

T.C
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERİN ÜÇLÜ TARAMA TESTİ VE
GEBELİKTE YAPILAN DİĞER TESTLER HAKKINDAKİ BİLGİ
DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ

PERMİN ERGÜN

KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN

Tez No: 2007-030

2007-AFYONKARAHİSAR

KABUL ve ONAY

Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı,
Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma,
aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 27.06.2007

Yrd. Doç. Dr. Güleğül KÖKEN

ÜYE

Yrd. Doç. Dr. Nihal CENGİZ

ÜYE

Doç. Dr. Mehmet YILMAZER

ÜYE

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Permin Ergün'ün
"Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyi
Ölçülmesi" başlıklı tez çalışması/06/2007 günü, saat Lisansüstü Eğitim-Öğretim
ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yavuz DEMİR

Enstitü Müdürü

ÖNSÖZ

Çalışmam süresince bilgi, birikim ve deneyimleriyle yardımını esirgemeyen değerli danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Gülelgül KÖKEN'e, teşekkürlerimi bir borç biliyorum Tezimin istatistiksel değerlendirmesinde yardımlarından dolayı sayın Arş. Gör. Ömer ŞİŞE'ye, bana sürekli destek olup hoşgörü ve yardımını esirgemeyen eşim Fatih ERGÜN'e sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Tezimin hazırlanmasında emeği geçen tüm hocalarıma, arkadaşlarıma ve anket çalışmama katılan tüm hanımlara teşekkür ederim.

Permin ERGÜN

İÇİNDEKİLER

ÖZET	1
SUMMARY	3
1.GİRİŞ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Antenatal Takip ve Tarama Testleri	7
2.1.1.Kan Grubu ve Antikor Tayini.....	9
2.1.2. Hemoğram Kontrolü	10
2.1.3. TORCH Taraması.....	10
3.1. Toksoplazmozis.....	10
3.2. Rubella.....	11
3.3.Cytomegalavirüs.....	12
3.4. Herpes Simplex	12
2.1.4. Hepatit.....	12
2.1.5. Sifiliz	13
2.1.6. Tam İdrar Tahlili.....	14
2.1.7. İdrar Kültürü.....	14
2.1.8. Diyabet Taraması.....	14
2.1.9. 11-14 Tarama Testi	16
2.1.10. Üçlü Tarama Testi.....	17
2.1.11. Ultrasonografi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	21
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre.....	21
3.3. Araştırmanın Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Yöntemi.....	21
3.4. Verilerin Toplanması	21
3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması.....	22
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi.....	22
4.BULGULAR	23
4.1. Sosyodemoğrafik Özellikler.....	23
4.2. Kan ve İdrar Tahliliyle İlgili Bulgular	33

4.3. Tansiyon Ölçümleriyle İlgili bulgular.....	35
4.4. Şeker Ölçümleriyle İlgili Bulgular.....	36
4.5. İkili Tarama Testiyle İlgili Bulgular.....	36
4.6. Üçlü Tarama Testiyle İlgili Bulgular.....	37
4.7. Ultrason Takibi ile İlgili Bulgular.....	39
5. TARTIŞMA.....	42
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	48
KAYNAKLAR.....	50
EKLER.....	56
EK-1: GEBELERİN ÜÇLÜ TARAMA TESTİ VE GEBELİKTE YAPILAN DİĞER TESTLER HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN ÖLÇÜLMESİ ANKET FORMU	

KISALTMALAR

- ANTD: Açık Nöral Tüp Defekti
ASAFP: Amniotik sıvı Alfa Feta Protein Seviyesi
ASB: Asemptomatik Bakteriüri
BhCG: Beta Human Koryonik Gonodotropin
BPD: Biparietal Diameter
DÖB: Doğum Öncesi Bakım
GDM: Gestasyonel diabetes Mellitus
GH: Gebelik Haftası
HBV: Hepatit B
HBİG: Hepatit B İmmünglobulin
IUGG: İntrauterin Gelişme Geriliği
MSAFP: Maternal serum Alfa Feta Protein
NT: Fetal Ense Kalınlığı
NTD: Nöral Tüp Defekti
OGT: Oral Glukoz Testi
OGTT: Oral Glukoz Tolarans Testi
PAPP-A: Plasma Protein A
TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması
uE3: Unkonjuge Östriol
USG: Ultrasonografi
ÜSİ: Üriner Sistem İnfeksiyonu

TABLOLAR

Tablo 1: Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılım.....	23
Tablo 2: Sigara, Alkol ve Alışkanlık Yapıcı Madde Kullanımı ve Var Olan Hastalıkların Dağılımı.....	24
Tablo 3: Kadın ve Eşlerinin Kan Gruplarının Dağılım.....	25
Tablo 4: Obstetrik Öykülerine Göre Dağılım.....	26
Tablo 5: Eğitim Durumuyla İlk Olarak Gebeliğin Kaçınıcı Haftasında Doktora Gidildiğini Gösteren Dağılım.....	27
Tablo 6: Eğitim Durumuyla Gebelikte Kaç Kez Doktor Kontrolüne Gidildiğini Gösteren Dağılım.....	28
Tablo 7: Gebelerin Sosyal Güvencelerine Göre Gebelikte Kaç Kez Doktor Kontrolüne Gidildiğini Gösteren Dağılım.....	28
Tablo 8: Gebelerin Polikliniğe Esas Başvuru Nedenlerine Göre İlk Olarak Gebeliğin Kaçınıcı Haftasında Doktor Kontrolüne Gittiklerini Gösteren Dağılım.....	29
Tablo 9 : Sosyal Güvence Durumuna Göre İlk Olarak Gebeliğin Kaçınıcı Haftasında Doktor Kontrolüne Gittiklerini Gösteren Dağılım.....	30
Tablo 10: Eğitim Durumuyla Gebelik Takibinde Tarama Testlerinin Hangisinin, Ne Zaman Yapılacağını Gösteren Dağılım.....	31
Tablo 11: Gelir Durumuna Göre Gidilen Kurumların Dağılımı.....	32
Tablo 12: Eğitim Durumuna Göre Gebelik Takibinde Tarama Testlerinin Gerekliği Üzerine Verilen Cevaplarına Dağılımı	32
Tablo 13: Hastanede, Gebelikte Yapılması Gereken Kan Ve İdrar Tahlillerinin Gebelerin Bilip Bilmemelerine Göre Dağılımı.....	33
Tablo 14: Gebelerin Gebelikleri Süresince Yaptırdıkları Tahlillerin Dağılımı	34
Tablo 15: Gebelikte Tansiyon Ölçümleriyle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı..	35
Tablo 16: Gebelikte Şeker Ölçümleriyle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	36
Tablo 17: Gebelik İkili Tarama İle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	37
Tablo 18: Gebelerin Üçlü Tarama Testi İle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı...38	
Tablo 19: Gebelerin Üçlü Tarama Testi İle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı....39	

Tablo 20: Hastaların Gebelikte Ultrason Ölçüleriyle İlgili Verdikleri Cevapların Dağılımı.....	40
Tablo 21: Ultrason ile ilgili diğer verilerin Bulguları.....	41

ÖZET

Gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi

Her gebe, gebeliğini sorunsuz geçirmek ve sağlıklı bebek sahibi olmak ister. Bebeğin sağlığına risk teşkil edebilecek bir durumun belirlenip tedavi edilebilmesini sağlamak amacıyla hamile bir kadının hamilelik süresince düzenli kontroller yaptırması çok önemlidir. Gebelik süresince düzenli doğum öncesi tarama testlerinin yapılması, hem gebenin hem bebeğin sistemli şekilde değerlendirilmesini sağlar. Gebelikte ikili tarama testi, üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer tarama testleri anomalili bebeği en erken dönemde yakalamayı amaçlar. Gebelerin bu konuda bilgili olmaları önemlidir.

Araştırmamız, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran geberin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmamızın evrenini, Aralık 2006 ve Nisan 2007 tarihleri arasında Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran tekil gebeliklerden 35.ve daha büyük gebelik haftasındaki gebeler oluşturmuştur. Araştırmayı kabul eden 250 gebe araştırmaya dâhil edilmiştir. Araştırma verileri anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Gebelere uygulanan anket formu 41 sorudan oluşmaktadır. Bu anket formunda gebenin sosyodemografik özellikleri, gebeliğin hangi sağlık kurumlarından takip edildiği, gebelikte yapılan tarama testlerinden neleri bildiği, hangi tahlilleri yaptırdığı ve bu testler hakkındaki görüşlerini bildirdiği belirleyici sorular yer almaktadır. İstatistik hesaplamalar SPSS istatistik programı kullanılarak elde edilmiştir. Kullanılan bazı istatistiksel yöntemler; ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları, Pearson Khi-kare testi ve student t-testidir. İstatistiksel anlamlılık ise $p<0.05$ ile tanımlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; ankete katılan gebelerin yaş grupları ortalaması 25.35 ± 5.31 (min=16, maks=42)'dir. Gebelerin % 55,2'si primipar, %40,8'i ilkokul mezunu, %78,8 ev hanımıdır.

Gebelerin %89,2'si 38.-41. gebelik haftasında olan gebelerdir. Gebeliklerinde ilk kez 1.-6. haftalar arasında doktora giden gebelerin %78,6'sı üniversite mezunudur. %47,1'i gebeliklerinin 7-12 haftalarında gebelikleriyle ilgili tahlillerini yaptırmak için ilk polikliniğine başvurmuştur. Okula gitmemiş gebelerin % 78,6'sının gebelik takibinde hangi tarama testlerinin kaçınıcı gebelik haftasında yapılması konusunda bilgisinin olmadığı saptanırken, üniversite mezunlarının %78,6'sı gebelik haftasına göre tarama testlerinin yapılacağını bilmiştir. Gebelikte hastanede yapılması gereken kan ve idrar tahlillerinden, gebelerin % 37,2'sinin ikili tarama testini, %42,8'inin üçlü tarama testini, %44'ü tam kan sayımının, %45,6'sının idrar tahlili, %32,4'ünde idrar kültürünün yapıldığını bildiği saptanmıştır. Gebelerin % 35,2 'i ikili tarama testinin ne demek olduğunu biliyorken, % 40,4 'ü üçlü tarama testinin ne demek olduğunu bildiği görülmüştür. Gebelerin, %38,8'i gebelilerinde kendisine tahlil yapıldığını fakat bu tahlillerin ne olduğunu bilmediğini belirtmiş, %21,6'sı kendi kan gruplarını bilmediği saptanmıştır. Gebelerin % 71,2 'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmesi gerektiğini belirtmiştir. Ankete katılan gebelerin % 51,2' si gebelikte şeker testi yapılmalıdır demiştir.

Kadının yaşamında en önemli olaylardan biri gebeliktir. Gebelik bir kadının hayatında unutamayacağı en güzel ve bir o kadarda zahmetli çok önemli bir deneyimdir ve bu deneyimin en güzel şekilde devam ettirip sonuçlanması en büyük hedeftir. Bu hedefe ulaşmak için hamilelik süresince çeşitli testler yapılır. Bu testlerden bazıları tüm hamileler için, bebeğin veya annenin sağlığını kontrol etmek amacıyla önerilmektedir. Diğerleri ise belirli risk faktörleri taşıyan anneler içindir. Riski olsun olmasın bütün gebelere tarama testleri yapılması gereklidir. Bu nedenle gebelerin tarama testleri hakkında ne kadar bilgiye sahip olduğunu belirleyip, tarama testleri ile ilgili bilgi eksikliğinin giderilmesi gerektiği düşünülmüştür.

Anahtar kelimeler: Antenatal takip, Gebelik, Gebelik tarama testleri, Üçlü test,

SUMMARY

Measuring the Level of Knowledge for Triple Screen Test and Others during Pregnancy

Every pregnant hope to pass their pregnancy without any difficulties, and eventually want to have a healthy baby. In order to find and treat the possible risk at the baby's health, it is important to have some test regularly during women's pregnancy. Having these screening tests before delivery allows us to evaluate systematically both the mother's and baby's health. In this case, double and triple screen test, and others estimate what a person's chances are of having an abnormality. Therefore, all pregnant women should be well-informed about this issue.

The aim of this study was to measure the level of knowledge of all pregnant at Medicine Faculty of Afyon Kocatepe University regarding Triple Screen Test as well as other related tests. In December 2006 and April 2007, women who have single pregnancy with >35 gestational weeks in Ahmet Necdet Sezer Hospital were interviewed. 250 women who accepted to participate were recruited in this study. The questionnaire which consists of 41 questions was used, asking in detail about socio-demographic properties, current gestational week, which institutions that follow their pregnancy, knowledge of the test during pregnancy, which tests that women already have, and their opinion about these tests. Data were analyzed by SPSS statistical package as appropriate. Concerning the data, mean values, standard deviation, minimum and maximum values, Pearson chi-square (X^2) test, Student t-Test, and percentage ratios were used in some analyses. Statistical significance is quoted at the $p < 0.05$ level.

According to the results of this study, the mean value of women's age was 25.35 ± 5.31 (min=16, max=42). 55.2% of women are primipar, 40.8% have a low educational level (primary school), and 78.8% are unemployed. 89.2% of women are at 38-41 gestational weeks. Women who first go to the doctor at 1-6 weeks have a high educational level (university) with 78.6%, and 47.1% of women apply a

policlinic in order to make some analysis about their pregnancy. 78.6% of women with poor educational level (no school) don't know the time of the screening tests that should be done, while 78.6% of women with high educational level (university) know when to apply according to gestational weeks.

It is found that 37.2% of women reported that they have already double screen test, while 42.8% triple screen test, 44% blood count, 45.6% urine test, and 32.4% urine culture test. But, 35.2% and 40.4% of women don't know double screen test and triple screen test, respectively.

38.8% of women reported that they had some test but, they didn't know what it is. 21.6 % of women don't know their blood type .71.2% stated that blood pressure should be measured during pregnancy. 51.2% said that diabetes test should be also applied.

One of most important event in the nature of a woman is pregnancy, which is unforgettable and difficult stage during her life, and taking care during pregnancy is, therefore, a very important subject. In order to make this subject, some test should be performed. These test are recommended for pregnant to control both their and baby's health. Other tests are for mothers with a possible risk of carrying a baby with some disorders. These tests should be performed with and without the risks. Therefore, we thought that the level of knowledge of women regarding screening test should be determined, and the lack of information about delivery should be satisfied.

Keywords: pregnancy, triple test, antenatal care, pregnancy screen tests.

1. GİRİŞ

Gebeliğin sağlıklı devam etmesi, sonuçta sağlıklı anne ve bebeğe sahip olmak istenilen bir hedeftir. Gebeliğin saptanmasından itibaren düzenli aralıklarla yapılacak olan gebelik kontrolleri ve gebelikte yapılan tarama testleri gebelikte karşılaşılabilecek sorunların en erken dönemde tanınmasına ve riski yüksek gebelikleri ayıklamasına yardımcıdır(1). Gebeliklerde kromozomal anomali görülme oranı 1/1000'dir (2). Bu sonuç bize bebeklerin kromozom anomalisi taşıması hususunda gebelerin risk altında olduğunu gösterir. Bu nedenle gebeler sık takip edilmelidir. Takipleri yapılırken mümkün olduğu kadar erken dönemde güvenilir sonuç veren tarama testlerine ihtiyaç duyulur. Bu testler riski yüksek olsun veya olmasın tüm gebelere uygulanmalıdır. Riski yüksek gebelerde, riskin gerektirdiği başka testler de uygulanabilir. Tarama testleri genellikle tanı koydurucu testler değildir. Tarama testi pozitif olarak sonuçlanan gebelere tanı testleri uygulanır (3). Gebelikte ikili tarama testi, üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer tarama testleri anomalili bebeği en erken dönemde tanılamayı amaçlar. Gebelikte yapılan tarama testleriyle annenin ve bebeğin sistemli bir biçimde değerlendirilmesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi sağlanır. Gebelerin takibinde doğru ve tam bilgiye ulaşmak, gelişebilecek komplikasyonların belirlenmesi, önlenmesi açısından önemlidir. Ülkeler arası bazı farklılıklar olmakla birlikte, gebelik takip yöntemleri standart hale gelmiştir. Ülkemizde tüm dünyada kabul gören standart tarama ve tanı yöntemleri başarı ile uygulanmaktadır (4).

