



T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA
PREKONSEPSİYONEL BAKIM
ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

UZMANLIK TEZİ

Dr. Okan Yağız ÖZONUR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2017

**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA
PREKONSEPSİYONEL BAKIM
ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Okan Yağız ÖZONUR
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER**

HATAY-2017

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Adı: HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÜREME ÇAĞINDAKİ
KADINLARDA PREKONSEPSİYONEL
BAKIM ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr.Okan Yağız ÖZONUR

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Prof. Dr. Ertan MERT
3. Doç. Dr. Erhan YENGİL

III. İÇİNDEKİLER

III. İÇİNDEKİLER	I
IV. TABLO LİSTESİ.....	III
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	V
VII. TEŞEKKÜR	VI
VIII. ÖZET.....	VII
IX. ABSTRACT.....	IX
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1 Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı ve Epidemiyolojisi	3
2.2 Prekonsepsiyonel Bakımın Dünya'daki Gelişimi	7
2.3 Prekonsepsiyonel Bakımın Türkiye'deki Gelişimi	8
2.4 Prekonsepsiyonel Bakımın Çekirdek Unsurları	10
2.4.1 Öykü Alma	11
2.4.1.1 Tıbbi Özgeçmiş	13
2.4.1.1.1 Geçirilmiş Ameliyatlar	13
2.4.1.1.2 Geçirilmiş ve Mevcut Hastalıklar	14
2.4.1.1.3 Hematolojik Sistemin Değerlendirilmesi	14
2.4.1.1.4 Renal Sistemin Değerlendirilmesi	18
2.4.1.1.5 Kardiyovasküler Sistemin Değerlendirilmesi.....	20
2.4.1.1.6 Pulmoner Sistemin Değerlendirilmesi	22
2.4.1.1.7 Endokrin ve Metabolik Sistemin Değerlendirilmesi	24
2.4.1.1.8 Nörolojik Sistemin Değerlendirilmesi.....	28
2.4.1.1.9 Otoimmün Hastalıklar	29
2.4.1.1.10 Genetik Hastalıklar	31
2.4.1.1.11 Ağız ve Diş Sağlığı.....	33
2.4.1.1.12 Bağışıklama Öyküsü.....	34

2.4.1.1.13 Psikiyatrik Değerlendirme	35
2.4.1.1.14 Sigara ve Alkol Bağımlılığı.....	37
2.4.1.1.15 Çevresel Maruziyetler.....	38
2.4.2 Fizik Muayene	39
2.4.3 Laboratuvar Testleri	39
3. GEREÇ VE YÖNTEM	40
3.1 Örneklem Seçimi.....	40
3.2 Etik Onay.....	40
3.3 Çalışma Tasarımı.....	40
3.4 Anket Tasarımı.....	41
3.5 Veri Analizi ve İstatistik.....	41
4. BULGULAR.....	42
5. TARTIŞMA	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7. KAYNAKLAR	65
8. EKLER.....	73
9. ÖZGEÇMİŞ.....	78

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo-1: İngiliz Kraliyet Kadın Doğum Uzmanları Akademisine Göre Venöz Tromboemboli Risk Faktörleri.....	17
Tablo-2: Katılımcıların Özellikleri 1.....	45
Tablo-3: Katılımcıların Özellikleri 2.....	46
Tablo-4: Katılımcıların Obstetrik Öyküleri.....	48
Tablo-5: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu.....	50
Tablo-6: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 1.....	54
Tablo-7: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 2.....	55
Tablo-8: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 3.....	56
Tablo-9: Planlı Olmayan Gebelik Durumunu Etkileyen Faktörler.....	57

V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil-1: Fetüsün Gelişim Süreci.....	4
Şekil-2: TNSA 1993-2013 Yılları Arasında Yaşam Boyu Düşük Ve Ölü Doğumlar..	6
Şekil-3: TNSA 1993-2013 Yılları Arası Görülen Düşük Ve Ölü Doğum Oranları.....	6
Şekil-4: TNSA 2013 İstenen Ve Toplam Doğurganlık Hızları.....	11
Şekil-5: Gebe Kadınların Akciğer Hacimlerinin Normale Göre Değişimi.....	23
Şekil-6: Ankete Katılım Durumu.....	42
Şekil 7: Katılımcıların Yaş Grafiği.....	43
Şekil 8: Katılımcıların Medeni Durumu.....	43
Şekil 9: Katılımcıların Eğitim Durumları.....	44
Şekil 10: Katılımcıların En Az Bir Gebelik Geçirme Yüzdeleri.....	47
Şekil 11: Katılımcıların Sahip Olduğu Çocuk Sayıları.....	47
Şekil-12: Katılımcıların Planlanmayan Gebelik Durumları.....	49
Şekil-13: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bilgi Kaynakları.....	51
Şekil -14: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumları.....	52
Şekil-15: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Almama Nedenleri.....	53

VI. KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HBV	: Hepatit B virusu
CMV	: Sitomegalovirus
HIV/AIDS	: Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
NAEPP	: Ulusal Astım Eğitim ve Önleme Programı
GnRH	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
TSH	: Tiroid Stimulan Hormon
sT4	: Serbest Tiroksin Hormonu
TPO	: Tiroid Per Oksidaz
CRF	: Kortizol Salgılatıcı Faktör
GH	: Büyüme Hormonu
HbA1c	: Glikozile Hemoglobin
EEG	: Elektro Ensefalo Grafi
MR	: Manyetik Rezonans görüntüleme
TORCH	: Toksoplazma-Diğer-Rubella-Sitomegalovirus-Herpes simpleks-tip2
ELISA	: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
IgG	: İmmün globulin G
IgM	: İmmün globulin M
PPD	: Saflaştırılmış Protein Türevi
MS	: Multiple Skleroz
RA	: Romatoid Artrit
NTD	: Nöral Tüp Defekti

VII. TEŞEKKÜR

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde geçen asistanlık dönemimde eğitimime katkıda bulunan, sadece teorik ve pratik tıp bilgileri değil; çalışma ahlakı ve disiplini adına çok şey öğreten tez hocam ve ana bilim dalı başkanımız Prof. Dr. Cahit ÖZER'e,

Yapıcı tavrı ile hepimizin yanında olduğunu her daim hissettiren hocamız Doç. Dr. Erhan YENGİL'e

Eğitimim boyunca ve tezimin oluşmasında bilgi, deneyim ve yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER'e

Birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, aile hekimliği anabilim dalındaki araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Verilerimin toplanması sırasında aile hekimliği stajında birlikte çalıştığım intörn doktor arkadaşlarıma,

Tüm hayatım boyunca desteğini her zaman hissettiğim babam, annem ve kardeşlerime,

Tezimin hazırlanması sırasında desteğini esirgemeyen, her zaman her aşamasında yanımda olan sevgili eşim Zehra'ya,

Yoğun geçen tez yazma sürecinde ihmal etmemeye çalıştığım sevgili oğlum Rüzgar Fahri ve kızım Defne'ye

binlerce teşekkürler...

Dr.Okan Yağız ÖZONUR

VIII. ÖZET

HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Amaç: Prekonsepsiyonel bakım anne ve baba adayından kaynaklanarak bebek için risk oluşturabilecek biyolojik, davranışsal, psikososyal etkenleri gebelikten önce saptayıp uygun şekilde çözen ya da yönlendirme esasına dayanan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir. Ülkemizde bir kadının gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen süre yaklaşık olarak kentsel alanda iki ay, kırsal alanda üç aydır. Bu süreçte fetus, organ gelişim sürecini tamamlamış olmaktadır. Dolayısıyla yaygın ve kaliteli uygulandığında bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yetersiz olduğu prekonsepsiyonel bakım ile birlikte verilmesi gerektiği görülmektedir. Birinci basamakta sağlık hizmetleri kapsamında daha iyi bir prekonsepsiyonel bakım hizmeti sunabilmek için öncelikle mevcut durumun ve eksikliklerin saptanması gerekir. Bu çalışmadaki amacımız birinci basamaktaki üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörlerin saptanmasıdır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip olan bu çalışma , Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesinden gerekli izinler alındıktan sonra Hatay merkez ilçeleri olan Antakya ve Defne ilçelerinde bulunan 51 Asm den randomize 4 Asm seçilerek yürütülmüştür. Nisan 2017-Eylül 2017 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran, 18 yaş üstü üreme çağındaki kadınlara prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörleri sorgulayan anket uygulanmıştır.

Çalışmaya okuma yazma bilmeyen, onam veremeyecek durumda psikolojik rahatsızlığı olan hastalar dahil edilmemiştir. Bir anketin uygulama süresi ortalama 15-20 dakika sürmüş olup yüz yüze görüşme yöntemi uygulanmıştır. Gönüllülük esasına göre; çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alındıktan sonra tarafımızca hazırlanan anket formu hastalara uygulanmıştır. Çalışma süresince kriterlere uyan toplam 1000 kişiye anket uygulandı. Bunlardan anketi tam doldurmayanlar ve soru içeriği ile uyumsuz yanıtlayanlar dahil edilmeyerek geriye kalan 910 anket değerlendirmeye alındı. Analiz için SPSS paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 910 katılımcının yaş ortalaması 31.48 ± 7.47 'ydi. En düşük yaş 18, en yüksek yaş 49 bulundu. Katılımcılara şu ana kadar hiç prekonsepsiyonel bakım alıp almadıkları sorulduğunda 246(%27.0)'sı aldığını, 664(%73.0) katılımcı ise almadığını ifade etti. En az bir gebeliği olan katılımcılardan 210(%23.1)'unun herhangi bir plansız gebeliği yok, 569(%62.5)'u ise en az bir

plansız gebeliğe sahipti. Mevcut gebeliğin planlı olmasını etkileyen faktörlerde ise; eğitim durumu, aylık gelir, çalışma durumu, mevcut kronik hastalık, düzenli olarak kullanılan ilaç, prekonsepsiyonel bakım alma bilgisi, prekonsepsiyonel bakım hakkında yeterli bilgi sahibi olma, eşinin eğitim durumu ve eşinin sigara kullanımı ile planlı olmayan gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli olarak egzersiz yapma, akraba evliliği ile planlı olmayan gebelik durumu arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Sonuçlar: Bu çalışmada katılımcıların prekonsepsiyonel bakım alma oranı %27 olarak bulundu. Prekonsepsiyonel bakım alan katılımcıların ise gebeliklerini planladıkları ve eğitim düzeylerinin almayanlardan yüksek olduğu görüldü. Sağlık hizmeti sunucularının katılımcıları prekonsepsiyonel bakımın tüm komponentleri açısından sorgulamadıkları görüldü. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle prekonsepsiyonel bakım hakkında daha fazla bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar prekonsepsiyonel bakım açısından değerlendirilmelidir.

Pratisyen hekimler ve aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik öncesi bakımda önemli rolleri bulunmaktadır. Ancak genellikle personelin konu hakkındaki bilgisi veya motivasyonları yetersiz görünmektedir. Dolayısıyla bu hizmet, sağlık çalışanının inisiyatifine bırakılırsa yeterince iyi uygulanamayabilir. Türkiye’de doğum öncesi bakım konusunda önemli adımlar atılmıştır ancak (evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmetleri hariç tutulursa) standart bir gebelik öncesi bakım şeması henüz devlet eliyle uygulamaya konulmamıştır. Prekonsepsiyonel bakım ulusal program olarak uygulandığında sağlık personelindeki ve kadınlardaki bilgi ve farkındalığın artması öngörülebilir.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel Bakım, Folik Asit Kullanımı, Gebelik

IX. ABSTRACT

PRECONCEPTIONAL CARE SERVICES IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND RELATED FACTORS IN PRIMARY HEALTH CARE IN HATAY PROVINCE

Aim: Preconceptional care, mother and father pose a risk to the baby, stemming from biological, behavioral, psychosocial factors are based on properly detect or resolve before pregnancy is an essential first step routing preventive health services. In our country, a woman getting pregnant the first prenatal control until the elapsed time is approximately two months in the urban area and rural areas for three months. In this process, the process of fetal organ development is completed, therefore, common and high-quality prenatal care is even applied, to protect and improve the health of mother and child alone is insufficient, it is concluded that preconceptional care should be given. For this reason, our aim is to get some guidance ideas about the measures to be taken so that better health care can be provided in our region, pre-conception care in women of reproductive age receive status and related factors in primary health care.

Methods: This study, which has a cross-sectional descriptive design, Public Health Directorate and Tayfur Ata Mustafa Kemal University Faculty of Medicine after obtaining the necessary permission from the Ethics Committee Four Family Health Center were randomly selected from 51 Family Health Center located in Antakya and Defne districts of Hatay central provinces. Applicants who apply for any reason between April 2017 and September 2017, a survey questioning preconceptional care status and related factors was applied to the Women of reproductive age over the age of 18. The study, illiterate and psychological disorders were excluded patients who are unable to give consent. A survey of the implementation period lasted an average of 15-20 minutes, face to face interview method was applied. After obtaining permission from the patients who agreed to participate in the study were administered a questionnaire prepared by us. During the study period, a total of 1,000 people was applied to the survey of the matching criteria. The remaining 910 questionnaires were evaluated without inclusion of those who did not complete the survey and those who did not agree with the question content. The data were analyzed with SPSS program (Statistical Package for Social Sciences). Statistical significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The average age of 910 participants who participated in the study was 31.48 ± 7.47 . Minimum age 18, high age 49. So far when they asked to take preconceptional care, 246 (27.0%) participants received care and 664 (73.0%) participants did not. Of the participants with at least one pregnancy, 210 (23.1%) had no unplanned pregnancies and 569 (62.5%) had at least one unplanned pregnancy. Factors affecting the planned pregnancy are; there was a statistically significant relationship between education status, monthly income, working status, current chronic disease, regularly used medication, preconceptional care information, having

adequate knowledge about preconceptional care, education status of partner and smoking of partner and unplanned pregnancy status ($p < 0,05$). There was no statistical correlation between smoking, alcohol use, regular exercise, consanguineous marriage and unplanned pregnancy status ($p > 0,05$).

Conclusion: As a result, receive preconception care percentage of participants in this study were found to be 27%. Participants who had received preconceptional care showed that they planned their pregnancies and education levels were higher than those who did not. It was seen that healthcare providers did not question participants in terms of all the components of the preconceptional care. It should be ensured that physicians have more knowledge of preconceptional care before and after graduation. All women in the age of fertility should be assessed for preconceptional care.

Being primarily practitioners and family physicians, primary care healthcare professionals have important roles in preconceptional care. However, often the staff seem to have insufficient information or motivation about the this subject. Therefore, this service may not be implemented well enough if left to the initiative of the healthcare worker. Important steps have been taken in pregnancy care but a standard preconceptional care schedule has not been implemented yet. When preconceptional care is implemented as a national program, increased knowledge and awareness among health care providers and women can be anticipated.

Key words: Preconceptional care, Use of folic acid, Pregnancy

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Prekonsepsiyonel bakım kadınların doğurganlık ve gebelik sonuçlarına ilişkin sosyal, davranışsal, çevresel ve biyomedikal riskleri belirleyerek bu riskleri mümkün olduğunca gebe kalmadan önce eğitim, danışmanlık ve uygun müdahale yoluyla azaltma sürecine atıfta bulunan geniş bir terimdir (1,2).

Ana ve çocuk sağlığını koruyup geliştirmede doğum öncesi bakım ve prekonsepsiyonel bakım (gebelik öncesi bakım) olmak üzere iki temel ve birbirini tamamlayıcı yaklaşımdan söz edilir. Prenatal/antenatal (doğum öncesi) bakım, kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa uygun çözümleri sunmayı hedefleyen sağlık hizmetleridir (3). Prekonsepsiyonel bakım ise kadın sağlığı veya gebelik sonuçları üzerine potansiyel risk oluşturabilecek biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini, gebelik öncesi saptamak ve bunların iyi bir şekilde yönetimi için harekete geçmektir (4).

Ülkemizde bir kadının gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen süre yaklaşık olarak kentsel alanda iki ay, kırsal alanda üç aydır (5). Bu süreçte fetus, organ gelişim sürecini tamamlamış olmaktadır, dolayısıyla yaygın ve kaliteli uygulandığında bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yetersiz olduğu prekonsepsiyonel bakım ile birlikte verilmesi gerektiği görülmektedir (6,7).

Prekonsepsiyonel bakım, anne ve baba adayını 4 temel yaklaşımla değerlendirir; fiziksel değerlendirme, risk taraması, bağışıklama ve danışmanlık (7). Bu kapsamda ebeveyn adaylarının özgeçmiş; annenin önceki doğum öyküsü, soygeçmiş, kızamıkçık, HBV, tüberküloz, CMV, toksoplazmozis, HIV, sifiliz, gonore, klamidya gibi enfeksiyon hastalıklarının taranması, fetus için risk taşıyan

isotretinoin, varfarin, antiepileptikler, kemoterapotikler, lityum (teratojen) gibi ilaçların tespiti, beslenme ve fizik aktivite durumu, folik asit kullanımı, fenil alanin kan düzeyi kontrolü, gebelikte kullanılması kontrendike multivitamin ya da bitkisel preparat tespiti, alkol, tütün ya da bağımlılık yapıcı bir madde kullanımı tespiti, kimyasal maddelerin üretildiği ve/veya açığa çıktığı ya da iŐyerinde radyasyona maruz kalan iş kollarında çalışma durumunun tespiti gibi gebelik ve fetüsü riske edebilecek durumları ele alır (8).

Prekonsepsiyonel bakımın, gebelik düŐüncesi olan yada olmayan doğurganlık çağındaki her bireye verilmesinin; planlı olmayan gebelik, erken ya da ileri yaŐta gebelik, genetik aile öyküsü gibi riskleri de önlediği bilinmektedir (9).

Ülkemizde temel ilkelerinden birinin bütüncül yaklaşım olduğu aile hekimliğinde, prekonsepsiyonel bakımla ilgili yeterince araştırma yoktur. Bu çalışmada birinci basamaktaki üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıŐtır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı ve Epidemiyoloji

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin 2006 yılında yayınlanan Kılavuzunda prekonsepsiyonel bakımın tanımı şu şekilde yapılmıştır; kadın sağlığı veya gebelik sonuçları üzerine potansiyel risk oluşturabilecek biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini gebelik öncesi saptamak ve bunların iyi bir şekilde yönetimi için harekete geçmektir.(4)

Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Prekonsepsiyonel Bakımın önemini vurgulamak amaçlı çalışmalar yapmaktadır. Bu kapsamda hazırlanan bilgilendirme amaçlı yayınlarda prekonsepsiyonel bakımın amacının : *"anne ve fetus için risk oluşturan tıbbi ve sosyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek"* olduğu belirtilmiştir (5,10)

Prekonsepsiyonel bakım vermenin diğer bir amacı da birincil koruma uygulayabilmektir. Birincil koruma kapsamında ana-çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek amaçlanır. Böylece gebeliğe ilişkin sorunların önlenmesi/azaltılması ve dolayısıyla annelerin/bebeklerin daha sağlıklı olması hedeflenebilir.

Prekonsepsiyonel bakımda, sağlıklı kabul edilen veya kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen bireylere aktif olarak taramalar yapılır. Bu taramalar akılcı ve kanıta dayalı biçimde kullanıldığı takdirde, belirli hastalıkların araştırılması ve hastalıkların/ sakatlıkların önlenmesinde en güçlü araçlardan biri olduğu kabul edilmektedir (11).

kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar büyük oranda azalmaktadır (15).

Gebelik planlanmıyorsa çiftin uygun bir gebelik önleyici yöntem kullandığından emin olmak, gebelik planlanıyorsa kadının en sağlıklı olduğu dönemde gebe kalmasına olanak tanımak için risk belirlemesi yapmak gerekir (16).

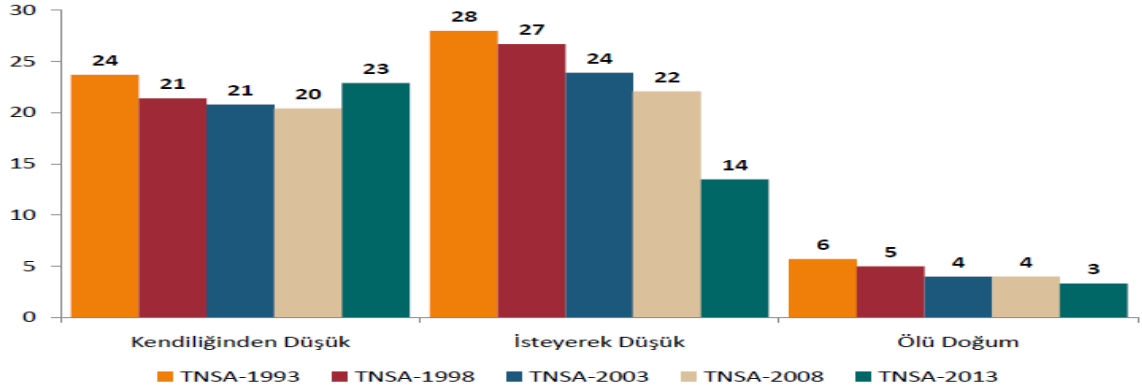
Ülkemizde özellikle kırsal alanda prenatal bakım, kadın sağlığını iyileştirmede bir dönüm noktasıdır. Ancak oranı azalmış da olsa ölü doğum, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının varlığı, prenatal bakımın kaliteli bir biçimde verilse bile yetersizliğini gözler önüne sermektedir (Şekil 1).

TNSA 2013 verilerinde spontan abortus oranlarının giderek arttığı görülmektedir, bu da kadınların prekonsepsiyonel bakımı almadığını veya yetersiz aldığını göstermesi açısından anlamlıdır (Şekil 2). Dolayısıyla gebelikten önce genişletilmiş bir prekonsepsiyonel bakım hizmetinin verilmesi oluşabilecek problemlerin çözümünde anahtar rol oynayacaktır.

