

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
FARABİ HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERİN
PREKONSEPSİYONEL BAKIM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Selman Demirci

Trabzon-2018

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
FARABİ HASTANESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM
POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERİN
PREKONSEPSİYONEL BAKIM DURUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uzmanlık Tezi

Dr. Selman Demirci

Tez Danışmanı - Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ

Trabzon-2018

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitim sürecimde ve tez çalışmamın her aşamasında her türlü desteği veren, bizlere sonsuz bir öğrenme tutkusu ve bilim sevgisi aşılayan, hekim olmanın güzelliğini kendi hekimlik uygulamalarıyla bize gösteren kıymetli hocam Yrd. Doç. Dr. Elif ATEŞ'e,

Eğitim sürecim boyunca desteğini yanımda hissettiğimiz, engin bilgi ve tecrübelerinden istifade ettiğimiz, hekimlik yönüyle olduğu kadar insanlık yönüyle de bizlere örnek olan Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı muhterem hocam Prof. Dr. Turan SET'e,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine,

Tez çalışmam için gerekli verileri toplarken yardımlarını esirgemeyen Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalındaki kıymetli araştırma görevlisi arkadaşlarıma,

Varlıkları bu hayatın en büyük ödülü olan, sayelerinde bugünlere erişebildiğim anneme, babama, kardeşlerime, sevgisini ve desteğini daima yanımda hissettiğim biricik eşim Merve DEMİRCİ'ye

Teşekkür ederim.

Dr. Selman DEMİRCİ

ÖZET

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Bu çalışmada gebelerin gebelik öncesi bakım durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır.

Gereç Yöntem: Bu araştırma, kesitsel, tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Temmuz 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya polikliniğe başvuran 207 gönüllü gebe dâhil edilmiştir. Katılımcılara, sosyodemografik özelliklerini ve prekonsepsiyonel bakım durumlarını değerlendiren, 40 sorudan oluşan, araştırma ekibi tarafından hazırlanmış anket yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması $30,8 \pm 5,7$ yıl idi. Gebeliklerin %70,5'i (n= 146) planlı idi. "Sağlık çalışanları tarafından, 'Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?' şeklinde bir soru yöneltildi mi?" sorusunu katılımcıların %17,9'u (n= 37) "Evet" olarak cevapladı. Katılımcıların %34,8'i (n= 72) gebelik planlamadığı dönemde korunma yöntemleriyle ilgili hekimlerden bilgi almıştı. Folik asit kullananların % 26,1'i (n= 48) folik aside gebelik öncesinde başlamış, %29,5'inin (n= 61) bilinen bir kronik hastalığı mevcuttu. Kronik hastalık öyküsü olanlardan, prekonsepsiyonel dönemde, hastalığın kontrol altında olması gerektiği ile ilgili bilgilendirmede bulunulanların oranı %62,9 (n= 39) idi. Katılımcılara yöneltilen 'gebelik öncesi bakımı nereden almak istersiniz' sorusuna katılımcıların % 58'i, kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %38,2'si aile hekimden, %2,9'u kitap/internette, %1'i televizyondan cevabını verdi.

Sonuç: Çalışmamızda gebelerin prekonsepsiyonel bakım parametreleri açısından düşük oranda danışmanlık aldıkları sonucuna varılmıştır. Bu sonucu doğurganlık çağındaki her kadına prekonsepsiyonel bakım verilmesi konusunda öncelikli muhataplar olan aile hekimlerinin gündemine taşıyacak çalışmalara ve projelere olan ihtiyaç büyüktür.

Anahtar Kelimeler: prekonsepsiyonel bakım, gebe, birinci basamak sağlık hizmetleri, folik asit

SUMMARY

Assessment of Preconceptional Care Status of Pregnant Women Attending to Obstetrics and Gynecology Department of KTU Medical Faculty Farabi Hospital

Aim: In this study, it is aimed to evaluate the preconceptional care status of pregnant women.

Material method: This research is a cross-sectional, descriptive study that was performed between July 2017 and December 2017 at Karadeniz Technical University Faculty of Medicine Department of Obstetrics and Gynecology. 207 volunteer pregnant women were included in the study. Participants were administered a questionnaire, prepared by researchers, consisting of 40 questions that assessed participants' sociodemographic characteristics and preconceptional care situations with a face-to-face interview technique.

Findings: The mean age of the 207 pregnant women was 30.8 ± 5.7 . Scheduled pregnancy rate was 70.5% (n= 146) of the participants. The rate of the participants who answered the question "Were you asked "Do you intend to conceive in the next one year?" by healthcare professionals" as "Yes" was 17.9% (n= 37). 34.8% of the participants (n= 72) had information from the physicians regarding the prevention methods during the period when they didn't plan pregnancy. 26.1% (n= 48) of folic acid users started folic acid before pregnancy and 73.9% (136) of them started folic acid after getting pregnant. 29.5% (n= 61) of the participants had a known chronic disease. The rate of getting informed about the necessity of controlling the disease when planning a pregnancy was 62.9% (n= 39). Answers for the question "From whom do you want to get preconceptional care?" were from gynecologists and obstetricians with 58% from the family physicians with 38.2% from the book / internet with 2.9% from television with 1%.

Conclusion: In our study, we concluded that the pregnant women get counseling low in terms of preconceptional care parameters. There is a great need for studies and projects that bring up this result to agenda of family physicians who are primer interlocutors in giving preconceptional care to every woman in reproductive age.

