

## Türkiye'de kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanı görev tanımları hakkındaki farkındalıkları

### *Awareness of gynecology and obstetricians in Turkey about perinatology specialist job definitions*

Aslı Altınordu Atcı, Şükran Doğru, Fatih Akkuş

Gönderilme tarihi:21.12.2021

Kabul tarihi:26.05.2022

#### Öz

**Amaç:** Türkiye'de kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanının görev tanımları hakkındaki bilgi düzeyi, görüş ve deneyimleri hakkında bir bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızın amacı kadın doğum hekimleri tarafından bu farkındalığı araştırmak ve bakış açılarını değerlendirmektir.

**Gereç ve yöntem:** Çalışma Türkiye'deki kadın doğum hekimlerinin anket aracılığıyla elektronik ortamda 01 Kasım-01 Aralık 2021 tarihleri arasında katılımıyla gerçekleştirildi. Katılımcıların akademik unvan, kurum ve daha önce bir perinatologla çalışma bilgileri kaydedildi. Ankete katılanlara hangi hastalıkların perinatoloji takibinde olması gerektiği, tarama testlerini, detaylı ultrasonografiyi kimin yapması gerektiği, çoğul gebeliklerin ve plasenta yapışma anomalilerinin yönetimi ile ilgili çoktan seçmeli ve birden fazla yanıtı sorular yöneltildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 171 hekim katıldı. Çalışmaya katılanların %60,8'i (n=104) kamu hekimleri, %39,2'si (n=67) özel sektörde olup %71,3'ü (n=122) uzman hekimdi. Tarama testleri için kamu hekimleri özel sektörde çalışan hekimlere göre anlamlı olarak daha fazla perinatolog yapmalıdır cevabı vermiştir ( $p<0,05$ ). Perinatolojiye konsülte edilmesi gereken hastalıkların özel sektörde çalışan hekim grubunda anlamlı olarak daha az konsülte edildiği bulundu ( $p<0,05$ ). Endike durumda fetal anomalili gebeliklerin sonlandırılma işlemini özel sektörde çalışan hekimler kamudaki hekimlere oranla daha fazla kadın doğum hekiminin yapması gerektiğini belirtmiştir ( $p<0,05$ ). Özel sektördeki hekimler monokoryonik diamniotik ikiz gebelikleri ve üçüz gebelikleri kamudaki hekimlere oranla daha az perinatolojiye konsülte etmektedirler ( $p<0,05$ ). Plasenta yapışma anomalili gebelerin yatış, takip ve doğumu konusunda özel sektörde çalışan hekimler dışında tüm gruplar perinatoloğun yapması gerektiğini düşünmüştür ( $p<0,05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamız bu alanda yapılan ilk ulusal çalışmadır. Perinatoloğun görev ve sorumluluklarının kadın doğum hekimleri tarafından yeteri kadar bilinmediği sonucu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Perinatolog, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, görev, farkındalık.

Altınordu Atcı A, Doğru Ş, Akkuş F. Türkiye'de kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanı görev tanımları hakkındaki farkındalıkları. Pam Tıp Derg 2022;15:682-692.

#### Abstract

**Purpose:** There is no information about the level of knowledge, opinions, and experiences of obstetricians and gynecologists about the job descriptions of perinatology specialists in Turkey. Our study aims to investigate this awareness by obstetricians and to evaluate their perspectives.

**Materials and methods:** The study was carried out with the participation of obstetricians and gynecologists in Turkey in electronic form between 01 November and 01 December 2021. Participants' academic titles, institutions, and previous employment with a perinatologist were recorded. Multiple-choice and multiple-answer questions were asked to the respondents about which diseases should be followed up in perinatology, who should do the screening tests, detailed ultrasonography, and the management of multiple pregnancies and placental adhesion anomalies.

**Results:** 171 physicians participated in the study. Public physicians said that perinatologists should perform screening tests significantly more than physicians working in the private sector ( $p<0.05$ ). It was found that the diseases requiring perinatology consultation were significantly less consulted in the group of physicians working in the private sector ( $p<0.05$ ). Physicians working in the private sector stated that significantly more obstetricians should perform the termination of pregnancies with fetal anomalies when indicated ( $p<0.05$ ). All groups, except the physicians working in the private sector, thought that perinatologists should do the hospitalization, follow-up, and delivery of pregnant women with placental adhesion anomaly ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** Our study is the first national study in this field. It has been determined that the duties and responsibilities of the perinatologist are not sufficiently known by the obstetricians.

Aslı Altınordu Atcı, Uzm. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Kliniği, Konya, Türkiye, e-posta: drasliatci@hotmail.com (https://orcid.org/0000-0002-2637-3150) (Sorumlu Yazar)

Şükran Doğru, Uzm. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Kliniği, Konya, Türkiye, e-posta: sukrandogr-2465@hotmail.com (https://orcid.org/0000-0002-3383-2837)

Fatih Akkuş, Uzm. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Perinatoloji Kliniği, Konya, Türkiye, e-posta: nisanitli\_fatih@hotmail.com (https://orcid.org/0000-0001-7037-9165)

**Key words:** Perinatologist, obstetrician, task, awareness.

Altınordu Atcı A, Doğru S, Akkus F. Awareness of gynecology and obstetricians in Turkey about perinatology specialist job definitions. Pam Med J 2022;15:682-692.

## Giriş

Perinatoloji uzmanı; maternal ve fetal yüksek riskli durumların tanı, takip ve tedavisi için özelleşmiş bir tıp profesyoneli. 1972 yılında American Board of Obstetrics and Gynecology (ABOG) maternal fetal tıp uzmanlığını tanımladı [1]. Türkiye’de perinatoloji uzmanlığı; 1219 sayılı ‘Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’a 06/04/2011 tarihinde ek madde 14 eklenerek Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilim Dalının üst ihtisası olarak tanımlanmıştır [2]. Türkiye’de perinatoloji uzmanları; 2011 yılından itibaren yapılan tıpta yan dal uzmanlık sınavı (YDUS) ile dört yıllık Kadın Hastalıkları ve Doğum ihtisası sonrası 3 yıl perinatoloji yan dal eğitimi almış kişilerdir.