Prekonsepsiyonel bakım, kadınlara doğurgan çağda oldukları süre içinde hizmet veren sağlık personelinin tümünün görevi kabul edilmektedir. Temel hedefi ise sadece o döneme münhasır değil yaşamın tümünde anne ve çocuk sağlığını korumak ve iyileştirmektir. Prekonsepsiyonel bakımın temel sorusu her kademedeki sağlık çalışanlarının, kendilerine herhangi bir nedenle başvuran doğurgan çağdaki kadın hastalarına “*Önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?*” sorusunu sormalarıdır (17). Böylece kadınların annelik için önceden hazırlık yapmaya teşvikleri planlanmaktadır. Bu soru sorulmadığı takdirde, gebelikleri geç saptama ve erken müdahale yapılacak gerçek fırsatları kaçırma olasılığı büyüktür. Kısacası, daha sağlıklı nesiller yetiştirmek isteniyorsa, hastalardan öykü alırken yaş, çalışılan iş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı sorulduğu gibi, doğurgan çağdaki bireylere kısa vadede çocuk isteyip istemediklerini sorma alışkanlığı edinilmelidir.

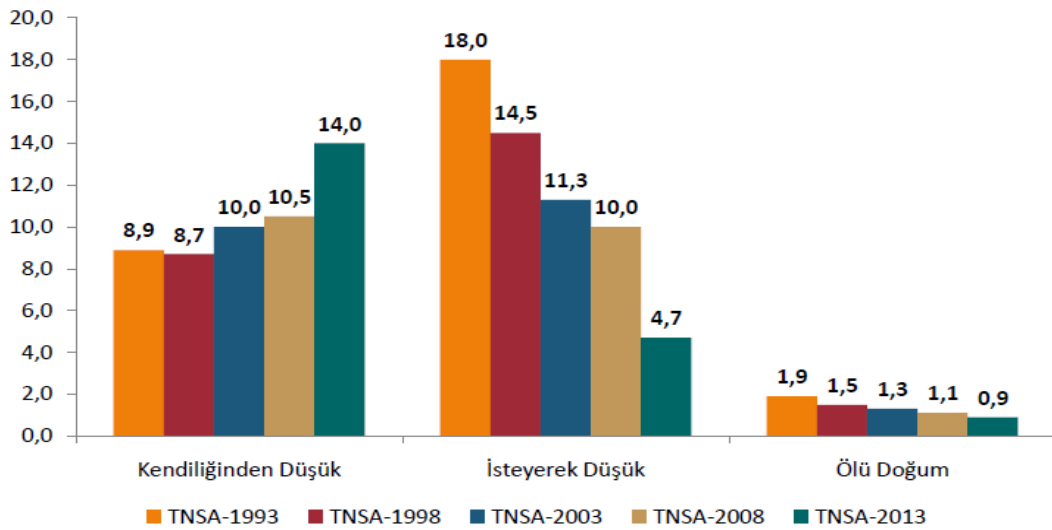
İçeriği prenatal bakım ile paralellik gösterecek olan prekonsepsiyonel bakım; risk değerlendirmesi ve önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi, tıbbi ve psikosozyal girişimler için en uygun bakım olacaktır.

Düşükler ve Ölü Doğumlar (Yaşam Boyu)



Şekil-2: TNSA 1993-2013 Yılları Arasında Yaşam Boyu Düşük Ve Ölü Doğumlar

Düşükler ve Ölü Doğumlar (100 Gebelikte)



Şekil-3: TNSA 1993-2013 Yılları Arası Görülen Düşük Ve Ölü Doğum Oranları

2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Dünya'daki Gelişimi

Dünya da prekonsepsiyonel bakıma ait bilinen en eski bilgiler; İncil eski ahitte geçtiği iddia edilen henüz doğum yapmamış ve gebe olduğu bilinmeyen ancak bir melek tarafından gebe kalacağı müjdelenen bir kadına yapılan tavsiye niteliğindeki“ şarap içme ve temiz olmayan bir şeyi yeme” cümlesi kabul edilirken islamiyette gerek oksitosin gerek özellikle folik asit bakımından zengin hurma tüketiminin tavsiyesine ilişkindir. (18).

1979 yılında çocuk sağlığına ilişkin verilen bakımın nasıl olması gerektiği konusunda Amerika Birleşik Devletleri'nde oluşturulan bir sağlık komitesi tarafından belirlenmiş çeşitli komponentleri içeren bir bakım paketi hazırlanmıştı. Bu pakette yer alan komponentler arasında interkonsepsiyonel bakım da yer almaktaydı. İnterkonsepsiyonel bakım teriminin neden tercih edildiği açık olmamakla birlikte; o dönemde prekonsepsiyonel bakım denildiğinde çocuk sağlığından ziyade anne sağlığının akla gelmesi ve bu bakımın sadece ilk çocuk öncesinde verilebileceğinin düşünülmesi olabilir.

1980 yılında İngiltere'de Chamberlain tarafından prekonsepsiyonel bakım ile ilgili ilk yayın yayınlanırken o dönemlerde perikonsepsiyonel yani organogenezin hemen öncesi bakım verilmesinin gerekliliği vurgulanıyordu. Bu dönemde folik asit kullanımı ile ilgili önemli gelişmeler elde edildi.

Hollanda'da 1984'de genetik taramaya önem veren bir çalışma başlatıldı. Bu tarama İsrail gibi dini etki altında kalıp akraba evliliği yapan ırklarda sık görülen hastalıklar açısından önemli bir gelişme olarak önem arz ediyordu.

Macaristan'da 1984 ile 2012 yılları arasında prekonsepsiyonel bakım ile ilgili gebelik öncesi bakım modeli konulu bir çalışma yapıldı. Uzun soluklu bu çalışmanın sonuçlarına yönelik düzenlemeler başlatıldı (19).

1985 yılı ile birlikte Washington'da Sağlık Enstitüsü Komitesi toplanarak düşük doğum ağırlıklı gebelikleri önlemek için prenatal ve antenatal bakımın yetersiz olduğunu, gebelik sürecine müdahale edilemeyeceğini, bunun yerine gebelik öncesinde risk tanımlama ve bu riskleri elimine etmenin en doğru bakım olacağı belirtildi (20). Kanada'da benzer komite kararları alındı (21).

1989 yılında bir komite daha toplanarak prekonsepsiyonel bakımın sınırları; gebelik öncesi risk değerlendirmesi, sağlığın iyileştirilmesi, gerekli müdahaleler ve takip olarak belirlendi.

Amerika Obstetrik ve Jinekoloji Derneği prekonsepsiyonel bakım hakkındaki ilk teknik bültenini 1995 tarihinde yayınladı (22).

Birçok ülkenin prekonsepsiyonel bakımı keşifleri çeşitli nedenlerle olmuştur. 1998 yılında Hong Kong ve 2004 yılında Güney Kore'de prekonsepsiyonel bakımın keşfine; düşük doğum oranları ve gebelik komplikasyonlarına yol açan risk faktörleri hakkında bilgi artışı yol açmıştır. Bu sayede gebelik öncesi dönemde bu risk faktörlerinden gebeleri koruma ve düşmüş olan doğum oranlarını artırmaya yönelik önlemlerin alınması hedeflenmiştir (23).

Mısır'da ön yargılar olmasına rağmen 2001 yılında ilk check-up merkezi statüsünde klinik açılmış ve çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermeye başlanmıştır (24).

2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Türkiye'deki Gelişimi

Türkiye'de prekonsepsiyonel bakım ile ilgili gelişmelerin ilk adımları 1994 yılı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), Pekin Eylem Platformu gibi uluslararası sözleşmeler ve uluslararası belgeler ile anne sağlığının iyileştirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması, HIV/AIDS, kızamık ve diğer hastalıklarla mücadele edilmesi, kadınların eşit hak ve imkanlara ulaşmaları için toplumsal cinsiyet eşitliği,

kadının güçlendirilmesi, üreme hakları ve üreme sağlığı gibi konularda önerilerden oluşan eylem programlarının Türkiye tarafından imzalanması ile başlamıştır (25).

Ülkemiz 2000’li yıllarda, Birleşik Devletlerin 1980’lerde izlediği yolu seçerek ağırlıklı olarak prenatal bakıma odaklanmıştır.

Ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlayan “evlilik öncesi danışmanlık” aslında, gebelik öncesi bakımın bir parçasıdır. Gerçekte bu konudaki çabalarımızın 1930’lara kadar gerilere uzandığını görüyoruz. Türk Medeni Kanununda evlenecek çiftler “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” (evlilik raporu) almak zorundadır. Bu raporun nasıl düzenleneceği 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanununda belirtilmiştir. Bu kanunda belirtildiği üzere; akut dönemdeki sifiliz, lepra, tüberküloz hastaları, gonore hastaları ve akıl hastaları iyileşmeden evlenemez. Bu yasalarda yer alan “evlilik raporlarını hükümet tabipleri verir” ifadesi 2002 yılında değiştirilmiş; evlilik raporlarının sağlık ocakları ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (ACS/AP) merkezleri tarafından verileceği ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda belirtilen hastalıklara ek olarak AIDS, hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliği eklenmiştir (26).

Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüzbin canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28.5’a, 2012 yılında 15.4’e, 2016 verilerinde ise bu oran 14.7 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31.5, 2014 yılında binde 11.3 iken 2016 yılında binde 10’a düşürülmüştür. Bu başarı prenatal bakıma gösterilen rağbeti arttırmış ve sık sık güncellenen doğum öncesi bakım yönetim rehberlerinin hazırlanmasını tetiklemiştir (27).

2007 yılında 15-49 yaş kadın izlemleri, evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakım hizmetleri, gebelere demir desteği, anne dostu hastane, doğum sonrası bakım, acil obstetrik bakım, anne ölümleri izleme, aile planlaması, üreme

sağlığı hizmetlerine erkek katılımının sağlanması programları başlatılmıştır. 2008 yılında da “misafir anne” uygulaması eklenmiştir. Bu uygulama ile iklim ve ulaşım şartlarının imkansız olduğu bölgelerdeki gebeler tespit edilerek doğum zamanlarına yakın şehir merkezlerine getirilmeleri konaklatılmaları ve doğumlarının uygun ortamlarda sağlanması hedeflenmiştir.

Sağlık bakanlığı kadınlara yönelik bu düzenlemeleri diğer bakanlıklar ile birlikte çalışarak hayata geçirmeye başlamıştır. Örneğin; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çerçevesinde çıkarılan “Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik” gebelik ve analık halinde olan kadınların gece postalarında çalıştırılma koşullarını düzenlemektedir. Ayrıca aynı kanuna dayanılarak “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” çıkarılmıştır (25).

Sağlık bakanlığının yanı sıra prekonsepsiyonel bakım ile ilgili akademik çalışmalar 2001 yılında folik asit kullanımının sorgulanması ile başlamış 2004 ve 2007 yıllarında yapılan çalışmalar gibi muhtelif çalışmalarla adı konmadan genişletilmiştir (28, 29)

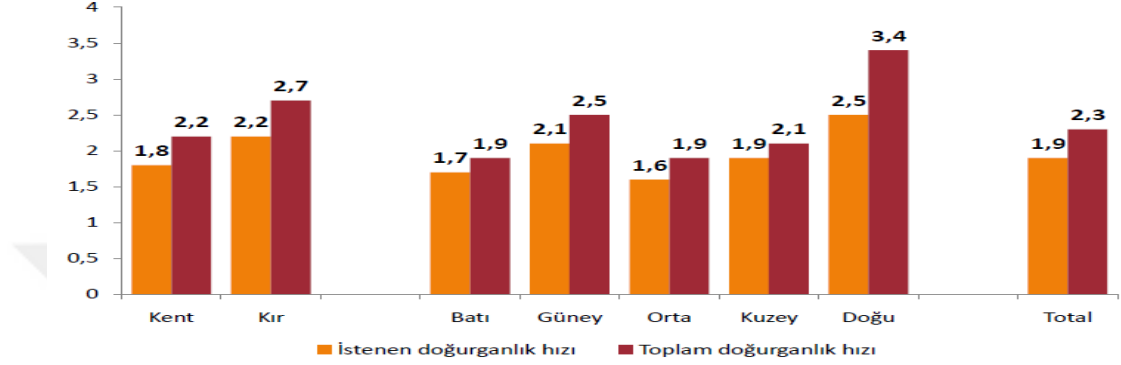
2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Çekirdek Unsurları

Gebeliklerin çoğunlukla plansız olması (Şekil 4) gebelik öncesi sürece müdahale şansını ortadan kaldırmaktadır. Birçok kadın hamileli kalmadan önce prekonsepsiyonel bakım açısından değerlendirme ve danışmanlık almak niyetindeyse de ABD’de gebeliklerin yaklaşık %50 si istenmeden gerçekleşmektedir (30).

Bu özellikle ilk trimester yani fetusun teratojenik maruziyetlere en duyarlı olduğu dönemin bilinçsiz geçirilmesine, dolayısıyla döneme özgü teratojen olabilecek ilaçların, geçirilen enfektif hastalıkların, radyasyon ve zararlı alışkanlıkların devam etmesi gibi etkenlerin fetusun organ gelişimini tehlikeye

sokmasına ve geri dönüşsüz sekeller bırakmasına neden olacaktır (7). Bu sorunların ortaya çıkmaması ancak yeterli bir prekonsepsiyonel bakım alımı ile mümkündür.

İstenen ve Toplam Doğurganlık



Şekil-4: TNSA 2013 İstenen Ve Toplam Doğurganlık Hızları

Yeterli bir prekonsepsiyonel bakım için aşağıdaki aşamalar uygulanmalıdır;

2.4.1. Öykü Alma

Öykü alma sadece prekonsepsiyonel bakımın değil genel tababetin en önemli aşamasıdır. Kadının gebeliğinden önceki ve sonraki süreçlerin gebelik süreci ile bir arada değerlendirilmesi hedeflenir.

Kapsamlı yaklaşımla kişinin mevcut veya geçirmiş olduğu sağlık sorunları belirlenir, böylece annenin sağlık durumuyla ilgili (epilepsi, enfeksiyon, astım, kronik kardiyovasküler hastalıklar gibi) tedavi ihtiyacı belirlenebilir, gerekirse tedavi başlanabilir veya tedavisinin değiştirilebilmesi mümkün olabilir.

Sağlığın genel anlamda geliştirilmesi ve riskin azaltılmasına baktığımızda ise sağlığın temel şartları olarak kabul edilen sağlıklı beslenme ve fizik aktivitenin artırılması yoluyla ideal kiloda kalmak ve tütün ürünleri başta olmak üzere bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmak ilkelerinin gerçekleştirilmesi ve gerekiyorsa

kullanılacak takviyelerin ve/veya besin desteklerinin belirlenmesi sağlanabilir (31,32,33).

Bağışıklanma durumu ile ilgili de eksik aşısı varsa özellikle konjenital hastalıklara yol açan enfeksiyöz durumlar belirlenerek tamamlanır. Doğurganlık planlarının tartışılması, aile planlaması danışmanlığı verilmesi ve doğurganlık öyküsünün sorgulanması sağlanmalıdır (34).

Baba adaylarının genel sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi, sağlığın korunması/geliştirilmesi konusunda genel danışmanlık ve gebelik sürecinde ana-çocuk sağlığı açısından babanın rolüne ilişkin özel danışmanlık verilmesi gerekmektedir (35)

İlaç kullanımlarının (reçeteli+reçetesiz) tespiti yapılmalı fetüse zararı konusunda ilaçların değerlendirilmesi ve gebelik süresince herhangi bir nedenle ilaç kullanımı öncesi doktor tavsiyesinin önemi anlatılmalıdır (36).

Anne/baba adayının çalıştığı işyeri veya yaşadığı çevre kaynaklı olumsuz etkilenimlerinin en az düzeye indirilmesi konusunda danışmanlık verilmesi gereklidir (37). Bu çerçevede gebe adayı ele alınıp değerlendirildikten sonra verilecek prekonsepsiyonel bakım mutlaka kişi merkezli olmalıdır.

Prekonsepsiyonel bakımda öykü alırken kayıtlar gebe adayının biyopsikososyal açıdan tüm verilerini içerecek şekilde tutulmalıdır. Bu değerlendirme yapılırken kişinin hayatı ile ilgili tüm detaylar uygun koşullar altında uygun sorular eşliğinde öğrenilir.

Ayrıca kişinin vereceği bilgiler arasında; daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlar, geçirilmiş ve mevcut hastalıkları, halihazırda maruz kaldığı ya da kalabileceği psikososyal riskler, sağlık güvencesinin varlığı, kişisel destek varlığı, sorunlarla başa çıkma yeteneği, engellilik öyküsü, aile içi şiddet veya kötü

muameleye maruz kalma, gelir durumu, eğitim durumu, egzersiz, günlük aktivite durumu ve kişinin cinsel sağlık durumu bilgileri bulunmalıdır.

2.4.1.1. Tıbbi Özgeçmiş

Kişinin geçirilmiş ameliyatlar, hematolojik sistem, renal sistem, kardiyovasküler sistem, pulmoner sistem, endokrin ve metabolik sistem, nörolojik sistem, otoimmün hastalıklar, genetik hastalıklar, ağız ve diş sağlığı, bağışıklanma öyküsü, psikiyatrik hastalıklar, sigara ve alkol bağımlılığı, çevresel maruziyetler açısından değerlendirilerek elde edilen veriler çekirdek yeterlilikleri kapsamında değerlendirilir.

2.4.1.1.1 Geçirilmiş Ameliyatlar

Jinekolojik, obstetrik, ürolojik veya batın içi bir takım hastalıklar ameliyatları ile düzeltilmesi olası durumlara neden olabilir. Jinekolojik ve obstetrik ameliyatları sonrası en büyük korku fertilité kaybı düşüncesidir. Bu operasyonların yapılmasına yol açan nedenler arasında endometriuma bağlı patolojiler, uterusu bağı patolojiler, uterus içine yerleştirilmiş kayıp spiralin çıkarılması, asherman sendromu, over kistleri; dermoid ve paraovarian kist veya adenom, fimbrioplasti ve adezyolizis, tubaların açılması veya bağlanması, tanısal infertilite cerrahisi, herhangi bir nedene özellikle düşüklere bağı dilatasyon küretaj, ektopik gebelikler, cerrahiye bağı servikal yetmezlik ya da önceki doğumlara bağı travmalar sayılabilir. Laparoskopi, laparoskopik cerrahi, histeroskopi, adezyolizis, salpingostomi, ve fimbrioplasti gebelik durumunu etkileyebilecek operasyonlara örnek verilebilir (38).

Hastanın yaşına bağı olarak miyomektomi sonrası gebelik oranı %22- 66 arasında değişmekte olup hastaların ortalama %55'i hamile kalmaktadır. Bu oran 35 yaşından genç kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Hamile kalan hastaların %80'inde herhangi ek bir tedaviye gerek kalmadan hamilelik gerçekleşmektedir. Ayrıca miyomektomi öncesi %60 olan düşük oranı, operasyon sonrası %24'e inmektedir (38).

2.4.1.1.2 Geçirilmiş ve mevcut hastalıklar

Geçirilmiş ve mevcut hastalıkların sorgulanması, prekonsepsiyonel bakım verilecek kişi hakkında önemli bilgiler elde etmemizi sağlar. Sistemik bir sorgulama ile kişinin geçirmiş olduğu ve mevcut hastalıklarının tespiti sağlanabilir.

2.4.1.1.3 Hematolojik sistemin değerlendirilmesi

Hematolojik sistem ile ilgili hastalıklarda kişilere prekonsepsiyonel bakım sağlanırken kan grubu tayini ve hematolojik patolojilerin tespiti açısından gerekli tetkikler yapılır. Düzeltilebilecek durumlar (Maternal anemi, hemoglobinopatiler, trombositopeni vb) tespit edilerek bunlara müdahale edilir. Gebelikte ilerlemeleri önlenir.

Gebelerde fizyolojik olarak kan volümü artış gösterdiğinden anemi gözlenir. Patolojik olarak ise hemoglobin düzeyi birinci ve üçüncü trimesterde 11 gr/dl'nin ve ikinci trimesterde 10.5 gr/dl'nin altında ise anemi olarak tanımlanmaktadır. Gebelikte %36-80 oranında görülür. D.S.Ö. verilerine göre üçüncü dünya ülkelerinde anne ölümlerinin %40'lara varan kısmında ölüm nedeni anemidir (39).

Anemi ayrıca preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve neonatal sağlık ve iyilik halinin düşüklüğü gibi komplikasyonlardan da sorumludur (40).

Anemide tedavi altta yatan nedene göre yapılmaktadır. Gebelikte en sık gözlenen anemi nedenleri; demir eksikliği anemisi, kan kaybına bağlı anemi, megaloblastik anemi, hemolitik anemi, aplastik ya da hipoplastik anemi, talasemi ve orak hücreli anemidir (41).

D.S.Ö. verilerine göre, dünya'daki taşıyıcılık oranı %5,1 olup; ülkelere ve ülkeler içindeki farklı yerleşim birimlerine göre değişiklik göstermektedir (42).

Prekonsepsiyonel bakım bağlamında anne adayını taşıyıcı olarak belirlenmişse eşine test önerilir. Anne ve baba adayının her ikisinin de taşıyıcı olması hasta bir çocuk doğurma riskini önemli oranda artırır. Riskli ailelerin doğum öncesi tanı olanağından yararlanabilmeleri için DNA testi ile anne ve babanın mutasyonlarının gebelikten önce belirlenmiş olması gerekir. (43).

Talasemili hastalarda artmış eritropoeze bağlı relatif folat eksikliği nedeni ile nöral tüp defekti riski artmıştır. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde ve birinci trimesterde 4 mg/gün folik asit önerilmektedir (44).

Anemi nedenlerinden olan orak hücreli anemi hemoglobin molekülünde glutaminin yerine valinin geçmesi ile ortaya çıkar. Orak hücreli anemi de belirli ırklarda yaygın görülen bir hastalıktır. Anemi ve vazo-oklüziv hastalık karakterlidir. Dolayısıyla kontrasepsiyonda oral kontraseptifler potansiyel vasküler etkilerinden dolayı önerilmemektedir. Orak hücreli anemi preeklampsi, preterm eylem, prematür membran rüptürü, intrauterin büyüme geriliği, spontan abortus ve ölü doğum gibi komplikasyonların artışından sorumlu tutulmaktadır (44).