Keywords: preconceptional care, pregnancy, primary health care, folic acid

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	I
ÖZET	II
SUMMARY	III
KISALTMALAR DİZİNİ	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı, Amacı ve Uygulama Alanları.....	3
2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Önemi.....	4
2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Anahtar Sorusu.....	5
2.4. Gebelik Öncesi Bakımın Dünyadaki Gelişimi.....	6
2.5. Prekonsepsiyonel Bakımın Ülkemizdeki Gelişimi.....	8
2.6. Prekonsepsiyonel Bakımın Parametreleri.....	9
2.6.1. Üreme Planı.....	9
2.6.2. Kontrasepsiyon.....	10
2.6.3. Folik Asit Takviyesi.....	11
2.6.4. Sağlıklı Beslenme.....	11
2.6.5. Normal Kiloda Olma.....	12
2.6.6. Kronik Hastalıklar.....	13
2.6.7. İlaç Kullanımı.....	14
2.6.8. Aşılama.....	14
2.6.9. Akıl ve Ruh Sağlığı.....	15
2.6.10. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı.....	15
2.6.11. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar.....	16
2.6.12. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Bakım.....	16
2.7. Prekonsepsiyonel Bakımda Aile Hekimlerinin Rolü.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	19
3.1. Araştırmanın yapısı	19
3.2. Evren.....	19

3.3. Örneklem	19
3.4. Veri Toplama Araçları	20
3.5. Sonuç Ölçütü	20
3.6. İstatistiksel Analiz	20
3.7 Etik Kurul.....	20
4. BULGULAR	22
5. TARTIŞMA	28
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR	38
8. EKLER	45
Ek 1 Araştırma Anketi	
Ek 2 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	
Ek 3 Etik Kurul Onay Belgesi	

KISALTMALAR DİZİNİ

AAFP:	American Academy of Family Physicians
AAP:	American Academy of Pediatrics
ABD:	Amerika Birleşik Devletleri
ACE:	Anjiyotensin dönüştürücü enzim
ACOG:	American College of Obstetricians and Gynecologists
AIDS:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ARB:	Anjiotensin reseptör blokeri
ASM:	Aile sağlığı merkezi
BÖH:	Bebek ölüm hızı
CYBE:	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
DSÖ:	Dünya Sağlık Örgütü
HIV:	Human immunodeficiency virus
IVF:	In vitro fertilizasyon
KKK:	Kızamık-kabakulak-kızamıkçık
KTÜ:	Karadeniz Teknik Üniversitesi
NST :	Non-stress test
NTD:	Nöral tüp defekti
SPSS:	Statistical Package for the Social Sciences
Tdap:	Tetanoz-difteri-boğmaca
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund

ŞEKİLLER DİZİNİ

Grafik 1. Araştırmaya katılanların eğitim durumu

Grafik 2. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu

Grafik 3. Katılımcıların yerleşim yeri durumları

Grafik 4. Katılımcıların kronik hastalık oranları



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo. 1: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanını tercih sebepleri

Tablo. 2: Aile hekimini tercih sebepleri



1. GİRİŞ

Anne-çocuk sağlığını koruma ve geliştirmede “güvenli annelik” kapsamında gebelik öncesi (prekonsepsiyonel), doğum öncesi (prenatal), doğum sırasında (intranatal) ve doğum sonrası (postnatal) bakım gibi birbirini tamamlayıcı temel bazı yaklaşımlar mevcuttur (1, 2). Bu bakım süreçlerinin her biri, anne-çocuk sağlığını koruma hususunda tek başına ayrı ayrı çok önemli rollere sahiptir. Ancak hiçbiri tek başına yeterli değildir. Örneğin kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunlarını belirleyip uygun çözümleri sunmayı hedefleyen prenatal bakımın yaygın ve kaliteli verilmesi halinde bile, anne çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterli olmadığı anlaşılmıştır. Prekonsepsiyonel bakımla birlikte verildiğinde ise çok daha etkili olduğu görülmüştür (3-6).

Prekonsepsiyonel bakım, anne ve fetüsün morbidite ve mortalitesini azaltmak, gebelik planlandığı zaman gebelik şansını arttırmak ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yardımcı olmak için kontraseptif danışmanlık sağlamak üzerine odaklanan, erkek ve kadına bireysel bakım olarak tanımlanmaktadır. Anne ve fetüs için risk oluşturan tıbbi ve sosyal durumları gebelikten önce tespit ederek uygun şekilde çözüme kavuşturmayı veya gerekli durumlarda yönlendirmeyi amaç edinir (3, 6).

Önlenebilir sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak, kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuz etkiyi azaltmak için prenatal bakımın ötesinde henüz gebe kalmadan önce başlayan risk değerlendirmesi ve danışmanlığı öne çıkaran prekonsepsiyonel bakım, prenatal bakımın tamamlayıcısı olarak çok daha fazla önemsenmeye başlanmıştır (7).

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 (8).

Gebelik öncesi bakım ile ilgili gebelerin bilgilendirilme, danışmanlık, tanı, tedavi ve takip durumları ne düzeyde ortaya konulursa; eksikliklerin ve aksaklıkların önüne geçmek o derece kolay olacaktır. Mevcut durumun tespit edilerek uygulamadaki eksikliklerin giderilmesi, anne-bebek sağlığının daha da ileriye

taşınması bakımından hayati bir öneme sahiptir. Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Prekonsepsiyonel bakımın uygulanmasında yaşanan problemlerin çözüme kavuşturulması açısından mevcut uygulamaların ne düzeyde yeterli olduğu ortaya konulmalıdır. Bu çalışma ile gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı, Amacı ve Uygulama Alanları

Prekonsepsiyonel bakım, bir kadının sağlığında veya gebeliğin tamamlanmasındaki biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri önlemek ve yönetmek hedefinde; tanımlamayı ve değiştirmeyi amaçlayan bir dizi müdahale olarak tanımlanır (9). Daha kapsamlı bir tanıma göre prekonsepsiyonel bakım; anne ve fetüsün morbidite ve mortalitesini azaltmak, gebelik planlandığı zaman gebelik şansını arttırmak ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesine yardımcı olmak için kontraseptif danışmanlık sağlamak üzerine odaklanan erkek ve kadına bireysel bakımdır (10).

Prekonsepsiyonel bakım, üreme çağındaki kadınlara verilecek sağlık hizmetleri açısından kritik bir bileşen olarak kabul edilmektedir. Prekonsepsiyonel bakımının asıl amacı, üreme çağındaki gebe olmayan kadınların gelecekteki gebeliklerini etkileyebilecek risk faktörlerini azaltmak için sağlıklı yaşamı teşvik etmek, taramalar yapmak ve bir takım kritik müdahalelerde bulunmaktır. Prekonsepsiyonel bakım, daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerle sonuçlanan büyük bir sağlık modelinin parçasıdır (11). Prekonsepsiyonel bakımın üç ana bileşeni vardır. Bunlar risk değerlendirmesi, sağlıklı yaşam teşviki ve müdahalelerdir. Bu tür müdahalelere örnek olarak folik asit takviyesi, enfeksiyonların tedavisi ve sigara bırakma programları verilebilir (9, 12).

