



**T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEKİ GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL BAKIM  
VE DANIŞMANLIK ALMA DURUMLARI VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER**

**Dr. Elif ÇEVİK ERGİ  
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**SAMSUN-2021**





**T.C.**  
**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ**  
**TIP FAKÜLTESİ**  
**AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEKİ GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL BAKIM  
VE DANIŞMANLIK ALMA DURUMLARI VE İLİŞKİLİ  
FAKTÖRLER**

**Dr. Elif ÇEVİK ERGİ**  
**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**  
**Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN**

**SAMSUN-2021**

## **TEŞEKKÜR**

*Tez çalışmamın her aşamasında katkı ve eleştirileri ile yol gösteren, sonsuz sabırla tüm sorularımı yanıtlayan ve her başvurduğumda zamanını ayıran çok değerli tez danışmanım Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN'e,*

*Asistanlığım boyunca her zaman en babacan yaklaşımıyla desteğini hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım sayın anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Mustafa Fevzi DİKİCİ'ye,*

*Her konuda desteğini hissettiren, daima ilgili ve şefkatli olan kıymetli hocam Prof. Dr. Füsun Ayşin ARTIRAN İĞDE'ye,*

*Eğitim sürecimdeki katkı ve emeklerinden dolayı Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki diğer tüm hocalarıma ve birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum burada görev yapan tüm araştırma görevlisi arkadaşlarıma,*

*Varlıkları bu hayatın en büyük ödülü olan, sayelerinde bugünlere erişebildiğim canım anneme ve babama,*

*Yoğun çalışmalarım sırasında bana sabır gösterip desteğini ve sevgisini hep yanımda hissettiren canım eşime,*

*Hayatımın en büyük neşesi biricik oğluma ve Ömer'ime en güzel şekilde bakan, bana her konuda destek olan Hülya anneciğime,*

*Ne kadar uzakta olsak da bağlılıklarını her zaman hissettiğim biricik abime ve sevgili Tamay'a tüm kalbimle teşekkür ederim.*

**Dr. Elif ÇEVİK ERGİ**

## **BEYAN**

“Türkiye’deki Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Ve Danışmanlık Alma Durumları Ve İlişkili Faktörler” başlıklı tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, başka bir çalışmadan kopya edilmediğini, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.



## **Türkiye’deki Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler**

### **ÖZET**

**AMAÇ:** Bu çalışmada, Türkiye’deki gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık (PCC) alma durumlarının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**GEREÇ VE YÖNTEM:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir online anket araştırmasıdır. Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmada veri toplama aracı olarak katılımcıların, sosyodemografik özelliklerini ve prekonsepsiyonel bakım durumlarını değerlendiren, 42 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır.

**BULGULAR:** Çalışmaya katılan 280 gebenin yaş ortalaması  $30,4 \pm 4,55$  yıldır. Gebelerin %31,4’ü kendisinin, %11,8’i ise eşlerinin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığını bildirdi. Gelirin gidere denk olması, gebeliğin planlı olması, gebe kalmak için tedavi alınması, gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bilgi alınması prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık almayı artıran faktörler olarak saptandı. Prekonsepsiyonel bakım aldığını ifade eden gebelere, bakım veren sağlık çalışanı tarafından prekonsepsiyonel bakım kapsamında yapılanlar incelendiğinde gebelik öncesi dönemde folik asit reçetesi %75,7 ile en yüksek orana sahip iken; en az ise %10,4 oranı ile aile içi şiddete maruz kalıp kalmadıklarının sorgulanması olmuştur. Gebelerin çoğunluğunun kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, ikinci olarak aile hekimlerinden danışmanlık aldığı bulunmuştur. Danışmanlık almayanların; %54,2’si konu hakkında bilgi sahibi olmadığını, %33,3’ü gebelik öncesi danışmanlık almayı gerekli görmediğini, %12,5’i ise istenmeyen gebelik olduğunu ifade etmiştir.

**SONUÇ:** Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma oranları düşüktü. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık açısından üreme çağındaki kişilerin bilgilendirilmesi ve her temasta konu hakkında farkındalığın artırılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Prekonsepsiyonel, bakım, gebe; danışmanlık

## **Preconception Care and Counseling Status and Related Factors in Pregnant Women in Turkey**

### **ABSTRACT**

**AIM:** In this study, preconception care and counseling (PCC) of pregnant women in Turkey is aimed to take the situation and assess the associated factors.

**MATERIALS AND METHODS:** It is a cross-sectional and descriptive online survey research. It was conducted between July and December 2020. A questionnaire consisting of 42 questions that evaluates the socio-demographic characteristics and PCC status of the participants was used as a data collection tool in the study.

**RESULTS:** The mean age of 280 pregnant women participating in the study was  $30.4 \pm 4.55$  years. 31.4% of pregnant women are themselves, 11.8% of them reported that their spouses received PCC. Middle income level, planning pregnancy, receiving treatment for pregnancy, and obtaining information about prevention methods in the pre-pregnancy period, were found to be factors that increase receiving PCC. When examining the pregnant women who stated that they received PCC within the scope of PCC by the caregiving healthcare worker, folic acid prescription in the antenatal period had the highest rate with 75.7%, At least 10.4% were questioned whether they were subjected to domestic violence or not. It was found that most of the pregnant women received consultancy from gynecologists and obstetricians and secondly from their family physicians. Those who do not receive PCC; 54.2% of them stated that they did not have information about the subject, 33.3% did not find it necessary to get PCC before pregnancy, and 12.5% stated that they had an unwanted pregnancy.

**CONCLUSIONS:** The rates of pregnant women to receive PCC were low. In terms of PCC, people of reproductive age should be informed and awareness about the issue should be increased at every contact.

**Keywords:** Preconception care; folic acid; pregnancy; counseling

## İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEŞEKKÜR.....	i
BEYAN.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iiv
İÇİNDEKİLER .....	v
KISALTMALAR .....	vii
TABLolar.....	viii
ŞEKİLLER.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanım ve Amacı.....	3
2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın ve Danışmanlığın Önemi.....	5
2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyadaki Gelişimi .....	6
2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Ülkemizdeki Gelişimi.....	9
2.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlığın Kapsamı.....	11
2.5.1. Prekonsepsiyonel Öykü.....	11
2.5.2. Folik Asit ve Demir Takviyesi.....	12
2.5.3. İdeal Kilo, Sağlıklı Beslenme ve Egzersiz.....	14
2.5.4. Kronik Hastalıkların Kontrolü.....	16
2.5.5. İlaç Kullanımı .....	18
2.5.6. Aşılama .....	20
2.5.7. Kontrasepsiyon.....	21
2.5.8. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı.....	21
2.5.9. Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliği Durumunun Değerlendirilmesi .....	22
2.5.10. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar.....	24
2.5.11. Çevresel Toksinler.....	25
2.5.12. Psikososyal Faktörler.....	26
2.5.13. Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgilendirme.....	28
2.6. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Bakım.....	28
2.7. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Aile Hekimlerinin Yeri .....	30

3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	33
3.1. Çalışma Tasarımı.....	33
3.2. Örneklem ve Seçimi.....	33
3.3. Anket Tasarımı.....	33
3.4. Etik Onay.....	34
3.5. İstatiksel Analiz.....	35
4. BULGULAR.....	36
5.TARTIŞMA .....	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	60
7. KAYNAKLAR .....	62
8. EKLER.....	71
8.1. Ek-1: OpenEpi Ekran Görüntüsü.....	71
8.2. Ek-2: Tez Anketi .....	72
8.3. Ek-3: Tez Etik Kurul Onayı .....	75
8.4. Ek-4: Turnitin Orjinallik Raporu.....	76

## **KISALTMALAR**

**AAFP:** American Academy of Family Physicians= Amerikan Aile Hekimleri Akademisi

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACEI:** Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitor=Anjiyotensin Dönüştürücü Enzim İnhibitörü

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gynecologists= Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome= Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu

**ARB:** Angiotensin receptor blocker= Anjiyotensin Reseptör Blokeri

**BÖH:** Bebek Ölüm Hızı

**CYBE:** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**GWG:** Gestational Weight Gain= Gebelikte kilo alımı

**HIV:** Human Immunodeficiency Virus / İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü

**HPV:** İnsan Papilloma Virüsü

**IPV:** Intimate Partner Violence=Yakın Partner Şiddeti

**IVF:** In Vitro Fertilizasyon= Vücut Dışında Döllenme

**MMR:** Measles, Mumps, Rubella= Kızamık, Kabakulak, Kızamıkçık

**NTD:** Nöral Tüp Defekti

**PCC:** Preconception Care=Prekonsepsiyonel Bakımı=Konsepsiyon Öncesi Bakım

**SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences= Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi

**Tdap:** Tetanus, Diphtheria, Pertussis= Tetanoz, Difteri, Boğmaca

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TORCH:** Toxoplasmosis, Rubella, Cytomegalovirus, And Herpes Simplex Virüs= Toksoplazmoz, Kızamıkçık, Sitomegalovirüs Ve Herpes Simpleks Virüsü

**VKİ:** Vücut Kitle İndeksi

**YÜT:** Yardımcı Üreme Teknikleri

## **TABLolar**

Tablo 1: Gebelikte kontrendike ilaçlar

Tablo 2: Gebelerin tanımlayıcı özellikleri

Tablo 3: Gebelerin obstetrik özellikleri

Tablo 4: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma ile katılımcıların özelliklerinin karşılaştırılması

Tablo 5: Danışmanlık alma durumunu etkileyen faktörlerin multivariate regresyon analizi

Tablo 6: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kapsamında yapılanlar

## **ŞEKİLLER DİZİNİ**

Grafik 1: Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kapsamında yapıldığını belirttikleri durumlar

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik öncesi bakım, eğitim, danışmanlık ve uygun müdahale yoluyla anne veya baba adayından kaynaklanabilecek riskleri azaltmak amacıyla gebelik sonuçlarına yönelik sosyal, davranışsal, çevresel ve biyomedikal riskleri tanımlama sürecini ifade eden geniş bir terimdir (1).

Bilimsel kanıtlar, hamilelikten önce bir kadının sağlığını iyileştirmenin hamilelik sonuçlarını iyileştireceğini göstermektedir. Gebelik öncesi bakım kavramı, anne ve bebek sağlığının iyileştirilmesi için bir öncelik olarak defalarca tanımlanmasına rağmen; uzun yıllardır çabalarımız öncelikle doğum öncesi bakım ve doğumdan sonra bebeklerin bakımı üzerinde odaklanmıştır. Gebe kalma öncesi bakım, hali hazırda aşırı yük altında olan sağlık hizmeti sağlayıcısına eklenen yeni bir şey olmamakla birlikte üreme çağındaki kadınlar için rutin birinci basamak bakımının bir parçasıdır. Gebe kalma öncesi müdahale için pek çok fırsat vardır ve gebe kalma öncesi bakımın çoğu, yalnızca sağlık hizmeti sağlayıcılarının düşüncesini, danışmanlığını ve kararlarını içermez, aynı zamanda hastanın üreme planlarını cinsel ve kontraseptif uygulamaları ışığında yeniden çerçevlendirmesini içerir (2).

Gebelik öncesi ziyaret (hasta gelecekteki olası bir hamileliği tartışmak için başvurduğunda), hastalara sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme ve sağlık risklerini en aza indirme konusunda danışmanlık yapmak için mükemmel bir fırsat sağlar. Gebelik öncesi bakımın amacı, sağlığı optimize etmek, değiştirilebilir risk faktörlerini ele almak ve sağlıklı hamilelik hakkında eğitim sağlamak için çiftlerle birlikte çalışarak kadın, fetüs ve yenidoğan için olumsuz sağlık etkileri riskini azaltmaktır. Önceden var olan tıbbi durumların yönetimi, hamilelik öncesi dönemde optimize edilerek gebeliğe bağlı komplikasyon olasılıkları azaltılabilir. Ek olarak, gebelik öncesi danışmanlık sırasında hastaların sosyal yönlerini anlamak, hastaların sağlık hizmetlerine erişirken karşılaşılabilecekleri engelleri anlamak da dahil olmak üzere doğum öncesi bakım kullanımını iyileştirmeye yardımcı olacak yolları belirleyebilir (3). Gebe kalmaya yönelik bakım, şu anda gebe kalmakla ilgilenip ilgilenmeseler de, periyodik sağlık muayenesine gelen çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlar için birincil ve koruyucu bakımın önemli bir parçası olmalıdır. Periyodik sağlık değerlendirmesine ek olarak, gebe kalma öncesi bakım için potansiyel

fırsatlar; evlilik öncesi ziyareti, doğum kontrolü danışmanlığı, negatif bir gebelik testinden sonra, cinsel yolla bulaşan hastalık veya vajinal enfeksiyon için değerlendirme, ve doğum sonrası kontrolü dahil birçok acil olmayan sağlık bakımı karşılaşmasında ortaya çıkar (4).

Birçok kadında henüz prenatal bakımın başlamadığı konsepsiyon sonrası ilk 4. ve 5. hafta içinde fetal gelişimi etkileyebilecek risk faktörleri bulunabilir, ancak kadın gebe olduğunun farkında olmadığından bu risklerini kontrol edemeyebilir. Bu nedenle ilk prenatal bakımın konsepsiyondan önce başlatılması anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir (5).

Gebelik öncesi bakımın kullanımına ilişkin araştırma temeli yetersizdir ve mevcut bilgiler, önerilen gebelik öncesi bakımın yaygın olarak sağlanmadığını göstermektedir. Örneğin, yapılan bir çalışmada hasta kayıtlarını gözden geçirirken, tıbbi geçmişleri, reçeteli ilaç kullanımını ve diyet takviyelerini belgelememenin kanıtladığı gibi, jinekolojik sağlayıcıların rutin jinekolojik ziyaretler sırasında sağlığın teşviki fırsatlarını kaçırdıklarını bulmuşlardır. Benzer şekilde, üreme çağındaki kadınlarla yapılan bir anket, folik asit takviyesi hakkında danışmanlık gibi prekonsepsiyonel bakımının öğelerinin genellikle gebelik öncesi ziyaretler sırasında ele alınmadığını ortaya koydu. Ankete katılan dört kadından yalnızca biri, bir sağlık hizmeti sağlayıcısından folik asit bilgisi aldığını bildirdi. Şu anda günlük olarak vitamin takviyesi almayan kadınların %89'u, sağlık hizmeti sağlayıcısı tarafından tavsiye edilirse bir multivitamin alabileceklerini söyledi ve bu da, gebelik öncesi dönemde sağlık danışmanlığına daha fazla dikkatin sağlığın önemli ölçüde kolaylaştırılabileceğini düşündürmüştür (6).

Ülkemizde doğum öncesi bakım konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş; ancak evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmeti hariç tutulduğunda uygulanabilecek standart bir gebelik öncesi bakım kılavuzu halen uygulamaya konulmamıştır (7). Bugüne kadar, Türkiye'de gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetini kullanmasıyla ilişkili faktörler üzerine sınırlı sayıda çalışma göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle, bu çalışma, gebelerin PCC kullanımının yaygınlığını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır ve olumsuz doğum sonuçlarının üstesinden gelmek için etkili önleyici stratejilerin tasarımına katkıda bulunacaktır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanım ve Amacı

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık çiftlere; her yönden sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve psikolojik açıdan en sağlıklı şekilde hazırlanma fırsatı veren, aynı zamanda maternal ve fetal riskleri belirleyip en aza indirmeyi hedefleyen doğum öncesi bakımın olmazsa olmaz bir parçasıdır (8). ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından; fiziksel ve zihinsel olarak sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelebilmesi için tüm sağlık profesyonelleri tarafından gebelik öncesi dönemde sunulan sağlık bakımı olarak tanımlanmıştır. Üreme çağındaki her kadın, gebe kalmayı planlamasa bile gebelik öncesi bakım için birer aday olmalıdır. Bileşenler erkeklerde kadınlarda olduğu kadar iyi tanımlanmamasına rağmen, erkekler de gebelik öncesi bakım almalıdır (9). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık, gebelikte ortaya çıkabilecek sorunları gebelik öncesi dönemde tanımlamak, acil ve uygun girişimleri başlatmak, gebenin biyopsikososyal sağlığını en yüksek düzeyde tutmak, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (10).

Ergenlik döneminde başlayan ve hamilelikler öncesinde ve arasında sağlanan gebelik öncesi bakım, her yıl doğum yapan 136 milyon kadını etkileme ve yeni doğanların mümkün olan en sağlıklı başlangıcı almalarını sağlama potansiyeline sahiptir. Hamilelikten önce basit müdahalelerin sağlanması, anne ve yenidoğan ölümlerinin ve hastalıklarının önemli bir kısmını önleyebilir. Ergen sağlığını geliştirmeye ve genç hamileliklerini önlemeye yönelik müdahaleler, kontraseptif kullanımı ve uygun doğum aralıklarını teşvik etme, kilo ve mikro besin durumunu optimize etme ve kronik durumları tarama ve yönetme etkinliği kanıtlanmıştır. Sunumu en üst düzeye çıkarmak için bu müdahalelerin artık ölçeklendirilmesi gerekir. Gebelik öncesi bakım alan kadınların sağlıklı davranışları benimseme olasılığı daha yüksektir ve bu nedenle hamilelik sonuçları daha iyidir. Gebelik öncesi bakım, özellikle erkekler dahil olduğunda ve toplum ortamında bakım sağlandığında etkilidir. Tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları, tüm ergen kızlara, kadınlara ve üreme çağındaki çiftlere gebe kalmak isteyip istemediklerini veya aktif olarak gebeliği önlemeye çalışıp çalışmadıklarını sorarak gebe kalma öncesi bakım

sağlamaya başlayabilir ve başlamalıdır (11). Gebe kalma öncesi bakım, bir dizi önleme ve yönetim stratejisi yoluyla çiftlerin sağlığı ve hamilelik sonucu üzerindeki biyomedikal ve sosyal riskleri belirlemeyi ve değiştirmeyi amaçlamaktadır (12). Diyabet veya epilepsi gibi tıbbi sorunları olan veya yüksek risk altında olduğu bilinen kadınlar için gebelik öncesi tavsiye ve değerlendirme birçok ülkede sağlanmaktadır. Ancak tanımlanmış risk faktörleri olmayan kadınlara gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hizmetinin çok daha az sunulduğu gözlemlenmiştir. Risk faktörü olmayan kadınlara bu hizmetin sunulduğu yerlerde ise sonuçların daha olumlu olduğu bulunmuştur. Örneğin pozitif maternal davranış değişikliği (sigarayı bırakma gibi), artan bebek doğum ağırlıkları ve konjenital anormalliklerde azalma ile ilişkilendirilmiştir (12). Prekonsepsiyonel bakımın temel amacı, anne sağlığını ve gelecekteki çocuklarının sağlığını geliştirmek için hamile kalmadan önce mümkün olduğunca çiftlerin sağlıklı olmasını sağlamaktır ve koruyucu bir sağlık hizmeti olması nedeniyle üreme çağındaki kadınlar için birinci basamak sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır. Tek bir tıbbi ziyaret olmayıp, üreme çağındaki kadınlar için her tıbbi karar ve tedavi önerisine dahil edilmelidir (13).

Tüm profesyonel sağlık çalışanları her ziyarette çiftlerin sağlığının teşvik edilmesine vurgu yaparak, böylece anne ve baba adayları için daha yüksek düzeyde gebelik öncesi sağlıklı yaşam sağlama potansiyeline sahiptir. CDC Gebe Kalma Öncesi Sağlık Seçme Panelinin önerileri arasında *“Birincil bakım ziyaretlerinin bir parçası olarak, üreme çağındaki tüm kadınlara üreme risklerini azaltmak için risk değerlendirmesi, eğitim ve sağlığı geliştirme danışmanlığı sağlayın ve hamilelik sonuçlarını iyileştirin.”* ifadesi yer almaktadır. Bir gebelik planı varsa çiftlerin gebelik oluşmadan önce optimum sağlık düzeyine erişmeleri için risk değerlendirmesi yapmak; gebelik planı olmayan çiftlere ise uygun bir kontrasepsiyon yöntemi önermek de prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın kapsamında yer almaktadır (14, 15). Prekonsepsiyonel bakımın; risk değerlendirmesi, sağlıklı yaşam teşviki ve müdahaleleri olmak üzere üç temel bileşeni bulunmaktadır. Folik asit ve demir takviyesi, sigara ve alkol bıraktırma tedavileri, sağlıklı beslenme önerileri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tespiti ve tedavisi bu müdahalelere örnek verilebilir (1).

## 2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın ve Danışmanlığın Önemi

Anne-babalar için en önemli mücadele olan sağlıklı bir bebek doğurmak için gerekli olan bilgi ve tutumlar, gebelik oluşmadan önce kazanılmalıdır. Gebelik öncesi dönem, teşhis, tedavi ve önleme için benzersiz bir zaman penceresi sunar. Son kanıtlar, üreme tıbbı ile obstetri arasındaki ilişkinin, obstetrik hastalığın oluşumunun ve gebelik komplikasyonlarının önlenmesinin ardındaki gizemleri çözme konusunda büyük bir potansiyele sahip olduğunu göstermektedir. Bu yeni stratejilerin faydaları, gelecekteki insan, anne baba adayları ve bir bütün olarak toplum içindir (16). Bebek ölüm insidansları, bir topluluğun, ülkenin veya kıtanın genel sağlığının temel göstergesi olarak yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bebek ölümlerinin üçte ikisinin perinatal mortaliteden kaynaklandığı göz önüne alındığında, doğum öncesi bakımın içeriğini, erişimini ve sunumunu optimize etmenin neden 20. yüzyılda obstetriklerin ana odak noktası haline geldiği anlaşılabilir. Üreme bakımının önemli bir bileşeni olan gebelik öncesi bakım, yalnızca perinatal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için değil, çiftlerin ve çocukların gelecekteki sağlıklarını optimize etmek için de oldukça elzemdir (17). Her yıl dünya çapında tahmini 3,6 milyon bebek yaşamın ilk 4 haftasında ölmektedir. Bunlardan preterm eylem ve doğum (tüm doğumların %10'unu etkiler) ve preeklampsi (%5) yaşamın ilk haftasında 1,5 milyon yenidoğan ölümüne ve 1,4 milyon ölü doğan bebeğe neden olmaktadır. Konjenital anomaliler, ebeveynleri doğal yollarla hamile kalan yenidoğanların %2-3'ünü etkiler. Genetik bozukluklar canlı doğumların %1'ini etkiler ve pediatrik hastaneye yatışların %18'inden ve bebek ölümlerinin ise %20'sinden sorumludur. Bu genetik bozuklukların çoğu, insanların %85'i tarafından taşınan resesif veya X'e bağlı genetik mutasyonlardan kaynaklanmaktadır; ancak bu durum, kapsamlı taşıyıcı tarama testleri yapılmadıkça ele alınmadan kalır (18). Pek çok kanıt dizisi, gebeliğin çoğu komplikasyonunun, kökeni erken gebelikte, implantasyon ve plasentasyon sırasında ortaya çıkan bozukluklardan kaynaklandığı kavramını desteklemek için birleşmiştir. Daha da ilginç olanı, anormal desidualizasyonun preeklampsiye yatkınlığın ve preterm doğum ve fetal büyüme kısıtlaması gibi diğer obstetrik komplikasyonların altında yattığını gösteren bir dizi gözlem mevcuttur (19).

Gebeliğin ilk 12 haftası embriyonik gelişimin en hızlı olduğu ve aynı zamanda embriyo-fetusun dış etkilere en duyarlı olduğu dönem olması nedeniyle gebelik sonuçları için kritik olabilecek bir zaman dilimidir. Genel olarak hamile kadınlar, 7. ve 12. gebelik haftaları arasında doğum öncesi bakım kliniklerini ziyaret ederler. O zamana kadar embriyo en hassas ve savunmasız dönemini atlatmış, bu nedenle onları doğuştan anormalliklerden korumak için çok geç kalmıştır. Gebeliğini planlamamış olan kadınlar oldukça önemli olan bu dönem içinde gebeliklerinden habersiz olmaktadır. Gebeliğin ilk haftalarının anne adayları tarafından bilinçsiz şekilde geçirilmesinin bahsedilen kötü gebelik sonuçları ile doğrudan ilişkili olması prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın önemini ortaya çıkarmaktadır (20). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri; anne ve babalarda planlı gebelik kültürü oluşturması ve dolayısıyla sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlaması, anne-bebek ölümlerini azaltması, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlaması, anne ve fetüsün sağlığını iyileştirmesi, gebelik ve doğum esnasında çıkabilecek komplikasyonların önüne geçmesi ve ailedeki tüm üyelerin sağlıklı davranış geliştirmesine fırsat vermesi açısından oldukça önem taşımaktadır (21).

