



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
GEBELİK ÖNCESİ BAKIM ALMA
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özlem ÇERİ

Antalya, 2020



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**18-49 YAŞ ARASI KADINLARDA
GEBELİK ÖNCESİ BAKIM ALMA
TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özlem ÇERİ

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Melahat AKDENİZ

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2020

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde emeği geçen, ilgisini hiç esirgemeyen ve tez çalışmasının planlanması, yürütülmesi ve raporlandırılması aşamasında her kademedede gösterdiği desteklerinden dolayı değerli hocam Doç. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

İhtisasına katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Bugünlere gelmemde en büyük payı olan, tüm imkanlarını benim için seferber eden aldığım her kararda arkamda olan kıymetli babam Kadir ÇERİ'ye ve kıymetli annem Derya ÇERİ'ye,

Birlikte çalıştığım Aile Hekimliği asistan arkadaşlarıma ve Aile Hekimliği Anabilim Dalı personellerine özellikle değerli Mine KOCAGÖZ'e,

Rotasyon yaptığım kliniklerde bize bilgi ve emek veren, zaman ayıran tüm hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

En içten teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	v
Çizelgeler Dizini	vi
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebelik Öncesi Bakımın Tanımı, Amacı ve Önemi	5
2.2. Gebelik Öncesi Bakım ve Danışmanlığın Tarihsel Gelişimi	8
2.3. Gebelik Öncesi Bakımın Kapsamı	11
2.3.1. Üreme Yaşamı Planı ve Üreme Öyküsü	12
2.3.2. Tıbbi Öykü ve İlaç Kullanımı	14
2.3.3. Genetik Tarama ve Aile Öyküsü	15
2.3.4. Enfeksiyonlar ve Bağışıklama	16
2.3.5. Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı	18
2.3.6. Psikososyal Değerlendirme	19
2.3.7. Beslenme ve Kilonun Değerlendirilmesi	20
2.3.8. Folik Asit Desteği	21
2.3.9. Çevresel Maruziyetler	22
2.3.10. Erkeklerde Gebelik Öncesi Bakım	22
2.3.11. Gebelik Öncesi Bakımda Aile Hekimlerinin Yeri	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Etik Kurul ve İzinler	38
3.2. Araştırmanın Tipi	38
3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi	38
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri	39
3.6. Veri Toplama Araçları	39
3.7. İstatistiksel İncelemeler	39
4. BULGULAR	40
4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri	40

5. TARTIŞMA	60
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	68
7. ÖZET	72
8. ABSTRACT	74
9. KAYNAKLAR	76
10. EKLER	84
Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı	84
Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	85
Ek 3. 18-49 Yaşındaki Evli Kadınların Gebelik Öncesi Bakım Alma Tutumlarının Değerlendirilmesi Anketi Formu	88

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	Amerikan Pediatri Akademisi
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome (Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu)
BKI	Beden Kitle İndeksi
BV	Bakteriyel Vajinozis
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DDA	Düşük Doğum Ağırlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
FIGO	Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
GÖB	Gebelik Öncesi Bakım
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papillomavirüs
KKK	Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak
OKs	Oral Kontraseptif
OTC	Over the Counter Drug
RIA	Rahim İçi Araç
SS	Standart Sapma
TDAP	Difteri, Tetanos ve Asellüler Boğmaca
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TORCH	Toksoplazmozis, Sifiliz, Varicella, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simpleks Virüs
X²	Ki-Kare

ÇİZELGELER DİZİNİ

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler	23
2.2. Gebelik öncesi tarama ve danışmanlık çeklisti	35
2.3. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'nin GÖB'da kanıta dayalı önerileri	37
4.1. Katılımcıların genel özellikler	40
4.2. Katılımcıların demografik ve doğum ile ilgili özelliklerine ilişkin bilgiler	41
4.3. Katılımcıların ölü doğum, düşük ve kürtaj oranları	42
4.4. Katılımcılarda var olan kronik hastalıklar	42
4.5. Eşlerin kronik hastalıkları	43
4.6. Katılımcıların ilaç, sigara, alkol ve egzersiz yapma durumları	44
4.7. Katılımcıların gebelik ile ilgili düşünceleri	45
4.8. Katılımcıların aşı yaptırma durumları	45
4.9. Katılımcıların gebelik özellikleri	46
4.10. Katılımcıların gebelik öncesi bakım konusundaki düşünceleri	47
4.11. Gebelik öncesi danışmanlığı kimden almak istersiniz?	47
4.12. Katılımcıların gebelik öncesi danışmanlık almak istedikleri konular	48
4.13. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumunun karşılaştırılması	49
4.14. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırılması	49

<u>Çizelge</u>	<u>Sayfa</u>
4.15. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırması	50
4.16. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve kimden danışmanlık hizmeti almak isteme durumunun karşılaştırılması	51
4.17. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve danışmanlık konusunun karşılaştırılması	52
4.18. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve katılımcıların özelliklerinin karşılaştırılması	53
4.19. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcı ölçümleri ile ilişkilerinin incelenmesi	54
4.20. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre karşılaştırılması	55
4.21. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcı özelliklerine göre karşılaştırılması	56
4.22. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre değerlendirilmesi	57
4.23. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları bilgi durumları ile katılımcı özelliklerinin karşılaştırılması	58
4.24. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları ve doğum özelliklerine göre incelenmesi	59

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik öncesi bakım, üreme çağındaki her çiftte yaşam boyu sunulması gereken bir hizmet olup, konsepsiyon öncesi dönemde çiftlere sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanma olanağı sunan, maternal ve fetal riski gidermeyi veya azaltmayı amaçlayan, sağlıklı gebeliğe ve bebeğe ulaşmak için gebelik öncesi birtakım girişimleri ve birincil korumayı da kapsayan bir uygulamadır (1,2). Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention = CDC) gebelik öncesi bakımı, bir kadının sağlığına veya gebeliğine yönelik biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri belirlemeyi ve değiştirmeyi amaçlayan bir dizi müdahale olarak tanımlamıştır (3).

Gebelik sonuçlarında bir iyileşme sağlamak için, sağlık hizmet birimleri gebelik esnasında anneye bakım sağlamaya (prenatal bakım) odaklanmıştır ancak günümüzde artık en iyi koşullarda yürütülse bile gebelik döneminde alınan bakım hizmetlerinin anne ve doğacak çocuğunun sağlığını korumada tek başına yeterli olmadığı kabul edilmektedir. Gebelik öncesinde var olan bazı riskler fetal gelişimi ve anne sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir (2,4). Bu nedenle gebelik döneminde alınan bakım hizmetleri, bu risklerin önlenmesi için geç bir dönemdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) mevcut halk sağlığı programlarının kadının, gebeliğe risksiz başlaması için yeterli olmadığını bildirmekte ve ülkelerin gebelik öncesi bakımı sağlık politikaları içerisine dahil etmesini önermektedir (5). Gebelik öncesi bakım, gebelik döneminde alınan sağlık hizmetlerinin öncüsü ve tamamlayıcısıdır Bu nedenlerle anne ve bebek açısından risk oluşturabilecek durumların belirlenerek, bu riskleri önlemeye yönelik girişimlerin gebelik öncesi dönemde başlatılması önerilmektedir (6).

Gebelik öncesi bakım, gebelik oluşmadan önce her çiftte rutin olarak verilmesi gereken tarama, tanı, tedavi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini kapsamaktadır. Bu kapsamda; ergen gebeliği, ileri anne ve baba yaşı, vücut kitle indeksi, doğum ve gebelik aralığının planlanması, akraba evliliği, sigara, alkol veya madde kullanımı, teratojenlere maruz kalma, ilaç kullanımı, genetik danışma ve tarama, kronik ve metabolik hastalıkların yönetimi, aile içi şiddete maruz

kalma, psikososyal değerlendirme, ekonomik durum, bağışıklama ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar değerlendirilmektedir (7). Bu değerlendirme sayesinde anne ve fetus için risk oluşturabilecek tıbbi ve sosyal durumlar gebelikten önce saptanabilmektedir. Risk saptanan çiftler, uygun bakım ve tedavi alacakları birimlere yönlendirilerek gebelik oluşmadan önce bu sorunların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik gerekli önlemler alınabilmektedir (6-8).

Gebelik öncesi dönemde verilen sağlık hizmetleri temelde anne ve bebek sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içermektedir. Bu hizmetler gebelik planlayan çiftler için daha öncelikli bir konudur (4). Ancak gebelik öncesi sağlık hizmetleri ergenlere, tüm kadın ve erkeklere sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılmasını amaçladığı için, gebelik fikri olsun veya olmasın doğurganlık çağındaki tüm bireylere bu hizmetlerin ulaştırılması önemlidir. Kadınlar ve erkekler yaşam tarzlarında değişiklik yaparak (sigarayı bırakma, alkolden kaçınma, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz) kendi sağlıklarını ve gelecekte doğacak olan bebeklerinin sağlıklarını koruyabilirler (4,7).

Gebelik öncesi bakım hizmetleri; bireylerde planlı doğurganlık bilinci oluşturması, anne ve bebek ölümlerini azaltması, sağlıklı bir gebelik sürecine çiftleri fiziksel, psikolojik açıdan hazırlaması, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlaması, anne ve fetüsün sağlığını iyileştirmesi, gebelik ve doğum esnasında çıkabilecek komplikasyonların önüne geçmesi açısından büyük önem arz etmektedir (9). Bu öneme rağmen gebelik öncesi bakım alan çift oranı oldukça düşüktür.

Arslan ve Özkan'ın yaptığı, ülkemizde 3 ay içinde gebe kalmayı düşünen kadınlar ile yürütülen bir çalışmada gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların oranının %2,8 olduğu; kadınların %80'inin gebelik öncesi dönemde yapılması gereken tetkikleri ve alınması gereken vitaminleri bilmediği ve kadınların %59,2'sinin gebelik öncesi danışmanlığı gerekli gördüğü belirlenmiştir (10). Genç Koyucu ve arkadaşlarının üreme çağındaki kadınlarla yaptıkları bir diğer çalışmada kadınların yaklaşık %80'i gebelik öncesi danışmanlık almak istediğini belirtmesine rağmen danışmanlık alan kadınların oranı %22,4'de kalmıştır. Gebelik öncesi danışmanlığın büyük oranda kadın doğum uzmanlarından (%45,7) beklendiği ifade edilmiştir. En çok danışmanlık beklenen konular ise gebelikteki

risk faktörleri, beslenme, gebelikte çalışma durumu, ilaçlar ve aşular olarak belirtilmiştir (11).

Frey ve Files'in ABD'de gebe kalmayı düşünen kadınlar ile yaptığı bir çalışmada, kadınların yalnızca %39'unun danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Sonuçlar gebelik öncesi danışmanlık ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu göstermektedir. Kadınlar gebelik öncesi danışmanlık hizmetini %51,3 oranında birinci basamak hekiminden, %44 oranında uzman doktordan almak istediğini ifade etmiştir (12).

Lammers ve arkadaşlarının ABD'de kırsal kesimde yaşayan 18-45 yaş arası kadınlar ile yaptığı bir çalışmada, kadınların gebelik öncesi sağlık bakımı için bir sağlık çalışanı görüşme oranı %53,8 olarak belirlenmiştir. Gebeliğini planlayan kadınların daha yüksek oranda (%51) gebelik öncesi bakıma başvurduğu belirlenmiştir. Bir yıl içerisinde sağlık kuruluşuna üç ve daha fazla başvuran kadınların gebelik öncesi bakım hakkında bilgi alma durumu, sağlık kurumuna daha az sıklıkla başvuran kadınlardan yüksek bulunmuştur. Kırsal kesimdeki kadınların gebelik öncesi bakıma ulaşımının ve farkındalıklarının düşük olduğu tespit edilmiştir (13).

Temel ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı bir çalışmada kadınların gebelik öncesi bakımla ilgili görüşleri incelenmiştir. Kadınların yaklaşık yarısının, sigara ve fazla kilonun gebeliğe olumsuz etkileri hakkındaki bilgisinin az olduğu saptanmıştır. Folik asit kullanımı ile ilgili bilgi düzeyinin göçmen kadınlarda daha az olduğu, Hollandalı kadınların ise risk faktörleri hakkında daha bilgili olduğu; yarısının gebelik öncesi bakımı gereksiz bulduğu, bu konuya göçmen kadınların daha olumlu baktıkları belirlenmiştir. Bu bulgunun nedeni, göçmen kadınların sağlıklı bebek dünyaya getirme konusunda kendilerini daha fazla baskı altında hissetmeleri olarak açıklanmıştır (14).

Van Der Zee ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı bir çalışmada ise gebelik düşünen, 22-39 yaş arasında 16 kadınla yüz yüze görüşme yapılmıştır. Gebelik öncesi danışmanlık ve bakım için kadınların tutumlarının olumlu olduğu belirlenmiştir. Ancak tutumları olumlu olsa da, kadınlar danışmanlık hizmeti almak istemediklerini ifade etmişlerdir. Kadınlar bu hizmet için kendilerini riskli grupta görmediğini, gerekli bilgileri kitaplar ve internetten bulduklarını ifade

etmişlerdir. Bazı kadınlar danışmanlığa gitmekten çekindiğini, çünkü bu danışmanlığın yalnızca fertilité sorunları olan çiftlere verildiğini belirtmişlerdir (15).

Ayalew ve arkadaşlarının Etiyopya'da yaptığı bir çalışmada ise üreme çağındaki kadınların bilgi düzeyleri incelenmiştir. Kadınların %68,2'sinin daha önce gebelik öncesi bakımla ilgili herhangi bir şey duymadığı belirlenmiştir. Gebelik öncesi bakım hakkında bilgisi olan kadınların %51,5'inin bu bilgiyi sağlık kurumundan aldığı saptanmıştır. Daha öncesinde bir aile planlaması yöntemi kullanmış olan, eğitim seviyesi ve gelir düzeyi yüksek olan, 25 yaş üstü kadınların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (16).

Gebelik öncesi bakımla ilgili yapılan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hakkında bilgi sahibi olan kadın sayısının düşük olduğu, danışmanlık ve bakım alma oranlarının ise istenilen seviyede olmadığı görülmektedir. Oysa gebelik öncesi dönemde çiftlerin gebelik sürecini olumsuz etkileyebilecek sağlık riskleri açısından değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması anne ve çocuk sağlığının yanı sıra, aile ve toplum sağlığı açısından da önemlidir (17). 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 (18). Ülkemizde kadınların gebelik öncesi bakım alıp almadığı ve gebelik öncesi bakımla ilgili düşüncelerinin sorgulandığı çalışmalar sınırlıdır ve genellikle hemşireler tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada 18-49 yaş arasındaki kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik Öncesi Bakımın Tanımı, Amacı ve Önemi

Gebelik kadın hayatını biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkileyen, tıbbi bakım ve psikososyal destek gerektiren özel bir süreçtir. Bu süreç gebelik öncesi dönem ile başlamaktadır (19). Son yıllarda tıptaki gelişmelere bağlı olarak anne ve çocuk sağlığı konusunda pek çok iyileşme olmakla beraber, olumsuz gebelik sonuçları yaygın sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Günümüzde antenatal ya da prenatal bakım olarak adlandırılan gebe kadının bakımı yeterince özenle yapılırken gebelik öncesi bakım genellikle ihmal edilmektedir. Gebelik öncesi bakım (GÖB) üreme çağındaki kadının sağlığını gebelik öncesi iyileştirerek olumsuz gebelik sonuçlarını önlemeyi ve olumsuz sağlık koşullarının kadın, fetüs ve yenidoğan için oluşturacağı riski en aza indirerek anne ve bebek sağlığını korumayı amaçlamaktadır (17,18).

Gebelik öncesi bakım pek çok kurum tarafından tanımlanmıştır. 1992’de Pubmed’in MeSH veri tabanında gebelik öncesi bakım **“Risk değerlendirmesi, sağlığın artırılması, girişimler yolu ile gebelik oluşmadan önce kadının üreme risklerini tanımlayan ve azaltan kapsamlı ve organize sağlık bakım programı”** olarak tanımlanmıştır (20).

Amerikan Hastalıkları Önleme ve Kontrol Merkezi (CDC) ve March of Dimes Vakfı 2005’de GÖB’ı **“Maksimal etki sağlamak amacıyla gebelikten önce ya da erken gebelikte eyleme geçmeyi gerektiren kadının sağlığı ya da gebelik sonuçlarını etkileyen biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri tanımlama ve modifiye etmeyi amaçlayan girişimler seti”** olarak tanımlamıştır (20).

Günümüzde gebelik öncesi bakım, kadının sağlığını ve ardından gelecek gebelik sonuçlarını optimize etmek için gebelik oluşmadan önce verilen biyomedikal ve davranışsal girişimler olarak tanımlanmaktadır (9). Doğum öncesi bakım gebe kadını odak alırken gebelik öncesi bakımda primer odak kadın olmakla birlikte gebelik planlayan çift birlikte değerlendirilmektedir (2). Gebelik öncesi sağlık bakımının bir kadın ya da erkeğin sağlıklı bir bebek sahibi olma şansını artırdığı gösterilmiştir (6,21). Bu nedenle anne ve bebek açısından risk

oluşturabilecek durumlar belirlenerek bu risk faktörlerini önlemeye yönelik girişimlerin gebelik öncesi dönemde başlatılması önerilmektedir (5).

Anne ve bebek mortalitesi, düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebekler gibi anne ve çocuk sağlığı sonuçları toplumun sağlık durumunun göstergeleri olarak kullanılırlar. Son yıllarda tıptaki gelişmelere bağlı olarak anne ve çocuk sağlığı konusunda pek çok iyileşme olmakla beraber olumsuz gebelik sonuçları yaygın sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Olumsuz gebelik sonuçlarına neden olan risk etmenleri üreme çağındaki kadınlar arasında sık görülmektedir. Ockhuijsen ve arkadaşlarının gebelik öncesi dönemdeki kadınlara yaptıkları çalışmada, kadınların %70'inde beslenme yetersizliği olduğu, %51'inin alkol kullandığı, %48'inin reçetesiz ilaç kullandığı, %32'sinin folik asit kullanmadığı tespit edilmiştir (22). Tüm bu etmenler gebelikte risk yaratmaktadır. Bu etmenler gebelik öncesi bakım sayesinde erken dönemde saptanabilmekte ve uygun sağlık girişimleri ile yönetilebilmektedir (9).

Konsepsiyondan sonraki ilk 4-10 hafta fetüsün bazı sorunların gelişimi için en duyarlı olduğu dönemdir. Kadınların bazıları bu kritik dönemde gebeliklerinin ayırımında olmayabilmekte ve risk etmenlerine yönelik önlemler alamayabilmektedir. Gebeliğin 11 ya da 12. haftasında başlayan doğum öncesi bakım ve danışmanlık, anne ve fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek riskli durumların ve bu riskli durumların sebep olacağı sağlık problemlerinin önlenmesinde geç kalabilmektedir (23). Önlenebilir özürlü ya da kronik sağlık sorunu ile doğan her bebeğin aile ve topluma doğrudan ya da dolaylı maliyeti yüksektir. Gebelik öncesi bakım vererek olumsuz gebelik sonuçlarının önlenmesiyle hem insanların acı çekmesi önlenebilir hem de sağlık sisteminin yükü azaltılabilir. Bu nedenlerle gebelik öncesi bakım toplumun sağlığını geliştirme de yaşamsal değere sahiptir (2,18).

Gebelik öncesi bakım fizyolojik ve psikososyal risklerin belirlenip ortaya çıkarılması ile başlamaktadır (4). Bu kapsamda anne ve baba adaylarında beslenme, egzersiz, vücut kitle indeksi, sigara, alkol ve madde kullanımı, yaş, akraba evliliği, kronik hastalıkların varlığı, teratojenler, aşılama durumu, psikososyal ve ekonomik durum, çalışma koşulları gibi parametreler incelenmekte ve ayrıntılı öykü alınarak uygun danışmanlık ve bakım sunulmaktadır (4-7). Risk

saptanan çiftler, uygun bakım ve tedavi alacakları birimlere yönlendirilerek gebelik oluşmadan önce bu sorunların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınması sağlanabilmektedir (6).

Gebelik öncesi danışmanlık ve bakım hizmetlerinin anne ve bebeğe birçok yararı olduğunu gösteren pek çok çalışma vardır. Williams ve arkadaşlarının Amerika'da yaptığı bir çalışmada 2004-2008 yılları arasında bir takip sistemine kayıtlı olan, doğum sonrası 2-6 aylık dönem içinde olan kadınlara ulaşılmıştır. Gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların, gebelik öncesi multivitamin kullanım oranları danışmanlık almayanlara göre yüksek bulunmuştur. Gebelik öncesi alkol kullanımını danışmanlık alan kadınlarda anlamlı olarak azalmıştır (24). Elsinga ve arkadaşlarının Hollanda'da yaptığı bir çalışmada bir yıl içerisinde gebe kalmayı planlayan kadınlara gebelik öncesi danışmanlık verilmiştir. Bu kadınlar gebelik öncesi standart bakım alan kadınlar ile karşılaştırılmıştır. Gebelik öncesi danışmanlık alan kadınlarda standart bakım alanlara göre gebelik öncesi folik asit kullanımının ve aşılama oranlarının arttığı görülmüştür (25). Beckmann ve arkadaşlarının Avustralya'da bir hastanede yürüttüğü çalışmada gebelik öncesi danışmanlık alan kadınlarla, gebeliğini planlayan ancak danışmanlık almayan kadınlar incelenmiştir. Danışmanlık alan kadınların çoğunluğunun gebelik öncesi folik asit kullandığı belirlenmiştir. Hepatit B ve influenzaya karşı gebelik öncesi aşılama oranlarının danışmanlık almayan gruba göre yüksek olduğu görülmüştür. Danışmanlık alan kadınlarda preterm eylem ve hipertansif hastalık oranları daha az bulunmuştur (26).

Gebelik öncesi bakımın anne ve çocuk sağlığı üzerine olumlu etkileri yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Bu açıdan gebelik öncesi dönem, sağlıklı gebelik ve doğum süreci için değerlendirilmesi gereken önemli bir zaman dilimi olarak kabul edilmektedir (17).

Gebelik öncesi sağlık hizmetleri, temelde anne ve çocuk sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içerse de aslında tüm kadın ve erkeklere yaşam boyu sağlıklı davranışlar kazandırmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle gelecekte bir bebeğe sahip olma planı olsun ya da olmasın, doğurganlık çağındaki tüm bireylerle bu hizmetin ulaştırılması gereklidir. Bu hizmetler, gebeliklerin planlanması ve kişisel sağlık davranışları konusunda bireysel bilinçlenmeyi sağlayarak, riskleri

önleyerek, anne ve bebek sağlığını geliştirerek, sağlıklı bireyler ve toplumların oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi bakımın teşvik edilmesi ve her kadının gebelik öncesi bakıma ulaşmasının sağlanması önemlidir (27).

2.2. Gebelik Öncesi Bakım ve Danışmanlığın Tarihsel Gelişimi

Anne ve çocuk sağlığının tamamlayıcı bir bileşeni olan gebelik öncesi bakıma ilişkin ilk bilgilere yazılı kayıtlarda, M.Ö. 9. yüzyılda rastlanmaktadır. Bu dönemde gebelik sonuçlarını iyileştirmek için fiziksel egzersiz, meyve tüketimi, alkolden kaçınma gibi konular üzerinde durulduğu görülmektedir (28,29). William Potts Dewees'in 1825 yılında yayınlanan bir eserinde; çocuğun sağlığında, "kadının gebelik sürecindeki davranışlarının yanı sıra embriyo oluşmadan önceki dönem ve hatta evlilik öncesindeki dönemin de etkili olduğu" bildirilmiştir (29).

ABD'de geleneksel doğum öncesi bakım yaklaşımı ile istenen sonuçların alınamaması, yeni arayışların ortaya çıkmasına neden olmuştur (30). Gebelik öncesi bakıma ilişkin ilk araştırmanın 1980 yılında Chamberlain tarafından İngiltere'de yayınlandığı bilinmektedir (31). Aynı yıllarda; ülkedeki gebelik sonuçlarının arzulanan düzeyde olmaması, ABD'deki sağlık profesyonellerini yeni arayışlara itmiştir. Bu arayışın bir sonucu olarak da özellikle düşük doğum ağırlığına bağlı olumsuz gebelik sonuçlarını iyileştirmek ve bebek ölümlerini önlemek için koruyucu bir sağlık hizmeti olarak "gebelik öncesi bakım" hizmetleri gündeme gelmiş ve bu alanda yürütülen çalışmalar hızlanmıştır (29,30).

Gebelik öncesi sağlık kavramının tanıtıldığı "Perinatal Bakım Rehberi" 1983 yılında yayınlanmıştır. Bu rehberde; ebeveynliğin konsepsiyondan önce başladığı, konsepsiyon esnasında çiftlerin, optimal fiziksel sağlığa ve duygusal olarak ebeveynliğe hazır olmaları gerektiği vurgulanmıştır. Düşük doğum ağırlığının önlenmesine yönelik 1985 yılında bir rapor yayınlanmış ve bu rapor, ABD Halk Sağlığı Servisinin gebelik öncesi bakıma yönelmesine önemli katkılar sağlamıştır. Bu dönemde gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerinin aile planlaması

merkezleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak sunulması önerilmiştir (29,33).

