikili tarama testi ve ayrıntılı obstetrik ultrasonografiyi yaptırmaya oranları istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$).

SONUÇ: Çalışmamızda riskli gebelik oranı topluma göre yüksek saptanmış olup, riskli gebelerin bir üst basamağa sevk edilme ve kontrole gitme oranı da anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça bazı taramaları yaptırmaya oranında anlamlı artış saptanmıştır.

ANAHTAR KELİMELE: Riskli gebelik, Aile hekimliği, Anne sağlığı hizmetleri

**RISKY PREGNANCY PROFILE AND EDUCATION
LEVEL ON PREGNANT WOMAN WHO REGISTERED TO
PROF. DR. CEMILTAŞCIOĞLU CITY HOSPITAL'S
EDUCATIONAL FAMILY HEALTH CENTERS**

ABSTRACT

OBJECTIVE:The aim of this study is investigate the quality of pregnancy follow-ups, screening, immunization attitudes and risky pregnancy profiles according to their sociodemographic characteristics and educational level who registered pregnant women to SBU Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu City Hospital.

MATERIAL and METHOD:The study is planned as a cross-section-questionnaire study. During 20/07/2022-20/09/2022, 98 pregnant women who applied to Education Family Health Center, between 18-45 years old by a questionnaire after taking informed consent.

The survey, which consists of 55 questions, examines the sociodemographic information, method of contraception before pregnancy, number of previous pregnancies, number of miscarriages, risk status in previous pregnancy, risk status in current pregnancy, current chronic diseases. In addition it has been asked whether there is a newly diagnosed disease during this pregnancy, status for having pregnancy screenings, immunization status for tetanus and other vaccines, whether using vitamins and drugs.

SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) statistical program was used while evaluating the findings obtained in our study, and the $p<0.05$ value was considered significant.

RESULTS: The mean age of those included in the study was 29.67 ± 5.07 , the gestational week was 22.87 ± 8.49 , and the age at marriage was 24.43 ± 4.01 . Of those

included in the study, 52.04% were university graduates and 59.18% were not working. 17.35% of the participants were pregnant at the age of 35 and above. Pregnancy was planned for 62.24% of those included in the study. There was no statistically significant relationship between the have screening tests and planned pregnancy status ($p>0.05$). Among the participants, the rate of those who smoked and quit before pregnancy was 8.16%, the rate of those who were exposed to cigarette smoke while pregnant was 29.59%, and the rate of those who used alcohol before pregnancy and quit was 8.25%. 92.86% of those included in the study were informed about screening during pregnancy. Obstetrician and gynecologist came first as the source of information about pregnancy screenings. Among the participants in the study, the rate of having or considering having the double screening test was found to be statistically significantly higher in those who did not have a history of miscarriage ($p<0.05$). While 24.49% of the pregnant women used vitamins before pregnancy, this rate increased to 90.82% after pregnancy. It was determined that after follow-up, 74.49% of the pregnant women were not referred to a specialist doctor, and 23.47% were referred to the upper level and made the check up. Among those included in the study, 32.84% of those with risky pregnancies were referred to the next step, while this rate was 3.45% in those who did not have a risky pregnancy. There was a statistically significant difference between the groups ($p<0.01$). 91.3% of the participants had tetanus vaccine during pregnancy. Among the participants who were university graduates, the rate of having double screening test and detailed obstetric ultrasonography was found to be statistically significantly higher than those primary, secondary and high school graduates ($p<0.05$).

CONCLUSION:In this study, the rate of risky pregnancy was found to be higher than the population, and the rate of referral to a higher level and going to check-ups of risky pregnant was also found to be significantly higher. As the level of education increased, there was a significant increase in the rate of having some scans.

KEY WORDS: Risky pregnancy, primary care, maternal health services.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik insan hayatının çoğunlukla güzel haber ve beklentilerle bağdaşan bir dönemdir. Doğurgan çağıdaki kadınlar için fizyolojik bir süreç olduğu gibi tüm gebelikler anne ve bebek sağlığı için hayati boyutlara varabilecek risk gelişme olasılığı taşır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2016 yılı verilerine göre, her gün yaklaşık olarak 830 kadın gebelik ve doğum ile ilgili önlenemez nedenlerden dolayı yaşamını kaybederken, tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir (1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmalarının (TNSA) sonuçlarına baktığımızda, 2018 yılı verilerinde araştırmadan önceki son 5 yılı kapsayan doğumlar arasında riskli gebelik oranı %35,2'dir (2).

Gebelikte risk; "düşük riskli, riskli ve yüksek riskli " olmak üzere üç gruba ayrılır. Gebelik tanısı koyulduktan itibaren tüm gebeler düşük riskli gebedir. Riskli gebe grubu laboratuvar testleri ile düzenli olarak takip edilir (3). Yüksek riskli gebelik tanım olarak annenin, fetüsün veya yeni doğanın yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, morbidite ve mortalite oranını arttıran, fizyolojik ve psikososyal bir durumdur (4).

Birinci basamak sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezlerinde (ASM) yapılan gebe izlemleri ile doğum öncesi bakım (DÖB) sağlanarak kadınların sağlıklı bir gebelik süreci geçirmeleri ve sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi amaçlanır (5). Bu amaçla ASM'lerde gebelerde fizik muayenenin yanında risk değerlendirme formu kullanılır. Bu formda gebenin sistemik hastalıkları, yaşı, daha önceki obstetrik öyküsü, takiplerinde anemi, hipertansiyon vb hastalıkların gelişmesi gibi birçok durum sorgulanır (6). Gebelikten önceki veya gebelikte gelişen riskli durumları belirleyerek önlem almak, takip etmek veya tedavisini düzenleyerek sağlıklı bir gebelik dönemi ve doğum amaçlanır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anne ve bebek ölümlerinin azaltılması için kadınların gebelik ve doğum nedeniyle yaşadıkları sağlık risklerinin en aza indirilmesi gerektiğini ve bu risklerin etkin bir doğum Öncesi Bakım (DÖB) hizmeti

ile önlenebileceğini vurgulamaktadır (7). Dünya Sağlık  rg t  2018 verilerine göre dünyadaki gebelerin %75'i yeterli D B alırken bu oran ülkemiz için %90'dır (5). Türkiye'de de yapılan çalışmalar ve sunulan sağlık hizmetleri ile anne ölüm oranının 2010 yılında 16,7 iken azalma eğilimi göstererek 2018 yılında 13,6'ya gerilediği görüldü(8).

Bu çalışmada; eğitim ASM'lerimize kayıtlı olan gebelerin gebelik izlemlerinin niteliği, sosyodemografik özelliklerine göre tarama ve bağışıklama tutumları ve riskli gebelik profillerini ve gebelerin taramalar hakkında bilgi düzeyi ve tutumunu araştırmayı amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Kadın Sağlığı ve Gebelik

2.1.1 Kadın Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı ruhsal, bedensel ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali olarak tanımlamaktadır. Kadın; yaşam döngüsü boyunca anne rahminden başlayarak, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçerken bu dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşamaktadır. Üreme fonksiyonlarının en yoğun olarak yaşandığı erişkinlik döneminde kadınlar; anne ölümleri, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, üreme sağlığı hizmeti alamama gibi sağlık sorunları ile karşı karşıyadır. Toplumsal rol ve beklentiler gereği kadınların bazı haklarını elde edememesi yalnız kendileri için değil aynı zamanda eş ve çocuklarının dolayısıyla aile ve toplum sağlığının korunması açısından da kilit rol oynar. Bu nedenle ülkemizde de kadın sağlığını korumak, anne ölümlerini azaltmak, sağlıklı bir gebelik dönemi ve sağlıklı bebek doğumunu hedefleyen çalışmalar yapılmaktadır (9,10).

2.1.2 Gebelik Tanımı ve Tanısı

Yumurta ve sperm hücresinin döllenmesi sonucu oluşan zigotun uterusu embriyonik gelişimini tamamladığı yaklaşık 40 hafta süren zaman dilimine gebelik denir. Fertilizasyon sonucu oluşan zigot ilk 8 hafta embriyo olarak adlandırılırken, 8 haftadan doğuma kadar olan süreçte fetüs olarak adlandırılır.

Gestasyon haftası kadının son adet tarihinin ilk gününe göre yaklaşık olarak hesaplanırken, gestasyon haftası aynı zamanda fetal yaşı da belirtir.(11)

Kan veya idrarda insan koryonik gonadotropin (hCG) hormonu tespit edilmesi ile veya ultrason muayenesinde gebelik kesesinin görülmesi ile gebelik tanısı koyulabilir (12).

2.1.3 Gebelik Fizyolojisi ve Gebelikte Görülen Değişiklikler

Gebelik süreci boyunca kadın vücudunda fetüsün büyümesine bağlı olarak, fetüsün gelişimini sağlamak, doğuma ve emzirmeye adaptasyon için her trimesterde farklı değişiklikler meydana gelir (13,14). Genellikle birbiriyle ilişkili olan bu değişiklikler, plasentanın hormonlarından etkilenir ve büyüyen fetüse uyum sağlamak için gerekli mekanik adaptasyonlar da yaparak tüm vücut sistemlerini etkiler. Bu değişimler fizyolojik olsa da eğer annede önceden komorbid durumlar varsa dekompanseasyona yol açabilir veya yeni komorbid durumların gelişmesine sebep olabilir (15).

Gebelere bakım veren hemşire ve ebelerin, takibini yapan doktorların gebelik öncesi riskli durumları bilmesi, oluşan bu değişikliklerle beraber komorbid durumları saptayıp önlemede oldukça önemlidir (14).

2.2 Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım, hamilelik süreci boyunca sağlık görevlileri tarafından gebeler ve fetüsler için en iyi sağlık koşullarını sağlamak amacı ile verilen bakım olarak tanımlanmaktadır. Doğum öncesi bakımın üç temel bileşenleri riskleri değerlendirme, sağlığı geliştirme ve eğitim ve hamileliğe eşlik eden veya hamileliğe özgü hastalıkları yönetmektir (16).

Gebelik ve doğum komplikasyonları tüm dünyadaki üreme çağında olan kadınlarda önde gelen mortalite ve morbidite nedenidir (17). Yüksek kaliteli doğum öncesi bakımla maternal ve fetal komplikasyonlar zamanında tanınır ve önlenir veya tedavi edilebilir (18).

Ülkemizde de 2003 yılından beri yapılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile anne ve çocuklar öncelikli konular arasına alınarak çeşitli çalışmalar yürütülmüştür. Anne ve bebek ölümlerini azaltmaya yönelik bu çalışmalardan biri de Ulusal Anne Ölümleri Çalışması'dır. Bu çalışmada görülmüş ki her 10 anneden 6'sı önlenemez sebeplerle hayatını kaybetmiş, her 5 anneden biri doğum öncesi bakım (DÖB) hizmeti almamış, DÖB alan her 4 anneden biri ise yetersiz bakım almıştır. Bu verilerden yola çıkarak Sağlık Bakanlığı 2008 yılında daha etkin ve standart DÖB

verilebilmesi için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturmuş ve uygulamaya geçirmiştir. 2002 yılında anne ölüm oranı yüz bin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28,5'e, 2016 yılında 14,7'ye, bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2016 yılında 7,3'e düşürülmüştür (19,20).

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine göre her gebeye ilk 14 hafta içinde gebelik tanısı konmalı ve ilk izlemi yapılmalıdır. İkinci izlem 18-24. haftalarda, üçüncü izlem 28-32. haftalarda ve dördüncü izlem de 36-38. haftalarda olmak üzere her gebenin en az 4 defa izlemi yapılmalı ve rehberde belirtilen muayene, ölçüm ve danışmanlık hizmetini almalıdır. Riskli gebelerde ise izlem sıklığı ve zamanı gebenin durumuna göre karar verilir (19).