Tarama programlarının arkasında ulusal meslek derneklerinin ve hatta bazıları için ise Sağlık Bakanlığının bulunması da son derece önemlidir (3). Ülkemizde de gebelerin 12. haftaya kadar saptanması ve ilk izleminin yapılması, doğuma kadar da en az beş kez izlenmesi gerekmektedir. Kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli bir durum saptananlar için izlem sayısı artırılmalıdır (5). Antenatal muayene ilk 28 haftada 4 haftada bir, 36. haftaya kadar 2 haftada bir ve daha sonra haftada bir gebe izlemi yapılır. Gebelere, İlk antenatal kontrolde: hemogram, tam idrar tahlili, idrar kültürü, kan grubu ve indirek Coombs testi, rubella IgG, HbsAg,

diyabet taraması için açlık kan şekeri testi yapılır. Gebenin onayı alınarak anti-HIV yapılmalıdır (6). Diğer kontrollerde de ultrasonografide (USG) ense kalınlığı ölçümü, ikili tarama testi, üçlü tarama testi, gestasyonel diyabet taraması ve USG yapılmalıdır. Antenatal bakımın ilk trimesterde başlanarak düzenli aralıklarla gebeliğin sonuna kadar sürdürülmesi, gebelik boyunca annenin ve fetüsün sağlık durumlarının değerlendirilmesine, sağlıklı ilgili sorunların ortadan kaldırılması ile perinatal, maternal mortalite ve morbiditeyi azaltır. Ayrıca daha önceki gebeliklerde anomalili bebek hikâyesi olan gebelerin daha sık takip edilmesiyle, şimdiki gebeliğindeki olası gebelik komplikasyonları önceden tanınıp gerekli önlemler alınabilir. Annenin sağlıklı bir gebelik sürecini izleyerek, sağlıklı gebelik geçirmesi sağlanabilir. Doğum öncesi ve doğum sonrası en uygun koşullarda bakım alan bebekler sağlıklı toplumun temelini oluşturacaktır (7).

Geleceğimizi oluşturacak olan yeni nesillerin sağlıklı dünyaya gelmesi ve sağlıklı gebelik için, gebelerin bilgili olmaları son derece önemlidir. Bu çalışma ile gebelerin üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer testler hakkında bilgi düzeylerini ölçmeyi amaçlıyoruz.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Antenatal Takip ve Tarama Testleri

Antenatal dönemde gebelik takibinin temel uygulamalarından biri, risk değerlendirmesi yaparak anne adayı ve fetus açısından riski yüksek gebelikleri ayıklamaktır. Bu, bazen dikkatlice alınan bir öyküyle, bazen de anne adayının tıbbi kayıtlarının incelenmesi ile mümkün olabilir. Bir diğer yaklaşım ise, gebelik süresince yapılan muayenelerle risk belirlenmektedir. Gebelikler laboratuvar yöntemleriyle de değerlendirilebilirler. Bu amaçla yapılan çeşitli tarama testleri vardır. Bu testlerin riski yüksek olan ve olmayan tüm gebelere uygulanması söz konusudur. Riski yüksek gebelerde ise, riskin gerektirdiği başka testlerde uygulanabilir. Tarama testleri genellikle tanı koydurucu testler değildir. “Antenatal takipteki gebeler” gibi bir populasyon da çeşitli hastalık durumları açısından yüksek riskli gebelikleri ayıklamaya yararlar. Tarama testi pozitif olarak sonuçlanan gebelere tanı testleri uygulanır (3).

Tarama testlerinin bazı temel özellikleri vardır.

1. Bu test ile aranan hastalık ciddi olmalıdır. Anne ya da fetus için önemli sorunlar oluşturmayacak bir durumu taramanın anlamı yoktur.
2. Nadir olmamalıdır. Örneğin; spina bifida ya da Down's sendromunu taramak mantıklı, akondroplaziyi taramak mantıksızdır.
3. Hastalığın önlemi ya da tedavisi olmalıdır. Örneğin sitomegalovirus enfeksiyonunun tedavisi ya da önlemi yoktur ve fetal risk varlığını belirlemek zordur. Hâlbuki hepatit-B taşıyıcılığının saptanması durumunda bebeğin korunması büyük ölçüde mümkündür.
4. Yapılan test hasta tarafından kabul edilebilir olmalıdır. Örneğin, tarama amacı ile her gebelikte amniyosentez önerilmez.
5. Test ucuz ve kolay ulaşılabilir olmalıdır. Tarama testlerinin büyük populasyonlara uygulandığı akılda tutulmalıdır. Maliyet-yararlılık hesapları yapılmalıdır.
6. Test güvenilir olmalıdır. Testin yalancı pozitiflik oranı yüksek olmamalıdır. Sensitivitesi ise yüksek olmalıdır. Diğer taraftan, sensitivite ve spesifisitenin çok

yükselmesi durumunda ise bu testin artık bir tarama değil tanı testi haline aldığı akılda tutulmalıdır.

7. Testin pozitif sonuçlanması sonrası yapılacak işler belirlenmiş olmalıdır. Pozitif test sonrası takınılacak klinik tavır belirlenmiş olmalı ve hastaya kaos yaşatılmamalıdır (3).

Kadın doğum polikliniğine başvuran kadına gebelik tanısı konulduktan sonra gebenin ve bebeğin sağlığının korunması amacıyla belli aralıklarla gebelik takiplerinin yapılması gerekir. Bu takipler sırasında gebeliğin sağlıklı bir şekilde seyredip seyretmediğini öğrenmek, aynı zamanda gebeliklerde ortaya çıkabilecek istenmeyen bazı durumları anlayabilmek ve doğacak bebekte anne karnındayken ortaya çıkabilen hastalıklara tanı koyabilmek içinde bazı testlerin yapılması gerekir. Gebelik takiplerinde ideal olanı, gebeliğin ilk anlaşıldığı günden sonraki haftalarda ayrıca 11–14. haftalarda, 22–24. haftalarda, 32 ve 38 haftalar olmak üzere bebeğin durumunu değerlendirilmesi için toplam beş kez mutlaka izlenmesi gerekir. (5)

Gebelik takibinde ilk kontrolde yapılması gereken testler açlık kan şekeri, kan grubu, hepatit antijeni ve antikoru testleri, TORCH enfeksiyon tahlilleri, tam idrar tetkiki, 11–14 haftalar arasında USG yapılarak down sendromu taraması için ense kalınlığı ölçümü, aynı gün yine Down sendromu taraması için, kanda bazı hormonlara bakılır. 16–20 haftalar arasında yine Down sendromu taraması için üçlü tarama testi adı verilen kan testi yapılır. 22–24 haftalar arasında tam kan sayımı yapılır. Ayrıca anomali taraması denilen bebeğin tüm iç ve dış organlarının ayrıntılı olarak incelendiği USG kontrolü, 24–28 haftalar arasında 50 gr glukoz yükleme testi, 32. haftada bebeğin gelişmesini değerlendirmek amaçlı bir USG daha yapılır. 38–39. gebelik haftalarında bebeğin tahmini doğum ağırlığı, kemik çatının uygunluğu ve doğum şeklinin konuşulduğu, doğumun planlandığı son kontrol olup USG ve vajinal muayene yapılır (5). Burada özetlenen haftalar normal seyrinde giden gebeler için yapılması gereken kontrollerdir. Bu testlerin herhangi birinde bebek ya da annede bir risk olması halinde bu kontrol sıklığı ve testler artırılabilir.

2.1.1. Kan Grubu ve Antikor Tayini:

Gebelikte her an kanama olabilir. Gerek bu nedenle, gerekse Rh uyumsuzluğunu belirlemek amacıyla tüm gebelerde ve eşlerinde ilk antenatal kontrol sırasında ABO/Rh grubu istenmelidir (3). Doğum öncesi takipte annenin kan grubunun bilinmesi zorunludur. Özellikle annenin Rh(-), babanın Rh(+) olduğu durumlarda kan uyumsuzluğundan söz edilir (8). Bebek Rh(+) iken çok az miktarda bile (0,1ml) annenin kanına karışırsa annenin bağışıklık sistemi kendi kırmızı kan hücrelerinden farklı olan çocuk kırmızı kan hücrelerine karşı antikor oluşturur. Klasik kan uyumsuzluğunda annenin oluşturduğu antikorlar ikinci gebelikte, bebek dolaşımına plasentadan geçerek kan hücrelerini öldürmeye başlar. Geçen antikor miktarıyla doğru orantılı olarak, bebeğin anne karnında, kansızlığa bağlı kalp yetmezliği ve buna bağlı ölümüne kadar giden bir hastalık tablosu görülebilir. Annenin bağışıklık sistemi bir kez uyarıldıktan sonra geri dönülmez bir şekilde bu yabancı kırmızı kan hücrelerine karşı antikor ürettiğinden bu uyarının hiç oluşmaması en önemli korunma prensibidir. Bu uyarılma işlemi ilk doğumda %1 oranda mümkündür. Ancak her uyarı doğumla olmak zorunda değildir. Yanlış kan nakli, kan ile bulaşmış cerrahi aletler ile girişim veya enjeksiyonlara bağlı olarak da kan uyumsuzluğu gelişebilir. Bu yüzden Rh(-) olan her anne, gebeliğin hemen başında anti-Rh antikorlar açısından araştırılmalıdır. Bu tür hastalıktan kurtulmanın temelinde; gebeliğin başında eşlerin kan grupları tespit edilmeli, eğer Rh uyumsuzluğu varsa indirekt coombs testi uygun aralıklarla tekrarlanmalı, ilk gebelikte 28. haftada erken korunma için iğnesi(Rh hiper immün globulin) yapılabilir. Doğumdan sonra bebek kan grubu Rh(+) bulunursa anneyi immünize olmaya karşı korumak için antikor üretimini engelleyecek Rh Hiperimmunglobin enjeksiyonu 72 saat içinde anneye yaptırılır. Düşüklerde gebelik 3 aydan büyükse immunglobulin uygulanması tam doz yapılmalıdır. İlk üç ay içinde 6–8 haftadan sonra fetusta kırmızı kan hücreleri oluşmaya başladığından düşük doz hiperimmunglobulin (koruyucu iğne) yapılması uygun olur. Tıbbi nedenlerle veya isteğe bağlı kürtajlarda Rh hiperimmunglobulin müdahaleden önce uygulanmalıdır (9).

2.1.2. Hemoğram Kontrolü

Gebelikte anemiye bağlı gelişebilecek risklerin önlenmesi açısından değerlendirilir. Kan eksikliği demir eksikliğine bağlı olabileceği gibi megaloblastik anemi, pernisiyöz anemi, orak hücreli(sickle cell) anemi, talasemi, maligniteler ve bazı sistemik rahatsızlıkların bir belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ülkemizde özellikle Akdeniz ve Ege bölgesinde talasemiye bağlı anemiler sık görülmektedir (10).

2.1.3. TORCH Taraması

TORCH terimi hastalık etkenlerinin baş harflerinden oluşur. Toxoplasma gondii, Rubella, Cytomegalovirus ve Herpes simplex'in bu şekilde birlikte değerlendirilmelerinin sebebi, gebelik döneminde bulaşmaları halinde fetüste benzer klinik görünümde ortaya çıkan intrauterin enfeksiyonlara sebep olabilmeleridir. Klinik görünüm benzer olunca tanı daha çok özgül IgG ve IgM antikorlarının saptanmasına dayanmaktadır. Bu heterojen hastalık grubuna ait özgül antikorların bir panel olarak çalışıldığı serolojik testler tanı için kullanıldığı gibi, gebelik döneminde enfeksiyona açık seronegatif kişilerin tespiti amacıyla tarama testi olarak da kullanılabilir. Gebelik öncesi veya erken gebelik döneminde böyle bir tarama testinin yapılmasını önerenler olmasına rağmen bu testlerin yüksek maliyetine karşın ne derece fayda sağladıkları açık değildir. Ülkemizde ise şu anda gebelerde TORCH taraması ya hiç yapılmamakta ya da standardize edilmemiş tarama yöntemleri uygulanmaktadır (11).

3.1 Toksoplazmosis: Bir protozoa olan toksoplazma gondii bütün dünyada yaygın bir enfeksiyondur. Ancak enfeksiyonun prevalansı pişmemiş-çiğ et yeme alışkanlığına ve kedilerin dışkılarındaki ookistlere maruz kalma derecesine göre toplumlardan toplumlara farklılık gösterebilmektedir. Hastalık çoğunlukla nonspesifik belirtilerle geçirilir. Ancak gebe kadının enfeksiyonu, fetusta intra uterin ölüme veya canlı doğum gerçekleşirse anomalili bebeğe neden olabilmektedir. Toksoplazmanın neden olduğu sistemik bir enfeksiyondur. Bu protozoaya maruziyet ömür boyu immünite bırakır(12).

Antepartum dönemde anneden fetüse geçer. Erken gebelikte fetal enfeksiyon riski hem daha düşük hem de şiddetlidir. Oysa geç gebelikte fetüse geçiş riski daha yüksektir (13). Primer tanı metodu serolojik testlerdir (11). Annedeki akut enfeksiyonlarda gebeliğin ilk trimesterinde %15, ikinci trimesterinde %25, üçüncü trimester de %60 oranında fetüse geçebilir. Annede akut enfeksiyonlar çoğunlukla asemptomatiktirler. Bazı annelerde LAP, hafif ateş, halsizlik olabilir (11,13,14). Bazı ülkelerde konjenital toksoplazmozisi kontrol altına almak amacıyla gebelik dönemindeki kadınlarda tarama programları geliştirilmiştir. Türkiye'de ise gebelik döneminde gebelikten önce rutin olarak toksoplazmozis taraması ve eğitim programları yapılmamaktadır. Türkiye için gebelik döneminde tarama ve eğitim programlarının geliştirilip geliştirilemeyeceğine toksoplazma gondii antikor düzeylerini belirten çalışmalar ile karar verilebilir (1). Gebelerde toksoplazma taraması antenatal takipte önemli tartışma alanlarından biridir. Yetişkinlerde enfeksiyonun kendini nonspesifik semptomlarla göstermesi, buna karşın fetal enfeksiyonun ciddi sonuçlar doğurması nedeniyle birçok araştırmacı gebelerde rutin taramanın gerekliliğini savunmuşlardır. Gebelerde toksoplazma taraması ilk örneği mümkün olduğunca erken alınması önerilmektedir (12 hft. önce) (15).

3.2. Rubella: İlk antenatal kontrolde rubella IgG antikor taranması mantıklıdır. Böylece hangi gebelerin bu enfeksiyona açık oldukları belirlenir (3). Rubella German Measlae virüsünden kaynaklanır(14). Bu tek zincirli RNA virüsü ile temas hayat boyu immünite bırakır. Oldukça bulaşıcıdır. Enfekte hastaların % 75'i klinik olarak hastalanır. Daha çok fetusun annenin hastalığa tutulduğu zamanki gestasyonel yaşı tarafından etkilenir (1). Fetal enfeksiyon sonuçları; ilk 3 ayda %50 anormal gelişmeye neden olur. İkinci 3 ayda %22, son 3 ayda %6-10'a düşer. Doğuma yakın enfeksiyon oluştursa yeni doğanda pnomoni ve ensefalit yapar. Doğumsal Rubella sendromunda; mikrosefali, mental-motor retardasyon, memingoensefalit, PDA-ASD, pulmoner stenoz, katarkt, mikroftalmi, retinal değişiklikler, simetrik IUGR, sensorinöral sağırılık (13), spontan abortus, trombositopenik purpura, hepatit ya da hepatosplenomegali görülebilir (1) .

3.3. Cytomegalovirus: Cytomegalovirus (CMV) herpes virüs grubundan varicella zoster, Ebstein barr virüsü ve iki herpes simplex virüsü ile beraber bir DNA virüsüdür. Bu virüsler enfekte ettiği hücrenin özelliklerini kullanarak yayılır(16). Gelişmiş ülkelerde daha yaygındır. Plasentadan geçebilir, fetüs karaciğerinde zarar yapabilir(18). Virüs süt, tükürük, semen, feçes, kan ve idrar ve servikovajinal sekresyonlarla atılır. Bebeklerin %30'u doğumda vajinal sekresyonlardan, anne sütünden, solunum ve gastrointestinal damlacıklarıyla enfekte olmaktadır(16).

3.4. Herpes simplex: Tüm gebeler ve eşleri herpes virüs açısından sorgulanmalıdır. Aktif enfeksiyon da doğum kanalından geçişde %50 Neonatal herpes virüs enfeksiyonu görülür. Eşlerinde herpes hikâyesi olanlara kondom kullanması ve antiviral tedavi alması önerilir (17).

2.1.4. Hepatit

Tüm gebelerde ilk başvuru sırasında HBsAg taranmalıdır. Riskli gebelerde tarama üçüncü trimesterde tekrarlanabilir. Böylece iki tarama arasında yeni enfeksiyon oluşup oluşmadığı araştırılmış olur. Taramanın ana mantığı, maternal antijen varlığında neonatal aşı ve proflaktik olarak hepatit B immün globulin (HBİG) uygulamasında başarılı olmasıdır (3).