Prenatal bakımın içeriği ise 1989 yılında belirlenmeye çalışılmış, gebelik öncesi ziyaretlerin önemi ve gereği üzerinde durulmuş ve bu ziyaretlerin, sağlık sigortası kapsamına alınması önerilmiştir. ABD’de, 1990 yılında ‘Halk Sağlığı Hizmetleri’ uzmanlar toplantısında gebelik öncesi bakım, birincil bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kabul edilmiş ve bileşenleri tanımlanmıştır. Bu nedenle Amerika’da, aynı yıllarda yürütülen “2000 Yılında Herkese Sağlık” programı kapsamında, sağlığın desteklenmesi, yaşa uygun gebelik öncesi bakım hizmetlerinin verilmesi ve bu hizmetleri sunacak sağlık personelinin sayısının artırılması önerilmiştir (29,30).

Doğum Kusurları Vakfı, 1993 yılında, bireylere “üreme bilinci” kazandırılması, erkeklerin de gebelik öncesi bakım sürecine dahil edilmesi, menarştan menopoza kadar geçen sürede tüm kadınlara yıllık ziyaret yapılarak gebelik öncesi ve gebelikler arası uygun sağlık bakımı verilmesini önermiştir (34).

Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) ve Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından 1995 yılından sonra gebelik öncesi bakım çalışma grupları, bakım ve tarama ölçütleri geliştirilmiştir. Daha sonraki dönemde ise CDC, gebelik öncesi bakımın standartlarını belirlemiş, araştırmaları desteklemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, medya ve internet bilgi ağlarını güçlendirmiştir (35). CDC’nin, 2004 yılında düzenlediği panelde konsepsiyon öncesinde anne adayına ulaşım bakım verilmediğinde, prenatal bakımın sınırlı kalacağı görüşüne varılmış, prenatal bakım programlarının, gebelik öncesi dönemi de kapsayacak şekilde genişletilmesi önerilmiştir. CDC tarafından 2006 yılında yayınlanan raporda ise; gebelik öncesinde ya da gebeliğin erken döneminde uygulandığında, gebelik sonuçlarında iyileşme sağlayan en az 14 girişim tanımlanmıştır. Bunlar; folik asit desteği, kızamıkçık aşısı, HIV (Human Immunodeficiency Virus) / AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) tarama ve tedavisi, hepatit B aşısı, diyabet yönetimi, hipotiroidi yönetimi, annede fenilketonüri yönetimi, obezite kontrolü, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların (CYBE) tarama ve yönetimi, alkol ve sigaranın bırakılması, antiepileptikler ve oral antikoagülanlar gibi teratojenik

ilaçlardan sakınılmasıdır (3,20). Ayrıca 2008 yılında, gebelik öncesi bakımın bileşenlerini ve bu bileşenlerin dikkate alınmasındaki bilimsel gerekçe, kanıt ve önerilerini de yayımlamışlardır (30).

CDC'nin gebelik öncesi sağlık ve bakımı geliştirmeye yönelik önerileri, verilen hizmetlerde yol gösterici olmuştur. Amerika'daki çoğu eyalet ve yerel sağlık kuruluşunda bu öneriler doğrultusunda çeşitli programlar düzenlenmiştir. Daha sonra Kanada, Belçika, Hollanda gibi bazı ülkeler gebelik öncesi bakım programlarını uygulamaya başlamışlardır. İngiltere, Macaristan, İsrail, Hong-Kong gibi birçok ülke kendi olanakları ve gereksinimleri doğrultusunda gebelik öncesi bakım programları yürütmüştür (18). Amerika Birleşik Devletleri ayrıca gebelik öncesi sağlık hizmetlerinin desteklenmesi için 2012-2014 yıllarını kapsayan güncel bir Ulusal Eylem Planı da hazırlamıştır (36).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) de 2012 yılında bir toplantı yaparak, mevcut halk sağlığı programlarının, kadının gebeliğe risksiz başlaması için yeterli olmadığını bildirmiş ve ülkelerin gebelik öncesi bakım hizmetlerini kendi sağlık politikaları içerisine dahil etmesini önermiştir. Özellikle kadınların sağlık durumunun kötü olduğu ülkelerde gebelik öncesi sağlık hizmetlerine önem verilmesini isteyen DSÖ, düzenlenecek eğitim programlarında bazı konulara yer verilmesini tavsiye etmiştir: Bu konuları içeren programlar; tütün kullanımını önleme ve bıraktırmaya yönelik programlar, beslenme, aşılama, subfertilite ve infertiliteye yönelik programlar, CYBE, HIV testi ve danışmanlık programları, ruh sağlığı ve psikoaktif madde kullanımına yönelik programlar, kadına yönelik şiddet ve evlilik öncesi danışmanlık programları, genetik danışmanlık programları, anne ve çocuk sağlığı programları, ergen gebelikleri, istenmeyen gebelikler, sık ve çok doğumlar, ergen/genç dostu hizmetler, iş ve çevre sağlığı programlarıdır (5).

Türkiye'de 2002 yılında uygulamaya geçen "evlilik öncesi danışmanlık" da aslında, gebelik öncesi bakım kapsamında bir hizmettir. Bu konuda atılan ilk adımlar 1930'lara kadar dayanmaktadır. Türk Medeni Kanununda evlenecek çiftlerin "evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu" alma zorunluluğu bu tarihlerde getirilmiştir. Umumi Hıfzıssıhha Kanununda (1930) "akut dönemdeki sifiliz, lepra, tüberküloz hastaları, gonore hastaları ve

akıl hastaları iyileşmeden evlenemez” ibaresi yer almıştır. O dönem hükümet tabiplerine verilen bu yetki 2002 yılında değiştirilmiş; sağlık ocakları ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri’ne verilmiştir. Rapor düzenlenmesi sırasında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda belirtilen hastalıklar dışında Edinsel İmmün Yetmezlik Sendromu (AIDS), hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile talasemi gibi genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliği kapsama dahil edilmiştir. Ancak bu taramaları yaptırap yaptırmama kararı kişinin kendi sorumluluğuna bırakılmıştır. Dolayısıyla bu hizmetlerin başarısı, bireylerin tarama yaptırmaya daha iyi ikna edilebildiği ölçüde artacaktır (18,37).

Aslında gebelik öncesi bakım ülkemiz için yeni bir kavram değildir, sağlık sisteminin çeşitli kademelerinde elbette kadınlara gebe kalmalarından önce bazı öneriler sunulmakta (sigaranın bırakılması, kilo kontrolü) ve bazı müdahaleler (folik asit ve demir takviyesi) yapılmaktadır. Yapılması gereken, bu çabaları bireysel düzeyde tutmak yerine, bütüncül biçimde sağlık sisteminin tüm kademelerinde uygulayabilmektir. Gebelik öncesi bakım hizmetleri ulusal düzeyde ve sağlık sisteminin her kademesinde bütüncül olarak uygulanmaya başladığında, sağlıklı nesiller yetiştirmeyi desteklemek için konulmuş yasaları hayata geçirme şansımız artabilir (18,38).

2.3. Gebelik Öncesi Bakımın Kapsamı

Literatürde gebelik öncesi bakımın parametreleri; risk taraması, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi ve eğitim (aşılama ve danışmanlık), belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik tıbbi ve psikososyal girişimler olarak ifade edilmiştir (4).

Risk taraması: Gebelik öncesi bakımda tıbbi, cerrahi, genetik, obstetrik, jinekolojik, teratojenik ve sosyo-demografik riskler, doğurganlık hedefleri ve kontraseptif kullanımı ile ilişkili riskler, öykü, fiziksel muayene ve laboratuvar bulguları ile ilgili riskler, psiko-sosyo-kültürel, ekonomik ve çevresel riskler, madde kullanımı, beslenme, enfeksiyon hastalıkları ve bağışıklama durumu ile ilişkili riskler ve baba adayına ait risklerin değerlendirilmesini içermektedir (30).

Gebelik öncesi sađlđın geliştirilmesi: Akraba evliliklerinin önlenmesi, doğurganlığın planlanması, folik asit kullanılması, güvenli cinsel yaşam, sağlıklı yaşam biçimi, egzersiz, ideal kilo, sağlıklı beslenme ve iyotlu tuz kullanımının teşvik edilmesi, alkol, sigara gibi madde kullanımından sakınılması, anne adayının risk altında olduğu hastalıklara karşı aşılması, stresin azaltılması, çevrenin daha sağlıklı hale getirilmesi, gebelik öncesi ve gebelikler arası sağlık hizmetlerinden yararlanılması sađlđın gelişmesine katkıda bulunmaktadır (4-7).

Belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik tıbbi ve psikososyal girişimler: Akut, kronik, genetik, metabolik, otoimmün, lokal veya sistemik hastalıkların kontrol altına alınması, sürekli kullanılan ilaçların gebeliğe uygun olacak şekilde yeniden düzenlenmesi, teratojenler, psiko-sosyo-kültürel ve ekonomik riskler için önlem alınması, gebelik aralıkları ya da sağlık durumu gebelik için elverişli olmayanlarda ise uygun kontraseptif kullanımı ile gebeliğin önlenmesi veya geciktirilmesi gibi uygulamalarla belirlenen riskler azaltılabilmektedir (17-19).

Genel olarak gebelik öncesi danışmanlık kapsamında çiftlere verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi önerilerine göre aşağıda ve Çizelge 2.1’de özetlenmiştir (3,38).

2.3.1. Üreme Yaşamı Planı ve Üreme Öyküsü

Çocuk sahibi olmak ya da olmamak, bir insanın yaşamı boyunca alacağı en önemli kararlardan biridir. Üreme yaşamının planlanması, istenilen çocuk sayısına sahip olmaya ve istenmeyen gebeliklerden kaçınmaya olanak sağlamaktadır (39). CDC, tüm bireylerin; doğurganlık yaşamlarını planlamaları konusunda teşvik edilmelerini, yapacakları bu planın kontraseptif tercihler ve medikal kararları nasıl etkileyeceği konusunda eğitilmelerini önermektedir (20).

Gebelik öncesi sağlık hizmetleri çiftlere doğurganlıklarını planlama, istemedikleri gebelikleri önleme, istedikleri gebelikleri daha sağlıklı koşullarda başlatıp, sürdürme ve sonuçlandırma fırsatı vermektedir. İstenmeyen ya da plansız gebeliklerin; düşük doğum ağırlıklı bebek, prematüre doğum, istemli düşük ve spontan düşük riskini arttırdığı, gebelik esnasında bakım alma oranlarını düşürdüğu, fiziksel ve ruhsal açıdan anne ve çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği bilinmektedir. İstemli ve planlı gebelikler ise, çoğunlukla daha sağlıklı anne ve

bebeklerin varlığı ile sonlanmaktadır. Bu nedenle her gebeliğin, önceden planlanması önerilmektedir (4,6,39,40). Gebelik öncesi sağlık hizmetleri gebeliklerin planlanması ve kişisel sağlık davranışları konusunda bilinçlenmeyi sağlayarak, riskleri önleyerek, anne ve bebek sağlığını geliştirerek, sağlıklı bireyler ve toplumların oluşmasına katkıda bulunmaktadır. Anne ve baba adayları bu hizmetler sayesinde üreme konusundaki kararlarını daha bilinçli bir şekilde verebilmekte; böylece daha sorunsuz bir gebelik, doğum ve doğum sonrası süreç geçirerek daha sağlıklı bir bebeğe sahip olabilmektedirler. İstemedikleri ya da hazır olmadıkları gebelikler için de önlem alabilme fırsatları olabilmektedir (41,42).

Gelecek 1-2 yıl içerisinde gebelik planı olanlarda gebelik öncesi bakım hizmetleri daha öncelikli hale gelmekte ve gebelik planlayan çiftlerin konsepsiyondan en az 3 ay önce gebelik öncesi sağlık hizmeti almaya başlamaları gerektiği belirtilmektedir (17). Bu nedenle üreme çağındaki kadının gebelik planı olsun ya da olmasın, aile hekimlerinin bu bireylerle belli aralıklarla aile planlaması ve gebelik planları üzerinde görüşme yapmaları önerilmektedir. Gebelik planı olmayan kadınlara kontraseptif bir yöntem seçmelerinde yardımcı olmak için danışmanlık verilmesi gerekmektedir. Ayrıca acil kontraseptif yöntemler hakkında rutin danışmanlık ve gerektiğinde kapsamlı acil kontrasepsiyon sağlanmasının da aile planlaması hizmetlerinin bir bileşeni olması önerilmektedir (43).

CDC önerilerine göre çiftlerin gebelik planı varsa bu görüşmenin kapsamının genişletilmesi ve gebelik öncesi bakım kapsamındaki parametreler hakkında anne ve baba adayına bilgi verilmesi gerekmektedir. GÖB rehberlerine göre gebelik öncesi bakım esnasında hekim anne ve baba adayının gebelik öncesi, gebelik esnası ve doğum esnasındaki hedeflerini belirlemeli, gelecekte oluşacak gebelikler için risk faktörlerini saptamalı, anne ve fetus için sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerine katkı sağlayacak her türlü öneride bulunmalıdır (40-42). Bütün çiftler, doğurganlık yaşamlarını planlarken ideal gebelik aralığını dikkate almaları konusunda ve genç ve ileri yaştaki gebeliklerde yaşanabilecek sorunlar hakkında da bilgilendirilmedir (43).

Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği'nin önerisine göre gebelik planı olan çiftlerin, ayrıntılı öyküsü alınarak; üreme sistemine ait herhangi bir problem olup olmadığı araştırılmalı ve alınan öykü doğrultusunda verilecek bakım planlanmalıdır. Anne adayında önceden var olan jinekolojik sorunlar, CYBE, infertilite durumu, sık geçirilen genital enfeksiyonlar ve bunlara bağlı olarak aldığı medikal ve cerrahi tedaviler sorgulanmalıdır (44). Önceki olumsuz gebelik sonuçları gözden geçirilmeli (bebek ölümü, fetal kayıp, doğum anomalileri, düşük doğum ağırlığı, erken doğum) ve sonraki gebeliklerde tekrarlayabilecek olan riskler değerlendirilmelidir. Önceden geçirilmiş, jinekolojik hastalık ve operasyonların gebelik, doğum sürecine etkileri değerlendirilme; halen devam eden sorunlar varsa, olası riskleri konusunda çiftler bilgilendirilmeli ve gebelik öncesinde uygun şekilde yönetimi sağlanmalıdır (40-45).

2.3.2. Tıbbi Öykü ve İlaç Kullanımı

Mevcut ya da olası tıbbi risklerin gebelik öncesi değerlendirilmesi ve uygun girişimlerle gebeliğe sorunsuz başlanması önerilmektedir (30). Anne ve baba adayının; ayrıntılı tıbbi ve cerrahi öyküsü alınarak gerekli laboratuvar tetkikleri ve fiziksel muayeneleri yapılmalıdır. Gebeliğin oluşumunu, gebeliğin devamını ya da anne ve fetüsü olumsuz etkileyebilecek hastalıklar, bu hastalıklar nedeniyle yapılan tedaviler ve kullanılan ilaçlar araştırılmalıdır (39). Tıbbi sorunu olan ya da diabetes mellitus, hipertansiyon, epilepsi gibi sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan kadınlarda gebelik öncesi bakım stratejileri; gebeliğe hazırlıkta hastalık kontrolünü, teratojenik tedaviyi fetüs için güvenilir olanla değiştirme, gebeliği erteleme veya gebeliği önleme ile ilişkili aile planlaması hizmetlerinin sunulmasını içerir (44). Tıbbi sorunu olan kadına gebelik komplikasyonları ve gebeliğin getirdiği morbidite ve mortalite, gebelikte hastalık prognozu hakkında bilgi verilmeli, gebelik yönünden bir risk olmadığı belirlendikten, hastalık ve kullanılan ilaçlar kontrol altına alındıktan sonra gebe kalması önerilmelidir (6).

Gebelik öncesi bakımın bir parçası olarak tüm kadınlar teratojenik ilaç kullanıp kullanmadıkları açısından taranmalı ve kronik sağlık durumları ve ilaçların anne ve bebek üzerine potansiyel etkileri konusunda danışmanlık

almalıdır. Mümkin olan her zaman potansiyel olarak teratojenik ilaçlar gebelikten önce daha güvenli ilaçlarla değiştirilmelidir. Anne ve bebek için ciddi morbidite riski taşıyan kronik hastalıkları olan kadınlar da annenin hastalığını kontrol altına almak için esansiyel ilaçlar en düşük doz ve en az sayıda kullanılmalıdır (46).

İlaç kullanımına bağlı gelişebilecek; konjenital anomalilerin bilgilendirme yoluyla azaltılması, gebelik öncesi bakımın başlıca hedeflerinden biridir. Anne ve baba adayının; geçmişte ve halen kullandığı bazı ilaçların üreme fonksiyonu, gebelik süreci ve fetus üzerine olumsuz etki gösterebilme olasılığı vardır (44,46). CDC, gebelik öncesi bakım sürecinde olası riskleri tespit edip, azaltabilmek için teratojenik olabilecek reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanım öyküsünün mutlaka sorgulanması gerektiğini bildirmiştir. Buna ek olarak, gebe kalmayı planlayan çiftlerin, çeşitli nedenlerle ilaç kullanmaları gerektiğinde doktora danışmadan ilaç kullanmamaları ve hekimi gebelik ihtimali konusunda bilgilendirmeleri önerilmektedir (20).

2.3.3. Genetik Tarama ve Aile Öyküsü

Genetik danışmanlık yöntemi ile gebelik öncesinde ileride karşılaşılabilecek problemler belirlenebilir. Bu sayede aileler önceden bilgilendirilerek gerekli tedbirler alınabilir. Çeşitli genetik tanı testleriyle birlikte detaylı incelemeler yapılarak birçok kalıtsal hastalık gebelik öncesinde belirlenebilmektedir. Bu nedenlerden dolayı gebelik planlayan çiftlerin bu testler hakkında bilgi sahibi olması ve zamanında genetik danışmanlık almaları önemlidir. Böylece bebekte kalıtsal olarak taşınan bir hastalık oluşması durumunda aileler yeterli bilgiye sahip olarak kendi seçimlerini uygulayabilirler (47).

Çiftlerin aile öyküsü, etnik köken, yaşa bağlı kromozomal veya genetik bozukluk riski değerlendirilmeli ve gerekiyorsa taramaları yapılmalıdır. Özellikle akraba evliliği yapmış olanlar, ailede yineleyen konjenital fetal anomalileri olanlar, ileri yaşta gebelik (35 yaş ve üstü), annenin ikiden fazla düşük yapması gibi durumlarda bu konu daha önemli hale gelir ve bu kişilerin uygun merkezlere yönlendirilmeleri gerekir (44). Genetik hastalıklardan korunmak için DSÖ gebelik öncesi bakımda genetik hastalıklar için geniş çaplı aile öyküsü alınması, genetik

danışmanlık verilmesi, tarama testleri yapılması, genetik bozukluk varlığında uygun tedavinin verilmesi ve yüksek riskli popülasyonlarda ulusal tarama programlarının başlatılması gerektiğini vurgulamaktadır (5).

Gebelik öncesi danışmanlıkla, anne ve bebeğin sağlıklı bir gebeliğe hazırlanması, gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi ve sonuçlandırılması hedeflenir. Bu nedenle de gebelik öncesi yapılacak olan genetik danışmanlık, morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesinde, sağlıklı ailelerin oluşmasında büyük önem taşır (17).

2.3.4. Enfeksiyonlar ve Bağışıklama

Enfeksiyonlardan korunmada ideal olan, gebelik planlayan kadın ve eşinin gebelik öncesi bakım olarak gebeliğe karar vermesi olduğundan gebelik öncesi bakımda enfeksiyonlara yönelik danışmanlık önemlidir. Danışmanlıkta korunma, hastalığın doğal seyri, vertikal geçiş, sekeller, prognoz ve tedavi seçenekleri yer almalıdır. Danışmanlıkta, çiftlere rastgele/korunmasız cinsel ilişki ve damar içi uyuşturucu kullanımı ile enfeksiyon riski arasındaki ilişkiler de anlatılmalıdır (48).

Hekimler çiftlerin düzenli ve rutin olarak cinsel yolla bulaşan hastalar açısından risklerini değerlendirmeli ve enfeksiyonlardan korunma ve önleme konusunda danışmanlık vermelidir. Üreme çağındaki kadınlara, endike ise, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar konusunda test yapılmalı ve tedavi edilmelidirler (18). Gebelik öncesi dönemde; TORCH (Toksoplazmozis, sifiliz, varicella, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simpleks Virüs), ürogenital ya da HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve tüberküloz başta olmak üzere gebeliğin seyrini olumsuz etkileyebilecek diğer enfeksiyonlar mutlaka değerlendirilmelidir. Ayrıca listeryozis, toksoplazmozis gibi enfeksiyonlardan korunmak için aşılanmamış hayvanlarla temas, çiğ et, sağlıksız koşullarda hazırlanmış salam sosis, hamburger gibi hazır gıdalar, pastörize olmayan süt ve süt ürünleri ve iyi yıkanmamış sebze tüketiminden kaçınılmalıdır (39,44).

Üreme çağındaki tüm kadınlar Tdap, kızamık, kızamıkçık ve kabakulak (KKK) ve suçiçeği için aşılanma durumları açısından yıllık olarak değerlendirilmeli ve endike olduğunda aşilar güncellenmelidir. Bağışıklığı

bulunmayan kadınlara gebelikten önce aşıyla bağışıklık sağlanması, gebelik öncesi bakımın önemli bileşenlerinden biridir. Üreme çağındaki tüm kadınlar diğer enfeksiyonlar için sağlık, yaşam biçimi, mesleki riskleri açısından değerlendirilmeli ve endike olan aşılar yapılmalıdır (49).

Human papillomavirüs (HPV): HPV'nin neden olduğu anormalliklerin tedavisi gebelikten önce daha fazla tedavi seçeneği olduğu için gebe kalmadan önce daha kolaydır. Bu nedenle kadınlar rutin olarak serviksteki HPV ile ilişkili anormallikler açısından PAP smearla taranmalıdır. HPV için birincil korunmada aşı önerilmektedir. Bu aşı HPV ilişkili genital hastalık insidansını azaltma potansiyeline sahiptir (48).

Hepatit B: Daha önce Hepatit B için aşılanmamış tüm yüksek riskli kadınlar gebelikten önce hepatit B için aşılanmalıdır. Kronik hepatit B taşıyıcılarına yakın temasla bulaşı önleme yöntemleri ve bebeğe vertikal geçişin nasıl önleneceği öğretilmelidir (9).

Varisella: Varisella aşısının gebelikte kontrendike olması nedeniyle varisella immünitesi için tarama (aşılama ya da geçirme öyküsü ya da laboratuvar kanıtı) gebelik öncesi bakımın bir parçası olmalıdır. Varisella için immün olmayan tüm kadınlar suçiçeğine karşı iki doz olacak şekilde aşılanmalıdır ve aşılanan kadınlara bir ay boyunca gebe kalmamaları tavsiye edilmelidir (44,49).

Kızamık, kızamıkçık ve kabakulak (KKK): Konjenital kızamıkçık sendromu, gebelik öncesi tarama ve aşılama ile önlenir. Bu nedenle üreme çağındaki tüm kadınlar kızamıkçık bağışıklığı açısından taranmalıdır. Kızamık, kabakulak ve kızamıkçığa karşı koruma sağlayacak olan KKK aşısı, aşılanmamış veya bağışık olmayan ve gebe olmayan kişilere yapılmalıdır. Canlı bir aşı olduğu için, kadınlar KKK aşısını aldıktan sonra 3 ay boyunca gebe kalmamaları konusunda bilgilendirilmelidir (4).

İnfluenza: İnfluenza aşısı, influenza mevsiminde gebe olacak kadınlara ve influenza ile ilişkili yüksek sağlık riski olan kadınlara önerilmektedir (9).

Difteri, tetanos ve asellüler boğmaca (Tdap): Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar, yenidoğan tetanosunu önlemek için, tetanos immünitesi yönünden değerlendirilmelidir ve bu kadınlarda tetanos aşısı takvimi tamamlanmalıdır (39).