Perinatoloji yan dal eğitimi; hastaların gebelik öncesinde, gebelik sırasında ve sonrasında risk değerlendirmesi, fetal ve maternal hastalıkların antenatal tanı, takip ve gerekli durumda tedavi planlarının belirlenerek invaziv girişimlerin yapılması, yüksek riskli gebeliklerin gebelik sırasında, doğumda ve sonrasında yönetimi konularını içerir [3]. Perinatolojinin amacı Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları ve diğer bölümlerle iş birliği içinde çalışarak perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Şubat 2015’te the American Collage of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ve the Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) obstetrik bakım konusunda bir görüş birliği yayınladı [4]. Türkiye’de kadın hastalıkları ve doğum hekimleri ile perinatoloji uzmanları arasında görev tanımı açısından bir karmaşa mevcuttu. Perinatoloji Uzmanları Derneği (PUDER) bu konuda 2021 yılında perinatoloji uzmanlarının görev tanımları ve sorumlulukları ile ilgili yayınladığı görüşte kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının belirli durumlarda perinatoloji konsültasyonu istemeleri ve perinatoloji uzmanının önerileri doğrultusunda gebeliği takip ederek doğumunu yaptırılmaları gerektiğini belirtmişlerdir. Perinatoloji uzmanının gerek gördüğünde riskli doğumları kadın doğum uzmanı ile birlikte gerçekleştirebileceğini veya riskli gebeliklerin antenatal takibini ve doğumunu da bizzat üstlenebileceğini bildirmiştir. Maternal sistemik hastalığı olan gebeler, anomalili fetüs,

preeklampitik gebeler ve çoğul gebeliği olan hastaların PUDER’in görüşüne göre perinatolog ile konsülte edilmesi gerekmektedir [3].

Bizim bu çalışmadaki amacımız; Türkiye’de kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanlarıyla görev paylaşımı hakkında ne kadar bilgi sahibi olduğunu araştırmaktır.

## Gereç ve yöntem

Bu çalışmada kullanılan anket elektronik ortamda Kasım 2021 ve Aralık 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya Türkiye’de aktif olarak görev yapan 173 kadın hastalıkları ve doğum asistanı, uzmanı ve öğretim üyeleri katıldı. Katılımcılara elektronik ortamda “Google Forms” aracılığıyla hazırlanan "Türkiye’de Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimlerinin Perinatoloji Uzmanı Görev Tanımları Hakkındaki Farkındalıkları" anketinin yer aldığı formun sayfa uzantısı gönderilerek formun doldurulması sağlandı. Katılımcıların onamı alındıktan sonra, kişisel bilgiler alınmadan anket formu doldurulmaları istendi. Sorular üç perinatoloji yan dal asistanı tarafından hazırlandı. Anket 20 sorudan oluşup ilk 4 soru katılımcıların unvan, çalıştığı kurum ve perinatoloji uzmanı ile çalışma deneyimini sorgulayan sorulardan oluşmaktaydı. Kalan 16 soru perinatoloji uzmanının görev tanımlarıyla ilgili çoktan seçmeli ve birden fazla yanıtı sorulardan oluşmaktaydı. Uygulanan anket ile ilgili sorular Tablo 1’de gösterilmektedir.

## İstatistiksel anlamlılık

Çalışmada elde edilen verilerin analizinde IBM-Statistical Package for Social Sciences (IBM-SPSS Inc., Şikago, IL, ABD) 22.0 programı kullanıldı. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ‘Pearson Ki Kare Testi’ kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## Bulgular

Anket uyguladığımız 173 katılımcıdan 2 kişi soruları eksik yanıtladığı için çalışma dışı bırakılıp

**Tablo 1.** Türkiye’de kadın hastalıkları ve doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanı görev tanımları hakkındaki farkındalıklarını değerlendiren anket soruları

Sıra	Sorular
1	Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı onaylıyor musunuz?
2	Ünvanınız?
3	Çalıştığınız kurum?
4	Daha önce kurumunuzda perinatoloji uzmanı ile çalıştınız mı?
5	Aşağıdakilerden hangisi/hangileri perinatoloji takibinde olmalıdır?
6	Birinci ve ikinci trimester tarama testleri kim tarafından yapılmalı?
7	İkinci trimester detaylı ultrason taraması kim tarafından yapılmalı?
8	İkinci trimester tarama raporu kim tarafından imzalanmalı?
9	Çoğul gebeliklerin hangileri perinatolog takibinde olmalı?
10	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları fetal tanı için girişimsel işlemleri yapmalı mı?
11	Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin yatış ve takip işlemini kim yapmalıdır?
12	Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin doğum işlemini kim yapmalıdır?
13	Perinatolojiye konsülte edilen fetal anomalili gebelerin endike durumda gebelik sonlandırma işlemini kim yapmalıdır?
14	Endike hastalarda serklaj işlemi kim tarafından yapılmalıdır?
15	Maternal teratojen maruziyetini kim yönetmeli?
16	Plasenta yapışma anomalisi olan gebeliklerin yatış ve takip işlemlerini kim yapmalıdır?
17	Plasenta yapışma anomalisi olan gebeliklerin doğumunu kim yaptırmalı?
18	Kötü obstetrik öyküsü olan hastalar gebelik öncesi dönemde kim tarafından muayene edilmeli?
19	Mesai dışı riskli gebeliklerin yönetimi nasıl olmalı?
20	Perinatolog kadın doğum branş nöbeti mi, perinatoloji icap nöbeti mi tutmalı?