Bir DNA virüsü olan hepadnevirüs tip I tarafından yapılır. Hepatit B (HBV) virüsü vücut sıvıları (kan, semen, vajinal sekresyonlar, oral sekresyonlar ve anne sütü gibi) aracılığıyla bulaşır. Anne-infant geçişi tüm kronik hepatit B enfeksiyonlarının %40'ının nedenidir. HBV enfeksiyonlu hastaların %75'i asemptomatiktir. HBV, ABD'de yılda 300,000 akut hepatit vakasına neden olmaktadır (14). Kronik vakalarda daha ciddi sonuçlar doğururlar. HBV tüm dünyada bulunur, ancak bazı bölgelerde endemiktir. ABD'de 1 milyon kronik taşıyıcı vardır. Tüm dünyada ise 200 milyon kronik taşıyıcı bulunmaktadır. Asya ve Afrika'da taşıyıcı oranı %35'e ulaşmaktadır (14). Akut enfeksiyonun seyri gebelik esnasında değişmez. Protein ve kalori malnütrisyonu olmadıkça malformasyonlarda ya da anomalilerde, spontan abortuslarda, ölü doğumlarda ve intrauterin gelişme geriliğinde (IUGG) artma almaz. Fetüse enfeksiyon sıklıkla, annenin üçüncü trimesterde hasta olmasıyla bulaşır.

Ayrıca aktif, akut hepatitli ve asemptomatik taşıyıcı olan annelerin fetuslarında oluşabilir. Asemptomatik HbsAg taşıyıcılığının maternal önemi yoktur. Anne HbsAg pozitifse doğumda vertikal geçiş şansı %10, anne HbsAg ve HbcAg pozitifse %80'dir. Kronik aktif hepatitin fetus ya da yeni doğan üzerine etkisi; prematür doğum, düşük doğum ağırlıklı, yeni doğan ölümü, anne üzerine etkisi; karaciğer sirozu, özafagus varisleri, karaciğer yetmezliği (14) gibi görülebilir. Çocukta enfeksiyon olasılığı sadece aşı uygulanmasında %65–95 oranında azalır (3).

2.1.5. Sifiliz

Sifilizin etkeni olan *treponema pallidum*'un 1943'de Kristof Kolomb'un Amerika'yı keşfinden sonra tayfalar tarafından Avrupa'ya getirildiği iddia ediliyor (18). Asla üretilmeyen insana özgü bir bakteridir(6). Gebelerde primer ve sekonder sifilizi tedavi edilmemesi durumunda fetusun etkilenme olasılığı %100 dür. 16. haftada müdahale edildiğinde fetal hastalık önlenir. Bu nedenle gebelikte ilk başvuruda tarama yapılması mantıklıdır (3). *Treponema pallidum* gebeliğin her döneminde plasentayı geçer, ancak fetal immunokompetans 18. haftaya kadar fetüsü enfeksiyon şeklinde korur. Konjenital enfeksiyon için fetal risk, maternal spiroketemi ve doğumdan önceki enfeksiyon süresi ile ilişkili olarak artar. En yüksek enfeksiyon riski sekonder sifilizedir. Primer sifiliz; ortalama 3 haftalık kuluçka süresinden sonra gland penis, vulva, dudak, dil, anüs gibi etkenin alındığı bölgede ağrısız, kenarları sert şankr oluşturur. Sekonder sifiliz; Primer lezyonun oluşumundan 2–10 hafta sonra; yani şankr kaybolmadan ya da birkaç hafta sonra hastalığın yaygın şekli olan sekonder sifiliz başlar. Yüksek ateş, iştahsızlık, kilo kaybı ve jeneralize ağrısız LAP gibi sistemik belirtilere eşliğinde gövde ve ekstremitte proksimalinde önce maküler, birkaç hafta sonra papüler, makülopapüler, pastüler çok sayıda kırmızı pembe cilt lezyonları belirir (6). Sekonder sifilizin iyileşmesinden sonra latent sifiliz, bunların ortalama %20-30'da ise tersiyer sifiliz gelişir(16). Tersiyer sifilize giren çoğu hastada hiçbir belirti yoktur. Bazı hastalarda tübertil gibi doku harabiyetiyle ilgili seyreden lezyonlar görülebilir(18).

Tedavisinde doz ve süre hastalığın evresine göre değişmektedir. Erken sifilis; Benzathin penisilin 4,8 milyon IU IM yada Prokain penisilin 600000 – 800000

IU/Gün, 10 gün süreyle, penisilin allejisi söz konusu ise Tetrasiklin HCL 4*500 mg/gün 15 gün süreyle yada eritromisin 4*500 mg/gün 15 gün süreyle, Geç sifilis; Benzatin penisilin 2,4milyon IU IM, 2 yılı aşkınsa bu doz haftada bir olmak üzere 3 hafta, prokain penisilin 600000–800000 IU/gün, 15 gün süreyle; Tersiyer sifiliz; Prokain penisilin 600000–800000 IU/gün 20 gün süreyle uygulanmaktadır(18).

2.1.6. Tam İdrar Tetkiki

İlk kontrolde yapılan idrar tahlilleri böbrek fonksiyonlarının indirekt bir göstergesi olduğu gibi gizli veya aşikâr idrar yolu enfeksiyonu (İYE) varlığı konusunda bilgi verir. İlk aylardaki idrar yolu enfeksiyonu gebeliğe bağlı bulantı ve kusmaları artırır. İdrarda yanma ve/veya kasık ağrısına neden olabilir. Son aylardaki gizli ve aşikâr enfeksiyonlar erken doğum ağrılarına neden olur (9).

2.1.7. İdrar Kültürü

Üriner sistem enfeksiyonlarının (ÜSİ) gebelikte sık görülen bakteriyel enfeksiyonlar arasında yer alır. Hastane ve toplum tabanlı çalışmalarda gebelerde semptomatik İYE görülme sıklığı %1–2, asemptomatik bakteriüri görülme sıklığı %2–11 olduğu bildirilmiştir(19). Gebelikte ÜSİ seyri asemptomatik bakteriüriden (ASB), akut piyelonefrite kadar değişir. Gebelikte ASB sıklığı %4–7 arasında değişmektedir. Bu oranın gebelik sayısı, gebelik süresi, yaş, cinsel aktivite, DM, orak hücreli anemi, düşük sosyoekonomik durum ve geçirilmiş ÜSİ öyküsü ile değişmektedir. Tedavi edilmeyen ASB'li gebelerin %25-30'unda piyelonefrit gelişmektedir(20).

Gebelik dönemi dâhil idrar yolu enfeksiyonu tanısında altın standart idrar kültürüdür. İdrar örnekleri steril koşullarda önerilen şekilde orta akım idrardan alınmalıdır. Tanıda 24 saat içinde alınan iki idrar kültüründe de aynı bakterinin üremesi anlamlıdır(21).

2.1.8. Diyabet Taraması

Açlık kan şekeri: yemekten 12 saat sonra kan glukozunda bakılarak yapılan ölçümdür. Genellikle akşam yemeğinden sonra kişi hiçbir şey yemez ve içmez ve

arkasından 12 saat sonra kan örneği alınır. Sonuç daima 110 mg altında olmalıdır. Daha üstü hiperglisemi olarak adlandırılır (22).

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), "gebelikte başlayan veya ilk kez gebelikte tanımlanan değişken şiddette karbonhidrat intoleransı" olarak tarif edilmektedir (1,3,14,23). İlk kez gebelikte tespit edildiği için gebelik diyabeti olarak adlandırılır(23). GDM'li kadınların sonraki yaşamlarında, glukoz intoleransı riskinde artış olduğu saptanmıştır (24). Bu risk, gebelikten sonraki beş yıl içinde, belirgin olarak açığa çıkmaktadır. 15 ile 28 yıllık takipleri sonucu, GDM'li kadınların %50'sinin diyabetik olduğu belirlenmiştir(25). Günümüzde, GDM taramasında 50 gr glukoz tarama testi (50 gr GTT)'nin 24–28. gebelik haftalarında yapılması önerilmektedir(26). Ancak daha erken haftalarda teşhis edilerek, erken metabolik kontrolün yararı sorgulanmaktadır(27). 50gram oral glukoz sonrası 1. saat sonunda plasma kan şekeri 140 mg/dL, 3. saat sonunda 100 mg/dL'den fazla ise OGTT endikasyonu vardır. OGT bir tarama testidir ve her gebeye yapılmalıdır. Ancak gebe diyabet yönünden yüksek riskli ise (makrozomik bebek öyküsü, kötü obstetrik öykü, ailede diabetes gibi) bu hastalıklarda direk olarak tanısal test olan OGTT yapılmalıdır (6). Erken tarama ile saptanan GDM'li olgularda hastalığın yönetiminin erken yapılmasıyla, maternal ve fetal komplikasyon oranları azaltılabilmektedir.

Gebelikte GDM risk grubunu saptamak amacıyla altın standart olarak kullanılan 50 gr GTT, 1940'larda O'Sullivan ve arkadaşları(25) tarafından geliştirilmiştir. Günümüzde bütün gebelerin, GDM açısından taranması (universal screening) önerilmektedir. Erken başlangıçlı GDM'de maternal ve fetal morbidite ciddi bir sorun olduğu için, taramanın erken yapılması, GDM ile komplike olmuş gebeliğin yönetimi için, daha da önemli hale gelmektedir. Hiperglisemiye yol açan insülin direnci, üçüncü trimestere doğru belirginleşir. Erken taramada yalancı negatiflik oranları yüksek olduğu için, glukoz intoleransı olan bazı hastalar gözden kaçabilir. Gebeliğin ileri dönemlerinde glukoz intoleransının ortaya konması daha kolay olmakla beraber, erken tarama yapmak fetüs ve anne için daha yararlıdır. Doğum sonrası GDM'li kadınların birçoğunda glukoz intoleransı normale dönmektedir. Ancak bunların %3-24'ünde postpartum birinci yılda diabetes mellitus

saptanır. Bu nedenle, GDM'li kadınların, postpartum OGTT yapılarak glukoz toleranslarının yeniden sınıflandırılması önerilmektedir (27).

2.1.9. 11–14 Hafta Tarama Testi

Ana hedefi down sendromlu açısından riskli gebelikleri ayıklamak olan bir tarama testidir. Üçlü testten daha yenidir, gebeliğin daha erken dönemlerinde uygulanabilme avantajına sahiptir ve daha güvenilir bir testtir. Üçlü testin yerini almaktadır. Testin dört parametresi vardır. Metarnal yaş, free beta HCG, plasma protein (PAPP-A), fetal ense kalınlığı (NT) ölçümü. Bu dört değişkenden, testin uygulandığı gebelikteki down sendromlu bebek doğurma riski hesaplanır. Risk, 1/300 den fazla ise kordon villus biyopsisi ya da amniyosentez önerilir (3). Anne yaşı ve fetal NT ile tarama yapıldığı takdirde, %5 yanlış pozitif hızla, trisomi 21'li fetusların %80'i saptanabilmektedir. Eğer 11–14. gebelik haftasında bu iki parametreye metarnal serum serbest beta human koryonik gonadotropin (free-BhCG) ve PAPP-A ölçümleride eklenirse, kromozomal anomaliyi saptama yüzdesi %90, üçlü testte %60 olarak kabul edilirse, bu tarama tekniğinin daha anlamlı olduğu görülür (28).

Üçlü tarama testinde Maternal serum alfa feta proteinin (MSAFP) nöral tüp defekti tarama açısından getirdiği avantaj 11–14 hafta taramasında yoktur ve bu durum bir sakıncadır. Bu nedenle 16–18 haftada MSAFP taraması ayrıca yapılmalıdır. 11–14 haftada NT ölçümleri artmış olan gebelerde ilerleyen haftalarda fetal eko yapılmalıdır (3). İlk trimesterde fetal NT, metarnal serum serbest bHCG ve PAPP-A kullanılarak yapılan kromozal defekt tarama testleriyle triploidi vakalarının %90'dan fazlası %0,5 Yanlış pozitiflik hızı ile yakalanabildiği bildirilmektedir (1). Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde fetal boyunun arkasında oluşan sıvı birikimi nukal ödem olarak adlandırılmakta ve bu fetusların da yaklaşık üçte birinde kromozomal anomaliler izlenmektedir. Nukal ödem ayrıca fetal kardiyovasküler ve pulmoner defektler, iskelet displazileri, konjenital enfeksiyonlar ve metabolik veya hematolojik rahatsızlıklarda izlenmektedir (29). 1994'de Macintosh ve arkadaşları(30) plesantada üretilen bir glikoprotein olan ve Down sendromunda normalden düşük düzeyde bulunan PAPP-A'nın I. trimesterde yararlı bir maternal

serum Down sendromu belirteci olacağını yayınlamışlardır. Bununla birlikte 1992 yılında, Nicolaides ve arkadaşları(31) fetusa ait ‘nuchal translucency’ ile kromozomal anormallikleri arasında ilişki olduğunu savunmuştur. Nicolaides ve arkadaşlar 1994’de, 10–14 haftalık ve tek fetus taşıyan gebelerde yaptıkları çalışma (32) ile Down’s sendromundan etkilenmiş bebeklerin %84 ile etkilenmemişlerin %4.5’inde ‘nuchal translucency’nin 2.5–3 mm’ den daha fazla olduğunu belirlemişlerdir. Böylece, PAPP-A ölçümü+Free- hCG ölçümü+‘nuchal translucency’ ölçümü ile 11–14. hamilelik haftalarında yeni bir tarama testi ortaya konmuştur. Yapılan çalışmalarda bu üçlü tarama testinin %5 yanlış pozitifliğe karşı, özgünlüğünün %80’e çıktığı gösterilmiştir (33).

2.1.10. Üçlü Tarama Testi

İkinci trimesterde kromozomal anomalileri taramak için kullanılan üçlü tarama testi, MSAFP, hCG ve unkonjuge östriol (uE3) seviyelerinin ölçülmelerini kapsar (34). Günümüzde üçlü tarama testleri prenatal risk değerlendirilmesi amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır (35). 16–18. gebelik haftası (GH) arası gebelerde yapılan Üçlü Tarama Testinin (AFP, hCG, E3) % 5 yalancı pozitiflik oranı ile % 60 doğruluk oranı olduğu bilinmektedir (36,37,38). Günümüzde laboratuvar uygulamalarında Üçlü Tarama Test riski biparietal diameter (BPD) ölçümlerine göre hesaplanmaktadır. Esas geçerli risk düzeltilmiş gebelik haftasına (BPD ölçümü ile saptanan) göre hesaplanır (36). Tarama testlerinde yüksek AFP tespit edilen ancak nöral tüp ve batın ön duvarı defektleri ile kromozomal anormallikleri dışlanan gebelerde, düşük doğum kilosu, erken doğum, IUGG, oligohidromnios, fetal distress, gebeliğin indüklediği hipertansiyon ve fetal-neonatal ölüm gibi olası komplikasyonların daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Kromozomal açıdan normal olan ancak yüksek HCG seviyesinin, gebeliğin indüklediği hipertansiyon ile ilişkili olduğu sanılmaktadır. Normalden yüksek HCG seviyelerinin, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, IUGG gibi komplikasyonlar için uyarıcı olması gerektiği vurgulanmıştır. Düşük uE3 seviyeleri ise gebeliğe bağlı hipertansiyon, IUGG ve intrauterin fetal ölüm ile ilişkili bulunmuştur (34).

Prenatal değerlendirmede, tarama testlerinin önemi giderek artmakta ve daha yaygın kullanım alanı bulmaktadır. Fetal anomaliler ile maternal serum hormon düzeyleri arasındaki ilişki ilk olarak 1970'li yıllarda NTD'li (nöral tüp defekti) fetüslerin annelerinde yapılan çalışmada maternal serum ve amniotik sıvıda AFP düzeylerinin yüksek bulunması ile gösterildi (39). Tüm gebe kadınlar nöral tüp defekti, trizomi 21 ve trizomi 18 açısından değerlendirilmelidir; çünkü tüm down sendromlu çocukların annelerinin %25-35'i 35 yaşın üzerinde olup, %70-80'e varan oranlarda genç anne çocuklarıdır(40)

1980'li yılların ortasına kadar Down sendromu riski için tek tarama testi anne yaşı olup 35 yaş ve üzerindeki gebeliklerde Down sendromunu saptayabilmek için amniyosentez veya koryonik villus aspirasyonu önerilmekteydi. Ancak bilindiği gibi Down sendromlu bebeklerin sadece % 20-25'i 35 yaş ve üzerindeki gebeliklerden doğarken % 80'i 35 yaş altındaki gebeliklerden doğmaktadır(41). Dolayısıyla bu grup gebelerin taranmasında etkin bir teste gereksinim duyulmaktadır. 1872'de Brock ve Sutcliffe (42) ilk kez açık nöral tüp defektlerinde (ANTD) amniotik sıvı AFP seviyelerinin (ASAFP) normal gebelere ait değerlerden yüksek olduğunu bildirdiler. Buna dayanarak açık nöral tüp defekti riski olan gebeliklerde ASAFP ölçümleri tanısal test olarak kullanılmaya başlandı. ASAFP yükselmesinin Santral Sinir Sistemi dışındaki bazı anomalilerde de bulunduğu anlaşıldı. 1973 yılında ANTD'de MSAFP yükseldiği rapor edildi. ASAFP tayini bir tanısal test olmakla beraber, MSAFP bir tarama testi olarak bugün tüm dünyada geniş olarak kullanılmaktadır (43). 1984 yılında Merkatz (44) anne serumunda AFP seviyesinin düşük olan gebelerde Trizomi 21 riskinin arttığını göstermiştir. Bu gelişmeden sonra 35 yaşın altındaki gebelere yönelik tarama yöntemleri yaygınlaşmıştır. Anne yaşı ile serum AFP değeri kombine edilerek değerlendirme yapıldığında 35 yaşın altındaki kadınlarda Down sendromunu saptama oran ı % 25-33 olurken, yalancı pozitiflik oranı % 5 civarında bulunmaktadır (45). Gebelik yaşının doğru tayin edilmesi koşulu ile çoğul gebelik dışındaki olgularda, fetal anomali yokluğunda yükselmiş MSAFP düzeylerinin, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği ve preterm doğum riskinde bir artış gösterdiği bildirilmektedir (46).