Orak hücreli anemide eritrositler hipoksik koşullarda oraklaşır. Gebelikte kan viskozitesinde artışa eğilim olduğu için vazo-oklüziv krizler ortaya çıkabilir. Orak hücreli anemili hastalar genellikle gebeliği tolere edebilirler. Bu hastaların %47'si gebelikte kriz yaşar. Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, preterm doğum, gebelik haftasına göre düşük ağırlıklı bebek doğum riski artar. Gebelerin %30-50'si 36. haftadan önce doğum yapar (41).

Orak hücreli anemide doğum ve doğum şekli obstetrik endikasyona göre belirlenmelidir. İndüksiyondan kaçınılmalıdır. Prostaglandinler oraklaşmayı artırır.

Bu hastalarda prekonsepsiyonel danışma önemlidir. Orak hücreli anemili gebeler günde 1 mg folat almalıdır (45).

Orak hücreli anemi için yönetim protokolü şu şekilde uygulanır; tanı doğrulanınca eş için test önerilmelidir. Gebeliğin hastalık açısından beklenen seyri

kişiyi anlatılmalıdır. Konsepsiyon öncesi 3-6 ay öncesinde gebelik kategorisi D olan hidroksiüre kesilmelidir. İki haftada bir kişinin tam kan sayımı ve demir düzeyi görülmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde son 5 sene içinde pnömokok aşısı yaptırdığı doğrulanmalı, influenza ve hepatit aşısı sorgulanmalıdır (44).

İzoimmün trombositopeni (ITP) gebelikte anemiden sonra en sık gözlenen hematolojik patolojidir. Gebelikle ilişkili venöz tromboembolizm annede mortalite ve morbidite artışına neden olan önemli risk faktörlerinden biridir. ITP gebeliğin herhangi bir zamanında ortaya çıkabilir (29). Tüm gebelerin %6-10'unda trombositopeni görülür. (trombosit sayısı $<150.000/\text{mm}^3$) Trombosit sayısının $<50.000/\text{mm}^3$ olması ise gebelerin %0,1'inde görülür (41). Trombosit sayısı $50.000/\text{mm}^3$ altında ise immün trombositopeni (ITP) düşünülmelidir. Her 1000 gebenin bir ya da ikisinde ITP görülür. Gebelikte en sık karşılaşılan otoimmün hastalıktır ve ilk trimesterde trombositopeninin en sık nedenidir. Trombositopeni izole olabileceği gibi, hipertansiyon, mikroanjiopatik hemolitik anemi, karaciğer enzim yüksekliğine eşlik edebilir. Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde kan parametrelerinin düzeltilmesi gereklidir (46).

Gebe bir kadında tromboemboli görülme olasılığı diğer kadınlara kıyasla 4-5 kat daha fazladır. Gebelikteki tromboembolik hadiselerin %80'i venözdür ve prevalansı 1000 gebelikte 0.5-2.0 şeklindedir. Gebelikle ilişkili venöz tromboemboli olgularının %75'inde derin ven trombozu (DVT), %20-25'inde pulmoner emboli görülmektedir. Tromboembolik olayların yarısı gebelikte, diğer yarısı ise postpartum dönemde meydana gelmektedir. Venöz tromboemboli 100,000 doğumda 1.1 oranında ölüme yol açmaktadır. Sezaryandan sonra tromboz riski 3-16 kat artmaktadır. Venöz tromboembolizm sıklıkla sol alt ekstremitede olma eğilimindedir (47).

Gebelikte tromboz için risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

Tablo-1: İngiliz Kraliyet Kadın-Doğum Uzmanları Akademisine Göre Venöz Tromboemboli Risk Faktörleri

Önceden var olan risk faktörleri	Doğuma ilişkin risk faktörleri
Önceden geçirilmiş yinelenen VTE öyküsü	Preeklampsi
Önceden geçirilmiş VTE/idiyopatik veya östrojenle ilişkili VTE	Dehidratasyon/hiperemesis/aşırı uyarılmış over sendromu
Önceden geçirilmiş VTE uyarılmış	Çoğul gebelik veya yardımcı üreme teknikleriyle tedavi
Ailesel VTE öyküsü	Acil sezeryanla doğum
Bilinen trombofili	Seçici sezeryanla doğum
Eşlik eden tıbbi rahatsızlıklar(örn; kalp veya akciğer hastalıkları,SLE,kanser,yangılı durumlar,nefritik sendrom,orak hücre hastalığı,i.v. ilaç kullanımı)	Rahim içi orta boşluğuna forceps veya döner forceps uygulama
Yaş >35 yıl	Uzamış doğum süreci(>24 saat)
>3 kez doğum	Peripartum kanama
Sigara içicisi	Geçici risk faktörleri
Büyük varisli toplardamar	Yeni sistemik enfeksiyon
Obezite BKİ>30kg/m ²	Hareketsizlik
	Gebelik süresinde veya doğum sonrası 6 hafta içinde cerrahi işlem

Gebe adayları hematolojik değerlendirme sırasında hemofili açısından da sorgulanmalıdır. Gebelikte hemofilide tüm yenidoğan erkek çocuklarına hastalık geçer, kızlar ise taşıyıcıdır. Eğer anne taşıyıcı ise erkek çocukların yarısına hastalık geçer, kızların ise yarısı taşıyıcıdır. Faktör 13 eksikliği uterus kanamasına ve tekrarlayan düşüklere yol açabilir. Gebelik halinde düzenli olarak üç hafta aralıklarla verilen taze donmuş plazma düşükleri önleyebilir.

Tekrarlayan düşükler, açıklanamayan fetal ölümler, intrauterin gelişme geriliği, preterm doğumlar ve preeklampsinin izlendiği durumlardan biri de antifosfolipid sendromdur (48).

2.4.1.1.4 Renal sistemin değerlendirilmesi

Tüm diğer sistem hastalıklarında olduğu gibi renal sistem hastalıkları da gebeliği gerek hastalık boyutu gerek teratojen olan ilaç kullanımı yönüyle ve gerekse anne mortalite ve morbiditesi ve/veya bebek mortalite ve morbiditesi yönüyle etkilemektedir.

Normal bir gebelik sırasında bazı fizyolojik değişiklikler ortaya çıkar; 11-12 kg kadar kilo alınır; vücutta 500 ile 900 mmol sodyum ve 6 ile 8 litre civarında su birikir; buna rağmen periferik vasküler direncin azalmasına bağlı olarak kan basıncı düşer. Gebelik sırasında su retansiyonu, sodyum retansiyonuna göre daha ön planda olduğu için plazma sodyum konsantrasyonu 3-5 mmol/L azalır ve plazma ozmolalitesi 10 mOsm/kg düşer. Ayrıca bu dilüsyona bağlı olarak serum albümin düzeyi de 3-3.5 gr/dL'ye düşer. Gebelikte böbreğin boyutları 1 cm kadar büyür. Sağ daha fazla olmak üzere, üreterler anlamlı şekilde dilate olur. Böbrek kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızı (GFR) gebelik ilerledikçe artar; bu artış 12. haftada maksimum olur ve gebelik öncesine göre %30 ile %50 oranında daha yüksek değerler saptanır. Daha sonra GFR gebelik boyunca sabit kalır; doğumdan 1-2 hafta önce iyice büyümüş uterusun oluşturduğu fizyolojik obstrüksiyona bağlı olarak bazal değerlere geri gelir (49).

Sağlıklı gebelerde BUN, serum kreatinin ve ürik asit düzeyleri giderek azalır ve gebe olmayanlar için normal sayılabilecek değerler, gebelerde böbrek fonksiyon bozukluğuna işaret edebilir. Bunun aksine olarak, gebelerde glomerül permeabilitesi kısmen artar ve günde 0.5 grama kadar varan proteinüri saptanır. Gebelik sırasında tubulus fonksiyonları da bozulur ve glukozüri ve/veya aminoasidüri görülebilir; ayrıca, normalde idrarla atılmayan pek çok vitamin gebelik sırasında kaybedilir

Gebelerin %10'unda hipertansiyon saptanmakta, özellikle ilk gebelik ve yaşı multipar gebeliklerde daha sık görülmektedir. Gebelik hipertansiyonu öyküsü mevcut olan gebeliğin kliniğini ağırlaştırmaktadır. Bu kadınların preeklampsi riskleri de artmıştır. Preeklampsi hipertansiyon ve proteinürininin 20. haftadan sonra görülmesi

ile karakterizedir. Preeklampitik hastaların ise %20'sinde HELLP sendromu (Hemoliz, Elevated Liver enzyme ve Low Platelets) ve serebral hemoraji, preterm eylem, ablasyo plasenta, akut renal yetmezlik, subkapsüler hemoraji, postpartum hemoraji ve fetal ölüm gözlenebilir. Kardiyopulmoner arrest, yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, akut respiratuar distres sendromu, sepsis, hepatik kanama, hipoksik iskemik ensefalopati, vaginal ve labial hematoma nedeniyle fetal ya da maternal mortalite görülebilmektedir (50).

Renal sistem hastalıkları, gebelikte ilerlemesi durumunda ölüme yol açabilecek patolojilere dönüşme potansiyeli olduğu için tehlikelidir. Anne ölümleri orta ya da ağır şiddette kronik böbrek hastalığı mevcut olan gebelerde preeklampsi, anemi ve kronik hipertansiyon gelişmesi ya da doğumun sezeryan ile gerçekleşmesi durumunda görülür. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve aile planlaması bu açıdan reproduktif dönemdeki kadın sağlığı için önemlidir. Bu dönemde verilen danışmanlık, kadınlara gebelik döneminde sağlıklarını etkileyecek riskler konusunda bilgilendirmeyi ve kan basıncı kontrolü başta olmak üzere gebelik üzerine etki edebilecek renal sistemle ilgili riskleri azaltmayı hedefler.

Renal sistem hastalıklarını değerlendirmek için serum kreatinin değeri, proteinüri ve yukarıda da bahsedildiği gibi kan basıncı kontrolü oldukça büyük önem taşımaktadır. Böbrek hastalığı olan gebelerde yapılan çalışmalarda gebelik öncesi renal hastalık tanısı konma yüzdesi yaklaşık %0.03 tür. Orta şiddette böbrek hastalığı görülme oranı ise 6-12/10.000 arasında değişmektedir. Kan basıncı normal sınırlarda olan hafif böbrek hastalığı mevcut gebenin başarılı bir doğum süreci ihtimali %90'dır. Diğer taraftan orta ve ağır böbrek hastalığı olan gebelerde hastalığın ağırlaşma ihtimali yüksektir.

Renal sistem hastalıkları başta da belirtildiği gibi sadece gebe üzerinde değil bebek üzerinde de etkisi olan durumlardır. Preterm doğum, fetal büyümenin durması, artmış fetal kayıp ya da ölü doğumlar bu etkiler arasında sayılabilir. Özellikle orta ve ağır renal yetmezlik çoğunlukla preterm doğumla sonuçlanmaktadır. Hipertansiyonu mevcut olan gebelerin fetal kayıp ihtimali normotansiflere göre on kat artmıştır (51).

2.4.1.1.5 Kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi

Gebelik diğer sistemlerde olduğu gibi kardiyovasküler sistemde de birçok değişikliğe yol açar. Bu değişikliklerin başlıcaları; kan hacminde artış, kalp debisinde artış, kalp hızında artış, nabız basıncında artış ve sistolik kan basıncı ile sistemik vasküler dirençte azalmadır.

Gebeliğin 6. haftasından 2. trimestrın ortasına kadar giderek artan bir hızla kan hacminde artış ortaya çıkar. Bu hacim artışının hızı gebeliğin ortasından itibaren azalsa bile kan hacmi artışı doğuma kadar sürer. Kan hacmindeki artış daha çok plazma ile olduğundan gebelerde dilüsyona bağlı olarak hemoglobin konsantrasyonunda ve hematokrit değerlerinde düşme görülebilir. Bu duruma dilüsyonel anemi veya gebeliğin fizyolojik anemisi denir.

Kan hacmindeki artış kalbin hacminde ve debisinde değişikliklerin olmasına yol açar. Kalbin atım hacminde %30-50 oranında bir artış görülür ve düşük dirençli uteroplasental dolaşımı etkin bir şekilde sağlayabilmek için sistemik damar direnci azalmakta ve kalp atım sayısı 10-20 atım kadar artmaktadır. Bunların sonucunda kalbin iş yükü artmakta fizyolojik olarak kardiyovasküler sistemde kompensatuar değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Kalp hastalığı olan bir gebede bu değişiklikler mortalite ve morbiditeyi artıracak şekilde değişebilmektedir.

Kalp hastalıkları ve gebelik, tüm gebeliklerin yaklaşık %0.4-4.1'ini kapsamaktadır (33). Bunun yanında 18-44 yaş kadınların %3'ünde kardiyak bir hastalık mevcut iken; gebelerin %1'inde kardiyak bir hastalık görülür (51). Bunların %90'ı romatizmal kapak hastalıkları, %5'i konjenital kalp hastalıkları, %5'i myokard tutumlu ve diğer hastalıklardan oluşmuştur (52).

Amerika'da maternal mortalite nedenlerinin %10-25'ini kalp hastalıkları oluşturmaktadır ve pulmoner hipertansiyon, endokardit, koroner arter hastalığı, kardiyomyopati, ani aritmilerle birlikte görülmektedir (51). Son yıllarda romatizmal

ateşin önlenmesi ve tedavisi, gebelikten önce ve hatta gebelik esnasında yapılan başarılı kalp ameliyatları sonucu gebelerde görülen kalp hastalıklarının oranları değişmiş ve konjenital kalp hastalıkları ön plana gelmiştir. Konjenital kalp hastalıkları için prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık verilerek kadın yaşamını tehdit eden durumlara bile müdahale edilmesini sağlayabiliriz (53).

Kalp hastalığı olan kadınlarda maternal mortaliteyi etkileyen; kalp hastalığının türü, anestezi alıp almama gibi durumlar iken bunlara ilaveten prematürelük, bebek ağırlığı, doğum haftası, neonatal enfeksiyonlar gibi birçok faktör de perinatal mortaliteyi etkilemektedir. Diğer sistem hastalıkları gibi kalp hastalıkları da hastalık yönüyle olduğu gibi kullanılan ilaç yönüyle de teratojen olabilir. Özellikle kapak hastalıkları, prostetik kalp kapakları ve dilate kardiyomyopatiye kullanılan varfarin en bilinen teratojenlerdendir. Varfarin özellikle ilk trimester için teratojenik bir ilaç olmakla birlikte maruziyetinde santral sinir sistemi anomalileri ve fetal kanama görülebilir. Bunun aksine heparinin böyle bir etkisi mevcut değildir, çünkü plasentadan geçmemektedir. Dolayısıyla sık uygulanan 2 yaklaşım mevcuttur hastalar riskler konusunda bilgilendirilirler ve kendilerine uygun yaklaşımı tercih edebilirler. Sık uygulanan birinci yaklaşım erken ve sık gebelik testi yaparak test pozitifleştiği anda oral antikoagülandan heparine geçmek iken ikinci yaklaşım ise konsepsiyondan hemen önce heparine geçmektir. En geç 6. gebelik haftasından önce oral antikoagülan yerine heparin tedavisi verilmesi sayesinde embriyo varfarinin teratojenik etkilerinden korunabilir (54).

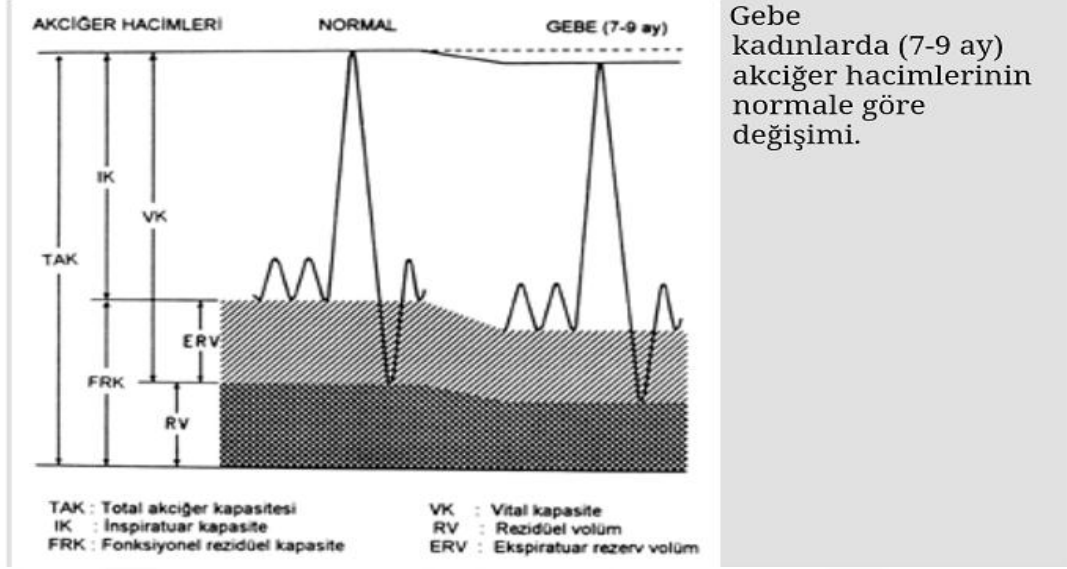
Gebelik planlayan kadınlarda kan basıncının kontrol altına alınması gerekli ve önemlidir. Hipertansiyonla komplike bir gebelik preeklampsi, eklampsi, santral sinir sistemi kanaması, kardiyak dekompanzasyon ve renal hastalığa yol açabilir. Bu nedenle uzun süreli hipertansiyonu mevcut bir kadında hedef organ hasarının var olup olmamasına göre de tedavi yeniden düzenlenerek konsepsiyon önerilir.

2.4.1.1.6 Pulmoner sistemin değerlendirilmesi

Gebelik sırasında solunum sistemi fizyolojisinde önemli değişiklikler ortaya çıkar. Fetüse yaşam desteğinin sağlanabilmesi için normal laboratuvar parametreleri dinamik ve anlamlı bir değişime uğrar. Bu değişiklikler hem mekanik hem hormonal değişikliklere sekonder olarak ortaya çıkar. Artmış östrojen düzeyine sekonder olarak hyaluronik asit komponenti artar, dokuda hidrasyon ve ödem gelişir. Hiperplastik ve hipersekretuar mukus bezleri gelişir. Havayolu mukozasında bu etkiler nazal obstrüksiyon, epistaksis, öksürük nöbetleri, ses tonunda değişiklik şeklinde kendini gösterir (55).

Gebelik esnasında genişleyen uterus diyafragma seviyesinde 4 cm yükselmeye sebep olur. Diyafragmanın yükselmesi normal şartlarda herhangi bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaz. Göğüs kafesinin antero-posterior ve transvers çaplarındaki 2 cm'lik artış diyafragma yüksekliğini kompanze eder (55).

Tüm bunlar sonucunda solunum fonksiyonlarında da değişiklik izlenir. Ekspiratuvar rezerv volüm %8-40 ve rezidüel volüm %7-22 arasında değişir. Gebeliğin 6. ayından itibaren fonksiyonel rezidüel kapasitede %10-25 azalma olur. Vital kapasite ve total akciğer kapasitesi genellikle değişmez. Tidal volüm ise %30-35 artar, bu da ventilasyon artışına yol açar. Total pulmoner rezistans %50 oranında azalır. Gebelikte karbondioksite karşı hassasiyet artışı mevcuttur. Böylece gebede dakikadaki ventilasyon sayısında artış görülür (Şekil 5). Bunun sebebi ise azalmış plazma ozmolalitesi, azalmış serebrospinal sıvı ile dolaşımında yükselen progesteron seviyesidir (55).



Şekil-5: Gebe Kadınların Akciğer Hacimlerinin Normale Göre Değişimi

Fizyolojik olan bu değişiklikler daha önce astım, KOAH, amfizem gibi kronik hastalığı ya da sıklıkla karaciğer ve akciğer nadiren de tiroid gibi diğer organlarda gözlenen kist hidatik gibi enfektif hastalığı mevcut olan gebelerde patolojik değişiklikler oluşmasına yol açarak hayati tehdit oluşturabilir (56). Kist hidatik hastalığı gebelikte salınan hormonlar nedeniyle büyüyüp rüptüre olabilir, anafilaktik şok ve kanamaya yol açabilir (57).

Yukarıdaki fizyolojik değişikliklerin restriktif ve obstrüktif hastalığı mevcut olan bir gebeyi olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Özellikle astım gebe yaşamını tehdit edecek ölçüde olumsuz etkilenmektedir. Astımın genel populasyonda görülme prevalansı %4-5 iken gebelikte görülme prevalansı %1-4 aralığındadır. Yapılan çalışmalarda kontrolsüz astımın, astım tedavisinde kullanılan ilaçlardan daha tehlikeli olduğu görülmektedir. Kontrolü sağlanamayan astımın anne ve fetus açısından birçok komplikasyonu mevcuttur. Annede meydana gelebilecek komplikasyonlar preeklampsi, hipertansiyon ve hiperemezis gravidarum iken; fetal komplikasyonlar; ölü doğum, neonatal hipoksi, intrauterin büyüme geriliği, prematür doğum, düşük doğum ağırlığıdır.

Astımı kontrol altına almak için tedavide anti-inflamatuar ajanla kombine edilmiş inhale bir beta adrenerjik agonist ya da inhale kortikosteroidler önerilir.

Magnezyum sülfat yine gebelikte güvenle kullanılan havayolunu düz kasını gevşeten iyi bir tedavi seçeneğidir. NAEPP'in önerisi ile inhale kortikosteroidler gebelerde hafif, orta ve ağır astma için profilaktik tedavi seçeneğidir. Elde edilen kohort verilerine bakıldığında maternal inhale beta agonist, kromolin, inhale kortikosteroid ya da teofilin maruziyeti ile artmış preeklampsi riski, total konjenital malformasyon, preterm doğum ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu arasında ilişki saptanmamıştır. Gebelikte ilk trimesterde oral kortikosteroid kullananlarda ise düşük doğum ağırlıklı ve yarı damaklı bebek doğurma ve preeklampsi riski vardır.