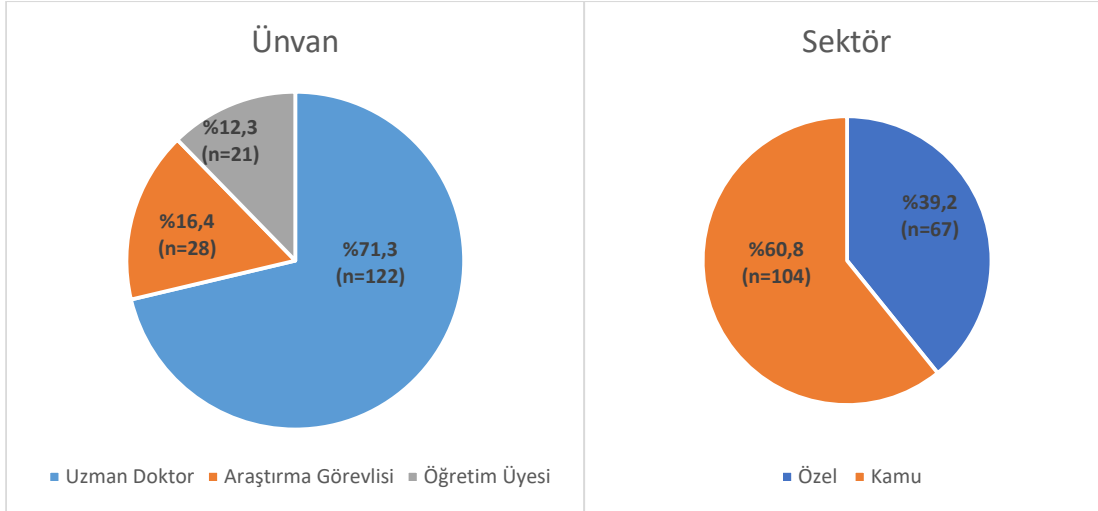
171 Kadın Doğum hekiminin verdiği yanıtlar değerlendirmeye alınmıştır. Katılımcılarımızın %71,3’ü (n=122) uzman hekimlerden, %16,4’ü (n=28) araştırma görevlilerinden, %12,3’ü de (n=21) öğretim üyelerinden oluşmaktaydı. Kamuda çalışan hekim oranı %60,8 (n=104), özel kurumda çalışan hekim oranı ise %39,2 (n=67) idi. Hastaların demografik verileri Şekil 1’de gösterilmiştir.

Özel kurumda çalışan hekimlerin %35,8’i (n=24) bir perinatoloji uzmanıyla çalışmış olmasına karşın kamuda çalışan hekimlerde bu oran %77,9’du (n=81) ( $p<0,001$ ). Ünvana göre bakıldığında perinatoloji uzmanıyla çalışma oranı akademisyenler arasında %90,0 (n=18), araştırma görevlilerinde %93,1 (n=27) olup uzman hekimlerde ise bu oran %49,2 idi (n=60) ( $p<0,001$ ). Perinatoloji takibinde olması gereken hastalıklara katılımcıların verdikleri cevaplar Şekil 2 ve Şekil 3’te özetlenmiştir.

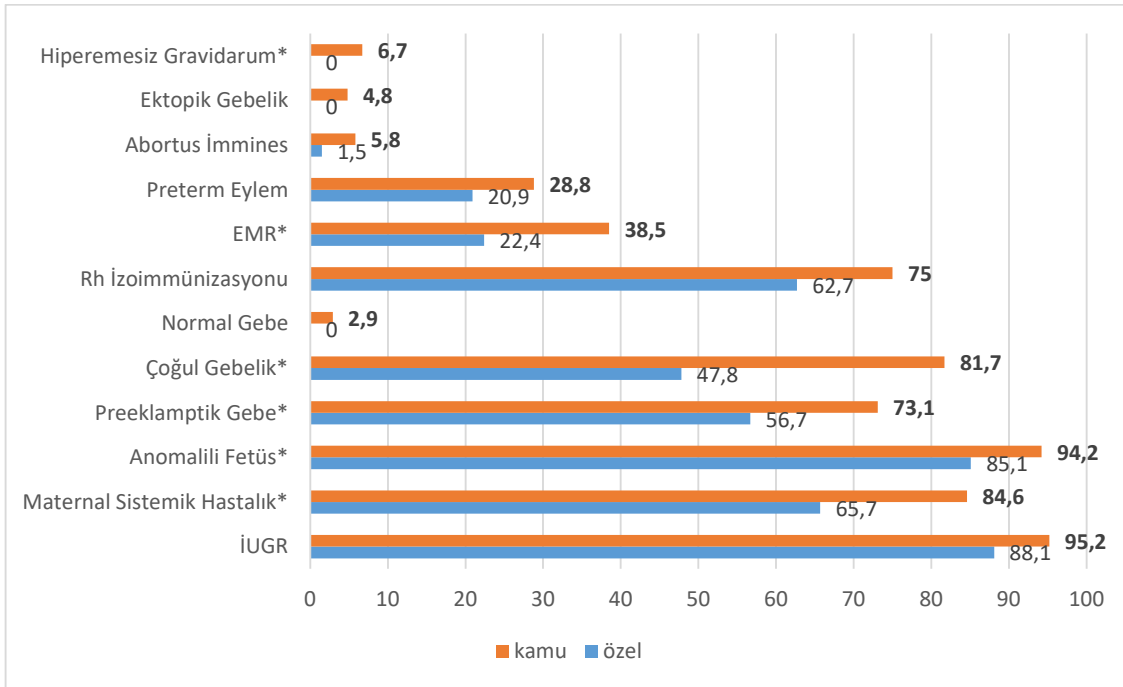
Birinci ve ikinci trimester tarama testlerinin kim tarafından yapılması gerektiği sorusunda kamuda çalışan hekimlerin %20,2’si (n=21) perinatoloji, %29,8’i (n=31) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, %50’si (n=52) her ikisi de cevabını vermiş olup bu oran özel sektörde

%6 (n=4) perinatolog, %34,3 (n=23) kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve %59,7 (n=40) her ikisi de cevabı olmuştur. Yapılan subgrup analizinde kamuda perinatoloji seçeneği diğerlerine göre istatistiksel anlamlı yüksek bulunmuştur ( $p=0,037$ ). 2. trimester detaylı ultrasonografinin yapılması konusunda gruplar arasında fark olmayıp raporlanması sorusunda ise kamu (%84,6 n=88) ve özelde (%86,6 n=58) anlamlı olarak perinatoloji uzmanının raporlaması gerektiği sonucu çıkmıştır ( $p=0,016$ ). Çoğul gebeliklerin hangilerinin perinatoloji takibinde olması gerektiği sorusunda özel sektörde çalışan hekimlere (%53,75 n=36) göre kamuda çalışan hekimler (%72,10 n=75) daha fazla ‘Monokoryonik diamniotik ikiz gebelik’ cevabını vermiştir ( $p=0,014$ ). Benzer olarak üçüz gebeliklerin takibinin de perinatolojide olması konusunda özel (%70,47 n=47) ve kamu hekimleri (%85,60 n=89) arasında istatistiksel fark çıkmıştır (Şekil 4).