Prekonsepsiyonel bakım çok yönlü olarak uygulanabilir. Ulusal folik asit kampanyaları gibi toplum temelli halk sağlığı programları aracılığıyla doğum öncesi çağdaki tüm kadınları veya gebelik planlayan bir kadını bireysel olarak hedef alabilir (9, 13). Shannon ve ark. prekonsepsiyonel bakımın uygulanması konusundaki sistematik derlemelerinde prekonsepsiyonel bakımın uygulanacağı dört ana uygulama alanından bahsetmektedir. Bunlar birinci basamak, hastaneler, prekonsepsiyonel bakım klinikleri ve yüksek riskli bakım merkezleridir. Bu

merkezlerden genel rutin vizitler sırasındaki bireysel görüşmeler prekonsepsiyonel bakımın en sık sağlandığı strateji olarak belirlendi (13).

2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Önemi

Sağlıklı kabul edilen bireylerde bilimsel kanıtlar ışığında oluşturulan sağlık taramaları ile belirli hastalıkları araştırmak, hastalık ve sakatlıkların önlenmesinde en akılcı yol olarak görülmektedir (14). Gebe kalmadan önce kadınları gebelikte yaşanması muhtemel sağlık problemlerinden korumayı amaçlayan prekonsepsiyonel bakımın önemi de daha iyi anlaşılmaktadır. Bu noktada prekonsepsiyonel bakım, bir birincil koruma hizmeti olarak öne çıkmaktadır. Bu anlamda anne çocuk sağlığını korumak esas alınarak gebelikte ortaya çıkabilecek problemleri ortadan kaldırmak veya en aza indirmek amacıyla doğurganlık çağındaki tüm kadınlara ve eşlerine bireysel sağlık bakımı sunulması bir gerekliliktir (8).

Prekonsepsiyonel bakım, istenmeyen gebeliğin önlenmesi için en önemli fırsattır (4). Planlı bir gebeliğin başlatılmasında sağlıklı bir süreci takip etmek de yine prekonsepsiyonel bakımla sağlanabilmektedir. Bireyin genel sağlık durumu ve gebelikteki sağlık sorunları ile ilgili bilinçlilik düzeyi gebelik sürecini etkilemektedir ve planlı gebeliklerde gebeliğin daha sağlıklı bir şekilde yürütülebildiği bilinmektedir (3).

Organ gelişiminde en kritik dönem, birçok kadın hamile olduklarını bile bilmeden önce geride kalmış olur. Sağlığın teşvik edilmesini ve geliştirilmesini sağlayan yaşam tarzı değişiklikleri hakkında tavsiye almak için doğum öncesi ilk doktor kontrolü çok geç bir zaman dilimine tekabül etmektedir (15). Ülkemizde gebe kaldıktan sonra ilk doktor kontrolünün yaklaşık olarak kentsel alanda 2 ay, kırsal alanda 3 ay olduğu saptanmıştır (16).

Doğum defektleri, kısa doğum süresi ve preterm eylemle ilişkili sorunlar, maternal komplikasyonlar (plasenta, kordon ve kese ile ilgili sorunlar) ve ani bebek ölümü sendromu bebek ölümlerinin yarısından fazlasının dört tekrarlayan nedeni olarak bilinmektedir. 2002'de Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) doğumsal

anomaliler, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ve gebeliğin maternal komplikasyonları, 28.034 bebek ölümünün 14.263'ünün (% 50,9) sebebinin teşkil etmektedir (17). Bu olumsuz sonuçların devam etmesinin altında yatan risk faktörleri hakkında nispeten az şey bilinmektedir. Prenatal bakım hizmetinin erkenden başlatılmasına yönelik çalışmalar da anne-çocuk sağlığını tehdit eden riskleri azaltmak konusunda tek başına yetersiz kalmıştır. Zira ilk doktor muayenesine kadar gebeler birçok risk faktörüne hem de gebeliğin en kritik döneminde maruz kalmaktadır. Önlenebilir sağlık sorunlarını ortadan kaldırmak, kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuz etkiyi azaltmak için gebe kalmadan önce başlatılan ve çok büyük bir fırsat olan prekonsepsiyonel bakımın her geçen gün önem daha da iyi anlaşılmaktadır (7).

2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Anahtar Sorusu

Prekonsepsiyonel bakım, doğurganlık çağındaki tüm kadınlara ve eşlerine çocuk sahibi olmayı düşününler ya da düşünmesinler; bir sağlık mesajı iletmeyi amaçlayan, fakat gebelik planlayanlarla daha da yoğun biçimde ilgilenen danışmanlık, tarama ve sağlık müdahaleleri ile gebelik sürecindeki riskleri azaltmayı hedefleyen bir bakım hizmetidir (3, 6, 18, 19).

Prekonsepsiyonel bakımda en önemli noktalardan biri hangi kademedeyse çalışırsa çalışsın tüm sağlık çalışanlarının, herhangi bir nedenle kendilerine başvuran doğurganlık çağındaki tüm kadın hastalarına ve mümkünse erkek hastalarına sormaları gereken bir anahtar sorudur. Bakım planını düzenlemek için gereken bu soru, “*Önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?*” sorusudur. Çünkü bu anahtar soru ve bu soruya verilecek cevaba göre düzenlenecek olan uygun bakım hizmeti, sağlıklı bir neslin oluşması için en önemli basamaktır.

Gebelik planı olmayan bireylerin uygun bir korunma yöntemi kullandığından emin olmak, kullanmıyorlarsa bu bireylere korunma yöntemleriyle ilgili bilgilendirmede bulunmak gerekir. Gebelik planı olan bireylerin ise, en sağlıklı olduğu dönemde gebe kalmasına imkân tanımak için risk belirlemesi yapmak gerekir

(20). Bu soru sorulmadığında büyük bir ihtimalle, gebelikleri geç tespit etme ve erken zamanda uygulanabilecek müdahale şansını kaçırmak söz konusu olacaktır.