2.4.1.1.7 Endokrin ve metabolik sistemin değerlendirilmesi

Gebelikte endokrin sistemde görülen fizyolojik adaptasyonlar fetoplasental birim ile maternal endokrin sistem arasındaki ilişki sonucu ortaya çıkar. Değişen hormonal dengeler sonucu daha önceden var olan endokrin sistem hastalığı ilerleyebilir ve hastanın aldığı tedavi yetersiz hale gelebilir. Prekonsepsiyonel dönemde özellikle iyi tedavi edilen tiroid hastalıkları gebelik sonuçlarını olumlu etkilemekte ve diabetes mellituslu hastalardaki iyi glisemik kontrol sayesinde her yıl 113.000 canlı doğumdaki düşük ve konjenital malformasyon riski azalmaktadır (51).

Gebe adayları endokrin sistem değerlendirmesinde hipofizer hastalıklar açısından da değerlendirilmelidir. Hipofizer hastalıklar arasında en çok prolaktinomalara rastlanır. Prolaktin hipotalamustan pulsatil GnRh salınımını inhibe eder. Hiperprolaktinemi kadın infertilitesinin en sık nedenlerinden biridir. Dolayısıyla gebelik planlayan bir kadında hiperprolaktinemi tedavi edilmelidir. Dopamin agonisti ile müdahale edildiğinde fertilitate ve konsepsiyon sağlanabilir. Diğer hipofizer hastalıklar akromegali, pituiter yetmezlik, lenfositik hipofizitis, diabetes insipidus ve gebelikten nadiren etkilenirler.

Diabetes insipidus, arka hipofizin salgılama bozukluğudur. Azalmış oksitosin salınımı sonucu başlayan doğum eylemini geciktirerek ilerlemesini durdurur ve uterusun atoniye gitme riskini artırır.

Adrenal bez hem korteks hem meduller salgıları yoluyla gebeliği etkiler. Adrenal bez yetersizliği; en sık nedeni otoimmün adrenalittir. Etiyolojisini oluşturan antikolar plasentadan geçebilir ancak nadiren fetüste hastalık yapar. Konjenital adrenal hiperplazi ise genetik danışmanlık verilmesi gerektiğinden önemlidir.

Cushing sendromu, gebelik öncesi tamamen tedavi edilmiş ise gebelikle değişime uğramaz. Tüm semptomları gebelikle örtüşürken sadece mor stria görünümü fazladan kliniğe eklenebilir.

Primer hiperaldosteronizm nadir görülen bir durumdur. Görüldüğünde gebede hipertansiyon ve proteinüriye yol açtığı için plasental abrupsiyo ve preterm doğuma yol açtığı için öncesinde prekonsepsiyonel danışmanlık çok büyük önem taşımaktadır. Feokromasitoma, hipertansiyon açısından dikkat edilmesi gerekli bir adrenal bez hastalığıdır. Doğum boyunca genel anestezi ile indüksiyon esnasında hatırlanmayan bir feokromasitoma krizi %50 mortaldir. Katekolaminler uteroplazental vazokonstrüksiyonu tetikleyerek plasental yetmezlik ve abrupsiyoya yol açarken tanı almamış olgularda fetüs mortalitesini artırır.

Gebelikte human koryonik gonadotropin (hcg) artışı tiroid bezini uyarır. Hcg 12-14. haftalarda en üst düzeye ulaşır ve daha sonra azalarak 20. haftalarda en düşük düzeyine ulaşır. Bu haftaların paralelinde TSH düşüş ve yükseliş gösterir. Dolayısıyla ilk trimesterde TSH düzeyi azalırken diğer dönemlerde artış gösterir.

Öyküsünde tiroid otoantikoru mevcut olan hastalarda hipotiroidi gelişebileceği ve bu hastaların düşük riskinin arttığı akılda tutulmalı. Hipotiroidinin gebelikte görülme sıklığı %0.3-0.5 arasındadır. Subklinik hipotiroidi sıklığı ise %2.5'tir. Özellikle fetüste meydana getirdiği bozukluklar yüzünden takibi önemli olan bir hastalıktır. Etiyolojisinde iyot eksikliği, diğer otoimmün hastalıklar, anti-tiroid ve amiodaron gibi ilaç kullanımı olabilir. Maternal hipotiroidi spontan düşüğe, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi, anemi, kardiyak disfonksiyon, preterm eylem, abrupsiyo plasenta, nöropsikiyatrik etkilere yol açabilir. Fetüste beyin gelişiminde bozukluk, nöropsikiyatrik gelişim bozukluğu, fetal distress,

prematürite, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, ölü doğum ve perinatal ölüm görülebileceğinden dikkatli olunması gereklidir. Bu nedenle gebelik öncesi sT4, TSH, anti-TPO düzeyleri görülmeli, gebelik gerçekleşirse her trimesterde ayrıca kontrol edilmeli ilk trimesterde TSH 2.5 mIU/L diğer trimesterlerde 3 mIU/L in altında tutulmalıdır. Hedefe ulaşmaya kadar dört haftada bir, hedefe ulaştıktan sonra 4-6 haftada bir takip yapılmalıdır. Tiroid hastalıkları açısından prekonsepsiyonel bakım döneminde dikkat edilmesi gereken durumlar; gebelik öncesi hipotiroidi öyküsü, guatr öyküsü, ailede tiroid hastalığı varlığı, otoimmün hastalık öyküsü, tiroid otoantikör pozitifliği, baş boyun bölgesine radyasyon öyküsü, anemi, kolesterol yüksekliği ve hiponatremi gibi tiroid fonksiyon bozukluğunu düşündürecek parametre ve bozukluklar ve bunların haricinde tip 1 diabetes mellitus hastalığı varlığıdır.

Kadın hastalıkları arasında tiroid hastalıkları açısından dikkat edilmesi gereken grup ise yaygın görülen jinekolojik endokrin patoloji olan müdahale edilmemiş hipotiroidiye bağlı anovulasyondur.

Hipertiroidi, tiroid bezinin aşırı çalışmasıdır. Bazen gebedeki fizyolojik TSH supresyonundan ayırt etmek zordur. TSH düzeyinin 0.01 mIU/L değerinin altında olması anlamlıdır. Maternal, fetal ve obstetrik komplikasyonlara yol açabileceğinden yakın takibi önemlidir. Konsepsiyon öncesi dönemde hipertiroidi tedavisinde hedefimiz en küçük dozda ilaç ile en yüksek dozda sT4 düzeyini yakalamak ve gebelikte bunu korumaktır. Gebelikte hipertiroidi tedavisinde thionamid grubunun iki üyesi olan propiltiyourasil ve metimazol verilir ancak metimazol ile fetal malformasyonlar rapor edildiği için özellikle ilk trimesterde propiltiyourasil tedavisi önerilmekte ancak propiltiyourasil kullanımı sonrası da karaciğer yetmezliğinde artış rapor edildiği için 13. haftadan sonra metimazol kullanımı önerilmektedir. Dolayısıyla konsepsiyon öncesi propiltiyourasil ile tedaviye başlanıp sonra hastanın mevcut durumuna göre 13. haftadan sonra metimazol ya da propiltiyourasil ile devam edilmesi düşünülebilir (58).

Bir gebe adayında endokrin sistem değerlendirmesinde sorgulanacak en önemli hastalık kuşkusuz diyabettir. Diabetes mellitus kişide gebelikten önce tip 1 ya da tip 2 diyabet şeklinde olabileceği gibi gebelik zemininde de gelişebilir. Pregestasyonel diabeti olan bir kadını gebeliğe hazırlarken öncelikle hedef HbA1c (%7) değerine ulaşılmalıdır. Ayrıca nöral tüp defektini önlemek için üç ay öncesinden folik asit başlanmalıdır. Gestasyonel diabet, makrozomi, ölü doğum riski, konjenital anomaliler, respiratuar distres sendromu, hiperbilirubinemi gibi fetal durumlar ve polihidramnioz, üriner sistem enfeksiyonları, renal yetmezlik, spontan abortus gibi maternal durumlarla ilişkilidir. Gestasyonel diabetinin gelişimindeki temel faktör insülin direncidir. Plasentadan salınan progesteron, plasental laktojen, CRH ve GH gibi hormonların da katkısı ile gestasyonel diabet ortaya çıkar. Dolayısıyla obezite, insülin direnci ve diyabet için aile öyküsü olan gebe adaylarında ideal kiloya ulaşma ve insülin direncinin tedavisi gestasyonel diyabet gelişmesinin önlemek açısından önemlidir.

Obez ve aşırı kilolu hastalarda prekonsepsiyonel danışmanlığın hedefi gebelikte ilişkili riskleri tanımlayarak onları kontrol altına almak ve anneyi bu konularda bilgilendirmektir. Obezite gestasyonel komplikasyonları önleme açısından modifiye edilebilir bir risk faktörüdür. Gebelik esnasında kilo verme önerilmediği için öncesinde kilo verilmesi, doğum sonrası diyabet, hipertansiyon, tromboembolik olay, preterm doğum ve sezeryan riskini azaltmaktadır (59).

Kadınlar için gebe kalma isteği ve gebelik yaşamlarında sağlık alanında kaliteli bakım almak için değerlendirebilecekleri iyi bir fırsattır. Gebelik öncesinde başvuran kadınların diğer tetkikleri yanında vücut kitle indeksleri hesaplanarak 25 kg/m^2 ve üzerinde olanlar için bir bakım planı hazırlamak gerekir. Hastanın diyetinin düzenlenmesi yanında fizik aktivitesinin artırılması, kısacası hastaya yeni bir yaşam tarzı oluşturması yönünde destek verilmeli ve teşvik edilmelidir.

2.4.1.1.8 Nörolojik sistemin değerlendirilmesi

Gebelik öncesinde nörolojik hastalıklar açısından değerlendirilmesi ve danışmanlık verilmesi büyük önem taşımaktadır. Nörolojik hastalıklar etkili aile planlaması yöntemlerinin kullanılmasının şart olduğu, gerek hastalık gerekse kullandıkları ilaçlar bazında teratojen olabileceği hastalık grubudur. Bu nedenle gebe adayları ayrıntılı nörolojik muayeneden geçmeli ve nörolojik sistem hastalıkları açısından taranmalıdır. Nörolojik bir hastalığı varsa ve doğurganlık çağındaysa uzmanın sorumluluğu hastayı planlanmış bir gebelik fikrine alıştırmaktır. O zaman hem ilaç çeşidi hem de dozu en aza indirilir. İlaç seçiminde teratojen yan etkiler göz önüne alınır ve vitamin takviyeleri önceden yapılabilir.

Preeklampsi, eklampsi, posterior reversible ensefalopati sendromu, serebral venöz tromboz, sırt ve posterior pelvik ağrı, karpal ya da tarsal tunel gibi sendromlar, migren ve diğer tipte baş ağrıları, epilepsi ve nöbete sebep olan diğer nörolojik hastalıklar gebelikte görülen ya da gebelikte şiddetlenen ve tehlikeli sonuçlanabilecek hastalıklardır.

Karpal tunel ve tarsal tunel gibi sendromlar gebelikteki ödem ve şişmeye bağlı ataklarını sıklaştıracağından gebelik öncesinde tam tedavi edilmiş olmalı.

Migren hastalarının % 60-70 kadarında gebelik boyunca özellikle de üçüncü ve dördüncü ayda migren ağrılarında ve auralarında iyileşme gözlenir. Ancak bunun aksine bazı gebeliklerde ilk trimesterde ilk migren atağı 2. ya da 3. trimesterde ise ilk migren aurası ortaya çıkabilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus kullanılan ilaçların teratojen olabileceğidir. Bu nedenle parasetamol, kafein ve opioidler tedavi için uygunken üçüncü trimester öncesinde ibuprofen ve naproksen de tedavide tercih edilebilir (60).

Epilepside gerek genetik yapı, gerekse kullanılan antiepileptiklerin teratojen etkisiyle konjenital anomali riski artar. Genel popülasyonun yaklaşık %1'inde nöbet

atakları ile karakterize bir hastalık mevcuttur. Daha önce nöbetli hastalığı olan kadınların üçte birinin gebeliği boyunca atakları sıklaşır ve şiddetlenir (51).

Gebeliğinde nöbet geçiren kadınların bebeklerinde artmış konjenital anomali riski mevcuttur. Spontan düşükler, düşük doğum ağırlıklı bebek, kafa çevresi geriliği, gelişimsel kısıtlılıklar, neonatal kanama bozukluğu (antiepileptiklerin K vitamini eksikliğini tetiklemesi nedeniyle) ve perinatal ölümler de görülebilecek diğer riskli durumlardır. Fenitoin, barbitürat, karbamazepin ve valproat insanda teratojen olduğu; nöral tüp defekti, yarı damak dudak, kardiyak anomali, fasyal anomali, iskelet anomalisine yol açtıkları bilinen ve nöbet bozukluklarının tedavisinde kullanılan antiepileptiklerdir. Bu teratojen etkilere maruz kalınmaması açısından gebelik oluşmadan önce nöbetlerin kontrol altına alınması ve konsepsiyondan en az 6 ay önce antiepileptik ilaçların kesilmesi gerekir (61).

2.4.1.1.9 Otoimmün hastalıklar

Bağışıklık sistemi tarafından üretilen, virüs, bakteri, kimyasal gibi yabancı unsurlara karşı savunma ve gerektiğinde savaş veren savunma antikorlarının , vücudun değişik hücrelerine, dokularına ve organlarına saldırarak yok etmesine dayanan hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçların çoğunlukla teratojenik olması ve sıklıkla ilaçların bırakılması durumunda hastalık komplikasyonlarının hızla olumsuz yönde ilerlemesi söz konusu olduğundan prekonsepsiyonel dönemde ilgili bölümlere danışılması ve teratojenik ilaçların kesilmesi, gerekirse ilaç değişikliğine gidilmesi ya da doz ayarlaması önemlidir.

Otoimmüniteye yol açan tetikleyici faktörlerin içinde östrojenler gibi hormonal faktörlerin de rolü vardır. Gebelik ve stres gibi hormonal faktörleri etkileyen durumların da bu hastalıkların seyrinde önem taşıdığı bilinmektedir (62). Bu durumlar, immün sistemi çeşitli düzeylerde etkileyerek otoimmüniteye yol açabilirler. Herhangi bir nedenle ortaya çıkan otoimmün hastalıklar gebeliğin seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Transplasental geçen otoantikorlar fetus ve yenidoğanda problemlere yol açabilir.

Gebelikte karşılaşılan otoimmün hastalıklar sırasıyla; sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit (RA), multiple skleroz (MS), otoimmün tiroid hastalıkları, ankilozan spondilit, sjögren sendromu, antifosfolipid sendrom, idiyoatik trombositopenik purpura gibi kadınlarda erkeklerden daha fazla görülen hastalıklardır. Bu hastalıklar ne kadar uzun süredir remisyonda iseler komplikasyonsuz olarak doğuma kadar ulaşma ihtimali o kadar fazladır.

SLE hastaları konsepsiyon öncesi ve gebelik sırasında yakın izlem ve tedavi planında düzenleme gerekmektedir. Gebe SLE'li hastalar 28. haftaya kadar 4 haftada, 36. haftaya kadar 2-3 haftada ve doğuma kadar haftada 1 kez kontrol edilmelidir (63,64).

Gebelikte SLE en sık hemolitik anemi, orta derecede trombositopeni, lenfopeni ve lökopeni tabloları ile kendini göstermektedir. Folik asit desteğinin başlanması daha önce tedavide metotreksat almış olan kadının gebeliğinde karşılaşacağı nöral tüp defektini önlemesi açısından önemlidir. SLE'li hastaların remisyon süreleri ile komplikasyonsuz bir doğuma ulaşma ihtimalleri doğru orantılıdır.

Sistemik lupus eritematozusda gebeliğin kontrendike olduğu durumlar (65);

- 1- Ciddi pulmoner hipertansyon (pulmoner arter basıncı >50 mmHg veya semptom varlığı)
- 2- Restriktif akciğer hastalığı
- 3- Kalp yetmezliği
- 4- Kronik böbrek yetmezliği (özellikle kreatinin >2.8mg/dl)
- 5- Ciddi preeklampsi veya HELLP ('Heamolysis, elevated liver enzymes, low platelets') öyküsü
- 6- Son 6 ay içinde aktif hastalık / aktif lupus nefriti
- 7- Son 6 ay içinde inme öyküsüdür.

Lupus nefritinin 6 aydır remisyonunda olması teratojenik ilaç kullanılmaması açısından özellikle önemlidir. Siklofosfamid ve azatioprin gibi SLE tedavisinde kullanılan ve teratojen olduğu bilinen ilaçlar kesilmeli ve bazı durumlar hariç güvenli olan nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (geç gebelik hariç) ve antimalaryel ilaçlarla tedavi önerilmelidir. Kortikosteroidler ve küçük molekül ağırlıklı immünsupresifler de bazı yan etkileri bildirilmiş olsa da tedavide tercih edilebilir.

RA genellikle gebelikte remisyon giren bir hastalık olmasıyla beraber düşük ile arasında ilişki saptanmıştır (66). Tedavisinde kullanılan ilaçlar teratojenik potansiyele sahiptir. Örneğin metotreksat konsepsiyondan üç ay önce, leflunomid ise en az iki yıl önce kesilmiş olmalıdır. Dolayısıyla hastayla iletişim halinde olmak ve hastaya bu risklerin anlatılması ve romatoloji gibi hastanın tedavisini düzenleyen disiplinlerle işbirliği içinde prekonsepsiyonel ve konsepsiyonel dönemi geçirmek önemlidir.

MS'in etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; östrojenin kadınları otoimmün hastalıklara daha duyarlı kılmasının kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmesinin nedeni olabileceği düşünülmektedir. Fertilitenin etkilenmediği ancak üriner sistemde enfeksiyon sıklığının arttığı bilinmektedir. MS'in gebelik esnasında nadiren başlayabileceğini gösteren olgular mevcuttur, ancak buna rağmen gebelik MS için relatif olarak koruyucudur (67).

2.4.1.1.10 Genetik hastalıklar

Tıp alanındaki gelişmeler ile sağlıklı bebek sahibi olmanın önündeki genetik hastalıklar dışındaki çoğu faktör önlenmektedir. Bu nedenle günümüzde genetik hastalıklar sağlıklı doğumların önündeki temel sorunlardan biridir. Günümüzde düşüklerin en önemli nedenlerinden birini kromozomal bozukluklar oluşturmaktadır; dolayısıyla prenatal dönemde değil de prekonsepsiyon döneminde yapılan genetik risk değerlendirmesi kadınlar ve partnerlerinin sağlıklı çocuk sahibi olabilmesini engelleyen herhangi bir sorunun erken dönemde ortaya konabilmesini ve

önlenebilmesini sağlayabilir. Partnerlerde aşağıdaki durumların varlığı durumunda genetik danışmanlık gereklidir. Bu durumlar;

- 35 yaşından ileri maternal yaş veya 55 yaşından ileri paternal yaş,
- Eşi veya kendisi kromozomal farklılıklar bakımından taşıyıcı olan aileler,
- Daha önceki çocuklarından birinde, kalıtsal bir hastalık ya da doğum defekti mevcutsa,
- Ailenizden bir kişide zeka geriliği ya da başka kromozom sorunları varsa,
- Hamilelik USG’de, fetüste bedensel özürlük, amniyotik sıvı azlığı ya da fazlalığı ve intrauterin gelişme geriliği teşhis edilen hamile,
- Hamilelik esnasında anne kanında genetik hastalıklar ile alakalı olarak tarama testleri yüksek risk gösteren aileler (üçlü tarama testleri, alfafetoprotein testi vs.),
- Daha önceki hamileliklerde sebebi bilinmeyen düşükler ya da ölü doğum yapmış olanlar,
- Önce ki çocuklarında omurilik ya da sinir sistemi kapanma defekti olan aileler,
- Erkek çocuklarda görülen (Duchenne Muskuler Distrofisi, Hemofili A ve Hemofili B gibi) kimi genetik hastalıklar açısından riskli aileler,
- Talasemi, orak hücreli anemi, tay-sachs hastalığı, konjenital kalp hastalığı, hemofili, kistik fibrozis, huntington koreası, müsküler distrofi, mental retardasyon, down sendromu ve diğer kalıtsal hastalıkların olmasıdır
- Hamilelik dönemi öncesinde, annede şeker hastalığı varlığı,
- Akraba evliliği gerçekleştiren ve soyağaçlarında genetik bir hastalık tespit edilen eşler,
- Klasik anlamda genetik hastalıklar bakımından yüksek riski olmadığı halde taşıdığı bebek konusunda ciddi endişe duyan “anksiyetik” hamileler.

Bu hastalıkların bir bölümü prenatal tanı ya da genetik danışma yöntemleri ile önlenmektedir, çok daha az bir bölümü de erken tanı konulduğunda tedavi edilebilmektedir.

Genetik hastalıklar genel olarak üç büyük grupta toplanabilir; ilk grup; nöral tüp defektleri, gelişimsel kalça displazisi, doğuştan kalp hastalıkları, yarı damak ve dudak, pilor stenozu gibi hemen bütün doğumsal anomalilerin kalıtıldığı doğuştan kolaylıkla fark edilebilen fazla parmak gibi oldukça zararsız olabilecek hastalıklardan hayatı ciddi şekilde tehdit eden ağır sakatlıklara varan hastalık grubudur. Multifaktöryel kalıtımla geçen bu hastalıkların aile bireylerinde görülme olasılığı birinci derece akrabalar arasında yaklaşık %2-10'dur. İkinci grubu down sendromu gibi kromozom hastalıkları ve üçüncü grubu da fenil ketonüri, albinizm, orak hücreli anemi gibi tek gen hastalıkları oluşturmaktadır.