### **2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyadaki Gelişimi**

Ana-çocuk sağlığının temel bir bileşeni olan gebelik öncesi bakım, 1980'li yıllarda Amerika'da ortaya atılmış bir düşünce olup çocuk sahibi olmadan önce çiftlerin sağlığını geliştirmeyi, gebelik öncesi risk tespiti yaparak doğum komplikasyonlarını önlemeyi ve anne-bebek ölümlerini en aza indirmeyi hedefleyen dünya genelinde oldukça önemli bir sağlık sunumudur (22). Özellikle 1980'li yılları takip eden süreçte Avrupa da gebelik öncesi bakım, anne-çocuk sağlığına katkıda bulunmuş ve birçok ülkede farklı prekonsepsiyonel bakım programları uygulanmaya başlanılmıştır. Uluslararası toplumdaki gebelik öncesi bakım programlarının yapısı, kullanılan sağlık sistemi türüne ve ekonomik destek düzeyine göre önemli ölçüde farklılık göstermektedir. Zengin ülkeler, daha iyi organize edilmiş sağlık sistemlerine sahip olma eğilimindedir ve bu nedenle, sağlık hizmetleri sektörü içinde gebelik öncesi bakım hizmetlerinin sunumunu yönlendirmek için daha geniş politikalar ve kılavuzlar kullanırlar (23). Bu nedenle, Kanada, Birleşik Krallık,

İspanya, Avustralya, Macaristan ve Hollanda gibi ülkelerin gebe kalma öncesi sağlıkla ilgili çeşitli tavsiyeleri benimseme olasılığı daha yüksekken, Latin Amerika bölgelerindeki daha az gelişmiş ülkeler, Afrika, Hindistan ve Orta Doğu daha hedefli müdahaleler kullanma eğilimindedir. Örneğin, birçok Afrika ülkesi, HIV'li hastalar için gebelik öncesi danışmanlık ve üreme tercihlerindeki sorunlarla başa çıkmalarına yardımcı olmak için toplum sağlığı çalışanlarına sürekli eğitim vermektedir (24). Batı toplumunun Kanada, İngiltere, İspanya, Avustralya, Hollanda gibi gelişmiş ülkelere bakıldığında gebelik öncesi sağlık hizmetlerin sağlık sistemine oldukça iyi yerleştiği görülmektedir (24). Bir çalışmada Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda, İsveç ve İngiltere'de gebelik öncesi dönemde verilen hizmetler incelenmiştir. Çalışma anne-bebek sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin jinekologlar, ebeler ve hemşireler tarafından verildiğini ortaya koymuştur. Bu ülkelere yalnızca İtalya ayrı bir prekonsepsiyonel bakım kliniğine sahip iken, Hollanda prekonsepsiyonel bakım hizmetleri için ulusal stratejisi olan tek ülkedir. İncelenen ülkelerin hepsinin konuyla ilgili ulaşılabilir web tabanlı kaynaklara sahip olduğu görülmüştür (25). 2003'ten önce Çin'de, evlenmeyi planlayan tüm çiftler için evlilik öncesi sağlık kontrolü gerekliydi ve sağlık eğitiminin yanı sıra tıbbi muayeneler ve testlerden oluşuyordu. O zamandan beri şart kaldırılmış ve bu değişiklik ile evlilik öncesi muayene oranlarında eşzamanlı düşüşler izlemiştir (26). Gebelik öncesi bakım hizmetleri, her yıl yaklaşık 4.000 çifte gebelik öncesi danışmanlık, tıbbi testler, sağlık değerlendirmeleri ve eğitim hizmetleri sunan Hong Kong'daki Gebelik Öncesi Hazırlık Hizmeti (PPPS) gibi özel kliniklerde verilmektedir (24). Filipinler'in uzak bölgelerinde ikamet eden kadın ve çocuklara ulaşmak için, multidisipliner bir doktor ve hemşire ebelerden oluşan bir ekibin belirli bölgelere seyahat ettiği ve ayda 1 ila 3 gün hizmet verdiği bir gezici sağlık hizmetleri programı geliştirilmiştir. Ekip, hamile kadınları çeşitli risk faktörleri için ve hamile olmayan üreme çağındaki kadınları kronik tıbbi durumlar için tarıyor. Aile planlaması hizmetleri de verilmektedir (24). Fransa'da gebelik öncesi bakım, gebe kalmadan önce iyi glisemik kontrol gibi daha hedefli tavsiyelere odaklanmıştır. Daha önce, diyabetik anneler arasında erken doğumun genel popülasyona göre çok daha yüksek olduğu ve fetal kayıp ve konjenital malformasyonların zayıf glisemik kontrol ile ilişkili olduğu tespit edilmişti (27). İtalya'nın St. Vincent şehrindeki 1989 Uluslararası Diyabet Federasyonu

toplantısının hedeflerinden birini kullanarak, üçüncü basamak perinatal merkezleri, diyabetik annelerin olumsuz gebelik sonuçlarının düzeyini düşürmek amacıyla gebelik öncesi bakım sunmaya başladı (28). Hizmetler arasında potansiyel diyabetik komplikasyonların risk değerlendirmesi, beslenme ve glisemik kendi kendine izleme eğitimi ve tedavi kılavuzlarında belirtildiği şekilde insülin tedavi rejimlerinin optimizasyonu yer alıyordu. Fransa'daki 12 perinatal merkezde yapılan kesitsel bir çalışmadan elde edilen veriler, Tip 2 diyabetli kadınların %24'üne kıyasla, Tip 1 diyabetli kadınların neredeyse yarısının 2000–2001 döneminde gebelik öncesi bakım aldığını göstermektedir. Diyabetik annelerin bebekleri arasındaki olumsuz sonuç oranları 1986–1988 dönemine benzer olduğundan, St. Vincent'in beyanında belirtilen hedeflere ulaşmak için daha fazla çaba sarf edilmesi gerektiği sonucuna varıldı (28).

Kanada'nın Aile Merkezli Annelik ve Yenidoğan Bakımına ilişkin Ulusal Yönergeleri, bütün bir bölümü ön gebelik bakımına ayırır ve gebelik öncesi sağlığı etkileyen çok sayıda içsel ve dışsal faktörü tanımlar. Buna göre, gebelik öncesi bakım müdahalelerinin yönetimi için uygun çeşitli ortamların yanı sıra stres, sosyal destek, istismar ve şiddet, sağlıklı yaşam tarzı uygulamaları ve beslenme gibi çeşitli sosyal ve tıbbi konular tartışılmaktadır (29). Gebelik öncesi klinikleri Londra ve Glasgow'da da tanımlanmıştır. Londra kliniği 1978'de açıldı ve daha önce gebelik komplikasyonları olan kadınlara sonraki gebeliklerin yönetimi konusunda tavsiyelerde bulunan bir kadın doğum uzmanından oluşuyordu. Kliniğin ilk 18 ayında 56 kadın görüldü. 1982'de açılan Glasgow kliniğinde ise, önceki olumsuz gebelik sonuçlarından etkilenen kadınlara da hizmet verdi. Klinik 9 yıl boyunca faaliyette kaldı ve ilk değerlendirme ve tarama için bir araştırma hemşiresi ve ardından 4 hafta sonra bir doktor konsültasyonuna karar verildi. Kliniğe sevk için en yaygın nedenler önceki düşük, önceki fetal anormallik ve kronik maternal hastalıktı. Gebelik sonucundaki iyileşmeler sadece kronik rahatsızlığı olan kadınlar arasında kaydedildi (30). Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Koleji (ACOG), 1995 yılında prekonsepsiyonel bakımına ilişkin ilk teknik bültenini yayınlamıştır. Bülten; risklerin kapsamlı ve sistematik olarak belirlenmesi, bireylere ihtiyaçlarına göre bireyselleştirilmiş eğitim sağlanması ve istenilen müdahalelerin başlatılması konusunda çağrı yapmıştır. Tıbbi öykü, üreme ve aile öyküleri, beslenme

alışkanlıkları, uyuşturucu ve çevresel maruziyet öyküsü ve sosyal konuların alanlarını içerecek şekilde geniş bir sorgulamayla riski belirleyip hem anne hem de fetüs sağlığını korumak hedeflenmiştir. ACOG, prekonsepsiyonel hizmetlerin iyi hamilelik sonuçlarını garanti etmediğini ve gebelik planlayan kadınlara veya yüksek riskli olarak tanımlanan kadınlara vurgu yapmanın, birincil koruma açısından son derece önemli sayıda kaçırılmış fırsat ile sonuçlanacağına vurgu yapmıştır. Sadece gebelik zamanını bilinçli olarak planlamış olan çiftlerin istenmeyen gebelik yaşayan çiftlere göre gebelik sonuçları açısından daha az riske sahip olduğunu belirtmiştir. Ayrıca doğurgan çağda olan kadınlara yönelik gebe kalma öncesi bakıma daha kapsamlı bir çerçeve kazandırmak adına kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından koordine edilen ve çeşitli uzmanların katkı sağladığı bir çaba ortaya koyma çağrısında bulunmuştur (9). Haziran 2005'te, CDC, "Gebelik Öncesi Sağlık ve Sağlık Bakımı Üzerine Öneriler" geliştirmek için bir grup uzmanı (Gebelik Öncesi Bakım Seçilmiş Paneli) bir araya getirdi. Yukarıda bahsi geçen girişimin kılavuz ilkeleri ve hedefleri ile gebelik öncesi sağlık hizmetlerine yönelik tavsiyeler Nisan 2006'da yayınlandı (31). Panelin içeriği, doğurganlık çağındaki tüm kadınların ve erkeklerin yüksek üreme bilincine sahip olması, tüm gebeliklerin planlandığı ve doğurganlık çağındaki tüm kadınların sağlık sigortasına sahip olması ve olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilgili risklerin hamilelikten önce taranması olmuştur. Panelin yol gösterici ilkesi, çocuk doğurma planlarını gerçekleştirmede çiftleri desteklemek için klinik bakım ve kamu politikasındaki değişikliklerle, bireysel davranış ve sorumluluğu vurgulayarak kadınların yaşam boyu iyileştirilmesi çağrısında bulundu. Panel, kadın ve erkeklerin gebe kalma öncesi sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını iyileştirmek; ABD'deki çocuk doğurma çağındaki tüm kadınların gebeliğe optimal sağlıkla girmelerini sağlayacak gebelik öncesi bakım hizmetleri almalarını sağlamak; gebelikler arası dönemde müdahaleler yoluyla önceki bir olumsuz gebelik sonucu ile belirtilen riskleri azaltmak şeklinde hedefe ulaşmayı amaçlayan bir dizi tavsiyede bulunmuştur (31).

#### **2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Ülkemizdeki Gelişimi**

Ülkemizde, anne ve bebek ölümlerini azaltmak adına en fazla gebelik dönemi, doğum esnası ve doğum sonrası bakım hizmetlerine yer verilmiştir. Birleşik

devletlerde çok daha önce ortaya çıkan doğum öncesi bakım hizmetlerine ülkemiz 2000’li yıllarda öncelik vermeye başlamıştır. Bu alanda önemli adımlar atılmış ve verilen bakımı standardize etmek için Sağlık Bakanlığı çeşitli rehberler oluşturmuştur. Fakat diğerleri kadar önemli olan gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım hizmetleri talep doğrultusunda, bireysel düzeyde verilmekte olup, ülke genelini kapsayan standart şemalar ve kurumsallaşmış hizmetler henüz bulunmamaktadır (32). Ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlanan “evlilik öncesi danışmanlık” aslında gebelik öncesi bakımın bir parçasıdır. Aslında bu konudaki çabalarımızın 1930’lara kadar uzandığını görüyoruz. Türk Medeni Kanununda evlenecek çiftler “*evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu*” (evlilik raporu) almak zorundadır. Bu raporun nasıl çıkarılacağı 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirtilmiştir. Bu kanuna göre sifiliz, lepra, tüberküloz ve akıl sağlığı bozuk olanların evlenmesi uygun bulunmamıştır. Hastalıkların tedavisi yapıp, bulaşma ihtimalinin ortadan kalktığı hekim raporu ile belirtilmeden nikah yapılamaz şeklinde bildirilmiştir (33). Bu yasalarda yer alan “*Evlilik raporunu hükümet tabipleri verir.*” ifadesi 2002 yılında değiştirilmiş; evlilik raporlarını sağlık ocakları, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri (AÇSAP) tarafından verileceği ve Umumi Hıfzıssıhha Kanununda belirtilen hastalıklara ek olarak AIDS, Hepatit B ve Hepatit C hastalıkları ile genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılması gerekliliği eklenmekle birlikte bu taramaları yaptırıp yaptırmama kararı kişinin özgür iradesine bırakılmıştır. Dolayısıyla bu hizmetlerin başarısı, bireylerin taramayı yaptırmaya ne kadar iyi ikna edildiğiyle son derece alakalı olmuştur. İhtiyaç duyduğumuz şey, bu çabaların bireysel düzeyde kalması değil, bütüncül olarak sağlık sisteminin her basamağına entegre edilmesidir (7). Son olarak 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından hazırlanan Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberini yayınlanmıştır. Bu rehberde; evlilik öncesi danışmanlık, üreme sağlığı, kan uyuşmazlığı, kalıtsal kan hastalıkları, danışanın ruh sağlığının değerlendirilmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, akraba evliliği gibi konulara ayrıntılı olarak değinilmiştir. Rehberde yer alan konuların hemen hepsi gebelik öncesi bakımın parçaları olmakla birlikte rehberde gebelik öncesi bakım adı altında bir alt başlık da açılmıştır. Bu başlık altında gebelik öncesi danışmanlık verilecek

konular; kronik hastalıklar, folik asit desteği, kızamıkçık immünizasyonu, akraba evliliği ve genetik hastalıkların sorgulanması, ilaçlar ve radyasyon, beslenme, madde bağımlılığı, risk faktörlerinin belirlenmesi olarak özetlenmiş ve önerilerde bulunulmuştur (34). Ancak standart bir gebelik öncesi bakım rehberi henüz oluşturulmamıştır. Her ne kadar tüm bunlar gelişme olarak sayılabilirse de halen mevcut bir gebelik öncesi bakım rehberi ve sorgulama formu oluşturulmamış olup ihtiyacı devam etmektedir.

## **2.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlığın Kapsamı**

Batı toplumlarında prekonsepsiyonel bakım, kadın sağlığını optimize etmenin ve hamilelik sonuçlarını iyileştirmenin bir yolu olarak yaygın bir şekilde kabul edilmektedir. Gebeliğin ilk haftalarının hem anne hem de fetüs sağlığı için kritik bir dönem olduğunu destekleyen artan sayıda kanıt olmasına rağmen, kapsamlı sağlık bakım sistemleri olan ülkelerde bile gebelik öncesi bakım kapsamı tutarsızdır ve prekonsepsiyonel bakım çoğunlukla tek müdahaleler veya diyabet gibi kronik hastalıkları olan kadınlara danışmanlık ile sınırlı kalmaktadır (35). Prekonsepsiyonel danışmanlık psikososyal ve fizyolojik risk değerlendirmesi ile başlamaktadır. Gebeliği etkileyebilecek olumsuz durumların var olup olmadığı öncelikli olarak tespit edilir (9). Çiftlerden alınacak özgeçmişe yönelik hikâye ve normal fizik muayene ile bir risk değerlendirmesi yapılır. Kalp hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, tiroit hastalıkları gibi akut ya da kronik hastalıklar, teratojenik ilaç kullanımı, alkol ve sigara kullanımı gibi bazı riskler kontrol altına alınabilir (36). Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlığın ilk aşaması kapsamlı bir öykü almaktır. Detaylı alınan bir öykü var olan risk faktörlerinin ortaya çıkmasını sağlayacaktır (36, 37).

### **2.5.1. Prekonsepsiyonel Öykü**

Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kapsamında risk değerlendirmesi yapmak adına ilk yapılması gereken çiftlerden ayrıntılı bir öykü almaktır. Alınan öykünün içeriği şu şekilde olmalıdır:

1. Tıbbi öykü (diyabet, tiroit hastalığı, astım, kalp hastalığı, hipertansiyon, böbrek hastalığı, epilepsi, kanser, anemi)
2. Obstetrik öykü (uterin ya da servikal anormallikler, düşükler, prematüre doğum, intrauterin ölüm, düşük doğum ağırlıklı bebek, intrauterin gelişme geriliği, orak hücreli anemi)
3. Beslenme öyküsü (vejetaryenlik, anoreksia ve bulimia, özel diyet, süt intoleransı, vitamin desteği alma)
4. Enfeksiyon hastalıkları öyküsü (Cinsel yolla bulaşan hastalık, herpes simpleks, klamidy virüsü, human papilloma, gonore, viral hepatitler, HIV)
5. Aile öyküsü (genetik hastalık öyküsü, partnerine ilişkin öykü (akraba evliliği)),
6. Sosyal öykü/davranışsal riskler (alkol kullanımı, sigara kullanımı, uyuşturucu madde veya diğer ilaç kullanımları, evde veya işyerinde kimyasal kullanım, işyerinde radyasyona maruz kalma) (38).

### **2.5.2. Folik Asit ve Demir Takviyesi**

Önemli bir B-kompleks vitamin olan folik asit (vitamin B9), suda çözünebilen, insan vücudunda sentezlenemeyen bir vitamindir. Hayvansal ve bitkisel gıdalarda bulunmaktadır. Başlıca doğal folik asit kaynakları karaciğer, yumurta sarısı, yeşil yapraklı sebzeler ve baklagillerdedir. Nükleik asit ve aminoasit metabolizmasında çok önemli görevleri olan bir koenzim türüdür. Folik asit alımının yetersiz olması durumunda megaloblastik anemi, kardiyovasküler hastalıklar, majör depresyon, şizofreni, Alzheimer hastalığı ve çeşitli karsinomların riskinin arttığı yapılan araştırmalar ile kanıtlanmıştır (39). Gebelik öncesi müdahaleler arasında kanıta dayalı en çok veriye sahip olan folik asit takviyesidir. Optimal folik asit dozu ve kullanım süreleri konularında farklı görüşler olmasına karşın genelde kabul edilen; dozun 0,4 mg'ın altında olmaması (0,4-0,8 mg) ve folik asit içeren multivitamin tabletlerinin en az bir ay öncesinden başlanarak ilk trimester süresince kullanılması şeklinde olmuştur (38). Folik asit takviyesi ile tüm kadınlarda minimum 400 mcg/gün ile nöral tüp kusurlarında %93 azalma ve daha önce NTD'si olan çocukları olan kadınlar için 4 mg/gün kullanım ile tekrarlayan NTD'lerde %69 azalma saptanmıştır. Takviye, gebe kalmadan en az bir ay önce başlamalı ve gebe kaldıktan en az 28 gün sonrasına kadar devam etmelidir (nöral tüp kapanma zamanı) (40).

Planlı gebe kalmanın öngörülemezliği göz önüne alındığında, tüm üreme çağındaki kadınlar menarştan menopoza kadar folik asit takviyesi almalıdır. Nöbet önleyici ilaçlar (özellikle valproik asit ve karbamezapin), folik asit metabolizmasına müdahale edebilecek diğer ilaçlar, homozigot metilen tetrahidrofolat redüktaz enzim mutasyonları olanlar veya obez olanlar, daha yüksek dozlarda folik asit takviyesine ihtiyaç duyabilir (4 mg olarak, gebelik girişiminden bir ay önce başlayıp gebeliğin ilk üç ayı boyunca devam edecek şekilde). Başlangıç serum folat seviyesindeki artışlar, NTD insidansındaki azalma ile doğru orantılı olduğundan, bazı uzmanlar, optimal evrensel destek olarak günde 5 mg folik asidi savunmuşlardır (41). Folik asit takviyesi NTD'ler dışındaki konjenital anomalilerin (örneğin yarı damak ve dudak, kalp anomalileri) riskini de azaltabilir (42).

Demir eksikliği dünyanın en yaygın beslenme yetersizliğidir ve gebelikte demir eksikliği anemisinin başlıca nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sanayileşmiş ülkelerde gebe kadınların ortalama %18'inde anemi bildirdi. Bu kadınların çoğu hamile kalmadan önce de anemikti. Gelişmiş ülkelerdeki doğurgan kadınların %30'undan fazlası yeterli demir depolarına sahip değildir. Bu durum hem hamilelik döneminde hem de yeni doğan bebekler için riskler taşımaktadır. Ayrıca, gebelik sırasında demir eksikliği anemisi erken doğum riskini artırır ve çocuğun gecikmiş olgunlaşması, düşük bilişsel ve motor kapasitesi ile birlikte düşük doğum ağırlığı ile ilişkilidir. Aynı zamanda yapılan çalışmalar, demir eksikliğinin gebelikte maternal depresyon için önemli bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (43). Bu bağlamda, DSÖ yakın zamanda, üreme çağındaki kadınlarda anemi prevalansının %20'nin üzerinde olduğunu belirtmiş ve koruyucu haftalık demir-folik asit takviyesi önermiştir (44). Hamilelik sırasında demir birikimlerinin mobilizasyonu ve artmış demir emilimi meydana gelse de, özellikle takviye geç verildiğinde veya kadın bir demir eksikliği riski ile gebeliğe başladığında (serum ferritini < 20 µg/l) demir ihtiyacının tek başına diyetle karşılanması zordur. Bu nedenle, kadınların gebeliğe iyi demir seviyeleri ile başlaması önemlidir (44). Gebelik öncesi dönemdeki kontrollerde her kadının anemi açısından taranması perinatal sonuçları iyileştirecektir. Sağlık Bakanlığı; gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimesterden

başlayarak altı ay ve doğum sonu üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süre ile günlük 40-60 mg elementer demir verilmesini tavsiye etmektedir (45).

### **2.5.3. İdeal Kilo, Sağlıklı Beslenme ve Egzersiz**

Gebelik öncesi diyet ve beslenme, BMI üzerindeki etkiler veya mikro besin eksiklikleri dahil diğer beslenme faktörleri yoluyla maternal ve perinatal sonuçları değiştirebilir. DSÖ, yaklaşık 2 milyar insanın mikrobeyin eksikliği olduğunu ve kadınların adet kanaması ve gebeliğin yüksek metabolik talepleri nedeniyle özellikle risk altında olduğunu tahmin etmektedir (46). Gebelik öncesi dönemde ideal bir vücut ağırlığına ulaşılması veya sürdürülmesi ile birlikte dengeli bir diyet, hamilelik sonuçlarını iyileştirir. Gebelik öncesi hedef vücut ağırlığı, vücut kitle indeksi 20 ile 27 arasında olmalıdır. Yeme bozukluğu olan kadınlar gebelikten önce değerlendirilmeli ve tedavi edilmelidir. Vejetaryenlik dahil çoğu genel diyet, hamilelik sırasında güvenli olacaktır. Laktovejeteryanlar (yumurta yemeyenler) ve veganlar (sadece bitki yiyenler) gibi daha kısıtlayıcı diyetler tüketen kadınlar, ek kalsiyum, çinko, demir ve B ve D vitaminlerine ihtiyaç duyacaktır. Yüksek doz vitamin takviyelerinden kaçınılmalıdır. Günlük 0,4 mg folik asit alımı hamilelikten en az 1 ay önce başlamalı ve ilk trimesterde devam etmelidir. Nöral tüp defekti olan bir çocuğu olan kadınlar için, daha yüksek bir folik asit dozu (4 mg/gün) önerilir ve nöral tüp defektlerinin nüks oranını azalttığı gösterilmiştir (47). FDA hamile kalabilen, hamile ve emziren kadınların metil civa nedeniyle belirli balıkları yemekten kaçınmaları gerektiği konusunda uyarmıştır. Bu civa formu, gelişmekte olan fetal sinir sistemine zarar verebilir. Diğer öneriler arasında sadece pastörize yumurta ve süt ürünleri yemek, çiğ meyve ve sebzeleri yemeden önce yıkamak ve günde minimum 150 mcg iyot alımı gerektiği yer alır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde doğru el yıkama, yemek ve pişirme gereçleri hijyeni konusunda eğitim önemlidir (40). Çocuk doğurma çağındaki kadınlarda görülen yaygın mineral eksiklikleri arasında demir ve kalsiyum bulunur (adet gören kadınların %40'ında demir depoları eksiktir). 30 mg elementer demir içeren günlük doğum öncesi bir vitamin, etleri ve demir içeriği yüksek diğer yiyecekleri içeren bir diyetle birleştirildiğinde yeterlidir. Gebe kalmadan önce, kadınların günde 1.200 mg

kalsiyuma veya bir litre süt veya kuvvetlendirilmiş portakal suyuna eşdeğer miktarda veya altı porsiyon kuvvetlendirilmiş ekmek veya tahıla ihtiyaçı vardır.

Aşırı dozda A vitamini, D vitamini ve kafein toksik olabilir. A vitamini, günde 20.000 ila 50.000 IU'luk dozajlarda teratojeniktir. FDA, günde 3.000 IU nermektedir. Günde 1.600 ila 2.000 IU'dan yüksek D vitamini dozları, fetal hiperkalsemiye ve büyüme geriliğine neden olabilir. Kadınlar, tek başına veya kalsiyum takviyeleri veya çoklu vitaminlerle birlikte günde 400 IU toplam D vitamini dozunu aşmamalıdır. Günde 300 mg'a varan miktarlarda kafein tüketimi (iki fincan kahve veya altı bardak çay veya soda) oğu yetkili tarafından güvenli kabul edilmektedir. Daha yüksek miktarda kafein, artan düşük oranları ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olabilir. Amerikan Tiroit Derneği, hamileliği planlayan kadınların diyetlerini, potasyum iyodür şeklinde 150 mcg iyot içeren günlük oral multivitamin takviyesi ile desteklemelerini önermektedir. İyotlu tuz kullanmak (eyrek çay kaşığı başına 95 mcg iyot içerir) ve doğal olarak iyot bakımından zengin deniz ürünlerini tüketmek alternatiflerdir (48).

Üreme ağındaki kadınlar için vücut kitle indeksi (VKİ) en az yılda bir kez hesaplanmalıdır. Vücut kitle indeksi normal aralığın dışında olan kadınlar için gebelik öncesi danışmanlık son derece önemlidir. Düşük VKİ'ye sahip kadınlar, anoreksiya nervoza veya bulimiya açısından taranmak üzere sevk edilmelidir. Fazla kilolu veya obez kadınlar ise beslenme danışmanlığı almalı ve gebelik öncesi egzersiz ve doğru beslenme yoluyla optimal kiloya ulaşılınca kadar hamile kalmamayı hedeflemelidir (49).