2.3.5. Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

Üreme çağındaki kadınlarda sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle tüm kadınlar sağlık sistemi ile her karşılaşmada sigara, alkol uyuşturucu madde kullanımı konusunda değerlendirilmeli ve danışmanlık verilmelidir (4). Gebelik öncesinde ve gebelik döneminde sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması; fertilitiyi, fetüsün gelişimini, gebeliğin her safhasını ve doğumu olumsuz etkilemekte ve düşük tartılı doğum, erken doğum, ölü doğum, riskli doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmaktadır. Gerek gebelik öncesi gerekse perinatal dönem üzerindeki olumsuz etkilerinden dolayı kadınlara sigaranın bırakılması yönünde sağlık çalışanları tarafından verilecek danışmanlık çok önemlidir (7,8). ACOG'un gebelere sigarayı bırakma konusunda danışmanlık verecek sağlık çalışanlarına yönelik geliştirdiği rehberde her biri ayrıntılandırılmış beş adım bulunmaktadır. Bu beş adımın başlıkları; gebenin sigara kullanımı hakkında bilgi alma, bırakmayı tavsiye etme, bırakmayı isteme durumunu değerlendirme, bırakma girişiminde yardımcı olma ve takip çizelgesi düzenleme şeklindedir (50). Gebelik süreci, sigara bağımlısı kadınların sigarayı bırakmaları için önemli bir fırsattır. Bu nedenle bağımlı gebelerin sigarayı bırakma yüzdesini artırabilmek için; sağlık personelinin konuyla ilgili olarak hizmet içi eğitim programlarını gözden geçirmeleri ve sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaya daha fazla önem vermeleri gerekmektedir (44,51).

Sigara bağımlılığı yanında alkol ve uyuşturucu kullanımında da artış görülmektedir. Kadınlar, madde bağımlılığı nedeniyle özellikle maddenin etkisi altındayken cinsel istismar, korunmasız cinsel ilişki ve cinsel yolla bulaşan hastalık riskleriyle karşı karşıya kalırlar. Gebelikte bu tür maddelerin kullanımı

anne sağlığı açısından riskleri artırdığı gibi fetüste de fiziksel ve mental sorunlara da neden olmaktadır (52).

Alkol kullanımı maternal ve fetal sağlığı etkileyen, gebe kalma şansını azaltan bir durumdur. Prenatal alkol maruziyeti, fetal alkol sendromu da dahil olmak üzere, önlenebilir mental retardasyon, malformasyon, gelişme geriliği ve davranış bozukluğunun önde gelen bir nedenidir. Alkol kullanımı eğitim düzeyi, aile yapısı, sosyoekonomik düzey, yaş gibi pek çok faktör ile ilişkili olabildiği gibi alkol kullanımının başka sorunları beraberinde getirdiği ya da bu sorunlar nedeni ile alkol kullanımı olabileceği düşünülerek aile içi şiddet, istismar ve diğer madde kullanımları açısından da kadınlar izlenmelidir (51,52).

Alkolün yanı sıra günümüzde kadınlar tarafından diğer uyuşturucu madde kullanım oranları da artmaktadır. Madde bağımlılığı, dürtüsel ve kontrolsüz uyuşturucu kullanımı ile fiziksel, sosyal ve psikolojik sonuçlarla karakterizedir. Gebelik boyunca madde kullanımı anne ve yeni doğan üzerinde zararlı etkiler bırakmaktadır. Bunlar gebelik süresince preklampsi, gestasyonel hipertansiyon, plasenta previa, kardiyak aritmiler, ani ölümler olarak belirtilmektedir. Bunun yanında madde kullanım bozukluğu olan gebe kadınların doğum öncesi bakım alma oranları genelde daha düşük, HIV, hepatit B ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi daha bulaşıcı hastalık oranları ise daha yüksektir. Bu nedenlerle riskli grupların belirlenmesi, bu gruplara eğitim ve danışmanlık verilmesi, madde bağımlılığı olan kişilerin danışmanlık ve rehabilitasyon programlarına dahil edilmeleri oldukça önemlidir (51-54).

2.3.6. Psikososyal Değerlendirme

Gebelik öncesi bakımın bir parçası olarak, üreme çağındaki kadınların psikososyal riskler ve psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmesi bu hastalıkların saptanması ve uygun şekilde yönetimi sağlanarak olumsuz gebelik sonuçlarının ortaya çıkması önlenebilmektedir (6,7). Kadının ruhsal sağlığı gebelik sürecini etkilediği gibi, gebeliğin kendisi de kadının ruhsal ve duygusal yaşantısı üzerinde önemli değişiklikler yaratmaktadır. Depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluk gibi psikiyatrik bozukluklar gebelikte şiddetlenme eğilimi gösterebilmektedir (55). Bu nedenle gebelik öncesi dönemde kadınlara

gereksinimleri doğrultusunda danışmanlık hizmeti sunulması, ruhsal sorunları, gebelik ve doğuma yönelik korkuları varsa gebelik öncesi dönemde çözümlenmesi önemlidir.

Tüm kadınlara, halen ya da geçmişte ya da çocukken, herhangi bir kaynaktan (ebeveyn, eş ya da yabancı) fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar yaşayıp yaşamadıklarının sorulması gebelik öncesi bakımın önemli bir parçasıdır. Yakın geçmişte ya da halen istismar yaşayan kadınlar için, sağlık çalışanlarının endişelerini ve kötüye kullanma durumunu doğrulamada yardımcı olmaya gönüllülüklerinin güçlü bir şekilde ifade edilmesi; istismara uğrayan kadınlara, fiziksel yaralanmalar, CYBE, istenmeyen gebelikler ve ruhsal travma için uygun değerlendirme, danışmanlık ve tedavi sunulmasının sağlanması gerekmektedir (39,44,55)

2.3.7. Beslenme ve Kilonun Değerlendirilmesi

Çocuk sahibi olmaya hazırlanan her çiftte, bazı gebelik öncesi risk faktörlerinin olduğu ve dünyadaki pek çok kadının da önlenemez risklerle gebe kaldığı belirtilmektedir. Beslenme ile ilişkili risk faktörleri de bunlardan biridir. Mevcut ve potansiyel risklerin azaltılması için sadece gebelik esnasında alınacak önlemler çoğu zaman yetersiz kalmaktadır. Gebelik öncesi dönemden itibaren kadınların yeterli ve dengeli beslenmesi ve vücut ağırlığı kontrolünün sağlanması maternal ve fetal birçok sağlık riskinin engellenebilmesi açısından önemlidir.

Gebelik öncesindeki maternal beslenme durumu ve beden kitle indeksi (BKİ) ile gebelikteki ağırlık kazanımı; gebeliğin oluşumunu, seyrini, fetüsün ağırlığını, maternal, fetal ve neonatal sağlığı etkilediğinden Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO), gelecek nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşabilmesi için üreme çağındaki genç kızların ve kadınların, gebelikten önce sağlıklı beslenmeleri ve sağlıklı bir yaşam biçimi geliştirmeleri konusundaki bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması gerektiğini vurgulamaktadır (57). Üreme çağındaki erkeklerin beslenme alışkanlıklarının ise sperm sağlığını etkilediği, yeterli ve dengeli beslenen erkeklerde daha kaliteli spermler üretildiği bilinmektedir. Tüm bu nedenlerle üreme çağındaki bireylerin, özellikle de genç

kızların ve kadınların gebelik öncesindeki beslenme durumlarının ve nütrisyonel risklerinin öncelikli bir konu olarak ele alınması gerekmektedir (58).

Maternal kilo, gebelik sonuçlarının değiştirilebilir önemli belirleyicilerinden biridir. Bu nedenle tüm kadınlarda beden kitle indeksi (BKİ) en azından yıllık olarak hesaplanmalıdır. Anne adayının çok düşük ya da çok fazla kilo ile gebeliğe başlaması önerilmemektedir (44). Çok düşük kiloda: gebe kalmada zorlaşma, erken doğum, immatür/prematür bebek, nöral tüp defektleri, gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlıklı bebeklerin görülmesi sıklıkla, aynı zamanda maternal malnutrisyon, uzun vadeli etkilere sahip nörokognitif hastalıkların gelişimi açısından da risk faktörüdür. Yüksek kiloda ise: hipertansiyon ve diyabet hastalığına bağlı makrozomik bebek, preeklamsi/eklamsi, zor doğum, spina bifida, el, ayak ya da parmaklarda eksiklik ve kalbin doğuştan anomalileri, anorektal atrezi, hipospadyas, diyafragmatik herni, omfalosel vb. yapısal bozukluklar daha sık gözlenmektedir. Obez gebelerin normal kilolu gebelere göre tıbbi ve obstetrik komplikasyon yaşama riski de daha yüksektir (59,60).

Sağlıklı bir gebelik için kilonun istenen sınırlarda olması, annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanması ayrıca gebelik öncesi dönemden başlanarak orta yoğunlukta düzenli egzersiz yapmaları önerilmektedir (20). Bu yüzden gebelerin uygun ağırlığa ulaştıktan sonra gebe kalması, sağlıklı yaşam tarzı konusunda bilgilendirilmesi oluşabilecek sorunları önlemek açısından son derece önemlidir.

2.3.8. Folik Asit Desteği

Konjenital anomaliler tedavisi ve rehabilitasyonu oldukça zor olan, hem ailelere hem de toplumlara büyük maddi ve manevi yükler getiren ciddi sağlık sorunları olarak karşımıza çıkmaktadır. Ortaya çıktığı bireyde ciddi sağlık sorunlarına, sakatlıklara ve ölümlere yol açan ve sık görülen bu konjenital anomalilerden birisi de nöral tüp defektleridir. Gebelik öncesi ve gebelikte yeterli folik asit kullanımının fetüsün sinir sisteminde oluşabilecek anomali (nöral tüp defektleri) riskini ciddi oranlarda azalttığı bilinmektedir. Üreme çağındaki tüm kadınlara gebelikten en az bir ay önce ve gebeliğin ilk 3 ayında folik asit kullanmaları ya da folik asitten zengin besinler içeren diyet önerilmektedir

(3,6,18). Konjenital anomalileri önlemedeki rolüne rağmen gebelik öncesi dönemde folik asit kullanım oranları yetersizdir. Bu nedenle, sağlık kuruluşuna, herhangi bir nedenle başvuran üreme çağındaki tüm kadınlara gebelik öncesi dönemde folik asit kullanımının önemi hakkında bilgilendirme ve danışmanlık yapılması gerekmektedir.

2.3.9. Çevresel Maruziyetler

Gebelik öncesi dönemde dikkat edilmesi gereken önemli faktörlerden biri de çevresel maruziyetleri fetüsten uzak tutmaktır. 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 ve kozmetik ürünler de aynı şekilde toksik ve teratojen olabilir. Dolayısıyla ebeveynler, yiyecek içecek tüketimine, çözücü içeren madde kullanımına ve maruz kalınan mikroçevreye dikkat etmelidir. Bu maruziyetlerden uzak durarak spontan abortus, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, gelişme geriliği, konjenital malformasyonlar, karsinogenez, mikrosefali ve mental retardasyon gibi risklerden korunma sağlanabilir (4,39,44).

2.3.10. Erkeklerde Gebelik Öncesi Bakım

Erkekler için gebelik öncesi bakım, aile planlaması ve gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi, kadın partnerlerinin üreme sağlığı ve sağlık davranışlarının güçlendirilmesi ve erkeklerin babalık dönemine hazırlanması için önemlidir. Gebeliğin oluşumunda erkeğin sağlık durumuna (sigara, alkol kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sperm kalitesi vb.) ilişkin riskler belirlenerek gerekli danışmanlık verilmelidir. Ayrıca babalık rolünün geliştirilmesi, gebelik süresince anneye gereken desteği verebilmesi için gebelik öncesi danışmanlık içerisinde erkeklerinde yer alması gereklidir (61).

Çizelge 2.1’de ACOG’un gebelik öncesi bakım önerileri ve önerilerin kanıt değeri gösterilmiştir.

Çizelge 2.1. Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

GOB'ın potansiyel bileşeni	Kanıt değeri	Öneri
SAĞLIĞI ARTIRMA		
Aile planlaması ve üreme yaşam planı	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlar için rutin sağlığı artırma etkinlikleri kadınların kısa ve uzun vadede gebe kalma ya da kalmama niyetleri ve istemli ya da istemsiz gebelik riskleri için kadınların taranması ile başlamalıdır. • Sağlık çalışanları üreme yaşamı planı yapmaları için hastaları yöreklendirmeli ve üreme yaşam planlarının kontraseptif karar almayı nasıl etkilediği konusunda hastaları eğitmelidirler. • Doğurganlık çağındaki her kadına üreme yaşam planı ve gebelik riski ile tutarlı olan kontrasepsiyonun tüm formları ve acil kontrasepsiyon konusunda bilgi ve danışmanlık verilmelidir.
Besin alımı	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlar beslenme uygunluğu açısından değerlendirilmeli ve besin kaynaklarının önerilen günlük miktarı kapsamadığı sorunu varsa multivitamin desteği verilmelidir.
Folik asit	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki kadınlara günde 400 mg sentetik folik asit almaları ya da folik asitten zengin besinler içeren dengeli sağlıklı diyet önerilmelidir.
Aşılamalar	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlar Tdap, KKK ve varisella için aşılama durumları açısından yıllık olarak değerlendirilmeli ve endike olduğunda aşılar güncellenmelidir. • Üreme çağındaki tüm kadınlar diğer enfeksiyonlar için sağlık, yaşam biçimi, mesleki riskleri, açısından değerlendirilmeli ve endike olan aşılar yapılmalıdır.
Kilo durumu	A	<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınların BKİ yılda en az bir kez ölçülmelidir. • BKİ>26 kg/m² olan tüm kadınlara kilonun sağlıkları ve infertilite dahil gelecekte gebelikleri üzerine etkinlikleri konusunda danışmanlık verilmelidir. • Bu kadınlara kalori alımını azaltmak ve bedensel etkinliklerini artırmak için özgün davranış stratejileri verilmeli ve yapılandırılmış kilo verme programlarına katılmaları için yöreklendirilmelidirler. • BKİ<19.8 kg/m² olan tüm kadınlara yetersiz kilonun kısa ve uzun vadede sağlıkları ve infertilite dahil gelecekte gebelikleri üzerine riskleri konusunda danışmanlık verilmelidir. • Düşük BKİ olan tüm kadınlar yeme bozuklukları ve beden imajı algı bozuklukları konusunda değerlendirilmelidir. • Kilo almayı düşünmede ve başarmada gönülsüz olan tüm kadınlar yeme bozukluğunun ileri değerlendirmesi için sevk gerektirebilir.
Bedensel etkinlik	C	<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlar doğumda alabilecekleri kilo ve kardiyovasküler egzersizlerine göre değerlendirilmeli ve bedensel yeterliliklerine uygun öneriler sunulmalıdır.
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	A	<ul style="list-style-type: none"> • Hekimler düzenli ve rutin olarak CYBE risklerini değerlendirmeli ve enfeksiyonlardan korunma ve önleme konusunda danışmanlık verilmelidir. • Doğurganlık çağındaki tüm kadınlara, endike ise, CYBE konusunda test yapılmalı ve tedavi edilmelidirler.
Madde kullanımı	A	<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlar, sağlık sistemi ile her karşılaşmada tütün kullanma konusunda değerlendirilmeli ve sigara içen kadınlara sigara bırakma danışmanlığı verilmelidir. • Tüm kadınlar yıllık olarak alkol kullanma paternleri ve riskli içme davranışı açısından değerlendirilmeli ve gebelikte alkol maruziyetinin bebek üzerindeki riskleri konusunda ve gebelikte güvenli tüketim düzeyi olmadığı konusunda danışmanlık verilmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

AŞILAMA		
Human papillomavirüs (HPV)	B	<ul style="list-style-type: none"> • Kadınlar rutin olarak servikste HPV ile ilişkili anormallikler açısından PAP smearla taranmalıdır. • Önerilen alt gruplara, servikal anormallik ve kanser insidansını azaltma amacıyla HPV aşısı önerilmektedir.
Hepatit B	A	<ul style="list-style-type: none"> • Daha önce hepatit B için aşılanmamış tüm yüksek riskli kadınlar gebelikten önce Hepatit B için aşılanmalıdır. • Kronik hepatit B taşıyıcılarına yakın temasla bulaşı önleme yöntemleri ve bebeğe vertikal geçişin nasıl önleneceği öğretilmelidir.
İnfluenza	C	<ul style="list-style-type: none"> • İnfluenza aşısı, influenza mevsiminden önce influenza mevsiminde gebe olacak kadınlara ve influenza ile ilişkili yüksek sağlık riski olan kadınlara önerilir.
Difteri, boğmaca, tetanos	B	<ul style="list-style-type: none"> • Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar, yenidoğan tetanosunu önlemek için, tetanos immünitesi yönünden değerlendirilmelidir. • Tdap aşısı gebe kadınlara önerilir.
Suçiçeği	B	<ul style="list-style-type: none"> • Varisella aşısının gebelikte kontrendike olması nedeniyle varisella için immünitesi için tarama (aşılama veya geçirme öyküsü ya da laboratuvar kanıtı) GÖB'in bir parçası olmalıdır. • Varisella için immün olmayan tüm kadınlar varisellaya karşı aşılanmalıdır.
Kızamık, kızamıkçık, kabakulak	A	<ul style="list-style-type: none"> • Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar kızamıkçık immünitesi için taranmalıdır. • Aşılanmamış veya immün olmayan tüm kadınlara gebe kalmadan en az 3 ay önce aşı yaptırılmaları önerilmektedir.
ENFEKSİYON HASTALIKLARI		
Sitomegalovirüs	C	<ul style="list-style-type: none"> • Küçük çocukları olan kadınlar, bebek ya da küçük çocuklarla çalışan kadınlar CMV riskini azaltma konusunda danışmanlık almalıdırlar. • Risk azaltma yöntemleri: lateks eldiven kullanma, bebek bezlerine temas ya da solunum yolu sekresyonlarına maruziyetten sonra el yıkama önerilir.
Toksoplazmozis	A	<ul style="list-style-type: none"> • Toksoplazma enfeksiyonunu azaltmak amacıyla, danışmanlık vermenin ve test yapmanın ya da enfekte kadınları tedavi etmenin sonuçları iyileştirdiğine dair net kanıt yok • Ancak gebelik öncesi test yapılmışsa ve test pozitif ise kadınlara gebelik sırasında toksoplazma bulaşması riski olmadığına dair güvence verilir. • Testi negatif olan kadınlara gebelikte bulaşmadan korunma yollarına dair danışmanlık verilir. • Gebelik sırasında testi negatiften pozitive dönüşen kadınlara tedavi verilmelidir.
Parvovirüs	E	<ul style="list-style-type: none"> • Parvovirüse karşı tarama önerisi için yeterli kanıt yok • Tüm kadınlar iyi hijyen uygulamaları için yöreklendirilmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

Listeryozis	C	<ul style="list-style-type: none"> Gebelikleri sırasında listeryaya maruz kalan kadınların hasta olacaklarına dair kanıt yok Bununla birlikte kadınlara pastörize olmayan süttten üretilmiş taze ve yumuşak peynirlerden kaçınmaları, hazır gıdaları pişirmeden tüketmemeleri tavsiye edilmelidir.
Tüberküloz	B	<ul style="list-style-type: none"> Gebelik öncesi tüberküloz için yüksek riskli tüm kadınlar taranmalı ve uygun olarak tedavi edilmelidir.
Gonore	B	<ul style="list-style-type: none"> Yüksek riskli kadınlar GÖB vizitlerinde taranmalıdır ve enfekte kadınlar tedavi edilmelidir. Tarama erken gebelikte de yapılmalı ve yüksek riskli kadınlarda tekrarlanmalıdır.
Malarya	C	<ul style="list-style-type: none"> Gebelik planlayan kadınlara malaryanın endemik olduğu bölgelere seyahatten kaçınmaları önerilmelidir. Seyahat etmek zorundalarsa, seyahatin sonuna dek gebelikten korunmak için etkili bir kontraseptif yöntem kullanmaları önerilmelidir. Malaryanın endemik olduğu bölgelere seyahat edecek olan ve gebelik planlayan kadınlara antimalaryal kemoprofilaksi verilmelidir.
Klamidya	A	<ul style="list-style-type: none"> 25 yaşın altındaki tüm cinsel aktif kadınlar ve klamidya enfeksiyonu için yüksek riskteki kadınlar gebelik öncesi rutin karşılaşmalarda taranmalıdır. Klamidya enfeksiyonu için yüksek riskteki kadınlar: Geçirilmiş CYBE öyküsü olan kadınlar, yeni ya da çoklu seks partneri olan kadınlar, tutarsız kondom kullanan kadınlar, seks işçileri, ilaç bağımlıları
Sifiliz	A	<ul style="list-style-type: none"> Sifiliz için yüksek riskli kadınlar GÖB vizitlerinde taranmalı ve enfekte kadınlar tedavi edilmelidir.
Herpes simpleks virüs	B	<ul style="list-style-type: none"> GÖB ziyaretleri sırasında genital herpes öyküsü olan kadınlar fetüse ve yenidoğana vertikal geçiş riski için danışmanlık almalıdırlar. Genital herpes öyküsü olmayan kadınlar da asemptomatik hastalık ve yeni hastalık için danışmanlık almalıdırlar. Genel popülasyonda evrensel serolojik tarama önerilmemekle birlikte, bu kişilerin asemptomatik eşlerine serolojik test yapılması önerilir.
Hepatit C	C	<ul style="list-style-type: none"> Düşük riskli kadınlarda gebelik öncesi hepatit C taramasının perinatal sonuçları iyileştirdiğine dair veri yok Yüksek riskli kadınlarda tarama önerilmektedir. Hepatit C pozitif olan ve gebe kalmak isteyen kadınlara enfektivitenin kesinsizliği, viral yük ve neonatal geçiş arasındaki ilişki, hepatotoksik ilaçlardan kaçınmanın önemi, kronik karaciğer hastalığı riskine dair danışmanlık verilmelidir. Hepatit C için tedavi olan kadınlar gebe kalabilirler. Tedavi sırasında uygun kontrasepsiyon yöntemi kullanmalıdırlar.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

HIV	A	<ul style="list-style-type: none">• Tüm kadın ve erkekler gebelikten önce HIV durumlarını öğrenmeleri için yöreklendirilmelidir ve güvenli seks konusunda danışmanlık almalıdırlar.• Testleri negatif olan kadınlar bebeğe vertikal geçiş ve morbidite ve mortalite olasılıkları açısından bilgilendirilmelidir.• Testleri pozitif olan kadınlara kontrasepsiyon önerilmelidir.• Gebeliği seçen kadınlara vertikal geçişi önleyebilen tedavilerin varlığı konusunda ve tedavinin gebelikten önce başlanması gerektiği konusunda danışmanlık verilmelidir.
Grup B streptokok	E	<ul style="list-style-type: none">• GÖB’da grup B streptokoklar için tarama önerilmemektedir.
Bakteriyel vajinozis (BV)	D	<ul style="list-style-type: none">• Gebelik öncesi ve gebelikler arasında bakteriyel vajinozis için tarama ve tedavinin rolü ve üremeye etkisini değerlendiren çalışma yok• Ortalama riskteki asemptomatik gebe kadınlar arasında bakteriyel vajinozisin rutin tarama ve tedavisi önerilmiyor.• Önceden erken doğum yapmış kadınlar için iyi yapılmış çalışmaların tutarsız sonuçları var. Bazı çalışmalar erken taramayı ve oral metronidazol tedavisini desteklemektedir. Semptomatik BV enfeksiyonu olan gebe veya gebelik planlayan kadınlar tedavi edilmelidir.
Asemptomatik bakteriüri	E	<ul style="list-style-type: none">• Gebelik öncesi dönemde tanı almış ve tedavi edilmiş asemptomatik bakteriürisi olan kadınların düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranlarının daha düşük olduğuna dair çalışma yok.• Tekrarlanan antibiyotik tedavilerine rağmen inatçı ve tekrarlayan bakteriürisi olan kadınlarda yeniden enfeksiyon gelişmesi sık görülür ve tedaviden sonraki birkaç ay içinde ortaya çıkar.• Bu nedenle, gebelikten önce asemptomatik bakteriüri için tanı almış ve tedavi edilmiş kadınlar gebelik sırasında yeniden taranmalıdır.• Bu nedenlerle, asemptomatik bakteriüri için taramanın GÖB’da rutin olarak yapılması önerilmemektedir.
Periodontal hastalık	C	<ul style="list-style-type: none">• Periodontal hastalığın gebelik öncesi ve gebelikler arasında taranması ve tedavi edilmesinin rolünü ve üreme üzerine etkilerini değerlendiren çalışma yok.• GÖB sırasında periodontal hastalığın rutin taranma ve tedavisinin anne için önemli yararı olmakla birlikte, fetusa yararı gösterilemediği için GÖB’ın bir parçası olarak önerilmemektedir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