Kısacası, daha sağlıklı kuşakların yetişmesi doğrultusunda, anamnez alırken sorulan yaş, medeni durum, meslek, eğitim düzeyi gibi parametrelere, doğurganlık çağındaki bireyler için “yakın bir gelecekte çocuk isteyip istemedikleri” de eklenmelidir. Böylece prekonsepsiyonel bakım düzenlemesi için atılacak ilk adım atılmış olacaktır (8).

2.4. Gebelik Öncesi Bakımın Dünyadaki Gelişimi

Prekonsepsiyonel bakımla ilgili ilk araştırma 1980 yılında İngiltere’de Chamberlain tarafından yayınlanmıştır (21). Bunun ardından Avrupa’da, prekonsepsiyonel bakımın anne-çocuk sağlığına olumlu katkılar sağladığını ortaya koyan çalışmalar yapılmış ve birçok ülkede farklı gebelik öncesi bakım programları uygulanmıştır (22, 23). Özellikle İngiltere’de (24) ve Macaristan’da (25) folik asit kullanımıyla ilgili yoğun çalışmalar yapılmıştır. Hollanda 1984’te genetik danışmanlığa vurgu yapan bir kampanya başlatmıştır (26). 1985 yılına kadar, prekonsepsiyonel bakım kavramı ve potansiyel avantajları ivme kazandı. O yıl, “*Düşük Doğum Ağırlığını Önleme*” adlı yayında düşük doğum ağırlığı insidansını azaltmak için gebelik öncesinde birçok fırsat bulunduğunu, ancak gebelik dönemindeki müdahalelerin öncelenmesiyle bu fırsatların gözden kaçırıldığını belirtmiştir (27).

1989’da bir başka federal komite Prenatal Bakımın Kapsamı Uzman Panelinde, prekonsepsiyon ziyaretinin hamilelik üzerindeki etkisi incelendiğinde prekonsepsiyonel sağlık ziyaretinin tek en önemli sağlık ziyareti olabileceğini öne sürerek, prekonsepsiyonel sağlık bakımı için güçlü bir onay verdi (28). Panel, son aile planlaması ziyaretinin prekonsepsiyonel ziyaret olarak alınması gerektiğini ve prekonsepsiyonel bakım konseptinin prenatal bakımın rutin bir parçası olması gerektiğini ileri sürdü. Bununla birlikte, panel, prekonsepsiyonel bakımın genel koruyucu bakımın bir parçası olarak veya birincil bakım ziyaretleri sırasında sağlandığı zaman etkili olacağını belirtti. Bu yaklaşım, ziyaretler sırasında sağlanan fırsatlardan yararlandığı için "fırsatçı bakım" olarak anılmaya başlanmıştır.

1990'da yayınlanan Birleşik Devletler'in ulusal sağlığın teŖviki ve geliŖtirilmesi için hastalık nleme hedefleri olan Healthy People 2000, prekonsepsiyonel bakım hizmetini, hizmet ve koruma hedeflerinden biri olarak tanımladığında, sağlık sistemi içinde standart bir beklentiye kaydırmıŖtır. Spesifik amaç olarak Ŗunları kaydetti: "YaŖa uygun prekonsepsiyonel bakım ve danıŖmanlıđı yapan birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının oranını en az % 60'a yükseltin." Bu yayında hedefe ulaŖmak için prekonsepsiyonel bakım ve danıŖmanlık ile çiftlerin gebelik öncesinde sağlıklı olmaları ve ebeveynlik sorumluluklarını üstlenmek ve dolayısıyla kötü gebelik sonuçlarının ortaya çıkma riskini azaltmak amalanmıŖtır (29).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Mayıs 1995'te prekonsepsiyonel bakımına iliŖkin ilk teknik bültenini yayımladı. Bülten; risklerin kapsamlı ve sistematik olarak belirlenmesi, bireylere ihtiyaçlara göre bireyselleŖtirilmiŖ eğitim sağlanması ve arzulanan müdahalelerin baŖlatılması konusunda çağrıda bulundu. Tıbbi yk, üreme ve aile öyküleri, beslenme alıŖkanlıkları, uyurucu ve çevresel maruziyet öyküsü ve sosyal konuların alanlarını içerecek Ŗekilde geniŖ bir sorgulamayla riski belirleyip hem anne hem de fetüs sağlığını korumak hedefi belirlendi. ACOG, prekonsepsiyonel hizmetlerin iyi hamilelik sonuçlarını garanti etmediğini özellikle belirtti. Yalnızca gebelik planlayan kadınlara veya yüksek riskli olarak tanımlanan kadınlara vurgu yapmanın, birincil koruma açısından son derece önemli sayıda kaırılmıŖ fırsat ile sonuçlanacağına dikkat çekti. İstenmeyen gebelik yaŖayan kadınlara, en azından gebelik zamanını bilinçli olarak planlayan kadınlara göre kötü gebelik sonuçları açısından yüksek riske sahip olduğunu vurguladı. Ayrıca ocuk doğurma potansiyeli olan kadınlara yönelik prekonsepsiyonel bakıma kapsamlı bir ereve sağlamak için kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından koordine edilen eŖitli uzmanların katkı sağladığı bir çaba ortaya koyma çağrısında bulundu (30).

2002'de, Perinatal Bakım için American Academy of Pediatrics (AAP)/ACOG Kılavuzlarının beŖinci baskısı yayınlandı (31). nceki sürümlerde, prekonsepsiyonel bakım ek bir madde olarak verilmiŖken bu kılavuzda ana metne taŖandı. Bununla birlikte, bu son baskıda bu hizmetin, gebelik planı olan anne babalara yönelik olmaktan öte, bir kadının üreme yıllarındaki tüm sağlık vizitlerinde

prekonsepsiyonel sağlığın teŖviki ve geliŖtirilmesini hedefleyerek verilmesi önerisi, prekonsepsiyonel bakımın çerçevesindeki kaymayı yansıtır (32).