Anne ve bebek bakımının olmazsa olmazı olan doğum öncesi bakımın hedefi gebenin önceden var olan hastalığının tanısı kadar;

- Gebelikte ortaya çıkabilecek hastalıkları erken tespit edip tedavisini düzenleyerek genel sağlık durumunu güçlü tutmak,
- Anneyi beslenme, fiziksel aktivite, doğacak olan bebeğin bakımı, doğum sonrası kontrasepsiyon hakkında bilgilendirmek,
- Anneyi beden ve ruhen doğuma hazırlamak,
- Tetanosa ve riskli durumu varsa diğer hastalıklara karşı bağışıklamak,
- Doğumun nerede, nasıl, kimin tarafından yaptırılacağı konusunda doğru karar almasını sağlayarak gebelik sürecinin sağlıklı geçmesi ve bebeğin sağlıklı bir şekilde dünyaya gelmesidir (21–23).

2.3 Gebelikte Risk Sınıflaması

Gebelikler ve doğum genelde sorunsuz geçse de ne yazık ki her gebelik risk faktörü geliştirmeye açıktır (3). DÖB'ün etkin bir şekilde yapılması açısından her gebenin izlemleri boyunca sağlık personelleri (ebe, hemşire, doktor) tarafından risk faktörleri açısından sorgulanması gerekir (24). Gebeliği saptanan her gebe düşük riskli gebelik grubundadır. Riskli gebe grubundaki gebeler laboratuvar testleri ile yakından izlenir. Risk faktörleri annenin kronik hastalıkları olabileceği gibi; anemi,

vajinal kanama, eklampsi, çoğul gebelik gibi nedenler olarak gebeliğe bağlı da gelişebilir. Yüksek riskli gebelik ise gebelik öncesinde bir sağlık durumu mevcut olanlar ve/veya gebeliğe bağlı bir komplikasyon gelişmesi nedeniyle anne veya fetüsün tehlikede olduğu durumlardır (3).

Gebelikteki risk durumu DÖB ile fizik muayenenin sonrasında Gebelikte Risk Değerlendirme Formu ile değerlendirilir (19). Gebelikte Risk Değerlendirme Formu'nda gebeler genel tıbbi öyküsü, obstetrik öykü ve mevcut gebelikteki sağlık durumu ile değerlendirilir.

2.3.1 Öyküde Saptanan Risk Faktörleri

2.3.1.1 Parite Sayısı

Yapılan çalışmalara bakıldığında düşük multiparite (1-3 doğum) ile karşılaştırıldığında, nulliparite ve grand multipar(4-8 doğum) anne ve bebekleri daha yüksek risk altındadır. Grand multiparlarda postpartum kanama, plasenta previa, makrozomi, umbilikal kord prolapsusu riskinin arttığı görülmüştür (25).

2.3.1.2 Önceki Gebelik Öyküsü

Gebenin önceki gebeliği sorgulandığında intrauterin ölüm öyküsü, tekrarlanmış preterm eylem, abortus, anomalili bebek öyküsü, gestasyonel diyabet, eklampsi, preeklampsi gibi öyküler şimdiki gebelik için de risk faktörü oluşturur (19).

2.3.1.3 Annenin Kronik Hastalıkları

Her gebelik ve doğum, kadınlar için bir sağlık riski taşımaktadır ancak annenin mevcut kronik tıbbi durumu varsa bu risk daha da artabilmektedir. Kronik hastalıkların gebeliği olumsuz etkileyebildiği gibi gebelik ve üreme sağlığı sorunları da kronik hastalıkları önemli ölçüde olumsuz etkileyebilir. Buna bağlı olarak gebelik ve postpartum dönemde hastaneye yatış artmakta ve bireysel aktiviteler kısıtlanabilmektedir (26,27).

Bazı hastalıklar gebelikle veya gebeliğin getirdiği yan etkilerle daha da kötüleşebilir. Ayrıca kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç

teratojenik etkili olduğundan plansız gebeliklerde annenin yanı sıra fetüs için de ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda maternal hastalıklar arasında endokrin hastalıklar, kardiyovasküler hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları yer almaktadır. Bu kadınların gebelik durumunda preeklampsi, aritmi, konjestif kalp yetmezliği, intrauterin gelişme geriliği, büyüme geriliği, erken doğum ve düşük gibi komplikasyonlar yaşama riski %40 ila %70 arasında değişmektedir (26,27).

2.3.1.4 Sigara ve Alkol Kullanımı

Tütün ürünleri kullanmak, ablasyo plasenta (plasenta dekolmanı), erken membran rüptürü, plasenta previa, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, artmış perinatal mortalite , annenin tiroid fonksiyonlarının azalması ve ektopik gebelik gibi pek çok olumsuz gebelik sonucu ile ilişkilendirilmiştir . Gebeliğinde sigara içen annelerin çocuklarında astım, infantil kolik, kemik kırıkları ve çocukluk çağı obezitesi görülme sıklığı artmıştır. Bunun yanında gebelik sırasında sigara dumanına maruz kalmanın da düşük yapma ve fetal gelişme geriliği riskini artırdığı bilinmektedir. Gebelikte sigara kullanımının bırakılmasında en büyük fayda 15. Gebelik haftasından önce bırakıldığında gözlenmiştir (28,29).

Alkol, gebeliğin tüm aşamalarında fetal büyüme ve gelişmeyi etkileyen teratojen bir etken olduğu için, birçok ülkeden ulusal kılavuzlar ve tıp toplulukları, hamilelik sırasında tamamen bırakılmasını önermektedir (30). Hamileliğinde alkole maruz kalan fetüslerde gelişme geriliği, nörogelişimsel eksiklikler, fetal alkol sendromu, alkole bağlı doğum kusurları görülebilir veya sağlıklı şekilde de doğabilir (31).

2.3.2 İzlem Boyunca Saptanan Risk Faktörleri

2.3.2.1 Çoğul Gebelik

İkiz gebelik, postterm gebelik ve makrozomi hariç, tekil gebeliğin hemen hemen tüm potansiyel komplikasyonlarının daha yüksek oranları ile ilişkilidir. Artan çoğul gebelik oranları; yenidoğanda düşük doğum ağırlığına ve preterm doğuma sebep olurken fetüste; perinatal morbidite ve mortaliteye, intrauterin gelişme

geriliğine, solunum sıkıntılarına, annede ise diyabet, preeklampsi ve postpartum hemorajiye sebep olabilmektedir (32,33).

2.3.2.2 Yaş

Gebelikte yaş için iki önemli riskli durum adolesan ve ileri yaş gebeliğidir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından adolesan dönemi 10-19 yaşlar arası olarak kabul edilmekte olup aynı zamanda kişinin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Adolesan gebeliği de bu yaşlar arasındaki kızların gebeliği anlamında kullanılmaktadır (34).

Dünya çapında 1,2 milyar adolesanın yaklaşık %85'i geliştirmekte olan ülkelerde yaşamaktadır. Ülkemizde adolesan doğurganlık hızı, 2001 yılında binde 49 iken 2021 yılında binde 13'e düştü. Başka bir ifadeyle, 2021 yılında 15-19 yaş grubundaki her bin kadın başına 13 doğum düştü (8,34).

Adolesan gebelikleri, nedeni zaman içinde ve ülkeye göre değişiklik gösterse de hala dünya çapında önemli halk sağlığı problemleri arasındadır. Erken yaşta çocuk doğurmak hem anne hem de bebek için tehlikelidir. Adolesan gebelerde gebeliğe bağlı düşük doğum ağırlıklı bebek, hipertansiyon, anemi ve preterm eylem gelişme eğilimi daha büyük yaştaki kadınlara göre daha fazladır. Ayrıca adolesanlar arasında korunmasız ilişki yaygın olduğundan gençlerin cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonu (CYBE) olduğunu bilmemeleri daha olasıdır (34–36) .

Yaş için diğer riskli durum da ileri yaş gebeliktir. Bebek sahibi olmak insan hayatındaki en önemli kararlardan biridir. Günümüzde çocuk sahibi olmak önceki yıllara göre erteleniyor. Buna bağlı olarak da canlı doğumların %14,9'u 35 yaş ve üzeri kadınlarda meydana geliyor. Ancak yapılan çalışmalarda 35 yaş üstü annelerde gebelik ve doğum sırasında komplikasyon yaşama oranı genç kadınlara göre daha yüksek bulunmuştur. Anne yaşı arttıkça trizomi 13,18, 21 gibi kromozomal doğum kusurları, aşırı kanama, 20 saatten uzun süren doğum gibi doğum komplikasyonları ile beraber erken doğum ve bebek ölüm riskinde de artış görülmüştür (37–39).

2.3.2.3 Rh Uyumsuzluğu

Annenin Rh (-), babanın Rh (+) olduğu durumlarda fetal kanın maternal dolaşıma girmesi ve annenin immün sisteminin uyarılmasına Rh uyumsuzluğu denir.

Klinik; etkilenmenin meydana geldiği gebelik haftası, etkilenme derecesi ve fetal hematopoetik sistemin kompanse edilebilir yeteneğine ve erken tanı ve tedavi uygulanmasına göre asemptomatik formdan hidrops fetalis, fetal ölüm, yenidoğan hiperbilirubinemi, kernikterus ve sekellerine kadar değişmektedir (40). Bu nedenle gebeliği tespit edilen kadınlarda Rh uyumsuzluğu sorgulanmalı ve erken tanı için hazırlıklı olunmalıdır.

2.3.2.4 Vajinal Kanama

Vajinal kanama ilk trimesterde gebelerin %20 ila 40'ında görülebilir. Travmatik olmayan vajinal kanama; ektopik gebelik, enfeksiyon, düşük tehdidi, implantasyon kanaması, servikal, vajinal ya da uterin bir patolojiden dolayı olabilir.

Erken gestasyonel kanama düşüğün , erken doğum, maternal mortalite, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomali gibi sonuçları olabileceği gibi normal bir gebelik ve sağlıklı bebek doğumu ile sonlanabilir (41,42).

İkinci ve üçüncü trimesterde daha az görülen vajinal kanama doğumun başlaması, gebelik kaybı, plasenta previa, plasenta ablasyo, daha az sıklıkla ise uterin rüptür ve vasa previa sebepli olabilir (41).

2.3.2.5 Anemi

Gebelikte anemi, ilk ve üçüncü trimester için Hb Değerinin 11 g/dl'nin ikinci trimester için 10.5 g/dl'nin altında olmasıdır. Gebe bir kadında aneminin en sık sebebi demir eksikliği anemisi (DEA) olmakla beraber folik asit eksikliği, vitamin B12 eksikliği ve hemoglobinopati sebepli de olabilir. Özellikle ağır anemi (Hb <7 g/dl) erken doğum, spontan düşük, düşük doğum ağırlığı ve fetal kayıplara sebep olabilir (43,44).

2.3.2.6 Diyastolik Kan Basıncının 90 mmHg Üzerinde Olması

Gebelikte hipertansiyon kliniklerinden en önemlisi gestasyonel hipertansiyon olmakla beraber kronik hipertansiyon genelde benign seyirlidir (45). Kronik hipertansiyonda amaç gebeyi hipertansiyonun kardiyovasküler komplikasyonlarından korumak ve preeklampsi gelişmesini önlemektir (46).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırma Modeli

Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı anket çalışması olarak tasarlanmıştır. Çalışmamızda SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Etik Kurulu 06.06.2022 tarih ve E-48670771-514.99 sayılı etik kurul onamı alındıktan sonra 2 ay süre ile SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı Gülbahar, Kağıthane ve Gaziosmanpaşa Hürriyet eğitim ASM'lerimize kayıtlı olan 18-45 yaş gebelerden, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllülere muayeneye geldiklerinde gönüllü onam formları alındıktan sonra yüz yüze anket formu uygulanmıştır. Muayeneye gelmeyen gönüllülere ise, sözel onam alınarak telefon üzerinden 55 soruluk anketimiz uygulanmıştır.

3.2 Araştırma Evreni ve Hasta Seçimi

20 Temmuz 2022 ve 20 Eylül 2022 tarihleri arasında Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı eğitim ASM'lerimize başvuran gebelerden, %95 güven aralığında, çalışma gücü %80 olarak kabul edildiğinde çalışmaya en az 81 gebe alınması hesaplanmıştır. SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkez'lerimize başvuran hastalardan dahil edilme kriterlerine uygun 98 kişi çalışmaya alınmıştır.