Mevcut kanıtlar, anne hamilelik sırasında egzersiz yaptığında hem annenin hem de fetüsün önemli ölçüde fayda sağladığını göstermeye devam etmektedir. Mevcut neri, kadınların hamile kaldıklarında gebelik öncesi aktivite düzeylerine devam etmeleridir. Bu nedenle, klinisyen gebelik öncesi hastalar için bir egzersiz programının başlatılmasını veya devam ettirilmesini teşvik etmelidir (50). Gebelik öncesinde başlanılarak gebelikte güvenle devam ettirilebilen bir egzersiz rutini arasında yoga, tempolu yürüyüş (yürüyüş ve sırt çantasıyla gezme dahil), koşu yapmak, yüzme, bisiklet sürmek, kros kayağı, koşu bandı veya sabit bisiklet gibi fitness ekipmanı kullanmak sayılabilir. Kadınlara, haftada 5 veya daha fazla gün, günde 30 ila 60 dakika düzenli fiziksel aktivite yapmaları için standart tavsiye

verilmelidir (40). Çalışmalar, düzenli egzersiz yapan ve formda olan bireylerde stresli uyaranlara yanıt olarak daha düşük kortizol ve adrenalın seviyeleri bulmuştur. Egzersiz, hamilelikten önce allostatik yüklerin azalması allostatizmin iyileşmesi ile ilişkilendirilmiştir (51) .

#### **2.5.4. Kronik Hastalıkların Kontrolü**

Hekimlerin gebelik öncesi dönemde hamilelik için uygun sağlık durumunu ve tavsiyeleri, hastası ile tartışması gerekmektedir. Bir kadın hamile kalacak kadar sağlıklı değilse, o zaman güvenilir ve etkili bir doğum kontrol yöntemi reçete edilmelidir. Hamilelikten önce var olan hastalık, gebelikte yakın gözlem ve yönetim gerektiren yüksek riskli bir durum oluşturur (52).

Dünyadaki diyabet oranı; artan obezite oranıyla birlikte yükselmeye devam etmektedir. Gebelikten önce var olan diyabet, gebelikte intrauterin fetal ölüm ve ölü doğum riskini artırır. Amerikan Diyabet Derneği diyabetli kadınlarda, gebe kalmadan önce  $Hb_{A1c} < \%6,5$  (48 mmol/mol) hedeflenmesini önermektedir. Hemoglobin (Hb) A1c düzeyi  $> \%6$  olan kontrolsüz diyabetli kadınlarda, düşük yapma riskinde %15-20 artış ve doğum kusurlarında, özellikle de fetal kalp anomalilerinde %5-10 artış olacaktır (53).  $Hb_{A1c}$  düzeyleri yüksek, kontrolsüz diyabeti olan kadınlara olası fetal anomaliler hakkında danışmanlık verilir ve istenirse genetik danışmanlık, genetik tarama ve gebeliğin sonlandırılmasını içeren gebelik yönetimi seçenekleri sunulur (54). Önceden diyabeti olan kadınlarda preeklampsi ve HELLP sendromu gibi gebeliğe bağlı hipertansif bozukluk riski artmıştır (52). Endişe duyulması gereken sadece anne riskleri değildir; rahimde yüksek seviyelerde glikoza maruz kalan çocukların doğum travması, çocuklukta obezite gelişimi ve yetişkin çağlarda diyabet başlangıcı riski artmıştır (55). Hem anne hem de bebek adına riski azaltmak için, kadınların gebe kalmadan birkaç ay önce ve gebelik boyunca glisemik kontrolü sağlamaları ve sürdürmeleri önerilir. Tedavinin hedeflerine ulaşmak için reçete edilen diyet değişiklikleri, egzersiz, kilo verme ve ilaçların bir kombinasyonu kullanılır. Oral anti-hiperglisemik ilaç kullanan kadınların çoğu insüline geçmelidir. Oral anti-hiperglisemik ilaç sürdürülürse glibürit ya da metformin tercih edilmelidir. Plasental laktojenin insülin regülasyonu üzerindeki etkileri nedeniyle gebeliklerde artan hiperglisemik ajan seviyeleri gereklidir (55).

Hipertansiyon, gebelikte en sık görülen komplikasyon olmakla birlikte maternal morbiditenin önde gelen nedenidir. Gebelik öncesinde hipertansiyonu olan kadınlar, gebelik diyabeti ve preeklampsi geliştirme açısından önemli risk taşır (56). Kadınlarda doğurganlık yıllarında hipertansif tedavi için uygun ilacı seçmek, hamilelik açısından da dikkate alınarak önemlidir. Hipertansiyon için kullanılan ilaçların çoğu hamilelik ve emzirme için pek uygun olmayabilir. ACE inhibitörleri (ACEİ) ve anjiyotensin II reseptör blokerleri (ARB), potansiyel fetal doğum kusurları nedeniyle gebelikte kullanılmamaktadır. Aynı zamanda diüretikler de gebelikte fizyolojik olan hacim artışına engel olmaları nedeniyle reçete edilmez. Gebelikte hipertansif bozukluklarla ilişkili riskler arasında plasental erken ayrılma, fetal büyüme kısıtlaması, preterm doğum ve intrauterin fetal ölüm bulunmaktadır (56). Nöbet bozuklukları genellikle hamilelikte sorun yaratmaz. Nöbet bozukluğu olan kadınların% 90'ından fazlası normal bir gebelik yaşar ve sağlıklı yenidoğan doğurur. Anti-nöbet ilaçlarının kullanımı ile fetal anomalilerde %4-8 artış vardır. Tespit edilen en yaygın fetal kusurlar, yarı dudak, yarı damak, kalp anomalileri ve spina bifidadır. Valproik asit, özellikle açık nöral tüp defektleri ile ilişkili bir teratojen olarak tanımlanır. Hamileyken; nöbet aktivitesinde artışa neden olabileceğinden ilaçların kesilmesi tavsiye edilmez; ancak, etkili olan en düşük dozu kullanmak ve fetüse zarar verme olasılığı daha düşük olan ilaçları seçmek önemlidir (1). Ruh sağlığı bozuklukları, depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk ve dikkat eksikliği / hiperaktivite bozukluğu, çocuk sahibi olan kadınlar arasında çok yaygındır ve tıbbi kayıtlarda sıkça bahsedilmektedir. Antidepresan ilacın aniden kesilmesi akut depresif döneme neden olabilmektedir. Gebelikte ortaya çıkabilecek psikososyal sorunlar nedeniyle gebelik ve doğum sonrası ruh sağlığı bozukluklarının yönetiminde akıl sağlığı sağlayıcıları ile işbirliğine dayalı yönetim çok önemlidir. Gebelikte antidepresan kullanımına ilişkin birçok soru ve endişe vardır. Şu anki öneri, hamilelik üzerindeki potansiyel etkiler hakkında danışmadan sonra en düşük etkili dozda ilaçlara devam etmektir. The March of Dimes antidepresanların fetal anomalilere neden olduğu hususunda kesin bir kanıt olmadığını belirten gebelikte depresyon hakkında bir bildiri yayınladı, ancak sağlık hizmeti sağlayıcılarını bireysel vakalarda riski ve faydayı karşılaştırmaları konusunda uyardı. FDA'nın, paroksetinin (seçici serotonin geri alım inhibitörü olan bir antidepresan) fetal kardiyak kusurlarla

ilişkili olduğu konusunda bir uyarı ve gebelik ve emzirme döneminde alternatif ilaçların reçete edilmesi önerisi vardır. Öneriler, yeni araştırma mevcut olduğunda değişecektir; en iyi uygulama, güncel önerilerden haberdar olmak ve kadınlara bilinçli kararlar vermeleri için bilgi sağlamaktır (1).

### **2.5.5. İlaç Kullanımı**

İlaç kullanımı konusunda danışmanlık, gebelik öncesi bakımın önemli bir parçasıdır (57). ABD'deki konjenital anomalilerin yaklaşık %10-15'i, gebelik sırasında reçeteli ilaç kullanımına bağlanmaktadır (58). 1970'lerin sonlarından bu yana, reçeteli ilaçların hamileliğin ilk haftalarında kullanımını %60'tan fazla artmıştır (59). Bir çalışma, 2006-2008 arasında kadınların %82'sinin ilk üç aylık dönemde en az bir reçeteli veya reçetesiz ilaç aldığını bildirdi (60). Genellikle reçeteli ilaçların çoğu hamilelikte güvenli değildir. Örnekler arasında ACEİ, ARB, warfarin, valproik asit, lityum, statinler ve metotreksat yer alır. Çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlar, teratojenik ilaç kullanımı açısından taranmalı ve kronik sağlık durumları için ilaçların gebelik ve fetal sonuçlar üzerindeki potansiyel etkisi hakkında bilgilendirilmelidir. Mümkün olduğunda, bilinen teratojenik ilaçlar, gebe kalmadan önce daha güvenli ilaçlara geçirilmelidir. Anne ve bebek için ciddi morbidite riski oluşturan kronik bir rahatsızlığı olan kadınlara, durumu kontrol etmek için gerekli olan minimum sayıda ve en düşük dozda ilaç almaları önerilmelidir (61). Tüm sağlık uzmanlarının hastalarına hangi vitaminleri, mineralleri, şifalı otları, geleneksel ilaçları ve diğer besin takviyelerini kullandıklarını sormaları çok önemlidir. Her ilacın endikasyonu, güvenliği, etkinliği ve gerekliliği gözden geçirilmelidir. Pek çok kadın ve onların doktorları, kadın hamile olduğunu öğrenir öğrenmez, hem kadının hem de bebeğinin sağlığını tehlikeye atarak, etkili ve gerekli ilaçları çoğu zaman bırakmaktadırlar. Reçete edilen ilaçların çoğu hamilelikte, ilk üç aylık dönemde bile güvenlidir, çünkü teratojen oldukları gösterilmemiştir. Sadece birkaç ilaç, kimyasal, enfeksiyon veya radyasyon kanıtlanmış teratojenlerdir. Nadir durumlar dışında bunlardan kaçınılmalıdır(örneğin teratojenik warfarin riskini kabul eden mekanik kalp kapakçığı olan kadın). İlaç danışmanlığı, genellikle gebelik öncesi bakımın çok önemli bir parçasıdır ve gelecekteki nesillerin sağlığını önemli ölçüde kurtarabilir ve iyileştirebilir.

**Tablo 1.** Gebelikte kontrendike ilaçlar (X kategorisi) (62)

Ajan	Etkileri
ACEİ ve ARB'ler	2. veya 3. trimesterde kullanıldığında fetüste böbrek anormalliklerine neden olabilir.
HMG-CoA redüktaz inhibitörleri (statinler)	Gebeliğin 4-9. Haftasındaki maruziyetler için bir dizi anormallik rapor edilmiştir.
Androjenler ve testosteron türevleri	Dişi fetüsün erkekleşmesine neden olur.
Karbamazapin (antikonvülsan)	Fetal ölüm, zekâ geriliği ve hatalı biçimlendirilmiş kalpler, cinsel organlar, yarı damaklar ve arterler riski. Mümkün olduğunca gebe kalmadan önce başka, daha az teratojenik ajana geçilmelidir. Kullanım, yalnızca yararın riske ağır bastığı durumlarda ayrılmalıdır.
Kumadin türevleri	Kemik ve kırıldak deformiteleri, zeka geriliği ve görme sorunları riski. Mümkün olduğunca gebe kalmadan önce heparine geçilmelidir.
Folik asit antagonistleri	Spontan abortus ve malformasyon riski.
Leflunomid, talidomid	Uzuv deformiteleri riski. Yalnızca sıkı hamilelik önleme protokolleriyle kullanın.
Lityum (antidepresan)	Artmış kardiyovasküler anomali riski ile ilişkilidir.
Fenitoin (antikonvülsan)	Küçük baş çevresi, dismorfik yüzler, orofasiyal yarıklar, kalp kusurları ve distal dijital hipoplazi ile birlikte intrauterin büyüme kısıtlaması dahil olmak üzere fetal hidantoin sendromu riski. Kullanım, yalnızca yararın riske ağır bastığı durumlarda olmalıdır.
Streptomisin ve kanamisin (antienfektif)	Ototoksisite riski.
Tetrasiklin (antienfektif)	Dişlerde renk değişikliğine ve iskelet anormalliklerine neden olan kemik ve diş geliştirme riski.
Valproikasin (antikonvülsif)	Merkezi sinir sistemi disfonksiyonu, spina bifida, gelişme gecikmesi, intrauterin büyüme geriliği ve kalp anomalileri riski. Mümkün olduğunca gebe kalmadan önce başka, daha az teratojenik ajana geçilmelidir. Kullanımın yararı riskten ağır basıyorsa, 3-4 bölünmüş dozda uygulanmalı ve karbamazapin ve fenobarbitol ile birleştirilmemelidir.
İzotretinoin	Artmış spontan abortus riski ve birçok anormallik

### 2.5.6. Aşılama

Aşıyla önlenebilir birçok hastalık, hamilelik sırasında hem anne hem de fetüs için ciddi sonuçlar doğurabilir, bu da üreme çağındaki kadınların aşılama durumunu gebelik öncesi bakım için önemli bir odak noktası haline getirmektedir. Bazı aşılar doğuştan enfeksiyonu önleyerek, bazı aşılar ise perinatal bulaşmayı önleyerek etki etmektedir. Aşıların bir kısmı hamilelik sırasında uygulanamadığı için gebelik öncesi dönemde önerilmektedir; bir kısmı ise hamilelik için olumsuz sonuçlara yol açabilecek tedaviden kaçınmayı sağladığı için anneye yarar sağlamış olmaktadır (63). CDC'nin prekonsepsiyonel bakıma ilişkin hazırladığı rehberde:

Hepatit B aşısı, orta ve yüksek endemisite oranlarının olduğu bölgelerde (popülasyonun  $\geq 2\%$ 'sinin HBsAg pozitif olduğu), üreme çağındaki tüm duyarlı kadınlara önerilmelidir. Kadınlar, sitolojik tarama ile HPV ile ilişkili serviks anormallikleri açısından rutin olarak taranmalıdır. Rahim ağzı anormallikleri ve kanser insidansını azaltmak amacıyla önerilen risk gruplarına HPV aşılama serileri uygulanmalıdır. Aşı, HPV'nin neden olduğu anormallikler nedeniyle serviks üzerinde işlem yapma ihtiyacını ortadan kaldırarak, gebelik sırasında servikal yetersizliğe bağlı erken doğumla sonuçlanan gebelik oranını azaltmaya yardımcı olabilir. Gebe olan veya grip mevsimi boyunca hamile olabilecek tüm kadınlar, hamilelik aşamalarına bakılmaksızın, mümkün olur olmaz ve toplulukta grip aktivitesi başlamadan önce inaktive influenza virüsü aşısını olmalıdır. İnfluenzalı gebe kadınların genel nüfusa göre hastalığa ağır yakalanma ve ölme olasılığı daha yüksektir. Hamileliği düşünen kadınlar ve eşleri için yıllık influenza aşısı yapılması, gebelikte influenzaya bağlı morbidite ve hastaneye yatış oranlarını azaltacaktır (64).

Üreme çağındaki tüm kadınlar kızamıkçık bağışıklığı açısından taranmalıdır. Kızamık, kabakulak ve kızamıkçığa karşı koruma sağlayacak MMR aşısı, aşılanmamış veya bağışıklığı olmayan ve hamile olmayan kişilere önerilmelidir. Canlı bir aşı olduğu için kadınlara MMR aşısı olduktan sonra 3 ay hamile kalmamaları tavsiye edilmelidir. Suçiçeği aşısı hamilelik sırasında kontrendike olduğundan, suçiçeğine karşı bağışıklık olduğuna dair kanıt bulunmayan, hamile olmayan, doğurganlık çağındaki tüm kadınlara suçiçeği aşısı yapılmalıdır.

Üreme çağındaki kadınlarda, özellikle maternal ve neonatal tetanozun yaygın olduğu bölgelerde tetanoz aşısı güncel kalmalıdır. Aşının doğumla ilgili tetanoz insidansını önemli ölçüde azalttığı gösterilmiştir. İdeal olarak aselüler boğmaca aşısı, aşuya uygun hale gelmeden önce bebeği boğmacadan korumak için gebe kalmadan önce değil, gebelik sırasında uygulanır. Maternal antikör seviyeleri hızla azalır; 27 ila 36. gebelik haftaları arasında ve doğumdan en az bir hafta önce yapılan aşılama, bebeğe pasif antikör transferini en üst düzeye çıkarır (63).

### **2.5.7. Kontrasepsiyon**

Üreme çağındaki kadınların tüm tıbbi ziyaretlerinde doğum kontrolü ele alınmaya devam edilmelidir. Yapılan her ziyarette gözden geçirilecek ve gerektiğinde revize edilecek bir üreme sağlığı planı oluşturulur. Bu planın bir parçası olarak, kadınlara hamile kalma niyetleri sorulmalı ve planlanan ilk veya sonraki gebeliğin zamanlaması dikkate alınarak mevcut kontraseptif ihtiyaçlarını karşılayan ve kişilere en uygun olacak doğum kontrolü önerilmelidir (1). Çoğu kadın, kısa bir gebelik aralığının (örneğin, son gebeliğin sonundan sonraki gebe kalana kadar olan zamanın 6 aydan kısa oluşu) hem gebelik yaşına göre küçük hem de düşük doğum ağırlıklı yenidoğanların insidanslarındaki artışlarla ilişkili olduğunu bilmemektedir. Folik asit tükenmesi bu artan risklerin nedeni olabilir. Optimal 18 ila 24 aylık hamile kalma aralığını hedeflemek için eğitim ve kontrasepsiyon tavsiyesi gereklidir (65). Gebelik planı olan üreme çağındaki bir kadının kontrol altında olmayan kronik bir hastalığının olması ya da hastalığı nedeniyle teratojenik bir ilaç kullanmak zorunda olması durumunda hastalığı kontrol altına alınana kadar uygun kontrasepsiyon önerilmelidir.

### **2.5.8. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı**

Sigara içen kadınlarda dismenore, sekonder amenore ve adet düzensizliği olasılığı daha yüksektir. Ayrıca daha erken yaşta menopoza girerler ve kalça kırıkları için yüksek risk altındadırlar. Sigara içmek ayrıca sigara içenler dışındaki kişilerin sağlık sonuçlarını da etkilemektedir; gebelikte sigara içmek yılda yaklaşık 1000 bebeğin ölümüyle sonuçlanmaktadır. Hamilelik sırasında sigara içmeyle ilişkili önemli riskler arasında erken doğumlar, spontan düşükler, ölü doğumlar ve intrauterin büyüme

geriliği bulunur (66). Tarama, kısa danışmanlık ve / veya farmakoterapi içeren kısa tütün bırakma danışmanlığı müdahalelerinin tütün yoksunluk oranını artırdığı kanıtlanmıştır. "5 A" davranışsal danışmanlık çerçevesi, hastaları sigarayı bırakma tartışmalarına dahil etmek için daha yararlı bir strateji sağlar. 5 A, değerlendirir, tavsiye eder, kabul eder, yardımcı olur ve düzenler. Sağlık hizmeti sistemiyle her karşılaşmada tüm kadınlar tütün kullanımı açısından değerlendirilmeli ve sigara içenler, maruziyeti sınırlandırmak için 5A kullanılarak bilgilendirilmelidir (67).

Hamilelikte hiçbir alkol tüketimi güvenli kabul edilmez. Doğum öncesi alkole maruz kalma, düşük, büyüme geriliği ve fetal alkol spektrum bozukluklarını içeren önemli maternal ve fetal sağlık riskleriyle ilişkilidir. Hamilelik riski taşıyan pek çok kadın, alkol maruziyetinden kaynaklanan doğum öncesi en büyük hasarın meydana geleceği hamileliğin ilk haftalarında hamile kalacak ve alkol kullanımına devam edecektir. İlk üç aylık dönemde günlük mutlak alkol içen kadınların tahminen %11'i, büyüme geriliği, fiziksel anomaliler, nörogelişimsel anormallikler ve zihinsel geriliği içeren fetal alkol sendromu ile uyumlu özelliklere sahip bebeklere sahiptir. Hamilelik sırasında belirlenmiş güvenli bir alkol tüketim düzeyi yoktur (68). Yakın zamanda yapılan randomize kontrollü bir çalışma, gebelik öncesi dönemde alkol bıraktırma ve etkili doğum kontrolünü hedefleyen motivasyonel müdahalelerin, alkole maruz kalma riskini önemli ölçüde azalttığını bulmuştur (69). Tüm kadınlar en az yılda bir kez alkol kullanım alışkanlıkları ve riskli içme davranışları açısından değerlendirilmeli ve uygun danışmanlık sağlanmalıdır; tüm kadınlara gebelikte embriyo/fetüsün alkole maruz kalmasının riskleri ve güvenli bir tüketim düzeyi belirlenmediği konusunda bilgi verilmelidir (70).

Kokain, esrar veya eroin gibi yasa dışı uyuşturucu kullanan kadınların hamilelikten önce bırakma konusunda yardıma ihtiyacı olacaktır. Kokain kullanımı, düşük yapma, prematürite, büyüme geriliği ve doğuştan kusurlarla ilişkilidir. Esrar, yenidoğanda prematüre ve gerginliğe neden olabilir. Eroin kullanımı, intrauterin büyüme kısıtlaması, hiperaktivite ve ciddi neonatal yoksunluk sendromuna yol açabilir (71).

### **2.5.9. Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliğinin Değerlendirilmesi**

“Genetik check-up”, anne ve baba adaylarının soyağacının değerlendirilmesine dayanır. Kendilerinin veya yakın akrabalarının majör mutant genlerin, kromozomal

anormalliklerin, diğerk doğum kusurlarının neden olduğu bozukluklar veya ailelerinde bir dizi ortak hastalıklar (kanser, felç, depresyon vb.) varsa, potansiyel ebeveynler genetik danışmanlığa yönlendirilir. Bu katılımcıların oranı 1980'lerde %8'den 2000'li yıllarda yaklaşık %40'a yükseldi (72). Ailenin her iki tarafı hakkında etnik köken bilgilerini içeren eksiksiz bir 3 nesil aile tıbbi geçmişı elde etmek, muhtemelen gebelik öncesi bakım için geçerli olan en iyi genetik "testtir". Ek olarak, obstetrik ve tıbbi geçmiş ve beklenen doğumdaki ebeveyn yaşının tartışılması, gebelik öncesi sağlık bakımı ziyaretinin kritik yönleridir. Aile öyküsü ve diğerk tarihsel veriler, gebeliği etkileyebilecek durumların ucuz ve invazif olmayan bir değerlendirmesini sağlar (73). Genetikteki gelişmeler, hamileliği düşünen ebeveynlere, yaşam kalitelerini ve çocuklarının yaşam kalitesini potansiyel olarak etkileyebilecek riskleri araştırmak için yeni fırsatlar sunmaktadır. Aile öyküsü veya etnik köken yoluyla tanımlanan genetik bozuklukların taşıyıcıları, gebe kalmadan önce tavsiye edilebilir. Gebe kalma öncesi genetik danışmanlık, anne babalara anne yaşının ilerlemesi konusunda danışmanlık yapma fırsatı da sağlar. Son literatür, kalıtsal ve edinilmiş trombofililerin ciddi gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür; bu nedenle obstetrik geçmişin belirlenmesi önemlidir. Genetik risklerin erken belirlenmesi, erken müdahaleyi ve riskin azaltılmasını teşvik eder (74). Genetik danışmanlık doğru tanı, prognoz tayini, risk hesabı, seçeneklerin gözden geçirilmesi ve riskli kişiye yol gösterilmesi temel noktalarını içermektedir. Risk yaklaşımı çerçevesinde, genetik hastalığı olduğu düşünölen kişiler konunun uzmanlarına yönlendirilmelidir (71).

Ailede yineleyen konjenital fetal anomali öyküsü olanlar gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere sevk edilmelidir. Özellikle akraba evliliği yapmış olan çiftlerde bu konu daha büyük önem taşımaktadır. Genetik hastalıkların önlenmesinin tek yolu birey ya da aileye genetik danışmanlık verilmesidir. Genetik danışma; aile içinde özörlü bireyin bulunması, akraba evliliği, anne- baba yaşının 35'in üzerinde olması, annenin ikiden fazla düşük yapması gibi durumlarda daha büyük önem kazanmaktadır (73). Anne yaşı, gebe kalmadan önce bahsedilmesi gereken genetiğin başka bir yönüdür. Çoğu kadın doğumda genellikle 35 yaş veya üstü olarak tanımlanan ileri anne yaşının farkındadır, ancak çoğu kadın kendileri ve hamilelikleri üzerindeki etkilerini tam olarak anlamamaktadır. Anne yaşının ilerlemesiyle ilgili

hem olumlu hem de olumsuz birçok yanlış anlama var. İlgili riskler hakkında net bir anlayışa sahip olmak, aslında bazı kadınlar için endişeyi giderebilir ve hamilelik için mevcut test seçeneklerini daha iyi anlamalarına yardımcı olabilir. Mevcut testlerden bazıları hamileliğin erken döneminde yapılır ve bunları hamilelikten önce tartışmak, kadınlara seçeneklerinden sonuna kadar yararlanma ve düşünme zamanı sağlayabilir. Kromozom anormalliği olan çocuk sahibi olma şansı, 33 yaşındaki bir kadının kromozom anormalliği olan bir çocuğa sahip olma şansı 200'de 1 iken, 43 yaşındaki bir kadının kromozom anormalliği olan bir çocuk sahibi olma şansı 20'de 1'dir (75). Gebelik öncesi dönemde başvuranların kan grupları belirlenmeli, adolesan ya da 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak, bu dönemde daha yakın bir izlem gerekeceği bildirilmelidir. Pek çok kadın kariyeri veya işi nedeniyle çocuk sahibi olmayı 35 yaş sonrasına ertelemekte, bu da hamilelik sırasında tıbbi problemler ve fetüste kromozom anormalliklerin riskini artırmaktadır. Yaşlı çiftlere genetik riskler ve doğum öncesi testlerin (amniyosentez ve koryon villus örnekleme) mevcudiyeti hakkında danışmanlık verilmelidir; ancak doğum öncesi bakım için ilk ziyaret gecikirse bu seçenek kalmayabilir. İnfertilite riski de yaşla birlikte artmaktadır, 35 yaşın üzerindeki çiftlerde riskin %20'ye yükseldiği bulunmuştur (71).