TIBBİ DURUMLAR		
Fenilketonüri	A	<ul style="list-style-type: none"> • Doğurganlık çağındaki fenilketonürlü tüm kadınlar doğurganlık yıllarında düşük fenilalanin düzeyini sürdürmenin önemi konusunda danışmanlık almalıdırlar. • Bu kadınlar, özellikle gebe kalmayı planladıklarında, fetus üzerine olumsuz etkilerden kaçınmak için, düşük fenilalanin diyeti almaları için yöreklendirilmelidir. • Gebelik istemeyen kadınlar kontraseptif yöntem kullanmaları için yöreklendirilmelidir.
Romatoid artrit	A	<ul style="list-style-type: none"> • Bilinen RA öyküsü olan kadınlara gebelik sonrasında hastalığın alevlenebileceği bildirilmelidir. • Gebe kalmak isteyen hastaların kullandığı ilaçlar gözden geçirilmeli, NSAİİ'ler 27. gebelik haftasında kesilmelidir. • Methotreksat ve leflunomid son derece teratojeniktir gebelik planlayan kadın ve erkekte kesilmelidir.
Diyabetes mellitus	A B (aşırı kilolu ve obez yetişkinler)	<ul style="list-style-type: none"> • DM olan tüm kadınlar gebelik düşünmeden önce DM'ün kontrolünün önemi konusunda danışmanlık almalıdırlar. • Önemli danışmanlık konuları: • Optimal kilo kontrolünü sürdürme • DM kontrolünü maksimize etme • Kendi kendine glukoz izlemi • Düzenli egzersiz programı • Sigara, alkol, ilaç kullanımını bırakma • Gebelik sırasında yardım için sosyal destek • Gebelikten önceki aylarda bu kadınlar, konjenital anomali olasılığını azaltmak için mümkün olduğunca normal HbA1C düzeyine erişmelidir. Diyabet kontrolleri zayıf olan kadınlar etkili kontraseptif yöntem kullanımı için yöreklendirilmelidir. • Asemptomatik kadınlarda prediyabet ve tip 2 DM'u saptamak için test aşırı kilolu ya da obez kadınlarda (BKİ>25 kg/m²), diyabet için birden fazla risk etmeni olan kadınlarda ve gestasyonel DM öyküsü olan kadınlarda düşünülmelidir.
Tiroid hastalığı	A	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotiroidili kadınlar bu durumun gebelik sonuçlarına etkisine ve gebelik öncesi dönemde optimal replasman tedavisinin önemine dair danışmanlık almalıdırlar. • Hipotiroidi semptomları olan tüm kadınlar tiroid hastalıkları için taranmalıdır. • Hipotiroidi saptanırsa uygun tedavi başlanmalıdır.
Hipertansiyon	A	<ul style="list-style-type: none"> • Kronik HT olan üreme çağındaki kadınlara hem kendisi hem de bebeği için gebelik süresince hipertansiyonla ilişkili riskler konusunda ve gebelik planlayan kadınlara ise aldığı ilaçların değişmesi gerekebileceği konusunda danışmanlık verilmelidir. • Uzun süredir HT olan kadınlar, gebelikten önce ventriküler hipertrofi, retinopati ve nefropati açısından değerlendirilmelidir. • Gebelikte ACEİ ve ARB'ler kontrendikedir. Bu ilaçları kullanan kadınlara gebelik istemiyorsa uygun kontraseptif yöntem önerilmelidir. • Gebelik planlayan kadınlar, gebelikten önce bu ilaçları kesmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

Lupus	B	<ul style="list-style-type: none">• Üreme çağındaki SLE'li kadınlar gebelikte lupusun hem kadın hem de bebek üzerine riskleri ile ilişkili danışmanlık almalıdır.• Gebelikten önce hastalığın kontrol altına alınmış olması önemlidir.• Hastanın kullandığı ilaçlar kontrol edilmeli ve gebelikten önce ya da erken gebelikte ilaçlarda değişiklik gerekip gerekmediği değerlendirilmelidir.• Tedavi rejimlerinde siklofosamid olan kadınlara bu ilacın teratojenik olduğu bildirilerek mümkünse gebelikten önce değiştirilmelidir.• Gebelik planlamayan kadınlar etkili bir kontraseptif kullanmalıdırlar.
Epilepsi	A	<ul style="list-style-type: none">• Epilepsili üreme çağındaki kadınlara gebelikte nöbet sıklığının artma riski olduğu, nöbetin ve antikonvülzan ilaçların gebelik sonuçları üzerine potansiyel etkileri konularında danışmanlık verilmelidir.• Karaciğer enzimlerini indükleyen antikonvülzan alan kadınlarda OKS'in başarısızlık oranı artar.• Epilepsisi olan üreme çağındaki kadınlara mümkün olan her zaman nöbetleri kontrol etmek için en düşük etkin dozda tek ilaç verilmelidir.• Gebelik planlayan kadınlarda gebelikten önce antikonvülzan tedavinin kesilmesi ya da değiştirilmesinin sonuçları tam olarak değerlendirilmeli, nöral tüp defektlerini önlemek için gebelikten en az bir ay önce, günde 400 mg folik asit başlanmalı ve ilk trimesterin sonuna kadar devam edilmelidir.
Astım	B	<ul style="list-style-type: none">• Tüm kadınlar gebelikte astım kontrolünün kötüleşme potansiyeli konusunda danışmanlık almalıdır.• Kadınlara gebelikten önce uygun tedavi ile astımın kontrol altına alınmasının ve tetikleyicilerden kaçınılmasının önemi belirtilmelidir.• Gebelik planlayan ya da gebe olan astımlı kadınlar gebelikte astım tedavisi rehberlerine göre tedavi almalıdırlar.• Astım kontrolü zayıf olan kadınlar semptomlar kontrol altına alınmaya kadar uygun kontraseptif almalıdırlar.
Trombofili	C	<ul style="list-style-type: none">• Hekimler, kişisel ya da aile öykülerinde venöz trombotik olay ya da tekrarlayan ya da ağır olumsuz gebelik sonuçları olan kadınlar taramalıdırlar.• Trombofili düşündüren kişisel ya da aile öyküleri olan kadınlar, gebelik düşünüyorlarsa trombofililer için danışmanlık almalı ve test yapılmalıdır.• Bunların dışında trombofililer için tarama rutin değildir.• Bilinen genetik trombofilisi olan üreme çağındaki kadınlara gebelik öncesi genetik danışmanlık verilmelidir.• Warfarin alan kadınlarda teratojenik olması nedeniyle warfarin kesilmeli ve heparine geçilmelidir. ÖD: B

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

Böbrek hastalıkları	B	<ul style="list-style-type: none">• Böbrek hastalığı olan üreme çağındaki kadınlara gebelikte ve gebelikten bağımsız olarak hastalığın ilerleme potansiyeli olduğu, kadın ve bebek için olumsuz olay riski olduğu anlatılmalıdır.• Ayrıca gebelikten önce kan basıncı normalliğinin başarılması ve sürdürülmesinin önemi vurgulanmalıdır.• Gebelikte ACEİ ve ARB'ler kontrendikedir. Bu ilaçları kullanırken gebe kalan kadınlara ilaçların olası olumsuz etkileri konusunda bilgi verilmelidir.• Gebelik planlayan kadınlar, gebelikten önce bu ilaçları kesmelidir.• Gebe kalmak istemeyenlere uygun kontraseptif yöntem önerilmelidir.
Kardiyovasküler hastalıklar	B	<ul style="list-style-type: none">• Kalp hastalığı olan üreme çağındaki kadınlara gebeliğin kardiyak durum üzerine etkilerine dair danışmanlık verilmelidir.• Kardiyak sorun için kullanılan ilaçlar gözden geçirilmeli ve olası riskleri belirtilmelidir.• Gebelik planlayan ya da düşünen kadınlar gebelikten önce hastalığının optimal kontrolünün sağlanması gerektiği bildirilmelidir.• Gebelik istemeyen kadınlara etkili, uygun kontraseptif verilmelidir.• Varfarin kullanan kadınlarda gebelikten önce varfarin kesilmeli ve heparine geçilmelidir.• Konjenital kalp hastalıkları olan kadınlara, gebelikten önce genetik danışmanlık verilmelidir.
Depresyon / Anksiyete	B	<ul style="list-style-type: none">• Hekimler üreme çağındaki kadınlarda, bu hastalıkların gebelikten önce kontrolü ya da tedavisinin olumsuz gebelik ve aile sonuçlarını önlemeye yardım etmesi nedeniyle, depresyon ve anksiyete için uyanık olmalıdırlar.• Üreme çağındaki, gebelik planlayan ya da gebe olan tedavi edilmemiş depresyon ya da anksiyete bozukluğu olan kadınlar hastalığın gebelikteki olası riskleri ve tedavinin yararları konusunda aydınlatılmalıdır.
Bipolar bozukluk	B	<ul style="list-style-type: none">• Üreme çağındaki bipolar bozukluğu olan kadınlar, gebeliğin relaps riskini artırdığı konusunda aydınlatılmalıdır.• Bipolar bozukluk için relapsı önleme ve yönetim stratejisi hastanın gebe kalma girişiminden önce vurgulanmalıdır.• Üreme çağındaki bipolar bozukluğu olan kadınlar kontraseptif seçeneklere dair danışmanlık almalıdırlar.
Şizofreni	B	<ul style="list-style-type: none">• Üreme çağındaki şizofrenili kadınlar, mümkün olan her zaman eşleri ya da bir aile üyesi ile birlikte, gebeliğin durumları üzerine etkisi, hastalığın gebelik üzerine etkileri konusunda danışmanlık almalıdırlar.• Gebelik girişiminden önce prenatal bakımın önemi ve hastalığın önleme ve yönetim stratejilerinin altı çizilmelidir.• Gebelik istemeyen kadınlara uygun kontraseptif yöntem verilmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

PARANTERAL MARUZİYET		
Alkol kullanımı	B	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlar alkol kullanımı konusunda taranmalı ve alkolün fetüs üzerine olumsuz etkilerine dair bilgi verilmelidir. • Birinci basamakta alkolü bırakmak için kısa girişimler yapılabilir. • Alkol bağımlısı olan kadınların tedavi almaları önerilir. • Alkolü bırakana kadar kontrasepsif yöntem kullanmaları önerilir.
Sigara	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlar tütün kullanımı konusunda taranmalı. • Sigara içen kadınlara gebelikten önce, gebelik sırasında ve sonrasında sigara içmemenin yararları vurgulanır ve sigara bırakma danışmanlığı verilir.
Yasa dışı ilaç kullanımı	C	<ul style="list-style-type: none"> • GÖ risk değerlendirmenin bir parçası olarak yasa dışı madde kullanımını tanımlamak için dikkatli bir öykü alınmalıdır. • Erkekler ve kadınlara gebelikten önce, gebelik sırasında ve sonrasında yasa dışı ilaç kullanımının riskleri konusunda danışmanlık verilmeli ve tedavi için destek sağlanmalıdır. • İlaç bağımlılığı tedavisi sonuçlanıncaya kadar kontrasepsif yöntem kullanmaları önerilir.
AİLE VE GENETİK ÖYKÜ		
Tüm bireyler	B	<ul style="list-style-type: none"> • Gebelik düşünen tüm kadınlar, GÖB vizitinde öykü ile taranmalıdır. • Hekimler anne yaşı, anne ve babanın tıbbi durumları, obstetrik öykü ve aile öyküsü temelinde genetik risk konusunu sorgulamalıdır. • İdeal olarak çiftlerin her biri için 3 jenerasyon aile öyküsü alınmalıdır. • Hedef genetik hastalıklar, kongenital malformasyonlar, gelişim gecikmeleri ve mental retardasyonu tanımadır. • Bu tarama öyküsü genetik bir hastalık olasılığını işaret ediyorsa özgün danışmanlık için sevk edilmelidir.
Aile öyküsü	B	<ul style="list-style-type: none"> • Gelişme geriliği, konjenital anomali ya da başka bir genetik hastalığa dair aile öyküsü olan bireylere gebeliğe dair potansiyel risklerin daha iyi tanımlanması için uygun uzmana sevk edilmelidir.
Önceki gebelikler	C	<ul style="list-style-type: none"> • Çiftin en az birinde bilinen bir kromozom anomalisi varsa preimplantasyon genetik tanıli invitro fertilizasyon tartışmalıdır.
Bilinen genetik durumlar	B	<ul style="list-style-type: none"> • Şüpheli genetik hastalıklar gebelikten önce ileri araştırma gerektirir. Bilinen ya da saptanan genetik bozukluk gebelikten önce ve sonra optimal olarak yönetilmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

BESLENME		
Diyet destekleri	C	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlara diyet desteği alıp almadıkları sorulmalı ve desteğin olumlu ya da olumsuz güvenlik, etki ve etkinliği konusunda öğüt verilmelidir. • Diyet desteği kullanmadan önce hekimleri ile görüşmeleri gerektiği öğretilmelidir.
Vitamin A	B	<ul style="list-style-type: none"> • Ek öneri yok. Gebelikte önerilen doz: 10,000 IU/gün
Folik asit	A	<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlar 0.4 g (400 mg)/gün folik asit almalıdırlar.
Vitamin D	B	<ul style="list-style-type: none"> • Öneri için kanıt yetersiz. Vitamin D eksikliği varsa destek verilmelidir.
Multivitamin	A	<ul style="list-style-type: none"> • Folik asit içeren multivitamin alınması öneriliyor.
Kalsiyum	A	<ul style="list-style-type: none"> • Diyetle eksikse öneriliyor.
Demir	A	<ul style="list-style-type: none"> • Demir eksikliği riski olan kadınlar taranmalı ve eksiklik olan kadınlara demir desteği verilmelidir.
Esansiyel yağ asitleri	B	<ul style="list-style-type: none"> • Gebelik öncesi dönemde tüm kadınlar omega 3 ve 6 içeren esansiyel yağ asitlerinden zengin diyetlerle beslenmelidir.
İyot	A	<ul style="list-style-type: none"> • İyot eksikliği olan kadınlara danışmanlık verilmelidir. İyot eksikliği olan bölgelerde gebelik öncesi dönemde günde 150 mcg, gebelik ve laktasyon döneminde günde 200 mcg iyot desteği önerilmektedir.
İLAÇLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ		
Reçeteli ilaçlar	A	<ul style="list-style-type: none"> • GÖB'in bir parçası olarak tüm kadınlar teratojenik ilaç kullanıp kullanmadıkları açısından taranmalı ve kronik sağlık durumları ve ilaçların anne ve bebek üzerine potansiyel etkileri konusunda danışmanlık almalıdırlar. • Mümkün olan her zaman potansiyel olarak teratojenik ilaçlar gebelikten önce daha güvenli ilaçlarla değiştirilmelidir. • Anne ve bebek için ciddi morbidite riski taşıyan kronik hastalıkları olan kadınlar da annenin hastalığını kontrol altına almak için esansiyel ilaçlar en düşük doz ve en az sayıda kullanılmalıdır. • Gebelik istemeyen kadınlara uygun kontraseptif yöntem verilmelidir.
Reçetesiz (OTC) ilaçlar	A	<ul style="list-style-type: none"> • Hekimler üreme çağındaki kadınları gebelik planladıkları zaman OTC ilaçların kullanımını hekimleri ile tartışmaları gerektiği konusunda bilgilendirmelidirler. • Gebelik planlayan ya da gebe olan kadınlara özellikle aspirin kullanmamaları öğütlenmelidir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

DAHA ÖNCEKİ GEBELİKLERİN ÖYKÜSÜ		
Eski preterm bebek doğumu	A	<ul style="list-style-type: none"> • Üreme çağındaki tüm kadınlardan gebelik öyküsü alınmalıdır. • Daha önce DDA ya da preterm bebek doğurma öyküsü olan kadınlar bir sonraki gebelikten önce düzeltilebilir nedenler için değerlendirilmeli ve sonraki gebeliğinde progesteronla tedavinin potansiyel yararı konusunda aydınlatılmalıdır.
Önceki sezaryen doğum	A	<ul style="list-style-type: none"> • Daha önce sezaryenle doğum yapmış kadınların GÖB danışmanlığında bir sonraki gebelik için en az 18 ay beklemesi gerektiği belirtilmeli ve daha erken gebeliğin risk sonuçları konusunda aydınlatılmalıdır. • İdeal olarak danışmanlık sezaryenden sonra başlamalı ve tüm postpartum vizitlerde devam etmelidir.
Önceki düşük	A	<ul style="list-style-type: none"> • Sporadik, spontan düşüğü olan kadınlar rekürrens olasılığı için yeniden değerlendirilmeli ve rutin GÖB önerilmelidir. • Üç erken gebelik kaybı olan kadınlar nedenin tanımlanması için araştırılmalıdır. • Tedavi altına yatabilen nedene yönelik olmalıdır. • Tanımlanmış neden bulunamayan kadınlarda prognoz destekleyici bakımla iyidir.
Daha önceki ölü doğum	B	<ul style="list-style-type: none"> • Ölü doğum zamanında nedeni saptamak için tam bir araştırma yapılmalı ve hasta ile konuşulmalıdır. • GÖ ziyarette, daha önce ölü doğumu olan kadınlara olumsuz gebelik sonucu risklerinin yüksek olduğu konusunda danışmanlık verilmelidir. • Bu kadınlar destek için sevk edilmelidirler.
PSİKOSOSYAL RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ		
Uygun olmayan finansal kaynaklar		<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlar ekonomik durumları açısından sorgulanmalı ve finansal sorunları olan kadınlar uygun kurumlara sevk edilmelidir.
Bakıma erişim		<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlara sağlık güvenceleri olup olmadığı sorulmalıdır.
Fiziksel / Cinsel İstismar	C	<ul style="list-style-type: none"> • Tüm kadınlara, halen ya da geçmişte ya da çocukken, herhangi bir kaynaktan (ebeveyn, eş ya da yabancı) fiziksel, cinsel ya da duygusal istismar yaşayıp yaşamadıkları sorulmalıdır. • Yakın geçmişte ya da halen istismar yaşayan kadınlar için, sağlık çalışanları endişelerini ve kötüye kullanma durumunu doğrulamada yardımcı olmaya gönüllülüklerini güçlü bir şekilde ifade etmelidir. • İstismara uğrayan kadınlara, fiziksel yaralanmalar, CYBE, istenmeyen gebelikler ve ruhsal travma için uygun değerlendirme, danışmanlık ve tedavi sunulmalıdır. • Cinsel tacize uğrayan kadınlara acil kontrasepsiyon ve ampirik antimikrobial tedavi verilmelidir. • Kadınlara, danışmanlık, yasal öneri için istismarda uzmanlaşan kurumlar ve diğer kurumlar konusunda bilgi verilmelidir. • Kadınları gören her uzmanın böyle kurumlara kolaylıkla ulaşabildiği bir listesi olması gerekir.

Çizelge 2.1 (Devam). Anne ve bebek sağlığını iyileştirmek amacıyla gebelik öncesi klinik girişimler için kanıta dayalı öneriler

ÖZEL GRUPLARDA GEBELİK ÖNCESİ BAKIM		
Kanser	A	<ul style="list-style-type: none">• Yeni tanı almış kanser yaşayanları fertilitelerinin korunmasını istiyorlarsa fertilitelerinin korunması seçenekleri konusunda danışmanlık almak üzere sevk edilmelidir.• Gebelik düşünen kanser yaşayanları kanserleri için aldıkları tedavinin gebelik ve fertiliteleri üzerine etkileri konusunda danışmanlık almalıdırlar.• Alkileyici kemoterapötik ajanlar ve/veya pelvik ya da abdominal radyasyon alan kadınlarda over yetersizliği riski artar.• Pelvik ya da abdominal radyasyon alan kadınlarda DDA bebek doğurma riski vardır.• Selektif östrojen reseptör modülatörü almaya aday meme kanseri yaşayanları gebelik düşündüklerinde bu ilaçlar hakkında danışmanlık almalı ve gebelikten kaçınmalıdırlar.• Bu hastalara tedavileri boyunca gebelikten korunmaları için hormon dışı güvenilir kontraseptif bir yöntem önerilmelidir.• Genetik mutasyonlara bağlı kanserlerde genetik danışmanlık önerilir.• Antrasiklin kemoterapisi ve kalp ve çevre dokulara ya da her ikisine de radyasyon alan kanser yaşayanları gebelikten önce bir kardiyolog tarafından değerlendirilmelidir.
Erkekler	B	<ul style="list-style-type: none">• Yüksek riskli davranışların ya da zayıf kontrollü kronik hastalıkların gebelikten önce optimize edilmesi önemlidir• İtiraz ve bariyerlere rağmen AJOC rehber komitesi eşiyile gebelik planlayan her erkeğin, hastalıktan korunma, saptama ve GÖB eğitimi için kapsamlı tıbbi değerlendirmeden geçmesini önermektedir.
Engelli kadınlar	B	<ul style="list-style-type: none">• Engelli kadınlar gebelikten önce kullandıkları ilaçlar ya da engellilik durumlarının gebeliğe etkileri ve riskleri konusunda danışmanlık almalıdırlar.• Gebelik ve engellilikle ilişkili tıbbi, ruhsal ve sosyal konular değerlendirilmelidir.• Kadına ve ailesine bu konularda danışmanlık verilmelidir.• Gebelik istemeyen kadınlara tıbbi durumlarına ve kişisel gereksinimlerine uygun kontraseptif yöntem önerilmelidir.• Varsa hastaların koruyucuları da bilgilendirilmelidir.• Uygunsa genetik danışmanlık için sevk edilmelidirler.

Kaynak: Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, et al. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. Am J Obstet Gynecol 2008

2.3.11. Gebelik Öncesi Bakımda Aile Hekimlerinin Yeri

Gebelik öncesi bakım birinci basamak bakımdır ve birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları için öncelikli olmalıdır. Her ne kadar sağlık sisteminin tüm kademelerinde gebelik öncesi bakımla ilgili yapılabilecek danışmanlık ve müdahaleler olsa da kişinin sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktası aile hekimleridir. Bu nedenle bakımın yapılacağı, daha da önemlisi başlayacağı ilk nokta birinci basamaktır.

Gebelik öncesi bakım kavramı içeriği dolayısıyla öncelikli olarak bir risk taramasıdır. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik yapılacak kişi merkezli bakım ile en iyi risk taramasını yapacak kişi aile hekimidir. Aile hekimi bireyin ailesini ve yaşadığı toplumu bildiğinden sunduğu gebelik öncesi bakımı kişiye özel bireyselleştirebilir. Böylelikle yapılabilecek standart bir bakıma ek olarak kişinin riskleri belirlenip ona özel takip ve müdahaleler mümkün olur.

Aile hekimleri kadınlara gebelik öncesinde, gebelik boyunca ve gebelik sonrasında bakım verirler. Bu nedenle GÖB vermede kilit noktadadırlar (9,46,62). Ancak aile hekimleri yoğun poliklinik uygulamalarında gebelik öncesi bakımın tüm parametrelerini uygulamada sorunlar yaşayabilir. Bu konuda hastanın kendisinin doldurduğu bir kontrol listesi yardımcı olabilir. March of Dimes vakfı ve Hudson Prenatal Hizmet Ağının birlikte hazırladığı bir kontrol listesi Çizelge 2.2’de sunulmuştur. Ayrıca Amerikan Aile Hekimleri Akademisinin kanıta dayalı önerileri GÖB’in çekirdek uygulamaları için yol gösterici olabilir. Çizelge 2.3’de bu öneriler verilmiştir.