3.2.1 Dahil Edilme Kriterleri

1) Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Olmak

2) Gebe Olmak

3) Çalışmaya Katılmayı Kabul Etmek

3.2.2 Dahil Edilmeme Kriterleri

1) Çalışmaya katılmayı kabul etmemek

2) Gebe Olmamak

3) Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Olmamak

4) Hasta Dosyasında Bilgileri Eksik Olanlar

3.3 Verilerin Toplanması

SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'ne bağlı eğitim ASM'lerimize kayıtlı olan, dahil edilme kriterlerine uyup çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere telefon üzerinden anket şeklinde uygulanmıştır. Yaklaşık 10 dakika süren bu ankette gebelerin yaşı, evlilik yaşı, öğrenim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik veriler, akraba evliliği olup olmadığı, gebelikten önce kullandığı korunma yöntemi, önceki gebelik sayısı, düşük sayısı, önceki gebeliğindeki risk durumu, mevcut gebelikteki risk durumu, mevcut kronik hastalıkları, gebelikte yeni tanıli hastalığı olup olmadığı, takipli olma durumu, gebelik taramalarını yaptırma durumu, tetanos ve diğer aşılar bağışıklama durumu, vitamin ve ilaç kullanma durumu sorgulanmıştır.

3.4.İstatistiksel Analiz

Araştırmamızda elde edilen bulgular değerlendirilirken SPSS 21 (Statistical Package for the Social Sciences, version 21) istatistik programı kullanıldı. Normal dağılımı Kolmogorov SmirnovTesti ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler sayısal değişkenler için minimum, maksimum, ortalama, ortanca, standart sapma; kategorik değişkenler için sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, Spearman Korelasyon Testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki Kare, Fischer's Exact Test kullanıldı.

Gebelik öncesi ve sonrası VKİ değerleri ve kilo değerleri Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile değerlendirildi. $p<0,05$ değeri anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Çalışmaya dahil edilenlerin %52,04'ü üniversite mezunu, %59,18'i çalışmamaktaydı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

		N	%
Eğitim durumu	Okuryazar değil	0	0,00
	İlkokul-ortaokul	20	20,41
	Lise	27	27,55
	Üniversite	51	52,04
Çalışma durumu	Çalışıyorum	40	40,82
	Çalışmıyorum	58	59,18
Medeni hali	Evli	97	98,98
	Bekar	1	1,02
Eşinizle akrabalığınız var mı?	Evet	6	6,12
	Hayır	92	93,88

Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması $29,67\pm5,07$, gebelik haftası $22,87\pm8,49$, evlilik yaşı $24,43\pm4,01$ olarak saptandı.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik ve gebelik ile ilgili sayısal veriler

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Yaş	20	42	29	29,67	5,07
Evlilik yaşı	16	37	25	24,43	4,01
Gebelik haftası	8	38	23	22,87	8,49
Gebelik öncesi kilonuz (kg)	49	120	64	66,82	13,20
Gebelikteki kilonuz (kg)	50	106	72	71,94	12,43

Boyunuz (m)	150	178	163	163,24	6,49
--------------------	-----	-----	-----	--------	------

Katılımcıların %17,35'i 35 yaş ve üzerinde gebe kalmıştı. 18-34 yaş arasında gebe kalanların oranı ise %81,63'tü.

Tablo 3. Katılımcıların gebe kalma yaşlarının dağılımı

	N	%
Gebe kalma yaşı <18	1	1,02
18-34	80	81,63
35 ve üzeri	17	17,35

Çalışmaya dahil edilenlerin %62,24'ünün gebeliği planlıydı.

Tablo 4. Katılımcıların gebeliğinin planlı olma durumu

	N	%
Gebeliğiniz planlı mıydı? Evet	61	62,24
Hayır	37	37,76

Çalışmaya katılanların tarama testleri yaptırma durumlarıyla gebeliklerin planlı olma durumları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 5. Katılımcıların tarama yaptıırma özellikleriyle gebeliğın planlı olma durumu

		Gebeliğiniz planlı mıydı?				
		Evet		Hayır		p
		N	%	N	%	
Fetal DNA taramasını yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptır					^a 0,080
	mayı düşünüyorum	6	9,84	0	0,00	
	Yaptırmadım	55	90,16	37	100,00	
Şeker yükleme testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptır					^b 0,635
	mayı düşünüyorum	33	55,00	18	50,00	
	Yaptırmadım	27	45,00	18	50,00	
İkili tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptır					^b 0,476
	mayı düşünüyorum	40	65,57	21	58,33	
	Yaptırmadım	21	34,43	15	41,67	
Üçlü tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptır					^b 0,281
	mayı düşünüyorum	21	35,59	9	25,00	
	Yaptırmadım	38	64,41	27	75,00	
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografiyi yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptır					^b 0,559
	mayı düşünüyorum	46	75,41	29	80,56	
	Yaptırmadım	15	24,59	7	19,44	

^aFisher's Exact Test

^bPearson Ki Kare Test

Çalışmaya dahil edilenlerin %63,27'si gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanmamaktaydı. Yöntem kullananların %63,89'u ise modern yöntemleri tercih etmişti.

Tablo 6. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma özellikleri

		N	%
Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?	Evet	36	36,73
	Hayır	62	63,27
	Modern yöntemler	23	63,89
Hangi doğum kontrol yöntemini kullanıyordunuz?	Geleneksel yöntemler	13	36,11

Modern doğum kontrol yöntemlerinden en çok tercih edileni bariyer yöntemler ve doğum kontrol hapları olurken geleneksel yöntemlerden en sık geri çekme yöntemi kullanılmaktaydı.

Tablo 7. Katılımcıların başvurdukları doğum kontrol yöntemleri

		N	%
Modern yöntem ise hangisi/hangileri	Bariyer yöntemler	10	43,5
	Doğum kontrol hapları	9	39,1
	Rahim içi araç	4	17,4
	İmplant	0	0,0
	Takvim	4	30,8
Geleneksel yöntem ise hangisi/hangileri*	Geri çekme	12	92,3
	Emzirme	0	0,0

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir*

Katılımcılardan çalışanların gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma oranı çalışmayan onlara göre istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$).

Tablo 8. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile doğum kontrol yöntemi kullanma durumlarının karşılaştırılması

		Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?				
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	p
Eğitim durumu	İlkokul-ortaokul	6	30,00	14	70,00	^a 0,391
	Lise	8	29,63	19	70,37	
	Üniversite	22	43,14	29	56,86	
Çalışma durumu	Çalışıyorum	20	50,00	20	50,00	^a 0,024*
	Çalışmıyorum	16	27,59	42	72,41	
Eşinizle akrabalığınız var mı?	Evet	3	50,00	3	50,00	^b 0,666
	Hayır	33	35,87	59	64,13	

^aPearson Ki Kare Test * $p<0,05$

^bFisher's Exact Test

Çalışmaya katılanların tarama testleri yaptırma durumlarıyla gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma durumları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 9. Katılımcıların tarama yaptırma özellikleriyle doğum kontrol yöntemi kullanma durumu arasındaki ilişki

		Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?				
		Evet		Hayır		
		N	%	N	%	p
Fetal DNA taramasını yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	4	11,11	2	3,23	^a 0,116
	Yaptırmadım	32	88,89	60	96,77	
Şeker yükleme testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	17	48,57	34	55,74	^b 0,498
	Yaptırmadım	18	51,43	27	44,26	
İkili tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	24	66,67	37	60,66	^b 0,554
	Yaptırmadım	12	33,33	24	39,34	
Üçlü tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	11	32,35	19	31,15	^b 0,904
	Yaptırmadım	23	67,65	42	68,85	
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografiyi yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	25	69,44	50	81,97	^b 0,155
	Yaptırmadım	11	30,56	11	18,03	

^aFisher's Exact Test

^bPearson Ki Kare Test

Katılımcıların toplam gebelik sayıları ile gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma durumları arasında istatistiksel anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Katılımcıların doğum kontrol yöntemi kullanma durumuyla gebelik sayısının ilişkisi

		Toplam gebelik sayısı					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?	Evet	1	8	2	2,42	1,70	^a 0,760
	Hayır	1	5	2	2,11	1,10	

^a Mann Whitney U Test

Çalışmamıza katılan gebelerin %70,41'i riskli olarak değerlendirildi.

Tablo 11. Gebelerin risk düzeyleri

		N	%
Risk durumu	Risk yok	29	29,59
	Riskli	69	70,41

Katılımcıların eğitim düzeyleri ve çalışma durumu ile gebelik risk durumları arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Katılımcıların eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile gebelik risk düzeyleri arasındaki ilişki

		Risk durumu				p
		Risk yok		Riskli		
		N		N		
Eğitim durumu	İlkokul-ortaokul	5	25,00	15	75,00	a0,869
	Lise	8	29,63	19	70,37	
	Üniversite	16	31,37	35	68,63	
Çalışma durumu	Çalışıyorum	13	32,50	27	67,50	a0,600
	Çalışmıyorum	16	27,59	42	72,41	

^a Pearson Ki Kare Test

Katılımcıların gebelik taramalarını yaptırma durumları ile gebelik risk düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13. Katılımcıların tarama yaptırma özellikleriyle gebelik risk düzeyleri arasındaki ilişki

		Risk durumu				p
		Risk yok		Riskli		
		N		N		
Fetal DNA taramasını yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	1	3,45	5	7,25	^a 0,474
	Yaptırmadım	28	96,55	64	92,75	
Şeker yükleme testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	14	48,28	37	55,22	^b 0,531
	Yaptırmadım	15	51,72	30	44,78	
İkili tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	19	67,86	42	60,87	^b 0,519
	Yaptırmadım	9	32,14	27	39,13	
Üçlü tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	11	39,29	19	28,36	^b 0,296
	Yaptırmadım	17	60,71	48	71,64	
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografi yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	24	85,71	51	73,91	^b 0,209
	Yaptırmadım	4	14,29	18	26,09	

^aFisher's Exact Test

^bPearson Ki Kare Test

Gebelerin gebelik öncesindeki ve VKİ ortalaması $25,12 \pm 5,15$ kg/m², gebelikteki VKİ ortalaması $27,01 \pm 4,56$ kg/m² olarak saptanmıştır.

Tablo 14. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelikteki VKİ kg/m² değerleri

	Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma
Gebelik öncesi VKİ	17,18	52,63	24,42	25,12	5,15
Gebelikteki VKİ	18,83	44,73	26,38	27,01	4,56

Katılımcılardan sigara içen ve gebelik öncesi içip bırakmış olanların oranı %8,16, gebe iken sigara dumanına maruz kalanların oranı %29,59, gebelik öncesi alkol kullanıp bırakmış olanların oranı %8,25 olarak saptanmıştır.

Tablo 15. Katılımcıların sigara/alkol kullanım özellikleri

		N	%
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	8	8,16
	Hayır	82	83,67
	Gebelik öncesi kullanıyordum, bıraktım	8	8,16
Gebe iken sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?	Evet	29	29,59
	Hayır	69	70,41
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	0	0,00
	Hayır	89	91,75
	Gebelik öncesi kullanıyordum, bıraktım	8	8,25

Çalışmaya dahil edilenlerin %92,86'sı gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirilmişti. Gebelik taramaları hakkında bilgi kaynağı olarak ilk sırada kadın hastalıkları ve doğum doktoru gelmekteydi.

Tablo 16. Katılımcıların gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirilme durumları

		N	%
Gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirildiniz mi?	Kimse bilgi vermedi	7	7,14
	Bilgilendirildim	91	92,86
Gebelik taramaları hakkında kim bilgilendirdi? *	Kimse bilgi vermedi	7	7,1
	Aile hekimi	21	21,4
	Kadın doğum doktoru	87	88,8
	Hemşire	2	2,0

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Çalışmamıza katılanlardan düşük öyküsü olmayanların ikili tarama testini yaptırma ya da yaptırmayı düşünme oranı istatistiksel anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır ($p<0,05$).