#### **2.5.10. Enfeksiyonlar**

İnsan immün yetmezlik virüsü (HIV) için gebe kalma öncesi bakımı çok önemlidir. Sifiliz için de tarama yapılmalıdır. HIV ve sifilizin erken tedavisi fetüse bulaşma riskini azaltır. Hepatit B aşısı yaptırmamış kadınlar, cinsel yolla bulaşan hastalık veya kanla temas riski altındaysa aşılanma için düşünülmelidir. Aşı hamilelik sırasında yapılabilir; ancak canlı virüs aşuları olan kızamıkçık ve suçiçeği, gebe kalmadan en az üç ay önce yapılmalıdır (76).

Uygun bir prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık neticesinde, kadınların TORCH grubu enfeksiyonlara karşı korunması anlatılmalı hatta şüpheli durumlarda tetkik edilerek antikor bakılmalıdır. Böylece o an geçirilmekte olan TORCH grubu enfeksiyonlar tespit edilip tedavi edilmeden gebelik engellenmeli, rubella IgG antikoru negatif olan kadınlar saptanarak gebelik öncesi aşılanmaları sağlanıp gebelikte rubella enfeksiyonu ve olası etkileri önlenmelidir. Gebelik öncesi veya

gebelik sırasında geçirilen toksoplazma, sifiliz, varisella, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks ve HIV vb. enfeksiyonlar teratojen etkiye sahiptir(18). Toksoplazmoz, sitomegalovirüs ve parvovirüs B19, anne hamilelik sırasında enfekte olursa doğuştan enfeksiyonlara neden olabilir. Günümüzde bu enfeksiyonlar için aşılama bulunmamaktadır. Toksoplazmoz, genellikle çiğ et veya kedi dışkıında bulunan bir parazittir. Dışarıya çıkan yeni kedi sahipleri oldukça risk altındadır. Kadınlara kedi dışkısı ile temastan kaçınmaları, bahçede çalışırken eldiven giymeleri ve çiğ veya az pişmiş et yemekten kaçınmaları önerilmelidir. Sitomegalovirüse maruz kalma özellikle çocuk bakımı ve sağlık çalışanları için risklidir. Risk altındaki kişiler ellerini sık sık yıkamalı ve bulaşmayı önlemek için eldiven kullanmalıdır. Parvovirus B19, ev veya çocuk bakımı ortamlarında hastalığı olan küçük çocuklarla uzun süreli yakın temas yoluyla bulaşır. Önceki bağışıklığı göstermek için serolojik test mümkündür, ancak bu organizmalar için rutin olarak önerilmemektedir (77).

#### **2.5.11. Çevresel Toksinler**

Hem yetişkin hem de pediatrik yaş gruplarında, hastalık riskinin ve sağlığa zararın çevresel kökenleri, sayısız sonuçla giderek daha fazla kabul görmektedir. Olumsuz üreme ve gelişimsel etkiler de çevresel maruziyetlerle ilişkilendirilmiştir (78). Embriyo veya fetüs, çevresel toksinlere yetişkinlere göre daha duyarlıdır. İlaç veya kimyasal maruziyet, anormalliklerin %3 ila 6'sına neden olur. Maruz kalmanın zamanlaması, anormalliğin türünü ve ciddiyetini belirler. Örneğin, fetal yaşamın 17. gününden önce maruz kalınması ölümcül olabilir. Tipik olarak, 17-56. günler arasında bir toksin, yapısal bir anomaliye ve 56. günden sonra bir fonksiyonel bozukluğa neden olabilir (71). Pek çok genç kadın hamile olduklarını fark etmeden ilk üç aylık dönemde bu zararlı maddelere maruz kalmaya devam ederek fetüsü organogenez sırasında madde kullanımının toksik etkilerine maruz bırakarak çocuğun fiziksel ve zihinsel gelişimi üzerinde uzun süreli etkilere neden olur. Çevrede (evde ve işyerinde) üreme ve gelişimsel toksik maddelere maruz kalma endişe vericidir. Bu maruziyetlerin olumsuz sağlık sonuçları, maruz kalmanın bebeğine rahimde de zarar verme potansiyeline sahip olduğu çocuk doğurma yaşındaki kadınlarda daha da büyük bir endişe kaynağıdır. Teratojenik potansiyele

sahip çevresel ve mesleki tehlikeler vardır ve bir kadının mesleki ve konut faaliyetleri hamilelik öncesinde risk oluşturabilir. Bunlar işle ilgili radyasyona maruz kalma ile sınırlı değildir, aynı zamanda boyalarda kurşun, deniz ürünlerinin tüketiminden kaynaklanan cıva veya topraktaki pestisit gibi maddelerle teması da kapsar. Bunları önlemek için yapılan müdahaleler, gebelik öncesi bakımın önemli bir bileşenidir. İyonlaştırıcı radyasyona maruz kalma, hem mesleğe bağlı maruz kalma hem de mesleki olmayan maruziyetten oluşur. Çevresel maruziyetlerle ilgili olarak gebe kalma öncesi bakımın içeriği, olası radyasyona maruz kalma kaynaklarını belirlemek için çiftin ayrıntılı bir öyküsünü almaktan ve bu tür maruziyetin olası zararlı etkileri (düşük, ölü doğum, çocukluk kanseri) hakkında kadınları bilgilendirmekten ibarettir (79).

### **2.5.12. Psikososyal Faktörler**

Ruh sağlığı değerlendirmesi, gebelik öncesi bakıma dahil edilmelidir. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları, üreme çağındaki kadınlar arasında oldukça yaygındır ve gebelik sırasında yeni psikiyatrik hastalık veya önceden var olan bir hastalığın nüksetme sıklığı yüksektir. Depresyon ve anksiyete bozukluklarını hamilelikten önce kontrol etmek, bir kadının hamileliği ve ailesi için olumsuz sonuçları önlemeye yardımcı olabilir. Doğurganlık çağındaki kadınlar bu bozukluklar için taranmalıdır. Depresyon veya anksiyete bozukluğu olan bir kadın hamile kalabilirse veya hamilelik planlıyorsa, aile hekimi onu hamilelik sırasında potansiyel tedavi edilmemiş hastalık riski konusunda bilgilendirmelidir. Ayrıca hamilelikte depresyon ve anksiyete bozuklukları için tedavi seçeneklerinin riskleri ve yararları konusunda bilgilendirilmelidir. Gerekirse, ilaçlar gebe kalmadan önce ayarlanmalıdır. Gebelik öncesi bu zamanlama, fetüsün birden fazla ilaca maruziyetini azaltır ve yoksunluk semptomları riskini en aza indirmek için ilaç dozunun azaltılmasına imkan verir (80). Maternal psikiyatrik hastalık uygun şekilde tanımlanmalı ve tedavi edilmelidir, çünkü tedavi edilmeyen veya yetersiz tedavi edilen hastalık annenin acı çekmesine neden olur ve doğum öncesi bakıma yetersiz uyum, kötü beslenme, madde kullanımı veya eşler arasında bozulan ilişkiler gibi çeşitli sonuçlara yol açabilir. İdeal olarak hasta, gebe kalmaya çalışmadan önce 6 ila 12 ay sürebilen ötimik hale gelene kadar beklemelidir (81).

2013 yılında DSÖ, kadınlara yönelik yakın eş şiddeti (IPV) ve eş olmayanların cinsel şiddet mağduriyetine ilişkin yaygınlık tahminlerinin sistematik bir incelemesini yayınladı. 56 ülkeden 15 yaş ve üzeri yaklaşık 350.000 kadını temsil eden toplam 77 çalışma incelemeye dahil edildi (82). İncelemenin sonuçları, dünya çapında kadınların %35'inin yaşamları boyunca yakın bir partner tarafından fiziksel veya cinsel şiddete veya partner olmayan birinden cinsel şiddete veya her ikisine de maruz kaldığını göstermektedir. Bir aşamada cinsel partneri olan (önceden partner olan) kadınların %30'u ilişkilerinde fiziksel ve / veya cinsel şiddete maruz kalmıştır. Yaygınlık en yüksek DSÖ Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgelerinde görülmüştür. Küresel olarak, kadınların %7'si partneri olmayan biri tarafından cinsel tacizde bulunduğunu bildirdi. Yüksek gelirli ülkelerde yaygınlık %13'e yakın daha yüksekti. Birçok kültürde evlilik dışı cinsel aktivite tabu olduğundan, yazarlar yaygınlığın hafife alınabileceğine kuvvetle inanıyorlar. Ayrıca, savaş zamanlarında sistematik cinsel şiddet konusunda çok az çalışma vardır (82). Yakın eş şiddetinin bir başka yönü, kadınların üremeleri üzerindeki olası etkisidir. IPV ile kontrasepsiyon kullanımı arasındaki etkileşimlerle ilgili sistematik bir derlemede yazarlar, kadınların kendilerini planlanmamış gebeliklere karşı koruma yeteneklerini etkileyen IPV ile ilgili birkaç faktör buldular. Şiddet mağduriyeti kontraseptif kullanımını ortadan kaldırabilir, doğum kontrol hapları talebiyle ilişkili daha önceki şiddet deneyimleri yeni girişimleri caydırabilir veya sadece şiddet korkusu kadınların kontraseptif kullanımını istemesini engelleyebilir. İlişki dengesizlikleri ayrıca mağduru öz yeterliliğini etkileyerek, herhangi bir özerk karar veremeyeceği inancına yol açabilir. İncelenen çalışmalar, önemli sayıda kadının ya doğum kontrol sabotajı ya da hamilelik zorlaması şeklinde üreme zorlaması yaşadığını göstermektedir. Yazarlar, sağlık personelinin, özellikle aile planlaması ve prekonsepsiyonel bakım kapsamında, IPV ve üreme zorlaması ile ilgili sorulara yer vermesi gerektiğini öne sürüyorlar (83). Sağlık hizmetleri, şiddete maruz kalan kadınların belirlenmesinde önemli bir role sahiptir. Çoğu kadın bu konuda soru sorulmasını kabul edilebilir veya uygun bulmaktadır (84). Gebelik öncesi dönemde ev içi şiddetin teşhis edilmediği ve gebelik sırasında görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir. Doktorlar yargılayıcı olmayan sorular kullanarak rutin olarak aile içi şiddet hakkında soru sormalıdır. Kadının endişelerini doğrulamak ve destekleyici bir hekim-hasta ilişkisi sağlamak

kadınların şiddet içeren bir ilişkiyi terk etmelerine yardımcı olan kilit faktörlerdir. Doktorlar, hastalarına toplum kaynakları ile ilgili materyalleri ve şiddet gören kadınlar için yerel sığınma evinin telefon numarasını sunmalıdır (85).

### **2.5.13. Ağız ve Diş Sağlığı Hakkında Bilgilendirme**

Ağız sağlığı, genel sağlığı korumanın önemli bir yönüdür ve perinatal dönem boyunca sürdürülmelidir. Hamilelik sırasında yeme düzenindeki değişikliklerle birlikte fizyolojik değişiklikler, ağız boşluğundaki olumsuz durumlara (örneğin diş eti iltihabı, diş çürükleri ve periodontitis) neden olabilmektedir. Hamile kadınlar, hamile olmayan kadınlara göre daha yüksek dişeti iltihabı oranlarına sahiptir, bu da diş veya diş eti çekilmesi gibi ağız sağlığı üzerinde potansiyel uzun vadeli etkileri olan periodontitis olarak bilinen kronik oral enfeksiyona yol açabilir. Özellikle periodontitis, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkilendirilmiştir (86). Kötü ağız sağlığı aynı zamanda diyabet, pulmoner enfeksiyonlar, kardiyovasküler hastalık ve felç gibi kronik hastalıklarla ve yaşam boyu sağlık açısından etkileri ile ilişkilendirilmiştir (87). Bir annenin ağız sağlığı durumu, çocuklarının ağız sağlığı durumuyla da bağlantılıdır. Hamilelik sırasında annede tedavi edilmeyen diş çürükleri, yavrularda çürüklerle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca ideal anne ağız sağlığı bakımı, kaşık paylaşma gibi ebeveynlik davranışlarıyla bebeğe aktarılabilen oral bakteri yükünü en aza indirerek çocukluk çürük riskini azaltabilir (88). Bu nedenlerden ötürü, gebelikte optimal diş bakımını vurgulamanın önemi, obstetrik sağlayıcılar arasında zorunludur. Mevcut kılavuzlar artık tüm doğum öncesi bakım sağlayıcılarının rutin klinik uygulamanın bir parçası olarak ağız sağlığını teşvik etmesini önermektedir (86).

### **2.6. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Bakım**

Çoğu aile planlaması ve gebelik öncesi bakım programları, araştırma ve klinik uygulama kılavuzları neredeyse tamamen kadınlara odaklanmıştır. Hem CDC hem de ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bakanlığı, erkeklerin üreme sağlığı ihtiyaçlarının karşılanmasında iyileştirmeler yapılması çağrısında bulunmuştur. Anket verileri, erkeklerin çoğunun aile planlaması veya gebelik öncesi bakıma ihtiyaç duyduğunu göstermiştir (89, 90). Algılanan bu ihtiyaca rağmen, erkeğin eşinin hamileliğinden

önceki üreme sağlığı ve sağlık durumunun gebe kalma ve hamilelik sonuçları üzerindeki etkisi, doğurganlık sorunları ortaya çıkmadıkça genellikle çok az ilgi görmektedir. Erkeklerin, gebelik öncesi sağlığının hedefleri, birçok yönden kadınların hedeflerine benzemektedir. Genel amaç, sağlıksız yaşam tarzı seçimleri ve korunmasız cinsel ilişkinin potansiyel olumsuz sonuçlarını en aza indirirken, üreme ve cinsel davranışlarının optimal ve olumlu sonuçlarını sağlamaktır. Gebelik öncesi bakımın erkekler için başlıca faydaları arasında, erkeklerin hamileliğe genetik ve biyolojik katkılarının iyileştirilmesi, gebeliklerin planlanması ve aralıklarının belirlenmesine erkeklerin dahil edilmesi ve erkeklerin genel sağlığının iyileştirilmesi bulunmaktadır (91). Bir erkeğin yaşam tarzı faktörleri, eşinin hamileliğini doğrudan etkileyebilir. Bu faktörler arasında, anne adayını pasif içici olarak sigara dumanına maruz bırakan ve potansiyel olarak düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği ve erken doğum gibi olumsuz etkilere yol açan tütün kullanımı yer almaktadır (92). HIV veya başka cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyonu olan bir erkek, doğrudan hamile olan eşini ve fetüsü maternal ve fetal morbidite açısından risk altına sokar(93). Buna ek olarak, babanın hamilelik ve doğum sırasında katılımının artması kendisi, eşi ve çocuklarının sağlık sonuçları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olacaktır (94). Araştırmacılar, bir erkeğin üreme yeteneğini etkileyebilecek çeşitli maddeler, anatomik varyasyonlar, davranışlar ve çevresel konular üzerinde çalışmışlardır. Sperm kalitesini, miktarını, konsantrasyonunu ve hareketliliğini etkileyen faktörlerle ilgili bu çalışmalar aşağıdakileri ortaya çıkarmıştır:

- Diyabet, erektil disfonksiyon ve testis rahatsızlıkları gibi sağlık durumları (örneğin varikosel, testis travması öyküsü, inmemiş testisler, hipogonadizm, retrograd ejakülasyon) doğurganlığı bir dereceye kadar etkileyebilir.
- Çok sayıda ilaç (örneğin, nifedipin, steroidler, testosteron, kolşisin, seçici serotonin geri alım inhibitörleri, simetidin, tetrasiklinler, allopurinol, opiatlar, ketokonazol) hipotalamik-hipofiz-gonadal eksenini değiştirebilir ve erkek libidoyu azaltabilir, ereksiyonu olumsuz etkileyebilir ve bu ilaçların sperm üzerinde toksik etkileri vardır (95).
- Tütün, alkol ve bazı uyuşturucular (örneğin marihuana, kokain) spermatogenezi etkileyebilir (91).

- Radyasyon, ısı, kirleticiler, kurşun, cıva ve diğer mesleki kimyasallar gibi çevresel faktörlere maruz kalmanın sperm kalitesini etkilediği gösterilmiştir.
- Ağaç işleri, boyama, çanak çömlek ve silah temizliği ile ilgili kimyasallar sperm üretimini etkileyebilir.
- Stresin sperm morfolojisini ve konsantrasyonunu olumsuz etkilediği gösterilmiştir.
- Bazı araştırmalara göre, bir erkeğin ideal vücut ağırlığının 9.07 kg üzerindeki her benzer artış, kısırlık riskinde %10'luk bir artışa neden olabilmektedir (96).
- Bir dizi genetik bozukluk (örneğin, Kistik Fibroz, Klinefelter Sendromu, Kartagener Sendromu ve polikistik böbrek hastalığı) doğurganlığı bozabilir ve sperm kalitesini etkileyebilir (91).

Genetik ve yaş gibi babaya ait faktörlerin fetal sonuçlar üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir. Genetik koşullar için tarama, uygun olduğunda tartışılmalı ve önerilmelidir. Son çalışmalar, ileri baba yaşı ile otizm ve şizofreni gibi durumlar ve diğer ruh sağlığı bozuklukları arasında bir ilişkiye işaret etmektedir. Şizofreni, eşi gebe kaldığında 45 yaşın üzerinde olan bir erkeğin çocuğunda iki kat, 50 yaşın üzerinde olan bir erkeğin çocuğunda ise üç kat daha fazla görülmüştür (97). Benzer şekilde, babası 40 yaşın üzerinde olan bir çocukta otizm teşhisi neredeyse altı kat daha olasıdır (98). Genç erkeklerin gelecekteki benliklerini görebilecekleri ve yaşam tarzının bir çocuğa baba olma yeteneklerini nasıl etkileyebileceğini ve hatta çocuklarının gelecekteki gelişimini ya da varlığını nasıl etkileyebileceğini geleceğe yönelik bir perspektif alırsa, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını benimsemeye motive olmaları daha muhtemeldir (99).

## **2.7. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Aile Hekimliğinin Yeri**

Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık, aile hekimliği tıp disiplini ile çok çeşitli yönlerden ilişki içerisindedir. Her ne kadar sağlık sisteminin tüm kademelerinde gebelik öncesi bakımla ilgili yapılabilecek danışmanlık ve müdahaleler olsa da kişinin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası aile hekimleri olmaktadır. Bu nedenle bakımın başlayacağı ilk nokta birinci basamaktır.

Gebelik öncesi bakım kavramının önceliği risk taraması yapmaktır. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik yapılacak kişi merkezli bakım ile en iyi risk taramasını yapacak kişi aile hekimidir. Alınacak ayrıntılı ve iyi bir anamnez dahi

kişinin gebeliğinde karşılaşılabileceği birçok tıbbi sorun için öngörü oluşturacaktır. Aile hekimi; kişiyi, ideal olarak ailesini ve yaşadığı toplumu bildiğinden kişiye özel olarak bir gebelik öncesi bakım sunabilir. Örneğin; kişinin kendisinde ve eşinde talasemi taşıyıcılığı olması, talasemi hastası bir çocuklarının olması durumu varsa, düşündükleri yeni bir gebelikte bu riskin olduğu anlatılıp bu konuda ayrıntılı danışmanlık verilebilir. Diyabet hastası bir kadının gebelik düşündüğü biliniyorsa, ona göre sıkı kan şekeri takibi, kullanıyorsa oral antidiyabetiklerin bırakılması ve yerine yeni tedavi düzenlenmesi planlanabilir.

Aile hekimi, takibinde süreklilik arz ettiğinden hastasını gebelik düşüncesini oluşturduğu andan itibaren yakalama ihtimali en yüksek kişidir. Aile hekimleri tarafından sağlanan bu sürekli bakımın kazançları oldukça fazladır. Örneğin gebeliğin ertelenmesi gereken herhangi bir durumda (örneğin, bir ay önce düşük öyküsü veya bir ay önce kızamıkçık aşısı yaptırmış olması gibi) zaman kazanılmasını sağlayabilir. Kayıt sürekliliği ile hastanın mevcut hastalıklarının, kullandığı ilaçları, varsa eğer hastaneye yatışları bildiğinden mevcut riskleri daha iyi analiz edebilir. Aynı zamanda gerekli olan durumlarda diğer bölümler ile iletişime geçip hastayı birlikte izleyebilir. Bu konuda koordinasyonun iyi yapılması hastaya yapılabilecek gereksiz girişimlerin önüne geçerek sağlık kaynaklarının verimli kullanılmasını ve olabilecek en düşük harcama ile istenen en iyi sağlık durumuna ulaşmayı sağlayacaktır.

Aile hekimi yapacağı uygun ve etkili girişimlerle sağlık ve iyilik durumunu geliştirir. Yapacağı girişimler bilimsel etkinliği kanıtlanmış olan kanıta dayalı girişimlerdir. Bu girişimlere örnek olarak gebelik öncesi bakımın müdahale kapsamında gebelikten üç ay önce folik asit başlanması verilebilir. Çocuk düşüncesi olan çifte; sigara, alkol ve madde bırakılmasının önerilmesi ve bu konularda danışmanlık verilmesi de prekonsepsiyonel koruyucu bakıma örnektir. Gebelik öncesi bakımın bir parçası olan aşılama öncelikle aile hekiminin yönetimindedir. Kişinin gebe kalmadan en az üç ay önce kızamıkçık ve suçiçeği aşısı olması gebelik sırasında geçirilebilecek suçiçeği ve kızamıkçığın fetus üzerindeki önemli etkilerinden korumuş olacaktır.

Gebe kalma öncesi bakım kavramı, yirmi yıldan uzun bir süredir ifade edilmiştir, ancak aile hekimliği rutin uygulamasının bir parçası haline gelmemiştir. Birinci basamak ortamına başvuran üreme çağındaki tüm kadınlar gebelik öncesi bakım için

adaydır. Gebelik öncesi bakımın sağlanması aile hekimlerinin temel ve kritik rolü açıktır. Aile hekimleri, kadınlar için sağlık bakımı, aile planlaması ve kronik hastalık bakımının çoğunu sağlar ve bakımın sürekliliğini (genellikle gebeliklerden önce, sonra ve gebelikler arasında) ve hastalarıyla yakın ilişkilerini sürdürmeye çalışırlar. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, kadınların birinci basamak hekimlerinden gebelik öncesi sağlık bilgilerini almayı tercih ettiklerini belgelemektedir (100). Bir uzmanlık alanı olarak, artık gebelik öncesi bakım kavramını etkili bir şekilde klinik gerçekliğe çevirmek zorundayız. Bu, Aile Hekimliğinin liderlik rolü üstlenmesi veya başka disiplinler tarafından başka türlü gerçekleştirilebileceğinden çok daha az etkiyle keşfedilmesi gereken bir klinik ve halk sağlığı alanıdır (101). Kısa vadede, aile hekimleri gebe kalma öncesi sağlığı ve sağlık hizmetlerini geliştirmek için 2 şey yapabilirler. İlk olarak, üreme çağındaki her kadın ve eşine gelecek yıl çocuk sahibi olmayı planlayıp planlamadığını sormalıdır. Her çifte üreme niyetlerini sormak, çocuk sahibi olmayı düşünmeyen kadın ve erkek için doğum kontrolü sağlayarak, onları gebeliğin amaçlanması ve planlanması gerektiği fikrine teşvik eder. Böylece hekim, gebe kalmayı arzuladıklarında ve isterlerse kadın ve erkekler için gebelik öncesi bakım stratejilerinin başlatılmasını sağlamış olur. İkinci olarak yapılması gereken kadınları, yaşam alışkanlıklarının, çevresel faktörlerin, sağlık durumlarının ve kullandıkları ilaçların hamilelik sonuçlarını etkileyebileceği ve hamileliğin de kadının sağlığını etkileyebileceği konusunda bilgilendirmektir (102).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Tasarımı

Bu tez çalışması kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir online anket araştırmasıdır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan bir anket formu aracılığıyla gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ve ilişkili faktörler değerlendirildi. Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında COVID-19 pandemisi nedeniyle gebelere Google Form ile oluşturulan anket formu WhatsApp grupları, Facebook grupları, mail toplulukları aracılığıyla dağıtıldı.

#### 3.2. Örneklem ve Seçimi

Çalışmanın örneklemini Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında Türkiye’de yaşayan, çevrimiçi ortamda çalışmamıza katılmaya gönüllü olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine (18-45 yaş arasında olmak, gebe olmak, Türkçe bilmek ve okuryazar olmak) uyan kadınlar oluşturdu. Türkiye’de belirtilen tarihler arasındaki gebe sayısı net olarak bilinmediği için evreni bilinmeyen örneklem büyüklüğü hesabı yapıldı. Örneklem büyüklüğü, kadınların prekonsepsiyonel bakım alma oranı literatürde yapılan benzer bir çalışmadaki %22,4 olarak kabul edilip %95 güvenilirlik, %5 örnekleme hatası ile en az 264 kişi olarak hesaplandı (103). Örneklem hesabı OpenEpi version 3 ile yapıldı (**EK-1**: Örneklem büyüklüğü hesabı görseli). Anketler online olarak dağıtıldığı için kartopu örnekleme stratejisi ile örnekleme ulaşılmaya çalışıldı. Çoğunluğu İstanbul, Erzurum, Samsun, Ankara ve Bursa illerinden olmak üzere online anket ile toplamda 50 ilden 280 gebeye ulaşıldı.