Çizelge 2.2. Gebelik öncesi tarama ve danışmanlık çeklisti

Ad	Doğum Yeri
Yaş	Tarih
Gelecek 6 ay içinde gebelik planlıyor musunuz? E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> Yanıtınız evet ise lütfen formu kendi durumunuz açısından doldurun.	
DİYET ve EGZERSİZ	
Sizin için sağlıklı kilonun ne olduğunu düşünüyorsunuz? kg. <ul style="list-style-type: none">• Günde 3 öğün yemek yiyor musunuz?• Özel bir diyet izliyor musunuz (vejetaryen, diyabetik, diğer)?• Hangisini içiyorsunuz (kahve <input type="checkbox"/> çay <input type="checkbox"/> kola <input type="checkbox"/> süt <input type="checkbox"/> su <input type="checkbox"/> Diğer: (lütfen yazınız).• Çiy ya da az pişmiş besin (et, diğer) yiyor musunuz?• Folik asit alıyor musunuz?• Başka vitamin alıyor musunuz? (multivitamin <input type="checkbox"/> vitamin A <input type="checkbox"/> Diğer: (lütfen yazınız).• Diyet destekleri alıyor musunuz? (Keten tohumu, yarpuz gibi)• Halen ya da geçmişte yemek yeme ile ilgili bir sorunuz oldu mu?• Egzersiz yapıyor musunuz? Tipi ve sıklığı nedir?/..... NOTLAR:	
YAŞAM BİÇİMİ /ALİŞKANLIKLAR	
<ul style="list-style-type: none">• Sigara ya da diğer tütün ürünleri kullanıyor musunuz?• Sigara kullanıyorsanız günde kaç paket kullanıyorsunuz?• Pasif sigara içimine maruz kalıyor musunuz?• Alkol alıyor musunuz? Tipi, sıklığı, miktarı• Yasadışı madde kullanıyor musunuz? (kokain, eroin, esrar gibi)• Düzenli olarak diş hekimine gidiyor musunuz?• Ne tür bir işte çalışıyorsunuz?• İş yerinizde ya da yaşadığınız yerin yakınlarında kimyasallar, radyasyon, kurşun gibi zarar vericiler var mı? Varsa lütfen yazın.• Sauna ya da benzeri çok sıcak yerleri kullanıyor musunuz? NOTLAR:	
İLAÇLAR	
<ul style="list-style-type: none">• Herhangi bir reçeteli ilaç kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız lütfen yazın.• Reçetesiz ilaç kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız lütfen yazın.• Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?• Enjektabl kontraseptif kullanıyor musunuz?• Herhangi bir bitkisel ilaç ya da alternatif tedavi yöntemi kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız lütfen yazın: NOTLAR:	
TIBBİ/AİLE ÖYKÜSÜ	
<ul style="list-style-type: none">• Aşağıdaki hastalıklardan var olanı ya da geçirdiklerinizi işaretleyin. Epilepsi <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> Kalp hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı <input type="checkbox"/> Kansızlık <input type="checkbox"/> Böbrek ya da mesane hastalığı <input type="checkbox"/> Suçiçeği <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> Lupus <input type="checkbox"/> Skleroderma <input type="checkbox"/> Sindirim sorunları <input type="checkbox"/> Depresyon ya da diğer ruhsal hastalıklar <input type="checkbox"/>• Ameliyat geçirdiniz mi? Geçirdi iseniz ne tür ameliyat geçirdiniz?• Bunlar dışında başka bir sağlık sorunuz var mı? Varsa lütfen yazınız• Aşağıdaki aşıları daha önce oldunuz mu? Kızamık, kızamıkçık, kabakulak <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Suçiçeği <input type="checkbox"/> NOTLAR:	

Çizelge 2.2 (Devam). Gebelik öncesi tarama ve danışmanlık çeklisti

KADININ SAĞLIĞI
<ul style="list-style-type: none">• Adetlerinizle ilgili sorunuz oluyor mu?• Kaç kez gebe kaldınız?• Gebelikleriniz nasıl sonuçlandı? _____• Son gebeliğinizde zorluk yaşadınız mı?• Kısırlık için tedavi aldınız mı?• Rahim, rahim ağzı, yumurtalıklar ya da tüplerle ilgili operasyon geçirdiniz mi?• Anneniz gebelikleri sırasında hormon (östrojen) almış mı?• Hiç HPV, genital siğil ya da klamidyaya geçirdiniz mi?• Hiç cinsel yolla bulaşan herhangi bir hastalık için tedavi gördünüz mü? <p>Gördünüzse lütfen yazınız: _____</p> <p>NOTLAR:</p> <p>.....</p>
GENETİK
<p>Sizin ya da eşinizin ailesinde aşağıdaki genetik hastalıklara dair öykü var mı?</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemofili• Kanama bozuklukları• Kan hastalıkları (talasemi, orak hücre gibi)• Kas hastalığı• Down Sendromu, zeka özürülük• Kistik fibroz• Doğumsal bozukluklar <p>NOTLAR:</p> <p>.....</p>
EV ÇEVRESİ
<ul style="list-style-type: none">• Evde duygusal olarak destekleniyor musunuz?• Gerekirse akrabalarınızdan ya da arkadaşlarınızdan yardım alır mısınız?• Ciddi parasal ya da finansal kaygılarınız var mı?• Eşinizle ilişkinizde sorun var mı?• Evde güvende misiniz?• Herhangi birisi sizi fiziksel olarak tehdit etti ya da yaraladı mı?• Ev hayvanınız var mı? Varsa yazın.• Toprak, kedi kumu veya kum havuzları ile temas ettiniz mi?• Gebelik planlıyorsanız bebek hazırlığı yapıyor musunuz?- Bebeğin yatacağı yer gibi- Herhangi bir bebek eşyasına gereksiniminiz var mı? <p>NOTLAR:</p> <p>.....</p>
BAŞKA BİR ŞEY
<p>Bana bildirmek istediğiniz başka bir şey var mı?</p> <p>Ya da bana sormak istediğiniz herhangi bir sorunuz var mı?</p>

Kaynak: Dunlop AL, Jack B, Prey K. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. J Am Board Fam Med 2007;20:81– 4.

Çizelge 2.3. Amerikan Aile Hekimliği Akademisi'nin GÖB'da kanıta dayalı önerileri

ÖNERİ	Kant Değeri
Üreme çağındaki kadınlara gebe kalma konusunda niyetini sorun. Hastanın niyetine göre biçimlendirilmiş kontraseptif danışmanlığı verin	C
Nöral tüp defekti riskini azaltmak için günlük 400 mcg folik asit desteği önerin.	A
Hastanın BKİ'ni değerlendirin. Gebelik öncesi sağlıklı kiloya ulaşmaları için aşırı kilolu, obez ya da siz kilolu yetersiz kilolu kadınlara danışmanlık verin.	C
Gebelik öncesi glisemik kontrolün önemi konusunda DM'lu kadınlara danışmanlık verin. Konjenital anomali riskini azaltmak için HbA1C düzeyini olabildiğince normal düzeylere yaklaştırmak için hastaya yardım edin.	A
GÖB'in bir parçası olarak teratojenik ilaç kullanımını kontrol edin ve daha güvenli ilaçlarla değiştirin. Hastalığı kontrol etmek için ilaçları en düşük etkin dozda kullanın.	C
Gebe kalmak isteyen hastaları endike ise, CYBH ve diğer bulaşıcı hastalıklar açısından tarayın.	C
Gebe kalmak isteyen kadınlarda gerekiyorsa Hep B, influenza, KKK, TdaP ve suçiçeği aşılarını güncelleyin.	C

Kaynak: Dunlop AL, Jack B, Prey K. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. J Am Board Fam Med 2007; 20: 81– 4.

Ülkemizde anne ve bebek ölümlerini azaltmak için daha çok doğum öncesi, esnası ve sonrası bakım hizmetlerine odaklanılmaktadır. Bu hizmetlerde önemli gelişmeler olmuş ve verilen bakımın standardizasyonu amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından çeşitli rehberler hazırlanmıştır ancak aile hekimliği uygulamalarında rutin olarak yapılan, şematik biçimde yapılandırılmış bir gebelik öncesi bakım rehberi bulunmamaktadır. Gebelik öncesi bakım talep edildiğinde bireysel düzeyde verilmekle birlikte, ülke geneline yayılmış standardize uygulamalar ve kurumsallaşmış hizmetler mevcut değildir. Bu nedenle gebelik öncesi sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve bu hizmetlerin topluma ulaştırılması gereklidir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Etik Kurul ve İzinler

Bu tez projesi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 31/07/2019 tarih ve 70904504 /395 sayılı karar ile bilimsel ve etik açıdan uygun görülmüştür (Ek-1).

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma 18-49 yaş arasındaki evli katılımcıların gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma tutumlarını saptamak amacıyla tanımlayıcı-kesitsel niteliklerde yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Araştırma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerinde Ağustos 2019- Mart 2020 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniklerine Ağustos 2019- Mart 2020 tarihleri arasında başvuran 18-49 yaş arasındaki evli kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü aşağıdaki formül kullanılarak hesaplanmıştır.

$$n = \frac{N * P * Q * Z_{\alpha}^2}{(N - 1) * d^2}$$

Formülüyle N=1260 (evren), p=0,38 (prevalans), q=0,62 (1-prevalans), z=1,96 (0,05 hata payına karşılık gelen değer), d=0,05 (tolerans) olarak alındığında araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısı 282 olarak hesaplanmıştır. Bu araştırmaya 285 kişi dahil edilmiştir.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

Araştırmaya Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu'nu okuyarak katılmaya gönüllü olan 18-49 yaş arasındaki evli kadınlar çalışmaya alınmıştır (Ek-2).

3.6. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmacılar tarafından hazırlanmış 40 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve gebelik öncesi bakım alma durumlarını değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek-3).

3.7. İstatistiksel İncelemeler

Verilerin analizi konusunda; Tanımlayıcı istatistikler frekans (n), yüzde (%), ortalama (X), standart sapma (SS) değerleri ile sunulmuştur. Çalışma gebelik öncesi danışmanlık alan ve almayan gruplarının demografik ve doğum özellikleri ile değişkenleri arasındaki oranlarının karşılaştırılması amacı ile Ki-kare (X^2) analizi, bağımsız örneklem t testi ve Anova testi kullanılmıştır. Çalışma gebelik öncesi danışmanlık durumlarının bilgi düzeyi, gebelik öncesi danışmanlık alma isteği, hastanın danışmanlığı kimden almak istemesi ve danışmanlık konularının oranlarına göre karşılaştırılması amacı ile X^2 analizi, kullanılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir ($\alpha=0,05$). Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Genel Özellikleri

Çalışmaya 285 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 34,69+7,70'dir. Katılımcıların %8,4'ü akraba evliliği yapmıştır. Katılımcıların %1,1'i okuryazar değildir; %13,3'nün ilkokul, %11,9'unun ortaokul, %31,9'unun lise ve %41,8'inin üniversite düzeyinde eğitimi vardır. Katılımcıların %12,6'sı köy, %6,3'ü kasaba ve %81,1'i kent merkezlerinde yaşamının en uzun sürelerini geçirmişlerdir.

Katılımcıların %49,5'i gelir getiren bir işte çalışmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %42,5'inin düşük, %44,2'sinin orta ve %13,3'ünün ise yüksek düzeyde gelir düzeylerine sahip olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.1'de katılımcıların genel özellikleri verilmiştir.

Çizelge 4.1. Katılımcıların genel özellikleri

Demografik özellik		n	%
Akraba evliliği	<i>Evet</i>	24	8,4
	<i>Hayır</i>	261	91,6
Eğitim düzeyi	<i>Okuma-Yazma Bilmiyor</i>	3	1,1
	<i>İlkokul</i>	38	13,3
	<i>Ortaokul</i>	34	11,9
	<i>Lise</i>	91	31,9
	<i>Üniversite</i>	119	41,8
Yaşamını en uzun geçirdiği yer	<i>Köy</i>	36	12,6
	<i>Kasaba</i>	18	6,3
	<i>Kent Merkezi</i>	231	81,1
Meslek Durumu	<i>Çalışmıyor</i>	141	49,5
	<i>Çalışıyor</i>	143	50,2
	<i>Emekli</i>	1	0,3
Sosyoekonomik durum	<i>Düşük (3000 TL'den az)</i>	121	42,5
	<i>Orta (3000-10 000 TL arası)</i>	126	44,2
	<i>Yüksek (10 000 TL'den fazla)</i>	38	13,3

Katılımcıların boy ortalaması $1,64\pm 0,06$; kilo ortalaması $68,50\pm 11,41$; BKİ düzeylerinin ortalaması $25,41\pm 4,53$ 'dür. Sigarayı bırakan katılımcılar ($n=10$) ortalama $2,70\pm 1,70$ yıldır sigara içmediklerini ifade etmişlerdir. Alkolü bırakan bir tek kişinin 2 yıldır alkol kullanmadığı görülmüştür. Daha önce gebelik yaşayan katılımcıların ortalama gebelik oranı $2,06\pm 1,51$ 'dir. En yüksek sayıda gebe kalan kişinin 7 kez gebe kaldığı saptanmıştır.

Katılımcıların canlı doğum ortalaması $1,64\pm 1,13$; en yüksek sayıda canlı doğum yapan bireyin canlı doğum sayısı 5'dir. Katılımcıların yaşayan çocuk ortalaması $1,65\pm 1,13$; en yüksek sayıda çocuğa sahip katılımcının 5 çocuğu olduğu saptanmıştır. Çizelge 4.2'de katılımcıların demografik ve doğum ile ilgili özelliklerine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Çizelge 4.2. Katılımcıların demografik ve doğum ile ilgili özelliklerine ilişkin bilgiler

Ölçüm	n	%	SS	min	max
Yaş (yıl)	285	34,69	7,20	19	49
Boy (m)	285	1,64	0,06	1,50	1,90
Kilo (kg)	285	68,50	11,51	45	110
BKİ (kg/m^2)	285	25,41	4,53	16,13	41,40
Sigarayı bırakma (yıl)	10	2,70	1,70	1	5
Alkolü bırakma (yıl)	1	2	-	2	2
Toplam gebelik sayısı	285	2,06	1,51	0	7
Toplam canlı doğum sayısı	285	1,64	1,13	0	5
Yaşayan çocuk sayısı	285	1,65	1,13	0	5
Ölü doğum sayısı	285	0,03	0,17	0	1
Spontan düşük sayısı	285	0,26	0,65	0	5
Kürtaj sayısı	285	0,10	0,37	0	3

Katılımcıların %2.8'i ölü doğum yapmıştır ve ortalama ölü doğum sayısı $0,03\pm 0,26$ 'dır. Katılımcıların %97,2'sinin ise canlı doğum yaptığı saptanmıştır. Katılımcıların %13.3'ü en az bir düşük yapmıştır. Ortalama düşük sayısı

0,26±0,65'dir. Katılımcıların %6'sı en az bir kez kürtaj olduğunu bildirmiştir. Ortalama kürtaj sayısı 0,10±0,37'dir. Çizelge 4.3'de katılımcıların ölü doğum, düşük ve kürtaj oranları verilmiştir.

Çizelge 4.3. Katılımcıların ölü doğum, düşük ve kürtaj oranları

Soru	Yanıt	n	%
Ölü doğum yaptınız mı?	<i>Hayır</i>	277	97,2
	<i>Evet</i>	8	2,8
Düşük yaptınız mı?	<i>Hayır</i>	233	81,8
	<i>Evet</i>	52	13,3
Kürtaj yaptırdınız mı?	<i>Hayır</i>	263	92,3
	<i>Evet</i>	22	6,0

Katılımcıların %3,9'unda diyabet, %6'sında alerjik astım, %3,9'unda hipertansiyon, %3,2'sinde psikiyatrik hastalıklar, %2,1'inde nörolojik hastalıklar, %4,2'sinde romatizmal hastalıklar, %8,4'ünde tiroid hastalığı olduğu ve %71,6'sının herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Çizelge 4.4'de katılımcılarda var olan kronik hastalıklar ve oranları verilmiştir.

Çizelge 4.4. Katılımcılarda var olan kronik hastalıklar

Kronik hastalık	n	%
Diyabet	11	3,9
Alerjik astım	17	6,0
Hipertansiyon	11	3,9
Psikiyatrik hastalık	9	3,2
Nörolojik hastalık	6	2,1
Romatizmal hastalık	12	4,2
Tiroid hastalığı	24	8,4
Diğer hastalık	20	7,0
Herhangi bir hastalığı yok	204	71,6

Katılımcıların eşlerinde mevcut kronik hastalıklar da sorgulanmıştır. Katılımcıların eşlerinin %3,2'sinde diyabet, %3,2'sinde alerjik astım, %2,1'inde hipertansiyon, %3,2'sinde psikiyatrik hastalıklar, %1,1'inde romatizmal hastalıklar, %1,8'inde tiroid hastalığı olduğu; %71,6'sının herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır. Çizelge 4.5'de katılımcıların eşlerinin kronik hastalık oranları verilmiştir.

Çizelge 4.5. Eşlerin kronik hastalıkları

Eşlerin kronik hastalıkları	n	%
Diyabet	9	3,2
Alerjik astım	9	3,2
Hipertansiyon	6	2,1
Psikiyatrik hastalık	9	3,2
Nörolojik hastalık	0	0,0
Romatizmal hastalık	3	1,1
Tiroid hastalığı	5	1,8
Diğer hastalık	8	2,8
Herhangi bir hastalığı yok	238	83,5

Katılımcıların %21,8'i doktor önerisi olan reçeteli bir ilaç kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %13,7'sinin doktor önerisi olmayan reçetesiz bir ilaç kullandığı; %21,4'ünün sigara içtiği, %75,1'inin sigara kullanmadığı ve %3,5'inin sigarayı bıraktığı saptanmıştır.

Katılımcıların %57,5'inin pasif olarak sigaraya maruz kaldığı saptanmıştır. Katılımcıların %6,3'ü alkol kullandığını, %93,3'ü ise kullanmadığını, %0,4'ü ise alkolü bıraktığını bildirmiştir. Katılımcıların tamamı uyuşturucu madde kullanmadığını; %29,5'i haftada en az 5 gün günde 30 dakika olmak üzere düzenli olarak egzersiz yaptığını bildirmiştir. Çizelge 4.6'da katılımcıların ilaç, sigara, alkol ve egzersiz yapma durumları verilmiştir.

Çizelge 4.6. Katılımcıların ilaç, sigara, alkol ve egzersiz yapma durumları

Sorular	Yanıt	n	%
Reçeteli bir ilaç kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	62	21,8
	<i>Hayır</i>	223	78,2
Reçetesiz bir ilaç kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	39	13,7
	<i>Hayır</i>	246	86,3
Sigara kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	61	21,4
	<i>Hayır</i>	214	75,1
	<i>Bıraktım</i>	10	3,5
Pasif sigara içimine maruz kalıyor musunuz?	<i>Evet</i>	164	57,5
	<i>Hayır</i>	121	42,5
Alkol kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	18	6,3
	<i>Hayır</i>	266	93,3
	<i>Bıraktım</i>	1	0,4
Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	0	0,0
	<i>Hayır</i>	285	100,0
Egzersiz yapıyor musunuz? (haftada beş gün, günde en az 30 dk egzersiz yapıyor musunuz?)	<i>Evet</i>	84	29,5
	<i>Hayır</i>	201	70,5

Çalışmada katılımcıların %14,7'sinin 6 ay veya bir yıl içinde gebelik planladığı, %80,7'sinin 6 ay veya bir yıl içinde gebelik planlamadığı ve %4,6'sının ise zaten gebe olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %55,2'si bir aile planlaması yöntemi kullandığını, %44,8'i ise kullanmadığını bildirmiştir. Katılımcıların %2,5'i enjektabl kontraseptif, %12,3'ü geri çekme, %26,2'si kondom, %19,7'si oral kontraseptif (OKs), %32,8'i rahim içi araç (RIA), %6,5'i tüp ligasyonu yöntemlerini kullandığını bildirmiştir. Katılımcıların %6,3'ü kısırlık için tedavi aldıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların %1,4'ü cinsel yolla bulaşan hastalıklar için tedavi gördüklerini ifade etmişlerdir. Çizelge 4.7 katılımcıların gebelik ile ilgili düşüncelerini özetlemektedir.

Çizelge 4.7. Katılımcıların gebelik ile ilgili düşünceleri

Soru	Yanıt	n	%
Gelecek 6 ay- 1 yıl içinde gebelik planlıyor musunuz?	<i>Evet</i>	42	14,7
	<i>Hayır</i>	230	80,7
	<i>Gebeyim</i>	13	4,6
Gebe değilseniz bir aile planlaması yöntemi kullanıyor musunuz?	<i>Evet</i>	150	55,2
	<i>Hayır</i>	122	44,8
Kullanılan aile planlaması yöntemi nedir?	<i>Enjekte Edilen</i>	3	2,5
	<i>Geri Çekme</i>	15	12,3
	<i>Kondom</i>	32	26,2
	<i>OKs</i>	24	19,7
	<i>RİA</i>	40	32,8
	<i>Tüp Ligasyonu</i>	8	6,5
Kısırlık için tedavi aldınız mı?	<i>Evet</i>	18	6,3
	<i>Hayır</i>	267	93,7
Hiç cinsel yolla bulaşan bir hastalık için tedavi gördünüz mü?	<i>Evet</i>	4	1,4
	<i>Hayır</i>	281	98,6

Katılımcıların %23,9'u KKK aşısını, %17,2'si suçiçeği aşısını, %26,3'ü Hepatit B aşısını, %30,2'si tetanos aşısını, %9,5'i HPV aşısını yaptırdığını; %57,9'u ise hiç aşı yaptırmadığını bildirmiştir. Çizelge 4.8 katılımcıların aşı yaptırma durumlarını göstermektedir.

Çizelge 4.8. Katılımcıların aşı yaptırma durumları

Aşı	n	%
KKK	68	23,9
Suçiçeği	49	17,2
Hepatit B	75	26,3
Tetanoz	86	30,2
HPV	27	9,5
Aşı olmadım	165	57,9

Katılımcıların %52,6'sı evden duygusal olarak destek aldığını, %27,7'si duygusal olarak destek almadığını, %19,6'sı kısmen duygusal olarak destek aldığını bildirmiştir. Katılımcıların %63,5'i gebeliklerinin planlı olduğunu, %36,5'i ise gebeliklerinin plansız şekilde geliştiğini ifade etmiştir. Katılımcıların %16,8'i daha önce doğum yapmamıştır. Katılımcıların %42,8'i normal doğum, %34,4'ü sezaryen, %6'sı hem sezaryen hem de normal doğum yaptığını bildirmiştir. Katılımcıların %2,8'inin özürlü doğan çocukları olduğu, %97,2'sinin ise özürlü çocuklarının olmadığı saptanmıştır. Çizelge 4.9'da katılımcıların gebelik durumları verilmiştir.

Çizelge 4.9. Katılımcıların gebelik özellikleri

Soru	Yanıt	n	%
Evde duygusal olarak destekleniyor musunuz?	<i>Evet</i>	150	52,6
	<i>Hayır</i>	79	27,7
	<i>Kısmen</i>	56	19,6
Gebelik planlı mı?	<i>Evet</i>	181	63,5
	<i>Hayır</i>	104	36,5
Doğum şekli nedir?	<i>Yapmadı</i>	48	16,8
	<i>Normal</i>	122	42,8
	<i>Sezaryen Doğum</i>	98	34,4
	<i>Normal Sezaryen Doğum</i>	17	6,0
Sakat (özürlü) doğan bebeğiniz var mı?	<i>Evet</i>	8	2,8%
	<i>Hayır</i>	277	97,2%

Katılımcıların %88,8'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyduğunu bildirmiştir. Çalışmada katılımcıların %11'i daha önceden gebelik öncesi danışmanlık hizmetini aldığını ifade etmiştir. Katılımcıların %51,2'sinin gebelik öncesi danışmanlık almak istediği, %10,9'unun almak istemediği, %37,9'unun ise fark etmez şeklinde görüş bildirdiği saptanmıştır. Katılımcıların gebelik öncesi danışmanlığı %17,9 ile gebelik tanısı konulduğunda, %47,6 ile gebelik planlandığında, %8,7 ile gebelik sırasında almak istediği, katılımcıların %25,8'inin ise gebelik öncesi danışmanlığı almak istemediği

saptanmıştır. Çizelge 4.10’da katılımcıların gebelik öncesi bakım konusundaki düşünceleri verilmiştir.

Çizelge 4.10. Katılımcıların gebelik öncesi bakım konusundaki düşünceleri

İfade	Yanıt	n	%
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?	<i>Evet</i>	253	88,8
	<i>Hayır</i>	32	11,2
Gebelik öncesi danışmanlık almak ister misiniz?	<i>Evet</i>	146	51,2
	<i>Hayır</i>	31	10,9
	<i>Fark Etmez</i>	108	37,9
Gebelik öncesi danışmanlığı ne zaman almak istersiniz?	<i>Gebelik Tanısı Konulduğunda</i>	45	17,9
	<i>Gebelik Planlandığında (Gebelik Öncesi)</i>	120	47,6
	<i>Gebelik Sırasında</i>	22	8,7
	<i>Hiç</i>	65	25,8
Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?	<i>Evet</i>	32	11,2
	<i>Hayır</i>	253	88,8

Katılımcılar %37,7 ile aile hekimleri, %72,2 ile kadın doğum uzmanları, %19,4 ile ebeler, %8,3 ile internet kaynakları ve %5,2 ile televizyon, gazete, dergi kaynaklarından danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir. Çizelge 4.11’de katılımcıların gebelik öncesi bakımı kimden almak istedikleri ile ilgili düşünceleri verilmiştir.

Çizelge 4.11. Gebelik öncesi danışmanlığı kimden almak istersiniz?

Gebelik öncesi danışmanlığı kimden almak istersiniz?	n	%
Kadın doğum uzmanı	182	72,2
Aile hekimleri	95	37,7
Ebeler	49	19,4
İnternet	21	8,3
Televizyon, gazete, dergiler	13	5,2

Katılımcıların %78,6'sı gebelik ve doğum için risk faktörleri, %51,2'si sağlıklı beslenme, %39,3'ü sağlıklı yaşam, %33,3'ü çalışma durumunun gebeliğe etkisi, %43,7'si ilaçların gebeliğe etkisi, %48,8'i yapılması gereken aşular ve %44'ü hasta bebek doğum riskleri hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmiştir. Çizelge 4.12'de katılımcıların hangi konularda gebelik öncesi danışmanlık almak istedikleri verilmiştir.

Çizelge 4.12. Katılımcıların gebelik öncesi danışmanlık almak istedikleri konular

Gebelik öncesi danışmanlığı için hangi konuda bilgi almak istersiniz	n	%
Gebelik ve doğum için risk faktörleri	198	78,6
Sağlıklı beslenme	129	51,2
Sağlıklı yaşam biçimi	99	39,3
Çalışma durumunun gebeliğe etkisi	84	33,3
İlaçların gebeliğe etkisi	110	43,7
Yaptırması gereken aşular	123	48,8
Sakat / özürlü / hasta bebek doğumu riskleri	111	44,0

4.2. Gebelik Öncesi Danışmanlık Alma Durumun İncelenmesi Ve Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi

Bu bölümde gebelik öncesi danışmanlık alma, bilgi düzeyi, gebelik öncesi danışmanlık almak isteme, danışmanlığı almak istediği uzman veya kaynak, danışmanlık konularına ait verilerin kendi aralarında katılımcıların özelliklerine göre olan karşılaştırmaları araştırılmıştır.

Katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının, gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramı hakkında daha önceden bilgilerinin olma durumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Daha önceden bilgili olan katılımcıların tamamının gebelik öncesi danışmanlık aldığı, daha önce gebelik öncesi bakım konusunda bilgisi olmayanların sadece %30'unun gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığı; danışmanlık almayan katılımcıların ise %70'inin gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$, $p<0,05$). Bilgilendirme gebelik öncesi danışmanlık alınmasında önemli bir faktördür. Çizelge 4.13'de daha önce gebelik

öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumunun karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.13. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyma durumunun karşılaştırılması

Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?		Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?		X^2	P
		Evet	Hayır		
Evet	n	32	0	56,14	0,01*
	%	100,0	0,0		
Hayır	n	76	177		
	%	30,0	70,0		

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık

Çalışmada katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gebelik öncesi bakım ve danışmanlık almak isteme durumları üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Danışmanlık alan katılımcıların %81'inin tekrardan danışmanlık almak istediği, danışmanlık almayan katılımcıların %12'sinin istemediği ve %41'inin fark etmez diye görüş bildirdiği görülmektedir. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$, $p<0,05$). Danışmanlık alan katılımcıların büyük bir bölümünün tekrardan danışmanlık almak istemesi katılımcı memnuniyetinin bir işareti olarak görülebilir. Çizelge 4.14'de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.14. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırılması

Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?		Gebelik öncesi danışmanlık almak ister misiniz?			X^2	P
		Evet	Hayır	Fark etmez		
Evet	n	26	1	5	14,10	0,01*
	%	81,3	3,1	15,6		
Hayır	n	120	30	103		
	%	47,4	11,9	40,7		

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık

Çalışmada katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma zamanı üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Daha önceden danışmanlık alan katılımcıların daha yüksek düzeylerde tekrardan danışmanlık almak istediği, almayan katılımcıların ise daha yüksek oranlarda gebelik planlandığında danışmanlık almayı tercih edeceği saptanmıştır. Danışmanlık almayan katılımcıların ise daha yüksek oranlarda gebelik sırasında ve hiçbir zaman danışmanlık almak istemediği görülmüştür. Aradaki farklar istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,01$, $p<0,05$). Çizelge 4.15’de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırması verilmiştir.

Çizelge 4.15. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma ve gebelik öncesi danışmanlık almak isteme durumunun karşılaştırması

Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?		Gebelik öncesi danışmanlığı ne zaman almak istersiniz?				X^2	p
		Gebelik tanısı konulduğunda	Gebelik planlandığında (gebelik öncesi)	Gebelik sırasında	Hiç		
Evet	n	7	22	0	2	16,84	0,01*
	%	22,6	71,0	0,0	6,5		
Hayır	n	38	98	22	63		
	%	17,2	44,3	10,0	28,5		

Daha önce gebelik öncesi bakım alan kişiler arasında gebelik öncesi danışmanlık almak isteyen katılımcılar bu danışmanlığı öncelikle bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanından (%81,30) almak istemektedir. İkinci sırada aile hekimleri vardır (%43,80). Bu hizmeti ebelerden almak isteyenlerin oranı %9,40’dır. Medya ve internetten gebelik öncesi danışmanlık almak isteyenlerin oranı çok azdır. Daha önce gebelik öncesi bakım almayan kişilerin ise gebelik öncesi danışmanlık almak istedikleri kişiler sırasıyla kadın hastalıkları ve doğum uzmanı (%61,70); aile hekimi (%32,00), ebelerdir (%17). Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ile aile hekimlerinin tercih oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Diğerlerinin oranlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık

yoktur. Çizelge 4.16’da daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve kimden danışmanlık hizmeti almak istediklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.16. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve kimden danışmanlık hizmeti almak isteme durumunun karşılaştırılması

Gebelik öncesi danışmanlığı kimden almak istersiniz?	Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?				p
	Evet (n=32)		Hayır (n=253)		
	n	%	n	%	
Aile hekimleri	14	43,80	81	32,00	0,02*
Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı	26	81,30	156	61,70	0,01*
Ebeler	6	18,80	43	17,00	0,82
İnternet	3	9,40	18	7,10	0,74
Televizyon, gazete, dergiler	3	9,40	10	4,00	0,09

Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı gebelik ve doğum için risk faktörleri konusunda almayı istediği saptanmıştır (%93,8’e karşılık %66,4), (p=0,01, p<0,05). Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların, danışmanlık alamayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı sağlıklı beslenme konusunda almayı istediği saptanmıştır (%65,6’ya karşılık %42,7), (p=0,01, p<0,05). Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı sağlıklı yaşam biçimi konusunda almayı istediği saptanmıştır (%56,3’e karşılık %32), (p=0,01, p<0,05).)

Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı çalışma durumunun gebeliğe etkisi konusunda almayı istediği saptanmıştır (%59,4’e karşılık %25,7), (p=0,01, p<0,05). Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı ilaçların gebeliğe etkisi konusunda almayı istediği saptanmıştır (%59,4’e karşılık %36) (p=0,01, p<0,05).

Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı

yaptırması gereken aşular konusunda almayı istediği saptanmıştır (%78,1'e karşılık %38,7) (p=0,01, p<0,05).

Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık hizmeti alan katılımcıların danışmanlık almayan katılımcılara göre daha yüksek oranlarda bu danışmanlığı sakat/özürlü/hasta bebek doğumu riskleri konusunda almak istediği saptanmıştır (%62,5'e karşılık %36) (p=0,01, p<0,05). Çizelge 4.17'de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile alınmak istenen danışmanlık konusunun karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.17. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve danışmanlık konusunun karşılaştırılması

Gebelik öncesinde aşağıdaki durumlardan hangisi/hangileri hakkında bilgi almak istersiniz?	Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?				p
	Evet (n=32)		Hayır (n=253)		
	n	%	n	%	
Gebelik ve doğum için risk faktörleri	30	93,80	168	66,40	0,01*
Sağlıklı beslenme	21	65,60	108	42,70	0,01*
Sağlıklı yaşam biçimi	18	56,30	81	32,00	0,01*
Çalışma durumunun gebeliğe etkisi	19	59,40	65	25,70	0,01*
İlaçların gebeliğe etkisi	19	59,40	91	36,00	0,01*
Yaptırması gereken aşular	25	78,10	98	38,70	0,01*
Sakat/özürlü/hasta bebek doğumu riskleri	20	62,50	91	36,00	0,01*

Katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının akraba evliliği yapma oranları ile ilişkisi araştırılmıştır. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcılarda akraba evliliği oranlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür (p=0,01, p<0,05). Katılımcılarda daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu, daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcıların daha yüksek oranda ilkökul, ortaokul ve lise düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Danışmanlık alan katılımcıların ise daha yüksek oranda üniversite mezunu olduğu saptanmıştır (p=0,01, p<0,05). Katılımcıların yaşamlarını geçirdiği bölgelere göre gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının benzer düzeylerde olduğu

saptanmıştır (p=0,32, p>0,05). Katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gelir düzeylerine ile ilişkili olduğu, daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcıların düşük gelire sahip, danışmanlık alan katılımcılarda ise yüksek düzeyde gelire sahip olduğu saptanmıştır (p=0,01, p<0,05). Katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gelir getiren bir işte çalışma durumları ile ilişkisi de araştırılmıştır. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcılarda çalışma oranlarının daha düşük, danışmanlık alan katılımcılarda ise daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır (p=0,01, p<0,05). Çizelge 4.18, daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ile katılımcıların bazı özelliklerinin karşılaştırılmasını göstermektedir.

Çizelge 4.18. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve katılımcıların özelliklerinin karşılaştırılması

Hasta özellikleri		Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?				P
		Evet		Hayır		
		n	%	n	%	
Akraba evliği	<i>Evet</i>	0	0,0	24	9,5	0,01*
	<i>Hayır</i>	32	100,0	229	90,5	
Eğitim düzeyi	<i>Okuma-Yazma Bilmiyor</i>	0	0,0	3	1,2	0,01*
	<i>İlkokul</i>	1	3,1	37	14,6	
	<i>Ortaokul</i>	2	6,3	32	12,6	
	<i>Lise</i>	7	21,9	84	33,2	
	<i>Üniversite</i>	22	68,8	97	38,3	
Yaşamını en uzun geçirdiği yer	<i>Köy</i>	2	6,3	34	13,4	0,32
	<i>Kasaba</i>	3	9,4	15	5,9	
	<i>Kent Merkezi</i>	27	84,4	204	80,6	
Meslek Durumu	<i>Çalışmıyor</i>	8	25,0	133	52,6	0,01*
	<i>Çalışıyor</i>	24	75,0	119	47,0	
Sosyoekonomik durum	<i>Düşük (3000 TL'den az)</i>	6	18,8	115	45,5	0,01*
	<i>Orta (3000-10 000 TL arası)</i>	11	34,4	115	45,5	
	<i>Yüksek (10 000 TL'den fazla)</i>	15	46,9	23	9,1	

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık

Çalışmada daha önce gebelik öncesi danışmanlık alan veya almayan katılımcıların yaşlarının ($p=0,48$, $p>0,05$), boy ölçümlerinin ($p=0,43$, $p>0,05$), kilo ölçümlerinin ($p=0,73$, $p>0,05$) ve BKİ düzeylerinin ($p=0,29$, $p>0,05$) benzer düzeylerde olduğu görülmüştür. Çizelge 4.19'da daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcı ölçümleri ile ilişkilerinin karşılaştırılması gösterilmiştir.

Çizelge 4.19. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcı ölçümleri ile ilişkilerinin incelenmesi

Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?		N	X	SS	t	P
Yaş	<i>Evet</i>	32	33,84	5,58	-0,70	0,48
	<i>Hayır</i>	253	34,79	7,38		
Boy	<i>Evet</i>	32	1,68	0,08	0,75	0,43
	<i>Hayır</i>	253	1,64	0,06		
Kilo	<i>Evet</i>	32	69,16	9,99	0,34	0,73
	<i>Hayır</i>	253	68,42	11,71		
BKİ	<i>Evet</i>	32	24,60	3,47	-1,07	0,29
	<i>Hayır</i>	253	25,51	4,65		

t: Bağımsız t testi

Katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma veya almaması ile toplam gebe kalma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p=0,28$, $p>0,05$). Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alan katılımcıların canlı doğum sayılarının; yaşayan çocuk sayılarının gebelik öncesi danışmanlık almayan gruplara göre daha düşük düzeylerde olduğu görülmüştür [sırasıyla ($p=0,04$, $p<0,05$) ve ($p=0,04$, $p<0,05$)]. Katılımcılarda toplam ölü doğum yapma sayıları ve kürtaj yaptırma sayılarının daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma veya almama ilişkili olmadığı görülmüştür [sırasıyla ($p=0,91$, $p>0,05$) ve ($p=0,28$, $p>0,05$)]. Çizelge 4.20'de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir.

Çizelge 4.20. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre karşılaştırılması

Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?		n	X	SS	t	P
Toplam kaç kez gebe kaldınız	<i>Evet</i>	32	1,78	1,16	-1,09	0,28
	<i>Hayır</i>	253	2,09	1,55		
Kaç tane canlı doğum yaptınız	<i>Evet</i>	32	1,25	0,80	-2,08	0,04*
	<i>Hayır</i>	253	1,69	1,16		
Yaşayan çocuk sayınız kaç tanedir	<i>Evet</i>	32	1,28	0,81	-1,96	0,04*
	<i>Hayır</i>	253	1,70	1,16		
Kaç kez ölü doğum	<i>Evet</i>	32	0,03	0,18	0,12	0,91
	<i>Hayır</i>	253	0,03	0,16		
Kaç tane düşük yaptınız	<i>Evet</i>	32	0,31	0,97	0,52	0,60
	<i>Hayır</i>	253	0,25	0,60		
Kaç kez kürtaj yaptırdınız	<i>Evet</i>	32	0,03	0,18	-1,08	0,28
	<i>Hayır</i>	253	0,11	0,39		

Çalışmada gebelik öncesi danışmanlık almak isteyen katılımcıların yaşlarının danışmanlık istemeyen katılımcılara göre daha düşük olduğu ($p=0,02$, $p<0,05$), boy ölçümlerinin daha yüksek olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$), kilo ölçümlerinin daha düşük olduğu ($p=0,04$, $p<0,05$), BKİ ölçümlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır ($p=0,01$, $p<0,05$). Çizelge 4.21’de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcıların özelliklerine göre karşılaştırılması gösterilmiştir.

Çizelge 4.21. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun katılımcı özelliklerine göre karşılaştırılması

Gebelik öncesi danışmanlık almak istiyor musunuz?		n	X	SS	F	P
Yaş	<i>Evet</i>	146	33,79	6,76	4,20	0,02*
	<i>Hayır</i>	31	37,77	9,54		
	<i>Fark Etmez</i>	108	35,02	6,79		
Boy	<i>Evet</i>	146	1,66	0,06	5,08	0,01*
	<i>Hayır</i>	31	1,64	0,07		
	<i>Fark Etmez</i>	108	1,63	0,06		
Kilo	<i>Evet</i>	146	66,91	10,00	2,98	0,04*
	<i>Hayır</i>	31	70,06	11,67		
	<i>Fark Etmez</i>	108	70,19	13,08		
BKİ	<i>Evet</i>	146	24,44	3,61	7,07	0,01*
	<i>Hayır</i>	31	26,27	4,95		
	<i>Fark Etmez</i>	108	26,46	5,24		

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık, F:Anova testi

Çalışmada gebelik öncesi danışmanlık almak isteyen katılımcıların gebelik kalma sayılarının danışmanlık istemeyen ve kararsız olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$); canlı doğum sayılarının daha düşük olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$); yaşayan çocuk sayılarının daha düşük olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$); ölü doğum sayılarının daha düşük olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$) saptanmıştır. Düşük sayıları ve kürtaj sayıları gebelik öncesi danışmanlık almak isteyen, danışmanlık istemeyen ve kararsız katılımcılarda benzer bulunmuştur [sırasıyla ($p=0,47$, $p>0,05$) ve ($p=0,33$, $p>0,05$)]. Çizelge 4.22’de daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre değerlendirilmesi gösterilmiştir.

Çizelge 4.22. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun doğum özelliklerine göre değerlendirilmesi

Gebelik öncesi danışmanlık almak istiyor musunuz?		n	X	SS	F	P
Toplam kaç kez gebe kaldınız?	<i>Evet</i>	146	1,77	1,36	5,89	0,01*
	<i>Hayır</i>	31	2,19	1,90		
	<i>Fark Etmez</i>	108	2,41	1,52		
Kaç tane canlı doğum yaptınız?	<i>Evet</i>	146	1,40	1,05	7,07	0,01*
	<i>Hayır</i>	31	1,74	1,37		
	<i>Fark Etmez</i>	108	1,93	1,10		
Yaşayan çocuk sayınız kaç tanedir?	<i>Evet</i>	146	1,41	1,05	7,19	0,01*
	<i>Hayır</i>	31	1,77	1,38		
	<i>Fark Etmez</i>	108	1,94	1,10		
Kaç kez ölü doğum yaptınız?	<i>Evet</i>	146	0,02	0,14	3,05	0,04*
	<i>Hayır</i>	31	0,10	0,30		
	<i>Fark Etmez</i>	108	0,02	0,14		
Kaç tane düşük yaptınız?	<i>Evet</i>	146	0,23	0,67	0,75	0,47
	<i>Hayır</i>	31	0,19	0,54		
	<i>Fark etmez</i>	108	0,31	0,64		
Kaç kez kürtaj yaptırınız?	<i>Evet</i>	146	0,07	0,32	1,11	0,33
	<i>Hayır</i>	31	0,10	0,30		
	<i>Fark etmez</i>	108	0,14	0,44		

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık, F:Anova testi

Çalışmada gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgisi olan ve olmayan katılımcıların yaşlarının benzer olduğu görülmüştür ($p=0,25$, $p>0,05$). Gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgisi olan katılımcıların boy ölçümlerinin danışmanlık hakkında bilgisi olmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$); kilo ölçümlerinin daha düşük olduğu ($p=0,02$, $p<0,05$) ve BKİ ölçümlerinin daha düşük olduğu ($p=0,01$, $p<0,05$) bulunmuştur. Çizelge 4.23'de

katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları ile hasta özelliklerinin karşılaştırılması verilmiştir.

Çizelge 4.23. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları ile katılımcı özelliklerinin karşılaştırılması

Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?		n	X	SS	t	P
Yaş	<i>Evet</i>	108	34,06	6,27	-1,14	0,25
	<i>Hayır</i>	177	35,07	7,70		
Boy	<i>Evet</i>	108	1,66	0,07	3,11	0,01*
	<i>Hayır</i>	177	1,64	0,06		
Kilo	<i>Evet</i>	108	66,54	10,31	-2,26	0,02*
	<i>Hayır</i>	177	69,69	12,06		
BKİ	<i>Evet</i>	108	24,22	3,88	-3,53	0,01*
	<i>Hayır</i>	177	26,13	4,75		

* Bağımsız t testi

Çalışmada gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgisi olan katılımcıların toplam gebelik sayısının, doğum sayısının, toplam canlı çocuk sayısının, danışmanlık hakkında bilgisi olmayan hastalara göre daha düşük olduğu ($p<0,05$); gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgili olan ve danışmanlık hakkında bilgisi olmayan katılımcıların ölü doğum sayısının, düşük sayısının ve kürtaj sayısının ise benzer düzeylerde olduğu görülmüştür ($p>0,05$). Çizelge 4.24’de katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları ile doğum özelliklerinin değerlendirilmesi verilmiştir.

Çizelge 4.24. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgi durumları ve doğum özelliklerine göre incelenmesi

Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?		n	X	SS	t	P
Toplam kaç kez gebe kaldınız?	<i>Evet</i>	108	1,67	1,26	-3,46	0,01*
	<i>Hayır</i>	177	2,29	1,61		
Kaç canlı doğum yaptınız?	<i>Evet</i>	108	1,26	0,86	-4,59	0,01*
	<i>Hayır</i>	177	1,87	1,21		
Yaşayan çocuk sayınız kaçtır?	<i>Evet</i>	108	1,27	0,86	-4,59	0,01*
	<i>Hayır</i>	177	1,88	1,21		
Kaç kez ölü doğum yaptınız?	<i>Evet</i>	108	0,03	0,17	-0,02	0,98
	<i>Hayır</i>	177	0,03	0,17		
Kaç tane düşük yaptınız?	<i>Evet</i>	108	0,24	0,68	-0,31	0,75
	<i>Hayır</i>	177	0,27	0,62		
Kaç kez kürtaj yaptırınız?	<i>Evet</i>	108	0,06	0,37	-1,19	0,24
	<i>Hayır</i>	177	0,12	0,37		

* İstatistiksel olarak anlamlı farklılık

5. TARTIŞMA

Gebelik öncesi bakım, konsepsiyon öncesi dönemde, çiftlere sağlıklı bir gebeliğe fiziksel ve ruhsal olarak hazırlanma olanağı sunan, maternal ve fetal riski azaltarak sağlıklı gebelik ve bebeğe ulaşmayı sağlayan tarama, tanı, tedavi, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içermektedir (1,2). Gebelik için risk saptanan çiftler, uygun bakım ve tedavi alacakları birimlere yönlendirilerek gebelik oluşmadan önce bu sorunların önlenmesi veya azaltılmasına yönelik gerekli önlemlerin alınmasına çalışılmaktadır (6-8). Gebelik öncesi bakım; bireylerde planlı doğurganlık bilinci oluşturulması, anne ve bebek ölümlerinin azaltılması, sağlıklı bir gebelik sürecine çiftleri fiziksel, psikolojik açıdan hazırlanılması, gebelikte risk oluşturacak hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlanması, anne ve fetüsün sağlığının iyileştirilmesi, gebelik ve doğum esnasında çıkabilecek komplikasyonların önüne geçilmesi açısından büyük öneme sahip olmakla birlikte yeterince uygulanmamakta ve çiftler tarafından yeterince talep edilmemektedir (9). Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş arası kadınlarda gebelik öncesi bakım bilgi düzeyleri, gebelik öncesi bakım alma oranları, gebelik öncesi bakım almayı etkileyen etmenler ve gebelik öncesi bakım almanın bazı gebelik sonuçlarına etkisi araştırılmıştır.

Çalışmaya katılan 285 katılımcının yaş ortalaması $34,69 \pm 7,70$ 'dir. Arslan ve Özkan'ın (10) gebe kalmayı düşünen kadınların demografik özelliklerinin, sosyal-sağlık açısından taşıdıkları risklerin belirlenmesine yönelik bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla 142 kadın ile yapmış oldukları çalışmada yaş ortalaması $26,31 \pm 5,00$ olarak araştırma bulgularımıza göre daha düşüktür. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (11) üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemde risk faktörleri ve gereksinim duydukları danışmanlık hizmetlerinin belirlenmesi amacıyla 446 kadınla yapmış oldukları çalışmada yaş ortalaması $31,1 \pm 6,53$ bulunmuştur. Amanak ve Karaçam'ın kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla 150 kadınla yapmış oldukları çalışmada (63) yaş ortalaması $21,99$ olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının biraz daha yüksek çıkmasının sebebi araştırmamızın yapılmış

olduğu hastanenin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması sebebiyle herhangi bir sağlık sorunu olan hastaların daha yoğunlukla takip ediliyor olmasına bağlanabilir.

Kadınların gebelik öncesi BKİ değerinin normal sınırlar içinde olması, üreme fonksiyonlarının sağlıklı bir biçimde devam edebilmesi ve gebelikte olası sorunların çıkmasını önlemesi açısından önemlidir (59,64,65). Çalışmamızda araştırmaya katılan katılımcıların BKİ ortalamaları $25,41 \pm 4,53$ düzeyindedir. Yurtdışında, Abenhaim ve arkadaşlarının (66), Paiva ve arkadaşlarının (67), Sebire ve arkadaşlarının (68), Nohr ve arkadaşlarının (69) ve Chang ve arkadaşlarının (70) yaptıkları araştırmalarda katılımcıların çoğunluğunun gebelikten önce BKİ'nin normal olduğu bulunmuştur. Ülkemizde de Dündar ve arkadaşlarının (71), Aydın ve arkadaşlarının (72) yaptıkları araştırmalarda katılımcıların çoğunluğunun gebelikten önce BKİ normal olduğu saptanmıştır. Çalışmamız da bu sonuçlara paralel olarak katılımcıların çoğunun BKİ normaldir.

Genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen akraba evlilikleri; düşüklere, ölü doğumlara, konjenital anomalilere ve birçok komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu bağlamda gebelik öncesi dönemde akraba evliliklerinin tespit edilmesi ve genetik danışmanlık hizmeti için çiftlere bilgi verilmesi çok önemlidir (47,73,74). Araştırmamızda katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının akraba evliliği yapma oranları ile ilişkisi araştırılmıştır. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcılarda akraba evliliği oranlarının daha yüksek düzeyde olduğu görülmüştür. Katılımcıların %8,4'ünün akraba evliliği yaptığı saptanmıştır. Genç Koyucu ve arkadaşlarının yapmış oldukları çalışmada (%7,6) benzer sonuç bulunmuştur (11). TÜİK 2016 verilerine göre ülkemizde eşiyile akraba olduğunu bildirenlerin oranı %23,2'dir (75). Bu oran bölgelere göre değişmektedir. Çalışmada bulunan değerle Türkiye ortalaması arasındaki büyük farkın örneklem grubumuzun genellikle eğitilmiş kişilerden oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Katılımcılar eğitim düzeyleri açısından değerlendirildiğinde, %1,1'inin okuryazar olmadığı, %13,3'ünün ilkökul, %11,9'unun ortaokul, %31,9'unun lise ve %41,8'inin üniversite düzeyinde eğitime sahip olduğu saptanmıştır. Bu eğitim düzeyi dağılımı Türkiye ortalamasından çok farklıdır. Katılımcıların daha önce gebelik öncesi

danışmanlık alma durumlarının eğitim düzeyleri ile ilişkili olduğu, daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcıların daha yüksek oranda ilkokul, ortaokul ve lise düzeyinde eğitime sahip olduğu; danışmanlık alan katılımcıların ise daha çok üniversite mezunu olduğu tespit edilmiştir. Ayalew ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da (16) kadınların öğrenim düzeyi arttıkça gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgi düzeyleri artmaktadır. Arslan ve Özkan'ın yaptığı çalışmada kadınların %68,3'ünün ilkokul seviyesinde, Genç Koyucu ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların çoğunluğunun (%48.9) ortaöğretim seviyesinde eğitime sahip olduğu bulunmuştur (10,11). Çalışmamızda katılımcıların eğitim seviyesi ortalamasının yüksek olmasının, araştırmaya katılmak isteyen kadınların eğitim düzeylerinin yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yerleşim yeri, sağlık hizmetine ulaşımı etkileyen faktörlerden biridir. Çalışmamızda katılımcıların %12,6'sı köy, %6,3'ü kasaba ve %81,1'i kent merkezlerinde yaşamının en uzun sürelerini geçirmektedirler. Katılımcıların yaşamlarını geçirdiği bölgelere göre gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının benzer düzeylerde olduğu saptanmıştır. Literatürde kadınların en uzun süre yaşadığı yere göre gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgi düzeylerinin incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır.