2.1.11. Ultrasonografi

İlk USG uygulamasına başlayalı yaklaşık 40 yıl gibi bir süre olmasına rağmen teknolojik gelişmeler sayesinde USG'nin daha kolay uygulanabilir ve fetus hakkında çok daha doyurucu bilgilere ulaşmamızı sağlar hale gelmiştir (47). USG muayenesinin sensitivitesi, klinik uygulamaya getireceği katkı ve USG muayenesinin güvenliği konusunda yapılan tartışmalar giderek açıklık kazanmakla beraber halen sürmektedir. Zararlı herhangi bir etkisi bugüne kadar ortaya konulamamasına rağmen, kullanım maliyeti de hesaba katılarak, gebeliğin belirli dönemlerinde bir tarama ve tanı yöntemi olarak kullanılması ve gereken olgularda gerektiği ölçüde yararlanılması genel bir yaklaşım olarak tavsiye edilmektedir (48).

Hangi sıklıkta kullanılması hususunda yapılan tartışmalar, daha ziyade maliyet hesabı üzerinde ve USG muayenesini yapan kişinin tecrübesi etrafında dönmektedir (28,48). Belirli gebelik dönemlerinde bir tarama testi olarak kullanılması konusunda tartışma yoktur. Sadece "Hangi sayıda ve hangi gebelik haftasında yapılmalıdır" sorusu üzerinde değişik görüşler mevcuttur. Bu anlamda rutin obstetrik takip sırasında sadece 20. gebelik haftası civarında tek bir ultrasonografik incelemenin yeterli olacağı ileri sürülmüştür. Bu görüşe karşı olanlar ise, USG'nin artık rutin muayene yöntemleri içinde yer alması gerektiğini ve gebelikte en az her trimesterde bir defa USG yapılmasını savunmaktadırlar (48,49).

Birinci trimester USG kullanımı başlıca iki amaç dâhilinde yapmak mümkündür: Temel muayene: Buradaki temel USG incelemede, fetusun bazı majör yapısal malformasyonları saptayabilir. Elde edilen bazı bulgular ise daha ileri bir USG muayenesinin yapılmasını önerebilir. İleri USG İncelemesi: Daha ileri bilgi ve deneyime sahip kişiler tarafından yapılmalıdır. Bunlar anemnez, klinik gelişme ve önceki USG bulgularıyla fetusun fonksiyonel ve anatomik defektlerinin ortaya çıkarılmasını sağlar (33).

Gebelik ihtimali olan bir olguda, birincil olarak idrar ya da kan tetkiki ile gebeliğin saptanması yerine transvaginal ultrasonografi yapılmasının yararı büyüktür. Böylece gebeliğin doğrulanması, viabilitenin belirlenmesi ve gebelik yaşlarının

saptanması imkân dâhiline girecektir. Bunu takiben kromozom anomali taraması için nukal test ve erken major fetal anomali taraması için 11–14 hafta ultrasonografisi yapılmalıdır. Ardından 18–20 gebelik haftasında geç dönemde kendini gösteren major ve minör anomali taraması için USG yapılmalıdır. Bu gebelik döneminden sonra yapılacak USG muayeneleri fetal gelişimin takibine yönelik olmalıdır ve buna yönelik olarak 32 ve 38. gebelik haftalarında yapılacak olan ultrasonografi muayenesi yeterli olacaktır. Fetal gelişim açısından önerilen ultrasonografi muayeneleri risk faktörü taşımayan gebeler için geçerlidir. Risk faktörü mevcut olanlar ya da tarama testlerinde pozitif bulgu saptananlar ise, probleme yönelik olarak izlenmelidir (49).

İlk trimesterde USG ile bazı majör fetal anomalilerin de tanısı konulabilir. Birinci trimesterde USG'nin yapısal anomalilerin tanısındaki duyarlılığı %60'iken, ikinci trimester taramanın eklenmesiyle bu duyarlılık % 80'e çıkarılmıştır (50).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin Üçlü Tarama Testi ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyini ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Süre

Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelere uygulanmıştır. Bu çalışma ulaşılmak istenilen denek sayısı tamamlanıncaya kadar Aralık 2006 ve Nisan 2007 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Örnek Sayısı ve Örnek Seçim Yöntemi

Kesitsel olarak planlanan bu araştırmanın evrenini, Afyon Kocatepe Üniversitesi Ahmet Necdet Sezer Araştırma ve Uygulama Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran gebeler oluşturmaktadır. Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerden 35. gebelik haftası ve daha büyük araştırmayı kabul eden 250 gebe araştırmaya dâhil edilmiştir.

3.4. Verilerin toplanması

Araştırma verileri anket formu aracılığıyla toplanmıştır. Gebelere uygulanan anket formu 41 sorudan oluşmaktadır. Bu anket formunda gebenin tanıtıcı özellikleri; yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence gibi sosyodemografik özellikleriyle ilgili sorular bulunmaktadır. Ayrıca ilk kaç yaşında gebe kaldığı, gebelik sayısı, ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktora gittiği, şu andaki gebelik haftası, gebeliği boyunca kaç kez doktora gittiği ve gebeliğin hangi sağlık kurumlarından takip

edildiği, gebelikte yapılan tarama testlerinden neleri bildiği, hangi tahlilleri yaptırdığı ve bu testler hakkındaki görüşlerini bildirdiği belirleyici bir anket formu (EK-I) uygulanmıştır.

3.5. Veri Toplama Formunun Uygulanması

Anket formları araştırma amaçlarına yönelik olup, katılımcıların yanıtlayabilecekleri açıklıkta hazırlanmıştır. Araştırmanın amacı katılımcılara açıklanmış ve kabul edenlere anket uygulanmıştır. Araştırma için Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıbbi Etik Kurul onayı alınmıştır. Formların doldurulmasında yüz yüze görüşme tekniği uygulanmıştır

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen İstatistik hesaplamalar SPSS istatistik programı kullanılarak elde edilmiştir. Kullanılan bazı istatistiksel yöntemler; ortalama değer, standart sapma, minimum ve maksimum değerler, yüzde oranları, Pearson Khi-kare testi ve student t-testidir. İstatistiksel anlamlılık ise $p < 0.05$ ile tanımlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Araştırmaya katılan 250 kişinin yaş ortalaması 25.35 ± 5.31 (min=16, maks=42)'dir. Tablo 1'de katılımcıların sosyo-demografik özelliklerin dağılımı görülmektedir. Eğitim düzeylerine bakıldığında ankete katılan gebelerin %40,8'i ilkokul mezunu olduğu görülmüştür. Meslek gruplarına bakıldığında %78,8 ev hanımı %18 ile devlet memuru görülmüştür. Gebelerin eşlerinin meslek grupları dağılımları %40,8 ile devlet memuru; %32,4 ile işçi oldukları görülmüştür, gebelerin: %88'inin sosyal güvencesi vardır.

Tablo 1: Sosyodemografik özelliklerine göre dağılım.

Yaş	Sayı	(%) Yüzde
16-20 yaş arası	57	22.8
21-24 yaş arası	66	26.4
25-28 yaş arası	68	27.2
29 yaş ve üzeri	59	23.6
Toplam	250	100.0

Eğitim Düzeyi	Sayı	(%) Yüzde
Okula gitmemiş	14	5.6
İlkokul mezun	102	40.8
Ortaokul mezun	28	11.2
Lise mezunu	50	20.0
Üniversite mezunu	49	19.6
Yüksek lisans ve doktora mezunu	7	2.8
Toplam	250	100.0

Meslek	Sayı	(%) Yüzde
Ev hanımı	197	78.8
Devlet memuru	45	18.0
işçi	4	1.6
Diğer	4	1.6
Total	250	100.0

Eş Meslek	Sayı	(%) Yüzde
Çalışmıyor	22	8.8
Devlet memuru	102	40.8
İşçi	81	32.4
Özel sektör çalışanı	45	18.0
Total	250	100.0

Sosyal Güvence	Sayı	(%) Yüzde
Yok	30	12.0
Var	220	88.0
Total	250	100.0

Gelir Durumu	Sayı	(%) Yüzde
Asgari ücretten az	38	15.2
Asgari ücret	78	31.2
Asgari ücretten fazla	134	53.6
Total	250	100.0

Tablo 2'de, Gebelerin sigara, alkol, herhangi bir alışkanlık yapıcı madde kullanıp kullanmadıklarının ve herhangi bir hastalıklarının olup olmadığıyla ilgili dağılımı verilmiştir; Buna göre; katılımcıların %88' i sigara kullanmadığı, %99,2' sinin alkol kullanmadığı, %99,6' sının da herhangi bir alışkanlık yapıcı madde kullanmadığı görülmüştür. %78' nin ise herhangi bir hastalığının olmadığı görülmüştür.

Tablo 2: Sigara, alkol ve alışkanlık yapıcı madde kullanımı ve var olan hastalıkların dağılımı.

Sigara	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	220	88.0
Evet	30	12.0
Total	250	100.0

Alkol	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	248	99.2
Evet	2	.8
Total	250	100.0

Alışkanlık Yapıcı Madde	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	249	99.6
Evet	1	.4
Total	250	100.0

Hastalık	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	195	78.0
Evet	55	22.0
Total	250	100.0

Tablo 3'de ankete katılan gebelerin ve eşlerinin kan gruplarının dağılımı verilmiştir. Buna göre; gebelerin %21,6' sı kendi kan gruplarını bilmediği; %29,2' sinin ise Eşinin kan grubunu bilmediği görülmüştür.

Tablo 3: Kadın ve eşlerinin kan gruplarının dağılımı.

Kan Grubu	Sayı	(%) Yüzde
Bilmiyor	54	21.6
A Rh (+)	97	38.8
A Rh (-)	6	2.4
B Rh (+)	12	4.8
B Rh (-)	2	.8
0 Rh (+)	39	15.6
0 Rh (-)	7	2.8
AB Rh (+)	30	12.0
AB Rh (-)	3	1.2
Total	250	100.0

Eş Kan Grubu	Sayı	(%) Yüzde
Bilmiyor	73	29.2
A Rh (+)	101	40.4
A Rh (-)	2	.8
B Rh (+)	18	7.2
B Rh (-)	4	1.6
0 Rh (+)	27	10.8
0 Rh (-)	10	4.0
AB Rh (+)	11	4.4
AB Rh (-)	4	1.6
Total	250	100.0

Tablo 4 'de katılımcıların obstetrik özelliklerine göre dağılım verilmiştir. Gebelerin % 29,2'si 0–1 yıl evli olup, %26,8 'inin ilk gebelik yaşı 25 yaş ve üzeri olduğu görülmüştür. Gebelerin % 55,2'si primipar oldukları saptanmıştır. Gebelerin %38,7'sinin iki gebelik arasındaki süre 2 yıl olarak görülmüştür. Gebelerin %89,2'si 38.-41.gebelik haftalar arasındadır.

Tablo 4: Obstetrik öykülerine göre dağılım.

Kaç yıldır evli	Sayı	(%) Yüzde
0-1 yıl	73	29.2
1-2 yıl	55	22.0
2-5 yıl	56	22.4
5 yıl üzeri	66	26.4
Total	250	100.0

İlk gebelik yaşı	Sayı	(%) Yüzde
16-19 yaş	64	25.6
20-21 yaş	54	21.6
22-24 yaş	65	26.0
25 yaş ve üzeri	67	26.8
Total	250	100.0

Kaçıncı gebelik	Sayı	(%) Yüzde
1.00	138	55.2
2.00	61	24.4
3.00	25	10.0
4.00	10	4.0
5.00	8	3.2
6.00	8	3.2
Total	250	100.0

İki gebelik arası süre	Sayı	(%) Yüzde
1 yıl	10	9.0
2 yıl	43	38.7
3 yıl	26	23.4
4 yıl	22	19.8
5 yıl ve üzeri	10	9.0
Total	111	100.0

Şu anki gebelik haftası	Sayı	(%) Yüzde
35	1	.4
36	7	2.8
37	19	7.6
38	36	14.4
39	62	24.8
40	114	45.6
41	11	4.4
Total	250	100.0

Tablo 5'de Gebelerin eğitim durumları ile ilk kez gebeliklerinin kaçınıcı haftasında doktora gittiği karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). 1–6 hafta arasında doktora giden gebelerin %78,6'sının üniversite mezunu ve üstü olduğu; %52'lik bir dilimle lise mezunlarının 1–6 haftasında ilk kontrole başvurduğu saptanırken; okula gitmemiş gebelerin %42,9'u ilk olarak gebeliğinin 13 hafta ve üzerinde ilk kadın doğum polikliniği kontrolüne gittiği saptanmıştır. Bu sonuçlara göre eğitim düzeyi yüksek gebelerin ilk poliklinik kontrole gitme haftası daha erken gebelik haftasında olduğu saptanmıştır.

Tablo 5: Eğitim durumuyla ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktora gidildiğini gösteren dağılım.

İlk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktora gittiği								
Eğitim Durumu	1-6 hafta		7-12 hafta		13 hafta ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Okula gitmemiş	3	21.4	5	35.7	6	42.9	14	100.0
İlkokul mezunu	35	34.3	42	41.2	25	24.5	102	100.0
Ortaokul mezunu	15	53.6	9	32.1	4	14.3	28	100.0
Lise mezunu	26	52.0	14	28.0	10	20.0	50	100.0
Üniversite ve üstü mezunu	43	76.8	12	21.4	1	1.8	56	100.0
Toplam	122	48.8	82	32.8	46	18.4	250	100.0
$X^2=35.89$ $p<0.001 (0.000)$								

Tablo 6'da Gebelerin eğitim durumları ile gebeliklerinde kaç kez doktora gittikleri karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). %53,6'lık bir dilimle üniversite ve üstü mezunlarının 11 defa ve üzeri kontrole gittikleri görülürken; %64,3'lük bir dilimle okula gitmemiş olan gebelerin 1–5 defa kontrole gittiği saptanmıştır. Eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerin poliklinik kontrolüne gitme sıklığında da artış görülmüştür.

Tablo 6: Eğitim durumuyla gebelikte kaç kez doktor kontrolüne gidildiğini gösteren dağılım.

Gebelik boyunca kaç kez doktora gittiği										
Eğitim Durumu	1-5 defa		6-8 defa		9-10 defa		11 defa ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okula gitmemiş	9	64.3	1	7.1	2	14.3	2	14.3	14	100.0
İlkokul mezunu	35	34.3	29	28.4	19	18.6	19	18.6	102	100.0
Ortaokul mezunu	5	17.9	17	60.7	5	17.9	1	3.6	28	100.0
Lise mezunu	12	24.0	12	24.0	16	32.0	10	20.0	50	100.0
Üniversite ve üstü mezunu	3	5.4	10	17.9	13	23.2	30	53.6	56	100.0
Toplam	64	25.6	69	27.6	55	22.0	62	24.8	250	100.0
$X^2=66.18$ $p<0.001 (0.000)$										

Tablo 7’de Gebelerin sosyal güvencelerine göre gebeliklerinde kaç kez doktor kontrolüne gittiklerini gösteren dağılım verilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Sosyal güvencesi olan gebelerin % 28,6’sı gebeliğinde 11 defa ve üzerinde doktor kontrolüne gittiği saptanırken, sosyal güvencesi olmayan %76,6 ‘sı sadece gebeliğinde 1–5 kez doktor kontrolüne geldiği saptanmıştır. Buna göre sosyal güvencesi olan gebelerin gebelik kontrollerine daha sık geldikleri belirlenmiştir.

Tablo 7- gebelerin sosyal güvencelerine göre gebelikte kaç kez doktor kontrolüne gidildiğini gösteren dağılım.