İsrail, Tay-Sachs, talasemi gibi kendi ırklarında sıkça görülen genetik hastalıkların araştırılmasına ağırlık vermektedir (33, 34). Hong-Kong'ta, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere prekonsepsiyonel hizmet birimlerinde eğitim, danışmanlık ve bakım sunulmaktadır (22, 23). Birleşik Devletler 1980'li yıllarda bebek ölüm hızları (BÖH) açısından dünya ülkeleri arasında çok gerilerde olduğunu görünce prenatal bakımı erken başlatıp, prekonsepsiyonel bakımı yaygınlaştırarak ve içeriğini genişletmiştir. 1980'de BÖH binde 12,6 iken, 2004'te binde 6,8'e gerilemiştir. Tüm dünya genelinde prekonsepsiyonel bakım uygulayan ülkelerin anne-çocuk sağlığını geliştirmek konusundaki kazanımları çok hızlı artmıştır. Bu yüzden Birleşik Devletler BÖH sıralamasında ilerleme kaydedememiştir. Bunun üzerine, 2006 yılında geniş tabanlı ulusal bir prekonsepsiyonel bakım programı başlatılmıştır (9, 19, 35).

2.5. Prekonsepsiyonel Bakımın Ülkemizdeki Gelişimi

Prekonsepsiyonel bakım kapsamında değerlendirilebilecek bazı uygulamalar göz önünde bulundurulduğunda ülkemizin bu kavrama yabancı olmadığı söylenebilir. Gebe kalmadan önce kadınlara sigara bırakma vb öneriler ve folik asit, demir takviyesi gibi müdahaleler aşında prekonsepsiyonel bakımın parametreleri arasında yer almaktadır. Ancak bu yaklaşımların bireysel düzeyden çıkıp ulusal düzeyde ele alınan bütüncül bir sağlık uygulaması haline alması gerekmektedir.

Türkiye'de 2002 yılında uygulamaya geçen "evlilik öncesi danışmanlık" da aşında, prekonsepsiyonel 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. 1930 yılında çıkan Umumi Hıfzısıhha Kanununda "akut dönemdeki sifiliz, lepra, tuberküloz 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 Merkezlerine verilmiştir. Rapor düzenlenmesi sırasında Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda belirtilen hastalıklar dışında *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS), hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile talasemi gibi genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliği kapsama dâhil edilmiştir (36). Bu taramaların yaptırılması kişilerin kararına bırakıldığından dolayı hizmet başarısı bireylerin taramalar konusunda ikna edilmesine bağlıdır (8). 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Başkanlığı tarafından yayınlanan Evliliğe Sağlıklı Başlangıç/Üreme Sağlığı Rehberi ile Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, prekonsepsiyonel bakıma özellikle temas etmiştir. Bu rehberler prekonsepsiyonel bakımın temel parametrelerini kısaca ele almıştır.

2.6. Prekonsepsiyonel Bakımın Parametreleri

Prekonsepsiyonel bakımda kadınlara ve erkeklere olmak üzere iki farklı yaklaşım söz konusudur. Kadınlara yönelik rutin bakım sırasında, aile hekimleri, bireylerin doğum öncesi hedeflerini belirlemeli, gelecekteki gebelikleri etkileyebilecek risk faktörlerini taramalı ve kadınların optimal sağlıkta gebeliğe girmesine yardımcı olmak için belirtilen müdahaleleri sağlamalıdır. Aşağıdaki maddeler, kadınların kontraseptif ihtiyaçlarına ve prekonsepsiyonel risk faktörlerine odaklanan temel müdahalelerdir. Bu yaklaşımları tek tek ele alalım.

2.6.1. Üreme Planı

Bir kadının kişisel doğurganlık hedefleri yani üreme planı, planın değişen hayat şartlarına göre değişebilmesi muhtemel olduğu için, ziyaret nedeni ne olursa olsun, her ziyarette tartışılmalıdır (11, 37). Gebe kalabilecek ya da gebe kalmayı isteyen kadınlarla yapılan üreme planı tartışmaları, yaşa, anne ya da babadan

kaynaklı durumlara, obstetrik öyküye ve aile geçmişine bağlı risklerin değerlendirilmesini içermelidir (6).

2.6.2. Kontrasepsiyon

Bir kadın cinsel yönden aktifse ve gebeliği önlemek veya ertelemek istiyorsa, kapsamlı kontrasepsiyon hizmeti sunulmalıdır. Gebeliği geciktirmek veya önlemek isteyen tüm kadınlara :

- Kontraseptif bir yöntem seçmesine yardımcı olmak için danışma verimeli.
- Hastanın seçtiği kontraseptif metodun hastaya sunumunu (tercihen yerinde; gerektiğinde sevk yoluyla) sağlanmalı (38).

Aile hekimleri, geri dönüşümlü kontraseptif yöntemler hakkında bilgi sunmak için katmanlı bir yaklaşım kullanmalıdır; önce en etkili yöntemler hakkında bilgi verilmeli ve daha sonra daha az etkili yöntemler hakkında bilgi verilmelidir (39, 40). Danışmanlığa, doğum yapmamış ergenler ve kadınlar dahil olmak üzere çoğu kadın için güvenli ve etkili olan *long-acting reversible contraception* (LARC) konusunda bilgi verilmeli. Önerilen kontrasepsiyonun bazı hastalar için etkin ve en yüksek önceliğe sahip olmamasını da göz önünde bulundurarak aile hekimleri, özel durumları da hastayla paylaşarak kontraseptif yöntemlerin birine karar verme noktasında hastanın tercihlerine odaklanmalıdır (41). Ayrıca acil kontraseptif yöntemler hakkında rutin danışmanlık ve gerektiğinde kapsamlı acil kontrasepsiyon sağlanması da aile planlaması hizmetlerinin bir bileşeni olmalıdır.

Gebelikler arası sürenin kısa olmasının perinatal süreç açısından risk teşkil etmesi de dikkate alınarak, doğum aralığı hastalarla tartışılmalıdır (42). Doğum aralığı ve perinatal sonuçlar üzerine yapılan bir meta-analizde, 18-24 ay arasındaki gebelik aralığının, 6 aydan kısa gebelik aralığına kıyasla prenatal sonuçlar açısından daha düşük riskli olduğunu ortaya koymuştur. Daha uzun gebelik aralığı ise (59 ay üzeri) kötü sonuçlarla ilişkiliydi. Bu aralık, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) doğum aralığı önerisi (43) ve iki yıl veya daha fazla emzirmekle ilgili *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) önerisiyle uyumludur (44). Spontan düşükler veya indüksiyon ile sağlanan düşükler sonrasında optimal doğum

aralığı ile ilgili kanıtlar şu an için yetersizdir. Doğum aralığı konusundaki danışma, bir kadının üreme planı temelinde bireyselleştirilmelidir. Aile hekimi, sonraki gebelik zamanlamasının sağlık riskleri ve faydalarını dikkate almalı ve etkin kontraseptif seçenekleri tartışmalıdır.