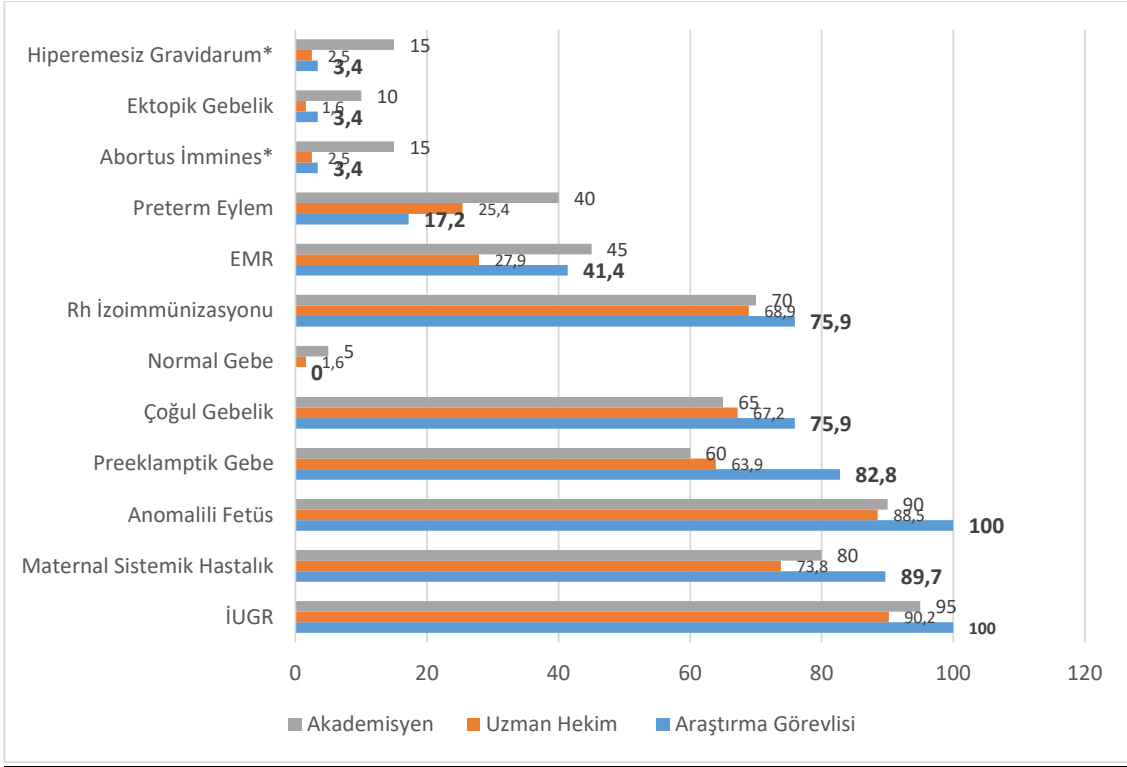
‘Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları fetal tanı için girişimsel işlemleri yapmalı mı?’, ‘Kötü obstetrik öyküsü olan hastalar gebelik öncesi dönemde kim tarafından muayene edilmeli?’, ‘Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin yatış, takip ve doğum işlemini kim



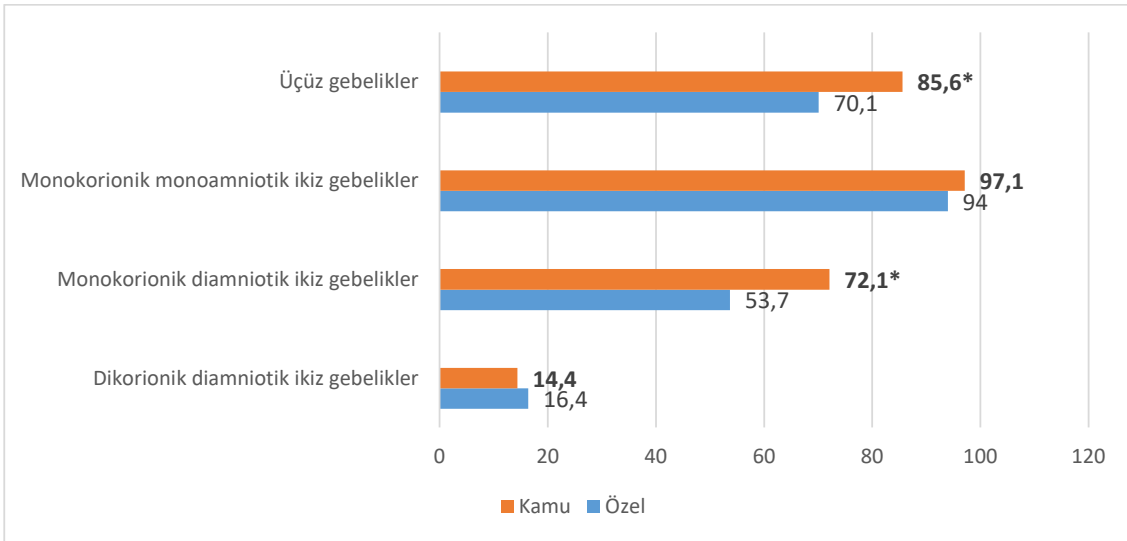
Şekil 1. Katılımcıların demografik verileri



Şekil 2. Perinatoloji takibinde olması gereken hastalıklar (sektör)  
Değerler '%' olarak verilmiştir, \* İstatistiksel olarak anlamlı  $p < 0,05$



**Şekil 3.** Perinatoloji takibinde olması gereken hastalıklar (ünvan)  
Değerler '%' olarak verilmiştir, \* İstatistiksel olarak anlamlı  $p<0,05$



**Şekil 4.** Çoğul gebelikler  
Değerler '%' olarak verilmiştir, \* İstatistiksel olarak anlamlı  $p<0,05$

yapmalıdır?' sorusuna verilen cevaplar tüm gruplarda istatistiksel olarak benzerdi (Tablo 2, Tablo 3).