Gebelik boyunca kaç kez doktora gittiği										
Sosyal Güvence	1-5 defa		6-8 defa		9-10 defa		11 defa ve üzeri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	23	76.7	6	20.0	1	3.3	-	-	30	100.0
Var	41	18.6	62	28.2	54	24.5	63	28.6	220	100.0
Toplam	64	25.6	68	27.2	55	22.0	63	25.2	250	100.0
$X^2=49.37$ $p<0.001 (0.000)$										

Tablo 8’de Gebelerin polikliniğe esas başvuru nedenlerine göre ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktor kontrolüne gittiklerini gösteren dağılım verilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Gebelerin % 75,5’i gebeliklerin 1–6.cı haftasında gebe olup olmadığını öğrenmek için; %61,5’i gebeliklerinin 13 haftası ve sonrasında bebeklerinin cinsiyetini öğrenmek için; % 47,1’i gebeliklerinin 7–12 haftalarında gebelikleriyle ilgili tahlillerini yaptırmak için başvurmuştur. %46,3 ‘ü gebelik kontrolüne başkalarından aldıkları tavsiye üzerine 7–12.ci haftalarda başvurdukları saptanmıştır. İlk haftalarda gebeler hamile olup olmadıklarını öğrenmek için 7–12 hafta arasında da gebelik tahlillerini yaptırmak amaçla polikliniğine başvurmuşlardır.

Tablo 8: gebelerin polikliniğe esas başvuru nedenlerine göre ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktor kontrolüne gittiklerini gösteren dağılım.

Polikliniğe başvurmanızın asıl nedeni	İlk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktora gittiği								
	1-6 hafta		7-12 hafta		13 hafta ve		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebe olup olmadığını öğrenmek	77	75.5	24	23.5	1	1.0	102	100.0	
Bebeğimin cinsiyetini öğrenmek	2	15.4	3	23.1	8	61.5	13	100.0	
Gebeliğimle ilgili tahlilleri yaptırmak	16	47.1	16	47.1	2	5.9	34	100.0	
Başkalarından aldığım tavsiyeler üzerine	4	9.8	19	46.3	18	43.9	41	100.0	
Diğer	23	38.3	20	33.3	17	28.3	60	100.0	
Toplam	122	48.8	82	32.8	46	18.4	250	100.0	
$X^2=90.07$									
$p<0.001 (0.000)$									

Tablo 9’da Gebelerin sosyal güvence durumuna göre ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktor kontrolüne gittiklerini gösteren dağılım verilmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.001$). Sosyal güvencesi olan %54.5 lik dilimdeki gebelerin ilk olarak 1–6 hafta arasında gebe olup olmadığını öğrenmek için doktor kontrolüne gittiği görülürken, sosyal güvencesi olmayan %60’lık dilimdeki gebelerin 13 hafta ve üzerinde ilk kez doktor kontrolüne başkalarından aldığı tavsiyeler üzerine gittikleri saptanmıştır. Sosyal güvencesi olan gebeler ilk gebelik haftasında kontrole geldiği belirlenirken, sosyal güvencesi olmayan gebelerin daha ileri gebelik haftalarında doktor kontrolüne geldiği görülmüştür.

Tablo 9: Sosyal güvence durumuna göre ilk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktor kontrolüne gittiklerini gösteren dağılım.

Sosyal Güvence	İlk olarak gebeliğin kaçınıcı haftasında doktora gittiği								
	1-6 hafta		7-12 hafta		13 hafta ve üzeri		Toplam		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Yok	2	6.7	10	33.3	18	60.0	30	100.0	
Var	120	54.5	72	32.7	28	12.7	220	100.0	
Toplam	122	48.8	82	32.8	46	18.4	250	100.0	
$X^2=44.47$									
$p<0.001 (0.000)$									

Tablo 10’da Eğitim durumuyla gebelik takibinde tarama testlerinin hangisinin, ne zaman yapılacağını gösteren dağılım verilmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Okula gitmemiş gebelerin % 78,6’sı gebelik takibinde tarama testlerinin hangisinin, ne zaman yapılacağını neye göre karar verileceği konusunda bilgisinin olmadığı saptanırken, ilk okul mezunu gebelerin de %60,8’inin yine bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Lise mezunlarının % 54’ü gebelik haftasına göre demiş, Üniversite ve üstü mezunların %78,6’sı da gebelik haftasına göre cevabını vermişlerdir. Buna göre eğitim düzeyi yükseldikçe gebelik takibinde tarama testlerinin hangisinin, ne zaman yapılacağını neye göre karar verileceği konusunda daha bilgili oldukları saptanmıştır.

Tablo 10: Eğitim durumuyla Gebelik takibinde tarama testlerinin hangisinin, ne zaman yapılacağını gösteren dağılım

Eğitim Durumu	Tarama testlerinin yapılmasında neye göre karar verilir									
	Bilmiyorum		Gebeliğin haftasında göre		Doktorun önerisine göre		Annenin yaşına göre		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okula gitmemiş	11	78.6	1	7.1	2	14.3	-	-	14	100.0
İlkokul mezunu	62	60.8	15	14.7	25	24.5	-	-	102	100.0
Ortaokul mezunu	14	50.0	9	32.1	4	14.3	1	3.6	28	100.0
Lise mezunu	12	24.0	27	54.0	11	22.0	-	-	50	100.0
Üniversite ve üstü mezunu	1	1.8	44	78.6	9	16.1	2	3.6	56	100.0
Toplam	100	40.0	96	38.4	51	20.4	3	1.2	250	100.0
$X^2=94.15$ $p<0.001 (0.000)$										

Tablo 11’de Gebelerin gelir durumuna göre, gebelik takiplerinde tercih ettikleri sağlık kurumlarının dağılımları verilmiştir. Devlet hastanesine giden gebelerin %59,4’ünün gelir düzeyi asgari ücretten fazla olan gebelerdir. Sağlık ocağına giden gebelerin %53,8’i gelir düzeyi asgari ücretten düşük olan gebelerdir. Özel hastane kontrolüne giden gebelerin %100’ü gelir düzeyi asgari ücretten fazla, özel Dr. Muayenesine giden gebelerin %78,1 ‘inin gelir durumu asgari ücretten fazla olan gebelerdir. Doğum evi polikliniğine tercih eden gebelerin %58’inin gelir durumu asgari ücret düzeyindedir. Üniversite hastanesinde gebelik kontrollerinin yapılmasını tercih eden gebelerin %65,8’inin gelir durumunun asgari ücretten fazla olduğu saptanmıştır.

Tablo 11: Gelir durumuna göre gidilen kurumların dağılımı.

	Gelir Durumu							
	Asgari ücretten az		Asgari ücret		Asgari ücretten fazla		Toplam	
Gidilen kurum	n	%	n	%	n	%	n	%
Devlet Hastanesi	8	11.6	20	29.0	41	59.4	69	100.0
$X^2=1.57, p>0.05 (0.457)$								
Sağlık Ocağı	28	53.8	18	34.6	6	11.5	52	100.0
$X^2=86.43, p<0.001 (0.000)$								
Özel Hastane	-	-	-	-	10	100.0	10	100.0
$X^2=9.02, p<0.05 (0.011)$								
Özel Dr. Muayenesi	1	3.1	6	18.8	25	78.1	32	100.0
$X^2=9.46, p<0.01 (0.009)$								
Doğum Evi Polikliniği	19	27.5	40	58.0	10	14.5	69	100.0
$X^2=58.63, p<0.001 (0.000)$								
Üniversite Hastanesi	15	8.0	49	26.2	123	65.8	187	100.0
$X^2=51.62, p<0.001 (0.000)$								
Toplam	38	15.2	78	31.2	134	53.6	250	100.0

Tablo 12’de Eğitim durumuna göre gebelik takibinde tarama testlerinin gerekliliği üzerine verilen cevapların dağılımı verilmiştir. İstatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0.001$). Anketimizde gebelik takibinde tarama testleri yapılmalı mıdır? Sorusuna, hiç okula gitmemiş olan gebeler % 14.3 oranıyla evet yanıtını verdikleri görülmüştür. İlkokul mezunu gebeler % 44.1 oranıyla evet derken, üniversite ve üstü mezunu olan gebeler ise %91.1 oranıyla evet yanıtını vermişlerdir. Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça gebeler gebelik takibinde tarama testlerinin yapılmasını gerekli görmüşlerdir.

Tablo 12: Eğitim durumuna göre gebelik takibinde tarama testlerinin gerekliliği üzerine verilen cevaplarına dağılımı.

Eğitim Durumu	Gebelik takibinde tarama testleri yapılması gerekli midir?									
	Hayır		Evet		Kararsızım		Bilmiyorum		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Okula gitmemiş	2	14.3	2	14.3	1	7.1	9	64.3	14	100.0
İlkokul mezunu	6	5.9	45	44.1	8	7.8	43	42.2	102	100.0
Ortaokul mezunu	-	-	18	64.3	4	14.3	6	21.4	28	100.0
Lise mezunu	2	4.0	35	70.0	2	4.0	11	22.0	50	100.0
Üniversite ve üstü mezunu	2	3.6	51	91.1	2	3.6	1	1.8	56	100.0
Toplam	12	4.8	151	60.4	17	6.8	70	28.0	250	100.0
$X^2=56.03$ $p<0.001 (0.000)$										

4.2. Kan ve İdrar Tahlili ile ilgili Bulgular;

Tablo 13’de Gebelikte hastanede yapılması gereken kan ve idrar tahlillerinin gebelerin bilip bilmemelerine göre dağılımı verilmiştir. Gebelerin % 37,2’sinin ikili tarama testini, %42,8’inin üçlü tarama testinin yapıldığını bildiği saptanmıştır. %66,4’ü ultrason yapıldığını, %44’ü tam kan sayımının yapıldığını, %45,6’sının idrar tahlili yapıldığını, %32,4’ü idrar kültürünü, %29,2’sinin sarılık testini, %9,2’sinin kızamıkçık testi yapıldığını, %16,8’i toksoplazma enfeksiyonunu, %13,2’si kan grubuna bakıldığını, %29,6’sı açlık kan şekeri bakıldığını, %1,6’sı herpes virüs taramasını, %2,8’i Sitomegalavirüs taramasının yapıldığını bildiği saptanmıştır.

Tablo 13: Hastanede, gebelikte yapılması gereken kan ve idrar tahlillerinin gebelerin bilip bilmemelerine göre dağılımı.

İkili tarama testi	Sayı	(%) Yüzde
Biliyor	93	37.2
Bilmiyor	157	62.8
Üçlü tarama testi		
Biliyor	107	42.8
Bilmiyor	143	57.2
Ultrason		
Biliyor	166	66.4
Bilmiyor	84	33.6
Tam kan sayımı		
Biliyor	110	44.0
Bilmiyor	140	56.0
İdrar tahlili		
Biliyor	114	45.6
Bilmiyor	136	54.4
İdrar kültürü		
Biliyor	81	32.4
Bilmiyor	169	67.6
Sarılık testi		
Biliyor	73	29.2
Bilmiyor	177	70.8
Kızamıkçık		
Biliyor	24	9.6
Bilmiyor	226	90.4
Toksoplazma		
Biliyor	42	16.8
Bilmiyor	208	83.2
Kan grubunun belirlenmesi		
Biliyor	33	13.2
Bilmiyor	217	86.8
Açlık kan şekeri ölçümü		
Biliyor	74	29.6
Bilmiyor	176	70.4
Herpes virüsü		
Biliyor	4	1.6
Bilmiyor	246	98.4
Sitomegalavirüs		
Biliyor	7	2.8
Bilmiyor	243	97.2

Tablo 14’de Gebelerin, Gebelikleri süresince yaptırdıkları tahlillerin dağılımı verilmiştir. Gebelerin %38,8’i gebelerinde kendisine tahlil yapıldığını fakat bu tahlillerin ne olduğunu bilmediğini belirtmiştir. %40,8’ine ikili tarama testinin yapıldığı, %40,8’ine üçlü tarama testi yapıldığı, %64,4 ‘üne ultrason, %39,2’ sine tam kan sayımı, %50,8’ine idrar tahlili, %38,4’üne idrar kültürü, %28,4’üne sarılık testi, %7,6’sına kızamıkçık, %18,8’ine toksoplazma enfeksiyonu, %12,8’ine kan grubu belirlenmesi, %36,4’üne Açlık kan şekeri ve şeker tarama testinin yapıldığı, %0,8’ine herpes virüs taramasının yapıldığı, %0,4’üne sitomegalavirüs taraması, %9,2’ sine de daha başka tahliller de yapıldığı saptanmıştır.

14- Gebelerin gebelik süresince yaptırdıkları tahlillerin dağılımı

Tahlil yapıldı fakat	Sayı	(%) Yüzde
Ne olduğunu bilmiyor	97	38.8
Ne olduğunu biliyor	153	61.2
İkili tarama testi		
Yapıldı	102	40.8
Yapılmadı	148	59.2
Üçlü tarama testi		
Yapıldı	102	40.8
Yapılmadı	148	59.2
Ultrason		
Yapıldı	161	64.4
Yapılmadı	89	35.6
Tam kan sayımı		
Yapıldı	98	39.2
Yapılmadı	152	60.8
İdrar tahlili		
Yapıldı	127	50.8
Yapılmadı	123	49.2
İdrar kültürü		
Yapıldı	96	38.4
Yapılmadı	154	61.6
Sarılık testi		
Yapıldı	71	28.4
Yapılmadı	179	71.6
Kızamıkçık		
Yapıldı	19	7.6
Yapılmadı	231	92.4
Toksoplazma enfk		
Yapıldı	47	18.8
Yapılmadı	203	81.2
Kan grubunun belirlenmesi		
Yapıldı	32	12.8
Yapılmadı	218	87.2
Açlık kan şekeri ölçümü		
Yapıldı	91	36.4
Yapılmadı	159	63.6
Herpes virüsü		
Yapıldı	2	0.8
Yapılmadı	248	99.2
Sitomegalavirüs		
Yapıldı	1	0.4
Yapılmadı	249	99.6
Diğer		
Yapıldı	23	9.2
Yapılmadı	227	90.8

4.3. Tansiyon Ölçümleri ile ilgili Bulgular;

Tablo 15'te Gebelerin gebelik döneminde tansiyon ölçümleri ile ilgili sorulara verdiği yanıtların dağılımı verilmiştir. Gebelerin % 71,2 'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmesi gerektiğini belirtirken, %5,2'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmemelidir demiştir. %37,2' si gebelik takibinde tansiyon ölçülme sıklığı ile ilgili bilgiye sahip olmadığı saptanırken, %22,4' ü iki haftada bir gebelikte tansiyon ölçülmesi gerektiğini belirtmiştir. Gebelerin % 90'ının tansiyonu ölçüldüğü saptanırken, %67,2' sinin her kontrole geldiğinde tansiyonunun tekrar ölçüldüğü saptanmıştır

Tablo15: Gebelikte tansiyon ölçümleriyle ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

Gebelik takibinde sizce tansiyon ölçülmeli mi?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	13	5.2
Evet	178	71.2
Kararsızım	10	4.0
Bilmiyorum	49	19.6
Total	250	100.0

Ne sıklıkla tansiyon ölçülmeli?	Sayı	(%) Yüzde
Bilmiyorum	93	37.2
Günde 1	19	7.6
Haftada 1	21	8.4
İki haftada 1	56	22.4
Ayda 1	49	19.6
Her kontrolde	12	4.8
Total	250	100.0

Sizin gebeliğinizde tansiyon ölçüldü mü?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	25	10.0
Evet	225	90.0
Total	250	100.0

Her gebelik kontrolünde tansiyon ölçüldü mü?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	82	32.8
Evet	168	67.2
Total	250	100.0

4.4. Şeker Ölçümü İle İlgili Bulgular;

Tablo 16 da Gebelerin gebelikte şeker ölçümleriyle ilgili verdikleri cevapların dağılımını görülmektedir. Ankete katılan gebelerin % 51.2' si şeker testi yapılmalıdır derken, % 35.6' sı şeker testi ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır.% 8'i ise gebelikte şeker testi yapılmamalıdır derken, % 5.2' si şeker testi yapılmasının gerekliliği hakkında kararsız kalmıştır. Ankete katılan gebelerin % 55.6' sına şeker testi yapılırken, %44.8'ine şeker yükleme testide yapılmıştır.

Tablo 16: Gebelikte şeker ölçümleriyle ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

Gebelikte şeker testi yapılmalı mıdır?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	20	8.0
Evet	128	51.2
Kararsızım	13	5.2
Bilmiyorum	89	35.6
Total	250	100.0

Size şeker testi yapıldı mı?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	78	31.2
Evet	139	55.6
Bilmiyorum	33	13.2
Total	250	100.0

Size şeker içirilip şeker yükleme testi yapıldı mı?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	119	47.6
Evet	112	44.8
Bilmiyorum	19	7.6
Total	250	100.0

4.5. İkili Tarama Testi İle İlgili Bulgular;

Tablo 17 de Gebelerin ikili tarama testi ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı verilmiştir. Ankete katılan gebelerin % 35,2 ' i ikili tarama testini biliyorken, % 64,8' ikili tarama testini bilmediklerini belirtmişlerdir. Sadece ikili tarama testini bilen gebelere yöneltilen sorular arasından İkili tarama testi nedir sorusuna % 65,9' u 11-14. gebelik haftasında ultrasonda bebeğin ense kalınlığının ölçülmesiyle kanda bazı hormonlara bakılmasıdır demiş, ikili tarama testine nasıl bakılır sorusuna %84.1

kanda ve ultrasonda bakılır demiştir. İkili tarama testini bildiğini belirten gebelere, ikili tarama testi her gebeye yapılmalı mıdır sorusuna % 79,5 evet derken % 9,1'i hayır demiştir.