Genetik hastalık tespitinden sonra tüm sağlık çalışanlarının genetik danışmanlık konusunda güncel bilgilere sahip olması, aile planlamasında etkili yöntem kullanımı konusunda prekonsepsiyon döneminde etkin bilgilendirme yapılması, daha önce doğumsal anomalili doğum yapan ya da bilinen bir kalıtsal hastalığı olan ebeveynlerin ilgili merkezlere yönlendirilmesinin sağlanması, ebeveynlerin akraba evliliği, ilaç kullanımı, çevresel maruziyetler hususunda bilgilendirilmesi, annenin konsepsiyondan üç ay öncesinde folik asit kullanmaya başlaması konusunda bilgilendirilmesi, fenil ketonüri ve hipotiroidi gibi yenidoğan hastalıkları açısından kontrollerin yapılması önemlidir (68).

2.4.1.1.11 Ağız ve diş sağlığı

Ağız ve diş hastalıkları her dönemde kişisel hijyen ve bireyin sağlığı açısından önem taşımaktadır. Gebelikte her sistemde olduğu gibi ağız florasında da değişiklikler olmakta, bakteri florası artmakta ve gebe olmayanlara göre çeşit artışı görülmektedir. (69)

Yapılan alışmalar maternal periodontal hastalıkların sadece ağız sağlığı değil anne ile ilgili ateroskleroz, enfektif endokardit, romatoid artrit ve diyabet gibi hastalıkların ortaya çıkış riskini artırdığını bazı sistemik hastalıklara yol açtığını, bebekle ilgili ise preterm doğum, preeklampsi gelişimi ve dūřuk doğum ağırlıklı bebek ile ilişkili olduğunu gōstermektedir (70).

Periodontal hastalıkların önlenmesi ile preterm ve dūřuk doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin azaltılabileceği de yakın zamanda yapılan çalışmalardan bilinmektedir (71).

Dolayısıyla prekonsepsiyonel bakım kapsamında ağız ve diř sağlığı önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu önemi bilmesi ve kadınların bu konuda eğitimi önenebilir olan bu hastalıklardan korumakla kalmayıp bu hastalıkların risklerini artırdığı diğer hastalıklardan da kişiye korumaktadır. Gebelik sonuçlarını olumlu etkileyip yeterli ve iyi bir bakım ile preterm doğum, dūřuk doğum ağırlıklı bebek doğumu gibi fetüs sağlığını etkileyebilecek durumlara karşı da koruyucu olmaktadır.

2.4.1.1.12 Bağışıklanma öyküsü

Bağışıklanma kadın erkek ayırt etmeksizin toplumun geneli için önemli olan bir primer koruma modalitesidir. Yaşlı, gebe, ocuk ve kronik hastalığı mevcut olan özel popülasyonların özel durumlara spesifik aşırlarla koruma endikasyonu vardır. Bağışıklama fetusu preterm ve dūřuk doğum ağırlığı gibi komplikasyonlardan, rubella, varisella gibi patojenlerin yol açtığı konjenital malformasyon, büyüme geriliği, ölü doğum ve nörolojik sekellerden korumayı, yenidoğan döneminde morbidite ve mortaliteyi azaltmayı ve anneyi ise gebeliği esnasında influenza ve hepatit B gibi hastalıklardan korumayı hedefler (72).

TORCH grubu da gebelikte sekelleri olabilecek bir patojen grubu olmasına rağmen maliyet etkinlik yönüyle üzerinde durulan patojen rubelladır, diğer grup üyelerinin rutin taraması önerilmemektedir (73). Kızamıkıkta ömür boyu hem

sıvısal, hem de hücresele bağışıklık bulunmakla birlikte, nadir de olsa re-infeksiyonlar izlenebilmekte ve bu olgularda IgG düzeyinde yükselme saptanması ile tanıya gidilebilmektedir. Kızamıkçık kesin tanısı için virus izolasyonu yapılmakta veya serolojik testlerle özgül kızamıkçık antikorları araştırılmaktadır. Bu amaçla ELISA, rubella IgG ve IgM antikorlarının araştırılmasında yaygın olarak kullanılmaktadır (74).

Gebelik esnasında enfeksiyon riski yüksekse influenza, hepatit B, IPV gibi aşilar bazı dönemlerde özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde olmak üzere uygulanabilir, ancak uygun olan bakım şekli prekonsepsiyonel dönemde aşılamanın bitirilmiş olmasıdır.

Türkiye’de ise, maternal neonatal tetanozu elimine etmek için 1994 yılında başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında 15-49 yaş grubu kadınlara birinci basamak sağık hizmetleri tarafından ücretsiz olarak gebelikte iki doz ve doğum sonrası bir doz olmak üzere toplam üç doz tetanoz aşısı ile bağışıklamanın sağılanması ve daha sonra doğurganlık çağı boyunca koruyuculuk için tetanoz aşısının beş doza tamamlanması amaçlanmaktadır.

2.4.1.1.13 Psikiyatrik değerlendirme

Aile hekimleri hastalarını biyopsikososyal açıdan ele alır. Bu bağlamda prekonsepsiyonel bakım verirken yalnızca tıbbi değil, psikososyal değerlendirmemiz de önemlidir.

Günümüzde psikiyatrik hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalarak yaşamlarının daha büyük kısmını toplum içinde geçirmelerinin sonucu olarak, evlilik ve doğurganlık oranlarının arttığı söylenebilir.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin aile planlamasını uygulama açısından başarılı olmaları beklenmemektedir. Hastalık komponentleri dolayısıyla gerek artmış libido gerek yeterli bilince sahip olmamaları psikiyatrik hastalığı olan kadın

hastalarda plansız gebeliklerin sık görülmesine yol açar. Bu hastalar cinsel istismara uğrayabilmeleri nedeniyle istenmeyen gebelikler ve düşük sıklığı artabilir. Psikotik özellikli depresyon ya da disosiyatif epizodları kapsayan mental hastalıklar da ebeveynlerin şiddet içerikli davranışlarına ya da cinayet işlemlerine neden olabilmektedir (75).

Yukarıda bahsedilen nedenlerden de anlaşıldığı üzere şizofrenili anneler de plansız gebelikler, istenmeyen gebelikler ve düşükler sık görülür. Ölü doğum ve kürtaj yapma oranının da fazla olduğu gösterilmiştir. Yine evlilik dışı çocuk sahibi olmanın şizofreni hastalarında arttığı bildirilmektedir (76).

Bu aşamada hem aile planlaması, hem de gebelik planlayanlar için prekonsepsiyonel bakım büyük önem arz etmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar gebelik döneminde annede bir takım biyokimyasal düzensizliklere neden olabilmektedir. Bu düzensizlikler bebeği etkilemekte ve nöroendokrin bozukluklara yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar stresle ilgili hormonların hamilelik döneminde anormal olarak arttığını göstermektedir. Folik asit kullanımı, hem stresle mücadelede, hem de konjenital bozuklukları önlemede kullanımı önemli ve gereklidir.

Bu olumsuzlukların yanısıra hamile annenin psikiyatrik hastalık nedeniyle olumsuz sağlık davranışları göstermesi, bebeğini ihmal etmesi ve hastalığının genetik riski nedeniyle fetüs fetal yaşamda biyolojik olarak kötü etkilenmektedir. Bu düzensizlikler daha sonraki çocukluk dönemlerinde duygusal ve davranışsal problemlerin gelişmesine neden olabilmektedir (77).

Çocukluk döneminde ise bu ortamda büyüyen çocukların sağlıklı yaşatlarına göre sosyal olarak daha geri oldukları, fiziksel sağlıklarının daha bozuk olduğu, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca, kontraseptif kullanımı, benzidamin, inotropolar, amrinon, levodopa, lizurid, pergolid, sentetik kannabinoid reseptör agonisti gibi ilaçların

kullanımı depresyon ve psikoz gibi durumlara yol açabildiği için prekonsepsiyonel bakım aşamasında önlem alınması gerekli ilaçlardır.

2.4.1.1.14 Sigara ve alkol bağımlılığı

Sigaranın bırakılması yaşamın her döneminde yapılması gerekli sağlık davranışıdır. Gebelikte sigara ve alkol kullanımı hem anne, hem de fetus için çok ciddi sağlık sorunlarıyla ilişkilidir. Gebelikte sigaranın fetus üzerindeki etkileri içerdiği kimyasal maddelere bağlıdır. Bunların en önemlileri nikotin, karbon monoksit ve kadmiyumdur. Alkol ise plasentada oksidasyona uğrayarak asetaldehide dönüşür. Fetus için esas zararlı olan madde asetaldehidir. Sigara gebelikte, abortus, erken doğum, intrauterin ölüm, intrauterin gelişme geriliği ve konjenital anomaliler için önemli bir risk faktörüdür. Bununla birlikte ileri dönemde bebeklerde kognitif bozukluklara ve IQ düşüklüğüne neden olmaktadır. Gebelerde sigara kullanımı nikotin ve karbon monoksit içeriği ile fetüse zarar verir. Nikotin plasentadan geçer, vazokonstriksiyon ve azalmış uterin kan akımına yol açar. Karbonmonoksit de plasentadan geçer ve hemoglobine affinitesi oksijenden daha fazladır. Böylece fetal dokulara oksijen ulaşımını azaltır.

Sigara içenlerde siyanid düzeyi yükselir, siyanid hızlı bölünen hücrelere toksik bir maddedir.

Yapılan çalışmalar 5-15 dakikalık görüşmelerin sigarayı bırakma oranını %20 arttırdığını göstermektedir. Gebe kalmak isteyen tüm kadınlar ve erken gebelik haftasındaki tüm gebeler sigara ve alkol kullanımı açısından sorgulanmalıdırlar. Gebelikten önce hem sigara hem de alkol kullanımını bırakmaları sağlanmalıdır. Bu kapsamda çeşitli sigara bıraktırma yöntemleri mevcuttur. Nikotin replasman tedavisi, vareniklin, bupropion gibi ajanlar bu doğrultuda kullanılabilir. “**5A; ask, advise, assess, assist, arrange**” girişim programı sigara bırakma için önerilen müdahaleleri kapsamaktadır. Böylece hastaya sigara içme durumu sorularak kendisine sigara bırakmanın yarar ve zararları anlatılarak sigarayı bırakması önerilir. Bu sayede abortus, ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği ablasyo plasenta, preterm doğum ve

düşük doğum ağırlıklı bebek, ani bebek ölümü sendromu oranlarında da azalma gözlenir.

Prekonsepsiyonel bakımın bir komponenti de gebe adaylarında alkol tüketimini sorgulamak ve alkol alma alışkanlığı ya da bağımlılığı olanlarda gebelik oluşmadan önce gerekli müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır. Gebelikte alkol tüketimi sonucu bebekte fetal alkol sendromu ortaya çıkmaktadır. Alkolün güvenilir bir maruziyet aralığı olmadığından gebelikte alkol tüketiminden kaçınılmalıdır. Sigaranın bileşimindeki nikotinin metaboliti kotinin kanda tespit edilebilirken alkol için böyle bir gösterge mevcut değildir. Kişisel tarama programı çerçevesinde T-ACE skalası kullanılır. “T-ACE”; tolerans, annoyed, cut down, eye opener aşamaları sorgulanır. Kişinin alkole dayanıklılığı, insanların eleştirip eleştirmedeğinin sorgulanması, kişinin alkölü bırakmasının gerekliliğini düşünüp düşünmediğı ve güne başlarken ki içki sersemliğinden nasıl kurtulduğı sorgulanır (44).

2.4.1.1.15 Çevresel maruziyetler

Prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık verilirken üzerinde durulması gereken önemli faktörlerden bir tanesi de çevresel maruziyetlerdir. Bu çevresel maruziyetler; ısı, iyonize radyasyon, kurşun, kadmiyum gibi ağır metaller, organik çözücüler, pestisit ve herbisitler, anestezi gaz ve kanser ilaçları gibi etkenlerdir. Aslında sadece bu etkenler değil kişisel bakım ürünleri de kozmetik ürünler de aynı şekilde toksik ve teratojen olabilir, hatta üreme organları için dahi zarar verici olabilir. Dolayısıyla ebeveynler, yiyecek içecek tüketimine, çözücü içeren madde kullanımına ve maruz kalınan mikroçevreye dikkat etmelidir (78). Bu maruziyetlerden uzak durarak spontan abortus, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, gelişme geriliğı, konjenital malformasyonlar, karsinogenez, mikrosefali ve mental retardasyon gibi risklerden korunma sağlanabilir.

2.4.2. Fizik Muayene

Gebe adaylarında prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak ayrıntılı fizik muayenenin yapılması gereklidir. Yukarıda anlatılan sistemik hastalıklar ve sistemlerin gözden geçirilmesi sonrasında endokrin ve metabolik sisteme yönelik, kardiyovasküler sisteme, reproduktif sisteme özgü muayeneler yapılır. Kişinin genel muayenesi; inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon aşamaları ile yapılır. Kişinin gebe kalmasına mani bir durumunun mevcut olup olmadığı fizik muayene ile anlaşılmaya çalışılır.

2.4.3. Laboratuvar Testleri

Yukarıda değinilen öykü ve fizik muayene doğrultusunda gerekli tetkikler istenir. Sırasıyla hematolojik sisteme yönelik; hemoglobin veya hematokrit, bağışıklama taraması açısından; rubella titresi, hepatit B yüzey antijeni, sifiliz ve HIV serolojisi bakılır. Reproduktif sistem taraması açısından ise servikovajinal sürüntü, gonore ve klamidya taraması yapılır. Yüksek risk altında olduğu belirlenen kadınlar için ise tüberküloz varlığına yönelik PPD ve gerekli diğer tetkikler, TORCH grubundan toksoplazmozis, sitomegalovirus, herpes simplex, varisella bakılabilir. Ayrıca hemoglobinopati gibi hematolojik sistem patolojileri için özel tetkikler istenebilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Örneklem Seçimi

Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma, Hatay ili merkez ilçesinde yürütüldü. Hatay ili nüfusu 1.555.165 kişi olup, merkez ilçe nüfusları ise sırasıyla Antakya 365.402 ve Defne 143.176 dır (79). Antakya ve Defne ilçelerinde üreme çağındaki kadın sayısı 127.144 kişidir. %95 güven aralığı, %50 bakım alma oranı, %4 hata payı ile hesapladığımızda ulaşmamız gereken sayı en az 598 kişi olarak bulundu.

3.2.Etik Onay

Çalışmaya başlamadan önce Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan ve Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü Etik Onay Biriminden onay alındı.

3.3.Çalışma Tasarımı

Evreni oluşturan Antakya ve Defne merkez ilçelerinde toplam 51 ASM (Aile Sağlığı Merkezi) bulunmaktadır. Çalışmanın Antakya ve Defne merkez ilçelerindeki ASM' lerde yapılması yönünde halk sağlığı müdürlüğünden izin istendi. Halk sağlığı müdürlüğünün anketleri uygulamak için uygun gördüğü Hatay İli Merkez İlçeleri'ne bağlı toplamda 4 ASM' de gerçekleştirildi. Herhangi bir nedenle Karaali, Serinyol 1-2, Anayazı Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran, anketleri doldurmayı kabul eden, çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olmayan, dil sorunu yaşamayan tüm 18-49 yaş arası kadın bireylere anket uygulandı. Anketler, 2017 yılında, Nisan - Eylül ayları arasında, bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu.

3.4.Anket Tasarımı

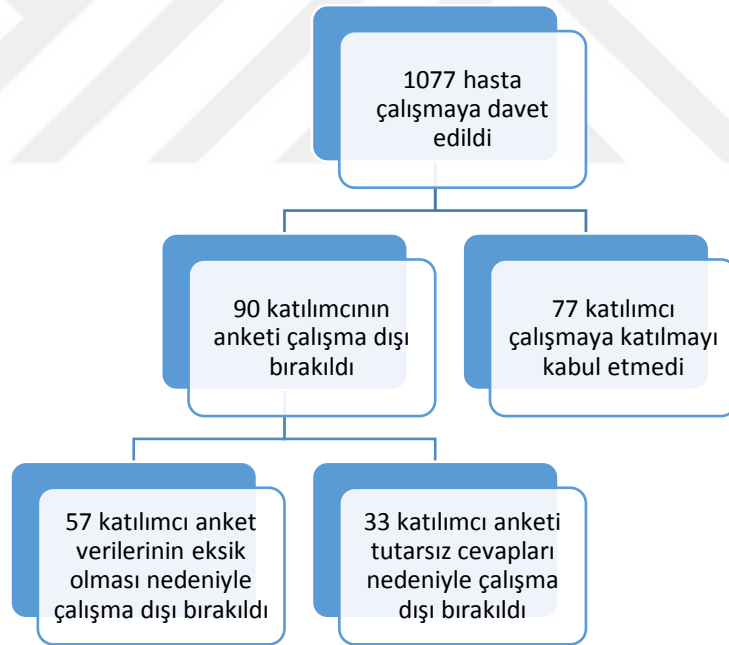
Anket çalışmasına başlangıç aşamasında, soruların anlaşılabilirliğini belirlemek, eksiklikleri ve ne kadar sürede doldurulduğunu saptamak amacıyla, Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne herhangi bir sebeple ayaktan başvuran 5 hastaya anket uygulanarak pilot çalışma yapıldı. Ankete prekonsepsiyonel bakım alma durumuna yönelik olan 2 soru daha eklenerek çalışmaya birinci basamakta devam edildi. Ankette toplam 39 soru mevcuttu. Anketin 24 sorusu evet ya da hayır cevaplı sorular, 12 sorusu çoktan seçmeli, diğer 3 soru ise yaş, meslek ve obstetrik hikayesi ile ilgili sorulardı. Bu ankette hastaların sosyodemografik bilgileri, kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, düzenli olarak ilaç kullanıp kullanmadıkları, sigara ya da alkol kullanımı, eşlerinin sigara ve alkol kullanımı, meslekleri, düzenli egzersiz yapıp yapmadıkları, eşiyle olan akrabalık düzeyleri, obstetrik öyküleri, planlı gebelik durumları, prekonsepsiyonel bakım alma durumunu sorgulayan sorular mevcuttu.

3.5.Veri Analizi ve İstatistik

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi ve aynı programda Ki-Kare ve Mann-Whitney U testleri kullanılarak analiz edildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ kabul edildi.

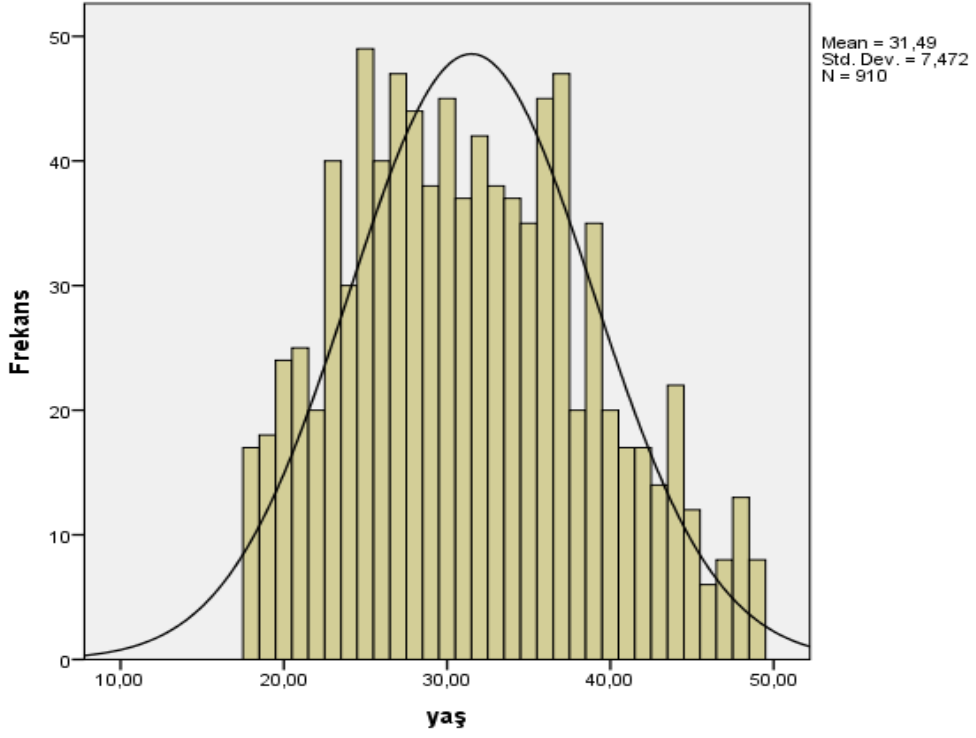
4. BULGULAR

Çalışmamız, 2017 yılında Nisan-Eylül ayları arasında, Hatay İli Merkez İlçeleri'ne bağlı 4 ASM' ye kayıtlı bireylere anket uygulanarak gerçekleştirildi. Dışlama kriterlerini taşımayan, herhangi bir sebeple ASM' lere başvurmuş 18-49 yaş arası tüm bireyler çalışmaya dahil edildi. Toplamda 1077 katılımcıya ulaşıldı fakat 77 katılımcı çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Kalan 1000 katılımcıya anket uygulandı. Anketlerin değerlendirilmesi sürecinde 90 anketteki verilerin eksik olması ve tutarsız cevaplar nedeniyle toplamda 910 anket değerlendirmeye alındı (Şekil 6).



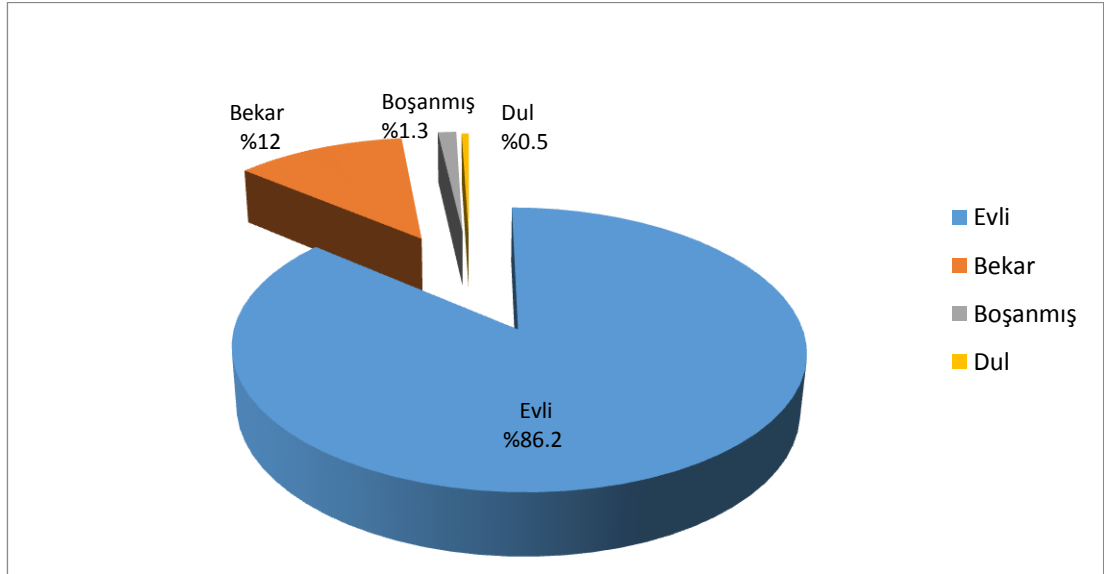
Şekil 6: Ankete Katılım Durumu

Çalışmaya katılan 910 katılımcının yaş ortalaması 31.48 ± 7.47 'ydi. En düşük yaş 18, en yüksek yaş 49 bulundu (Şekil 7).