Tablo 17. Katılımcıların tarama yaptırma özellikleriyle düşük öyküleri arasındaki ilişki

		Düşük öyküsü var mı ?				
		Var		Yok		
		N		N		p
Fetal DNA taramasını yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	1	2,94	5	7,81	^a 0,338
	Yaptırmadım	33	97,06	59	92,19	
Şeker yükleme testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	17	51,52	34	53,97	^b 0,819
	Yaptırmadım	16	48,48	29	46,03	
İkili tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	16	48,48	45	70,31	^b 0,035*
	Yaptırmadım	17	51,52	19	29,69	
Üçlü tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	9	28,13	21	33,33	^b 0,606
	Yaptırmadım	23	71,88	42	66,67	
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografiyi yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum	25	75,76	50	78,13	^b 0,792
	Yaptırmadım	8	24,24	14	21,88	

^aFisher's Exact Test

* $p < 0,05$

^bPearson Ki Kare Test

Gebelerin %93,88'i düzenli ilaç kullanırken, en sıkları sırasıyla Demir, D vitamini, Multivitamin olarak belirlendi.

Tablo 18. Katılımcıların ilaç kullanım özellikleri

		N	%
Düzenli kullandığınız ilaç var mı?	Evet	92	93,88
	Hayır	6	6,12
	D vitamini	59	64,1
	Demir	62	67,4
	Multivitamin	42	45,7
Düzenli kullandığı ilaçlar*	Tiroid ilacı	17	18,5
	Folik asit	14	15,2
	Progestan	3	3,3
	Aspirin	6	6,5
	Diğer	17	18,5

*Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir

Gebelerin %24,49'u gebelik öncesi vitamin kullanırken bu oran gebelik sonrası %90,82'ye yükselmişti.

Tablo 19. Katılımcıların Vitamin kullanma özellikleri

		N	%
Gebelikten önce vitamin kullanıyor muydunuz?	Evet	24	24,49
	Hayır	74	75,51
Gebelikte vitamin kullanmaya başladınız mı?	Evet	89	90,82
	Hayır	9	9,18

Gebelerin %39,18'i gebe kaldıktan sonra öğünlerde yediği miktar değişmezken, %37,11'i miktarın arttığını ifade etti.

Tablo 20. Katılımcıların gebelik döneminde beslenme özellikleri

		N	%
Gebe kaldıktan sonra beslenme şeklinizde değişiklik oldu mu?	Öğünlerde yediğim miktar arttı.	36	37,11
	Öğünlerde yediğim miktar azaldı.	23	23,71
	Öğünlerde yediğim miktar değişmedi.	38	39,18

Gebelerin gebelik öncesi ve gebelikteki VKİ değerleri karşılaştırıldığında 13 gebenin gebe kaldıktan sonra VKİ değerinin azaldığı, 77 gebenin VKİ değerinin arttığı, 8'inin eşit kaldığı saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 21. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik sonrası VKİ değerlerinin karşılaştırılması

	N	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	p
Gebelik öncesi VKİ- Gebelikte VKİ				
Negatif sıra	^a 13	35,96	467,50	
Pozitif sıra	^b 77	47,11	3627,50	^d 0,000*
Eşit	^c 8			
Total	98			

a. Gebelikte VKİ < Gebelik öncesi VKİ * $p<0,01$

b. Gebelikte VKİ > Gebelik öncesi VKİ

c. VKİ = VKİ

d. Wilcoxon işaretli sıralar testi

Gebelerin gebelik öncesi ve gebelikteki kilo değerleri karşılaştırıldığında 13 gebenin gebe kaldıktan sonra kilo değerinin azaldığı, 77 gebenin kilo değerinin arttığı, 8'inin eşit kaldığı saptanmıştır ($p<0,01$).

Tablo 22. Katılımcıların gebelik öncesi ve gebelik sonrası kilo değerlerinin karşılaştırılması

	N	Sıra ortalaması	Sıralar toplamı	p
Gebelikteki kilonuz (kg)- Gebelik öncesi kilonuz (kg)				
Negatif sıra	^a 13	35,73	464,50	
Pozitif sıra	^b 77	47,15	3630,50	^d 0,000*
Eşit	^c 8			
Total	98			

a. Gebelikteki kilo (kg) < Gebelik öncesi kilo (kg)

b. Gebelikteki kilo (kg) > Gebelik öncesi kilo (kg)

c. Gebelikteki kilo (kg) = Gebelik öncesi kilo (kg)

d. Wilcoxon işaretli sıralar testi

Gebelerin izlem sonrasında %74,49'u sevk edilmediğini,%23,47'sinin ise üst basamağa sevk edildiği ve sevki gerçekleştirdiği saptanmıştır.

Tablo 23. Katılımcıların gebe izlem sonrası sevk durumları

		N	%
İzlem sonucunda bir üst basamağa sevk edildiniz mi? kontrole gittiniz mi?	Evet sevk edildim, kontrole gittim.	23	23,47
	Evet sevk edildim, kontrole gitmedim.	2	2,04
	Hayır sevk edilmedim.	73	74,49

Çalışmaya dahil edilenlerden riskli gebeliği olanların %32,84'ü üst basamağa sevk edilirken, riskli gebeliği olmayanlarda bu oran %3,45'ti. Gruplar arasında istatistiksel anlamlı düzeyde fark saptandı ($p<0,01$).

Tablo 24. Katılımcıların sevk ve risk durumlarının karşılaştırılması

		Risk durumu				
		Risk yok		Riskli		
		N	%	N	%	p
İzlem sonucunda bir üst basamağa sevk edildiniz mi? kontrole gittiniz mi?	Evet sevk edildim, kontrole gittim.	1	3,45	22	32,84	a0,002*
	Hayır sevk edilmedim.	28	96,55	45	67,16	

^aFisher's Exact Test * $p<0,05$

Çalışmaya dahil edilenlerin %94,90'ı hastane ve Asm'de izlemelerini gerçekleştirmekteydi. İzlemleri için sadece Asm'ye başvuranların oranı %4,08'di.

Tablo 25. Katılımcıların gebe izlem merkezleri

		N	%
Gebelik izlemlerini nerede yaptırıyorsunuz?	Sadece ASM	1	1,02
	Sadece hastane	4	4,08
	Hastane ve ASM	93	94,90
	beraber		

Çalışmaya katılan gebeler incelendiğinde riskli ve riskli olmayan gebelerin gebelik hafta değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Katılımcıların gebelik risk durumu ve gebelik haftası değerlerinin karşılaştırılması

		Gebelik haftası					p
		Min.	Maks.	Medyan	Ort.	St. Sapma	
Risk	Risk yok	10	38	21	22,10	8,35	^a 0,570
durumu	Riskli	8	38	23	23,19	8,60	

^aMann Whitney U Test

Katılımcıların gebelik haftası ile VKİ değerleri arasında istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 27. Katılımcıların gebelik haftası ve VKİ arasındaki ilişki

		VKİ	
Spearman's rho	Gebelik haftası	r	0,136
		p	^a 0,182
		N	98

Katılımcıların gebelik haftası ile kilo değişim değerleri arasında istatistiksel anlamlı düzeyde korelasyon saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 28. Katılımcıların gebelik haftası ve kilo değişimi arasındaki ilişki

		Kilo değişimi	
	r		0,094
Spearman's rho	Gebelik haftası	p	^a 0,359
	N		98

Çalışmaya dahil edilen gebelerin gebelik öncesinde yapılmış olan aşıları tabloda gösterilmiştir.

Tablo 29. Katılımcıların gebelik öncesi yapılan aşılamaları

		N	
Gebelikten önce hangi aşılarımız vardı?*	Hepatit A	25	32,9
	Hepatit B	53	69,7
	Su çiçeği	54	71,1
	Kızamık	53	69,7
	Kızamıkçık	55	72,4
	Tetanos	54	71,1
	Pfizer/Biontech	2	2,6

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir*

Katılımcıların %91,3'ü gebelikte tetanos aşısı, %11,59'u Covid aşılarını, %1,45'i ise Hepatit A, Hepatit B aşılarını yaptırmıştır.

Tablo 30. Katılımcıların gebelik süresince yapılan aşılamaları

		N	%
Gebelikte hangi aşıları yaptırdınız?*	Hepatit A	1	1,45
	Hepatit B	1	1,45
	Tetanos	63	91,3
	Sinovac/Pfizer/Biontech	8	11,59

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir*

Katılımcıların taramaları yaptırma durumları ve yaptırmama nedenleri tabloda gösterilmiştir.

Tablo 31. Katılımcıların taramaları yaptırma durumları

	Evet duydum, yaptırdım/yaptır mayı düşünüyorum	Evet duydum ama yaptırmaya gerek duymadım/do ktorum önermedi.	Hayır duymadım.	Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım	Evet duydum ama yaptırma dım çünkü test ücreti yüksekti.	Evet duydum ama yaptırmadı m çünkü teste güvenmiyo rum.
Fetal DNA taramasını duydunuz mu? Yaptırdınız mı?	6	23	63	1	5	0
Yaptırmadıysanız neden?	6,12	23,47	64,29	1,02	5,10	0,00
Şeker yükleme testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı?	51	31	1	2	0	11
Yaptırmadıysanız neden?	53,13	32,29	1,04	2,08	0,00	11,46
İkili tarama testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı?	61	25	1	3	0	7
Yaptırmadıysanız neden?	62,89	25,77	1,03	3,09	0,00	7,22
Üçlü tarama testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı?	30	54	1	2	1	7
Yaptırmadıysanız neden?	31,58	56,84	1,05	2,11	1,05	7,37
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografi duydunuz mu? Yaptırdınız mı?	75	14	3	2	1	2
Yaptırmadıysanız neden?	77,32	14,43	3,09	2,06	1,03	2,06

Katılımcılardan üniversite mezunu olanlar ilkokul-ortaokul ve lise mezunu olanlara göre ikili tarama testi ve ayrıntılı obstetrik ultrasonografiyi yaptırmama oranları istatistiksel anlamlı düzeyde daha yüksek saptandı ($p<0,05$).

Tablo 32. Katılımcıların taramaları yaptırma ve eğitim durumlarının karşılaştırılması

		Eğitim durumu						
		İlkokul- ortaokul		Lise		Üniversite		
		N	%	N	%	N	%	p
Fetal DNA taramasını yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptı rmayı düşünüyorum	0	0,00	1	3,70	5	9,80	^a 0,249
	Yaptırmadım	20	100,00	26	96,30	46	90,20	
Şeker yükleme testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptı rmayı düşünüyorum	11	55,00	12	46,15	28	56,00	^a 0,704
	Yaptırmadım	9	45,00	14	53,85	22	44,00	
İkili tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptı rmayı düşünüyorum	10	50,00	10	38,46	41	80,39	^a 0,001*
	Yaptırmadım	10	50,00	16	61,54	10	19,61	
Üçlü tarama testini yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptı rmayı düşünüyorum	7	35,00	7	28,00	16	32,00	^a 0,878
	Yaptırmadım	13	65,00	18	72,00	34	68,00	
Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografiyi yaptırdınız mı?	Yaptırdım/yaptı rmayı düşünüyorum	13	65,00	16	61,54	46	90,20	^a 0,006
	Yaptırmadım	7	35,00	10	38,46	5	9,80	

^aPearson Ki Kare Test * $p < 0,01$

Katılımcıların gebelik risk faktörleri ve sıklıkları tabloda gösterilmiştir.