#### 3.3. Anket Tasarımı

Literatür taranarak oluşturulan anket formunda 42 soru vardır. Anket formu, “*Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi*” çalışmasında derlenen parametreler ile “*American Academy of Family Physicians Releases Position Paper on Preconception Care*”de yer alan ve Sağlık Bakanlığının *Evliliğe Sağlıklı Başlangıç-Üreme Sağlığı Rehberi*’nde mevcut bulunan önerilerden oluşturulmuştur (7, 61, 104). Ankette gebelerin sosyodemografik özelliklerini ve

prekonsepsiyonel bakım alma durumlarını değerlendiren sorular yer almaktadır (**EK-2**: Anket formu).

Anketin ilk bölümünde 18 soru vardır. Katılımcının prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumu ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özelliklerini değerlendirmektedir. Katılımcının yaşı, yaşadığı yer (köy/ilçe/il merkezi), eğitim düzeyi(ilkokul/ortaokul/lise/üniversite mezunu), eşinin eğitim düzeyi (ilkokul/ortaokul/lise/üniversite mezunu), eşi ile akrabalık durumu (Evet/Hayır), gelir getiren bir işte çalışma durumu(Evet/Hayır), eşinin gelir getiren bir işte çalışma durumu(Evet/Hayır), gelir düzeyi (gelir giderden az/gelir gidere denk/gelir giderden fazla), gebelik öncesi kronik hastalık bulunması( Evet/Hayır), sigara kullanımı (Evet, kullanmaya devam ediyorum/ Evet ama gebelikte bıraktım/Hayır içmiyorum), alkol kullanımı (Evet, kullanmaya devam ediyorum/Evet ama gebelikte bıraktım/Hayır içmiyorum), mevcut gebeliğin planlı olması (Evet/Hayır), gebe kalmaya yönelik herhangi bir tedavi alma (Evet/Hayır), korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için herhangi bir sağlık kurumuna başvurma (Evet/Hayır), daha önce bir gebelik yaşamış olması(Evet/Hayır),gebelik sayısı (bir, iki, üç ve fazlası), yaşayan çocuk sayısı (yok, bir, iki ve fazlası) ve son olarak kişinin mevcut gebeliğinden önceki obstetrik öyküsü sorgulanmaktadır (düşük, sezaryen doğum, erken doğum, doğuştan engelli bebek, istek dışı gebelik sonlandırma).

Anketin ikinci bölümünde ise 20 soru vardır. Prekonsepsiyonel bakım kapsamında yapılanları sorgulayan evet ya da hayır cevaplı sorular iken; son 4 soru katılımcının ve eşinin danışmanlık alıp almadığını, aldıysa kimlerden aldığını, almadıysa almama nedenini sorguluyordu.

### **3.4. Etik Onay**

Çalışmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan OMU KAEK 2020-429 nolu onay alındı. (**EK-3**: Etik Kurul Onayı)

### 3.5 İstatistiksel Analiz

Google Form aracılığıyla elde edilen veriler IBM SPSS 22 programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Veriler sayı, yüzde ortalama  $\pm$  standart sapma olarak sunuldu. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanıldı. Prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumu ile ilişkili faktörleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulandı. Katılımcının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, planlı gebelik, gebe kalmak için tedavi alma durumu, korunma yöntemleri hakkında bilgi alma ve yaşayan çocuk sayısı bağımsız değişkenler olarak seçildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 280 gebe katılmıştır. Gebelerin %72,9'u 25-34 yaş grubundadır. %69,3'ü il merkezinde yaşıyordu. Gebelerin %71,8'i, eşlerinin ise %65,4'ü üniversite mezunuydu. Eşler arası akrabalık oranı %7,9 idi. Gebelerin %59,6'sının gelir getiren bir işte çalıştığı, eşlerinin ise %97,9'unun gelir getiren bir işte çalıştığı saptandı. %44,6'sının geliri giderine denk idi. Gebelerin %84,3'ü sigara kullanmıyordu. %92,9'u alkol kullanmıyordu. Katılımcıların %11,1'inde bir kronik hastalık mevcuttu. Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de sunuldu.

Gebelerin %86,1'inin gebelikleri planlıydı ve %13,9'u gebe kalmak için tedavi almıştı. %36,8'i hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık aldığını belirtti. Katılımcıların %57,1 daha önce gebe kalmıştı ve %24,3'ü ikiden fazla gebelik yaşamıştı. Katılımcıların %40'ının çocuğu yoktu. %17,9'unun düşük, %23,2'sinin sezaryen doğum, %4,6'sının erken doğum, %1,4'ünün istek dışı gebelik sonlandırma, %0,4'ünün doğuştan engelli bebek öyküsü bulunmaktaydı. Gebelerin %31,4'ü kendisinin, %11,8'i ise eşlerinin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığını bildirdi. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık aldığını bildirenlerin %54,5'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %38,6'sı aile hekiminden danışmanlık aldığını beyan etti. Danışmanlık almadığını bildirenlerin almama nedeni %54,1 ile konu hakkında bilgi sahibi olunmamasıydı ( Tablo 3).

**Tablo 2.** Gebelerin tanımlayıcı özellikleri

<b>Değişkenler</b>	<b>Kategoriler</b>	<b>n(%)</b>
Yaş grupları	18-24 yıl	23(8,2)
	25-34 yıl	204(72,9)
	35-45 yıl	53(18,9)
Yaşanılan yer	Köy	9(3,2)
	İlçe	77(27,5)
	İl merkezi	194(69,3)
Öğrenim düzeyi	İlkokul mezunu	9(3,2)
	Ortaokul mezunu	19(6,8)
	Lise mezunu	51(18,2)
	Üniversite mezunu	201(71,8)
Eş öğrenim düzeyi	Okuryazar	1(0,4)
	İlkokul mezunu	7(2,5)
	Ortaokul mezunu	20(7,1)
	Lise mezunu	69(24,6)
	Üniversite mezunu	183(65,4)
Eş ile akrabalık durumu	Evet	22(7,9)
	Hayır	258(92,1)
Çalışma durumu	Evet	167(59,6)
	Hayır	113(40,4)
Eş çalışma durumu	Evet	274(97,9)
	Hayır	6(2,1)
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	29(10,4)
	Gelir gidere denk	125(44,6)
	Gelir giderden fazla	126(45,0)
Sigara kullanımı	Evet	24(8,6)
	Gebelikte bıraktım	20(7,1)
	Hayır	236(84,3)
Alkol tüketimi	Evet	0(0)
	Gebelikte bıraktım	20(7,1)
	Hayır	260(92,9)
Kronik hastalık	Evet	31(11,1)
	Hayır	249(88,9)

**Tablo 3.** Gebelerin obstetrik özellikleri

Değişkenler	Kategoriler	n(%)
Çocuk sahibi olmayı planlama	Evet	241(86,1)
	Hayır	39(13,9)
Gebe kalma için tedavi alma	Evet	39(13,9)
	Hayır	241(86,1)
Hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Evet	103(36,8)
	Hayır	177(63,2)
Gebe kalma	Evet	160(57,1)
	Hayır	120(42,9)
Gebelik sayısı	1-2 gebelik	209(75,7)
	3 ve üzeri gebelik	67(24,3)
Yaşayan çocuk sayısı	0 çocuk sayısı	112(40,0)
	1 çocuk sayısı	112(40,0)
	2 ve üzeri çocuk sayısı	56(20,0)
Gebelik öyküsü	Düşük	50(17,9)
	Sezaryen	65(23,2)
	Erken doğum	13(4,6)
	Doğuştan engelli bebek	1(0,4)
	İstek dışı gebelik sonlandırma	4(1,4)
	Hiçbirini yaşamadım	147(52,5)
Mevcut gebelik öncesi danışmanlık alma	Evet	88(31,4)
	Hayır	192(68,6)
Danışmanlık aldığınız kişi	Aile hekimi	34(38,6)
	Kadın doğum uzmanı	48(54,5)
	Ebe veya hemşire	5(5,6)
	Diğer	1(1,1)
Danışmanlık almama nedeniniz	Konu hakkında bilgi sahibi olmama	104(54,1)
	İstenmeyen gebelik olması	24(12,5)
	Gereksiz olduğu düşüncesi	64(33,3)
Eşin danışmanlık alma durumu	Evet	33(11,8)
	Hayır	247(88,2)

Üniversite veya üstü eğitime sahip gebeler ( $p=0,012$ ), eş eğitim düzeyi üniversite veya üstü olanlar ( $p=0,001$ ) ve çalışan katılımcılar ( $p<0,001$ ) daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık almıştı. Gelir durumu arttıkça prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranı artıyordu ( $p<0,001$ ). Gebelikte alkol tüketimini bıraktığını söyleyenler kullanmayanlara göre daha fazla danışmanlık aldığını bildirdi ( $p=0,004$ ). Çocuk sahibi olmayı planlayanlar ( $p=0,002$ ), gebe kalmak için tedavi alanlar ( $p<0,001$ ), hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alanlar ( $p<0,001$ ), çocuğu olmayanlar ( $p=0,001$ ) ve eşinin danışmanlık aldığını bildirenler ( $p<0,001$ ) daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık almıştı. Yaşa, ikamet edilen yere, eş ile akrabalık durumuna, eşin çalışmasına, sigara kullanımına, kronik hastalık olmasına, gebe kalma ve gebelik sayısına göre prekonsepsiyonel danışmanlık alma farklılık göstermiyordu (Tablo 4).

Prekonsepsiyonel danışmanlık almada anlamlı farklılık oluşturan değişkenler dahil edilerek bir lojistik regresyon modeli oluşturuldu (Tablo 5). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile gelir düzeyinin, gebeliğin planlı olmasının, gebe kalmak için tedavi almış olmanın, gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için başvurmuş olmanın prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma ile anlamlı istatistiksel ilişkiye sahip olduğu bulundu. Geliri giderine denk olanlar, geliri giderinden az olanlara göre 4,9 kat daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık alma olasılığına sahipti (AOR= 4,896; %95 GA= 1,146- 20,92). Prekonsepsiyonel danışmanlık alma, gebeliğini planlayanlarda, planlamayanlara kıyasla 6,8 kat daha yüksekti (AOR= 6,834; %95 GA: 1,851-25,283). Gebe kalmak için tedavi alanların, tedavi almayanlara göre danışmanlık alması 8,9 kat daha fazlaydı (AOR= 8,935; %95 GA= 3,493- 22,854). Gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bir hekimden bilgi alan kadınların, almayanlara göre prekonsepsiyonel danışmanlık alması 4,2 kat daha fazlaydı (AOR= 4,273; %95 GA= 2,228- 8,196) (Tablo 5).

**Tablo 4.** Prekonsepsiyonel danışmanlık alma ile katılımcıların özelliklerinin karşılaştırması

		Prekonsepsiyonel danışmanlık alma		
		Evet	Hayır	p
		n (%)	n (%)	
Yaş grupları	18-24 yıl	3(13,0)	20(87,0)	0,138
	25-34 yıl	68(33,3)	136(66,7)	
	35-45 yıl	17(32,1)	36(67,9)	
Yaşanılan yer	Köy	-	9(100,0)	0,114
	İlçe	24(31,2)	53(68,8)	
	İl merkezi	64(33)	130(67,0)	
Eğitim düzeyi	Lise veya altı	16(20,3)	63(79,7)	<b>0,012</b>
	Üniversite veya üstü	72(35,8)	129(64,2)	
Eş eğitim düzeyi	Lise veya altı	18(18,6)	79(81,4)	<b>0,001</b>
	Üniversite veya üstü	70(38,3)	113(61,7)	
Eş ile akrabalık durumu	Evet	4(18,2)	18(81,8)	0,163
	Hayır	84(32,6)	174(67,4)	
Çalışma durumu	Evet	68(40,7)	99(59,3)	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	20(17,7)	93(82,3)	
Eş çalışma durumu	Evet	88(32,1)	186(67,9)	0,094
	Hayır	-	6(100,0)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	4(13,8)	25(86,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Gelir gidere denk	27(21,6)	98(78,4)	
	Gelir giderden fazla	57(45,2)	69(54,8)	
Sigara kullanımı	Evet	4(16,7)	20(83,3)	0,255
	Gebelikte bıraktım	6(30,0)	14(70,0)	
	Hayır	78(33,1)	158(66,9)	
Alkol tüketimi	Gebelikte bıraktım	12(60,0)	8(40,0)	<b>0,004</b>
	Hayır	76(29,2)	184(70,8)	
Kronik hastalık	Evet	11(35,5)	20(64,5)	0,606
	Hayır	77(30,9)	172(69,1)	
Çocuk sahibi olmayı planlama	Evet	84(34,9)	157(65,1)	<b>0,002</b>
	Hayır	4(10,3)	35(89,7)	
Gebe kalma için tedavi alma	Evet	28(71,8)	11(28,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	60(24,9)	181(75,1)	
Hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Evet	49(47,6)	54(52,4)	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	39(22,0)	138(78,0)	
Gebe kalma	Evet	47(27,5)	124(72,5)	0,075
	Hayır	41(37,6)	68(62,4)	
Gebelik sayısı	1-2 gebelik	67(32,1)	142(67,9)	0,735
	3 ve üzeri gebelik	20(29,9)	47(70,1)	
Yaşayan çocuk sayısı	Yok	50(44,6)	62(55,4)	<b>0,001</b>
	1	26(23,2)	86(76,8)	
	≥2	12(21,4)	44(78,6)	
Eşin danışmanlık alma durumu	Evet	33(100,0)	-	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	55(22,3)	192(77,7)	

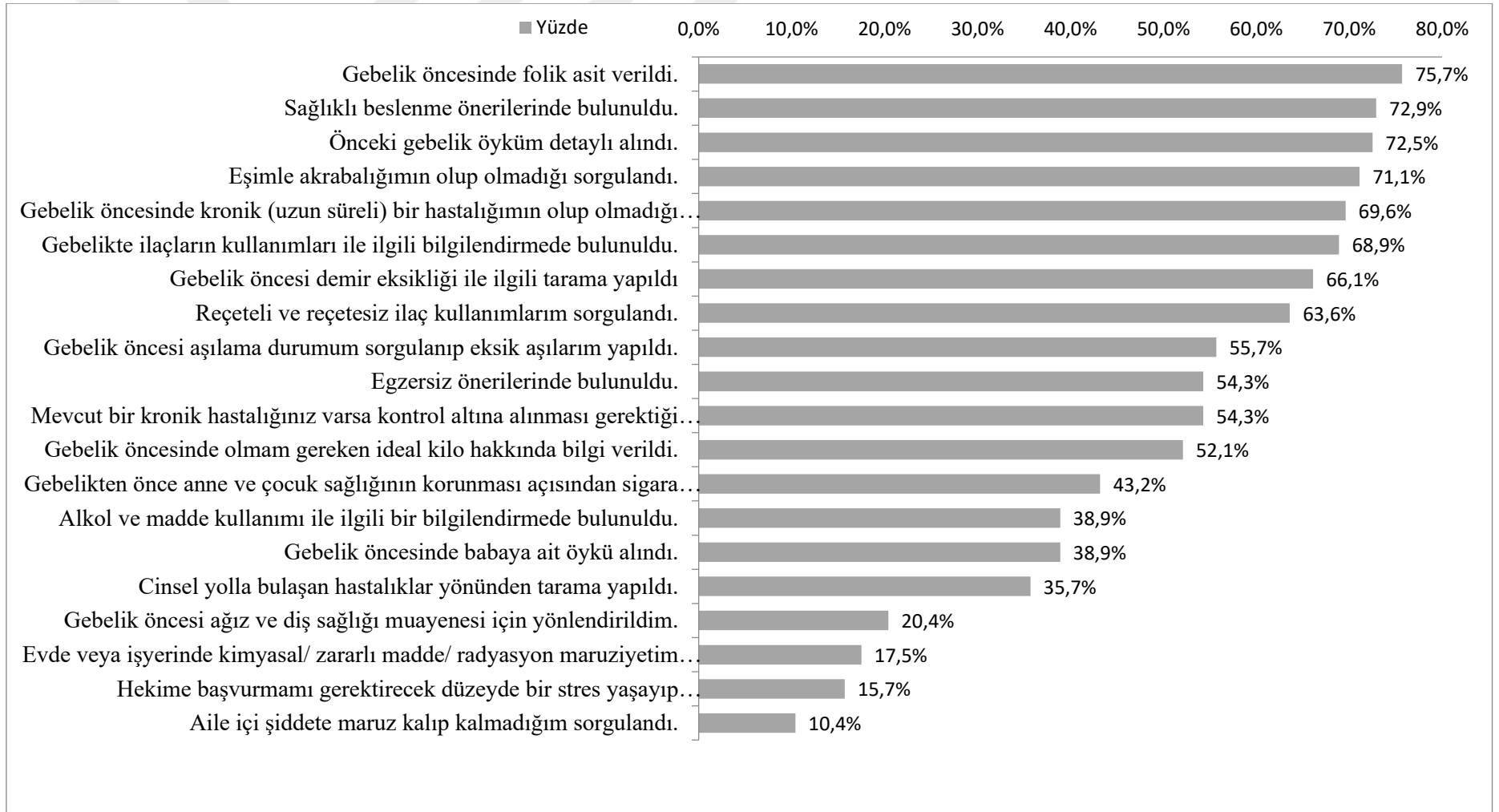
**Tablo 5.** Prekonsepsiyonel bakı danışmanlık alma durumunu etkileyen faktörler

Faktörler	Kategoriler	B	S.H.	Wald	p	OR	%95 GA
Eğitim düzeyi	Lise veya altı	Referans					
	Üniversite veya üstü	0,55	0,489	1,264	0,261	1,733	0,664 4,522
Eş eğitim düzeyi	Lise veya altı	Referans					
	Üniversite veya üstü	-0,679	0,417	2,653	0,103	0,507	0,224 1,148
Çalışma durumu	Hayır	Referans					
	Evet	0,306	0,426	0,514	0,473	1,357	0,589 3,13
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	Referans					
	Gelir giderden fazla	0,307	0,706	0,189	0,664	1,359	0,341 5,424
	Gelir gidere denk	1,588	0,741	4,596	<b>0,032</b>	4,896	1,146 20,92
Alkol tüketimi	Bıraktım	Referans					
	Evet	1,039	0,603	2,969	0,085	2,827	0,867 9,216
Çocuk sahibi olmayı planlama	Hayır	Referans					
	Evet	1,922	0,666	8,316	<b>0,004</b>	6,834	1,851 25,23
Gebe kalma için tedavi alma	Hayır	Referans					
	Evet	2,19	0,479	20,88	<b>&lt;0,001</b>	8,935	3,493 22,85
Korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Hayır	Referans					
	Evet	1,452	0,332	19,10	<b>&lt;0,001</b>	4,273	2,228 8,196
Yaşayan çocuk sayısı	≥2	Referans					
	Yok	0,441	0,449	0,964	0,326	1,554	0,645 3,746
	1	-0,306	0,465	0,433	0,511	0,737	0,296 1,831
Sabit		-4,706	1,041	20,43	<b>&lt;0,001</b>	0,009	

Doğruluk= 78,9; Cox & Snell R<sup>2</sup>=0,296; Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,416

Tüm katılımcılara mevcut gebelikleri öncesinde, ilgili sağlık çalışanları tarafından prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kapsamında uygulanması gereken komponentlerin hangilerinin yapıldığı sorgulanmış ve danışmanlık alma düzeylerine bakılmıştır. Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık ile ilgili komponentlerden yapılanlar Grafik 1’de sunuldu. Bu verilere göre folik asit reçetesi (%75,7), sağlıklı beslenme önerileri (%72,9), önceki gebelik öyküsünün alınması (%72,5) verilen en yaygın bakım iken; aile içi şiddetin sorgulanması (%10,4), stresin sorgulanması (%15,7), evde veya işyerinde kimyasal/ zararlı madde/ radyasyon maruziyetinin sorgulanması (%17,5) ve ağız diş sağlığı muayenesi için yönlendirme (%20,4) en az olarak verilen bakımlar olmuştur.

Ek olarak mevcut gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığını bildirenlerin, bildirmeyenlere göre komponentlerin uygulanma durumları açısından karşılaştırıldığında aile içi şiddetin sorgulanması dışındaki tüm komponentlerin anlamlı olarak daha fazla uygulandığı saptandı. (Tablo 6).



**Grafik 1.** Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kapsamında yapıldığını belirttikleri durumlar

**Tablo 6.** Bildirilen prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma ile danışmanlık kapsamında yapılanların karşılaştırması

	Prekonsepsiyonel danışmanlık alma			
		Evet	Hayır	p
		N (%)	N (%)	
Önceki gebelik öyküm detaylı alındı. (Sezaryen doğum/erken doğum/ düşük/ kürtaj/ dış gebelik)	Evet	77(87,5)	126(65,6)	<0,001
	Hayır	11(12,5)	66(34,4)	
Gebelik öncesi demir eksikliği ile ilgili tarama yapıldı	Evet	83(94,3)	102(53,1)	<0,001
	Hayır	5(5,7)	90(46,9)	
Gebelik öncesinde folik asit verildi.	Evet	87(98,9)	125(65,1)	<0,001
	Hayır	1(1,1)	67(34,9)	
Gebelik öncesinde olmam gereken ideal kilo hakkında bilgi verildi.	Evet	67(76,1)	79(41,1)	<0,001
	Hayır	21(23,9)	113(58,9)	
Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu	Evet	79(89,8)	125(65,1)	<0,001
	Hayır	9(10,2)	67(34,9)	
Egzersiz önerilerinde bulunuldu.	Evet	67(76,1)	85(44,3)	<0,001
	Hayır	21(23,9)	107(55,7)	
Gebelik öncesi ağız ve diş sağlığı muayenesi için yönlendirildim.	Evet	35(39,8)	22(11,5)	<0,001
	Hayır	53(60,2)	170(88,5)	
Gebelikten önce anne ve çocuk sağlığının korunması açısından sigara ile ilgili bir bilgilendirme yapıldı.	Evet	63(71,6)	58(30,2)	<0,001
	Hayır	25(28,4)	134(69,8)	
Alkol ve madde kullanımı ile ilgili bir bilgilendirmede bulunuldu.	Evet	54(61,4)	55(28,6)	<0,001
	Hayır	34(38,6)	137(71,4)	
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden tarama yapıldı.	Evet	53(60,2)	47(24,5)	<0,001
	Hayır	35(39,8)	145(75,5)	
Gebelik öncesi aşılama durumum sorgulanıp eksik aşularım yapıldı.	Evet	63(71,6)	93(48,4)	<0,001
	Hayır	25(28,4)	99(51,6)	
Gebelik öncesinde kronik (uzun süreli) bir hastalığının olup olmadığı sorgulandı.	Evet	81(92)	114(59,4)	<0,001
	Hayır	7(8)	78(40,6)	
Mevcut bir kronik hastalığınız varsa kontrol altına alınması gerektiği ile ilgili bilgi verildi.	Evet	72(81,8)	80(41,7)	<0,001
	Hayır	16(18,2)	112(58,3)	
Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımlarım sorgulandı.	Evet	76(86,4)	102(53,1)	<0,001
	Hayır	12(13,6)	90(46,9)	
Gebelikte ilaçların kullanımları ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu.	Evet	80(90,9)	113(58,9)	<0,001
	Hayır	8(9,1)	79(41,1)	
Aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığımı sorgulandı.	Evet	11(12,5)	18(9,4)	0,426
	Hayır	77(87,5)	174(90,6)	
Hekime başvurmamı gerektirecek düzeyde bir stres yaşamayı yaşamadığımı sorgulandı.	Evet	21(23,9)	23(12,0)	0,011
	Hayır	67(76,1)	169(88,0)	
Evde veya işyerinde kimyasal/ zararlı madde/ radyasyon maruziyetim olup olmadığı sorgulandı.	Evet	23(26,1)	26(13,5)	0,010
	Hayır	65(73,9)	166(86,5)	
Gebelik öncesinde babaya ait öykü alındı. (madde-alkol-sigara kullanımı, bulaşıcı hastalık, kan grubu, talasemi taşıyıcılığı vb.)	Evet	54(61,4)	55(28,6)	<0,001
	Hayır	34(38,6)	137(71,4)	
Eşimle akrabalığının olup olmadığı sorgulandı.	Evet	79(89,8)	120(62,5)	<0,001
	Hayır	9(10,2)	72(37,5)	

## 5.TARTIŞMA

Prekonsepsiyonel bakım (PCC), bugün ve sonraki nesiller için sağlığı geliştirmeyi amaçlayan hayati bir sağlık önlemi olarak kabul edilmektedir. Gebelik öncesi bakımın kullanımına ilişkin araştırma temeli yetersizdir ve mevcut bilgiler, önerilen gebelik öncesi bakımın yaygın olarak sağlanmadığını göstermektedir. Ülkemizde prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma düzeyini yükseltmek konusunda doğru adım atmak için bu bakım modeliyle ilişkili faktörlerin farkına varmalıyız. Bu nedenle çalışmamızda ülkemizdeki gebelerde gebelik öncesi danışmanlık alma durumunu ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık. Sonuçlar tüm gebelerin yarısından azının hamilelik öncesi bakım aldığını gösterdi. Bu bakımı almanın gelir düzeyi, eğitim, gebeliğin planlı olması, gebelik için tedavi almış olması ve öncesinde korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için bir hekime başvurmuş olması ile arasında anlamlı bir ilişkisi vardı.

Çalışma grubumuzun yaş dağılımını incelediğimizde katılımcıların %72,9 oranı ile büyük çoğunluğunun 25-34 yaş aralığında olduğu ve yaş dağılımlarının 2017 yılında yapılan prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri adlı çalışmasındaki yaş dağılımları ile benzerdi (103). Yaş ortalamasının TNSA 2013 yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek düzeye eriştiği 25-29 yaş grubu ortalaması ile uyumlu olduğu görüldü (105). Dolayısıyla bu yaş grubu kadınların gebelik planlayıp planlamadığına bakılmaksızın gebelik öncesi bakım ve danışmanlık için aday olduğu unutulmamalıdır.