Perinatolojiye konsülte edilen fetal anomalili gebelerin endike durumda gebelik sonlandırma işlemini özel sektörde %65,70 (n=44), kamuda %50 (n=52) oranında kadın hastalıkları ve doğum uzmanının yapması gerektiği cevabı

verilmiştir ( $p=0,044$ ). Endike hastalarda serklaj işlemi kim tarafından yapılmalı sorusuna verilen cevapların subgrup analizinde özelde %28,4 (n=19) kamuda ise %13,5 (n=14) oranında kadın doğum hekimi yapmalıdır cevabı verilmiştir ( $p=0,045$ ). Aynı soruya kamudaki hekimler %16,30 (n=17) oranında Perinatoloji, %70,20 (n=73) oranında her ikisi de cevabını vermiş olup özelde ise %10,4 (n=7) oranında

perinatolog, %47,80 (n=33) oranında her ikisi de cevabı verilmiştir ve cevaplar arasında istatistiksel fark yoktur. Maternal teratojen maruziyetini kim yönetmeli sorusuna kamuda (%69,20 n=71) özele (%47,80 n=32) göre daha fazla Perinatoloji cevabı verilmiştir ( $p=0,018$ ). 'Plasenta yapışma anomalisi olan gebeliklerin yatış ve takibini kim yapmalı?' sorusunda kamuda %56,70 (n=59) oranında, özelde ise %40,30 (n=27) oranında perinatoloji cevabı verilmiştir ( $p=0,016$ ). 'Plasenta yapışma anomalisi olan gebeliklerin doğumunu kim yaptırmalı' sorusuna özel sektörde çalışan hekimler %37,30 (n=25) oranında, kamuda çalışanlar ise %22,10 (n=23) oranında kadın doğum hekimleri cevabını vermiştir ( $p=0,031$ ). Yine aynı soruya özel hekimleri %47,80 (n=32), kamuda çalışan hekimler ise %84,60 (n=88) oranında Perinatolog cevabını vermiştir

( $p<0,001$ ). 'Plasenta yapışma anomalisi olan gebeliklerin doğumunu kim yaptırmalı' sorusuna araştırma görevlileri %79,3 (n=22), uzman hekimler %64,80 (n=79), akademisyenler ise %90 (n=18) oranında perinatoloji yanıtı vermiştir ( $p=0,036$ ).

'Sizce mesai dışı riskli gebeliklerin yönetimi nasıl olmalı?' sorusuna özel sektör hekimleri %22,40 (n=15), kamu hekimleri %5,80 (n=6) oranında 'Nöbetçi kadın doğum hekimini değerlendirir, gerekirse operatif işlemleri yapar' cevabını vermiştir ( $p=0,009$ ). 'Sizce perinatolog' sorusuna araştırma görevlileri (%6,90 n=2) ve uzman hekimler (%15,6 n=19) 'Kadın doğum branş nöbeti tutmalıdır' yanıtı vermesine karşın akademisyenler %35,0 (n=7) oranında kadın doğum nöbeti tutmalıdır yanıtını vermiştir ( $p=0,030$ ).

**Tablo 2.** Kamu-Özel bulgular

Soru		Özel (n=67)	Kamu (n=104)	p değeri
İkinci trimester detaylı ultrason taraması kim tarafından yapılmalı?	Radyolog	18 (%26,90)	39 (%37,50)	0,150
	Perinatolog	62 (%92,50)	99 (%95,20)	0,516
	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	14 (%20,90)	12 (%11,50)	0,096
Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin yatış ve takip işlemini kim yapmalıdır?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	6 (%9,00)	6 (%5,80)	0,461
	Perinatolog	32 (%47,80)	59 (%56,70)	
	Hepsi	29 (%43,30)	39 (%37,50)	
Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin doğum işlemini kim yapmalıdır?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	11 (%16,40)	20 (%19,20)	0,389
	Perinatolog	13 (%19,40)	28 (%26,90)	
	Hepsi	43 (%64,20)	56 (%53,80)	
Kötü obstetrik öyküsü olan hastalar gebelik öncesi dönemde kim tarafından muayene edilmeli?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	13 (%19,40)	25 (%24,00)	0,522
	Perinatolog	12 (%17,90)	23 (%22,10)	
	Hepsi	42 (%62,70)	56 (%53,80)	
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları fetal tanı için girişimsel işlemleri yapmalı mı?	Evet	27 (%40,30)	28 (%26,90)	0,068
	Hayır	40 (%59,70)	76 (%73,10)	
Perinatolog kadın doğum branş nöbeti mi, perinatoloji icap nöbeti mi tutmalı?	Kadın Doğum Branş Nöbeti Tutmalı	15 (%22,40)	13 (%12,50)	0,088
	Perinatoloji icap Nöbeti Tutmalı	52 (%77,60)	91 (%87,50)	