2.6.3. Folik Asit Takviyesi

Üreme çağındaki tüm kadınlara günde 400-800 µg folik asit içeren bir preparat almaları ve folat açısından zengin, dengeli ve sağlıklı gıdalar tüketmeleri önerilmelidir. Gebelik öncesi başlayan ve 12 haftalık gebelik süresince devam eden folik asit takviyesi, anensefali, spina bifida ve ensefalosel gibi nöral tüp defekti (NTD) riskini azaltır (45). NTD açısından komplike gebelik riski yüksek kadınlara, bir önceki gebeliği NTD açısından komplike olan kadınlara, kişisel veya aile öyküsünde NTD olanlara, insüline bağımlı diyabet veya nöbet bozukluğu olan kadınlara (özellikle valproik asit veya karbamazepin tedavisi alanlar) prekonsepsiyonel folik asit yüksek dozda (4 mg olarak, gebelik girişiminden bir ay önce başlayıp gebeliğin ilk üç ayı boyunca devam edecek şekilde) önerilmektedir (46).

2.6.4. Sağlıklı Beslenme

Gebelik sırasında bir kadının diyetinin kalitesi, fetal ve maternal sonuçları etkilemektedir. Bu nedenle sağlıklı, dengeli bir beslenme gebeliğin yanı sıra prekonsepsiyonel dönem de önemlidir (47, 48). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki çocuk sahibi yaştaki pek çok kadın, gebelik öncesinde, sırasında ve sonrasında sağlıklı bir diyet uygulamaz. Her kadın finansal veya lojistik açıdan yüksek kalitede bir diyete erişememektedir (49). Ayrıca bazı çalışmalarda, üreme çağındaki kadınların çoğunun diyetlerinde yeterli vitamin A, C, B6, ve E, folik asit, kalsiyum, demir, çinko ve magnezyum almıyor olduklarını göstermiştir (50-52). Bu, bir kadının doğurganlık yıllarının başlarında sağlıklı beslenmeyi teşvik etmenin önemini

vurgular; çünkü diyet alışkanlıklarını geliştirmek uzun vadeli bir gayret gerektirmektedir.

Klinik çalışmalar, prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte sağlıklı bir diyet ile olumlu doğum sonuçları arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir (53, 54). Örneğin, Krapels ve diğerleri tarafından yapılan bir vaka kontrol çalışmasında (55) bitkisel protein, lif, beta-karoten, vitamin C, vitamin E, demir ve magnezyumun prekonsepsiyonel dönemde, enerji düzeltilmiş alımı orofasyal yarık riski açısından kontrol grubuna göre daha düşük risk oluşturduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, gebelik öncesinde ve sırasında sağlıklı bir diyetin önemi üzerine yapılan bir dizi inceleme mevcuttur (49, 56-59).

2.6.5. Normal Kiloda Olma

Genel sağlığın ve kronik durumların yönetimi, uygun prekonsepsiyonel bakım için önemlidir. ABD 'de 20 yaş ve üstü kadınların % 36'sı (60), Türkiye'de ise %31,2'si (61) obezdir (vücut kitle indeksi (VKİ) $30 \text{ kg} / \text{m}^2$ veya üzeri). Kadınlara, gebelikten önce sağlıklı bir kilo elde etmeleri konusunda danışmanlık yapmak zorunludur; çünkü obezite ile birlikte gestasyonel diyabet, hipertansiyon, makrozomi, doğum travması ve sezaryen gibi gebelik komplikasyonları riskinin (62) yanı sıra, indüklenmiş ve spontan preterm doğum riski de artmaktadır (63). VKİ normal düzeyde olan annelerle karşılaştırıldığında, obez annelerin kardiyovasküler anomaliler ve yarık dudak da dâhil olmak üzere konjenital anomalilerden etkilenen bir gebelik geçirme olasılığı daha yüksektir (64). VKİ $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ 'den daha düşük olan kadınlar infertilite riski altındadır (6); bu gebelerin birinci trimesterde düşük (65), preterm doğum, düşük doğum ağırlığı olan bir bebeğe sahip olma (66) olasılıkları daha yüksektir. VKİ $30 \text{ kg} / \text{m}^2$ 'den büyük veya $18,5 \text{ kg} / \text{m}^2$ 'den daha düşük olan tüm kadınlara ağırlık durumlarının kendi sağlıklarına ve gelecekteki gebeliklerine yönelik riskleri konusunda bilgi verilmeli; hastalara diyet ve fiziksel aktivite düzeylerinin dengesini ve kalitesini iyileştirmek için özel stratejiler önerilmelidir (6).

2.6.6. Kronik Hastalıklar

Kronik hipertansiyon gebelik sırasında maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi artırabilir (67). Üreme çağındaki tüm kadınlar, rutin bakım sırasında kan basıncını kontrol ettirmelidir. Aile hekimleri, hipertansiyon teşhisi konan kadınlar için yaşam tarzı değişiklikleri ve uygun ilaç ayarlamalarıyla ilgili danışmanlık sağlamalıdır (62). Kronik hipertansiyonu olan kadınlara, preeklampsi konusunda danışmanlık verilmeli ve organ hasarını önlemek için ventriküler hipertrofi, retinopati ve böbrek hastalığı için prekonsepsiyonel değerlendirme yapılmalıdır. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri (ARB) alırken hamile kalabilecek kadınlara, bu ilaçların olumsuz fetal etkileri hakkında danışmanlık verilmeli ve kontrasepsiyon önerilmelidir. Bu ilaçları kullandığı halde gebelik planlayan veya etkili bir kontraseptif yöntem kullanmayan kadınlar, sağlıklı bir gebelikle uyumlu bir ilaç kullanmayı mutlaka düşünmelidir.