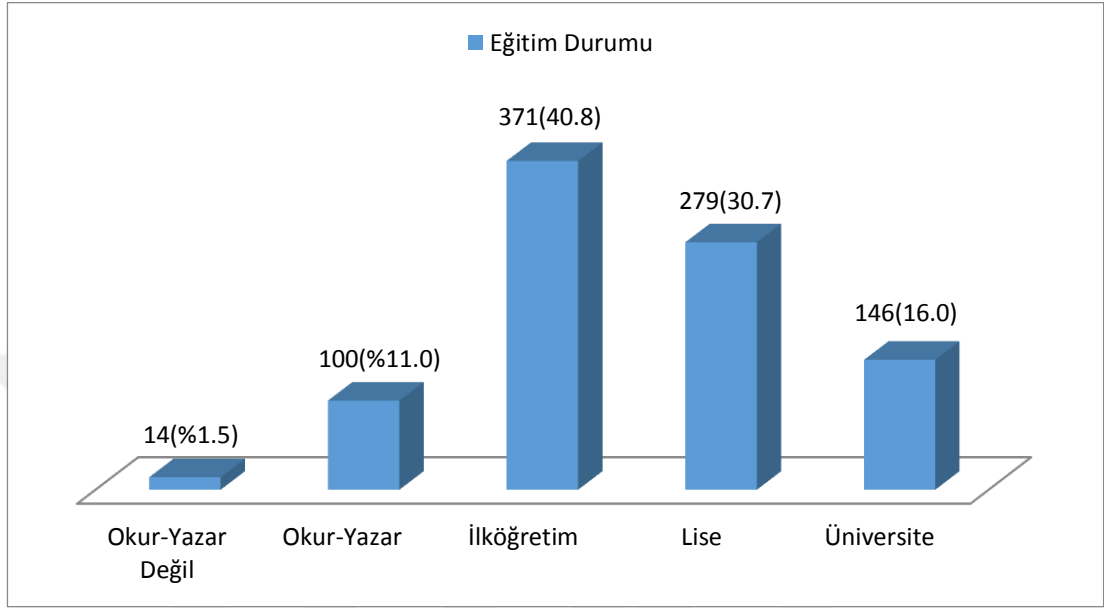
Şekil 7: Katılımcıların Yaş Grafiği

Katılımcıların 784(%86.2)'ü evli, 109(%12.0)'u bekar, 12(%1.3)'si boşanmış, 5(%0.5)'i dul olarak yaşamaktaydı (Şekil 8).



Şekil 8: Katılımcıların Medeni Durumu

Eğitim seviyelerine bakıldığında ise 14(%1.5) katılımcı okuma-yazma bilmiyor, 100(%11.0)'ü okuma-yazma biliyor, 371(% 40.8)'i ilkokul mezunu, 279(%30.7)'u lise mezunu, 146(%16.0)'sı üniversite mezunuydu (Şekil 9).



Şekil 9: Katılımcıların Eğitim Durumları

Aylık gelir düzeylerine bakıldığında katılımcıların 49(%5.4)'u 0-1300tl arası, 351(%38.6)'i 1301-2600tl arası, 357(%39.2)'si 2601-3900 arası, 96(% 10.5)'sı 3901-5200tl arası, 57(%6.3)'si 5201tl ve üstü şeklinde idi. Katılımcıların çalışma durumlarında ise 369(%40.5)'u herhangi bir iş'te çalışmakta, 541(%59.5)'i ise çalışmamaktadır. Olguların 777(%85.4)'sinin kronik hastalığı bulunmamakta, 133(%14.6)'ünde ise en az bir kronik hastalık mevcut. Katılımcıların 775(%85.2)'inin düzenli olarak ilaç kullanımı mevcut değil, 135(%14.8)'i ise düzenli olarak ilaç kullanmaktadır (Tablo 2).

Tablo-2: Katılımcıların Özellikleri 1

		Sayı (n)	Oran (%)
Aylık gelir	0-1300tl	49	5.4
	1301-2600tl	351	38.6
	2601-3900tl	357	39.2
	3901-5200tl	96	10.5
	5201tl ve üstü	57	6.3
Çalışma Durumu	Evet	369	40.5
	Hayır	541	59.5
Kronik Hastalık	Evet	133	14.6
	Hayır	777	85.4
İlaç Kullanımı	Evet	135	14.8
	Hayır	775	85.2

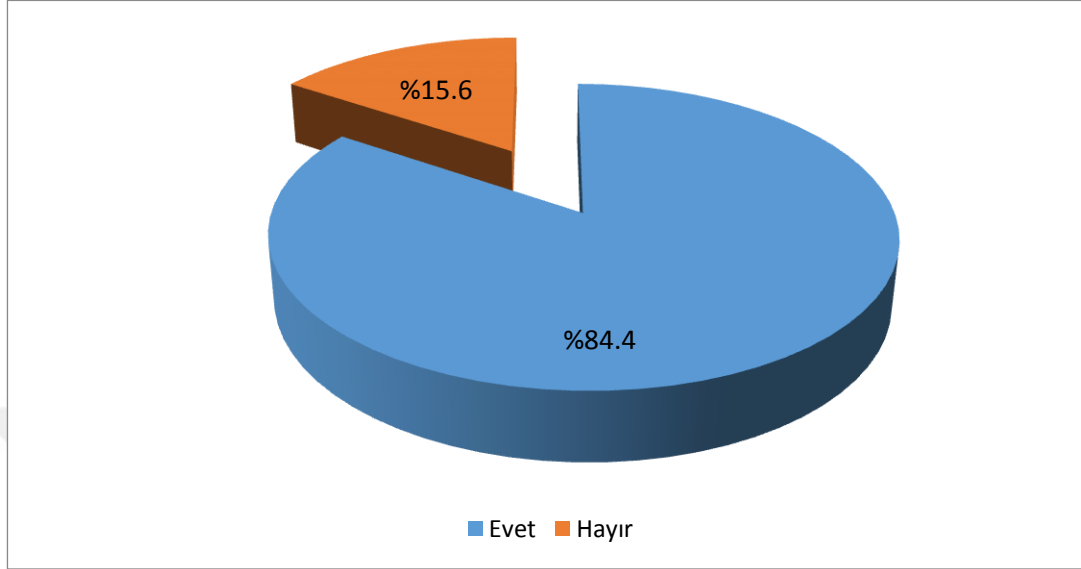
Katılımcıların 722(%79.3)'si sigara içmiyor, 28(%3.1)'i sigara içmeyi bırakmış, 160(%17.6)'ı ise sigara kullanmaktaydı (Tablo 3).

Katılımcıların 898(%98.7)'i alkol kullanmıyor, 9(%1.0)'u alkol kullanmayı bırakmış, 3(%0.3)'ü ise alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların 34(%3.7)'ü düzenli olarak egzersiz yaparken, 876(%96.3)'sı düzenli olarak spor yapmıyor. Katılımcılardan 722(%79.3)'si eşiyile akraba değil, 77(%8.5)'si ise eşiyile akrabaydı (Tablo 3).

Tablo-3: Katılımcıların Özellikleri 2

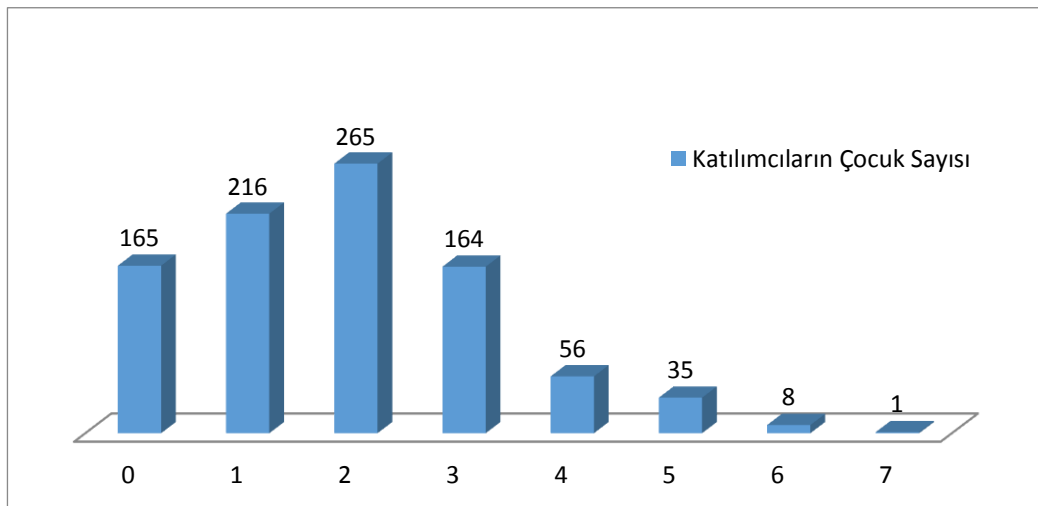
		Sayı (n)	Oran (%)
Sigara Kullanımı	İçmiyorum	722	79.3
	Bıraktım	28	3.1
	İçiyorum	160	17.6
Alkol Kullanımı	İçmiyorum	898	98.7
	Bıraktım	9	1.0
	İçiyorum	3	0.3
Egzersiz Yapma	Evet	34	3.7
	Hayır	876	96.3
Akrabalık Durumu	Evet	77	8.5
	Hayır	722	79.3

Katılımcıların 768(%84.4)'i en az bir gebelik geçirmiş, 142(%15.6)'si hiç gebe kalmamış (Şekil 10).



Şekil 10: Katılımcıların En Az Bir Gebelik Geçirme Yüzdeleri

Katılımcıların gebelik sayılarına baktığımızda 137(%15.1)'si hiç gebelik geçirmemiş, 213(%23.4)'ü bir gebelik, 262(%28.8)'si iki gebelik, 172(%18.9)'si üç gebelik, 66(%7.3)'sü dört gebelik, 36(%4.0)'sü beş gebelik, 20(%2.2)'si altı gebelik, 3(%0.3)'ü yedi gebelik, 1(%0.1)'i ise sekiz gebelik geçirmiştir. Çocuk sayılarında ise 165(%18.1)'i çocuk sahibi değil, 216(%23.7)'si bir çocuk, 265(%29.1)'i iki çocuk, 164(%18.0)'ü üç çocuk, 56(%6.2)'sü dört çocuk, 35(%3.8)'i beş çocuk, 8(%0.9)'i altı çocuk, 1(%0.1)'i ise yedi çocuk sahibi idi (Şekil 11), (Tablo 4).

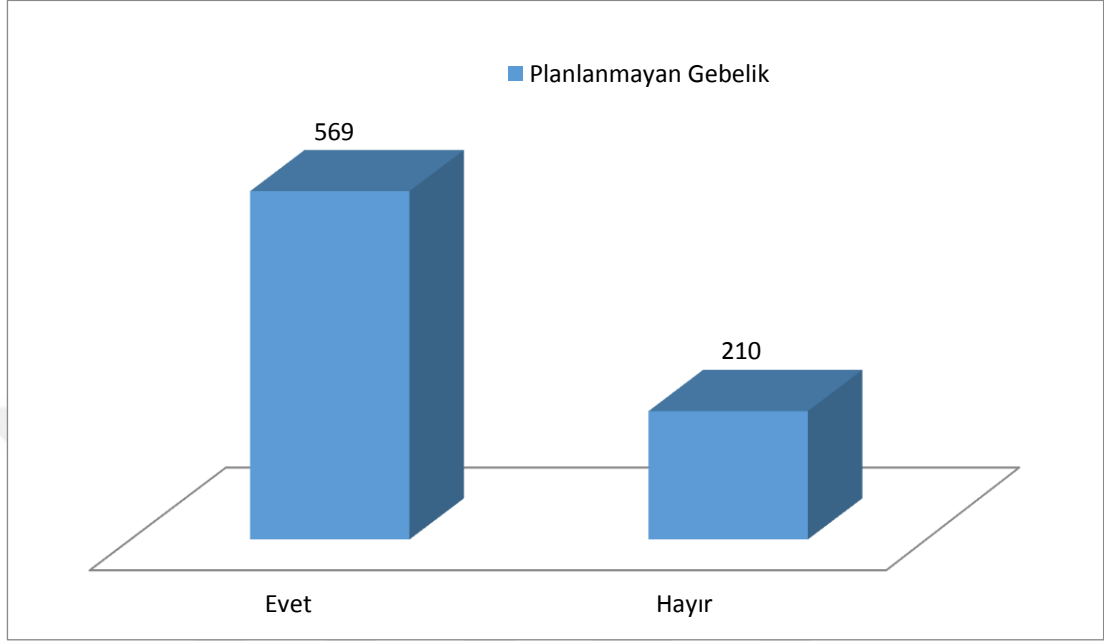


Şekil 11: Katılımcıların Sahip Olduğu Çocuk Sayıları

Tablo-4: Katılımcıların Obstetrik Öyküleri

		Sayı (n)	Oran (%)
Gebelik Sayısı	0	137	15.1
	1	213	23.4
	2	262	23.8
	3	172	18.9
	4	66	7.3
	5	36	4.0
	6	20	2.2
	7	3	0.3
	8	1	0.1
Doğum Sayısı	0	162	17.8
	1	220	24.2
	2	265	29.1
	3	164	18.0
	4	56	6.2
	5	35	3.8
	6	8	0.9
	7	1	0.1
Düşük Sayısı	0	839	92.2
	1	57	6.3
	2	11	1.2
	3	2	0.2
	5	1	0.1
Kürtaj Sayısı	0	903	99.2
	1	6	0.7
	4	1	0.1

En az bir gebeliği olan katılımcılardan 210(%23.1)'unun herhangi bir plansız gebeliği yok, 569(%62.5)'u ise en az bir plansız gebeliğe sahipti (Şekil 12).



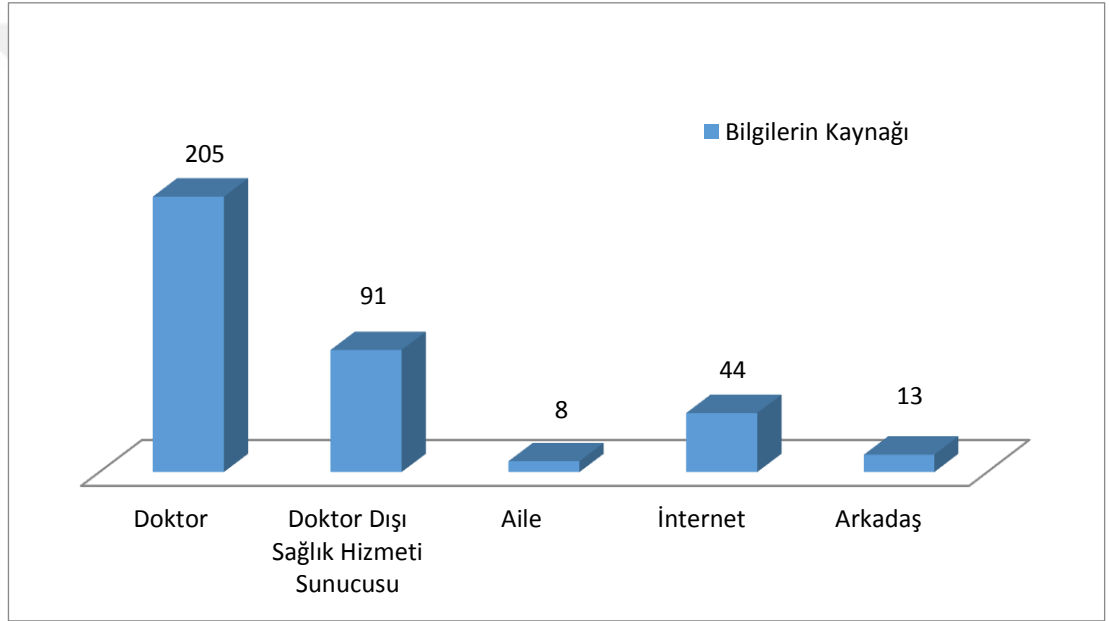
Şekil-12: Katılımcıların Planlanmayan Gebelik Durumları

Katılımcıların kayıtlı oldukları aile sağlığı merkezleri tarafınca sağlıklı bir gebelik geçirebilmeleri için gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladıkları zaman uygulanması ve sorgulanması gereken soruların yapılıp yapılmama oranları tablo 5'te gösterilmektedir.

Tablo-5: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu

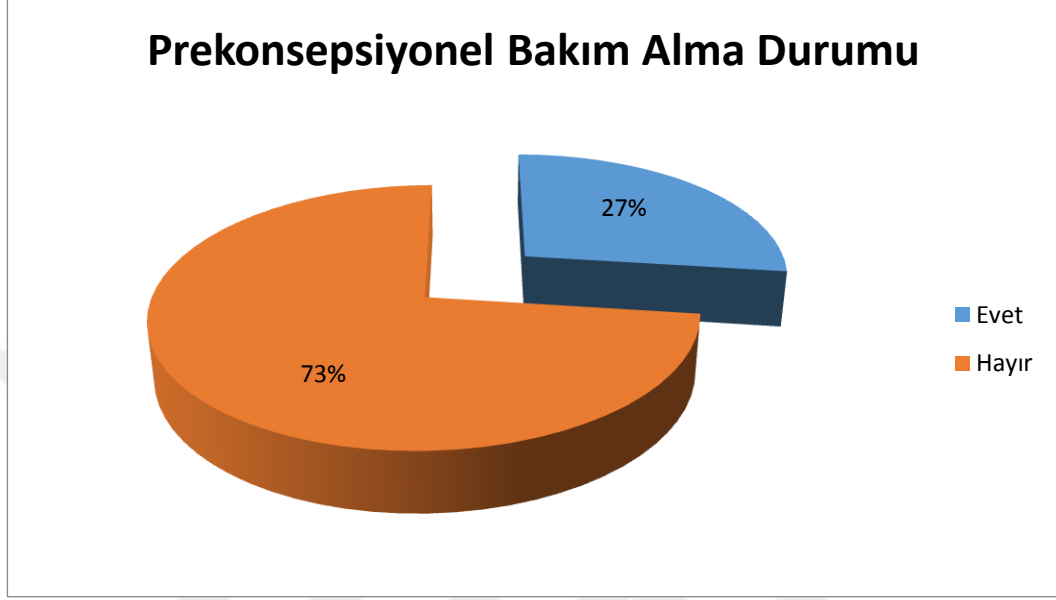
		Sayı (n)	Oran (%)
Folik Asit Kullanımı	Evet	333	36.6
	Hayır	577	63.4
Kronik Hastalık	Evet	319	35.1
	Hayır	591	64.9
Tütün/Sigara-Pasif İçicilik	Evet	406	44.6
	Hayır	504	55.4
Aşılama/Bağışıklanma	Evet	225	24.7
	Hayır	685	75.3
İlaç Kullanımı	Evet	333	36.6
	Hayır	577	63.4
Vücut Kitle İndeksi	Evet	343	37.7
	Hayır	567	62.3
Tansiyon	Evet	455	50.0
	Hayır	455	50.0
Kan/İdrar Tahlili	Evet	447	49.1
	Hayır	463	50.9
Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	Evet	134	14.7
	Hayır	776	85.3
Beslenme Durumu	Evet	397	43.6
	Hayır	513	56.4
Alkol/Uyuşturucu Madde Kullanımı	Evet	172	18.9
	Hayır	738	81.1
Genetik Danışmanlık	Evet	213	23.4
	Hayır	697	76.6
Psikolojik Değerlendirme	Evet	193	21.2
	Hayır	717	78.8
Çevresel Maruziyet	Evet	173	19.0
	Hayır	737	81.0

Katılımcıların 301(%33.1)'i sağlık hizmeti sunucularından prekonsepsiyonel bakım alabileceğini biliyor, 609(%66.9) kişi ise bilmemekteydi. Olguların 222(%24.4)'si prekonsepsiyonel bakım hakkında yeterli bilgiye sahip olduğunu, 688(%75.6)'si ise olmadığını ifade etti. Yeterli bilgiye sahip oldukarını ifade eden katılımcıların bilgilerinin kaynaklarını ise doktor, doktor dışı sağlık hizmeti sunucusu, arkadaş, aile, internetti (şekil 13).