Tablo 17: Gebelik ikili tarama ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

İkili tarama testini biliyor musunuz?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	162	64.8
Evet	88	35.2
Total	250	100.0

İkili tarama testi ne demektir?	Sayı	(%) Yüzde
11-14.gebelik haftalarında ultrasonda bebeğin ense kalınlığı	12	13.6
Dokroun muayene etmesi	3	3.4
11-14.gebelik haftalarında kanda bazı hormonlara bakılması	9	10.2
1 ve 3. maddeler	58	65.9
Diğer	6	6.8
Total	88	100.0

İkili tarama testi her gebeye yapılmalı mıdır?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	8	9.1
Evet	70	79.5
Kararsızım	6	6.8
Bilmiyorum	4	4.5
Total	88	100.0

İkili tarama testine nasıl bakılır?	Sayı	(%) Yüzde
Kanda bakılır	7	8.0
Kanda ve ultrasonda bakılır	74	84.1
Sadece ultrasonda bakılır	7	8.0
Total	88	100.0

4.6. Üçlü Tarama Testi ile İlgili Bulgular;

Tablo 18'de Gebelerin üçlü tarama testi ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı gösterilmektedir. Ankete katılan gebelerin % 40,4 'ü üçlü tarama testini biliyorken, % 59,6' sı bilmediklerini belirtmişlerdir. Sadece üçlü tarama testini bildiklerini belirten gebelere yönelttiğimiz Üçlü tarama testi ne demektir sorusuna %45,5' i kandaki bazı hormonlara ve ultrasonda bebeğin sağlığının değerlendirilmesidir cevabını verirken, yine üçlü tarama testini bilenlere yönelttiğimiz üçlü tarama testi ne zaman yapılır

sorusuna %93,1'i gebeliğin 4.- 5. ayları arasında cevabını vermiş, %62.4'ü üçlü tarama testine ultrasonda ve kanda bakılarak yapılır demiştir.

Tablo 18: Gebelerin üçlü tarama testi ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

Üçlü tarama (zeka) testini biliyor musunuz?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	149	59.6
Evet	101	40.4
Total	250	100.0

Üçlü tarama testi ne demektir?	Sayı	(%) Yüzde
Doktorun muayene etmesi	5	5.0
Kanda bazı hormonlara bakılarak bebeğin sağlığının değerlendirilmesi	31	30.7
Bebekte sakatlık olup olmadığına ultrasonda bakılması	16	15.8
Kandaki bazı hormonlara ve ultrasonda bebeğin sağlığının değerlendirilmesi	46	45.5
Diğer	3	3.0
Total	101	100.0

Üçlü tarama testi ne zaman yapılır?	Sayı	(%) Yüzde
Gebeliğin herhangi bir döneminde	6	5.9
Gebeliğin 4-5. ayları arasında	94	93.1
Doğuma yakın	1	1.0
Total	101	100.0

Üçlü tarama testi nasıl yapılır?	Sayı	(%) Yüzde
Kanda belli hormonlara bakılarak	26	25.7
Kan tahlili ve ultrasonda bakılarak	63	62.4
Doktorun karnımdan muayene ederek	7	6.9
Sadece ultrasonda bakarak	2	2.0
Diğer	3	3.0
Total	101	100.0

Tablo 19’da gebelerin üçlü tarama testi ile ilgili verdikleri cevapların dağılımının devamı verilmektedir. Üçlü tarama testinin anormal gelmesi halinde %47,5’i amniyosentez yapılmalı demiştir. %50,5’i üçlü tarama testinin yanılma oranı vardır demiştir

Tablo19: Gebelerin üçlü tarama testi ile ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

Üçlü tarama testi anormal gelirse ne yapılmalıdır?	Sayı	(%) Yüzde
Bilmiyorum	19	18.8
Kürtaj	15	14.9
Amniyosentez	48	47.5
Hiçbirşey yapılmaz	10	9.9
Test ve tahiller tekrar edilir	7	6.9
Diğer	2	2.0
Total	101	100.0

Üçlü tarama testinde yanılma oranı var mıdır?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	9	8.9
Evet	51	50.5
Kararsızım	4	4.0
Bilmiyorum	37	36.6
Total	101	100.0

4.7. Ultrason Takipleri ile İlgili Bulgular;

Tablo 20’de gebelerin, gebelikte ultrason ile ilgili verdikleri cevapların dağılımını verilmiştir.

Gebelerin %80’i gebelik döneminde ultrason takiplerinin yapıldığı belirtmiştir. Gebelerin %43.6 sı her kontrolde ultrason takibi yapılması gerektiğini düşünürken, %20.8 i doktor istediği zaman ultrason kontrolü yapar demiştir, %19.6 sı ise bu konuda herhangi bir bilgisinin olmadığını belirtmiş ve %12.8’i ayda bir kez ultrason kontrolü yapılmalıdır demiştir.

Tablo 20: Hastaların gebelikte ultrason ölçümleriyle ilgili verdikleri cevapların dağılımı.

Gebeliğinizde ultrason takiplerinizi yapıyor mu?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	50	20.0
Evet	200	80.0
Total	250	100.0

Ultrason takipleri hangi sıklıkla yapılır?	Sayı	(%) Yüzde
Bilmiyorum	49	19.6
Her kontrolde yapılır	109	43.6
Doktor istediği zaman	52	20.8
Ayda bir kez yapılır	32	12.8
Diğer	8	3.2
Total	250	100.0

Tablo 21'de Gebelere takipleri süresince yapılan ultrason kontrolü ile ilgili yöneltilen soruların dağılımı görülmektedir. Doktor her muayenede ultrason yapmalı mıdır sorusuna gebelerin %63,6'sı evet derken, % 20'si bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtmiş, % 11,2'si her kontrolde ultrason yapılmamalı derken, %5,2 'si bu konuda kararsız kalmıştır. Gebelerin gebelikleri boyunca % 36'sı 8–11 arasında ultrason kontrolü yapıldığını belirtirken, %24,4'ü 1–3 arasında ultrason kontrolü yapıldığını belirtmiş, %21,2 'sine 4-7 arasında ultrason kontrolü yapılmış, %18,4 'üne ise 12 defa ve üzerinde ultrason kontrolünün yapıldığını belirtmiştir. Gebelerin % 42'sine ultrason kontrolünden sonra ultrason raporu verilmiş, ultrason yapılmadan doktor elleriyle sizi muayene etti mi sorusuna % 85'i hayır demiştir. Gebelerin %74,4'ü bebeğinin kalp seslerinin dinlendiğini belirtmiş, %71,2 'si de gebeliğinde tetanoz aşılarının yapıldığını belirtmiştir

Tablo 21: Ultrason ile ilgili verilen cevapların devamı.

Her muayenede ultrason kontrolü yapılmalı mı?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	28	11.2
Evet	159	63.6
Kararsızım	13	5.2
Bilmiyorum	50	20.0
Total	250	100.0

Kaç kez ultrasonda muayene oldunuz?	Sayı	(%) Yüzde
1-3 defa	61	24.4
4-7 defa	53	21.2
8-11 defa	90	36.0
12 defa ve üzeri	46	18.4
Total	250	100.0

USG raporu verildi mi?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	145	58.0
Evet	105	42.0
Total	250	100.0

USG yapılmadan muayene oldunuz mu?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	214	85.6
Evet	36	14.4
Total	250	100.0

Bebegin kalp sesleri dinlendi mi?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	64	25.6
Evet	186	74.4
Total	250	100.0

Tetanoz aşısı yapıldı mı?	Sayı	(%) Yüzde
Hayır	72	28.8
Evet	178	71.2
Total	250	100.0

5.TARTIŞMA

Sağlıklı ve mutlu nesiller yetiştirmek her zaman düşünülen ve hedeflenen bir ilkedir. Kadın yaşamında önemli, uzun ve zahmetli bir süreç olan gebelik, ne kadar sağlıklı geçirilirse hedefe ulaşmak o kadar kolay olur. Bu hedefe ulaşırken bebeğin veya annenin sağlığını kontrol etmek amacıyla hamilelik süresince çeşitli testler yapılır. Anne ailenin en önemli ögesidir. Annenin karşılaştığı tüm riskler aileyi etkiler. Annenin gebelikteki sağlığı, bebeğin sağlığıyla doğrudan ilgilidir(8). Gebeler bu konuda bilgili olmalı, ayrıca tarama testleriyle ilgili neler bildiği belirlenip, eksik ve yanlış bilgilerinin giderilmesi gerekmektedir.

Gebeliğin saptanmasından itibaren düzenli aralıklarla yapılacak olan gebelik kontrolleri, gebelikte karşılaşılabilecek riskleri erken dönemde tanınması, ciddi sonuçlar gelişmeden önlenmesi veya tedavi edilmesine olanak sağlar (4). Sağlık Bakanlığı'nın, gebeliğin başlangıcından itibaren en az 6 kez izlenmesi hedef almıştır (51). 2005 yılında Türk Perinatoloji Derneği, gebelik takiplerinde ideal olan en son veri olarak, gebeliğin ilk anlaşıldığı günden sonraki haftalarda ayrıca 11–14. haftalarda, 22–24. haftalarda, 32. ve 38. haftalar olmak üzere bebeğin durumunu değerlendirmesi için toplam beş kez izlenmesi gerektiği belirtilmiştir (5). Bizim gebelerimizin %25,6'sı en az 1–5 kez takibe gelmiştir.

Türkiye'de Sağlık bakanlığı hastane kayıtlarına göre anne ölüm nedenlerinden ilk üç sırayı, gebelik ve loğusalık toksemileri (%41), kanamalar (%19,9) ve enfeksiyonlar (%5,5) almaktadır (52). Ülkemizde anne ve bebek ölümlerine yol açan nedenler; aşırı doğurganlık, doğumların sağlıklı koşullarda yapılmaması, diğer perinatal nedenler, doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yetersizlikleri, eğitim yetersizlikleri ve halkın kendi sağlığına sahip çıkmamasıdır (53).

Doğum öncesi bakıma ulaşmak ve kontrollerin sıklıkları yaşanan bölge için önemli yer tutmaktadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına(TNSA) (1998) göre kadınların %68'inin doğum öncesi bakım (DÖB) aldığı bildirilmiştir (54). TNSA 2003 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez DÖB hizmeti alma sıklığı %81'dir. Bu oran bölgeler arasında farklılık göstermektedir. Batıda her 100 gebeden 91'i DÖB alırken, Doğuda % 61'i bu hizmetten yararlanmaktadır. Orta Anadolu'da ise bu sıklık %80'dir (55). Gelişmiş ülkelerde en az bir izlem alan gebe

oranı %98,0 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %68'lere kadar düşmektedir (56). Bizim çalışmamızdaki gebelerimizin hepsi en az bir kez doğum öncesi kontrollerine gelmiştir.

Gebelerin doğum öncesi bakım almasını ve bakım sıklıklarını etkileyen faktörlerden biri sosyal güvencesinin olmamasıdır (57), ABD'de yapılmış bir çalışmada sosyokültürel yapı ve sosyal güvencenin yeterli antenatal bakım alma durumunu etkilediği, bu hizmetlerden yararlanan gebelerin ve bebeklerin neonatal bakım düzeylerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (58). Yurdakul ve Ezmeci (59) annelerin sosyal güvencelerinin olması da antenatal hizmet kullanımını arttırdığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda da; sosyal güvencesi olan gebelerin % 28,6'sı gebeliğinde 11 defa ve üzerinde doktor kontrolüne gittiği saptanırken, sosyal güvencesi olmayan gebelerin %76,6'sı gebeliğinde sadece 1-5 kez doktor kontrolüne geldiği saptanmıştır. Sosyal güvencenin gebelik takiplerinin sıklığını etkilediği saptanmıştır.

Doğum öncesi bakım almayı etkileyen diğer bir faktörse; gebenin ve eşinin eğitim düzeyidir (57,60). Yurdakul ve Ezmeci (59) gebelerin eğitim düzeyi yükseldikçe, antenatal hizmetleri kullanma oranının arttığı ve eğitim düzeyine göre antenatal hizmeti kullanım bakımından gruplar arasındaki farkın önemli olduğu saptanmıştır. Araştırma bulgumuza göre; %53,6'lık bir dilimle üniversite mezunlarının 11 defa ve üzeri kontrole gittikleri görülürken; %64,3' lük bir dilimle okula gitmemiş olan gebelerin 1-5 defa kontrole gittiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerin poliklinik kontrolüne gitme sıklığında da artış görülmüştür.

Doğum öncesi bakım almayı ayrıca gebenin gelir getiren bir işte çalışması (59,60), ailenin ekonomik durumu (61) gibi faktörlerde etkilemiştir. Bizim çalışmamızda takipli gebelerin %18'inin devlet memuru olduğu, %53,6'sının gelir düzeyinin asgari ücretten fazla olduğu saptanmıştır.

Kılıç ve Ezmeci (62) ikinci gebeliği olan annelerin %87,2'si antenatal hizmetleri kullandığını, çocuk sayısı artan annelerin antenatal hizmeti kullanma oranının azaldığını saptamıştır. Demir (63) az sayıda çocuğu olan gebelerin antenatal kontrole düzenli devam ettiğini, Yurdakul ve Özdağ'da (59) gebelik sayısı arttıkça kontrole gitme sayısında azalma olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda antenatal

hizmeti kullanan gebelerin %55,2'si ilk gebeliklerinde antenatal hizmet aldığı saptanmış, gebelik sayısı arttıkça Yurdakul ve Özdağ'ın çalışmasıyla uyumlu olarak antenatal bakım almada azalma olduğu saptanmıştır.

Uçar ve arkadaşları (64) gebelerin %91,5'i ilk gebelik tespiti için ilk 12 hafta içinde, Döner ve arkadaşları (65) gebelerin %40,4'ü ilk 12 hafta içinde gebelik tespitini yaptırdıklarını saptamışlardır. Uçar sonucun yüksek olmasını izlenen gebelerin eğitim durumlarının genel topluma göre yüksek olması ile açıklamıştır. Çalışmamızda gebelerin ilk 12 hafta içinde %99'u gebelik tespitini yaptırdıkları saptanmıştır.

Kılıç ve Ezmeci'nin (62) çalışmasında annelerin en son gebeliklerinde antenatal bakım aldıkları kaynaklar incelendiğinde; %34,3'ünün sağlık Ocağı, %32,2'sinin sağlık ocağı ve diğer kurumlar, %29,5'inin özel doktor, %2,2'sinin hastane ve %1,8'inin evde ebe izlemiyle antenatal bakım aldığı saptanmıştır. Yurdakul ve Özdağ (59) ise antenatal kontrole gidilen kurumlar içerisinde; özel hekimi %37,5, hastaneyi %28,4 ve sağlık Ocaklarını %21 olarak bulmuştur. Yurdakul ve Özdağ'ın (59) araştırma bulgusuna göre antenatal hizmetler için sağlık ocağı kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin, gebelik takiplerinin yapılmasında tercih ettikleri sağlık kuruluşlarına gelir düzeylerinin etkisi olduğu saptanmıştır. Devlet hastanesine giden gebelerin %59,4'ünün gelir düzeyi asgari ücretten fazla, sağlık ocağına giden gebelerin %53,8'inin gelir düzeyi asgari ücretten düşük olduğu saptandı. Üniversite hastanesinde gebelik kontrollerinin yapılmasını tercih eden gebelerin %65,8'inin gelir durumunun asgari ücretten fazla olduğu saptanmıştır.

Gebelere ve eşlerine İlk antenatal kontrolde mutlaka kan grubu istenmelidir (8). Gebeler ve eşleri kan gruplarını bilmelidir. Canbaz ve arkadaşlarının (66) çalışmasında gebelerin %1,9'u kendisinin kan grubunu bilmediği, %4,8'i eşinin kan grubunu bilmediği saptanmıştır, çalışmamızda gebelerin % 21,6'si kendi kan grubunu bilmediği, % 29,2'sinin eşinin kan grubunu bilmediği saptanmıştır. Çalışma sonucumuzun yüksek yüzdede olmasını gebelerimizin Canbaz ve arkadaşlarının çalışmasına göre eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlanmıştır. Çalışmamızda gebelerin %39,2'sinin kan gruplarına bakılmış, bu oranın az olması kan gruplarını bilen gebelere rutinde tekrar kan grubu bakılmamış olduğunu göstermektedir.