Tablo 3. Ünvan bulgular

Soru		Araştırma Görevlisi (n=29)	Uzman Doktor (n=122)	Akademisyen (n=20)	p değeri
Birinci ve ikinci trimester tarama testleri kim tarafından yapılmalı?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hekimi	7 (%24,10)	39 (%32,00)	8 (%40,00)	0,697
	Perinatoloji uzmanı	6 (%20,70)	16 (%13,10)	3 (%15,00)	
	İkisi de	16 (%55,20)	67 (%54,90)	9 (%45,00)	
İkinci trimester detaylı ultrason taraması kim tarafından yapılmalı?	Radyolog	15 (%51,70)	36 (%29,50)	6 (%30,00)	0,070
	Perinatolog	29 (%100,00)	113 (%92,60)	19 (%95,00)	0,310
	Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	1 (%3,40)	23 (%18,90)	2 (%10,00)	0,091
İkinci trimester tarama raporu kim tarafından imzalanmalı?	Radyolog	8 (%27,60)	12 (%9,80)	1 (%5,00)	0,052
	Perinatolog	21 (%72,40)	106 (%86,90)	19 (%95,00)	
	Kadın Doğum Hekimi	0 (%0,00)	4 (%3,30)	0 (%0,00)	
Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin yatış ve takip işlemini kim yapmalıdır?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	1 (%3,40)	10 (%8,20)	1 (%5,00)	0,412
	Perinatolog	12 (%41,40)	68 (%55,70)	11 (%55,00)	
	Hepsi	16 (%55,20)	44 (%36,10)	8 (%40,00)	
Perinatolojiye konsülte edilen maternal komplike gebeliklerin doğum işlemini kim yapmalıdır?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	7 (%24,10)	23 (%18,90)	1 (%5,00)	0,060
	Perinatolog	2 (%6,90)	31 (%25,40)	8 (%40,00)	
	Hepsi	20 (%69,00)	68 (%55,70)	11 (%55,00)	
Endike hastalarda serklaj işlemi kim tarafından yapılmalıdır?	Kadın Doğum Hekimi	5 (%17,20)	28 (%23,00)	0 (0,00%)	0,080
	Perinatolog	2 (%6,90)	17 (%13,90)	5 (%25,00)	
	Hepsi	22 (%75,90)	77 (%63,10)	15 (%75,00)	
Maternal teratojen maruziyetini kim yönetmeli?	Kadın Doğum Hekimi	1 (%3,40)	4 (%3,30)	0 (%0,00)	0,245
	Perinatolog	22 (%75,90)	68 (%55,70)	14 (%70,00)	
	Hepsi	6 (%20,70)	50 (%41,00)	6 (%30,00)	
Kötü obstetrik öyküsü olan hastalar gebelik öncesi dönemde kim tarafından muayene edilmeli?	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	9 (%31,00)	27 (%22,10)	2 (%10,00)	0,416
	Perinatolog	4 (%13,80)	25 (%20,50)	6 (%30,00)	
	Hepsi	16 (%55,20)	70 (%57,40)	12 (%60,00)	
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları fetal tanı için girişimsel işlemleri yapmalı mı?	Evet	10 (%34,50)	36 (%29,50)	9 (%45,00)	0,372
	Hayır	19 (%65,50)	86 (%70,50)	11 (%55,00)	
Perinatolojiye konsülte edilen fetal anomalili gebelerin endike durumda gebelik sonlandırma işlemini kim yapmalıdır?	Kadın Doğum Hekimi	17 (%58,60)	71 (%58,20)	8 (%40,00)	0,301
	Perinatolog	12 (%41,40)	51 (%41,80)	12 (%60,00)	
Perinatolog kadın doğum branş nöbeti mi, perinatoloji icap nöbeti mi tutmalı? *	Kadın Doğum Branş Nöbeti Tutmalı	2 (%6,90) <sup>a</sup>	19 (%15,60) <sup>a</sup>	7 (%35,00) <sup>b</sup>	0,030
	Perinatoloji icap Nöbeti Tutmalı	27 (%93,10)	103 (%84,40)	13 (%65,00)	

\*a-b arasında istatistiksel anlam vardır ( $p<0,05$ )

## Tartışma

Bu çalışma Türkiye'de kadın doğum hekimlerinin perinatoloji görev ve sorumlulukları hakkındaki farkındalıklarını araştıran ilk ulusal çalışmadır. Yapılan bu anket kadın doğum hekimleri tarafından intrauterin gelişme geriliği (iugr) ve rh izoimmünizasyonunun perinatolog tarafından takip edilmesi konusundaki farkındalıklarının yeterli olduğunu ortaya koydu. Anketimizde tüm gruplarda perinatoloğa konsülte edilme oranları yüksek olsa da özel sektörde çalışan hekimlerin bu tür gebeleri istatistiksel olarak daha az oranda konsülte ettikleri görülmüştür.

Obstetrik ultrasonografi iyi bir antenatal bakımın gerekli bir bileşenidir [5-7]. Antenatal ultrasonografi için uluslararası çapta kabul gören minimum muayene sayısı iki olmalıdır; geç birinci trimesterde günleme için ve ardından 20-22 gebelik haftaları arasında fetal anomali taraması için yapılan muayenelerdir [7, 8]. 11-13 hafta ultrasonografisi gestasyonel yaş tayini, çoğul gebeliğin tanısı ve koryonisitenin belirlenmesi, fetal anöploidi taraması ve fetal kromozomal olmayan anomalilerin tanısı için yaygın olarak kullanılmaktadır [9-12]. Fetal kromozomal olmayan anomaliler 11-13 hafta ultrasonografisinde saptanabilirliklerine göre üç gruba ayrılır: her zaman teşhis edilebilir, bazen teşhis edilebilir ve asla teşhis edilemez [11, 12]. İkinci grup anomalilerin teşhisi ultrasonografi cihazının kalitesiyle, fetal muayeneye ayrılan zamanla ve sonografistin deneyimiyle artırılabilir [11]. Yaptığımız ankette 1. ve 2. trimester tarama testlerini kim yapmalıdır sorusuna hem özel sektörde hem de kamuda çalışan hekimlerin çoğunluğu her ikisi de cevabını vermiş olup, sadece perinatoloğun baktığı seçenek kamu hekimleri tarafından özelde çalışanlara göre istatistiki olarak anlamlı yüksek bulunmuştur. Bu bize özelde çalışan hekimlerin hastaları tarama testleri için daha az oranda perinatoloğa yönlendirdiklerini ortaya koymaktadır. Halbuki 1. trimester detaylı ultrasonografi için perinatoloğa yönlendirilen hastalarda 2. grup anomalilerin teşhisi artırılabilir. Ankete katılanların çoğunluğu 2. trimester detaylı ultrasonografinin perinatolog tarafından yapılması ve raporlanması görüşünü desteklemiştir. Hangileri perinatolog takibinde olmalıdır sorusunda fetal anomali cevabını verme oranı kamu hekimlerinde istatistiksel olarak anlamlı yüksek olmasına

rağmen katılımcıların çoğunluğunun bu konudaki farkındalığı yüksekti. Endike durumda fetal anomali gebeliklerin sonlandırma işleminde kamuda yarı yarıya perinatolog ve kadın doğum hekimi cevabı verilmişken özelde çalışan hekimlerin çoğunluğu kadın doğum hekimi cevabını vermiş olup bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı yüksek çıkmıştır. Araştırma görevlisi ve uzman hekimler kadın doğum hekimi cevabını ağırlıklı olarak verirken akademisyenler perinatolog cevabını vermiş olup istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Anomalili gebelik sonlandırma işlemi perinatoloğa spesifik özellikli bir işlem olmayıp tüm kadın doğum hekimlerinin yapabileceği bir işlem olduğu halde kamu hekimlerinin yarısı bunu perinatoloğun sorumluluğunda görmektedir. Özelde çalışan hekimlerin bu konuda farkındalığı daha fazladır.