Literatürde 18 yaş altı ve 35 yaş üstü olan gebelikler perinatal açıdan riskli kabul edilmekle birlikte 20-29 yaş aralığındaki gebelerde ise perinatal mortalite ve morbiditenin en az olduğu bildirilmektedir (106). Bu çalışmada 18 yaş altı gebe bulunmamakla birlikte, gebelerin %18,9'unun 35 yaş üstü gebelik olarak riskli grupta yer aldığı görülmektedir. Bu veri TNSA 2013 raporunda belirtildiği gibi doğumların ileri yaşlara ertelendiğini destekler nitelikte görülmektedir (105). Ayrıca, bu çalışmada katılımcının yaşı ile gebelik öncesi bakım alma durumu arasında bir ilişki yoktu; ancak Roudsari ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma anne yaşı ile gebelik öncesi bakım alma durumu arasında bir ilişki vardır (107). Çin'de ve Hollanda'da bu konuda yapılan çalışmalarda ise yaşlı olan gebelerde

prekonsepsiyonel bakım alma oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (108, 109). Bu sonuçların yaşı ileri olan annelerdeki gebeliklerin daha riskli olmasından dolayı kişilerin danışmanlık için daha çok başvurmuş olmalarından kaynaklandığı söylenebilir.

Çalışmaya katılan gebelerimiz ve eşlerinin eğitim durumları değerlendirildiğinde birbirleriyle paralellik arz ettiği görülmüş ve gebelerin %71,8'inin, eşlerinin ise %65,4'ünün üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Arslan ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmasında ise kadınların %68,3'ünün ilkokul mezunu, eşlerinin %66,9'unun ortaokul mezunu oldukları görülmüştür (8). Buradaki eğitim durumunun farklılığı Türkiye'deki zaman içinde yükselen eğitim seviyesi ile ilişkili olarak görülebilir. Önceki çalışmalar, bizim çalışmamızla benzer şekilde lise sonrası eğitim almış olanların gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir (110, 111). Daha yüksek eğitim seviyesinin, hamilelikle ilgili sağlık konularının daha fazla farkına varılması nedeniyle kadınları hamilelik planlaması ile ilgili sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yatkın hale getirmesi muhtemeldir. Daha yüksek eğitim kazanımı, muhtemelen daha yüksek düzeyde sağlık bilinci veya daha yüksek eğitilmiş kadınlar arasında daha iddialı sağlık hizmeti arayışını yansıtan, tarama hizmetleri ve genel sağlık danışmanlığı almakla ilişkiliydi; alternatif olarak, daha yüksek eğitilmiş kadınların aldıkları tarama ve danışmanlık hizmetlerini hatırlama olasılıkları daha yüksek olabilir. Hollanda'da yapılan bir çalışmada ise daha yüksek eğitilmiş kadınların PCC'ye katılımları daha azdı. Bu kadınların kendilerini yeterli PCC bilgisine sahip ve / veya kendilerini risk altında değil olarak algılamış olmalarından kaynaklanmış olabilir (112).

Bu çalışma, yaşanılan yer ile gebelik öncesi bakım alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir. Bu konuda yapılan başka bir araştırmanın sonuçları, kırsal kesimde yaşayan kadınların daha fazla gebelik öncesi bakım aldığını göstermiştir (113). Shadab ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bizim çalışmamız ile benzer şekilde yaşanılan yer ile PCC alma durumu arasında anlamlı bir ilişki yoktu (114). Bunun nedeni, çalışmamıza katılanların çoğunluğunun il merkezinde yaşıyor olması olabilir.

Çin’de yapılan bir araştırma, gebe kalma öncesi bakım alan katılımcıların daha yüksek gelire sahip olduğu konusuna işaret etmektedir (108). Oza- Frank ve arkadaşlarının yaptığı çalışma düşük hane geliri olan gebelerin prekonsepsiyonel bakım alma bildirimini daha düşüktü (115). Bizim çalışmamız da bu konuda benzer sonuç bulmuştur. Geliri giderinden az olanların %86,2’si gebelikten önce danışmanlık almadığını bildirmiştir ve bununla birlikte geliri giderine denk olanların danışmanlık alma durumunun geliri giderinden az olanlara göre beş kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu bulgu özellikle ilgi çekicidir çünkü düşük sosyoekonomik statüye sahip kadınlar, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı dahil olmak üzere kötü doğum sonuçları için önemli ölçüde yüksek risk altındadır ve bu nedenle hamilelik öncesi danışmanlığa daha fazla ihtiyaç duymaktadır (116). Düşük gelir düzeyine sahip bu gebe grubunun gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma konusunda bilinçlendirilmesi ve daha iyi hizmet alabilmesi için gerekli yönlendirmenin yapılması gerekmektedir. Gebelikten önce yeterli düzeyde bakım ve danışmanlık ile verilecek olan bu hizmet, doğum öncesi bakım alma durumlarına da katkıda bulunacaktır.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde çalışmama oranını Elazığ’da yapılan bir çalışma %94,2 (117), İstanbul’da yapılan bir çalışmada %86,2 (118), İzmir’de yapılan bir çalışmada ise %89,7 olarak belirlemişlerdir (119). Bu sonuçlara göre, Türkiye’deki gebelerin büyük bir kısmının çalışmadığı görülmektedir. Çalışmayan gebe kadın sayısının fazla olması, Türkiye’de genel popülasyon içinde kadın istihdamının az olmasına bağlanabilir (120). Bizim çalışmamızda ise gebelerin %59,6’sının gelir getiren bir işte çalıştığı bulunmuştur. Çalışmamızın bu konuda diğer çalışmalardan farklı sonuç bulmasının nedeni çalışan kadınların internet ve sosyal medya platformlarını daha çok kullanıyor olmasından, dolayısıyla onlara daha çok erişebilmiş olmamızdan kaynaklanabilir.

Çalışmamızda; ortalama gelir seviyesi ve eğitim düzeyi üzerinden bir sonuca varılacak olursa; sosyoekonomik ve kültürel düzeyin, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranları ile doğrudan ilişki içerisinde olduğu; sosyoekonomik ve kültürel seviyesi yüksek olan gebe ve eşlerinin, prekonsepsiyonel danışmanlık alma taleplerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında; prekonsepsiyonel

danışmanlıkla ilgili toplumun bilgilendirilmesinin yanı sıra, sağlıklı toplum ve sağlıklı nesiller için eğitim seviyesinin artışına yönelik politikaların gerekliliğinin, birçok alanda olduğu gibi prekonsepsiyonel danışmanlık açısından da gerekli olduğu aşıkardır.

Gebelerde kronik hastalık oranı %11 olarak saptanmıştır ve kronik hastalığı olan gebelerin sadece %35,5'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık almıştır. Gebelik öncesi hizmetlerini inceleyen 672 makale belirleyen bir araştırmada kronik hastalığı olan kadınlarda gebe kalma öncesi bakımla ilgili yaygınlık tahminleri %18,1 ile %45 arasında değişmekte olup, çoğu çalışma tip 1 veya 2 diyabetli kadınlara odaklanmaktadır (121). İlginç bir şekilde çalışmamızda kronik hastalığı olan gebeler ile olmayanlar karşılaştırıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Halbuki kronik hastalığa sahip olan kadınların gebelik öncesi danışmanlık almak için daha çok başvurması beklenirdi. Bu sonuç, gebelik öncesi danışmanlığın, yüksek gebelik sonuçları riski yüksek olan kadınlar için bile nadiren sağlandığını gösteren daha önceki çalışmaları doğrulamaktadır (6). Kadınların gebelik öncesi bakım ihtiyacı konusunda bilinçlendirilmesi, özellikle de olumsuz gebelik sonuçları riski altındayken, çok belirgin bir ihtiyaçtır. Çalışmamızda gebelerin %69,6'sına gebelik öncesi dönemde kronik bir hastalığının olup olmadığı sorgulanmış ve %54,3'üne mevcut hastalığının gebelikteki seyri hakkında bilgi verilmişti. Çalışmamızda kronik hastalıkların branş hekimleri tarafından mı yoksa aile hekimleri tarafından mı takip edildiği konusunda bir bilgi olmamakla birlikte hastaların en azından tanı sürecinde branş hekimlerine başvurmuş olmaları muhtemeldir. Branş hekimlerinin, kronik hastalığı olan hastalarına risk grubunda oldukları için gebelik planlarının olup olmadığını sorgulayıp, hastalıklarının ve tedavilerinin gebelik dönemindeki gidişatıyla ilgili bilgi verdiklerinde bu oranların yükseleceğine inanıyoruz. Böylece prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığa katkıda bulunmuş olacaktırlar. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık esnasında anamnez, fizik muayene ve gerekirse ileri inceleme sonucunda hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotiroidi, astım gibi kronik hastalıkların önceden tespiti mümkün olacaktır. Bilinen bir kronik hastalığı olan kadın da hastalığının gebeliğine etkisini öğrenme fırsatı bulacak ve bu doğrultuda hareket edecektir. Bu hastalıkların yol açtığı erken doğum, düşük doğum ağırlığı,

perinatal mortalite, abortus, intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali ve daha birçok anne ve fetus üzerinde olumsuzluklara yol açacak durum uygun tedavi ve yaşam tarzı değişikliği ile engel olunacaktır.

Ülkemizde gebelerle birebir görüşme yoluyla yapılan bir çalışmada gebelerin ilk trimesterde ilaç kullanım oranı %83,6 olarak bulunmuş ve ilaç kullanan gebelerin neredeyse tamamının gebe olduğunun farkında olmadan bu ilaçları aldıkları ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada gebelerin ikinci ve üçüncü trimesterde ilaç kullanım oranlarında belirgin azalmalar olduğu görülmüştür(122). Bu durumun ülkemizde aile planlaması yöntemlerinin iyi bilinmemesi, kadınların gebe kaldıklarını fark etmeden ilaç kullanması ve hekimlerin rutin ilaç reçetelemesi sırasında gebelik sorgulaması yapmamasından kaynaklanıyor olması muhtemeldir(123). İkinci ve üçüncü trimesterde ilaç kullanımının azalmış olması ise hekimlerin ve gebelerin gebelik tanısı konulduktan sonra ilaç kullanımını konusunda daha hassas davranmasıyla ilişkili olabilir. Ancak aynı hassasiyetin ilk trimesterde gösterilmesi embriyonun organogenez dönemine denk gelmesi nedeniyle çok daha önem taşımaktadır. Bizim çalışmamızda gebelerin %63,6'sına gebelik öncesi dönemde reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımlarının sorgulandığı, %68,9'una ise ilaçların gebelikteki ilaç kullanımları hakkında bilgi verildiği bulunmuştur. Bu oranların diğer çalışmalara göre yüksek bulunmasının nedeni çalışmamıza katılan gebelerin %86,2'sinin mevcut gebeliklerinin planlı olmasından kaynaklanabilir. Gebeliğini planlayan bir gebenin kullandığı ilaçlar hakkında hekimlere danışması ve ilaçların gebelikteki güvenilirlik durumunu sorgulaması için zamanı olacaktır.

İtalya' da yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi sigara içme prevalansı %26,4 ve hamileliği öğrendikten sonra %8,2 olduğu bulunmuştu (124). Çalışmamızda ise gebelik öncesi sigara içme %15,7, hamileliği öğrendikten sonra %8,6 olarak bulunmuştur. Bu tahminler, gebelik sırasında sigara içme prevalansının 2007'de %10,4 olduğu Amerika Birleşik Devletleri'nde, "Sağlıklı İnsanlar - 2020" tarafından verilen gebelikte sigara içme prevalansının %1,4 hedefinden oldukça uzaktır (125).

Çalışmamızda katılımcıların %7,1'i gebelik öncesinde alkol kullanmakta olup gebelikte alkolü bırakmıştı ve gebelikte alkol kullanmaya devam eden hiç gebe yoktu. ABD'de yapılan bir çalışmada gebelikten önce alkol kullanan kadınların çoğu (%86,6) gebeliğin son 3 ayında bıraktığını, %7'si azalttığını ve %6,4'ü ise aynı veya daha fazla içtiğini bildirdi (126). Yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarının bizim çalışmamızda çıkan sonuçlardan oldukça yüksek olmasının nedeni ABD'deki kadınlarda alkol kullanımının ve istenmeyen gebelik oranlarının Türkiye'deki kadınlardan daha yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda sigara ve alkol kullanımı ile danışmanlık alma arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Hillemeier ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çalışmamız ile benzer şekilde olumsuz sağlık davranışları (aşırı içme, sigara ve madde kullanımı) ile PCC alma durumu arasında ilişki bulunmamıştı (27). Bu sonuç kadınların gebelik öncesi risk faktörleri hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıklarına işaret etmektedir. Ayrıca çalışmamızın sonuçlarına göre gebelikte veya gebelik öncesi sigara kullananların %54,5'ine sigarayı bırakma önerisinde, gebelik öncesinde alkol kullananların ise %55'ine alkol bırakma önerisinde bulunulmamıştı. Gebelik öncesinde sigara ve alkol kullananların tespiti ve kullananlara bırakma önerisinde bulunulması prekonsepsiyonel bakımın önemli bileşenlerinden biridir. Çalışmamızın verilerine göre bu konuda önemli bir eksiklik olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin önceki olumsuz doğum sonuçları ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Kuzey Etiyopya'da yapılan bir çalışmada olumsuz doğum sonuçları öyküsü olan anneler, PCC kullanımı ile pozitif bir şekilde ilişkiliydi (127). Bu durum, Los Angeles'ta yapılan bir çalışmada da görüldü (128). Bu çalışmalarda önceki olumsuz bebek sonuçlarının, en son gebelikte PCC kullanma olasılığının artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuştu ve olumsuz doğum sonuçları deneyimi olan potansiyel anneler, sonraki gebeliklerinde daha bilinçli ve bakım almak için uyumluydu. Bizim çalışmamızda da önceki gebeliklerinde sorun yaşamış kadınların aynı sorunlarla bir daha karşılaşmamak ve sağlıklı bir gebelik süreci geçirmek adına prekonsepsiyonel danışmanlık almaları beklenirdi. Ancak beklenenin aksine çalışmamızda kötü obstetrik öykünün varlığı veya yokluğunun, danışmanlık alma

durumuna etki etmediği sonucuna varılabilir. Yine bunun da muhtemel sebebinin prekonsepsiyonel danışmanlığın gebeler arasında yeterince bilinmemesi ve gerekli önemin verilmemesi olduğunu düşünüyoruz. Ancak bu konu ile ilgili daha çok çalışma yapılmasının da gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde yaşayan çocuğu olmayan gebelerde prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (110, 129). Daha önce gebelik geçirmiş ve /veya yaşayan çocuğu olan kadınların daha düşük seviyede danışmanlık almasını bilgi yetersizliği ile birlikte kendilerini deneyimli görmelerinin bir sonucu olduğunu düşünüyoruz. Önceki gebeliklerinde sorun yaşamamış olmalarının şimdi de yaşamayacakları düşüncesine yol açması son derece yanlıştır. Kadınların gebelik sürecindeki değişim ve yenilikleri prekonsepsiyonel dönemden takibe başlamaları için doğru kılavuzlara ihtiyaçları vardır.

Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranı %34 (121), Genç Koyuncu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada danışmanlık alma oranı %22 olarak bulunmuştur (104). Çalışmamızdaki gebelerin ise %31,4'ü gebe kalmadan önce bakım ve danışmanlık aldığını bildirmektedir. Ancak bizim çalışmamızda gebelere mevcut gebeliği öncesinde danışmanlık alıp almadığı sorulmuştur; daha önceki gebeliklerinde danışmanlık alıp mevcut gebeliği öncesinde danışmanlık almamış olanların da bu oranı daha da artırabileceği söz konusudur. Arslan ve ark.'nın 2005'te yayınladıkları araştırmada ise prekonsepsiyonel danışmanlık verilenlerin oranı, %2,8 olarak bulunmuştur (8). Bu oranlar arasındaki önemli fark; Türkiye'de konu ile ilgili çalışmaların daha çok son yıllarda yoğunlaşmasına bağlanabilir. ABD'de yapılan çalışmalardaki prekonsepsiyonel bakım alma oranı ise bizim çalışmamız ile benzerdir. ABD'de Williams ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oran %32,4 olarak bulunmuşken (130), Oza- Frank ve ark.'nın çalışmasında %30,8 olarak saptanmıştır (115). Shadab ve ark. ise İran'ın İsfahan şehrinde yaptıkları çalışmada prekonsepsiyonel bakım alma oranını %47,7 olarak daha yüksek tespit edilmiştir (114). Anne ve perinatal ölümlerin endişe verici derecede yüksek olduğu Etiyopya'da yapılan bir çalışmada ise PCC alma oranı %18,7 olarak bulunmuştur (127). Bununla birlikte, İtalya'da gebelik öncesi bakım

için %83,5'lik bir oran bildirmiştir. Muhtemelen İtalya'da bu bakımı yapmak için ücretsiz bir sağlık sistemi nedeniyle mevcut çalışmalardan daha yüksekti(131). TNSA 2013 verilerinde prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili veri bulunmamakla birlikte doğum öncesi bakım oranı %97 olarak belirlenmiştir (106). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma oranının TNSA tarafından belirlenmemiş olması ülkemizde daha çok doğum öncesi bakıma odaklanıldığını bir kez daha göstermektedir. Ülkemizde sağlık sektörünün gebelik öncesi bakım uygulamasına daha fazla dikkat göstermesi ve sağlık kurumu düzeyinde prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kliniklerinin açılması ile daha yüksek bakım oranlarını yakalayacağımız düşüncesi içindeyiz.

Çalışmamızda PCC aldığını bildirenlerin yarısından azının aile hekimlerinden danışmanlık aldığı bulunmuştur. ABD'de yapılan bir çalışmada da hamile kadınların %34,4'ü bir aile hekiminden bakım almıştı (132). Japonya'da yapılan bir çalışma ise az sayıda aile hekiminin gebelik öncesi bakım sağlama konusunda eğitim deneyimine sahip olduğunu ve çok azının bu bakımı uygulamalarında sağladığını ortaya koymaktadır (133). Aile hekimi, takibinde süreklilik arz ettiğinden hastasını gebelik düşüncesini oluşturduğu andan itibaren yakalama ihtimali en yüksek kişidir. Ayrıca çocuk düşüncesi olan çifte; sigara, alkol bırakma önerisi ve bu konularda danışmanlık verilmesi de prekonsepsiyonel birincil bakıma örnektir. Gebelik öncesi bakımın bir parçası olan aşılama da, öncelikle aile hekiminin yönetimindedir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinden biri sayılan prekonsepsiyonel bakımın daha yüksek oranlarda aile hekimleri tarafından verilmesi beklenirdi. Ebe ve hemşireler tarafından verilen bakım hizmeti ise Aile Sağlığı Merkezine (ASM) ait bir hizmet olarak aile hekimlerinin oranıyla birleştirilebilir. Böylece prekonsepsiyonel bakım alanların %44,2'sinin bu bakımı ASM'lerden aldığı söylenebilir. Gebelik öncesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuru oranlarının oldukça fazla olması nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının da yarıyı aşan bir oranda bakım sağlaması önemlidir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının da prekonsepsiyonel bakım konusunda daha özverili şekilde hareket etmesi oranların yükselmesine katkıda bulunacaktır.

Hamilelik planlaması sağlık bilincini artırır ve kadınların hamileliğe girmeden önce sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıklarını değiştirmelerine yardımcı olur. Çalışmamıza katılan gebelerin %86,2'sinin gebelikleri planlı idi. Çalışmamızda, bu konuda yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde (108, 114) gebeliği planlı olan gebelerin planlı olmayan gebelere kıyasla danışmanlık alma oranları anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Planlı gebeliği olanların, gebelik planı ile gebelik arasındaki sũrete, danışmanlık alma konusundaki taleplerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Gebeliği planlı olanların, gebelik oluşana kadar geçen sũrete, danışmanlık almak için yeterli zamanlarının olması nedeniyle daha yüksek oranlarda danışmanlık aldıklarını dũřunũyoruz. Yardımcı ũreme teknikleri kullanılarak gebe kalanların, doğal yollar ile gebe kalanlara gũre danışmanlık alma oranları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yardımcı ũreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yollarla gebe kalanlara gũre prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranının anlamlı olarak yüksek bulunmasının nedeni; kadınların tedavi sũrecinde sũrekli hekim kontrolũnde olması, en önemlisi de prekonsepsiyonel danışmanlığın bu tedavinin bir parçası olmasıdır.

Katılımcıların %36,8'i gebelik planlamadığı dönemde korunma yöntemleriyle ilgili hekimlerden bilgi almıştı ve bu gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma durumu anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çiftlerin korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için yaptıkları bir sağlık başvurusu aslında prekonsepsiyonel danışmanlık vermek için iyi bir fırsattır. Prekonsepsiyonel bakım sadece gebelik planlayan kadınlara yönelik olmayıp, gebelik planı olmayanlara da verilmesi gereken bir hizmettir. Kontrasepsiyon yöntemleriyle ilgili bilgilendirme de bu kapsama dahil edilmektedir. Gebelik planı olmayan kadınlara yönelik korunma yöntemleriyle ilgili bilgilendirme oranları da arttırılmalıdır. Oranların dũřuk olması, bilgiye ulaşma kolaylığının insanların sormaya çekinebilecekleri konuları hekimlerle paylaşmaktansa internet ortamından elde etmeyi tercih ediyor olması ile açıklanabilir. Konuyla ilgili hastaların bilgi talep etmesini beklemeden reproduktif dönemde olan her kadına koruyucu yöntemlerle ilgili gerekli bilgilendirmede bulunmak olduğa faydalı olacaktır.

Prekonsepsiyonel danışmanlık; istenmeyen gebelikleri engellemek bakımından aile planlaması, ebeveynlerin psikolojik olarak hazırlanmalarının sağlanması, genetik danışmanlık, doğumsal anomalilerin azaltılması amacıyla folik asit kullanımı, genel anamnez alınması, laboratuvar testleri, kronik hastalık yönetimi, bağışıklama, mesleki ve çevresel risk belirlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, obeziteden korunma ve sağlıklı ve dengeli beslenme, alkol ve sigara gibi kötü alışkanlıkların bırakılması için danışmanlık konularını kapsamaktadır (134). Bu kapsamda prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumunu değerlendirmek amacıyla gebelere bu konuları içeren sorularımızı yönelttiğimizde, danışmanlık almadığını bildirenlerin de aslında gebelik öncesinde belirtilen prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin çoğundan yararlandığı bulunmuştur. Bu sonuç kadınların gebelik öncesi bakım kavramını bilmediklerini ortaya çıkarmıştır. Gebelik öncesi danışmanlık almadığını bildirenlerin çoğunluğunun(%54,2) almama nedeninin konu hakkında bilgi sahibi olmama olması bu çıkarımımızı destekler niteliktedir. Avusturya’da yapılan bir çalışmada cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taraması (%71) verilen en yaygın bakımdı, bunu folik asit reçetesi (%57) ve sigarayı bırakma desteği (%43) izledi (135). Hollanda’da yapılan bir çalışmada gebelik öncesi dönemde yapılan tavsiyelerin çoğunun folik asit kullanımı ( %58,1) ve beslenme (%45,2) ile ilgili olduğu bulunmuştur (129). Bizim çalışmamızda ise folik asit reçetesi (%75,7) ve sağlıklı beslenme önerileri (%72,9) verilen en yaygın bakım iken; aile içi şiddetin sorgulanması (%10,4), stresin sorgulanması (%15,7), ağız diş sağlığı muayenesi için yönlendirme (%20,4) en az olarak verilen bakımlar olmuştur. Prekonsepsiyonel bakım aldığını bildirenler ile bakım almadığını bildirenlerin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kapsamında yapılanlar açısından karşılaştırıldığında aile içi şiddetin sorgulanması dışındaki tüm parametrelerin yapılması danışmanlık aldığını bildirenlerde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Polonya’da 2018 yılında yayınlanan bir çalışmada incelenen kadınların büyük çoğunluğu (%89,1) gebelik sırasında; %52,9’u ise hamilelikten önce 0,4-0,8 mg folik asit aldığını göstermiştir. Aynı çalışmada gebelik öncesi dönemde, aylık gelir düzeyi yüksek olan kadınlarda ve gebeliğini planlayan kadınlarda, plan yapmayan kadınlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek folik asit takviyesi aldığı gözlemlendi (136). Avusturalya’da gebelerde yapılan bir çalışmada kadınların %29’u

hamilelik öncesi folik asit takviyesi almıştır. Sadece %23'ü hamilelikten en az 4 hafta önce folik asit takviyesi aldığını bildirdi. Gebeliğinin 13. haftasından önce folik asit kullanımına başlayan kadınların oranı ise %79'du (137). ABD'de yapılan bir araştırma, kadınların %13'ü folik asidin doğum kusurlarını önlediğini bilmesine rağmen, sadece %7'sinin hamilelikten önce alınması gerektiğini bildiğini ortaya koydu (137). İran'da 2014 yılında yapılan bir çalışmada kadınların yarısından fazlasının gebelik öncesi bakımı yoktu ve gebelik öncesi bakım alan kadınların sadece %33,9'u düzenli olarak folik asit takviyesi almıştı (138). Goldberg ve arkadaşları, bir ABD çalışmasında, folik asit desteğinin doğum kusurlarını önlediğini bilen kadınların gebe kalmadan önce folik asit alma olasılığının iki katından fazla olduğunu ve takviyenin zamanlamasının önemli olduğunu fark eden kadınların beş kat fazla olduğunu buldu (139). Ray ve arkadaşları 34 çalışmayı gözden geçirdiği araştırmasında, gebelik öncesi folik asit kullanımının %0,9-50 aralığında değiştiğini bildirmiştir (140). Bizim çalışmamızda ise gebelerin %75,7'si gebelik öncesi dönemde folik asit verildiğini belirtmiştir. Çalışmamızdaki oranın diğer çalışmalardan yüksek çıkmasının, gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliğini planlamış olması ve dolayısıyla bunun folik asit kullanımı için bir fırsat oluşturması ve aynı zamanda çalışmaya katılan doktor olan gebelerimizin gebelik öncesi dönemde folik asiti kendilerinin başlamış olma ihtimalinden kaynaklanabileceği kanaatindeyiz. Kadınların gebelik öncesinden başlayarak gebeliğinin ilk üç ayı boyunca kullanacağı günde 0,4 mg folik asit ile NTD'lerini %70 oranında önlebileceğini göstermektedir (141). Bu birincil koruma, prenatal tanı sonrası gebeliğin sonlandırılabilmesi biçimindeki ikincil korumaya karşı sonlandırma kararının getireceği duygusal travma ile klinik emek ve mali yük düşünüldüğünde daha iyi bir seçenek olarak önem kazanmakta ve halk sağlığı açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle ülkemizde pek çok prenatal tanı merkezinde yapılan ikincil koruma hizmetlerinin yaygınlaştırılması için yapılan çabalar sürdürülürken, temel olarak NTD'lerin önlenmesi için yapılan uygulamalarda birinci basamakta çalışan ekiplere ve yöneticilere önemli görevler düşmektedir (142). Gebelik dönemi öncesinde folik asit alma olasılığı daha düşük olan kadınları hedeflemek ve genel olarak doğurganlık çağındaki kadınlar arasında farkındalığı artırmak önemlidir (137).