Ergöçmen ve Coşkun'un çalışmasında (67) gebelerin takiplerinde % 89'unun tansiyon ölçümü yapıldığı saptanmış, bizim çalışmamızda gebelerimizin %71,2'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmesi gerektiğini bildiği ve %90'nının tansiyon ölçümünün yapıldığı saptanmıştır. Çalışmamız Ergöçmen ve Coşkun'un çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Ergöçmen ve Coşkun (67) İdrar ve kan tahlili yapılan gebelerin yüzdesini sırayla %73 ve %77 olarak bulmuştur. Bizim çalışmamızda; idrar tahlili ve kan tahlili yapılan gebelerimiz sırasıyla % 89,2 ve %39,2'dir. Bu sonuçlara göre idrar tahlilinin hemen hemen gebeye yapıldığı ortaya çıkmaktadır.

Antenatal takipte gebelere ilk kontrolünde açlık şekeri testi yapılmalıdır (3). Bizim gebelerimizin %55,6'sına kan şekeri bakılmıştır. Gebeliğin 24–28.ci haftalar arasında gestasyonel diyabet taraması yapılmalıdır (26). Bizim gebelerimizin %44,8'i gestasyonel diyabet taraması yapılmıştır.

Gebelik döneminde bulaşması halinde intrauterin enfeksiyonlara sebep olan TORCH enfeksiyon tahlilleri ülkemizde rutin olarak yapılmamakta ancak, bireysel ve kurumsal uygulama farklılıkları söz konusudur(3). Çalışmamızdaki gebelerin sadece %27,6'sına TORCH enfeksiyon tahlilinin yapıldığı saptanmış, bu değer az oluşu hastanemizde ve ülkemizde rutinde TORCH enfeksiyon tahlilinin yapılmaması ve ülke politikaların farklılıklarına (3) bağlanmıştır.

Tüm gebelere ilk başvuru sırasında hepatit-B bakılmalıdır(3). Gebelerimizin %28,4'üne hepatit B tahlilinin yapıldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da gebelere yapılan bulaşıcı enfeksiyon tahlillerinin tüm gebelere yapılmadığı saptanmıştır.

Kromozom anomalisi tespit edilmiş bir fetüsün tahliyesi, gebeliğin ilerlemesi ile tıbbi olarak daha zor bir hale gelmekte ve müdahalenin boyutunu büyütmektedir (14). Ana hedefi down sendromu açısından riskli yüksek gebeleri ayıklamak olan, gebeliğin 11–14 haftalar arasında ultrasonda bebeğin ense kalınlığının ölçümü ile kanda bazı hormonlara bakılarak ve erken gebelik haftasında yapılmasıyla daha büyük avantaja ve güvenilirliğe sahip olan ikili tarama testi gebelere yapılmalıdır (3). Gebelerin ikili tarama testiyle ilgili bilgileri olmaları gerekmektedir. Bizim çalışmamızda gebelerin %40,8'ine ikili tarama testi yapılmıştır. Toplum sağlığı ve koruyucu hekimlik adına büyük önemi olan doğum öncesi tanı çalışmalarında

öncelikle kromozomal anomali risk faktörlerinin bilinmesi ve bu faktörlere bağlı olarak fetusun etkilenme olasılığının belirlenmesi gereklidir(36).

Üçlü tarama testi 16-18 gebelik haftaları arasında yapılan bir tarama olup rutin olarak uygulanmaktadır. Gebeliklerde Down sendromu yakalama oranı %60–65 iken %5 yanlış pozitiflik verebilmektedir. Bizim gebelerimizin %40,4'ü üçlü tarama testini bildiği, %50,5'i üçlü tarama testinin yanılma oranını bildiğini bildiği saptanmıştır.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 verilerine göre (55) DÖB alan gebelerin %91'inde en az bir kere ultrasonografi yapıldığı saptanmış, Mısırlıoğlu E.D. ve arkadaşları (56) çalışmasında gebelerin %94,4'üne en az bir kez USG yapıldığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda gebelerin %24,4 'üne gebelikleri süresince en az 1–3 arasında USG yapıldığı saptanmıştır. Çalışmamızda her muayenede gebelerin %63,6'sına USG yapılmıştır. Gebelerin USG'ye sıklıkla diğer tanısal veya tarama amacıyla yapılan tetkiklere göre daha çok başvurma nedenleri; ailenin USG'yi tetkikler içinde en önemlisi olarak görmesi, bebeğin cinsiyetini öğrenme isteği, doktorun gebe ve ailesini rahatlatmak isteği, gebenin kendini güvende hissetmesi gibi nedenler olabilir.

Araştırmamıza katılan gebelerin doğum öncesi takiplerine geldikleri belirlenmiştir. Ancak gebelerin tarama testlerini yaptırıp yaptırmamasına daha çok eğitim düzeyi, sosyal güvence ve ekonomik düzeyinin etkili olduğu belirlenmiştir. Sosyal güvencesi olmayan, dar gelirlili ve eğitim düzeyi düşük gebelerimizin yeterli takiplere gelmediği ve yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir. Eğitim düzeyi çok düşük olan gebelerimizin %64,3'ü tarama testlerinin yapılmasının gerekliliği konusunda bilgi sahibi olmadığını belirtmesi ve gebelerin gebelik sayılarının artmasıyla gebelik takipleri konusunda deneyimli olması beklendiği halde, gebelik takiplerinin sıklığında azalmanın olması, gebelerin tarama testleriyle ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarını düşündürmüştür.

Araştırmamızda elde edilen verilerin kayıtlardan değil de katılımcıların aktardığı şekilde yer alması ve sayının 250 ile sınırlı kalması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Gebelerin Üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer testler hakkında bilgi düzeyinin ölçülebilmesi için geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır

Bu sonuçlar, sağlık bakım hizmeti almaları esnasında konumu ne olursa olsun

tüm gebelere DÖB esasları konusunda bilgilendirmenin ve hatırlatmalarda bulunmanın duyarlılığın artırılmasında gerekli ve yararlı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca toplum bütününe kapsayacak sağlık sigorta sisteminin varlığı ile yaygın ve kolay ulaşılabilir sağlık hizmetlerinin verilmesi, eğitim düzeyinin arttırılması ile DÖB'ın iyileştirilmesinin mümkün olabileceği düşünülmektedir

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine gebelerimizin antenatal kontrolleri için en az 1–5 kez geldikleri saptanmıştır.
2. Gebelerimizin eğitim düzeyleri yükseldikçe antenatal kontrole ilk başvurdukları gebelik haftasında (ilk altı haftada) ve gebelik takiplerine gelme sıklığında artış gözlenmiştir. Eğitim durumu gebelik takipleri üzerinde önemli etkisinin olduğu düşünülmüştür.
3. Eğitim düzeyi düşük olan gebelerimizin gebelikte yapılacak olan tarama testlerinin hangi gebelik haftalarında yapılacağına dair bilgilerinin olmadığı, ayrıca gebelikte yapılması gereken tarama testleriyle ilgili de bilgilerinin olmadığı saptanmıştır.
4. Sosyal güvencesi olan gebelerin poliklinik kontrolüne erken gebelik haftalarında başvurdukları saptanmıştır. Aynı zamanda sosyal güvencenin poliklinik kontrolüne gitme sıklığını da etkilediği saptanmıştır.
5. Gebelerin %75,5'i gebeliklerinin ilk haftalarında polikliniğe başvurma nedeni olarak; gebe olup olmadıklarını öğrenmek için olduğunu belirtmiş, %47,1'i ise ilk kontrolüne 7–12 haftalar arasında tarama testlerini yaptırmak amaçlı gittiği saptanmıştır.
6. Çalışmamızdaki gebelerin %53,6'sı asgari ücret düzeyinden fazla gelir elde etmektedirler. Gelir düzeyi yüksek olan gebelerin %91,8'i gebelik takiplerini yaptırmak için üniversite hastanesini tercih etmişlerdir. Gelir düzeyiyle tercih edilen sağlık kurumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
7. Gebelerimizin hastanede yapılması gereken kan ve idrar tahlillerinden %37,2'si ikili tarama testini, %42,8'i üçlü tarama testini, %44'ü tam kan sayımını, %29,6'sı açlık kan şekeri ölçümünü, %45,6'sı tam idrar tahlilini, %32,4'ü de idrar kültürüne bakılması gerektiğini bildiği saptanmıştır.
8. Gebelerin gebelikleri süresi içerisinde; %40,8 ine ikili tarama testi ve üçlü

tarama testinin yapıldığı, %39,2'sine tam kan sayımının yapıldığı, %36,4'üne açlık kan şekeri ve şeker tarama testi yapıldığı, %50,8'ine idrar tahliline bakıldığı, %34,8'ine idrar kültürü bakıldığı saptanmıştır. Gebelerin %38,8'i tahlil yapıldığını fakat tahlillerin neler olduğunu bilmediği saptanmıştır. Tarama testleri anomalili bebek doğumunu çok önemli ölçülerde azaltmaktadır. Bu nedenle, yapılmaları yararlı ve gereklidir.

9. Gebelerin %55,6'sına şeker testi yapıldığı, %44,8'ine şeker yükleme testide yapıldığı saptanmıştır. Gebelerin %51,2'sinin şeker tarama testinin yapılmasının gerekli olduğunu bildiği saptanmıştır
10. Gebelerin %80'ine gebelikleri boyunca ultrason takiplerinin yapıldığı saptanmış, %43,6'sının her kontrolde ultrason yapılması gerektiğini vurgulamıştır. Gebelerin ultrason kontrolü yapılmasına dair beklentilerinin fazla oluşu, ultrasonun her kontrolde yapılması gereken bir takip yöntemi haline getirdiği düşünülmüştür.

Doğum öncesi ve sonrası dönemde fetüs, yeni doğan ve bebek mortalitesini azaltmak için antenatal bakım hizmetlerinin daha ileriye götürülmesi esastır. Anne ve bebek ölümlerinin düzeyi, genelde bir toplumdaki sağlık hizmeti düzeyini ve genel yaşam koşullarını yansıtır. Bu hizmet ve koşullar doğum öncesi ve doğum sonrası olarak ikiye ayrılırlar da bir bütünü oluşturan parçalardır. Doğum öncesi verilen hizmetin doğumdan sonrasını da etkilemesi beklenen bir gözlemdir.

Doğum öncesi bakım almamış gebeler gebelikte izlenmiş olanlara göre; doğumda birkaç kat daha fazla riski taşır. Sağlık hizmetinden yararlanan grup, yararlanmayanlara göre eğitim düzeyi daha yüksek, daha iyi sosyal ve fizik çevreye sahiptir. Doğum öncesi bakım almayan grup her açıdan en riskli gruptur. Anne adayını, gebelik öncesi içinde bulunduğu koşullar ve taşıdığı riskler etkiler. Bu riskler dikkate alınarak anne adayını, tüm gebelik süresince oluşabilecek olumsuz durumlardan en iyi şekilde korunmalıdır. Bu nedenle gebelerin, sağlıklı gebelik sürmesi ve doğum sonu dönemde sağlıklı bebeğe kavuşabilmesi için iyi bir antenatal bakım almaları gereklidir.

KAYNAKLAR

1. Diribaş K., Kaya C., Koç F. A.(2002), İlk Trimester Fetal Tarama Testleri. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **12(2)**:186-191
2. M. Jenkins T, J Wapner R, (2004), Maternal Fetal Medicine Principles and Praticce Fifth Edition. *Chapter 18 Prenatal Diagnosis of Congenital Disorder*; 235–280.
3. Berkman S., Has R. (2004) *Doğum Bilgileri*. In: Yüksel A. (ed), *Düşük Riskli Gebelerde Antenatal Tarama Testleri*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 29-33
4. Şen C., Yayla M.(2006), Gebelikte İzlem ve Doğum. *Türk Perinatoloji Derneği yayını*, 1.Baskı, İstanbul:1
5. Gebenin El Kitabı (2006), *Perinataloji Dergisi*, **14(2)**:1
6. Göl K. (2003) *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. In: Göl K. (ed), *Antenatal Bakım*, Atlas Kitapçılık Yenilenmiş 4. Baskı, Ankara: 269-274
7. Akın A., Özvarış ŞB.(1995), *Ana Sağlığı ve Aile Planlaması*. In: Bertan M., Güler Ç(eds): *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*. Ankara, Güneş Kitapevi; 119–155
8. [www.nettebilgi.com/Aile Hekimliği/Gebelik-Antenatal Erişim](http://www.nettebilgi.com/Aile%20Hekimligi/Gebelik-Antenatal%20Erisim) 25.05.2007
9. [www.e_gebelik.net/riskli gebelikler/rh uyumsuzluğu](http://www.e_gebelik.net/riskli%20gebelikler/rh_uyumsuzlugu) Erişim 25.05.2007
10. www.jinekolognet.com Erişim 20.04.2007
11. Duran B., Toktamış A., Erdan Ö., Demirel Y., Mamik B. A., Çetin M. (2002). Doğum Öncesi Bakımda Tartışmalı Bir Konu: TORCH Taraması. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* **24(4)**: 185–190
12. Maral I., Aksakal N., Çırak M., Kayıkçoğlu F., Bumin M.A. (2002), Sosyal Sigortalar Kurumu Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesinde Doğum Yapmış Kentli Kadınlarda Anti-Toksoplazma Antikorlarının saptanması. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **12(2)**: 139-141
13. Kurban Y.(2000). *Kadın Hastalıkları ve Doğum*. In: Kurban Y. (ed), *Genel Obstetrik*, Tıp & Teknik, Ankara: 258-261
14. Sakala P.E.(1999), *Obstetrik ve Jinekoloji*, Çeviri Edit. Alper M., Selçukbiricik S., In: Sakala P.E. (ed): *Gebelik: Perinatal Enfeksiyon Hastalıkları*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 131-150

15. Saraçoğlu F., Şahin İ. (2001).Gebe Populasyonunda Toksoplazma Prevalansı ve Duyarlı Gebelerde Serolojik dönüşüm Oranı. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **11(5)**:
16. Kişnişçi H., Gökşin E., Durukan T. ve arkadaşları. (1996), *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum bilgisi*. In: Ülgenalp İ., Orhon E.(eds), *Seksüel Geçişli Hastalıklar ve Pelvik Enfeksiyonlar*,Güneş Kitapevi, Ankara: 599
17. <http://ailehekimligi.trakya.edu.tr/birincibasamakgebetakibi/ppt> 12.12.2005
18. Atasü T., Şahmay S.(2001). *Jinekoloji*, In: Atasü T., Şahmay S.(eds). *Cinsel İlişki İle Bulaşabilen hastalıklar*, Nobel tıp kitapçevleri, İstanbul: 391–402
19. Andriol V. T., Patterson T. F.(1991), Epidemiology, naturel history and management of urinary tract infections in pregnancy, *med Clin North Am*; 75: 359
20. Kaçmaz B., Çakır F.Ö., Aksoy A., Asyalı B. A.(2004). Gebelerde Asemptomatik Bakteriüri Araştırması. *ANKEM dergisi*; **18(3)**: 153-156
21. McMillan MC., GrimesDA.(1991) The limited usefulness of urine and blood cultures in treating pyelonephritis in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 78:745-48
22. <http://www.akdeniz.edu.tr/tip/biyokimya> Erişim 20.05.2007
23. Şen C., Azli M.R., Uludağ S., Ocak V. (1993), Gebelik diyabeti, *Perinatoloji Dergisi*, **1**:118-121
24. Dornhorst A., Rossi M.(1998). Risk and Prevention of type 2 d,Diabet in Women With Gestational Diabetes. *Diabetes Care* ; 21:43-8
25. O’Sullivan JB.(1982) Body weight and subsequent diabetes mellitus.*JAMA*; 248: 949- 53.
26. Metzger BE.(1991). Summary and recommendations of the Third International Workshop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes*; 40 Suppl 2: 197-201
27. Harma M., Harma M., Kafalı H., Öksüzler C., Demir N. (2003) İlk Antenatal Muayenede Yapılan Glukoz Tarama Testinin Değeri. *Perinatoloji Dergisi*:**11(1-2)**: 37-40
28. Ermiş H., (2002), Nukal Translüsensi: 11-14 Gebelik haftaları Arasında Trisomi Taranması, *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **12(4)**: 337-340