Bu çalışmada kadınların gebelik öncesi danışmanlık alma tutumlarını etkileyebileceği düşünülen faktörlerden bir diğeri kadınların gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumlarıdır. Çalışmamıza katılan kadınların %50,2'si gelir getiren bir işte çalıştığını ifade etmiştir. Arslan ve Özkan'ın yaptığı çalışmada kadınların %11,4'ünün çalıştığı saptanmıştır (10). Çalışmamızda daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcılarda çalışma oranlarının daha düşük, danışmanlık alan katılımcılarda ise daha yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır. Bu sonucun çalışan kadınların öğrenim düzeylerinin de yüksek olma olasılıklarının fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bunun yanında çalışan kadınlar bebek sahibi olma, gebelik gibi sağlıkla ilgili konulara yönelik daha fazla bilgi alma arayışı ve çevresiyle daha fazla etkileşim içinde olabileceklerinden, sosyal medyayı ve kitle iletişim araçlarını daha fazla kullanabileceklerinden gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgileri daha fazla edinme olanağına sahiptirler.

Bu araştırmada katılımcıların %42,5'inin düşük, %44,2'sinin orta ve %13,3'ünün ise yüksek düzeyde gelir düzeylerine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gelir düzeylerine ile ilişkili olduğu, daha önce gebelik öncesi danışmanlık almayan katılımcıların düşük gelire sahip, danışmanlık alan katılımcılarda ise yüksek düzeyde gelirlere sahip olduğu saptanmıştır. Koyucu ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma ile kadınların %59,0'unun orta gelir düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir (11). Ayalew ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da (16) gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların %28,4'ü bilinen bir kronik hastalığı olduğunu bildirmiştir. Kronik hastalığı olanlar arasında en sık görülen hastalık %8,4 oranında görülen tiroid hastalıklarıdır. Alerjik astım %6 oranıyla onu takip etmekteydi. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında (10) sistemik hastalığı olan katılımcı sayısı %16,9 olarak bulunmuş iken; bu hastalıklar %4,9 oranında tiroid hastalığı, %3,9 oranında idrar yolu enfeksiyonu, %2,8 oranında anemi, %2,1 oranında diyabet, %1,4 oranında hipertansiyon, %1,4 oranında alerjik hastalıklar şeklinde dağılmaktaydı. Bizim alışmamızda katılımcıların %3,9'unda diyabet, %6'sında alerjik astım, %3,9'unda hipertansiyon, %3,2'sinde psikiyatrik hastalıklar, %2,1'inde nörolojik hastalıklar, %4,2'sinde romatizmal hastalıklar, %8,4'ünde tiroid hastalığı olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı olmayan katılımcı oranı %71,6'dır. Bizim alışmamızda, genel olarak kronik hastalık oranı Arslan'ın çalışmasından daha yüksekti. Bunun nedeni bizim çalışmamızdaki katılımcıların yaş ortalamasının daha yüksek olması olabilir. Araştırma sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte gebelik öncesi dönemde kronik hastalıkların değerlendirilmesinin maternal ve fetal sağlık açısından önemli olduğunu işaret etmektedir.

Gebelik planlayan kadınların gebelik öncesi dönemde reçetesiz ilaç kullanmamaları, ilaç almadan önce mutlaka hekime danışmaları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde hekime bilgi vermeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir (52,76,77). Çalışmamızda katılımcıların %21,8'i doktor önerisi olan reçeteli bir ilaç kullandığını, %13,7'si doktor tavsiyesi olmadan reçetesiz bir ilaç

kullandığını bildirmişlerdir. Ockhuijsen ve arkadaşlarının gebelik öncesi dönemdeki kadınlarla yapmış oldukları çalışmada kadınların (22) %48'inin reçetesiz ilaç kullandığı ve bu açıdan gebelik öncesi dönemde risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Özellikle gebeliğin erken dönemde tespit edilememesi, gebelikten önce var olan veya gebelikte ortaya çıkan hastalıklar ve gebeliklerin plansız olması bu risk faktörünü daha da arttırmaktadır. Türkiye'de gebelik öncesi dönemde yapılmış olan çalışmaların sınırlı olması ve yapılmış olan çalışmalarda da bu konunun ele alınmaması, bu konunun gözden kaçırılan bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Gebelik öncesinde ve gebelik sırasında sigara içilmesinin veya pasif sigara dumanına maruz kalmanın fetal sağlık üzerine olumsuz etkisi (düşük riski, erken membran rüptürü, plasenta previa, dekolman plasenta gibi) olduğu yapılan araştırmalarla kanıtlanmıştır ve bu durumun gebelik öncesi dönemde önlenabilir önemli bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (50). Çalışmamızda katılımcıların %21,4'ünün sigara içtiği, %75,1'inin sigara kullanmadığı ve %3,5'inin sigarayı bıraktığı; %57,5'inin pasif olarak sigaraya maruz kaldığı saptanmıştır. Lum ve arkadaşlarının gebe kalmayı planlayan kadınlarla yaptığı çalışmada (78) kadınların %17'sinin sigara kullandığı saptanmıştır. Yunanistan'da Tsakiridis ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da (79) gebelerin %13,2'si sigara kullanmaktayken; gebelik öncesinde sigara kullananların oranı %36,1 olarak bulunmuştur. Aradaki farkın nedeni, sigaranın anne ve fetus sağlığı üzerine olumsuz etkileri nedeniyle gebelere sigarayı bırakmalarının önerilmesi olabilir. Sönmez ve arkadaşlarının (80) yayınladıkları çalışmada gebelikte sigara kullananların oranını %13,9 ve gebe kalmadan önce sigara kullananların oranını %32,1, Akdolun Balkaya ve arkadaşlarının (81) çalışmasında %17,2, Yılmaz ve arkadaşlarının (82) çalışmasında %18 olarak bulunmuştur. Çalışmamızın sonucu yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Gebelik öncesi dönemde olan kadınların çoğu sigara kullanmadıkları halde sigara dumanına maruz kalarak fetal ve maternal sağlık açısından risk taşımaktadır. Bu sonuç sigara içmek kadar pasif sigara dumanına maruz kalmanın da sağlık açısından aynı riskleri taşıdığı konusunda bilgilendirme çalışmalarının yaygınlaşmasını gerekli kılmaktadır.

Düzenli egzersizin sezaryen insidansını, hastanede kalış süresini, bel ağrısını azalttığı ve doğumun aktif fazını kısalttığı, beden imajını geliştirmede ve psikolojik açıdan duygu kontrolüne yardımcı olduğu belirtilmekte; postürü koruma, kilo alımının kontrolü, uyku düzeni, dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenleme, diyabet hipertansiyon gibi hastalıkların önlenmesi ve doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırma gibi yararları bildirilmektedir (83). Çalışmamızda katılımcılar egzersiz ve fiziksel aktivite durumu açısından değerlendirildiğinde katılımcıların %70.5'inin düzenli egzersiz yapmadığı saptanmıştır. Ferrari ve arkadaşlarının araştırmasında (84) gebe kadınların %70'inin, Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (82) gebelerin %78'inin düzenli egzersiz yapmadıkları bulunmuştur. Çalışma sonuçları yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu sonuçlar kadınların büyük çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı ve gebelik öncesi dönemde bu açıdan risk taşıdıklarını göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların %14,7'sinin 6 ay veya bir yıl içinde gebelik planladığı, %80,7'sinin planlamadığı ve %4,6'sının ise zaten gebe olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %55,2'sinin bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %44,8'inin ise kullanmadığı tespit edilmiştir. Genç Koyucu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (11) katılımcıların büyük çoğunluğunun (%63) gebelik planlamakta olduğu, ancak, %15,2'sinin aktif olarak gebelik planı içerisinde olduğu bulunmuştur. Kadınların %11,4'ü 3 yıl, %10,3'ü 5 yıl sonra gebelik düşünmektedir. Ayalew ve arkadaşlarının Etiyopya'da yapmış oldukları çalışmada (16) planlı gebelik oranı %58,1 olarak belirlenmiştir. Plansız gebeliklerin önlenmesi için gebelik öncesi dönemde, aile planlaması yöntemleri konusunda danışmanlık verilmesi oldukça önemlidir. Gebelik öncesi bakım sadece gebelik planlayan kadınlara yönelik olmayıp, gebelik planı olmayanlara da verilmesi gereken bir hizmet olup kontrasepsiyon yöntemleriyle ilgili bilgilendirme de bu kapsama girmektedir. Gebelik planı olmayan kadınlara korunma yöntemleriyle ilgili bilgilendirme yapılması istenmeyen gebelikleri ve bu gebeliklere bağlı olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede önemlidir. Bu nedenle doğurganlık çağındaki her kadına konuyla ilgili bilgi talep etmesini beklemeden koruyucu yöntemlerle ilgili gerekli bilgilendirmede bulunmak yerinde olacaktır (42,85,86).

Gebelik öncesi dönemde annenin aşılama durumunun güncelliği değerlendirilmelidir. Gebelikte karşılaşılabilecek problemlerin azaltılması, fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan suçiçeği, kızamıkçık gibi enfeksiyonlardan koruma, preterm eylem ve prematüriteyi azaltma, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan koruma amacıyla bazı aşuların gebelik öncesi dönemde tamamlanması önerilmektedir (49). Bu araştırmada katılımcıların %23,9'u KKK aşısını, %17,2'si suçiçeği aşısını, %26,3'ü Hepatit B aşısını, %30,2'si tetanos aşısını, %9,5'i HPV aşısını yaptırdığını bildirmiştir. Katılımcılarının %57,9'u ise hiç aşı yaptırmadığını bildirmiştir. Türkiye Nüfus Dağılık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre (87) son doğum öncesi bakım sırasında tetanos aşısı olma oranının %79 ile %82 arasında olduğu, Pirinçci ve arkadaşlarının çalışmasında (88) ise gebelerin %77,2'sinin, Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmasında (82) %80'inin tetanos aşısı yaptırdığı bulunmuştur. Bu durum Türkiye'de doğum öncesi bakıma önem verildiğini, ancak gebelik öncesinde yapılması gereken bağışıklama programının yetersiz kaldığını göstermektedir. Gebelik öncesi dönemde kadınların aşılama durumları değerlendirilerek uygun aşılama programına alınmaları gerekmektedir.

Sosyal destek eksikliği kadında stresi artıran, maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen bir durum olması nedeniyle gebelik öncesi dönemde değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Gebelik ise kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir. Bu araştırmada kadınların %27.7'sinin yetersiz sosyal desteğinin (bireyin kendi subjektif ifadesine göre) olması sebebi ile gebelik öncesi dönemde bu açıdan risk altında oldukları görülmektedir. Çakır ve Can'ın yaptıkları çalışmada (89) gebelik sırasında kadınların %90.8'inin eşinden, %6.4'ünün aile büyüklerinden, %1.2'sinin sağlık çalışanlarından destek gördüğü, %1.7'sinin kimseden destek almadığı saptanmış olup, eşinden destek gören kadınların %67.5'inde depresyon veya anksiyete saptanmamıştır.

Çalışma grubumuzdaki katılımcıların %88,8'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyduğunu, %51,2'si gebelik öncesi

danışmanlık almak istediğini ifade etmiştir. Gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların oranı %11 olarak saptanmıştır. Arslan ve Özkan'ın çalışmasında (10) kadınların %59,2'si gebelik öncesi danışmanlığı gerekli gördüğünü ifade etmesine rağmen, sadece %2,8'inin gebelik öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Genç Koyucu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da (11), katılımcıların %80'i gebelik öncesi danışmanlık almak istediğini belirtmesine rağmen danışmanlık alan kadınların oranı %22,4 olarak saptanmıştır. Frey ve Files'in çalışmasında (12) katılımcıların %39'unun, Williams ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (24) %32,4'ünün, Luton ve arkadaşlarının (90) yaptığı çalışmada %13,8'inin danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Çalışmamızda katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının, gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramı hakkında daha önceden bilgilerinin olma durumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Daha önceden bilgili olan katılımcıların tamamının gebelik öncesi danışmanlık aldığı, daha önce gebelik öncesi bakım konusunda bilgisi olmayanların sadece %30'unun gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığı; danışmanlık almayan katılımcıların ise %70'inin gebelik öncesi danışmanlık hakkında bilgilerinin olmadığı saptanmıştır. Bu bize bilgilendirmenin gebelik öncesi danışmanlık alınmasında önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızdaki katılımcıların %78,6'sı gebelik ve doğum için risk faktörleri, %51,2'si sağlıklı beslenme, %39,3'ü sağlıklı yaşam, %33,3'ü çalışma durumunun gebeliğe etkisi, %43,7'si ilaçların gebeliğe etkisi, %48,8'i yapılması gereken aşular ve %44'ü hasta bebek doğum riskleri hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmiştir. Genç Koyucu ve arkadaşlarının çalışmasında (11) en çok danışmanlık beklenen konular gebelikteki risk faktörleri, beslenme, gebelikteki çalışma durumu, ilaçlar ve aşular olarak belirlenmiştir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

18-49 yaş arasındaki kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumları ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmanın tüm bulguları değerlendirildiğinde elde edilen önemli sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

- Katılımcıların yaş ortalaması $34,69 \pm 7,70$ olup, %41,8'inin üniversite düzeyinde eğitimi olduğu, %49,5'inin gelir getiren bir işte çalışmadığı, %81,1'inin kent merkezlerinde yaşamının en uzun sürelerini geçirdiği, %8,4'ünün akraba evliliği yaptığı, %42,5'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (**Çizelge 4.1**).
- Katılımcıların boy ortalaması $1,64 \pm 0,06$; kilo ortalaması $68,50 \pm 11,41$; BKİ düzeylerinin ortalaması $25,41 \pm 4,53$ 'dür. Daha önce gebelik yaşayan katılımcıların ortalama gebelik oranının $2,06 \pm 1,51$ olduğu, en yüksek sayıda gebe kalan kişinin 7 kez gebe kaldığı, canlı doğum ortalamasının $1,64 \pm 1,13$; yaşayan çocuk ortalamasının $1,65 \pm 1,13$ olduğu, en yüksek sayıda çocuğa sahip katılımcının 5 çocuğu olduğu saptanmıştır (**Çizelge 4.2**).
- Katılımcıların %2,8'inin ölü doğum, %97,2'sinin canlı doğum yaptığı, %13,3'ünün en az bir düşük yaptığı ve %6'sının en az bir kez kürtaj olduğu belirlenmiştir (**Çizelge 4.3**).
- Katılımcıların %3,9'unda diyabet, %6'sında alerjik astım, %3,9'unda hipertansiyon, %3,2'sinde psikiyatrik hastalıklar, %2,1'inde nörolojik hastalıklar, %4,2'sinde romatizmal hastalıklar, %8,4'ünde tiroid hastalığı olduğu ve %71,6'sının herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır (**Çizelge 4.4**).
- Katılımcıların eşlerinin %3,2'sinde diyabet, %3,2'sinde alerjik astım, %2,1'inde hipertansiyon, %3,2'sinde psikiyatrik hastalıklar, %1,1'inde romatizmal hastalıklar, %1,8'inde tiroid hastalığı olduğu; %71,6'sının herhangi bir hastalığı olmadığı saptanmıştır (**Çizelge 4.5**).
- Katılımcıların %21,8'inin doktor önerisi olan reçeteli bir ilaç kullandığı, %13,7'sinin doktor önerisi olmayan reçetesiz bir ilaç kullandığı; %21,4'ünün sigara içtiği, %57,5'inin pasif olarak sigaraya maruz kaldığı,

%6,3'ünün alkol kullandığı, %29,5'inin düzenli olarak egzersiz yaptığı belirlenmiştir (**Çizelge 4.6**).

- Katılımcıların %14,7'sinin 6 ay veya bir yıl içinde gebelik planladığı, %55,2'sinin bir aile planlaması yöntemi kullandığı, %6,3'ünün kısırlık için tedavi aldığı, %1,4'ünün cinsel yolla bulaşan hastalıklar için tedavi gördükleri saptanmıştır (**Çizelge 4.7**).
- Katılımcıların %23,9'u KKK aşısını, %17,2'si suçiçeği aşısını, %26,3'ü Hepatit B aşısını, %30,2'si tetanos aşısını, %9,5'i HPV aşısını yaptırdığını; %57,9'u ise hiç aşı yaptırmadığını bildirmiştir (**Çizelge 4.8**).
- Katılımcıların %52,6'sı evden duygusal olarak destek aldığını, %63,5'i gebeliklerinin planlı olduğunu, %42,8'i normal doğum, %34,4'ü sezaryen, %6'sı hem sezaryen hem de normal doğum yaptığını, %2,8'i özürlü doğan çocukları olduğunu bildirmiştir (**Çizelge 4.9**).
- Katılımcıların %88,8'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyduğunu, %51,2'i gebelik öncesi danışmanlık almak istediğini, %11'i daha önceden gebelik öncesi danışmanlık hizmetini aldığını ifade etmiştir. Katılımcılar gebelik öncesi danışmanlığı %47,6 ile gebelik planlandığında almak istediklerini bildirmişlerdir (**Çizelge 4.10**).
- Katılımcılar %37,7 ile aile hekimleri, %72,2 ile kadın doğum uzmanları, %19,4 ile ebeler, %8,3 ile internet kaynakları ve %5,2 ile televizyon, gazete, dergi kaynaklarından danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir (**Çizelge 4.11**).
- Katılımcıların %78,6'sı gebelik ve doğum için risk faktörleri, %51,2'si sağlıklı beslenme, %39,3'ü sağlıklı yaşam, %33,3'ü çalışma durumunun gebeliğe etkisi, %43,7'si ilaçların gebeliğe etkisi, %48,8'i yapılması gereken aşılar ve %44'ü hasta bebek doğum riskleri hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmiştir (**Çizelge 4.12**).
- Katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının, gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramı hakkında daha önceden bilgilerinin olma durumu ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (**Çizelge 4.13**).

- Çalışmada katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gebelik öncesi bakım ve danışmanlık almak isteme durumları üzerinde etkili olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Danışmanlık alan katılımcıların büyük bir bölümünün tekrardan danışmanlık almak istemesi katılımcı memnuniyetinin bir işareti olarak görülebilir (**Çizelge 4.14**).
- Çalışmada katılımcıların daha önceden gebelik öncesi danışmanlık alma durumlarının gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma zamanı üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (**Çizelge 4.15**).
- Katılımcılarda daha önce gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun eğitim düzeyleri, gelir düzeyi ve gelir getiren bir işte çalışma durumları ile ilişkili olduğu, danışmanlık alan katılımcıların daha yüksek oranda üniversite mezunu ve yüksek gelir düzeyine sahip olduğu ve gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır ($p<0,05$) (**Çizelge 4.16**).

Bu çalışma Türkiye’de kadınların gebelik öncesi bakım durumlarını araştıran az sayıda çalışmadan biridir. Dünyanın birçok yerinde konu ile ilgili çalışmalara ağırlık verilmişken Türkiye’de akademik anlamda bu konuyla ilgili büyük bir boşluk bulunmaktadır. Çalışmamız bu boşluğu kapatmaya yönelik atılmış bilimsel bir adım olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kadınların yeterince gebelik öncesi bakım almadıkları sonucuna varılmıştır. Bir birinci basamak hizmeti olan gebelik öncesi bakım konusunda aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin ve toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuyla ilgili eksiklikleri doğurganlık çağındaki her kadına gebelik öncesi bakım verilmesi konusunda öncelikli muhatapları olan aile hekimlerinin gündemine taşıyacak çalışmalara ve projelere olan ihtiyaç büyüktür.

Kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumlarını değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen verilerle aşağıdaki öneriler getirilmiştir:

1. Çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların birçoğu gebelik öncesi önemde sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecini olumsuz etkileyecek birçok risk faktörü taşımaktadır. Bu risk faktörlerinin belirlenerek uygun şekilde yönetilebilmesi için; doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelik öncesi

dönemden başlatılması ve gebelik öncesi dönemde kadınların sağlık taramasından geçirilmesi, bu amaca yönelik olarak sağlık kurumlarında gebelik öncesi danışmanlık merkezlerinin kurulması,

2. Gebelik öncesi danışmanlığın tüm sağlık kurumlarında sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için uygun gebelik öncesi bakım protokollerinin oluşturulması,
3. Gebelik öncesi sağlık risklerin belirlenmesi için standart ölçme araçlarının geliştirilmesi,
4. Gebe adayları gebelik öncesi riskler açısından değerlendirilirken; fiziksel, bilişsel ve sosyal alanların göz önünde bulundurulması,
5. Gebelik öncesi risk taşıyan gebe adayları ve yakınlarının bu riskler konusunda bilgilendirilmesi ve sağlık personelleri tarafından uygun yönlendirmelerinin yapılması,
6. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınlar daha düşük düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları için, bu özellikteki kadınların gebelik öncesi dönemde öncelikli olarak ele alınması,
7. Daha geniş örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilir.

7. ÖZET

18-49 Yaş Arası Kadınlarda Gebelik Öncesi Bakım Alma Tutumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş arası kadınlarda gebelik öncesi bakım bilgi düzeyleri, gebelik öncesi bakım alma oranları, gebelik öncesi bakım almayı etkileyen etmenler ve gebelik öncesi bakım almanın bazı gebelik sonuçlarına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel olarak tasarlanan araştırmamız, bir anket seti yoluyla yüz yüze görüşülerek yapılmıştır. Çalışmada gebelik öncesi bakım alan ve almayan gruplarının demografik ve doğum özellikleri ile değişkenleri arasındaki oranlarının karşılaştırılması için Ki-kare (X^2) analizi, bağımsız örneklem t testi ve Anova testi kullanılmıştır. Çalışma gebelik öncesi danışmanlık durumlarının bilgi düzeyi, gebelik öncesi bakım alma isteği, hastanın bakımı kimden almak istediği ve bakım konularının oranlarına göre karşılaştırılması amacı ile X^2 analizi, kullanılmıştır. Çalışmada 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22.0 paket programı ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 285 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $34,69 \pm 7,70$ olup, %41,8'inin üniversite düzeyinde eğitimi olduğu, %51,5'inin gelir getiren bir işte çalıştığı, %81,1'inin kent merkezlerinde yaşamının en uzun sürelerini geçirdiği, %8,4'ünün akraba evliliği yaptığı, %42,5'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %88,8'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duyduğunu, %51,2'si gebelik öncesi bakım almak istediğini, %11'i daha önceden gebelik öncesi bakım hizmetini aldığını ifade etmiştir. Katılımcılar gebelik öncesi bakımı %47,6 ile gebelik planlandığında almak istediklerini bildirmişlerdir. Katılımcılar %37,7 ile aile hekimleri, %72,2 ile kadın doğum uzmanları, %19,4 ile ebeler, %8,3 ile internet kaynakları ve %5,2 ile televizyon, gazete, dergi kaynaklarından gebelik öncesi

danışmanlık almak istediklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların %78,6'sı gebelik ve doğum için risk faktörleri hakkında bilgi almak istediklerini ifade etmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda kadınların yeterince gebelik öncesi bakım almadıkları sonucuna varılmıştır. Birinci basamak hizmeti olan gebelik öncesi bakım konusunda aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin ve toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuyla ilgili eksiklikleri doğurganlık çağındaki her kadına gebelik öncesi bakım verilmesi konusunda öncelikli muhatapları olan aile hekimlerinin gündemine taşıyacak çalışmalara ve projelere olan ihtiyaç büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Gebelik Öncesi Bakım, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

8. ABSTRACT

Assessment of Preconception Care Attitudes in Women Between the Ages Of 18-49

Objective: It is aimed to investigate the preconception care knowledge levels, preconception care rates, factors affecting preconception care, and the effects of preconception care on some pregnancy outcomes in women aged 18-49 who applied to Akdeniz University Faculty of Medicine Family Medicine Polyclinics for any reason.

Methods: Our descriptive and cross-sectional study was conducted by face-to-face interview through a questionnaire set. In the study, chi-square X^2 analysis, independent sample t test and Anova test were used to compare the demographic and birth characteristics of the groups who received and did not receive preconception care and their variables. X^2 analysis was used for the purpose of comparing the preconception counseling status according to the level of knowledge, the desire to receive counseling before pregnancy, the patient's desire to receive counseling and the rates of counseling. In the study, p values less than 0.05 were considered statistically significant. Analyzes were made with SPSS 22.0 package program.

Findings: 285 people participated in the study. The average age of the participants is 34.69 ± 7.70 , 41.8% have university level education, 51.5% work in an income-generating job, 81.1% spend their longest life in urban centers, 8,4% It was determined that married relatives and 42.5% had low income. 88.8% of the participants stated that they had heard about the concept of preconception care and counseling before, 51.2% wanted to get preconception care, 11% had received preconception care service. Participants stated that they want to get preconception counseling from family physicians with 37.7%, obstetricians with 72.2%, midwives with 19.4%, internet sources with 8.3%, and television, newspaper, magazine with 5.2%. they have. 78.6% of the participants stated that they want to get information about risk factors for pregnancy and birth.