Tıpta uzmanlık kurulu müfredat oluşturma ve standart belirleme sisteminin (TUKMOS) en son 2017 yılında güncellediği 'Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına' göre kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının tanı amaçlı girişimsel işlem yapma yetki düzeyi amniosentez için düzey 3 (karmaşık olmayan, sık görülen tipik olgularda girişimi uygulayabilme düzeyi) olarak tanımlanmıştır. Diğer invaziv işlemler için ise düzey 1 (girişimin nasıl yapıldığı konusunda bilgi sahibi olma ve bu konuda gerektiğinde açıklama yapabilme düzeyi) olarak yetkilendirilmiştir [13]. Perinatoloji sertifikasına sahip olmayan hekimlerin bu durumda tanı amaçlı invaziv işlem yapma yetkileri sınırlı olup çalışmamızda özel sektörde olan hekimlerin %40,3'ü kamudakilerin ise %26,9'u kadın doğum hekimlerinin tanısal invaziv işlem yapabileceğini belirtmiştir. Bu durum komplike gebelerin invaziv işlemleri sırasında olacak komplikasyonlarda hukuki sorunlar doğurabilir.

Çoğul gebelikler artmış fetal ve infant morbidite ve mortalitesi ile ilişkilidir [14]. Çoğul gebeliklerde koryoniste tayini monokoryonik gebeliklerde görülen artmış komplikasyon riski nedeniyle önemlidir ve koryoniste tayini en doğru şekilde gebeliğin 1. trimester ve erken ikinci trimesterinde yapılabilir [14]. Bundan dolayı çoğul gebeliklerin tarama, koryoniste tayini ve yönetim planının belirlenmesi için erken dönemde perinatoloğa konsülte edilmesi önemlidir. Ankete katılan kamu hekimleri diamniotik dikoryonik ikiz gebelik haricindeki çoğul gebelikleri perinatoloğa konsülte



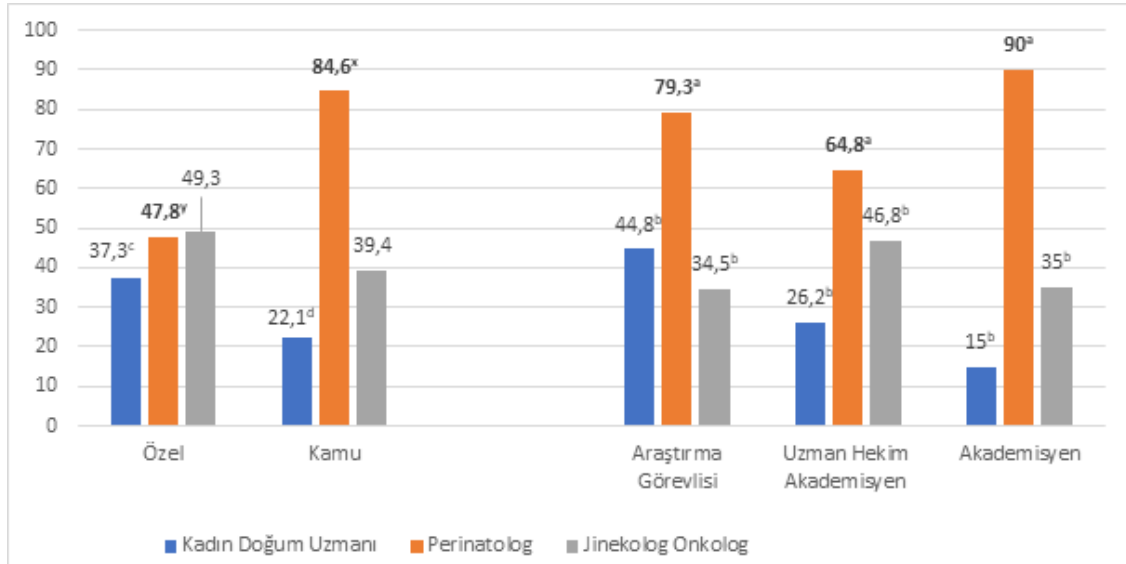
ederken özelde çalışan hekimler monokoryonik diamiotik ikiz gebelikleri ve üçüz gebelikleri kamudaki hekimlere oranla istatistiksel anlamlı daha az oranda perinatoloğa konsülte etmektedir. Bu durumun sebebi özelde çalışan hekimlerin bir perinatoloji uzmanı ile birlikte kamudaki hekimlere oranla daha az çalışıyor olmasından kaynaklanmış olabilir (Şekil 4).

Çalışmamızda katılımcılarda maternal komplike gebelerin (kronik hipertansiyon, diyabet, otoimmün hastalıklar v.b.) yatış ve takip işlemlerini perinatoloğun, doğum işlemini de beklenildiği gibi her ikisinin de yaptırabileceği görüşü hakimdi.

ACOG ve SMFM plasenta akreata spektrumu olan hastalara; kompleks maternal ve obstetrik komplikasyonları yönetebilecek yeterli eğitim ve deneyimi olan sağlık ekibinin sürekli bir şekilde bulunduğu, ayrıca yoğun bakım konusunda uzmanlaşmış bir ekibin olduğu (yoğun bakım uzmanı, hematolog, kardiyolog, neonatolog) merkezlerde müdahale edilmesini tavsiye etmişlerdir [15]. Türkiye’de çalışan kadın doğum hekimleri arasında plasenta invazyon anomalili gebelerin yatış, takip ve doğumlarının yaptırılması konusunda belirsizlikler mevcuttur. TUKMOS ‘Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatına göre tüm kadın doğum hekimlerini plasenta invazyon anomalilerinin yönetimi konusunda

düzye 4 (karmaşık olsun veya olmasın her tür olguda girişimi uygulayabilme düzeyi) olarak yetkilendirmiştir [13]. Buna rağmen çalışmamızda özelde çalışan hekimler hariç tüm gruplarda bu yönetimin perinatoloji uzmanları tarafından yapılması gerektiği düşünülmektedir (Şekil 5). Bu durum plasenta invazyon anomalileri yönetimi eğitiminin asistanlıkta yetersiz olmasından veya kadın doğum hekimlerinin artan malpraktis kaygılarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca PUDER’in kılavuzunda perinatologların görev tanımlarında belirtilen plasenta invazyon anomalilerinin tanısı ve yönetim planının belirlenmesi hususunda doğumun kimin yaptırması gerektiği ile ilgili net bir tanımlama yapılmamıştır. Bu durum tüm hekimlerde kafa karışıklığına yol açmaktadır. PUDER bu konuda sadece perinatoloji merkezlerinin kurulmasıyla Kadın Doğum Uzmanları ve Perinatoloji Uzmanlarının görev yetki ve sorumluluklarının daha da netleşip obstetrik sonuçların iyileşeceği kanaatinde olduğunu belirtmiştir [3].