Sağlıklı bir kiloya ulaşmak ve bunu sürdürmek, gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası sağlık için uluslararası kanıta dayalı kılavuzlarda çok önemli olarak vurgulanmaktadır (143). Dahası, gebelik, aşırı gestasyonel kilo alımı ve doğum sonrası kilo tutma için bilinen yüksek riskli bir penceredir. Bu, ilişkili gebelik ve anne ile çocuk için gelecekteki sağlık riski göz önüne alındığında, kilo alımının önlenmesi ve gerektiğinde kilo kaybı için hamilelikten önce erken müdahaleye olan kritik ihtiyacı yeniden teyit etmektedir (144). Bununla birlikte, şu anda hamilelik sırasında kilo vermenin tavsiye edilmediği unutulmamalıdır. Bazı ulusal kılavuzlar, gebelik öncesi dönemdeki kadınlarla yapılan konsültasyonların normal bir BMI (18,5-24,9) elde etme üzerine bir tartışmayı içermesi gerektiğini ve böylece onlara bir sağlık bakımı pratisyeni ile olası riskleri ve kilo yönetimini tartışmak için erken bir fırsat vermesini önermektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarına hamilelik sırasında düşük veya fazla kilolu olmanın obstetrik risklerini hastalarına iletmeleri tavsiye edilir (3).

Gebelerde yapılan bir çalışmada, hamile kadınların yaklaşık %27'si kadın doğum uzmanlarından hiç GWG (gebelikte kilo alımı) tavsiyesi almadıklarını ve %36'sı ABD'deki Tıp Enstitüsü (IOM) önerileri dışında kilo almak için tavsiye almadıklarını bildirdi (145). Kanada'da yapılan bir çalışmada, kadınların yarısından fazlası sağlık hizmetleri sağlayıcısı ile gebelikte kilo alımı (GWG) hakkında hiçbir görüşme yapılmadığını bildirirken (146), Kanada merkezli başka bir araştırma ise sağlık hizmeti sağlayıcılarının %95'inin hamile kadınlara uygun GWG konusunda danışmanlık yaptıklarını bildirdi (147). Bizim çalışmamızda ise gebelerin %72,9'una gebelik öncesi dönemde sağlıklı beslenme önerilerinde bulunduğu, %52,1'ine ise olması gerektiği ideal kilo hakkında bilgi verildiği bulunmuştur. Fazla kilolu ve obez kadınlar, sağlıklı GWG hakkında tavsiye isteme yetkisine sahip olmalı ve yararlı, yargısal olmayan tavsiyeler alacaklarından emin olmalıdır. "İki kişilik yemek yeme" ihtiyacı gibi yaygın yanlış anlamaların çürütülmesi gerekir. Hamile kadınları sağlıklı GWG'nin ve hamilelik sırasında fiziksel aktivitenin önemi hakkında bilgilendirebilecek ve aşırı gestasyonel kilo alımı olan obez kadınların oranını azaltan davranış değişikliklerini teşvik edecek müdahalelere ihtiyaç vardır (148). Literatürdeki çoğu çalışma, kadınların gebelik döneminde olan beslenme konusundaki bilgilendirme düzeylerini araştırmaya yönelmiş olup, prekonsepsiyonel

dönemde sağlık uygulayıcılarının üreme çağındaki kadın hastalarını beslenme konusunda ne kadar bilgilendirdiğini henüz ortaya koymamıştır. Bu konuda yapılacak olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Michael ve arkadaşlarının 2012 yılında ilk çocuklarının doğumundan sonra aşırı kilolu ve obez kadınlarla yaptıkları bir çalışmanın bulguları, çoğu kadının hamilelik sırasında egzersiz konusunda hekimlerinden yetersiz ve uygunsuz tavsiye aldığını göstermektedir. Hiçbir kadın egzersiz sıklığı veya süresi konusunda tavsiye aldığını hatırlamamıştır. Belirli egzersiz aktiviteleri ve ne kadar yapılması gerektiği konusunda tavsiye almak yerine, hamile kadınlara daha çok ne yapmamaları gerektiği öneriliyordu. Ek olarak, kadınlara hamilelik öncesine göre daha yoğun egzersiz yapmamaları tavsiye edilmişti ve çoğu kadın hamilelikten önce egzersiz yapmadığı için, bu tavsiyeyi hiç egzersiz yapmamaları gerektiği şeklinde yorumlanmıştı (148). Bizim çalışmamız da benzer şekilde gebelerin yaklaşık yarısı gebelikten önce hekimlerinin egzersiz önerilerinde bulunmadığını bildirmiştir. Hekimlerin klinik görüşmeler sırasında kesinlikle zaman sınırlamaları vardır ve bu da hastalara uygun kilo alımı ve fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapma becerilerini kısıtlayabilir. Ayrıca, hekimler kilo ve fiziksel aktivite danışmanlığını uygun şekilde ele almak için yetersiz eğitim almış hissedebilir veya bu tür bir danışmanlığın etkisiz olduğuna inanabilir (148).

Daha yüksek miktarlarda gebelik öncesi fiziksel aktivite, daha düşük gestasyonel diyabet riski ile ilişkilendirilmiştir (149). Bir başka çalışmada gebelikten önce haftada dört saat veya daha fazla hızlı tempoda yürümek daha düşük gestasyonel diyabet riski ile ilişkiliydi (150). Bu nedenle hekimlerin beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığı konusunda bilgi ve farkındalıklarının artırılması son derece önemlidir. Hekimlerin hastalarına ne kadar ve ne tür egzersizler yapacaklarına dair somut tavsiyeler vermesi daha faydalı ve teşvik edici olacaktır. Otomatik BMI hesaplayıcıları gibi basit ofis tabanlı araçlar, hekimlerin hastaları fazla kilolu veya obez olarak tanımlamasına ve hamilelik öncesi kadınlar için uygun gebelik öncesi danışmanlığı ve hamile kadınlar için doğru GWG hedefleri sağlamasına yardımcı olabilir. Bu tür stratejiler, sadece kısa vadeli gebelik komplikasyonlarını azaltmak

için değil, aynı zamanda doğum sonrası kilo tutma ve obezite ile ilişkili uzun vadeli morbiditeyi de azaltmak için önemli bir potansiyele sahip olacaktır (148).

İrlanda'da yapılan bir çalışmada kadınların neredeyse beşte ikisi aile içi şiddete maruz kalmıştı ancak kadınların sadece %12'si ilgili sağlık hizmet sunucularının bunu sorduğunu belirtti ve %77'si ise sağlık uygulayıcılarının bu tür şiddet hakkında rutin sorgulamalarını tercih ediyordu (151). ABD içinde(152) ve Avusturalya'da yapılan çalışmalarda (153), genel uygulamalarına katılan kadınların %5 ile %20'si son bir yıl içinde aile içi şiddete maruz kaldığını bildirdi. Bu kadınların beşte birinden azı konuyu doktorlarıyla tartışmıştı. Çalışmamızda bu sonuçlar ile benzer olarak hastalara aile içi şiddetin hekimler tarafından sorgulanma oranı %10,4 olarak oldukça düşük bulunmuştur ve prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında en az sorgulanan madde olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü'nün üreme sağlığı sistematik incelemesi, mağdur kadınların düşük doğum ağırlıklı bebek sahibi olma olasılığının %16, düşük yapma olasılığının iki katından fazla ve bazı bölgelerde HIV kapma olasılığının 1,5 kat daha yüksek olduğunu ortaya koydu ve partner şiddeti yaşamamış kadınlara kıyasla, mağdurlar arasında depresyon iki kat daha yaygındı (82). Tüm bu sonuçlar aile içi şiddetin perinatal sonuçlar üzerinde oldukça önemli olduğunu ve yaygın olmasına rağmen, doktorların nadiren sorduklarını göstermektedir. Kadın hastalar arasındaki istismarı tespit etmek ve değerlendirmek için doktorlar bu konuda eğitilmelidir (153). Sağlık çalışanları aile içi şiddetin ciddiyetini de göz ardı etmemelidir. Hastalarımızın yaşamlarında şiddet olasılığının farkında olmamız ve destek sunmanın yanı sıra yardım sağlayabilecek kurumlar hakkında genel tavsiye ve bilgi sunmamız gerekmektedir (154).

Gebelik öncesi diş sağlığı bakımı, anne için iyi bir ağız sağlığı sağlamak ve çocuklarının ağız sağlığı bakımı için güçlü bir temel oluşturmak için bir fırsat penceresi sunar. Kötü perinatal ağız sağlığının, kötü obstetrik sonuçlar ile ilişkisini ortaya çıkaran bir dizi literatüre rağmen; bilgi ve uygulama arasında bir ayrım var olmaya devam etmektedir (86). Kadın doğum uzmanlarının hamilelik sırasında ağız sağlığı hizmetlerinin alınması konusunda genel bir destek gösterdiğini bildiren anketlere rağmen, çok azı hastaları arasında bunu teşvik ettiğini veya ziyaretler sırasında ağız sağlığı değerlendirmeleri yaptığını bildirmiştir (88). Rhode Island'da,

Oh ve ark. doğum öncesi bakım sağlayıcılarının yalnızca %52'sinin kadınlara dişlerinin ve diş etlerinin sağlığı konusunda tavsiyede bulunduğunu bildirmiştir (155). 2004-2006 yılları arasında 10 eyalette gebelerde yapılan bir çalışmada, kadınların %41'i hekimlerinden diş hekimliği danışmanlığı aldıklarını belirtmiştir (156). Yakın tarihli bir ulusal hasta ve doğum uzmanı örnekleminde 52 rastgele seçilmiş tıp merkezlerinde, hamile hastaların %44'ü ağız sağlığının önemli olduğunu söylediğini, ancak sadece %22'sinin hekimleri tarafından bir diş hekimine gitmeye teşvik edildiğini bildirdi (157). Michigan'da 2013 yılında obstetrik hizmet sağlayıcılarla yapılan bir anket, hizmet sağlayıcıların %80'inin ağız sağlığının önemini kabul ettiğini, ancak yalnızca %35'inin doğum öncesi bakım ziyaretleri sırasında bunu hastalarıyla tartıştığını bildirdi (86). Çalışmamıza katılan gebelerin sadece %20,4'ü gebelik öncesi dönemde ağız ve diş sağlığı muayenesi için yönlendirildiğini söylemiştir. Diş eti hastalıkları ve diş çürüklerinin, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum ile ilişkilendirildiği göz önüne alındığında bu oran diğer çalışmalar ile benzer şekilde oldukça düşüktür. Ağız sağlığının, prekonsepsiyonel ve prenatal sağlık hizmetlerine daha iyi entegre edilmesi, hamilelik sırasında ortaya çıkabilecek ağız ve diş sağlığı sorunlarını azaltarak, anne ve bebek sağlığı için faydalı olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların eşlerinin prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranı ise %11,8 çıkmıştır. Bu oran gebelere eşlerinin bakım alıp almadıklarının sorulması ile elde edilmiştir. Ayrıca gebelik öncesi dönemde eşleri danışmanlık almış olan gebelerin tamamının danışmanlık almış olması son derece önemli bir bulgudur. Çin'de yapılan bir çalışmada erkeklerin PCC alma oranı %35 bulunmuştur (108). İngiltere'de erkeklerin gebelik öncesi davranışlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada %46,9'u, partnerleri hamile kalmadan önce internet dahil çeşitli kaynaklardan hamilelikle ilgili bilgilere baktığı, %19,1'inin ise gebe kalmayla ilgili tavsiye almak için bir pratisyen hekime veya sağlık uzmanına gittiği bulunmuştur (158). Bizim çalışmamızda erkeklerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma oranı değerlendirilen bu çalışmalara göre oldukça düşük çıkmıştır. Eşlerinin danışmanlık alması ile gebelerin gebelik öncesi danışmanlık alma durumu arasında pozitif bir ilişki olması nedeniyle bu oranların artırılmasına yönelik yapılacak olan çalışmalar, ilişkili olarak kadınların da bakım alma oranlarını artıracaktır.

Gebe kalmadan önce erkeklerin sağlığı, üreme sağlığını, hamileliği ve yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için giderek artan bir etken olarak kabul edilmektedir. Günümüzde prekonsepsiyonel bakım hakkında yapılan araştırmalar kadınlara odaklanmıştır; ancak sigara, uyuşturucu ve alkol gibi faktörlerin sperm sağlığını etkilediğine ve erkeklerin riskli davranışlarda bulunma olasılığının daha yüksek olduğuna dair sağlam kanıtlar ışığında, erkeklere yönelik müdahalelerin değerlendirilmesine ilgi artmaktadır (99). Erkeklerin prekonsepsiyonel danışmanlık alması ile ilgili yapılan çalışmalar, pratisyen hekimler, sağlık uzmanları tarafından verilen veya başka kaynaklardan aranan gebelik öncesi bakım bilgilerinin erkeklerde gebelik öncesi olumlu sağlık davranışını artırma potansiyeline sahip olduğunu vurgulamaktadır. Tüm erkeklere PCC bilgilerini ve pozitif babalığı teşvik etmek için yenilikçi yaklaşımlar geliştirerek bu etkiyi en üst düzeye çıkarmak için daha fazla önem verilmesi gerekmektedir (158).

### **5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları**

1. Çalışmamıza 18 yaş üstü gebeler dahil edilmiştir. Adolesan gebeliklerin de sık olduğu göz önünde bulundurulursa yaş kısıtlaması olmadan tüm gebeleri içeren bir çalışma ile daha doğru sonuçlar elde edilebilir.
2. Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlıkla ilgili gebe olan grup seçilmiştir. Üreme çağındaki tüm kadınlar ile ilgili yapılacak olan bir çalışma daha fazla katkı sağlayabilir.
3. Bu araştırmanın internet ortamından yapılması nedeniyle gebelik öncesi bakımın durumunu saptamak için farklı sosyoekonomik gruplardan tüm kadınlara erişim sağlanamamıştır.
4. Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri de prekonsepsiyonel bakım konusunda eşlere danışmanlık verilmesinin sorgulandığı soruda bilginin gebelerden alınmış olmasıdır. Prekonsepsiyonel bakım alıp almadıkları erkeklere sorularak daha gerçekçi bir bilgi edinmek mümkün olabilirdi. Erkeklerin prekonsepsiyonel bakım durumlarını ortaya koyacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranının düşük olduğu ve kadınlarının büyük bir kısmının konu hakkında farkındalığı olmadığı tespit edilmiştir. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık aldığını belirtenlerin ise gebelik öncesi bakımın tüm bileşenlerini içeren tam bir sağlık hizmeti almadığı ortaya çıkmıştır. Bu uygulamaların yapılabilmesi hekimleri prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı vermeye teşvik etmek ve kadınların bu süreçle ilgili farkındalığını artırmakla mümkündür. Gebe kalma öncesi bakım, sağlıksız davranışları değiştirmek için bir fırsattır, bu da planlanmamış gebeliği azaltır ve anne ve bebek ölümlerini azaltmada önemli bir rol oynar.

2. Bulgularımız, gebeliğin planlı olmasının, gelir düzeyinin iyi olmasının, korunma yöntemleri hakkında önceden bilgi almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olmanın ve eşin danışmanlık almasının, gebelik öncesi bakım almanın önemli bir kolaylaştırıcısı olduğunu doğrulamaktadır. Bu nedenle, ilgili önemli faktörlere ilişkin planlama prekonsepsiyonel bakımı, programın 2021 hedefine ulaşmasını sağlamada çok önemli olabilir.

3. Gebelik öncesi bakımın önemi göz önünde bulundurulduğunda, hekimlerin hastalarına tam ve uygun bakımı tamamlamasına yardımcı olmak için standartlaştırılmış bir form oluşturulması düşünülmelidir. Bu tür hizmetlerin nasıl sağlanması gerektiğine dair daha kesin bir şekilde plan yapmak gerekli görünmektedir. Bu bulgular, prekonsepsiyonel bakımın gelecekteki ölçeğini büyütebilir ve bu popülasyonun ihtiyaçlarını karşılamak için PCC birimlerini güçlendirebilir. Düşük maliyetli PCC hizmetlerinin dikkate alınması ve PCC'yi geliştirmek için kanıta dayalı kılavuzların geliştirilmesi (veya benimsenmesi) bu tür çabaları katalize edecektir.

4. Prekonsepsiyonel bakımın alım ve sunumunda; kapsamlı bir danışmanlık programı bulunmaması ve kadınların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kavramından habersiz olması gibi engeller bulunmaktadır. Ayrıca kadın topluluklarında hizmetlerin mevcudiyeti ve hizmet sağlayıcıların kültürel yeterliliği gibi potansiyel engeller daha fazla araştırmayı gerektirmektedir

5. Gebe kalma öncesi bakım, kadın sağlığını iyileştirme ve olumsuz gebelik sonuçlarının görülme sıklığını azaltma vaadini gerçekleştirecekse, hizmetler, sağlık hizmetine optimal erişime sahip olmayanlar da dahil olmak üzere, üreme çağındaki kadınlar arasındaki temel sağlık ihtiyaçlarını ele almalıdır. Anne sağlığı, dokuz aylık hamilelikle sınırlı değildir. Bir kadının gebeliğe girdiği sağlık seviyesi hem anne hem de çocukların sağlığını büyük ölçüde etkileyecektir. Bu nedenle danışmanlık alan birey sayısının artması ile nesiller daha sağlıklı olacaktır.

## 7. KAYNAKLAR

1. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and Health Care—United States: report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2006;55(6):1-CE-4.
2. Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos M-K, Stubblefield PG, et al. Where is the “W” oman in MCH? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(6):S259-S65.
3. American College of Obstetricians Gynecologists. ACOG Committee Opinion no. 762: prepregnancy counseling. *Obstet Gynecol*. 2019;133(1):e78-89.
4. Moos M-K, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S280-S9.
5. Cefalo RC, Moos M-K. *Preconceptional health care: a practical guide*: Mosby Incorporated; 1995.
6. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *Health services research*. 2008;43(1p1):54-75.
7. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3).
8. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005;36(2):65-71.
9. Lu MC. Recommendations for preconception care. *American Family Physician*. 2007;76(3):397-400.
10. Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2006;5(6):416-23.
11. Dean SV, Imam AM, Lassi ZS, Bhutta ZA. Importance of intervening in the preconception period to impact pregnancy outcomes. *Maternal and Child Nutrition: The First 1,000 Days*. 2013;74:63-73.
12. Beckmann MM, Widmer T, Bolton E. Does preconception care work? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2014;54(6):510-4.
13. Farahi N, Zolotor A. Recommendations for preconception counseling and care. *American family physician*. 2013;88(8):499-506.
14. Moos M-K. Preconception health: Where to from here? *Women's Health Issues*. 2006;16(4):156-8.

15. de Weerd S, van der Bij AK, Cikot RJ, Braspenning JC, Braat DD, Steegers EA. Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection. *Preventive medicine*. 2002;34(5):505-11.
16. Floyd RL, Johnson KA, Owens JR, Verbiest S, Moore CA, Boyle C. A national action plan for promoting preconception health and health care in the United States (2012–2014). *Journal of Women's Health*. 2013;22(10):797-802.
17. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Team LNSS. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? *The lancet*. 2005;365(9462):891-900.
18. Fleming TP, Watkins AJ, Velazquez MA, Mathers JC, Prentice AM, Stephenson J, et al. Origins of lifetime health around the time of conception: causes and consequences. *The Lancet*. 2018;391(10132):1842-52.
19. Garrido-Gomez T, Dominguez F, Quiñonero A, Diaz-Gimeno P, Kapidzic M, Gormley M, et al. Defective decidualization during and after severe preeclampsia reveals a possible maternal contribution to the etiology. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2017;114(40):E8468-E77.
20. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Maternal and child health journal*. 2014;18(6):1354-79.
21. Pandolfi E, Gonfiantini MV, Gesualdo F, Romano M, Carloni E, Mastroiacovo P, et al. A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC medical informatics and decision making*. 2014;14(1):33.
22. Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: a systematic review. *Maternal and Child Health Journal*. 2002;6(2):75-88.
23. Mills A, Ranson MK. *The design of health systems*. International Public Health Gaithersburg: Aspen Publishers. 2001.
24. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Maternal and child health journal*. 2006;10(1):29-35.
25. Başı M, Aksu H. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 34(3):128-40.
26. Posner SF, Johnson K, Parker C, Atrash H, Biermann J. The national summit on preconception care: a summary of concepts and recommendations. *Maternal and Child Health Journal*. 2006;10(1):199-207.
27. Gestation, Group DiFS. Multicenter survey of diabetic pregnancy in France. *Diabetes Care*. 1991;14(11):994-1000.
28. Boulot P, Chabbert-Buffet N, d'Ercole C, Floriot M, Fontaine P, Fournier A, et al. Diabetes and Pregnancy Group, France. French multicentric survey of outcome of pregnancy in women with pregestational diabetes. 2003:2990-3.
29. Agrey N, Crowe K, Levitt C, MacDonald J, MacLean D, Polomeno VHL. Preconception care in family centred maternity and newborn care. *National guidelines Ottawa: Health Canada, Minister of Public Works and Government Services*. 2005:301-29.
30. Cox M, Whittle M, Byrne A, Kingdom J, Ryan G. Prepregnancy counselling: experience from 1 075 cases. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 1992;99(11):873-6.
31. Centers for Disease Control Prevention. Recommendations for improving preconception health and healthcare—United States: a report of the CC. ATSDR Preconception Care Workgroup and the Select Panel on Preconception.
32. TC Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. In: *Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*, editor. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı; 2000. p. 9-41.

33. Akpınar A. Cinsiyet kimliği veya cinsel yönelim temelli ayrımcılık ve damgalanma Stigma and discrimination based on sexual orientation and gender identity.
34. Kahveci R, Koç EM, Aksoy H, Başer DA. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın Klinik Uygulama Rehberleri Alanındaki Faaliyetleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi.23(4):737-55.
35. Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroiacovo P, et al. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care. 2015;20(2):77-87.
36. Denny CH, Floyd RL, Green PP, Hayes DK. Racial and ethnic disparities in preconception risk factors and preconception care. Journal of Women's Health. 2012;21(7):720-9.
37. Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N. Gebelik ve sistemik hastalıklar: Nobel Tıp Kitabevi; 2002.
38. Doğaner G, Gölbaşı Z. Prekonsepsiyonel Danışmanlık. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2011;20(5):215-21.
39. Ford ES, Byers TE, Giles WH. Serum folate and chronic disease risk: findings from a cohort of United States adults. International journal of epidemiology. 1998;27(4):592-8.
40. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception Care. Obstetrical & Gynecological Survey. 2010;65(2):119-31.
41. Wald N, Law M, Morris J, Wald D. Quantifying the effect of folic acid. The Lancet. 2001;358(9298):2069-73.
42. Wilcox AJ, Lie RT, Solvoll K, Taylor J, McConaughy DR, Åbyholm F, et al. Folic acid supplements and risk of facial clefts: national population based case-control study. Bmj. 2007;334(7591):464.
43. Dama M, Van Lieshout RJ, Mattina G, Steiner M. Iron deficiency and risk of maternal depression in pregnancy: an observational study. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada. 2018;40(6):698-703.
44. Aranda N, Ribot B, Garcia E, Viteri FE, Arija V. Pre-pregnancy iron reserves, iron supplementation during pregnancy, and birth weight. Early human development. 2011;87(12):791-7.
45. Aksoy A, Yılmaz DV. Toplum Sağlığını Arttırmada Yeni Bir Hizmet Modeli: Prekonsepsiyonel Bakım ve Hemşirenin Rolü. 2019.
46. Dary O, Hurrell R. Guidelines on food fortification with micronutrients. World Health Organization, Food and Agricultural Organization of the United Nations: Geneva, Switzerland. 2006:1-376.
47. Frey KA, editor Preconception care by the nonobstetrical provider. Mayo Clinic Proceedings; 2002: Elsevier.
48. Api O, Koyuncuoğlu AO, Kars B, Karşıdağ YK, Cengizoğlu B, Turan C, et al. Dergi Kimliği. Perinatoloji Dergisi. 2005:13.
49. Kinnunen TI, Pasanen M, Aittasalo M, Fogelholm M, Weiderpass E, Luoto R. Reducing postpartum weight retention—a pilot trial in primary health care. Nutrition Journal. 2007;6(1):21.
50. Clapp III JF. Exercise during pregnancy: a clinical update. Clinics in sports medicine. 2000;19(2):273-86.
51. McEwen BS. Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. Annals of the New York academy of sciences. 1998;840(1):33-44.
52. Shores SE, Bailey T. Recommendations for women of reproductive age. NC Med J. 2009;70(5):432-8.