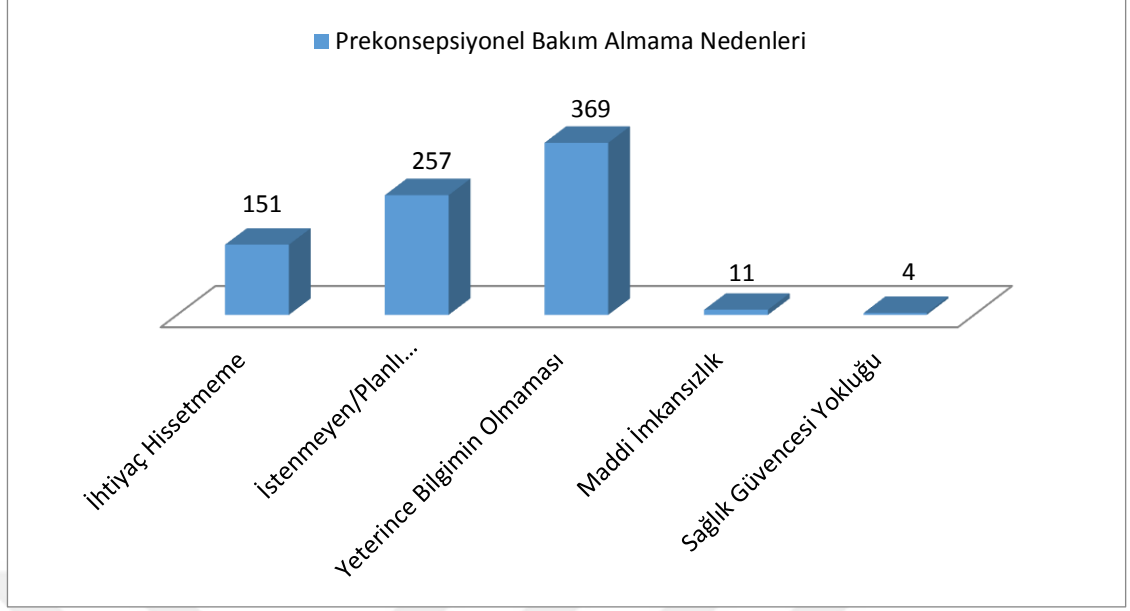
şekil-13: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bilgi Kaynakları

Katılımcılara şu ana kadar hiç prekonsepsiyonel bakım alıp almadıkları sorulduğunda 246(%27.0)'sı aldığını, 664(%73.0) katılımcı ise almadığını ifade etti (şekil 14).



şekil -14: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumları

Prekonsepsiyonel bakım almayan katılımcıların almama nedenleri sorgulduğunda nedenler arasında ihtiyaç hissetmeme, istenmeyen/planlı olmayan gebelik, bu konuda yeterince bilgimin olmaması, maddi imkansızlık, sağlık güvencesi yokluğu gibi nedenler mevcuttu (şekil 15).



Şekil-15: Katılımcıların Prekonsepsiyonel Bakım Almama Nedenleri

Çalışmamızda katılımcılar sahip oldukları riskler açısından incelendi ve yukarıda elde edilen bulgular ile prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı alma durumu karşılaştırıldı. Eğitim, aylık gelir, iş, kronik hastalık, düzenli kullanılan ilaç, düzenli egzersiz yapma, planlı gebelikler, prekonsepsiyonel bakımla ilgili bilgisi, prekonsepsiyonel bakım hakkında yeterli bilgi sahibi olma ile prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlendi. Eğitim düzeyi yükseldikçe prekonsepsiyonel bakım alma durumu da yükselmekteydi ($p<0,001$) (Tablo 6).

Mevcut gebeliği planlı olanlarda prekonsepsiyonel bakım alma oranı anlamlı derecede yüksekti ($p<0,001$). Buna göre mevcut gebeliği planlı olanların %72.4'ü ($n=152$) prekonsepsiyonel bakım almıştı. Ayrıca kronik hastalığı olan gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma oranı da anlamlı derecede düşük bulundu ($p<0,001$). Sigara kullanımı, alkol kullanımı ve akraba evliliği ile prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmedi (Tablo 6).

Tablo-6: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 1

		Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu		p
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	2,(%14.3)	12,(%85.7)	<i>p</i> <0,001
	Okur-Yazar	1,(%1.0)	99,(%99.0)	
	İlköğretim	80,(%21.6)	291,(%78.4)	
	Lise	92,(%33.0)	187,(%67.0)	
	Üniversite	71,(%48.6)	75,(%51.4)	
Aylık Gelir	0-1300tl	7,(%14.3)	42,(%85.7)	<i>p</i> <0,001
	1301-2600tl	61,(%17.4)	290,(%82.6)	
	2601-3900tl	84,(%23.5)	273,(%76.5)	
	3901-5200tl	49,(%51.0)	47,(%49.0)	
	5200tl ve üstü	45,(%78.9)	12,(%21.1)	
Çalışma Durumu	Evet	123,(%33.3)	246,(%66.7)	<i>p</i> <0,001
	Hayır	123,(%22.7)	418,(%77.3)	
Kronik Hastalık	Evet	16,(%12.0)	117,(%88.0)	<i>p</i> <0,001
	Hayır	230,(%29.6)	547,(%70.4)	
İlaç Kullanımı	Evet	16,(%11.9)	119,(%88.1)	<i>p</i> <0,001
	Hayır	230,(%29.7)	545,(%70.3)	
Sigara Kullanımı	İçmiyorum	192,(%26.6)	530,(%73.4)	<i>p</i> =0,56
	Bıraktım	10,(%35.7)	18,(%64.3)	
	İçiyorum	44,(%27.5)	116,(%72.5)	
Alkol Kullanımı	İçmiyorum	243,(%27.1)	655,(%72.9)	<i>p</i> =0,92
	Bıraktım	2,(%22.2)	7,(%77.8)	
	İçiyorum	1,(%33.3)	2,(%66.7)	
Egzersiz Yapma	Evet	16,(%47.1)	18,(%52.9)	<i>p</i> =0,007
	Hayır	230,(%26.3)	646,(%73.7)	
Akraba Evliliği	Evet	23,(%29.9)	54,(%70.1)	<i>p</i> =0,89
	Hayır	221,(%30.6)	501,(%69.4)	
Planlı Gebelik Durumu	Plansız gebelik yok	152,(%72.4)	58,(%27.6)	<i>p</i> <0,001
	En az bir plansız gebelik mevcut	89,(%15.6)	480,(%84.4)	
Prekonsepsiyon Alma Bilgisi	Evet	234,(%77.7)	67,(%22.3)	<i>p</i> <0,001
	Hayır	12,(%2.0)	597,(%98.0)	
Prekonsepsiyon Hakkında Yeterli Bilgi	Evet	193,(%86.9)	29,(%13.1)	<i>p</i> <0,001
	Hayır	53,(%7.7)	635,(%92.3)	

Katılımcıların eşleri değerlendirildiğinde ise eşlerin eğitim durumu ile prekonsepsiyonel bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkili bulundu ($p<0,001$), eşinin sigara kullanımı ile prekonsepsiyonel bakım alma durumları arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ($p=0,51$) (Tablo 7).

Tablo-7: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 2

		Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu		p
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Eşin Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	1,(%50.0)	1,(%50.0)	$p<0,001$
	Okur-Yazar	2,(%2.3)	86,(%97.7)	
	İlköğretim	71,(%23.4)	233,(%76.6)	
	Lise	63,(%27.0)	170,(%73.0)	
	Üniversite	105,(%66.0)	54,(%34.0)	
Eşin Sigara Kullanımı	İçmiyorum	138,(%31.8)	296,(%68.2)	$p=0,51$
	Bıraktım	13,(%36.1)	23,(%63.9)	
	İçiyorum	93,(%28.7)	231,(%71.3)	

Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım alma durumu ile diğer değişkenler arasındaki istatistiksel ilişkiye bakıldığında ise kürtaaj sayısı haricindeki diğer bulgular ile prekonsepsiyonel bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlendi ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo-8: Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler 3

	Prekonsepsiyonel Bakım Alma		p
	Durumu		
	Evet Median (Min-Max)	Hayır Median (Min-Max)	
Yaş	29.5(19-48)	32(18-49)	<i>p=0,005</i>
Çocuk Sayısı	1(0-4)	2(0-7)	<i>p=0,001</i>
Gebelik Sayısı	2(0-5)	2(0-8)	<i>p=0,002</i>
Doğum Sayısı	1(0-4)	2(0-7)	<i>p=0,001</i>
Düşük Sayısı	0.00(0-3)	0.00(0-5)	<i>p=0,023</i>
Kürtaj Sayısı	0.00(0-1)	0.00(0-4)	<i>p=0,346</i>

Çalışmamızda katılımcıların eğitim, aylık gelir, çalışma durumu, kronik hastalık, düzenli kullanılan ilaç, düzenli egzersiz yapma, prekonsepsiyonel bakım alma bilgisi, prekonsepsiyonel bakım hakkında yeterli bilgi sahibi olma, eşinin eğitim durumu ve eşinin sigara kullanımı ile planlı olmayan gebelik durumu karşılaştırıldı. Eğitim durumu, aylık gelir, çalışma durumu, kronik hastalık, düzenli kullanılan ilaç, prekonsepsiyonel bakım alma bilgisi, prekonsepsiyonel bakım hakkında yeterli bilgi sahibi olma, eşinin eğitim durumu ve eşinin sigara kullanımı ile planlı olmayan gebelik durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,05$). Sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli egzersiz yapma, akraba evliliği ile planlı olmayan gebelik durumu arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo-9: Planlı Olmayan Gebelik Durumunu Etkileyen Faktörler

		Planlı Olmayan Gebelik Durumu		p
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	13,(%92.9)	1,(%7.1)	<i>p<0,001</i>
	Okur-Yazar	93,(%93.9)	6,(%6.1)	
	İlköğretim	263,(%78.0)	74,(%22.0)	
	Lise	155,(%69.2)	69,(%30.8)	
	Üniversite	45,(%42.9)	60,(%57.1)	
Aylık Gelir	0-1300tl	13,(%65.0)	7,(%35.0)	<i>p<0,001</i>
	1301-2600tl	230,(%79.6)	59,(%20.4)	
	2601-3900tl	256,(%77.3)	75,(%22.7)	
	3901-5200tl	48,(%57.1)	36,(%42.9)	
	5200tl ve üstü	22,(%40.0)	33,(%60.0)	
Çalışma Durumu	Evet	179,(%64.2)	100,(%35.8)	<i>p<0,001</i>
	Hayır	390,(%78.0)	110,(%22.0)	
Kronik Hastalık	Evet	117,(%90.7)	12,(%9.3)	<i>p<0,001</i>
	Hayır	452,(%69.5)	198,(%30.5)	
İlaç Kullanımı	Evet	119,(%90.8)	12,(%9.2)	<i>p<0,001</i>
	Hayır	450,(%69.4)	198,(%30.6)	
Sigara Kullanımı	İçmiyorum	438,(%72.0)	170,(%28.0)	<i>p=0,18</i>
	Bıraktım	22,(%88.0)	3,(%12.0)	
	İçiyorum	109,(%74.7)	37,(%25.3)	
Alkol Kullanımı	İçmiyorum	562,(%73.0)	208,(%27.0)	<i>p=0,57</i>
	Bıraktım	6,(%85.7)	1,(%14.3)	
	İçiyorum	1,(%50.0)	1,(%50.0)	
Egzersiz Yapma	Evet	18,(%58.1)	13,(%41.9)	<i>p=0,055</i>
	Hayır	551,(%73.7)	197,(%26.3)	
Akraba Evliliği	Evet	53,(%73.6)	19,(%26.4)	<i>p=0,92</i>
	Hayır	510,(%73.1)	188,(%26.9)	
Prekonsepsiyonel Bakım Alma Bilgisi	Evet	107,(%39.5)	164,(%60.5)	<i>p<0,001</i>
	Hayır	462,(%90.9)	46,(%9.1)	
Prekonsepsiyonel Bakım Hakkında Yeterli Bilgi	Evet	66,(%32.2)	139,(%67.8)	<i>p<0,001</i>
	Hayır	503,(%87.6)	71,(%12.4)	
Eşinin Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	2,(%100)	0,(%0)	<i>p<0,001</i>
	Okur-Yazar	85,(%97.7)	2,(%2.3)	
	İlköğretim	232,(%79.2)	61,(%20.8)	
	Lise	165,(%73.7)	59,(%26.3)	
	Üniversite	76,(%48.7)	80,(%51.3)	
Eşinin Sigara Kullanımı	İçmiyorum	299,(%71.5)	119,(%28.5)	<i>p=0,012</i>
	Bıraktım	20,(%55.6)	16,(%44.4)	
	İçiyorum	243,(%77.1)	72,(%22.9)	

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada Hatay merkez ilçeleri birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran üreme çağı kadınlarında prekonsepsiyonel bakım alma durumunu gösterme açısından önemli sonuçlara ulaşılmıştır. Üreme çağındaki kadınlara yeterli danışmanlık verilmediği görülmektedir. Bunun sonucunda anne ve bebeğin sağlığını olumsuz olarak etkileyecek faktörlerin ortadan kaldırılamaması ya da kontrol altına alınamaması gebelik, doğum ve doğum sonu sorunlara bağlı anne ve bebek ölümleri ve buna bağlı sağlık sorunlarını arttırmaktadır. Epidemiyolojik ve gözlemsel çalışmalar erken dönemden itibaren iyi bir bakım programı uygulanan kadınlarda anne ve bebek ölümlerinin azaldığı ve gebelik sonuçlarının daha olumlu olduğunu göstermiştir (80).

Bu çalışmada, katılımcıların %27'si hayatının herhangi bir döneminde prekonsepsiyonel bakım almıştı. Kadınların prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı almasını etkileyen çeşitli faktörler olabilir. ABD'de yapılmış bir çalışmada sosyokültürel yapı ve sosyal güvencenin yeterli bakım alma durumunu etkilediği, bu hizmetlerden yararlanan kadınların doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası dönemlerinin daha iyi olduğu saptanmıştır (81). ABD'de yapılmış başka bir araştırmada yeterli bakım almayan kadınlarda, gebelikte yapılması gereken tetkiklerle (hepatit B, sfiliz ve kızamıkçık geçirilip geçirilmediğini gösteren testler gibi) ilgili olarak kaçırılmış fırsatların 14.6 kat daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir (82). Detroit'te yapılmış bir araştırmada adölesanların gebelik öncesi bakım hizmetlerini 1.8 kat, istenmeyen gebeliği olan kadınların da bu hizmetleri 3.7 kat daha geç dönemde aldıkları gözlenmiştir (83). Oklahoma'da yapılan bir çalışma gebelerin özellikleri ve mevcut gebeliklerinin planlı olma oranı dahil çoğu özellikleriyle bizim bulgularımızla örtüşmektedir. Bizim çalışmamızda da içerisinde planlı olmayan gebelik olan çiftlerin prekonsepsiyonel bakım alma oranları düşüktü.

Ayrıca prekonsepsiyonel bakım için hekime başvuran eşlerin eğitim düzeyleri almayanlara göre daha yüksekti.

Çalışmamızda katılımcıların %14.4'ünün kronik bir hastalığı mevcuttu. Bu çiftlerin de %90'dan fazlasının planlı olmayan gebelikleri mevcut idi. Ayrıca bunlara prekonsepsiyonel danışmanlık alıp almadıkları sorulduğunda görüldü ki, bunlarında %12'si prekonsepsiyonel bakım almıştı. Prekonsepsiyonel bakım alımı ve kronik hastalık mevcudiyeti arasında negatif bir ilişki vardı. Amerika'da hastalık önleme merkezinin yaptığı prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bir panelde 2002 yılında 18-44 yaş arası kadınların %6'sının astım %3'ünün kardiyak bir hastalık,%9'unun diyabet ve %1'inin tiroid ile ilgili bir kronik hastalığı olduğu ancak bunlara rağmen gebelik planı yapmadan gebe kaldıkları ve riskli davranışlarını sürdürdüklerine ilişkin çalışmalar rapor edilmiştir ve çalışmamıza benzer sonuçlar yayınlanmıştır (84).

Çalışmamızda katılımcıların egzersiz ve fiziksel aktivite durumu açısından incelendiğinde çok düşük yüzdesinin fiziksel aktivite yaptığı görüldü. Fiziksel aktivite yapan bireylerin prekonsepsiyonel bakım alma ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Egzersizin gebeliği olumsuz etkilediğini gösteren bir bilgi yoktur. Birçok gebe gebelik sırasında egzersizlerine devam edebilir (85). Prekonsepsiyonel bakım alanlar bu konuda bilgilendirilmeli. Gebeye aşırı ve supin pozisyonda yapılan egzersizlerden kaçınması, denge gerektiren aktivitelerden uzak durması, sıvı alımı ve sıcaklığa dikkat etmesi hususunda bilgi verilmelidir.

Çalışmamızda gebelerin yarısından daha azında eşler arası akrabalık mevcuttu. Eşler arası akrabalığı mevcut olan katılımcıların büyük çoğunluğu ilköğretim mezunuydu. Planlama yapmayan gebelerin prekonsepsiyonel bakım alma oranları düşük olduğundan akrabalık gibi genetik hastalıklar açısından risk oluşturabilecek bir durum göz ardı edilmemeli ve kişilerin taşıyıcı olabilecekleri göz önünde bulundurularak prekonsepsiyonel bakım verilmelidir. Ailede tekrarlayan konjenital fetal anomalileri olanlar gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere yönlendirilmelidir. Özellikle akraba evliliği yapmış olan gebelerde bu konu daha büyük önem taşır.

Çalışmamıza katılan kadınların %16.6'sı sigara kullanmaktaydı. Sigara kullanımı ile prekonsepsiyonel bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sigara içmek düşük, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma ve anne karnında ölüm ve çocuklarda dikkat bozukluğu riskini arttırmaktadır (86). Günde 1 paketin altında sigara içenlerde düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski %50 artarken, 1 paketin üzerinde sigara içenlerde bu risk %130 artış göstermektedir. Eğer anne 16. gebelik haftasından itibaren sigara içmeyi bırakırsa fetusa olan risk hiç sigara içmeyenler ile karşılaştırıldığında hemen hemen aynıdır (87).

Çalışmamızda katılımcılar gebelik ve doğum sayıları açısından analiz edildi. Gebelik ve doğum sayısı arttıkça katılımcıların prekonsepsiyonel bakım alma ve mevcut gebeliklerinin planlı olma durumunu azalmıştı. Bu azalma gebeliklerin plansız olması ile doğrudan ilişkilidir. TNSA 2013 verileri de bu gerçeği gözler önüne sermekte ve bulgularımızı desteklemektedir (88). Çalışmamızda düşük ve kürtaj sayısı analiz edildiğinde bu oran çok düşük çıkmakla birlikte kürtaj sayısı prekonsepsiyonel bakım ya da mevcut gebeliğin planlı olması arasında bir ilişki yoktu.

Çalışmamıza katılan gebelerin eşleri analiz edildiğinde, sigara kullanımı ve eğitim durumları ile planlı gebelik durumları istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Prekonsepsiyonel bakım alma durumunun da ise eğitim durumu anlamlı eşin sigara kullanımı ise istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım alma durumlarının tespiti için oluşturulan anket sorularında en düşük yüzde cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında danışmanlık alma durumu için çıkmıştır (%14.7). En yüksek oran ise tansiyon ölçümü olarak belirlenmiştir (%49.9).

Katılımcılara gebelik öncesi folik asit kullanımı ile ilgili yapılan bilgilendirme ve verilen hizmet de bu çalışmada yeterli bulunmamıştır. Katılımcıların prekonsepsiyonel dönemde folik asit bilgilendirilme oranı %36.6 olarak belirlendi. Nitekim Danimarka'da yapılan 7 yıllık bir çalışma sonucunda da gebelik öncesinde folik asit alımının düşük olduğu gösterilmiştir. Özellikle eğitim düzeyi düşük ve plansız gebelik riski olan gruplarda prekonsepsiyonel bakım sırasında folik asit desteği daha da önem arz etmektedir (89). Folik asit desteğinin gebelik öncesi dönemde başlanması oluşan gebelikte nöral tüp defekti (NTD) görülme olasılığını azaltmaktadır. Yapılan çalışmalar gebelik öncesi folik asit desteğinin daha önce NTD'li bebek doğurmuş kadınlar ve normal kadınlarda bu hastalığın oluşma riskini 2/3 oranında azalttığını göstermişlerdir. Bu destek tedavi (400 mikrogram/G) planlanan gebelikten en az 2 ay önce başlanmalı ve gebeliğin 3. ayına kadar devam edilmelidir (90).

Bağışıklanma durumlarının sorgulanma oranı da diğer düşük çıkan oranlardan birtanesiydi (%24.7). Doğurgan çağıdaki tüm kadınlar kızamıkcık bağışıklığı açısından sorgulanmalı. Aşılınmamış veya bağışık olmayan kadınlara aşılama önerilmelidir. Aşılamadan sonraki 3 ay içinde gebe kalmamaları konusunda danışmanlık verilmelidir. Aşılamadan başlıca amaçları; kadını gebelik esnasında fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varisella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan korumaktır (91).

Yapılan çalışmalarda, aşılardan gebeye ve bebeğine yan etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Gebelik planlanıyorsa ve influenza açısından riskli dönemlere (ekim-mayıs ayları) denk geliyorsa, gebelik öncesi aşılanma önerilmektedir. Gebe kalan; ancak aşılanmamış olan kadınlara da inaktive virüs aşılardan trimesterlerin herhangi birinde uygulanabilir. Gebelikte bu aşının yapılması kontrendikedir (92).

Beslenme durumu üzerine danışmanlık önem arz eden diğer durumlardan biriydi. Sağlıklı gebeliğin elde edilmesi ve devamlılığının sağlanmasında beslenmenin prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi ve düzenlenmesi optimal yarar sağlar.

Çalışmamızda katılımcılara çevresel maruziyet açısından prekonsepsiyonel bakım verilme oranı ise %19.0 bulundu. Embriyo veya fetus erişkinlere göre çevresel faktörlere daha hassastır. Radyasyon, kurşun, bakır ve civa gibi ağır metaller, karbon disülfid, asitler, plastik, böcek ilaçları, boya incelticiler ve anestetik gazlar bu çevresel faktörlere birkaç örnektir (93). Bu nedenle gebelik öncesinde danışmanlık veren sağlık personeli ile çalışma koşulları ve ev ortamı hakkında herhangi bir tehlike var mı yok mu konuşulması gerekir. Eğer iş yerinde bebek için tehlikeli olabilecek bir ortam varsa özel giysiler veya gereçler kullanarak bebek korunabilir veya gebelik öncesi ve gebelik sırasında kısa bir dönem için iş yeri değişikliği de yapılabilir (94).