Tablo 33. Katılımcıların gebelik risk faktörleri-1

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşüköykünüz var mı?	2	2,04	96	97,96
Önceki gebeliklerde ölü doğum öyküsü veya yenidoğan kaybınız oldu mu?	1	1,02	97	98,98
Erken doğum (23-37 hafta arası) öykünüz var mı?	1	1,02	97	98,98
Anomalili bebek doğurma öykünüz var mı?	2	2,04	96	97,96
Son bebeğinizin doğum ağırlığı 2500 gramdandüşük mü?	1	1,02	97	98,98
Son bebeğinizin doğum ağırlığı 4500 gramdanfazla mı?	0	0,00	98	100,00
Son gebelikte Yüksek tansiyon ya dapreeklampsi nedeniyle hastaneye yatış öykünüzoldu mu?	1	1,02	97	98,98
Üreme organlarına yönelik daha önce operasyon(miyomektomi,septum ameliyatı,klasikCS,konizasyon,servikal serklaj) geçirdiniz mi?	0	0,00	98	100,00
Önceki gebelikte gestasyonel diyabet öyküsü	4	4,08	94	95,92

Tablo 34. Katılımcıların gebelik risk faktörleri-2

	Evet		Hayır	
	N	%	N	%
Gebe kalma yaşı <18 veya >35	18	18,37	80	81,63
Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik mevcut mu?	2	2,04	96	97,96
Mevcut ya da önceki gebeliklerde Rh uyumsuzluğu oldu mu?	8	8,16	90	91,84
Vajinal kanamanız oldu mu?	16	16,33	82	83,67
Pelvik kitle mevcut mu?	2	2,04	96	97,96
Diastolik kan basıncı 90 mmHg üstünde ölçüldü mü?	0	0,00	98	100,00
Anemi öykünüz mevcut mu?	21	21,43	77	78,57
Gebelikte yeni tanıli hastalığınız oldu mu?	32	32,65	66	67,35
Gebelik öncesi mevcut kronik hastalığınız var mı?	25	25,51	73	74,49
<150 cm boy	0	0,00	98	100,00
VKİ ≥ 30 kg/m ²	28	28,57	70	71,43
Sigara kullanıyor musunuz?	8	8,16	90	91,84

Alkol kullanıyor musunuz?	0	0,00	97	100,00
----------------------------------	---	------	----	--------

Çalışmaya dahil edilen gebelerin %25,51’inde gebelik öncesinde mevcut bir kronik hastalığı vardı.

Tablo 35. Katılımcıların mevcut kronik hastalık durumu

		N	%
Gebelik öncesi mevcut	Var	25	25,51
kronik hastalığınız var mı?	Yok	73	74,49

Kronik hastalığı olan 25 gebenin 12’sinde hipotiroidi, 2’ser kişide ise insülin bağımlı Diyabetes Mellitus (DM) , Hipertansiyon, renal hastalık mevcuttu.

Tablo 36. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları

		Yanıtlar*		Toplam %
		N	%	
Gebelik öncesi kronik hastalıklarınız^a	İnsülin bağımlı DM	2	7,1	8,0
	İnsülin bağımsız DM	1	3,6	4,0
	HT	2	7,1	8,0
	Hipotiroidi	12	42,9	48,0
	KVH	1	3,6	4,0
	Renal hastalık	2	7,1	8,0
	Diğer	8	28,6	32,0
Toplam		28	100,0	112,0

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir. KVH:Kardiyovasküler Hastalıklar*

Çalışmada gebelerin yeni tanı alma oranı %32,65 olarak hesaplandı.

Tablo 37. Katılımcıların gebelikte yeni tanı alma durumları

		N	%
Gebelikte yeni tanı	Evet	32	32,65
hastalığınız oldu mu?	Hayır	66	67,35

Gebelikte yeni tanı alan 32 gebenin 14'üne demir eksikliği anemisi(DEA), 13'üne hipotiroidi, 4'üne gestasonel diyabet (GDM) tanısı konulmuştu.

Tablo 38. Gebelikte yeni tanı alanların hastalıkları

		Yanıtlar*		Toplam %
		N	%	
Gebelikte yeni tanı hastalığınız oldu mu?^a	DEA	14	38,9	45,2
	İYE	2	5,6	6,5
	Aritmi	1	2,8	3,2
	Hipotiroidi	13	36,1	41,9
	GDM	4	11,1	12,9
	Hipertiroidi	1	2,8	3,2
	İyot eksikliği	1	2,8	3,2
Toplam		36	100,0	116,1

**Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir. İYE:İdrar Yolları Enfeksiyonu*

5.TARTIŞMA

T.C. S.B. Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkez’lerimizde 20/07/2022-20/09/2022 tarihleri arasında yürütülen, ASM’lerimize bağlı gebelerin gebelik izlemlerinin niteliği, sosyodemografik özelliklerine göre tarama ve bağışıklama tutumları ve riskli gebelik profillerini araştırmayı amaçladığımız, 10 dakika sürecek anket çalışması şeklinde uygulanan çalışmamızda 98 katılımcının demografik verilerine ek olarak tıp literatürü için önemli ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir. Anketimizdeki sorulardan obstetrik öyküde, mevcut gebelikte ya da kronik hastalık veya sigara/alkol kullanımı olan gebeler riskli gebelik olarak kabul edilmiştir.

Çalışmamıza katılan gebeler arasında ortalama evlilik yaşının 24,43 olduğu bulunurken TÜİK 2021 verilerine göre kadınlarda 25,4 bulunmuştur (47).

TÜİK Ulusal Eğitim İstatistikleri Verilerine baktığımızda 2020 yılı 25 ve daha yukarı yaşta olup en az üniversite mezunu olan kadınların oranı %19,9 bulunurken bizim çalışmamızda üniversite mezunu kadınların oranı %52.04 olarak bulunmuştur (48). Bu sonuca baktığımızda katılımcıların eğitim düzeyinin toplumumuza göre daha yüksek olduğunu düşünebiliriz.

2018 TNSA verilerine göre kadınların %24’ü akraba evliliği yapmışken, çalışmamıza katılan kadınlar arasında araba evliliği oranı %6,12 bulunmuştur (49). Eğitim düzeyinin yüksek olması çalışmamıza katılan kişilerde akraba evliliği oranının topluma göre düşük olmasında etkili olmuş olabilir.

2018 TNSA verilerine göre kadınların %75’i son beş yıl içindeki gebeliklerinin istedikleri zamanda gerçekleştiğini belirtmiştir (49). Yaptığımız çalışmada gebelerin planlı gebelik oranı %62,24’tür. Yine katılımcılara gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanma durumlarını sordüğümüzda %63,27’sinin herhangi bir yöntem kullanmaması da planlı gebelik oranıyla uyumaktadır. Bununla beraber %36,73’lük kısmın doğum kontrol yöntemi kullanırken gebe kalmasını kullanılan yöntemin etkin kullanılmadığı şeklinde yorumlayabiliriz. Katılımcılarımızın verdikleri cevapları incelediğimizde gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullananların %63,89’u modern yöntemleri,

bunlardan en sık bariyer ve oral kontraseptif yöntemleri kullanırken %36,11'i geleneksel yöntemleri, bunlar arasında da en çok geri çekme yöntemini kullandığını görüyoruz. Öztaş ve ark.'nın yaptığı bir çalışmada ise herhangi bir korunma yöntemi kullanırken plansız gebe kalanlara baktığımızda, en çok %40,4 oranında geri çekme daha sonra %25,5 oranında kondom, %21,3 oranında RIA kullanırken gebe kaldıklarını görüyoruz (50). Aydın'da bir sağlık ocağında yapılan çalışmada ise gebe kalmadan önce kadınların % 3,3'ü RIA, %0,5'i hap, %4,3'ü kondom ve %4,3'ü geri çekme yöntemi ile korunduğu saptanmıştır (51). Bu sonuçlara baktığımızda bize kayıtlı olan doğurgan çağıdaki kadınları doğum kontrol yöntemlerinin etkin kullanımı hakkında bilgilendirmenin ve geleneksel yöntemlerdense modern korunma yöntemlerine dikkat çekmemiz gerektiği sonucunu çıkarabiliriz.

TNSA 2018 yılı verilerine baktığımızda riskli gebelik oranı %35,2 bulunmuştur (2). TNSA verilerinde riskli gebelik kategorisine adolesan ve ileri yaş gebelikler, kısa doğum aralıklı gebelikler ve yüksek doğum sırasının olduğu gebelikler (3 ve daha fazla doğum) alınırken yaptığımız çalışmada ASM'lerde kullanılan risk değerlendirme formundaki kriterler esas alınmıştır. Çalışma sonucunda Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Eğitim ASM'lere kayıtlı olan gebelerden çalışmamıza katılan gebeler arasında riskli gebelik oranı %70,41 olarak bulunmuştur. Bu oranın yüksek olmasında riskli gebelik kriterlerimizin daha fazla olmasının yanında anketi telefon üzerinden yaptığımız için riskli gebelerin ASM ile daha iyi iletişim halinde olması ve telefona cevap verme oranının göreceli olarak yüksek olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Cihan ve ark.'nın 2012 yılında yaptıkları bir çalışmada ise herhangi bir risk kategorisinde olan gebelerin oranı %94,5 bulunmuştur (52). Bu risk oranı da çalışmamızdaki gibi Türkiye ortalamasının üzerindedir. Bölgesel farklılıklarla beraber örneklemdaki kadınların homojen dağılmaması veya örneklem büyüklüğünün görece küçük olması bu farklılıkları oluşturabilir.

Çalışmamıza katılan gebeler arasındaki risk faktörlerine baktığımızda en yüksek oranın yeni tanıli hastalık, ikinci sırada VKİ>30 kg/m² olan gebeler, üçüncü sırada kronik hastalığı olan gebeler sonrasında ise anemik gebeler ve ileri yaş gebeler yer almaktadır. En sık risk faktörü olan yeni tanıli hastalıklara baktığımızda

gebeliğinde yeni tanı alan 32 gebe en sık yakın oranlarda hipotiroidi (%36,1) ve demir eksikliği anemisi (%38,9) tanısı aldığı, bunu gestasyonel diyabet tanısının izlediğini gördük. Gebelikte anemi dünya çapında bir halk sağlığı problemidir. Dünyadaki gebe kadınların %38,2'sinin anemik olduğu, tahmin edilmektedir (53). Balkaya ve ark'larının yaptığı bir çalışmada gebelikteki risk faktörlerinin %64,1'i anemi olarak saptanmıştır (7). İzmir'de yapılan başka bir çalışmada ise risk faktörlerinden ilk sırada erken doğum tehditi yer alırken bunu gestasyonel diyabet ve ardından abortus imminens izlemektedir (4). Cihan ve ark'ları tarafından Kahramanmaraş'ta yapılan bir çalışmada ise en sık tekli risk faktörü kısa doğum aralığı iken (24 aydan kısa doğumlar) ikinci sırada gebelik sayısının dörtten fazla olduğu gebelikler izlemektedir (51). Çalışmaların yapıldığı coğrafyalar göz önüne alındığında bu farklılık anlam kazanmaktadır.

Çalışmamızdaki gebelerin %25,51'inde kronik hastalık öyküsü olduğu görülmüştür. Kronik hastalığı olan gebelere baktığımızda %48 oranında hipotiroidi tanısının en sık olduğunu, ardından %8 oranla diyabetes mellitus, hipertansiyon ve renal hastalık tanılarının mevcut olduğunu gördük. Cihan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kadınların %5,8'inde kronik hastalık öyküsü saptanmış olup birinci sırada astım ve hipotiroidi eşit oranda iken bunu diyabet, epilepsi ve hipertansiyon izlemiştir (52). İzmir'de yapılan başka bir çalışmada ise riskli gebelikler arasında %13,4'ünün gebelik öncesi herhangi bir hastalığı olduğu görülmüştür. N. Soğukpınar ve ark.'larının yaptığı bu çalışmada da kronik hastalıklar arasında sıklık sırasıyla %4,3 oranıyla en sık hipotiroidi, diyabet ve hipertansiyon saptanmıştır (4).

İtalya'da yapılan bir çalışmada kadınların %22,3'ü hamilelikleri sırasında sigara tükettiklerini belirtmiştir (54). Bizim çalışmamızda katılımcıların %8,16'sı sigara kullandıklarını belirtirken yine aynı oranda kişi hamilelikten önce kullandığını ancak gebe kaldıktan sonra bıraktığını söylemiştir. DÖB'de gebeleri tetkik ve muayene ile takip etmek, yeni gelişen hastalıkları tedavi etmenin önemli olduğu kadar gebelikte yaşanabilecek sağlık problemleri hakkında bilgilendirmek, koruyucu hekimlik yapmak da aynı derece önemlidir. Bu açıdan gebelikte sigara kullanımının zararları hakkında bilgilendirilip sigarayı bırakan gebelerin olması birinci basamak sağlık kuruluşlarının koruyucu hekimlikteki etkisini göstermektedir.