53. Control CfD, Prevention. Diabetes and women's health across the life stages: A public health perspective. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. 2001.
54. Hod M, Jovanovic LG, Di Renzo GC, De Leiva A, Langer O. Textbook of diabetes and pregnancy: CRC Press; 2016.
55. Martorell R. Diabetes and Mexicans: why the two are linked. Preventing chronic disease. 2005;2(1).
56. D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris N, Harrison L, et al. Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant; a Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 reporting areas, 2004. 2007.
57. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos M-K, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. American journal of obstetrics and gynecology. 2008;199(6):S266-S79.
58. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. American journal of obstetrics and gynecology. 2008;199(6):S310-S27.
59. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, Kelley KE, Louik C, Hernández-Díaz S, et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. American journal of obstetrics and gynecology. 2011;205(1):51. e1-. e8.
60. Thorpe PG, Gilboa SM, Hernandez-Diaz S, Lind J, Cragan JD, Briggs G, et al. Medications in the first trimester of pregnancy: most common exposures and critical gaps in understanding fetal risk. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2013;22(9):1013-8.
61. Wilkes J. AAFP releases position paper on preconception care. American family physician. 2016;94(6):508-10.
62. FDA U. Department of health and Human services Food and Drug Administration, 21 CFR Part 172 [Docket No. 2002F-0316 (formerly 02F-0316)]. Food Additives Permitted for Direct Addition to Food for Human Consumption. 2006:47729-32.
63. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2008;199(6):S290-S5.
64. Fiore A. Centers for Disease Control and Prevention (CDC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Prevention and Control of Influenza. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2008. MMWR Recomm Rep. 2008;57(7):1-60.
65. Smits LJ, Essed GG. Short interpregnancy intervals and unfavourable pregnancy outcome: role of folate depletion. The Lancet. 2001;358(9298):2074-7.
66. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. Obstetrics & Gynecology. 1999;93(4):622-8.
67. Force UPST. Counseling to prevent tobacco use. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the US Preventive Services Task Force 2nd edition: Williams & Wilkins; 1996.
68. Warren KR, Bast RJ. Alcohol-related birth defects: an update. Public Health Reports. 1988;103(6):638.
69. Floyd RL, Sobell M, Velasquez MM, Ingersoll K, Nettleman M, Sobell L, et al. Preventing alcohol-exposed pregnancies: a randomized controlled trial. American journal of preventive medicine. 2007;32(1):1-10.
70. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. From the Department of Obstetrics and

Gynecology, University of North Carolina at Chapel Hill, NC (Ms Moos and Dr Boggess) doi: 10.1016/j.jajog.2008.08.060.

71. Brundage SC. Preconception health care. *American Family Physician*. 2002;65(12):2507.
72. Czeizel A. Experience of the Hungarian Preconception Service between 1984 and 2010. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2012;161(1):18-25.
73. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S340-S4.
74. Lockwood CJ. Inherited thrombophilias in pregnant patients: detection and treatment paradigm. *Obstetrics & Gynecology*. 2002;99(2):333-41.
75. Gardner R. Chromosome abnormalities and genetic counseling. *Oxf Monogr Med Genet*. 1996;29:139-52.
76. Leuzzi RA, Scoles KS. Preconception counseling for the primary care physician. *Medical Clinics*. 1996;80(2):337-74.
77. Piper JM, Wen TS. Perinatal cytomegalovirus and toxoplasmosis: challenges of antepartum therapy. *Clinical obstetrics and gynecology*. 1999;42(1):81-96.
78. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(6):S357-S61.
79. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive health*. 2014;11(3):1-12.
80. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S328-S32.
81. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *General hospital psychiatry*. 2009;31(5):403-13.
82. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence: World Health Organization; 2013.
83. Bergmann JN, Stockman JK. How does intimate partner violence affect condom and oral contraceptive use in the United States?: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2015;91(6):438-55.
84. Wendt EK, Lidell EA-S, Westerståhl AK, Marklund BR, Hildingh CI. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*. 2011;27(2):250-6.
85. Fry LR. Prenatal screening. Primary care: Clinics in office practice. 2000;27(1):55-69.
86. Wilson EH, Farrell C, Zielinski RE, Gonik B. Obstetric provider approach to perinatal oral health. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2017;30(9):1089-91.
87. Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *Journal of periodontology*. 2006;77(9):1465-82.
88. Finlayson TL, Gupta A, Ramos-Gomez FJ. Prenatal maternal factors, intergenerational transmission of disease, and child oral health outcomes. *Dental Clinics*. 2017;61(3):483-518.

89. Casey FE, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Dariotis JK, Marcell AV. Family planning and preconception health among men in their mid-30s: developing indicators and describing need. *American journal of men's health*. 2016;10(1):59-67.
90. Choiriyyah I, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Dariotis JK, Marcell AV. Men aged 15–44 in need of preconception care. *Maternal and child health journal*. 2015;19(11):2358-65.
91. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S389-S95.
92. Tong VT, Dietz PM, Rolle IV, Kennedy SM, Thomas W, England LJ. Clinical interventions to reduce secondhand smoke exposure among pregnant women: a systematic review. *Tobacco control*. 2015;24(3):217-23.
93. Warner JN, Frey KA. The well-man visit: addressing a man's health to optimize pregnancy outcomes. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2013;26(2):196-202.
94. Plantin L, Olykoya A, Ny P. Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: a scope study literature review. *Fathering: A Journal of Theory, Research, and Practice about Men as Fathers*. 2011;9(1):87-102.
95. Nudell DM, Monoski MM, Lipshultz LI. Common medications and drugs: how they affect male fertility. *The Urologic clinics of North America*. 2002;29(4):965-73.
96. Sallmén M, Sandler DP, Hoppin JA, Blair A, Baird DD. Reduced fertility among overweight and obese men. *Epidemiology*. 2006:520-3.
97. McGrath JJ, Petersen L, Agerbo E, Mors O, Mortensen PB, Pedersen CB. A comprehensive assessment of parental age and psychiatric disorders. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):301-9.
98. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Molecular psychiatry*. 2016;21(5):693-700.
99. Bodin M, Käll L, Tydén T, Stern J, Drevin J, Larsson M. Exploring men's pregnancy-planning behaviour and fertility knowledge: a survey among fathers in Sweden. *Uppsala journal of medical sciences*. 2017;122(2):127-35.
100. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Maternal and child health journal*. 2006;10(1):73-7.
101. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(1):81-4.
102. Martin J, Avant R, Bowman M, Bucholtz J, Dickinson J, Evans K. Future of Family Medicine project leadership, committee (Mar–April 2004). The future of Family Medicine: a collaborative project of the family medicine community. *Ann Fam Med*. 2004;2:S3-32.
103. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2017;3(3):116-21.
104. Rehberi UAPH. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara-2009 ss. 2000:9-41.
105. Bakanlığı TK, Bakanlığı TS. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması.
106. Verrier M, Spears W, Ying J, Kerr GR. Patterns of birth weight in relation to gestational age, maternal age, parity, and prenatal care in Texas' triethnic population, 1984 through 1986. *Texas medicine*. 1993;89(12):51-6.

107. Roudsari RL, Bayrami R, Javadnoori M, Allahverdipour H, Esmaily H. Patterns and determinants of preconception health behaviors in Iranian women. *Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2016;18(12).
108. Ding Y, Li XT, Xie F, Yang YL. Survey on the Implementation of Preconception Care in Shanghai, China. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2015;29(6):492-500.
109. Temel S, Birnie E, Sonneveld H, Voorham A, Bonsel G, Steegers E, et al. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International journal of public health*. 2013;58(2):295-304.
110. Zhao X, Jiang X, Zhu J, Li G, He X, Ma F, et al. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconceptional instrument to assess healthcare needs. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):1-10.
111. Hawks RM, McGinn AP, Bernstein PS, Tobin JN. Exploring preconception care: insurance status, race/ethnicity, and health in the pre-pregnancy period. *Maternal and child health journal*. 2018;22(8):1103-10.
112. Hosli E, Elsinga J, Buitendijk S, Assendelft W, Van der Pal-de Bruin K. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. *Public Health Genomics*. 2008;11(3):166-70.
113. Liu Y, Liu J, Ye R, Li Z. Association of preconceptional health care utilization and early initiation of prenatal care. *Journal of Perinatology*. 2006;26(7):409-13.
114. Shadab P, Nekuei N, Yadegarfar G. The prevalence of preconception care, its relation with recipients' individuality, fertility, and the causes of lack of checkup in women who gave birth in Isfahan hospitals in 2016. *Journal of education and health promotion*. 2017;6.
115. Oza-Frank R, Gilson E, Keim SA, Lynch CD, Klebanoff MA. Trends and factors associated with self-reported receipt of preconception care: PRAMS, 2004–2010. *Birth*. 2014;41(4):367-73.
116. Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2000;14(3):194-210.
117. Piriñçi E, Polat A, Köroğlu A, Kumru S. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. 2010.
118. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2010;20(3).
119. Mutlugüneş E. Gebelikte bulantı kusma annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişki: DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.
120. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz Bal M. Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2015;1(1):21-9.
121. Steel A, Lucke J, Adams J. The prevalence and nature of the use of preconception services by women with chronic health conditions: an integrative review. *BMC women's health*. 2015;15(1):1-12.
122. Olukman M, Parlar A, Orhan CE, Erol A. Drug use in pregnancy: One year's experience. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi [Journal Turk Soc Obstetrics Gynecology]*. 2006;3(4):255-61.
123. Bakker MK, Jentink J, Vroom F, Van Den Berg PB, De Walle HE, De Jong-Van Den Berg L. Maternal medicine: Drug prescription patterns before, during and after pregnancy for chronic, occasional and pregnancy-related drugs in the Netherlands. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2006;113(5):559-68.
124. Mastroiacovo P, Nilsen RM, Leoncini E, Gastaldi P, Allegri V, Boiani A, et al. Prevalence of maternal preconception risk factors: an Italian multicenter survey. *Italian journal of pediatrics*. 2014;40(1):1-8.

125. Brown ML, Klabunde CN, Cronin KA, White MC, Richardson LC, McNeel TS. Peer Reviewed: Challenges in Meeting Healthy People 2020 Objectives for Cancer-Related Preventive Services, National Health Interview Survey, 2008 and 2010. *Preventing chronic disease*. 2014;11.
126. Terplan M, Cheng D, Chisolm MS. The relationship between pregnancy intention and alcohol use behavior: an analysis of PRAMS data. *Journal of substance abuse treatment*. 2014;46(4):506-10.
127. Asresu TT, Hailu D, Girmay B, Abrha MW, Weldearegay HG. Mothers' utilization and associated factors in preconception care in northern Ethiopia: A community based cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;19(1):1-7.
128. Nations. U. Sustainable development goals report 2016: UN; 2016.
129. Poels M, van Stel HF, Franx A, Koster MP. Actively preparing for pregnancy is associated with healthier lifestyle of women during the preconception period. *Midwifery*. 2017;50:228-34.
130. Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Maternal and child health journal*. 2012;16(9):1854-61.
131. Pandolfi E, Gonfiantini MV, Gesualdo F, Romano M, Carloni E, Mastroiacovo P, et al. Women participating in a web-based preconception study have a high prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):1-6.
132. Kozhimannil KB, Fontaine P. Care from family physicians reported by pregnant women in the United States. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(4):350-4.
133. Kitamura K, Fetters MD, Ban N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC family practice*. 2005;6(1):1-8.
134. Zhou Q, Zhang S, Wang Q, Shen H, Tian W, Chen J, et al. China's community-based strategy of universal preconception care in rural areas at a population level using a novel risk classification system for stratifying couples preconception health status. *BMC health services research*. 2016;16(1):1-7.
135. Griffiths E, Marley JV, Atkinson D. Preconception Care in a Remote Aboriginal Community Context: What, When and by Whom? *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(10):3702.
136. Kurzawińska G, Magiełda J, Romała A, Bartkowiak-Wieczorek J, Barlik M, Drews K, et al. Demographic factors determining folic acid supplementation in pregnant and childbearing age women. *Ginekologia polska*. 2018;89(4):212-7.
137. Forster DA, Wills G, Denning A, Bolger M. The use of folic acid and other vitamins before and during pregnancy in a group of women in Melbourne, Australia. *Midwifery*. 2009;25(2):134-46.
138. Bayrami R, Taghipour A, Ebrahimipour H, Moradi S. Investigating women's lifestyle during the preconception period in Kalat County, Iran. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2014;2(2):128-35.
139. Barrett G, Shawe J, Howden B, Patel D, Ojukwu O, Pandya P, et al. Why do women invest in pre-pregnancy health and care? A qualitative investigation with women attending maternity services. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):1-15.
140. Ray JG, Singh G, Burrows RF. Evidence for suboptimal use of periconceptual folic acid supplements globally. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2004;111(5):399-408.
141. Scott J, Weir D, Molloy A, McPartlin J, Daly L, Kirke P. Folic acid metabolism and mechanisms of neural tube defects. *Neural Tube Defects*. 1994:180-7.
142. Turan J, Say L, Bulut A. Nöral tüp defektlerinin folik asit kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2000;9:288-91.

143. Chivers BR, Boyle JA, Lang AY, Teede HJ, Moran LJ, Harrison CL. Preconception Health and Lifestyle Behaviours of Women Planning a Pregnancy: A Cross-Sectional Study. *Journal of clinical medicine*. 2020;9(6):1701.
144. Harrison CL, Skouteris H, Boyle J, Teede HJ. Preventing obesity across the preconception, pregnancy and postpartum cycle: implementing research into practice. *Midwifery*. 2017;52:64-70.
145. Cogswell ME, Scanlon KS, Fein SB, Schieve LA. Medically advised, mother's personal target, and actual weight gain during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;94(4):616-22.
146. McDonald SD, Pullenayegum E, Taylor VH, Lutsiv O, Bracken K, Good C, et al. Despite 2009 guidelines, few women report being counseled correctly about weight gain during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;205(4):333. e1-. e6.
147. Lutsiv O, Bracken K, Pullenayegum E, Sword W, Taylor VH, McDonald SD. Little congruence between health care provider and patient perceptions of counselling on gestational weight gain. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2012;34(6):518-24.
148. Stengel MR, Kraschnewski JL, Hwang SW, Kjerulff KH, Chuang CH. "What my doctor didn't tell me": Examining health care provider advice to overweight and obese pregnant women on gestational weight gain and physical activity. *Women's Health Issues*. 2012;22(6):e535-e40.
149. Tobias DK, Zhang C, Van Dam RM, Bowers K, Hu FB. Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabetes care*. 2011;34(1):223-9.
150. Zhang C, Solomon CG, Manson JE, Hu FB. A prospective study of pregravid physical activity and sedentary behaviors in relation to the risk for gestational diabetes mellitus. *Archives of internal medicine*. 2006;166(5):543-8.
151. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *Bmj*. 2002;324(7332):271.
152. Marais A, De Villiers P, Möller A, Stein DJ. Domestic violence in patients visiting general practitioners--prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *South African medical journal= Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 1999;89(6):635-40.
153. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine*. 1992;24(4):283-7.
154. Richardson J, Coid J, Petruckevitch A, Chung WS, Moorey S, Feder G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *Bmj*. 2002;324(7332):274.
155. Junhie Oh B, Leonard L, Deborah Fuller D, Miller K. Less than optimal oral health care during pregnancy in Rhode Island women: oral health care as a part of prenatal care. *Rhode Island Medical Journal*. 2011;94(5):141.
156. Hwang SS, Smith VC, McCormick MC, Barfield WD. Racial/ethnic disparities in maternal oral health experiences in 10 states, pregnancy risk assessment monitoring system, 2004–2006. *Maternal and Child Health Journal*. 2011;15(6):722-9.
157. May L, Suminski RR, Yeung AY, Linklater ER, Christensen C, Jahnke S. Pregnant patient knowledge of and obstetric provider advice on oral health. *J Dent Oral Disord Ther*. 2014;2(1):1-6.
158. Shawe J, Patel D, Joy M, Howden B, Barrett G, Stephenson J. Preparation for fatherhood: a survey of men's preconception health knowledge and behaviour in England. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213897.

## 8. EKLER

### 8.1. Ek-1. OpenEpi Ekran Görüntüsü

← → ↻ openepi.com/SampleSize/SSPropor.htm

[Tümünü Genişlet](#) | [Çıkış](#)

- Ev
- Bilgi ve Yardım
- Dil / Seçenekler / Ayarlar
- Hesap makinesi
- Sayımlar
  - Std.Mort.Ratio
  - Oran
  - İkiden İkiye Tablo
  - Doz-Tepki
  - Rx C Tablosu
  - Uyumlu Vaka Kontrolü
  - Tarama
- Kişi Zamanı
  - 1 Puan
  - 2 Fiyatları Karşılaştır
- Sürekli değişkenler
  - Ortalama CI
  - Ortalama /% ile CI
  - t testi
  - ANOVA
- Örnek boyut
- Güç
- Rastgele sayılar
- Aramalar
  - Google - İnternet
  - PubMed - Medlars
  - İnternet Bağlantıları
  - OpenEpi'yi İndirin
  - gelişme

Başlat	Giriş	Sonuçlar	Örnekler	Yardım
--------	-------	----------	----------	--------

#### Bir Popülasyondaki Frekans için Örnek Boyutu

Nüfus büyüklüğü (sonlu popülasyon düzeltme faktörü veya fpc için) ( $N$ ):1000000  
Popülasyonda varsayılmış% sonuç faktörü sıklığı ( $p$ ): % 22 +/- 5  
Güven sınırları% 100 (mutlak +/-%) ( $d$ ): % 5  
Tasarım etkisi (küme araştırmaları için -  $DEFF$ ): 1

#### Çeşitli Güven Düzeyleri için Örnek Boyutu ( $n$ )

GüvenSeviye (%)	Örnek boyut
% 95	264
% 80	113
% 90	186
% 97	324
% 99	456
% 99.9	743
% 99.99	1039

#### Denklemler

Numune büyüklüğü  $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d / Z_{1-\alpha/2})^2 * (N-1) + p * (1-p)]$

OpenEpi, Sürüm 3, açık kaynak hesap makinesi sonuçları - SSPropor  
Tarayıcıdan ctrl-P ile yazdırın  
veya kopyalayıp başka programlara yapıştırmak için metin seçin.

## 8.2. Ek-2. Tez Anketi

### TÜRKİYE’DEKİ GEBELERİN GEBELİK ÖNCESİ BAKIM VE DANIŞMANLIK ALMA DURUMLARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMÜTF) Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülmektedir. Bu anket, Türkiye’deki gebelerin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma durumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Anketteki veriler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Çalışmaya verdiğiniz destek için teşekkür ederiz.

Dr. Elif ÇEVİK ERGİ, OMÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı

**1-Yaşınız? :** .....

**2-Nerede yaşıyorsunuz?** 1) Köy 2) İlçe 3) Şehir

**3-Öğrenim düzeyiniz?** 1) Okuryazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu 4) Lise mezunu 5) Üniversite mezunu

**4-Eşinizin öğrenim düzeyi?** 1) Okuryazar 2) İlkokul mezunu 3) Ortaokul mezunu  
4) Lise mezunu 5) Üniversite mezunu

**5-Eşinizle akraba mısınız?** 1) Evet 2) Hayır

**6-Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?** 1) Evet 2) Hayır

**7-Eşiniz gelir getiren bir işte çalışıyor mu?** 1) Evet 2) Hayır

**8-Gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?**

1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

**9-Sigara kullanıyor musunuz?**

1) Evet, kullanmaya devam ediyorum. 2) Evet ama gebelikte bıraktım. 3) Hayır  
içmiyorum

**10- Alkol kullanıyor musunuz?**

1) Evet, kullanmaya devam ediyorum. 2) Evet ama gebelikte bıraktım. 3) Hayır  
içmiyorum

**11-Kronik bir hastalığınız var mı?** 1) Evet 2) Hayır

**12-Çocuk sahibi olmaya planlayarak/isteyerek mi karar verdiniz?** 1) Evet 2) Hayır

**13-Gebe kalmaya yönelik herhangi bir tedavi aldınız mı?** 1) Evet 2) Hayır

**14-Gebelik planlamadığınız dönemde korunma yöntemleriyle ilgili herhangi bir sağlık çalışanından bilgi aldınız mı?** 1) Evet 2) Hayır

15-Daha önce bir gebelik yaşadınız mı? 1)Evet 2)Hayır

16-Kaçıncı gebeliğiniz? : .....

17-Yaşayan çocuk sayınız? : .....

18-Daha önceki gebeliklerinizde aşağıdaki durumlardan hangilerini yaşadınız işaretleyiniz?(birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)

1)Düşük 2)Sezaryen doğum 3)Erken doğum 4)Doğuştan engelli bebek 5)İstek dışı gebelik sonlandırma 6)Hiçbirini yaşamadım

Aşağıdaki gebelik öncesi bakım ve danışmanlık ile ilgili ifadeler yer almaktadır. Size gebelik öncesi dönemde sağlık çalışanı tarafından yapılanlar için EVET, yapılmayanlar için HAYIR seçeneğini işaretleyiniz.	EVET	HAYIR
19-Önceki gebelik öyküm detaylı alındı. (sezaryen doğum/erken doğum/düşük/ kürtaj/ dış gebelik)		
20-Gebelik öncesi demir eksikliği ile ilgili tarama yapıldı .		
21-Gebelik öncesinde folik asit verildi.		
22-Gebelik öncesinde olmam gereken ideal kilo hakkında bilgi verildi.		
23-Sağlıklı beslenme önerilerinde bulunuldu.		
24-Egzersiz önerilerinde bulunuldu.		
25-Gebelik öncesi ağız ve diş sağlığı muayenesi için yönlendirildim.		
26-Gebelikten önce anne ve çocuk sağlığının korunması açısından sigara ile ilgili bir bilgilendirme yapıldı.		
27-Alkol ve madde kullanımını ile ilgili bir bilgilendirmede bulunuldu.		
28-Cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden tarama yapıldı.		
29-Gebelik öncesi aşılama durumum sorgulanıp eksik aşılarım yapıldı.		
30-Gebelik öncesinde kronik(uzun süreli) bir hastalığının olup olmadığı sorgulandı.		
31-Mevcut bir kronik hastalığımız varsa kontrol altına alınması gerektiği ile ilgili bilgi verildi.		
32-Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımlarım sorgulandı.		
33-Gebelikte ilaçların kullanımları ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu.		
34-Aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığımı sorgulandı.		
35-Hekime başvurmamı gerektirecek düzeyde bir stres yaşıyıp yaşamadığımı sorgulandı.		
36-Evde veya işyerinde kimyasal/ zararlı madde/ radyasyon maruziyetim olup olmadığı sorgulandı.		
37-Gebelik öncesinde babaya ait öykü alındı. (madde-alkol-sigara kullanımı, bulaşıcı hastalık, kan grubu, talasemi taşıyıcılığı vb.)		
38-Eşimle akrabalığının olup olmadığı sorgulandı.		

39-Mevcut gebeliğiniz öncesi danışmanlık aldınız mı?

1)Evet 2)Hayır(Cevabınız hayır ise 41.soruya geçiniz.)

**40-Aşağıda sayılan kişi veya kişilerin hangilerinden danışmanlık aldınız? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)**

1)Aile hekiminizden 2)Kadın doğum uzmanı 3)Ebe veya hemşire 4)Diğer

**41-Danışmanlık almama nedeniniz nedir?**

1)Konu hakkında bilgi sahibi olmama 2)İstenmeyen gebelik olması 3)Gereksiz olduğu düşüncesi

**42-Eşiniz siz gebelik planlamadan önce danışmanlık aldı mı? 1)Evet 2)Hayır**



### 8.3. Ek-3. Tez Etik Kurul Onayı



T.C.  
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ  
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Sayı: B.30.2.ODM.0.20.08/394-429

13.07.2020

Sayın Doçent Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN

Etik Kurulumuza sunmuş olduğunuz Türkiye'deki Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler başlıklı OMÜ KAEK 2020/ 424 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları açısından Klinik Araştırmalar Etik Kurulu yönergesine göre incelenmiş ve etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına, çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 25.06.2020 tarihli Etik kurulumuzda oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinize arz/rica ederim.

## Türkiye'deki Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler

### ORJİNALLİK RAPORU

% <b>14</b> <small>EN</small>	% <b>9</b>	% <b>8</b>	% <b>2</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

### BİRİNCİL KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.aafp.org">www.aafp.org</a> İnternet Kaynağı	% <b>4</b>
<b>2</b>	<a href="http://link.springer.com">link.springer.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>3</b>	<a href="http://cok.countyofkings.com">cok.countyofkings.com</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>4</b>	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov">www.ncbi.nlm.nih.gov</a> İnternet Kaynağı	% <b>1</b>
<b>5</b>	Merry-K. Moos, Anne L. Dunlop, Brian W. Jack, Lauren Nelson, Dean V. Coonrod, Richard Long, Kim Boggess, Paula M. Gardiner. "Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age", American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2008 Yayın	% <b>1</b>
<b>6</b>	Vincenzo Berghella. "Preconception Care :", Obstetrical & Gynecological Survey, 02/2010 Yayın	% <b>1</b>