Ülkemizde hekimler tarafından prenatal bakıma gösterilen ilgi ve alaka, prekonsepsiyonel bakıma yeteri kadar verilmemektedir, hekimlerin prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti konusunda bilgisi ve uygulaması yeterli değildir. Dolayısıyla bu konuya daha fazla dikkat çekilmesi gerekmektedir. Özellikle bütüncül ve koruyucu sağlık hizmeti ilkesi olan aile hekimliğinde prekonsepsiyonel bakım daha da önemlidir. Ebeveynler gebelik öncesinde yeterli bir prekonsepsiyonel bakım alamamaktadır. Bu durum anne-çocuk sağlığını koruyup geliştirmenin ve sağlıklı nesiller yaratmanın önündeki en önemli engellerden biridir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prekonsepsiyonel bakım anne ve fetüs için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan bir koruyucu hizmettir. Prekonsepsiyonel bakım terimi, tarama ve tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramını da içermekte ve özünde, eşlerin sağlığını ve dolayısıyla çocuk sağlığı düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir.

Hatay ili'nde yapmış olduğumuz çalışma neticesinde üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel bakım alma durumu oranları düşük bulunmuştur. Eşinin ve kendisinin eğitim durumu yükseldikçe prekonsepsiyonel bakım alma durumuda yükselme görülmekteydi. Planlı gebeliğe sahip olanlarda prekonsepsiyonel bakım alma oranları anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca aylık gelir düzeyi yükseldikçe prekonsepsiyonel bakım alma oranları artmaktaydı. Düşük olan bu oranların yükseltilebilmesi için prekonsepsiyonel bakımın sağlık personelinin tümünün görevi kabul edilmesi, sağlık merkezleri veya insanların toplu olarak buldukları merkezlerde bilgilendirme afişlerinin asılması, herhangi bir sebeple sağlık merkezine başvuran üreme çağındaki kadınların gebelik düşüncelerinin sorgulanması, sağlık çalışanlarının mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde prekonsepsiyonel bakımla ilgili yeterli bilgi ve beceri düzeyine ulaştırılması uygulanması gereken adımlardan sadece birkaçıdır. Bu uygulamaların yapılabilmesi hekimleri prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı vermeye teşvik etmek ve kadınları bu süreçle ilgili eğitmekle mümkündür.

Pratisyen hekimler ve aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik öncesi bakımda önemli rolleri bulunmaktadır. Ancak genellikle personelin konu hakkındaki bilgisi veya motivasyonları yetersiz görünmektedir. Dolayısıyla bu hizmet, sağlık çalışanının inisiyatifine bırakılırsa yeterince iyi uygulanamayabilir. Türkiye'de doğum öncesi bakım konusunda önemli adımlar

atılmıştır ancak (evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmetleri hariç tutulursa) standart bir prekonsepsiyonel bakım şeması henüz devlet eliyle uygulamaya konulmamıştır. Prekonsepsiyonel bakım ulusal program olarak uygulandığında sağlık personelindeki ve kadınlardaki bilgi ve farkındalığın artması öngörülebilir.



7. KAYNAKLAR

1. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. MMWR Recomm Rep 2006; 55:1.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preconceptional care. ACOG technical bulletin 205. American College of Obstetricians and Gynecologists, Washington, DC 1995.
3. Kitabı GAMK. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara; 2009.
4. Centers for Disease Control and Prevention, Recommendations to improve preconception health and health care: United States. Retrieved 12 08, 2017, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>.(2006).
5. Ergocmen BA, Tezcan S, Cağatay P. [Reproductive Health]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdü Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Tubitak. [Turkish Population and Health Survey (TNSA)-2008]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.p. 143-58.
6. Green-Raleigh K, Carter H, Mulinare J, Prue C, Petrini J. Trends in folic Acid awareness and behavior in the United States: the Gallup Organization for the March of Dimes Foundation surveys, 1995–2005. Maternal and child health journal. 2006;10(1):177-82.
7. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. Gazi Medical Journal. 2012;23(3).
8. Lu MC. Recommendations for preconception care. American family physician. 2007;76(3):397-400.
9. 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.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Safe Motherhood Participant Book]. Sexual Health reproductive Health Yayın No: 2B. Ankara, 2005. [Prenatal Care and Preconceptional Care]. p.17-22.

11. Holland WW, Stewart S, Masseria C. Screening in Europe a policy summary. In: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies,eds. Policy Brief: Screening in Europe. Brussels: who Regional Office for Europe; 2006. p.1-10.
12. Shores S, Bailey T. Recommendations for Women of Reproductive Age. NC Med J 2009; 70: 432-8.
13. Frey KA. Preconception care by the nonobstetrical provider. Mayo Clin Proc 2002; 77: 469-73.
14. Reproduced with permission from: Moore K. The developing human: Clinically oriented embryology, WB Saunders, Philadelphia 1982. Copyright ©1982 Elsevier.
15. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period--United States, 2002-2004. Matern Child Health J 2006; 10: 101-6
16. 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. Prev Med 2002; 34: 505-11.
17. Moos MK. Preconception health: where from here? Women's Health Issues 2006; 16: 156-8.
18. Bible. Old testament 3-4 p.
19. 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.
20. Behrman RE. Preventing low birth weight: A pediatric perspective. The Journal of pediatrics. 1985;107(6):842-54.
21. Freda MC, Moos M-K, Curtis M. The history of preconception care: evolving guidelines and standards. Maternal and Child Health Journal. 2006;10(1):43-52.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists A. Preconception Care. ACOG Technical Bulletin number 2051995.

23. Ebrahim SH, Lo SS-T, Zhuo J, Han J-Y, Delvoye P, Zhu L. Models of preconception care implementation in selected countries. *Maternal and child health journal*. 2006;10(1):37-42.
24. Al Azeem STA, Elsayed ET, El Sherbiny NAEK, Ahmed L. Promotion of knowledge and attitude towards premarital care: An interventional study among medical student in Fayoum University. *Journal of Public Health and Epidemiology*. 2011;3(3):121-8.
25. Bakanlığı TCAVSP. Türkiye'de Kadın 19.08.2017 Tarihinde adresinden erişildi: <http://kadininstatusu.gov.tr/uygulamalar/turkiyede-kadin>.
26. İstanbul Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu. [Evlilik Raporları]. STED 2002;11:212-4.19.09.2017 Tarihinde adresinden erişildi: <http://www.tb.org.tr/STED/sted0602/masa.pdf>
27. Bakanlığı TS. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html> Erişim tarihi. 2017;8(03).
28. Yüce M, Candaş T, Sayın N, Balkanlı-Kaplan P, Güçer F, Yardım T. Olgularımızda gebelik öncesi ve gebelikte folik asit kullanımı. *Türk Fertilité Dergisi*. 2001;9:251-7.
29. Unusan N. Assessment of Turkish women's knowledge concerning folic acid and prevention of birth defects. *Public health nutrition*. 2004;7(07):851-5.
30. 30-Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception* 2011; 84:478.
31. Moos MK, 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. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 280-9.
32. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 345-56.
33. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 333-9.

34. Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, Rychlik DF, et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 373-83.
35. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 389-95.
36. Dunlop AL, Gardiner PM, Shellhaas CS, Menard MK, McDiarmid MA. The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 367-72.
37. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 357-61.
38. <http://www.baskent-adn.edu.tr/kadin-hastaliklari/>. [10.9.2017,20:30 Tarihinde adresinden erişildi].
39. <http://www.mchip.net/node/28>. [10.8.2017,22:00 Tarihinde adresinden erişildi].
40. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. *The American journal of clinical nutrition*. 2000;71(5):1280s-4s.
41. Küçük M, Yavaşoğlu İ, Kadıköylü G, Bolaman Z. Gebelik ve hematoloji. *RISK*. 2011;66:71.
42. Yaprak I. Beta talasemi tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. *Sted*. 2004;13(2):58-9. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0204/beta.pdf> Tarihinde adresinden erişildi.
43. Sağlığı K, Planı APUF. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Tisamat Basım San, Ankara. 1998.
44. Queenan JT, Hobbins JC, Spong CY. *Protocols for high-risk pregnancies*: Wiley Online Library; 2010.
45. Rappaport VJ, Velazquez M, Williams K. Hemoglobinopathies in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2004;31(2):287-317.
46. Hellgren M. Hemostasis in normal pregnancy and puerperium. *Haemostasis* 1999; 26(Suppl 4): 244-7. Stirling Y, Woolf L, North WRS, et al. Haemostasis in normal pregnancy. *Thromb Haemostas* 1984; 52: 176-82.
47. Thromboembolism in pregnancy. Practice Bulletin No. 123. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2011; 118:718–29.

48. Cinemre H, Yıldız Ö. Antifosfolipid Antikor Sendromu. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2004;2:39-47.
49. Jones DC, Hayslett JP: Outcome of pregnancy in women with moderate or severe renal insufficiency. N Engl J Med 335: 226-232, 1996.
50. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy: differential diagnosis, pathogenesis, and management. Blood reviews. 2003;17(1):7-14.
51. 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:S310-S8.
52. Durukan T, Güven S, Güvendağ Güven ES, Önderoğlu L, Deren Ö. Kalp Hastalığı Olan Gebelerde Maternal ve Perinatal Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri. 2003(13):S425-S30.
53. Oksuz S, Yılmaz EPT, Pirim ABG, Cayir Y. A Case with Double Outlet Right Ventricle Caught Pre-Pregnancy Care [Gebelik Öncesi Bakımda Yakalanan Bir Çift Çikimli Sağ Ventrikül Olgusu]. Medicine Science| International Medical Journal. 2014;3(4):1685-90.
54. Van Driel D, Wesseling J, ter Huurne K, Geven-Boere LM, Rosendaal FR, van der Vee E. Adherence to a guideline for coumarins in pregnancy. Pharmacy World and Science. 2004;26(5):297-300.
55. Tetikkurt C. Respiratory physiology in pregnancy. Cerrahpaşa J Med2000; 31 (2): 118-122.
56. Öksüz S, Pektas E, Yavuz M, Aksungur N, Cayir Y, Akcay M. An unusual cause of hoarseness: hydatid cyst of the thyroid. Trop Biomed. 2013;30(4):642-4.
57. Tertemiz KC, Gökçen B, Önen A, Akkoçlu A. Gebelik ve Kist Hidatik. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2008;56(1):S96-S9.
58. Aydoğan Ü, koç, B., sarı, O. Gebelik ve Endokrin Bozukluklar. In: aydoğan Ü, koç, B., sarı, O., editor. Temel Aile Hekimliği: güneş tıp kitabevleri; 2016. p. s266-s8.

59. Paden MM, Avery DM. Preconception Counseling to Prevent the Complications of Obesity During Pregnancy. *American Journal of Clinical Medicine*. 2012;9(1):S30-S5.
60. <http://emedicine.medscape.com/article/1149405-overview#a4>. [22.09.2017,22:00 Tarihinde adresinden erişildi].
61. Aubé M. Migraine in pregnancy. *Neurology*. 1998;53(4 Suppl 1):S26-8.
62. Göksu Ay. Otoimmün Hastalıkların Patogeneğinde Mikrokimerizmin Olası Rollerini? *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*. 2006;26(2):163-8.
63. Doria A, Ghirardello A, Iaccarino L, Zampieri S, Punzi L, Tarricone E, Ruffatti A, Sulli A, Sarzi-Puttini PC, Gambari PF, Cutolo M. Pregnancy, cytokines, and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2004;51(6):989-95.
64. Frank R. Witter. Management of the High-Risk Lupus Pregnant Patient. *Rheum Dis Clin North Am* 2007; 33: 253-265
65. Ruiz-Irastorza G, Khamshata MA. Lupus and Pregnancy: Ten questions and some answers. *Lupus* 2008 ; 17(5) 416-20
66. Gayed M, Gordon C. Pregnancy and Rheumatic Disease. *Oxford, Rheumatology* 2007;46(11):S1634-S40.
67. Saraç E, Önderoğlu L. Multiple skleroz ve gebelik. *Perinatoloji Dergisi*. 1994;2:240-2.
68. Tunçbilek E, Özalp İ, Teziç T, Köse MR, Münip E, Üstündağ D, et al. sağlık personeli için el kitabı.
69. Fujiwara N, Tsuruda K, Iwamoto Y, Kato F, Odaki T, Yamane N, et al. Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. *Journal of investigative and clinical dentistry*. 2015.
70. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. *Maternal and child health journal*. 2006;10(1):169-74.
71. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. *Journal of periodontology*. 2002;73(8):911-24.

72. Yenicesu C, Demirel Y. Gebelerde Aşılar. *Turkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics*. 2011;2(5):75-81.
73. Duran B, Toktamış A, Erden Ö, Demirel Y, Mamik BA, Çetin M. Doğum öncesi bakımda tartışmalı bir konu: TORCH taraması. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2002;24(4):185-90.
74. Cengiz SA, Cengiz L, Ebru U, Cengiz AT, Fakültesi GÜT. Gebe Kadınların Serumlarında Rubella IgG VE IgM'nin Elisa ile Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*. 2005;19(1):19-24.
75. Başcı AB, Koçak DY, Yılmazel G, Duman NB. Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılama sıklığı ve etkileyen faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2015:94-8.
76. Bourget D, Bradford, J.M.W. . Homicidal parents. *Canadian Journal of Psychiatry*. 1990(35):S233-S8.
77. Cinsel PKKPH, Yaşam E, Planlaması A, Kontrasepsiyon G, Olma ÇS. Aıds ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Populasyonla Karşılaştırmalı Çalışması. İstanbul: Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2004.
78. Erdim L, Sevil İ, Bozkurt G. Psikiyatrik Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamının Çocuklar Üzerine Etkisi. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2015;2(2):233-40.
79. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=\[](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=[) 10.8.2017,22:00 Tarihinde adresinden erişildi].
80. Beşer E., Ergin F., Sönmez A, Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2): 137-141.(2007)
81. Fullerton, J. T., Nelson, C., Shannon, R., Bader, J. Prenatal care in the Paso del Norte Border Region. *J Perinatol.*, 24: 62-71. (2004).
82. Schrag, S. J. ve ark. Prenatal screening for infectious diseases and opportunities for prevention. *Obstet Gynecol.*, 102(4): 753-60. (2003).
83. Hulsey, T. M., Laken, M., Miller, V., Ager, J. The influence of attitudes about unintended pregnancy on use of prenatal and post partum care. *J Perinatol.*, 20(8): 513-9. (2007).
84. Almeling R, Waggoner MR. More and Less than Equal How Men Factor in the Reproductive Equation. *Gender & Society*. 2013:0891243213484510.

85. American College of Obstetricians and Gynecologists , Duncombe D, Wertheim EH, Skouteris H, Paxton SJ, Kelly L. Factors related to exercise over the course of pregnancy including women's beliefs about safety of exercise during pregnancy. *Midwifery*. 2007;25:430–438.
86. Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Chen, L., Jones, J. Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? *Am J Psychiatry*, 153: 1138-42. (2005).
87. Floyd, R. L., Zahniser, S. C., Gunter, E. P., Kendrick, J. S. Smoking during pregnancy: Prevalence, effects, and intervention strategies. *Birth*, 18: 48-53. (2001).
88. Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I, et al. Core state preconception health indicators pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(3):1-62.
89. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastirması(TNSA-2013).[10.8.2017,22:00 Tarihinde adresinden erişildi].
90. Iqbal, M. M. Prevention of neural tube defects by periconceptional use of folic acid. *Pediatr Rev*,21: 58-66. (2000). Botto, Moore, Khoury ve Erickson 1999.
91. Yenicesu, C., Demirel, Y. Gebelerde Aşılar. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*, 2(5),75-81. (2011).
92. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, Influenza vaccination during pregnancy. *Obstet Gynecology*, 116(4),1006-7. (2010).
93. Cefalo, R. C., Moos, M. K. Preconceptional health promotion. Cefalo, R. C., Moos, M. (Eds.). *Preconceptional Health Care: A Practical Guide*. 2. baskı, Mosby, St. Louis. (2005).
94. American College of Obstetricians and Gynecologists. Substance abuse in pregnancy. *ACOG Technical Bulletin Number 195,Int J Gynaecol Obstet* 1994;47:73-80. (2004).

8.EKLER

EK 1: Çalışma Anketi

HATAY İLİ BİRİNCİ BASAMAKTA ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARDA PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER ÇALIŞMASI

ANKET FORMU

Yaşınız:

Eğitim durumunuz: Okur-Yazar değil:

Okur-Yazar:

İlköğretim:

Lise:

Üniversite:

Medeni durumunuz: Evli:

Bekar:

Dul:

Boşanmış:

Evli iseniz eşinizin eğitim durumu: Okur-Yazar değil:

Okur-Yazar:

İlköğretim:

Lise:

Üniversite:

Aylık geliriniz: 0-1300tl:

1301-2600tl:

2601-3900tl:

3901-5200tl:

5201tl ve üstü

Çalışıyor musunuz? : A)Evet

B)Hayır

Mesleğiniz(.....)

Kronik hastalık/hastalıklarınız var mı? A)Hayır

B)Evet

.....

Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?: A)Hayır B)Evet.....

Sigara kullanımı:A)İçmiyorum B)Bıraktım.....önce C)İçiyorum
...../gün

Eşinizin Sigara kullanımı: A)İçmiyor B)Bıraktı.....önce C)İçiyor
...../gün

Alkol alıyor musunuz?: A)Hayır B)Bıraktım.....önce C)İçiyorum.....

Düzenli olarak egzersiz yapıyor musunuz?: A)Evet B)Hayır

Eşinizle akraba mısınız?: A)Hayır B)Evet.....

1) Çocuk sahibi olmak istiyor musunuz?

A)Hayır şu anda düşünmüyorum B)Şu anda gebeyim C)Şu anda düşünüyorum,yakında gebe kalmayı umut ediyorum D)Önümüzdeki 1-2yıl içinde gebe kalmayı planlıyorum E)Önümüzdeki 3-5yıl içinde gebe kalmayı planlıyorum

2)Hiç gebe kaldınız mı?

A)Evet B)Hayır

3) Gebelik Sayısı:..... Doğum Sayısı:..... Düşük Sayısı:.....

Kürtaj:.....

4)Çocuk sayısı: Yok 1: 2: 3: 4 ve Üstü:

5)Gebe kaldıysanız bunlardan kaç tanesi planlanmayan gebelikti?

A)Plansız gebeliğim yoktu B)En az 1 plansız gebelik vardı

6)Gebe değilim, şu anda doğum kontrol yöntemi kullanıyorum:

A)Evet B)Hayır

7) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan **3 ay önce** başlanarak ve gebelikten sonra da en az **10-12. haftaya** kadar devam eden **folik asit** kullanmanız gerektiği konusunda bilgilendirildiniz mi?

A)Evet

B)Hayır

8) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/ gebe kalmayı planladığınız zaman varsa **kronik hastalıklarınızın** (diyabet, hipertansiyon, fenilketonüri, astım...) kontrol altında tutulması konusunda bilgilendirildiniz mi?

A)Evet

B)Hayır

9) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/ gebe kalmayı planladığınız zaman **tütün/sigara kullanımı** ve **pasif içicilik** durumunuzun belirlenerek gebelikten önce, gebelik sırasında ve sonrasında bunların size ve bebeğinize olası zararları konusunda bilgilendirildiniz mi?

A)Evet

B)Hayır

10) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **aşılama/bağışıklanma** durumunuzun belirlenip bu konu hakkında gerekli danışmanlık hizmeti aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

11) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman kullandığınız düzenli/düzensiz ve reçeteli/reçetesiz **ilaçların** kontrolü ve gebeliğe etkisi konusunda gerekli bilgiler aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

12) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce /gebe kalmayı planladığınız zaman **vücut kitle indeksinize(BMI)** bakılıp bununla ilgili danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

13) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce /gebe kalmayı planladığınız zaman **tansiyonunuza** bakılıp bununla ilgili danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

14) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **kan/idrar tahlili** yapılıp sonuçları hakkında danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

15) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **cinsel yolla bulaşan hastalıklar(CYBH)** açısından tarama, tetkik ve muayene yapılıp bununla ilgili danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

16) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **beslenme** durumunuz ile ilgili bilgilendirme aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

17) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **alkol/uyuşturucu madde** kullanım durumunuzun belirlenip size ve bebeğinize olası zararları konusunda bilgilendirme aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

18) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **genetik danışmanlık** aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

19) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **psikolojik** olarak değerlendirilip danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

20) Bu Aile Sağlığı Merkezinde size gebe kalmadan önce/gebe kalmayı planladığınız zaman **çevresel maruziyet** açısından değerlendirilerek danışmanlık aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

21)Gebelik öncesi bakım hizmetini sağlık hizmeti sunucularınızdan alabileceğinizi biliyor musunuz?

A)Evet

B)Hayır

22)Gebelik öncesi bakım hizmeti hakkında yeterli bilginiz var mı?

A)Evet

B)Hayır

23)Yeterli bilginiz var ise mevcut bilginizin kaynağı nedir?

A)Doktor

B)Televizyon

C)Arkadaş

D)Gazete

E)İnternet

E)Doktor dışındaki sağlık hizmeti sunucusu

F)Aile

H)Eczacı

24)şu ana kadar hiç gebelik öncesi bakım hizmeti aldınız mı?

A)Evet

B)Hayır

25)Almadıysanız gebelik öncesi muayeneye/danışmanlık almaya gelmeme nedeniniz nedir?

A)İhtiyaç hissetmeme

B)İstenmeyen/Planlı olmayan gebelik

C)Bu konuda yeterince bilgimin olmaması

D)Maddi imkansızlık

E)Sağlık güvencesi yokluğu

F)Diğer (.....)

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr.Okan Yağız ÖZONUR, 09.02.1988 tarihinde Adana'nın Seyhan ilçesinde doğmuştur. İlkokul ve ortaokulu Yüreğir Çukurova İlköğretim Okulu' nda ve liseyi Yüreğir Cumhuriyet Lisesi' nde okumuştur. 2007 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde tıp eğitimine başlayıp 2010 yılında Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen tıp fakültesine yatay geçiş yapıp 2013 yılında bu üniversiteden mezun olmuştur. Aynı yıl Kozan Devlet Hastanesi'nde pratisyen hekimliğe başlamıştır. 15.12.2014 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.