Gebelerde bağışıklanma durumuna baktığımızda çalışmamıza katılan gebelerin %71,1'i daha önce tetanos aşısı olmuşken, %91,3'ü tekrar tetanos aşısı olmuştur. İzmir'de yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların %73,6'sı gebelikleri süresince tetanos aşısı yaptırmıştır (55). Erciyes Üniversite'sinde yapılan başka bir çalışmada kadın doğum polikliniğine başvuran gebelerden tetanos aşısı yaptırma oranı %57,1 iken bunların %96,2'si tetanos aşısını sağlık ocağında yaptırmıştır (56).

Prenatal testler gebe takibinde kromozomal hastalık riskini belirleyerek riskli gebelikleri yakından takip etmek açısından oldukça önemlidir. Testlerin yapılma oranını artıran etkenlerden biri de anne adaylarını bu testler hakkında bilgilendirmektir. Çalışmamıza katılan gebelerin büyük çoğunluğun (%94,9) takipleri hastane ve ASM'de beraber yapılıyordu. Gebelere prenatal taramalar hakkında bilgilendirilme durumunu sorguladığımızda %92,86 oranında bilgilendirildim cevabını aldık. Bu gebelerden % 21,4'üne aile hekimi tarafından bilgi verilmişken %88,8'i kadın doğum uzmanı tarafından bilgilendirildiğini ifade etti. Desdicioğlu ve ark.'nın 2016 yılında Ankara'da yaptığı bir çalışmada gebe polikliniğe başvuran kadınlardan çalışmaya katılanlar arasında aile hekimi takibi olanlarda ikili ve üçlü tarama testleri bilgi düzeyinin anlamlı yüksek olduğu fakat oral glukoz tolerans testi (OGTT) için aynı durumun söz konusu olmadığı görüldü (57). Aynı çalışmada eğitim düzeyi ile test yaptırma ilişkisinde ortaokul mezunlarında OGTT/ikili/üçlü test yaptırma oranı en yüksekken (%61,2) bizim çalışmamızda üniversite mezunu olanlarda ikili tarama testi ve ayrıntılı ultrasonografi yaptırma/yaptırmayı düşünme oranı ortaokul-lise mezunu olanlara göre anlamlı olarak yüksek bulundu. Katılımcılar arasında prenatal testlerden en çok yaptırılan/ yaptırılmayı düşünülen testler ikili tarama testi ve ayrıntılı ultrasonografi oldu. 2005 yılında yayınlanan, Hollanda'da yapılan başka bir çalışmada prenatal testler için gebelerin tutumu incelenmiştir. Bu çalışmada katılımcıların %53'ü ense kalınlığına bakılmasını, %38'i ise maternal serum taramasını kabul etmiştir. Bu çalışmada katılımcıların eğitim seviyesi yükseldikçe testi kabul etmeme oranlarında artış görülmüştür. Katılımcıların testi kabul etmemelerinde ana sebepler arasında 'tarama testinin olumsuz özellikleri', 'kaygı/ belirsizlik' , 'gerekli değil' gibi sebepler yer almaktadır (58). Bu çalışmada en fazla reddetme seçeneği olan tarama testinin özelliklerinde katılımcılar, testin sadece

olasılığı hesaplamasını, kesin olmamasını ve güvenilir olmamasını öne sürmüşlerdir. Bizim yaptığımız çalışmada gebelere ikili tarama testini neden yaptırmayacaklarını sorduğumuzda en sık neden (%25,77) teste gerek duymamak/doktorun önermemesi olurken bu cevabı sorguladığımızda çoğu gebe sonucun gebelik sonucunu değiştirmeyeceğini söyledi. %7,22 kısım da teste güvenmediği için yaptırmayacağını söyledi. Üçlü test sonuçlarına baktığımızda bu testi yaptırmayan ya da yaptırmayı düşünmeyenlerin oranı %56,84 bulunmuştur. Buradaki sonucun yüksek çıkmasında gebelerin ikili test sonucu düşük riskli çıktığında üçlü teste gerek duymamaları ya da doktorlarının önermemiş olması etkili olabilir. Gaziantep'te bir devlet hastanesinde Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik'lerinde yapılan kesitsel bir çalışmada gebelerin prenatal testlere yaklaşımı incelendiğinde prenatal tarama testlerinden birini (ikili/üçlü/dörtlü tarama) yaptırdığını bildiren katılımcı oranı yalnızca %36.1 olduğu belirlenmiş, %17.2'si daha önce prenatal tanı testlerini duyduğunu ve hangi durumlarda yapıldığını bildiğini belirtmiştir. Yine aynı çalışmada doktorlarının prenatal tanı testlerinden birini önermesi durumunda %9.9'u yaptırmamayı tercih edeceklerini ifade etmiştir (59). Markens ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı başka bir çalışmada kadınların %82'si üçlü tarama bileşenlerinden olan Alfa fetoprotein (AFP) testini kabul etmiş ama bir nedenle ilişkilendirilememiştir. Testi reddedenlerin ise %64'ü ise testi kürtajla ilişkilendirdiğini belirtti (60).

Çalışmamıza katılan gebelerin %94,90'ı izlemlerini hastane ve ASM'de beraber gerçekleştirmektedir. İzlemleri için sadece ASM'ye başvuruların oranı %4,08'di. Sözeri ve ark.'nın yaptığı çalışmada izlemlerini sağlık ocağında yaptıran gebelerin oranı %11,6 iken özel ve devlet hastanesinde yaptıran gebelerin oranı %65,5'dir (61). Erciyes Üniversitesi Kadın Doğum Poliklinikleri'nde yapılan bir çalışmada polikliniğe başvuran gebelerin % 17'si kayıtlı olduğu sağlık ocağını bilmemektedir. Yine gebelerin % 36,3'ü daha önce sağlık ocağına gitmediklerini ifade etmişlerdir (56). Kütahya'da yapılan bir çalışmada ise yeni doğum yapmış annelerin DÖB alma durumlarına bakıldığında araştırmaya katılan annelerin %72,4'ünün yeterli DÖB aldığı görülmüş, bu annelerin en sık (%42) devlet hastanesinden daha sonra %34,8 oranında ASM'den DÖB hizmeti aldığı görülmüştür (23). Ayrıca çalışmamızda üst basamağa sevk edilen gebelerden riskli olanların sayısı risk olmayanlara göre anlamlı derece fazladır. Risk saptanan gebelerin

%32,84'ü bir üst basamağa sevk edilirken, sevk edildiği halde kontrole gitmeme oranı %2,04'tür. Doğum öncesi bakımın birinci basamak hizmeti olması ve ASM'lerimizdeki gebelerin izlem alma oranının yüksek olmasıyla sevk edilen gebelerin kontrole gitme oranının da yüksek olması takip açısından sevindiricidir.

Gebelikte yetersiz kilo alımı intrauterin gelişim geriliğine ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olurken fazla kilo alımı zor doğum ve komplikasyonlarına yol açabilir. Bu nedenle gebe izlemde gebelerin beslenme özellikleri sorgulanmalı ve kilo takibi yapılmalıdır. Gebelere vitamin kullanımlarını sorduğumuzda ise %24,49'u gebelik öncesi vitamin kullanırken bu oran gebelik sonrası %90,82'ye yükselmişti. Düzenli ilaç kullanımı olan gebelerin % 64,1'i D vitamini kullandığını belirtirken, %45,7'si multivitamin kullandığını belirtmiştir. Bunlarla beraber demir preparatı ve tiroid ilacı kullanımı da sık bulunmuştur. 2002 yılında Malatya'da yapılan bir çalışmada izlemde olan gebelerin %46,5'unun vitamin ve mineral desteği aldığı görülmüştür. Yine aynı çalışmada gebelerin %27,2'sinin vücut kitle indeksine (VKİ) göre yüksek kilolu ve şişman kategorisinde olduğu saptanmıştır (62). Bizim çalışmamızda da gebelikteki risk faktörlerinin %28,57'si VKİ>30 kg/m² olarak saptanmıştır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gestasyonel diyabet (GDM) sıklığı %1-9 olarak değişen oranlarda belirtilmiştir (63). Gestasyonel diyabete bağlı fetüste makrozomi, operatif doğum, doğum travması veya hipoglisemi, hiperbilirubinemi, hipokalsemi, polisitemi gibi metabolik komplikasyonlar meydana gelebilir (64). Bu nedenle OGTT ile tanı koyup komplikasyonların önlenmesi ve tedavisi önemlidir. Çalışmamıza katılan gebelere baktığımızda gebelikte yeni hastalık tanısı alanların %12,9'u GDM tanısı almıştır. Katılımcılarımıza prenatal taramalardan OGTT yaptırma tutumları sorgulandığında %53,13'ü yaptırdığını veya yaptıracığını belirtirken, %11'i teste güvenmediği için yaptırmayacağını ifade etmiştir. Bulez ve Alkan'ın 2021 yılında birinci basamakta yaptığı bir çalışmada gönüllülerin %83,30'unun OGTT yaptırmadığı, bu kişilerin %72,8'inin de yaptırmayı düşünmediği görülmüştür. Nedenleri sorgulandığında ise en sık neden gerekli olduğunu düşünmemek (%43,95) olurken ikinci sıklıkla bana ve bebeğime zararlı düşüncesi (19,78) olmuştur. Bu çalışmada da bizim çalışmamızda da gebelerin

eğitim düzeyi ile OGTT yaptırma arasında bir ilişki saptanmamıştır. Ancak Büleç ve Alkan'ın çalışmasında daha önceki gebeliğinde diyabetli olmak ile OGTT yaptırma arasında anlamlı fark saptanmıştır (65). Antalya'da 102 gebe katılımcı ile gebelerin GDM tarama testine yaklaşımını incelemek üzere yapılan başka bir çalışmada ise gebelerin %51,96'sı GDM tarama testi yaptırmadığı görülmüştür. Test yaptırmama nedeni olarak; gebelerden %13,2'si şeker içilmeden başka bir yöntemle tarama yapılması gerektiğini, %11,3'ü doktorunun önermediğini, %11,3'ü medyada zararlı olduğunu okuduğunu, %11,3'ü bebeğine zarar vereceğini düşündüğünü, %11,3'ü de test hakkında bilgisi olmadığını belirtti (66).

Prenatal taramalardan biri olan fetal DNA taramasının 2011 yılından itibaren klinik kullanıma girmesiyle fetal cinsiyet tayini, fetal RhD genotiplemesi, hemoglobinopatiler ve tek gen bozuklukları saptanabilir (67,68). Serbest fetal DNA, gebenin kan dolaşımında 7. hafta gibi çok erken dönemde saptanabilir ve 9. gebelik haftasından itibaren bu testin yapılması mümkündür (69). Bu test maternal kandan invaziv olmayan (non-invaziv) prenatal test (NİPT) olarak da aktif kullanıma girmiştir (70). Ancak bu testin bile kısıtlamaları vardır ve fiyat-fayda oranı tartışmalıdır. Birinci seçenek olmamasında fetal DNA taramasının maliyetinin ülkemiz koşullarında yüksek olmasının etkisi büyüktür (71). Çalışmamıza katılan gebelere fetal DNA taramasını duyup duymadıkları sorulduğunda %64,29'u duymadıklarını %6,12'si ise duyduklarını ve yaptırdıklarını/yaptırmayı düşündüklerini belirtti. %5,10'luk kısım ise yaptırmak istediklerini ancak ücreti yüksek olduğu için yaptıramadıklarını ifade etti. Kişilerin eğitim düzeyi ile testi yaptırma düşünceleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ancak eğitim düzeyi arttıkça testi duymuş/biliyor olma düzeyi artıyordu. Özgönül ve arkadaşları tarafından 2014 yılında sonlandırılan bir çalışmada sağlık çalışanı olan ve olmayan bireyler arasında NİPT ile ilgili görüş ve kaygıları ölçmek amaçlanmıştır. Bu çalışmada sağlık çalışanı veya tıp fakültesi öğrencisi olmayanların hekim önerisine uyma yatkınlığının daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcıları en çok kaygılandıran iki madde, testin tüm genetik yapıyı tarayacak şekilde genişlemesi ve maliyet nedeni ile uygulamadaki eşitsizliklerdir. Yine aynı çalışmada daha önce gebelik geçirenlerde NİPT'in ikili ve üçlü tarama testlerine göre daha kesin sonuç vermediği algısı mevcuttur (70). İngiltere'de yapılan başka bir çalışmada 40 hamile

kadının gelecekte rutin testler arasına alınması planlanan NİPT'e bakış açısı incelenmiştir. Bu kadınlara sonraki gebeliklerinde NİPT'i yaptırıp yaptırmayacakları sorulduğunda; şimdiki gebeliğinde invaziv testi reddedenlerin yarısı da dahil olmak üzere büyük çoğunluğu (n=32) NİPT'i yaptırmayı düşünceğini belirtmiştir. Yaptırmayacağını belirten 5 kişi sebep olarak gebeliği sonlandırmayacağını söylemiştir (72).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

SBÜ Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Gülbahar, Kağıthane ve Gaziosmanpaşa Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı gebelerin gebelik izlem niteliği, sosyodemografik özelliklerine göre tarama ve bağışıklama tutumları ve riskli gebelik profillerini ve gebelerin taramalar hakkında bilgi düzeyi ve tutumunu araştırmayı amaçladığımız bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Katılımcılarımızın çoğu planlı gebe kalmıştı ancak yaklaşık üçte bir kısmı gebe kalmadan önce modern veya geleneksel korunma yöntemi kullanıyordu. Buradan doğum kontrol yöntemlerinin etkin kullanılmadığı sonucunu çıkararak üreme çağındaki kadınların modern yöntemlerinin doğru şekilde kullanması hakkında bilgilendirilerek etkin bir aile planlaması sağlanabilir.