Çalışmamızın kısıtlılıkları; anket elektronik ortamda paylaşıldığı için katılımcıların Türkiye’deki coğrafi dağılımları bilinmemektedir. Ankete katılanların kurum bilgileri sorulmadığı için toplamda kaç merkezin anketimize katıldığı bilgisine sahip değiliz. Ankete hekimler gönüllülük esasına göre katıldığı için katılım sayısı sınırlıdır.



**Şekil 5.** Plasenta yapışma anomalili hastaların doğumu

Değerler ‘%’ olarak verilmiştir. (a-b, c-d ,x-y arasında istatistiksel anlamlı fark vardır  $p < 0,05$ )

Bu araştırma ülkemizdeki kadın doğum hekimlerinin perinatoloji uzmanlarının görev tanımı ve sorumlulukları hakkındaki farkındalığını araştıran ilk ulusal çalışmadır. Bu çalışmanın bu anlamda bir algı oluşturarak kadın doğum uzmanları ve perinatologlar arasındaki belirsizlikleri çözerek hasta yönetiminde kolaylık sağlayacağı düşüncesindeyiz.

Türkiye’de Perinatoloji Yan Dal Uzmanlık disiplini geçmiş henüz yeni olup; perinatoloji uzmanının görev ve yetkilerinin yeteri kadar bilinmediği, uzmanlık derneklerinin bu konuda daha aktif rol oynaması gerektiği, maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin azaltılması için tüm kadın doğum hekimlerinin sadece endike hastaları perinatolojiye konsülte etme konusundaki farkındalıklarının artırılması kanaatindeyiz.

**Çıkar ilişkisi:** Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan eder.

#### Kaynaklar

- Lorenz RP, Sokol RJ, Chik L. Survey of maternal-fetal medicine subspecialists: professional activities, job setting, and satisfaction. *Obstet Gynecol* 1989;74:962-966.
- Resmî Gazete Tarihi: 14.04.1928 Resmî Gazete Sayısı: 863. 2011. Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTerip=3>. Erişim tarihi 15 Aralık 2021
- Perinatoloji uzmanlarının görev tanımları ve sorumlulukları ile ilgili PUDER görüşü. Erişim adresi: <http://puder.org.tr/perinatoloji-uzmanlarinin-gorev-tanimlari-ve-sorumluluklari-ile-ilgili-puder-gorusu/>. Erişim tarihi 15 Aralık 2021
- Wenstrom KD, D’Alton ME, O’Keefe DF. Maternal-fetal medicine workforce survey: are we ready for regionalized levels of maternal care? *Am J Perinatol* 2018;35:1044-1049. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1635093>
- Ahman A, Persson M, Edvardsson, et al. Two sides of the same coin--an interview study of Swedish obstetricians' experiences using ultrasound in pregnancy management. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:304. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0743-5>
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics and the American Institute of Ultrasound in Medicine. Practice bulletin no. 175: ultrasound in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2016;128:241-256. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001815>
- Hayes Ryan D, McNamara K, Russell N, Kenny L, O’Donoghue K. Maternity ultrasound in the Republic of Ireland 2016: a review. *Ir Med J* 2017;110:598.
- Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella C, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37:116-126. <https://doi.org/10.1002/uog.8831>
- Johnson SP, Sebire NJ, Snijders RJ, Tunkel S, Nicolaides KH. Ultrasound screening for anencephaly at 10–14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;9:14-16. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1997.09010014.x>
- Souka AP, Snijders RJ, Novakov A, Soares W, Nicolaides KH. Defects and syndromes in chromosomally normal fetuses with increased nuchal translucency thickness at 10–14 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998;11:391-400. <https://doi.org/10.1046/j.1469-0705.1998.11060391.x>
- Syngelaki A, Chelemen T, Dagklis T, Allan L, Nicolaides KH. Challenges in the diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities at 11–13 weeks. *Prenat Diagn* 2011;31:90-102. <https://doi.org/10.1002/pd.2642>
- Syngelaki A, Hammami A, Bower S, Zidere V, Akolekar R, Nicolaides KH. Diagnosis of fetal non-chromosomal abnormalities on routine ultrasound examination at 11–13 weeks' gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2019;54:468-476. <https://doi.org/10.1002/uog.20844>
- Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredat. Erişim adresi: <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/29567/0/kadinhastaliklarivedogummufredatv23pdf.pdf>. Erişim tarihi 12 Aralık 2021
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine. Multifetal gestations: twin, triplet, and higher-order multifetal pregnancies: ACOG practice bulletin, number 231. *Obstet Gynecol* 2021;137:145-162. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004397>
- American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Obstetric care consensus no. 7: placenta accreta spectrum. *Obstet Gynecol* 2018;132:259-275. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002983>

**Teşekkür:** Uzman Dr. Mustafa Atcı ve Uzman Dr. M. Sami Tutar’a destek ve önerilerinden dolayı sonsuz teşekkürler.

**Etik kurul onayı:** Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulu’ndan 19.11.2021 tarihli 2021/3504 karar sayılı etik kurul ile çalışma izni alındı.

### **Yazarların makaleye olan katkıları**

A.A.A. çalışmanın ana fikrini ve hipotezini kurgulamıştır. A.A.A. ve Ş.D. teoriyi geliştirmiş, gereç ve yöntem bölümünü düzenlemişlerdir. Sonuçlar kısmındaki verilerin değerlendirmesini A.A.A. ve F.A. yapmışlardır. Makalenin tartışma bölümü A.A.A. tarafından yazılmış, Ş.D. ve F.A. gözden geçirip gerekli düzeltmeleri yapmış ve onaylamıştır. Ayrıca tüm yazarlar çalışmanın tamamını tartışmış ve son halini onaylamıştır.