Mevcut veriler üreme çağındaki kadınların % 3'ünün diyabetten etkilendiğini göstermektedir (68). İlk üç aylık dönemdeki kötü glisemik kontrol - bazı kadınlar gebe olduklarını bilmeden bu dönem geçer - spontan düşük ve konjenital defekt riski ile ilişkilidir (62, 69). Zayıf glisemik kontrol ile ilgili diğer riskler arasında fetal makrozomi ve bununla ilişkili doğum travması, ölü doğum ve yenidoğan hipoglisemisi yer alır. Kan glikozu gebelik sırasında kontrolsüz kalırsa, diyabetik retinopati ve / veya nefropati gelişim gösterebilir (70, 71). Diyabeti olan kadınların gebelik sırasında yüksek tansiyon ve / veya preeklampsi riski mevcuttur. Optimal glisemik kontrol, riskleri azaltabilir, ancak ortadan kaldırmaz. Diyabeti olan doğurganlık çağındaki tüm kadınlara, gebelik öncesi glisemik kontrolün önemi hakkında danışmanlık verilmelidir. Suboptimal diyabet kontrolü olan kadınların etkin bir kontraseptif yöntem kullanmalarını teşvik edilmelidir. Diyabeti veya başka kronik problemi olan kadınlara üreme planlaması ve en uygun gebelik zamanlaması yönünden yardımcı olmak, prekonsepsiyonel bakımın vazgeçilmez bir bileşenidir.

2.6.7. İlaç Kullanımı

İlaç kullanımı üzerine danışmanlık, prekonsepsiyonel bakımının önemli bir parçasıdır (6). ABD'deki doğumsal anomalilerin yaklaşık % 10-15'i, gebelik sırasında reçeteli ilaç kullanımına atfedilir. 1970'lerin sonundan bu yana, gebeliğin ilk haftalarında reçeteli ilaçların kullanımı % 60'tan fazla artmıştır (72). 2006 ile 2008 yılları arasındaki bir çalışmada, kadınların % 82'sinin ilk üç ayda en az bir reçeteli veya tezgâh üstü ilaç aldığını bildirildi (73). Çoğu sıklıkla önerilen ilaçlar hamilelikte güvensiz olarak kabul edilir. Örnekler arasında ACE inhibitörleri, ARB'ler, varfarin, valproik asit, lityum, statinler ve metotreksat bulunur. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar, teratojenik ilaçların kullanımı açısından taranmalıdır. Kronik sağlık problemleri için kullanılan ilaçların gebeliğe ve fetüse ilişkin potansiyel etkisi hakkında bilgilendirilmelidir. Bilinen teratojenik ilaçlar mümkünse gebe kalmadan önce daha güvenli ilaçlarla değiştirilmelidir. Anne ve bebekte ciddi bir morbiditeye neden olabilecek kronik bir duruma sahip olan kadınlar, durumu kontrol altına almak için gerekli minimum sayıda ve en düşük dozda ilaç almak konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelik istemeyen kadınlar için etkili kontrasepsiyon için bir plan tartışılmalı ve başlatılmalıdır.

2.6.8. Aşılama

Prekonsepsiyonel bakımda aşılarla ilişkin danışmanlık da yapılmalıdır. Tüm üreme çağındaki kadınların tetanoz-difteri-boğmaca (Tdap), kızamık-kabakulak-kızamıkçık (KKK), ve varicella ile ilgili bağışıklanmış olmaları gerekir ve bağışıklık durumu her yıl gözden geçirilmeli ve belirtilen şekilde güncellenmelidir. Ayrıca, diğer enfeksiyonlar açısından tıbbi, mesleki veya yaşam tarzı risk faktörlerine sahip olan tüm kadınların, önerilen aşı ihtiyaçlarını belirlemek için yılda bir kez değerlendirilmesi gerekir (74).

2.6.9. Akıl ve Ruh Sağlığı

Akıl sağlığının değerlendirmesi de, prekonsepsiyonel bakıma dâhil edilmelidir. Duygudurum ve anksiyete bozuklukları üreme çağındaki kadınlarda oldukça yaygındır ve gebelik süresince yeni psikiyatrik hastalık prevalansı veya önceden var olan hastalığın nüks etme olasılığı yüksektir (75). Gebelikten önce depresyon ve anksiyete bozukluklarının kontrol altına alınması, bir kadının gebeliği ve ailesi için olumsuz sonuçların oluşmasını önlemeye yardımcı olabilir; doğurganlık çağıdaki kadınlar bu hastalıklar açısından taranmalıdır (75). Depresyon veya anksiyete bozukluğu olan bir kadın gebe kalmış veya gebelik planlıyor ise, aile hekimi gebelik sırasındaki yaralanma olasılığı hakkında bilgi vermelidir. Ayrıca, gebeler, gebelik sırasında depresyon ve anksiyete bozuklukları için tedavi seçeneklerinin riskleri ve yararları hakkında bilgilendirilmelidir. Gerekirse, ilaçlar gebe kalmadan önce ayarlanmalıdır. Bu zamanlama fetüsün birden fazla ilaca maruz kalmasını azaltır ve çekilme semptomlarının riskini en aza indirmek için ilaç dozu azaltılır. Gebelikte depresyon ve anksiyete bozukluklarının tedavisi bireyselleştirilmelidir.

2.6.10. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Prekonsepsiyonel danışmanlığın bir diğer önemli kısmı da; alkol, tütün ve madde kullanımı gibi yaşam tarzı risklerini ele almak ve yaşam tarzı değişiklikleri için kaynak sağlamak ve destek sağlamaktır. Gebelikte alkol kullanımı fiziksel problemler, davranışsal ve zihinsel sakatlıklar gibi bir dizi etkisi yaşam boyu sürebilen fetal alkol spektrum bozukluklarına neden olur. Annelik yaşındaki tüm kadınlar alkol tüketimi ve uyuşturucu kullanımı için taranmalıdır. Aile hekimleri, gebelik süresince içilmesinin etkilerini tanımlamak ve hamilelik süresince hiçbir düzeyde güvenli alkol tüketimi olmadığını bildirmek gibi kısa müdahaleler sağlamalıdır (6).