Çalışmamızdaki gebelerde riskli gebelik oranı yüksek bulunmuştur. Bu nedenle nitelikli doğum öncesi bakım hizmeti sağlamak birinci basamak hekimleri olarak bizim için önemlidir. Bu konuda özellikle gebelik öncesi kronik hastalığı olan kadınlarda, sigara-alkol alışkanlığı olan veya fazla kilolu/obez bireyler gibi risk faktörünü gebelik öncesinde yönetebileceğimiz kadınlardan gebelik öncesi danışmanlık vererek planlı gebelik sağlanabilirse riskli gebelik sıklığını azaltabilir veya risk faktörlerini kontrol edebiliriz.

Çalışmamıza katılan gebelerin taramalar hakkında bilgilendirilme oranı yüksek bulunmuştur. Bilgi veren sağlık personelinin ise en sık kadın hastalıkları ve doğum uzmanları olduğu görülmüştür. İstanbul'da kadın hastalıkları ve doğum uzmanına erişim küçük yerleşim yerlerine göre nispeten kolay olsa da bizler de birinci basamak hekimleri olarak her gebeyi haftasına göre taramalar, tetkikler ve başlanacak tedavi ya da takviyeler konusunda bilgilendirmeliyiz. Katılımcılardan üniversite mezunu olanların ilkökul-ortaokul ve lise mezunu olanlara göre ikili tarama testi ve ayrıntılı ultrasonografi yaptırma oranının arttığı görülmüştür. Ancak gebelerde tarama yaptırma durumları ile gebelik risk faktörleri arasında anlamlı bir

ilişki saptanmamıştır. Bununla beraber risk faktörü olmayan gebelerin de taramalarını yaptırması olası erken tanı ve takipler için önemlidir.

İzlemdeki gebelerimizin bir üst basamağa sevk edildiklerinde kontrole gitme oranı, gebelik sonrası düzenli vitamin kullanma oranı ve tetanos aşısı yaptırma oranı yüksek bulunmuştur. Bu sonuçlar gebe izlem niteliği ve hasta uyumu açısından sevindiricidir.

KISITLILIKLAR

Çalışmamız kesitsel olarak planlanmış olup, anlık gebelik haftası verileri değerlendirilmiştir. Bu nedenle bazı verileri gebelik sonuna kadar takip edip değerlendiremedik. Bu durum çalışmamızın kısıtlılıklarından birisidir. Bunun yanı sıra çalışmamız tek bir hastaneye bağlı aile sağlığı merkezlerinde yürütülmüştür, daha geniş örnekleme çalışmaları yapılması evreni daha iyi temsil edebilir.

KAYNAKLAR

1. Zeren F, Gürsoy E. Dünya Sağlık Örgütü'nün Anne ve Yenidoğan İçin Postpartum Bakım Önerileri World Health Organization's Postpartum Care Recommendations for Mother and Newborn. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg Derleme GU JHS 2018; 7(4): 95–102.
2. Arslan LAL, Ban B, Al M. TÜRKİYE ' DE RİSKLİ GEBELİKLER : 2018 TNSA BULGULARI HIGH-RISK PREGNANCIES IN TURKEY : THE FINDINGS OF 2018 TDHS. 2020;; 64–91.
3. Aydemir H, Hazar HU. Low Risk , Risk , And High Risk Pregnancies And The Role Of Midwives. ; 3(2): 815–833.
4. Taksim GOP, Soğukpınar N, Akmeşe ZB et al. Özgün Araştırma / Original Investigation Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği Risky Pregnancy Profile in Maternity Hospitals: Sample of Izmir Province. doi:10.5222/jaren.2018.037
5. Ö K, Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı ve Etkileyen Faktörleri Belirleme Y, Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi V. 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Sıklığı Ve Etkileyen Faktörleri Belirleme, Verilen Hizmetin Uygunluğunu Değerlendirme. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg 2021; 24(4): 520–530.
6. Protokol 01-V1. ;: 1.
7. Üniversitesi D, Balkaya NA, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi Risk Factors Determined During Pregnancy. 2014; 4(1): 6–16.
8. TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2020-33707> (accessed 16 Sep2022).
9. İlçioğlu K, Keser N, Çınar N. Ülkemizde Kadın Sağlığı ve Etkileyen Faktörler. J Hum Rhythm 2017; 3(3): 112–119.
10. Başar F, Üniversitesi D, ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği D, Fatama Başar T, Başar Dumlupınar Üniversitesi F. Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği / Obstetrics and Gynecology Nursing Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği: Kadın Sağlığına Etkisi.
11. Hoffman CS, Messer LC, Mendola P et al. Comparison of gestational age at birth based on

last menstrual period and ultrasound during the first trimester. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2008; 22(6): 587–596.

12. Clinical manifestations and diagnosis of early pregnancy - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-early-pregnancy?search=pregnancy&diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (accessed 22 Sep2022).
13. Demir M. Maternal Fizyoloji Maternal Fizyoloji View project Maternal Fizyoloji View project. <https://www.researchgate.net/publication/349703184> (accessed 22 Sep2022).
14. Doç Fatma Coşar ÇETİN Y, Demirci N, Doç Kıymet Yeşilçiçek ÇALIK Y et al. Gebeli kte Olağan Fi zi ksel Yakınmalar Common Physical Complaints During Pregnancy ZKTB Bu çalışma 12. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi'nde poster sunum olarak sunulmuştur. 2017; 48(4): 135–141.
15. Talbot L, MacLennan K. Physiology of pregnancy. *Anaesth Intensive Care Med* 2016; 17(7): 341–345.
16. Abalos E, Chamillard M, Diaz V, Tuncalp O, Gülmezoglu AM. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. *BJOG* 2016; 123(4): 519–528.
17. Wong O, Images G. Comment Expanding the concept of safety in antenatal care provision. *www.thelancet.com* 2021; 398.<https://data.> (accessed 23 Sep2022).
18. Prenatal care: Initial assessment - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=prenatal&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (accessed 23 Sep2022).
19. Sağlığı H, Müdürlüğü G. DOĞUM ÖNCESİ BAKIM YÖNETİM REHBERİ. www.sistemofset.com.tr (accessed 23 Sep2022).
20. ÇATAK B, KILINÇ S, YILDIRIM A et al. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? toplum tabanlı bir araştırma. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Derg* 2012; 21(5): 264–270.
21. Güler Ç. AL. *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Hacettepe Üniversitesi Yayınları 2006
22. Ayhan A., Durukan T., Günalp S., Gürkan T., Önderoğlu L., Yaralı H. YK. *Temel Kadın Hastalıkları Ve Doğum Bilgisi*. Güneş Tıp Kitabevi 2008
23. Başar F, Çiçek S. Annelerin Yeterli Prenatal Bakım Alma Durumları ve Etkileyen Faktörler.

24. Mohamed H, Martin C, Haloob R. Can the New Zealand antenatal scoring system be applied in the United Kingdom? <http://dx.doi.org/101080/01443610220141335> 2002; 22(4): 389–391.
25. Bai J, Wong FWS, Bauman A, Mohsin M. Parity and pregnancy outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186(2): 274–278.
26. Duman M, Timur Taşhan S, Kaplan Serin E. Kronik Hastalıklarda Üreme Sağlığı
Reproductive Health in Chronic Illness Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik. ; 6(2): 83–91.
27. BONNEMA RA, McNAMARA MC, SPENCER AL. Contraception Choices in Women with Underlying Medical Conditions. *Am Fam Physician* 2010; 82(6): 621–628.
28. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy | ACOG.
<https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/05/tobacco-and-nicotine-cessation-during-pregnancy> (accessed 3 Oct2022).
29. Gönenç I, Tuzcular Vural Z, Köse G, Tüfekçi EC, Aka N. Gebelerde Sigara Kullanımını Etkileyen Faktörler ve Pasif Sigara Dumanına Maruziyet Durumu. *HAYDARPAŞA NUMUNE Med J*; 54(2): 99–101.
30. Carson G, Cox LV, Crane J et al. Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada* 2010; 32(8): S1–S2.
31. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low–moderate prenatal alcohol exposure on pregnancy outcome. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol* 2007; 114(3): 243–252.
32. Twin pregnancy: Overview - UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/twin-pregnancy-overview?search=pregnancy&topicRef=446&source=see_link (accessed 16 Oct2022).
33. HADIMLI A, SEVİL Ü. ÇOĞUL GEBELİK REDÜKSİYONU VE HEMŞİRENİN ROLÜ. *J Anatolia Nurs Heal Sci* 2011; 13(3): 1–6.
34. 18 Rev. The Second Decade Improving Adolescent Health and Development.
35. UZUN K, Aysun; A, Filiz F. Adolesan Gebeliklerin Anne Ve Bebek Sağlığına Olan Etkileri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2013; 66(1): 19–24.
36. What are some factors that make a pregnancy high risk? | NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development.
<https://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/conditioninfo/factors#> (accessed 26 Sep2022).

37. Older Mothers More Likely than Younger Mothers to Deliver By Caesarean | NICHD - Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. https://www.nichd.nih.gov/newsroom/releases/caesarean_release_030807 (accessed 26 Sep2022).
38. Tough S, Tofflemire K, Benzies K, Fraser-Lee N, Newburn-Cook C. Factors Influencing Childbearing Decisions and Knowledge of Perinatal Risks among Canadian Men and Women. *Matern Child Heal J* 2007 112 2007; 11(2): 189–198.
39. Gill SK, Broussard C, Devine O et al. Association between Maternal Age and Birth Defects of Unknown Etiology - United States, 1997–2007. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012; 94(12): 1010.
40. Cetişli NE. Gebelikte Rh Uyuşmazlıkları.
41. Overview of the etiology and evaluation of vaginal bleeding in pregnancy - UpToDate. [https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnancy?search=vaginal bleeding during pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-etiology-and-evaluation-of-vaginal-bleeding-in-pregnancy?search=vaginal%20bleeding%20during%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1) (accessed 16 Oct2022).
42. AlSelaiti M, AlSherooqi M. Outcome of Pregnancies Complicated by Early Vaginal Bleeding

___ * Family Physician Chief Resident ** Senior Resident Obstetrics and Gynecology Department Bahrain Defense Force Kingdom of Bahrain. *Bahrain Med Bull* 2014; 36(4).
43. Sifakis S, Pharmakides G. Anemia in Pregnancy. *Ann N Y Acad Sci* 2000; 900(1): 125–136.
44. Küçükgöz Güleç Ü, Özgünen FT, Cüneyt Evrûke İ, Demir SC. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi Archives Medical Review Journal Anemia in Pregnancy. 2013; 22(3): 300–316.
45. Fakültesi T, Hastalıkları K, Polikliniğine D et al. özgün araştırma/Original investigation. *Türk Neph Dial Transpl* 2011; 20(2): 187–191.
46. Gebelik ve Hipertansiyonda Klinik Yönetim.
47. TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2021-45568> (accessed 21 Oct2022).
48. TÜİK Kurumsal. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2021-45635> (accessed 21 Oct2022).
49. TNSA. *Hacettepe Üniversitesi Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. 2018http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf

50. Öztaş Ö, Baydar Artantaş A, Kayhan Tetik B et al. 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Ankara Med J 2015; 15(2): 67–76.
51. Okyay P, Gemalmaz A, Be E, Ba O, Doyuran ES. Aydın ' da Bir Merkez Sağlık Ocağı Bölgesinde Form 005- Gebe-Lohusa İzleme Fişlerinin Değerlendirilmesi. 2005; 12(1): 31–35.
52. Sağlık Z, Dergisi A, Cihan EG, Özçırpıcı B, Özgür S. ZEUGMA JOURNAL OF HEALTH RESEARCHES Son bir yıl içinde gebeliği sonlanmış olan tüm kadınların gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. 2021; 3(1): 11–19.
53. Bilgin Z, Demirci N. Gebelikte Demir Ve Folat Eksikliği Anemisinde Kanıta Dayalı Güncel Yaklaşımlar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2019; 50(3): 167–174.
54. Esposito G, Ambrosio R, Napolitano F, Giuseppe G Di. Women's Knowledge, Attitudes and Behavior about Maternal Risk Factors in Pregnancy. Published Online First: 2015. doi:10.1371/journal.pone.0145873
55. Ali Kurnaz M, Can H, Atsız Sezik H et al. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? How and how long do family physicians follow up pregnant women? Türk Aile Hek Derg 2015; 19(4): 187–195.
56. Balci E, Gün İ, Özçelik B, Öztürk A. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Sevk Ve Sağlık Ocaklarını Kullanma Durumu Health Center Usage And Referral Status Of Pregnants That Implicated To Erciyes. J Heal Sci 2005; 14(2): 91–96.
57. Desdicioğlu R, Yıldırım M, Süleymanova İ et al. Gebe Kadınların Antenatal Testlere Yaklaşımını Etkileyen Faktörler. Ankara Med J 2017; 17(1): 57–64.
58. Van Den Berg M, Timmermans DRM, Kleinvelde JH et al. Accepting or declining the offer of prenatal screening for congenital defects: test uptake and women's reasons. Prenat Diagn 2005; 25(1): 84–90.
59. PALA E, YİĞİTBAŞ K, ALIN MA et al. Gebelerde prenatal tanı testlerinin ve sonuçlarının farkındalığı: Gaziantep'te yapılan kesitsel bir çalışma. Van Heal Sci J 2021; 14(1): 1–6.
60. Markens S, Browner CH, Press N. 'Because of the risks': how US pregnant women account for refusing prenatal screening. Soc Sci Med 1999; 49(3): 359–369.
61. Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları - PDF Ücretsiz indirin.pdf.
62. Yırge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte Beslenmenin

- Değerlendirilmesi * Evaluation of Nutrition During Pregnancy. 2005;; 4–6.
63. TELATAR B, KUTAY NG. Dünyada ve Ülkemizde Gestasyonel Diyabet Epidemiyolojisi. Türkiye Klin Fam Med - Spec Top 2020; 11(6): 1–5.
64. APİ O, BOZA B. Gestasyonel Diyabetin Fetal Etkileri. Türkiye Klin Aile Hekim - Özel Konular 2020; 11(6): 66–74.
65. Bülez A, Alkan H. Birinci Basamak Sağlık Merkezinde Gebelerin Oral Glukoz Tolerans Testi (Ogtt) Yaptırma Ve Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi. Published Online First: 30 July 2022. doi:10.5281/ZENODO.6976354
66. Dalgıç N, Dalgıç N, Aşık Z, Özen M. Gebelerin gestasyonel diyabet tarama testine yaklaşımlarının değerlendirilmesi Evaluation of approaches of gestational diabetes screening test in pregnant women. Jour Turk Fam Phy 2020; 11(4): 179–190.
67. İnvaziv O, Bir P, Tanı Y:, Dündar Yenilmez E, Tuli A. İnvaziv Olmayan Bir Prenatal Tanı Yöntemi; Maternal Plazmadaki Serbest Fetal DNA. Arch Med Rev J 2013; 22(3): 317–334.
68. Burcu ŞİRİN F, Demirel Üniversitesi S, Fakültesi T, Biyokimya Ana Bilim Dalı T. Prenatal Tarama Testleri ve Hücreden Bağımsız Fetal DNA. SDÜ Tıp Fakültesi Derg 2020; 27(2): 254–260.
69. Atar S, Yasemin YALIM N. Özgün Makale / Original Article Türkiye Biyoetik Dergisi. 2019; 6(1): 26–33.
70. Levent ÖZGÖNÜL M, Sezik M, Alparslan D et al. Bilgilendirmenin Non-İnvaziv Prenatal Test Hakkındaki Görüş ve Kaygılara Etkisinin Belirlenmesi Determination of the Effect of Briefing on Opinions and Concerns about Non-Invasive Prenatal Test. 2020; 7(2): 34–46.
71. Yararbafl K, Kufllkucu A. The factors affecting amniocentesis decision by pregnant women in the risk group and the influence of consultant. doi:10.2399/prn.19.0271001
72. Lewis C, Silcock C, Chitty LS. Non-Invasive Prenatal Testing for Down’s Syndrome: Pregnant Women’s Views and Likely Uptake. Public Health Genomics 2013; 16(5): 223–232.

Ek-1: Araştırma Anketi

Çalışmaya kendi isteğimle katılıyorum

1. Kaç yaşındasınız?

.....

2. Kaç yaşında evlendiniz?

.....

3. Eğitim durumunuz?

- ☐ Okuryazar değil
- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Üniversite

4. Çalışma durumunuz?

- ☐ Çalışıyorum
- ☐ Çalışmıyorum

5. Medeni haliniz?

- ☐ Evli
- ☐ Bekar

6. Eşinizle akrabalığınız var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

7. Gebeliğiniz planlı mıydı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

8. Gebe kalmadan önce doğum kontrol yöntemi kullanıyor muydunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

9. Hangi doğum kontrol yöntemini kullanıyordunuz?

- ☐ Modern Yöntemler
- ☐ Geleneksel Yöntemler

10. Modern yöntem ise hangisi/hangileri?

- ☐ Bariyer yöntemler
- ☐ Doğum kontrol hapları
- ☐ Rahim içi araç
- ☐ İmplant
- ☐ Diğer:

11. Geleneksel Yöntem ise hangisi/hangileri?

- ☐ Takvim
- ☐ Geri çekme
- ☐ Emzirme
- ☐ Diğer:

12. Toplam Gebelik sayısı _____

13. Çocuk sayısı _____

14. Düşük sayısı _____

15. Sezaryen sayısı _____

16. Normal doğum sayısı _____

17. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öykünüz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

18. Önceki gebeliklerde ölü doğum öyküsü veya yenidoğan kaybınız oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

19. Erken doğum(23-37 hf. Arası) öykünüz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

20. Anomalili bebek doğurma öykünüz var mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

21. Son bebeğinizin doğum ağırlığı <2500 g

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

22. Son bebeğin doğum ağırlığı >4500 g

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

23. Son gebelikte:Yüksek tansiyon ya da preeklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış öyküsü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

24. Üreme organlarına yönelik daha önce operasyon(miyomektomi,septum ameliyatı klasik CS, konizasyon,servikal serklaj) geçirdiniz mi?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

25. Önceki gebeliklerde riskli gebelik geçirdiniz mi? Evetse neden?

- ☐ Evet....
- ☐ Hayır

26. Önceki gebelikte gestasyonel diyabet öyküsü

Evet

Hayır

27. Kaç yaşındasınız ?

<18

>35

Diğer

28. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik mevcut mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

29. Mevcut ya da önceki gebeliklerde Rh uyumsuzluğu oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

30. Vajinal kanama oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

31. Pelvik kitle mevcut mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

32. Diastolik kan basıncı 90 mmHg üstünde ölçüldü mü?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

33. Anemi (kansızlık) öykünüz mevcut mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

34. Gebelikte yeni tanımlı hastalığınız oldu mu?Varsa nedir?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

35. Gestasyonel Diyabet (gebelik şekeri) mevcut mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

36. Gebelik öncesi mevcut kronik hastalıklarınız nelerdi? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ İnsülin bağımlı DM
- ☐ İnsülin bağımsız DM
- ☐ Hipertansiyon
- ☐ Hipotiroidi
- ☐ Kardiyovasküler Hastalık
- ☐ Renal Hastalık
- ☐ Diğer.....
- ☐

37. Düzenli kullandığınız ilaç var mı?Var ise nelerdir?

- ☐ Hayır
- ☐ Hayır
- ☐ D vitamini
- ☐ Demir preparatı
- ☐ Multivitamin
- ☐ Tiroid ilacı
- ☐ Folik asit
- ☐ Progestan
- ☐ Aspirin
- ☐ Diğer:

38. Sigara kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır
- ☐ Gebelik öncesi kullanıyordum bıraktım

39. Alkol kullanıyor musunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

- Gebelik öncesi kullanıyordum bıraktım

40. Gebe iken sigara dumanına maruz kalıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

41. Gebelikten önce vitamin kullanıyor muydunuz?

- Evet
- Hayır
-

42. Gebelikte vitamin kullanmaya başladınız mı?

- Evet
- Hayır

43. Gebelik izlemlerini nerede yaptırıyorsunuz?

- Sadece Asm
- Sadece hastane
- Hastane ve ASM beraber

44. İzlem sonucunda bir üst basamağa sevk edildiyse gittiniz mi?

- Evet sevk edildim, kontrole gittim
- Evet sevk edildim ama kontrole gitmedim.
- Hayır sevk edilmedim.

45. Gebelikten önce hangi aşınız vardı?

	Hepatit A	Hepatit B	Suçiçeği	Kızamık	Kızamıkçık	Tetanos
Evet						
Hayır						

46. Gebelikte hangi aşıları oldunuz?

Hepatit A	Hepatit B	Influenza	Tetanos	Diğer	

47. Gebe kaldıktan sonra beslenme şeklinizde değişiklik oldu mu?

- ☐ Öğünlerde yediğim miktar arttı.
- ☐ Öğünlerde yediğim miktar azaldı.
- ☐ Öğünlerde yediğim miktar değişmedi.

48. Gebelikten önceki boy..... ve kilonuz?

49. Gebelikteki kilo..... boy.....

50. Gebelikteki taramalar hakkında bilgilendirildiniz mi? Kim bilgi verdi?(birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- ☐ Kimse bilgi vermedi.
- ☐ Aile hekimi
- ☐ Kadın doğum doktoru

51. Fetal DNA taramasını duydunuz mu? Yaptırdınız mı? Yaptırmadıysanız neden?

- ☐ Evet duydum, yaptırdım.
- ☐ Hayır duymadım.
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü test ücreti yüksekti
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü teste güvenmiyorum
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü (diğer).....

52. Şeker yükleme testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı? Yaptırmadıysanız neden?

- ☐ Evet duydum, yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum.
- ☐ Hayır duymadım.
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü test ücreti yüksekti
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü teste güvenmiyorum
- ☐ Evet duydum ama yaptırmadım çünkü (diğer).....

53. İkili tarama testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı? Yaptırmadıysanız neden?

- Evet duydum, yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum.
- Hayır duymadım.
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü test ücreti yüksekti
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü teste güvenmiyorum
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü (diğer).....

54. Üçlü tarama testini duydunuz mu? Yaptırdınız mı? Yaptırmadıysanız neden?

- Evet duydum, yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum.
- Hayır duymadım.
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü test ücreti yüksekti
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü teste güvenmiyorum
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü (diğer).....

55. Ayrıntılı Obstetrik Ultrasonografiyi duydunuz mu? Yaptırdınız mı? Yaptırmadıysanız neden?

- Evet duydum, yaptırdım/yaptırmayı düşünüyorum.
- Hayır duymadım.
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü randevu bulamadım
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü test ücreti yüksekti
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü teste güvenmiyorum
- Evet duydum ama yaptırmadım çünkü (diğer).....