29. Kavak Z. N., İlhan A. H., Pekin T. Ve arkadaşları (2003), Birinci trimester Tarama Programı Kromozomal Anomalileri Tanımda Ne Kadar Etkindir. *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **13(2)**, 113-116
30. Macintosh MCM, Iles R, Teisner B, Sharma K, Chard T, Grudzinskas JG., et al. (1994) Maternal serum human chorionic gonadotrophin and pregnancy associated plazma protein A, markers for fetal Down's syndrome at 8-14 weeks. *Prenat Diagn*; 14:203.
31. Nicolaides KH, Azar G, Byrne D, Mansur C, Marks K. (1992). Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in the first trimester of pregnancy. *BMJ*; 304:867
32. Nicolaides KH, Brizot ML, Snijders RJM. (1994). Fetal nuchal translucency thickness: ultrasound screening for fetal trisomy in first trimester of pregnancy. *BJOG*; 101:782.
33. Dursun A. Güneş S. (2003). I. ve II. Trimester Down Sendromu Doğum Öncesi Tarama Testi karşılaştırılması. *T Klin Tıp Bilimleri, Ankara*, 23: 180-184
34. Köse D., Tuğrul S., Saya R., Yıldırım G., Oral Ö. (2003), Üçlü tarama Testinin Gebelik komplikasyonlarını Belirlemede Rölü, *Türkiye Klinikleri, Jinekoloji Obstetrik Dergisi*, **13(5)**: 374-377
35. <http://www.biruni.com.tr> Erişim 20.05.2007
36. Yılmaz M. N.(2005) Gebelerde Üçlü Tarama Testinin Duyarlılığının Değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). İstanbul
37. Çakmak F.N., Acun C., Petek E. Ve ark.(2003) Türk Popülasyonunda Üçlü Tarama Testi ile Gebelikte Fetal Down Sendromu Riskinin Değerlendirilmesi, *Artemis*: **4(4)**, 28-32
38. www.Keklikoluk.net Erişim 06.05.2007
39. Kaya H., Çerçi S.S., Kömek H.ve ark.(2004) Bölgemiz Gebelerinde Triple Test ile Prenatal Tarama Sonuçları ve Sitogenetik Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* **12(1)**, 38-42
40. Önderoğlu L.S., Kabukçu A., Aktaş D. Ve ark. (1996). İkinci Trimester Anne Serumunda Alfa Fetaprotein, Karyonik Gonodotropin ve Ankonjuge Östriol Düzeylerinin Down Sendromu Taramasında Etkinliği. *Perinatoloji Dergisi*, **4(2)**, 117-120

41. Youngs S., Gregson N., Jacobs P.(1991) The efficacy of maternal age screening for Down's syndrome in Wessex. *Prenat Diagn*, 11: 419- 25
42. Burton BK (1998), Elevated maternal serum alpha-fetoprotein (MSAFP): Interpretation and follow-up. In *Clinical Obstetrics and Gynecology* 31: 293–305
43. Özgüven T., Evrücke C., Kadayıfçı O., Arıdoğan N.(1994), 170 Riskli Gebede Açık Nöral Tüp Defekti Taramasında Maternal Serum Alfa Fetaprotein Sonuçları. *Perinatoloji Dergisi* **2**;248-250
44. Merkatz IR, Nitowsky HM, Macri JN, Johnson WE. (1984). An association between low maternal serum α -fetoprotein and fetal chromosomal abnormalities. *Am J Obstet Gynecol*, 148; 886-94
45. DiMaio MS, Baumgarten A, Greenstein RM, Saal HM, Mahoney MJ.(1987). Screening for fetal Down's syndrome in pregnancy by measuring maternal serum alpha-fetoprotein levels. *N Engl J Med*, 317; 342,6
46. Aristidou A, Van den Hof MC, Campbell S, Nicolaides K. (1990). Uterin artery Doppler in the investigation of pregnancies with raised maternal serum alpha-fetoprotein. *Br J Obstet Gynaecol*; 97; 431-435.
47. Koyuncu F. M. (2002), Birinci trimester Fetal Malformasyonların Ultrasonografi ile Taranması, *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik*. **12(4)**; 325-329
48. Şen C., Yayla M.(2001). Birinci Trimester Ultrasonografi. *Perinatoloji Dergisi*, **9(4)**, 209-223
49. Şen C. (2002). Fetal Anomaliler Açısından Ultrason Muayenesinin Yeri ve Zamanı. *Perinatoloji Dergisi* , **10(2)**; 67-65
50. www.neonatology.org.tr/bültensayı7.pdf
51. www.korhek.org. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2007: 6 (2)
52. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü İnsan Kaynağı Geliştirme Vakfı. Aile Planlaması Klinik Uygulama El kitabı, İstanbul 1995;22-36
53. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Sistem Ofset, Ankara 1995
54. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü, Ankara, 1999
55. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütler Enstitüsü Ankara 2004

56. Mısırlıoğlu E.D., Aliefendioğlu D., Fidan K., akmak F.N., Haberal A. (2006). Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Doğum Yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yaralanma Durumunun Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, **14(1)**, 7–13
57. Beyzadeoğlu H.,Ekuklu G., Gül H., Eskiocak M. (2004). Edirne Muradiye Sağlık Ocağı Bölgesinde Mayıs Ağustos 2004 Döneminde Gebelik yaşayan Kadınların Doğum ncesi Bakım Almasını Etkileyen Etmenler. *IX Ulusal Halk Sağlığı Kongresi zet Kitabı*, Ankara 224
58. Fullertan TT.,Nelson C., Shannon R., Bader J. (2004). Prenatal Care in the Paso del Notre Border Region. *J Perinatal*; 24:62-71
59. Yurdakul M., zdağ N. (1997). Annelerin Gebeliklerinde risk Faktörleri ve Doğum ncesi Kontrole Gitme Durumları. *Türk Hemşireler Dergisi*; **4(47)**; 2–6
60. Yıldızoğlu İ., kten ř. (2001). Gebelerin Doğum ncesi Bakım Hizmetlerinden yararlanma Durumları. *Hemşirelik Forum Dergisi*; 51-55
61. Omaç M., Güneş E., Pehlivan E. (2005). Arapgir Devlet Hastanesi Başvuran Gebelerin doğum ncesi Bakım Hizmetlerinden Yaralanma Durumları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *9. Ulusal Halk Sağlığı Günleri zet Kitabı*, 532, Ankara
62. Kılıç D., Ezmeci T. Erzurum İl Merkezinde 15-49 Yaş Grubu Annelerin Sağlık Ocakları Tarafından Verilen Ana ocuk Sağlığı Hizmetleri Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 19.11.2004 /Erişim: www.insanbilimleri.com
63. Demir N. (1992). Ailelerin Antenatal Bakımına İlişkin Eğitim Gereksinimlerinin Saptanması ve Bu Gereksinimlerden sağlık Kuruluşlarınca Karşılanabilirlik Durumunun Değerlendirilmesi. *Hemşirelik Bülteni*; 25–26
64. Uçar M., Kılıç S.,Temir P. Ve ark Hamile Kadınlarda Doğum ncesi Bakım Alma Sıklığı ve Bunu Etkileyen Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (2)
65. Döner B. (2004). Karabağlar Bölgesinde Haziran Ayında Doğum Yapan Kadınların Sağlık Ocaklarından Aldıkları Doğum ncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi zet Kitabı*, 235, Ankara
66. Canbaz S., Sünter A. T., Süren C., Pekşan Y. (2005). Kadın Sağlık alışanlarının Doğurganlık zellikleri, Gebelik ve Doğum Sonu Dönemdeki alışma Koşulları. *Kocatepe Dergisi*. 6:39-44

67. Ergöçmen B.A., Coşkun Y. (2003). Doğum Öncesi Bakım ve Doğuma Yardım, TNSA; 119-131

EKLER

**EK-1: GEBELERİN ÜÇLÜ TARAMA TARAMA TESTİ VE GEBELİKTE
YAPILAN DİĞER TESTLER HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİNİN
ÖLÇÜLMESİYLE İLGİLİ ANKET FORMU**

Yaşınız:

Eğitim durumunuz

- a) Okula gitmemiş b) İlkokul mezunu c) Ortaokul mezunu d) Lise mezunu e) Üniversite mezunu f) Yüksek lisan ve Doktora mezunu

Mesleğiniz?

- a) Ev hanımı b) Devlet memuru c) İşçi d) Diğer.....
.....

Eşinizin mesleği?

- a) Çalışmıyor b) Devlet memuru c) İşçi d) Özel sektör çalışanı
d) Diğer

Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Yok b) Var

Gelir durumunuz nedir?

- a) Asgari ücretten az b) Asgari ücret c) Asgari ücretten fazla

Sigara kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet (günde..... paket,yıldır)

Alkol kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet (.....yıldır)

Alışkanlık yapıcı bir madde kullanıyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet (esrar,eroin,uyuşturucu hap.....)

Her hangi bir hastalığınız var mı?

- a) Hayır B) Evet (nedir?).....

Kan Grubunuz?

- a) Bilmiyorum b) A Rh (+) c) A Rh (-) d) B Rh (+) e) B Rh (-)
f) O Rh (+) g) O Rh (-) h) AB Rh (+) i) AB Rh (-)

Eşinizin kan grubu?

- a) Bilmiyorum b) A Rh (+) c) A Rh (-) d) B Rh (+) e) B Rh (-)
f) O Rh (+) g) O Rh (-) h) AB Rh (+) i) AB Rh (-)

Kaç Yıllık Evlisiniz?.....

1. İlk olarak kaç yaşınızda gebe kaldınız?.....
2. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?.....
(Abort....., normal doğum....., sezeryan....., kürtaj....., ölü doğum.....)
3. Gebelikleriniz arasında kaç sene var?.....
4. İlk olarak gebeliğinizin kaçınıcı haftasında doktora gittiniz?.....
5. Şu anda gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız ?
.....
6. Gebeliğiniz boyunca kaç kez doktora gittiniz?.....
7. Gebeliğiniz hangi sağlık kurumlarında takip edildi?
a) Devlet hastanesi b) Sağlık ocağı c) Özel hastane d) Özel Dr muayenesi
e) Doğum evi polikliniği f) Üniversite hastanesi
8. Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurmanızdaki asıl neden nedir?
a) Gebe olup olmadığını öğrenmek için
b) Bebeğimin cinsiyetini öğrenmek için
c) Gebeliğimle ilgili tahlillerimi yaptırmak için
d) Başkalarından aldığım tavsiyeler üzerine
e) Diğer.....
9. Gebelik takibinde tarama testleri yapılması gerekli midir?
a) Hayır b) Evet c) Kararsızım b) Bilmiyorum
10. Gebelik takibinde tarama testlerinin hangisinin, ne zaman yapılacağı neye göre karar verilir?
a) Bilmiyorum
b) Gebeliğin haftasına göre
c) Doktorun önerisine göre
d) Bebeğin cinsiyetine göre
e) Annenin yaşına göre
f) Diğer.....
11. Hastanede, gebelikte yapılması gereken kan ve idrar tahlillerinden hangisini biliyorsunuz?
a) İkili tarama testi b) Üçlü tarama testi c) ultrason d) Tam kan sayımı
e) İdrar tahlili f) İdrar kültürü g) Sarılık testi h) Kızamıkçık
i) Toksoplazma (kedilerin tüylerinden bulaşan hastalık)
j) Kan grubunun belirlenmesi j) Açlık kan şekeri ölçümü-şeker tarama testi
k) Herpes (uçuk) virüsü l) Sitomegalovirüs

12.Gebeliğinizde şimdiye kadar hangi tahlilleriniz yapıldı?

- a) Tahlil yapıldı fakat ne olduğunu bilmiyorum
 b) İkili tarama testi
 c) Üçlü tarama testi
 d) Toksoplazma enfk
 e) Kan grubunun belirlenmesi
 f) Açlık kan şekeri ölçümü-Şeker tarama testi
 g) Sarılık testi
 h)Diğer.....
- i) Ultrason
 j) İdrar tahlili
 k) İdrar kültürü
 l) Kızamıkçık
 m) Herpes virüsü
 n)Sitomegolovirüs
 k) Tam kan sayımı

13.Gebelik takibinde sizce tansiyon ölçülmeli midir?

- a) Hayır b) Evet c) Kararsızım d) Bilmiyorum

14.Gebelik takibinde ne sıklıkla tansiyon ölçülmelidir?.....

15.Sizin gebeliğinizde tansiyonunuz ölçüldü mü?

- a) Hayır b) Evet (kaç kez ölçüldü.....)

16.Her gebelik kontrolünde tansiyonunuz ölçüldü mü?

- a) Hayır b) Evet

17.Gebeliğinizde ateşli ve döküntülü bir hastalık geçirdiniz mi?

- a) Hayır b) Evet (nedir).....

18.Gebelikte gelişebilecek bulaşıcı hastalıklarla ilgili hangi tahlilleriniz yapıldı?

- a)Yapılmadı b) Sifilis c) Hepatit B d) Toksoplazma e) Kızamıkçık
 f) Herpes virüsü g) Sitomegolovirüs h) Hepetit-C i) AIDS(HIV)
 i) Diğer.....

19.Gebelikte şeker testi yapılmalı mıdır?

- a) Hayır b) Evet c) Kararsızım d) Bilmiyorum

20.Size şeker testi yapıldı mı?

- a) Hayır b) Evet c) Bilmiyorum

21.Size şeker içirilip şeker yükleme testi yapıldı mı?

- a) Hayır b) Evet c) Bilmiyorum

22.İkili tarama testini biliyor musunuz?

- a) Hayır b) Evet

22. SORUYA HAYIR CEVABI VERENLER 26. SORUDAN DEVAM EDECEK.

23. İkili tarama testi ne demektir?

- a) Bebeğin cinsiyetinin öğrenilmesi
- b) 11-14. gebelik haftalarında ultrasonda bebeğin ense kalınlığının ölçülmesi
- c) Doktorun muayene etmesi
- d) 11-14. gebelik haftalarında kanda bazı hormonlara bakılması
- e) b+d
- f) Diğer.....

24. İkili tarama testi her gebeye yapılmalı mıdır?

- a) Hayır
- b) Evet
- c) Kararsızım
- d) Bilmiyorum

25. İkili tarama testine nasıl bakılır?

- a) Kanda bakılır
- b) Kanda ve ultrasonda bakılır
- c) Sadece ultrasonda bakılır
- d) Diğer.....

26. Üçlü tarama (zeka) testini biliyor musunuz?

- a) Hayır
- b) Evet

26. SORUYA HAYIR CEVABI VERENLER 32. SORUDAN DEVAM EDECEK.

27. Üçlü tarama testi nedir?

- a) Doktorun muayene etmesi
- b) Kanda bazı hormonlara bakarak bebeğin sağlığını değerlendirmesi
- c) Bebekte sakatlık olup olmadığına ultrasonda bakılması
- d) Kandaki bazı hormonlara ve ultrasonda bebeğin sağlığının değerlendirilmesi
- e) Diğer.....

28. Üçlü tarama testi ne zaman yapılır?

- a) Hamile olduğunu anlaşıncaya
- b) Gebeliğin herhangi bir döneminde
- c) Gebeliğin 4-5. ayları arasında
- d) Doğuma yakın
- e) Diğer.....

29. Üçlü tarama testi nasıl yapılır?

- a) Kanda belli hormonlara bakılarak
- b) Kan tahlili ve ultrasonda bakılarak
- c) Doktorun karnımdan muayene ederek
- d) Sadece ultrasonda bakılarak
- e) Diğer.....

30. Üçlü tarama testi anormal gelirse ne yapılmalıdır?

- a) Bilmiyorum
- b) Kürtaj
- c) Amniyosentez (bebeğin anne karnında yüzdüğü sıvıdan örnek alınması)
- d) Hiçbir şey yapılmaz
- e) Test ve tahliller tekrar edilir
- f) Diğer.....

31.Üçlü tarama testinde yanılma oranı var mıdır?

- a) Hayır b) Evet c)Kararsızım d) Bilmiyorum

•Evetse ne kadar yanılma oranı vardır?.....

32.Gebeliğinizde ultrason takiplerinizi yapıyor mu?

- a)Hayır b) Evet

33.Ultrason takipleri ne sıklıkla yapılır?

- a)Bilmiyorum
b)Her kontrolde yapılır
c)Doktor istediği zaman
d)Ayda bir kez yapılır
e)Diğer

34.Doktorun ultrason kontrolü yapmasındaki amaç ne olabilir?

- a)Bilmiyorum
b)Doğum zamanını belirlemek için
c)Bebeğin kilosuna bakmak için
d)Bebeğin cinsiyetini öğrenmek için
e)Bebek bir sakatlık olup olmadığına bakmak için
f)Diğer.....

35.Doktor, tüm gebelere her muayenesinde ultrason kontrolü yapmalı mıdır?

- a) Hayır b) Evet c) Kararsızım d) Bilmiyorum

36.Gebeliğiniz boyunca kaç kez ultrasonda muayene oldunuz?.....

37.Size ultrason yapıldıktan sonra USG raporu verildi mi?

- a) Hayır b) Evet

38.Gebeliğiniz boyunca USG yapılmadan karnınızdan muayene oldunuz mu?

- a) Hayır b) Evet

39.Bebeğinizin kalp sesleri karnınızdan dinlenildi mi?

- a) Hayır b) Evet (fetoskop....., monitörlü ses veren cihaz(NST).....)

40.Gebelik takiplerinizi en çok hangi sağlık kurumundan tahlil istenildi?.....

41.Tetanoz aşısı gebeliğinizde yapıldı mı?

- a) Hayır b) Evet (kaçınıcı gebelik

haftalarında.....

.....)