Conclusions: In our study, it was concluded that women did not receive enough preconception care. It is necessary to raise awareness of all physicians and the society, especially family physicians, about preconception care, which is a primary care service. There is a great need for studies and projects that will bring the deficiencies related to this issue to the agenda of family physicians, who have priority interlocutors in providing preconception care to every woman of childbearing age. Participants reported that they wanted to take preconception care with a pregnancy rate of 47.6%.

Key Words: Preconception Care, Primary Care Service



9. KAYNAKLAR

1. Saravelos SH, Regan L. The importance of preconception counseling and early pregnancy monitoring. *Semin Reprod Med* 2011; 29(6): 557-68. doi: 10.1055/s-0031-1293209
2. Dean S, Bhutta Z, Mason EM, Howson CP, Lassi Z, Imam A, et al. Born Too Soon: care before and between pregnancy to prevent preterm births: from evidence to action. *Reprod Health* 2013; 10 (suppl 1): 3. doi: 10.1186/1742-4755-10-S1-S3
3. D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris L, Harrison L, et al. Preconception and interconception health status of women who recently gave birth to a live-born infant -- Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 reporting areas, 2004. *MMWR Surveill Summ* 2007; 56(10): 1-35. PMID: 18075488
4. Lu MC. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician* 2007; 76(3): 397-400.
5. World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6-7 February 2012; Meeting Report 2013. ISBN: 9789241505000
6. Atrash HK, Johnson K, Adams MM, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Maternal Child Health J* 2006; 10(1): 3-11. doi: 10.1007/s10995-006-0100-4
7. Annadurai K, Mani G, Danasekaran R. Preconception care: A pragmatic approach for planned pregnancy. *J Res Med Sci* 2017; 22: 26. doi: 10.4103/1735-1995.200268
8. Curtis MG. Preconception care: Clinical and policy implications of the preconception agenda. *JCOM* 2010; 17: 167-72.
9. Farahi N, Zolotor E. Recommendations for preconception counseling and care. *Am Fam Physician* 2013; 88(8): 499-506. PMID: 24364570
10. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel Dönemdeki Katılımcıların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005; 36(2): 65-71.
11. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Katılımcılarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık Gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing* 2017; 3(3): 116-121.

12. Frey KA, Files JA. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. *Matern Child Health J* 2006; 10 (1): 73-77.
13. Lammers CR, Hulme PA, Wey H, Kerkvliet J, Arunachalam SP. Understanding Women's Awareness and Access to Preconception Health Care in a Rural Population: A Cross Sectional Study. *J Community Health* 2017; 42(3): 489-99. doi: 10.1007/s10900-016-0281-8
14. Temel S, Birnie E, Sonneveld HM, Voorham AJ, Bonsel GJ, Steegers EA, et al. Determinants of the Intention of Preconception Care Use: Lessons From a Multi-Ethnic Urban Population in the Netherlands. *Int J Public Health* 2013; 58(2): 295-304. doi: 10.1007/s00038-012-0396-3
15. Van der Zee B, de Beaufort ID, Steegers EA, Denktas S. Perceptions of Preconception Counselling among Women Planning a Pregnancy: A Qualitative Study. *Fam Pract* 2013; 30(3): 341-6. doi: 10.1093/fampra/cms074
16. Ayalew Y, Mulat A, Dile M, Simegn A. Women's knowledge and associated factors in preconception care in adet, west gojjam, Northwest Ethiopia: A community based cross sectional study. *Reprod Health* 2017; 14(1): 15-24. doi: 10.1186/s12978-017-0279-4
17. Başlı M, Aksu H. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018; 34(3): 128-40.
18. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi, *GaziMed J* 2012; 23: 77-90.
19. Başgöl Ş, Oskay Ü. Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences* 2012; 9(2): 1524-34.
20. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, 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(RR-6): 1–23. PMID: 16617292
21. 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(6 Suppl 2): 280–9. doi: 10.1016/j.ajog.2008.08.060
22. Ockhuijsen HDL, Gamel CJ, Van Den Hoogen A, Macklon NS. Integrating preconceptional care into an IVF programme. *J Adv Nurs* 2012; 68(5): 1156-65. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05829.x

23. Hobbins D. Full circle: the evolution of preconception health promotion in America *JOGNN* 2003; 32(4): 516-22.
24. Williams L, Zapata LB, D'angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between Preconception Counseling and Maternal Behaviors Before and During Pregnancy. *Matern Child Health J* 2012; 16(9): 1854-61. doi: 10.1007/s10995-011-0932-4
25. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-De Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJ, et al. The Effect of Preconception Counselling on Lifestyle and Other Behavior Before and During Pregnancy. *Women's Health Issues* 2008; 18(6): 117-25. doi: 10.1016/j.whi.2008.09.003
26. Beckmann MM, Widmer T, Bolton E. Does Preconception Care Work? *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2014; 54(6): 510-4. doi: 10.1111/ajo.12224
27. Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J ObstetWomens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017; 3(3): 204-12.
28. Atrash H, Jack BW, Johnson K, et al. Where is the "W" in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 259-65.
29. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The History of Preconception Care: Evolving Guidelines and Standards. *Matern Child Health J* 2006; 10: 43-52. doi: 10.1007/s10995-006-0087-x
30. Atrash H, Jack BW, Johnson K. Gebe kalma öncesinde bakım: 2008 güncellemesi. Koşmaz PG (Çeviren). *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2009; 3: 41-51.
31. Chamberlain G. The prepregnancy clinic. *Br Med J* 1980; 281(6232): 29-30. doi: 10.1136/bmj.281.6232.29
32. Hollingsworth D, Jones O, Resnik R. Expanded care in obstetrics for the 1980s: Preconception and early postconception counseling. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 149(8): 811-4. Doi: 10.1016/0002-9378(84)90596-9
33. Institute of Medicine Committee to Study the Prevention of Low Birthweight. Preventing low birthweight. Washington, DC: National Academy Press; 1985. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK214468/> (Erişim tarihi: 26.04.2020)
34. March of Dimes Birth Defects Foundation. Toward improving the outcome of pregnancy. White Plains, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation; 1993. Erişim adresi: <https://pediatrics.aappublications.org/content/92/4/611> (Erişim tarihi 26.04.2020)

35. American College of Obstetricians and Gynecologists. Preconception Care. ACOG Technical Bulletin number 205; May 1995. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7589761> (Erişim tarihi:26.04.2020)
36. Floyd RL, Johnson KA, Owens JR, Verbiest S, Moore CA, Boyle C. A national action plan for promoting preconception health and health care in the United States (2012-2014). *J Womens Health (Larchmt)* 2013; 22(10): 797-802. doi: 10.1089/jwh.2013.4505
37. Evlilik Öncesi Tarama Programı Tarihçesi, Mevzuatı, Mevcut Durumu ve Genişletme Modelleri. T.C Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Türkiye Anne Çocuk Ergen Sağlığı Enstitüsü: 2018. Erişim adresi: https://www.tuseb.gov.tr/uploads/evlilik_onesi_tarama_programi_tarihcesi_mevzuati_mevcut_durumu_ve_genisletme_modelleri.pdf (Erişim tarihi 17.11.2019)
38. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, et al. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(6 suppl 2) : 266–79. doi: 10.1016/j.ajog.2008.07.067
39. Berghella V, Buchanan E, Pereira L, Baxter JK. Preconception care. *Obstet Gynecol Surv* 2010; 65(2): 119–31.
40. Callegari LS, Ma EW, Schwarz EB. Preconception care and reproductive planning in primary care. *Med Clin North Am* 2015; 99(3): 663-82. doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.014
41. Nypaver C, Arbour M, Niederegger E. Preconception care: Improving the health of women and families. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61(3): 356-64. doi: 10.1111/jmwh.12465
42. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: promoting reproductive planning. *Reprod Health* 2014; 11(Suppl 3): 2. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S2
43. Gold RB, Alrich C. Role of Medicaid family planning waivers and Title X in gaining access to preconception care. *Womens Health Issues* 2008; 18(6 Suppl): 47–51. doi: 10.1016/j.whi.2008.08.005
44. Arluck JC, Mayhew AC. Preconception Care for the General Ob/Gyn. *Clin Obstet Gynecol* 2018; 61(1): 62-71. doi: 10.1097/GRF.0000000000000338
45. Dorney E, Black KI. Preconception care. *Aust J Gen Pract* 2018; 47(7): 424–9. doi: 10.31128/AJGP-02-18-4485

46. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. *J Am Board Fam Med* 2007; 20(1): 81-4. doi: 10.3122/jabfm.2007.01.060143
47. De Wert GM, Dondorp WJ, Knoppers BM. Preconception care and genetic risk: ethical issues. *J Community Genet* 2012; 3(3): 221-8. doi: 10.1007/s12687-011-0074-9
48. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutt ZA. Preconception care: preventing and treating infections. *Reprod Health* 2014; 11(Suppl.3): 4. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S4
49. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(6 Suppl 2): 290-5. doi: 10.1016/j.ajog.2008.08.061
50. ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists). ACOG Committee Opinion No.471: Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5): 1241-4. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182004fcd
51. Ayadi MF, Adams EK, Melvin CL, Rivera CC, Gaffney CA, Pike J, et al. Costs of a smoking cessation counseling intervention for pregnant women: comparison of three settings. *Public Health Rep* 2006; 121(2): 120-6. doi: 10.1177/003335490612100204
52. 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 (6, Suppl. 2): 333-9. doi: 10.1016/j.ajog.2008.09.018
53. İzci F, Bilici R. Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri - Substance Use Among Pregnant Women. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16(1): 26-34.
54. Genç S, Mihmanlı V. Madde Bağımlılığı ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 2014; 30(2): 120-3. doi:10.5222/otd.supp2.2014.120
55. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reprod Health* 2014; 11(3): 5. doi: 10.1186/1742-4755-11-S3-S5
56. Karaban S, Ayaz A. Maternal ve Fetal Sağlık Üzerinde B12, Folik Asit, A, D, E ve C Vitaminlerinin Etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2013; 70(2): 103-12.
57. Hanson MA, Bardsley A, De-Regil LM, Moore SE, Oken E, Poston L, et al. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)

- recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". *Int J Gynaecol Obstet* 2015; 131(4): 213-53. doi: 10.1016/S0020-7292(15)30034-5
58. Gökdemir F, Eryılmaz G. Üreme Çağındaki Bireylerde Prekonsepsiyonel Beslenme. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*. 2018; 14: 79-105.
59. Lee CY, Koren G. Maternal obesity: effects on pregnancy and the role of pre-conception counselling. *J Obstet Gynaecol* 2010; 30(2): 101-6. doi: 10.3109/01443610903474355
60. Catalano PM, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ* 2017; 356: j1. doi: 10.1136/bmj.j1
61. Frey K, Navarro S, Kotelchuck M, Lu M. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199(6): 389–95. doi: 10.1016/j.ajog.2008.10.024
62. Tuomainen H, Cross-Bardell L, Bhoday M, Qureshi N, Kai J. Opportunities and challenges for enhancing preconception health in primary care: qualitative study with women from ethnically diverse communities. *BMJ Open* 2013; 3(7): 002977. doi: 10.1136/bmjopen-2013-002977
63. Amanak K, Karaçam Z. Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2019; 9(1): 8-12.
64. 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(6, Suppl. 2): 345–56. doi: 10.1016/j.ajog.2008.10.049
65. Scott-Pillai R, Spence D, Cardwell CR, Hunter A, Holmes VA. The impact of body mass index on maternal and neonatal outcomes: a retrospective study in a UK obstetric population, 2004–2011. *BJOG* 2013; 120(8): 932-9. doi: 10.1111/1471-0528.12193
66. Abenhaim HA, Kinch AR, Morin L, Benjamin A, Usher R. Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275(1): 39-43. doi: 10.1007/s00404-006-0219-y
67. Paiva VL, Nomura YMR, Dias GCM, Zugaib M. Maternal obesity in high-risk pregnancies and postpartum infectious complications. *Rev Assoc Med Bras* 2012; 58(4): 453-8. PMID: 22930024

68. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, Wadsworth J, Joffe M, Beard RW, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: A Study of 287 213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity* 2001; 25(8): 1175-82. doi: 10.1038/sj.ijo.0801670
69. Nohr EA, Olsen J, Ramlau-Hansen CH, Rasmussen S, Vaeth M. Waiting time to pregnancy according to maternal birthweight and prepregnancy BMI. *Human Reproduction* 2009; 24(1): 226-32. doi: 10.1093/humrep/den357
70. Chang M, Chiang K, Kuo C. The effects of pre-pregnancy body mass index and gestational weight gain on neonatal birth weight in Taiwan. *International Journal of Nursing and Midwifery* 2010; 2(2): 28-34.
71. Dündar Ö, Atay M, Çiftçınar T, Ergür A.R, Müngen E. Gebelik öncesi maternal vücut kitle indeksinin perinatal sonuçlara etkisi. *Perinatoloji Dergisi* 2008; 16(2): 43-8.
72. Aydın Ç, Baloglu A, Yavuzcan A, İnci A. The effect of body mass index value during labor on pregnancy outcomes in Turkish population. *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281: 49-54.
73. Hamamy H. Consanguineous marriages: preconception consultation in primary health care settings. *J Community Genet* 2012; 3(3): 185-92. doi: 10.1007/s12687-011-0072-y
74. Thain E, Shuman C, Miller K, Sappleton K, Myles-Reid D, Chitayat D, et al. Prenatal and preconception genetic counseling for consanguinity: Consanguineous couples' expectations, experiences, and perspectives. *J Genet Couns* 2019; 28(5): 982-92. doi: 10.1002/jgc4.1150
75. Türkiye İstatistik Kurumu. 'Toplumsal Yapı ve Cinsiyet İstatistikleri''. Erişim: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068 Erişim tarihi: 15.04.2020
76. Nama V, Shehata H. Drugs to avoid preconceptionally. *Preconceptional Medicine* 2012; 321.
77. Servey J, Chang J. Over-the-Counter Medications in Pregnancy. *Am Fam Physician* 2014; 90(8): 548–55. PMID: 25369643
78. Lum KJ, Sundaram R, Buck GM. Women's Lifestyle Behaviours while Trying to Become Pregnant: Evidence Supporting Preconception Guidance. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(3): 203-9.
79. Tsakiridis I, Mamopoulos A, Papazisis G, Petousis S, Liozidou A, Athanasiadis A, et al. Prevalence of smoking during pregnancy and

- associated risk factors: a cross-sectional study in Northern Greece. *Eur J Public Health* 2018; 28(2): 321-5. doi: 10.1093/eurpub/cky004
80. Sönmez D, Aksu H. Smoking status and effects of happiness on smoking in Turkish pregnant women. *Eur J Ther* 2017; 23: 138-45. Doi: 10.5152/EurJTher.2017.31
81. Akdolun Balkaya N, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2014; 4(1): 6-16.
82. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz Bal M. Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *J Acad Res Nursing* 2015; 1(1): 21-9.
83. Desdicioğlu K, Malas MA. Fetal Büyümeye Etki Eden Maternal Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 13(2): 47-54.
84. Ferrari RM, Siega-Riz AM, Evenson KR, Moos MK, Carrier KS. A qualitative study of women's perceptions of provider advice about diet and physical activity during pregnancy. *Patient Education and Counseling* 2013; 91(3): 372-77. doi: 10.1016/j.pec.2013.01.011
85. Liu F, Parmerter J, Straughn M. Reproductive Life Planning: A Concept Analysis. *Nurs Forum* 2015; 51(1): 55-61. doi: 10.1111/nuf.12122
86. Nobles-Botkin J, Lincoln A, Cline J. Preconception care resources: Where to start. *J Midwifery Womens Health* 2016; 61(3): 365-9. doi: 10.1111/jmwh.12464
87. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013.
Erişim:http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf Erişim tarihi:15.04.2020
88. Pirinçi E, Polat A, Kumru S, Koroğlu A. Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Adnan Menderes Tıp Fak Derg* 2010; 11(2): 1-7.
89. Çakır L, Can H. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Turkish Family Physician* 2012; 3(2): 35-42.
90. Luton D, Forestier A, Courau S, Coccaldi PF. Preconception Care in France. *Int J Gynecol Obstet* 2014; 125(2): 144-5. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.10.019

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
2019

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA
	TELEFON	0 (242) 249 69 54
	FAKS	0 (242) 249 69 03
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Melahat AKDENİZ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	18-49 yaş arasındaki kadınlarda gebelik öncesi bakım alma tutumlarının değerlendirilmesi	
DESTEKLEYİCİ		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 728	Tarih: 24.07.2019
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açılarından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir.	

Prof.Dr. Arda TAŞATARGİL
Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

Dr.Öğr.Üyesi M. Levent ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Prof.Dr.Murat CANPOLAT
Üye

Prof.Dr.Dilara İNAN
Üye (izinli)

Prof.Dr.Veli YAZISIZ
Üye (izinli)

Prof.Dr.Bilge KARSLI
Üye (izinli)

Prof.Dr.Oğuz DURSUN
Üye

Doç.Dr.Gülsüm Özge BAYSAL
Üye

Doç.Dr.Dijle KILIMEN KORGUN
Üye

Doç.Dr.Banu NUR
Üye

Doç.Dr. Mehtap TÜRKAY
Üye

Dr.Ünal HÜLÜR
Üye (izinli)

Turgut ALTUN
Üye

Av.Mustafa AÇIKEL
Üye

Ek 2. Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu



ASGARI BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: "18-49 yaş arasındaki kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumlarının değerlendirilmesi"
- b. Araştırmanın İçeriği: Gebelik öncesi bakım, kadının sağlığını ve ardından gelecek gebelik sonuçlarını optimize etmek için gebelik oluşmadan önce verilen danışmanlık hizmetleri ve girişimlerdir. Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin, gebelik öncesi dönemde değerlendirilmesini, gebelik istiyorlarsa sağlıklı bir gebeliğe risk oluşturabilecek durumların saptanarak gerekli önlemlerin alınmasını ve girişimlerin yapılarak gebeliğe hazırlanmasını sağlar. Bu da sağlıklı bir gebelik dönemini ve beraberinde sağlıklı bebek sahibi olmayı sağlamaktadır. Bu çalışmamızda 18-49 yaş arasındaki kadınların gebelik öncesi bakım alma durumları ve gebelik öncesi bakım almaya bakış açıları değerlendirilecektir.
- c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmada kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.
- d. Araştırmanın Nedeni:
 Bilimsel araştırma
 Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 8 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 285
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

.....
.....
.....

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Katılımcılara, istedikleri takdirde, gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgi vermek ve gebelik öncesi bakım hakkında farkındalık oluşturmaktır.



4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı: Özlem ÇERİ Telefon: 05072751552

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Doç. Dr. Melahat AKDENİZ tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı olduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.



Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. 18-49 Yaşındaki Evli Kadınların Gebelik Öncesi Bakım Alma Tutumlarının Değerlendirilmesi Anketi Formu

18-49 YAŞINDAKİ EVLİ KADINLARIN GEBELİK ÖNCESİ BAKIM ALMA TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Tarih ___/___/2019

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen 18-49 yaş arasındaki evli kadınların gebelik öncesi bakım alma tutumlarını değerlendirmek için planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Kadınlara gebelik öncesi bakım ile ilgili tutumlarını öğrenmek ve gebelik öncesi bakım hakkında farkındalık oluşturmak amaçlanmaktadır. Veriler araştırmacılar tarafından değerlendirilecek ve bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkkı işaretleyerek yanıtlayınız.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

- Yaş: _____
- Boy: _____ Kilo: _____
- Akraba evliliği mi?
 - Evet
 - Hayır
- Eğitim düzeyi:
 - Okuma-yazma bilmiyor
 - İlkokul mezunu
 - Ortaokul mezunu
 - Lise mezunu
 - Üniversite mezunu/Yüksekokul
- Yaşamını en uzun geçirdiği yer:
 - Köy
 - Kasaba
 - Şehir (kent merkezi)
- Meslek:
 - Çalışmıyor
 - Çalışan
 - Emekli
- Sosyoekonomik durum:
 - Düşük (3000 TL'den az)
 - Orta (3000-10 000 TL arası)
 - Yüksek (10 000 TL'den fazla)

- Kronik bir hastalığınız var mı? (birden fazla yanıtı işaretleyebilirsiniz)
 - Diyabet
 - Alerjik astım
 - Hipertansiyon
 - Psikiyatrik hastalık
 - Nörolojik hastalık
 - Romatizmal hastalık
 - Tiroid hastalığı
 - Diğer hastalık (lütfen yazınız)
 - Herhangi bir hastalığım yok

- Eşinizin kronik bir hastalığı var mı? (birden fazla yanıtı işaretleyebilirsiniz)
 - Diyabet
 - Alerjik astım
 - Hipertansiyon
 - Psikiyatrik hastalık
 - Nörolojik hastalık
 - Romatizmal hastalık
 - Tiroid hastalığı
 - Diğer hastalık (lütfen yazınız)
 - Herhangi bir hastalığı yok

- Reçeteli (doktor önerisi olan) bir ilaç kullanıyor musunuz?
 - Evet (kullandığınız ilacı lütfen yazınız).....
 - Hayır
- Reçetesiz (doktor önerisi olmayan) bir ilaç kullanıyor musunuz?
 - Evet (kullandığınız ilacı lütfen yazınız).....
 - Hayır
- Herhangi bir bitkisel ilaç ya da alternatif tedavi yöntemi kullanıyor musunuz?
 - Evet (kullandığımız yöntemi lütfen yazınız).....
 - Hayır
- Sigara kullanımı
 - Evet.....
 - Hayır
 - Bıraktım.....yıl önce
- Pasif sigara içimine maruz kalıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
- Alkol kullanımı
 - Evet
 - Hayır
 - Bıraktım.....yıl önce
- Uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?
 - Evet.....
 - Hayır
 - Bıraktım..... yıl önce

- İş yerinizde ya da yaşadığınız yerin yakınlarında kimyasallar, radyasyon, kurşun gibi sağlığa zarar verici maddeler var mı?
 - Evet..... (varsa nedir?)
 - Hayır
- Egzersiz yapıyor musunuz? (haftada beş gün en az 30 dk egzersiz yapıyor musunuz?)
 - Evet
 - Hayır
- Gelecek 6 ay- 1 yıl içinde gebelik planlıyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
 - Şu an gebeyim
- Gebe değilseniz bir aile planlaması (kontraseptif, korunma) yöntemi kullanıyor musunuz?
 - Evet (Hap, Kondom, RİA(spiral), tüp bağlama, iğne şeklinde, geri çekme gibi) Yanıtınız evetse parantez içindeki korunma yöntemlerinden hangisini kullanıyorsunuz?.....
 - Hayır
- Kısırlık için tedavi aldınız mı?
 - Evet
 - Hayır
- Hiç cinsel yolla bulaşan bir hastalık için tedavi gördünüz mü?
 - Evet
 - Hayır
- Aşağıdaki aşıları gebe kalmadan önce oldunuz mu?
 - Kızamık, kızamıkçık, kabakulak
 - Suçiçeği
 - Hepatit B
 - Tetanos
 - HPV
 - Aşı olmadım
- Evde duygusal olarak destekleniyor musunuz?
 - Evet
 - Hayır
 - Kısmen
- Toplam kaç kez gebe kaldınız?.....
- Kaç tane canlı doğum yaptınız?.....
- Yaşayan çocuk sayınız kaç tanedir?.....
- Kaç kez ölü doğum yaptınız?.....
- Kaç tane düşük yaptınız?.....
- Kaç kez kürtaj yaptırdınız?.....
- Bu gebelikler planlanmış mıydı?
 - Evet
 - Hayır

- Doğum şekli:
 - Yok
 - Normal doğum
 - Sezaryen doğum
 - Normal + Sezaryen doğum
- Sakat (özürlü) doğan bebeğiniz var mı?
 - Evet
 - Hayır
- Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını daha önce duydunuz mu?
 - Evet
 - Hayır
- Daha önce gebelik öncesi danışmanlık aldınız mı?
 - Evet
 - Hayır
- Gebelik öncesi danışmanlık almak ister misiniz?
 - İsterim
 - İstemem
 - Fark etmez
- Gebelik öncesi danışmanlığı ne zaman almak istersiniz?
 - Gebelik tanısı konulduğunda
 - Gebelik planlandığında (gebelik öncesi)
 - Gebelik sırasında
 - Herhangi bir zaman
- Gebelik öncesi danışmanlığı kimden almak istersiniz?
 - Aile hekimleri
 - Kadın doğum uzmanları
 - Ebeler
 - İnternet, sosyal medya
 - Televizyon, gazete, dergiler
- Gebelik öncesinde aşağıdaki durumlardan hangisi/hangileri hakkında bilgi almak istersiniz?
 - Gebelik ve doğum için risk faktörleri
 - Sağlıklı beslenme
 - Sağlıklı yaşam biçimi
 - Çalışma durumunun gebeliğe etkisi
 - İlaçların gebeliğe etkisi
 - Yaptırması gereken aşılar
 - Sakat/özürlü/hasta bebek doğumu riskleri
 - Diğer