Gebelikte sigara içilmesi, spontan düşük, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, plasenta previa, plasenta dekolmanı ve yarı dudak / damak ve

ayrıca ani bebek ölümü sendromu riskini içeren çok sayıda gebelik komplikasyonu ile ilişkilidir (76). Aile hekimleri, doğurganlık çağındaki tüm kadınları tütün kullanımı yönünden taramalıdır. Tütün kullanan hastalara, sigarayı azaltmanın önemine odaklanan kısa müdahaleler verilmelidir; ideal olarak, gebelik öncesi sigara içmeyi tamamen bıraktırmalıdır. Müdahaleler aynı zamanda tütünü bırakma ilaçlarını tartışmayı ve hastaları yoğun hizmetler için yönlendirmeyi de içermelidir. Benzer şekilde, aile hekimleri, doğurganlık çağındaki kadınları diğer ilaçların kötüye kullanımını yönünden taramalı ve belirtildiği gibi bir tedavi merkezine sevk veya daha üst düzeyde bir bakım ile kısa müdahale sağlamalıdır.

2.6.11. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Çocuk doğurma yaşındaki tüm kadınlar ve eşleri için, aile hekimleri düzenli olarak cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) risklerini değerlendirmeli, CYBE önlemek için belirtilen danışmanlık ve aşıları sağlamalı ve belirtilen CYBE'in test ve tedavisini düzenlemelidir (6). Hızlandırılmış partner terapisi, kalıcı enfeksiyon riskini önemli ölçüde azaltır. Herhangi bir kaynaktan gelen fiziksel, cinsel ya da duygusal şiddetin şu anda ya da çocukluk döneminde olup olmadığı, üreme çağındaki tüm kadınlara sorulmalıdır (6). Geçmişte bir kadın istismar edilmişse veya şu anda istismar edilmekte ise, aile doktoru destek verme ve hastayı yardım için uygun organizasyonlara gönderme konusunda isteklilik göstermelidir. Fiziksel yaralanmalara, CYBE'lere, istenmeyen gebeliklere ve psikolojik travmaya (acil kontrasepsiyon dâhil) uygun değerlendirme yapılarak danışmanlık ve tedavi önerilmelidir.

2.6.12. Erkeklere Prekonsepsiyonel Bakım

Çoğu aile planlaması ve prekonsepsiyonel bakım programları konusundaki araştırma ve klinik uygulama kılavuzları neredeyse tamamen kadınlara odaklanmıştır. Hem *Centers for Disease Control and Prevention* (9) hem de ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı erkeklerin üreme sağlığı ihtiyaçlarını

karşılamada iyileştirmeler çağrısında bulundu (77). Anket verileri, erkeklerin çoğunun aile planlaması veya prekonsepsiyonel bakıma ihtiyacı olduğunu göstermiştir (78, 79). Bu algılanan ihtiyaca rağmen bir partnerinin gebeliğinden önce bir erkeğin üreme sağlığının ve sağlık durumunun gebelik ve gebelik sonuçları üzerindeki etkisi doğurganlık sorunları ortaya çıkmadığı sürece genel olarak az ilgi görür.

Erkekler için prekonsepsiyonel sağlığın hedefleri, pek çok açıdan kadınlarınkiyle benzerdir. Genel amaç, sağlıksız yaşam tarzı tercihleri ve korunmasız cinsel hayatın potansiyel olumsuz sonuçlarını en aza indirmek, üreme ve cinsel davranışlarla olumlu sonuçlar elde etmektir. Buna ek olarak, bir erkeğe yönelik prekonsepsiyonel bakımda, gebeliğin zamanlaması ve eşinin doğurganlık sorunlarının üstesinden gelmek yönüyle yardım sağlamak gebelik sonrası bebek ve anneye destek olmak ve çocukları yetiştirme konularında danışmanlığı da içermelidir.

2.7. Prekonsepsiyonel Bakımda Aile Hekimlerinin Yeri

Aile hekimliği, prekonsepsiyonel bakımla ilgili sağlık sistemi değişimine öncülük etmek için idealdir. 18-44 yaşlarındaki kadınlara ayakta tedavi hizmeti sunan en yaygın sağlık kuruluşudur (37, 80). Ayrıca çocuklara ve erkeklere ayaktan birincil bakım hizmetleri sağlamada önemli bir rol oynarlar (37). Aile hekimleri, prekonsepsiyonel riskin azaltılması ve kronik hastalık yönetimi gibi çok sayıda konuda kadınları ilgilendiren seçkin bir fırsata sahiptir. Örneğin doğumdan 2 yaşına kadar çocuklar için annelerin % 98'inden fazlası aile hekimlerine ziyarette bulunurlar. Bazı bireyler için sağlık hizmetlerine ulaşımında tek nokta olabilen aile hekimleri prekonsepsiyonel bakımı sağlamada stratejik bir konumdadır. Bir kadın, doğum sonrası bakım ziyaretini kaçırdıysa; aile hekimi çocukların rutin sağlık ziyareti sırasında annelik risklerini ele alma şansına sahip olabilir.

Kaliteli prekonsepsiyonel bakımının sağlanması, yalnızca anneye bakım sağlayan ya da kadın sağlığının büyük bir bölümünü ele alan kişilerin değil tüm birinci basamak sağlık kuruluşlarının sorumluluğundadır. Prekonsepsiyonel bakımı da içeren birincil bakım hizmetleriyle sağlanacak yenilikçi stratejilere ihtiyaç

vardır. Prekonsepsiyonel bakımın verilme biçimini değiştirmek başarı için kritik önem taşır. Aile hekimliği, prekonsepsiyonel bakımı başarılı bir şekilde sunabilmek için, istenmeyen gebeliklerin risklerini anlamak, bu riskleri azaltmada üreme planlamasının değerini kavramak zorundadır. Özellikle kadın sağlığı veya annelik sorunlarına odaklanmış kronik hastalık yönetimine ve akut bakım ziyaretlerine prekonsepsiyonel sağlık risklerini değerlendirmek açısından ihtiyaç vardır. Prekonsepsiyonel bakım bir birincil bakımdır ve her alanda birinci basamak sağlık hizmeti sunucuları için öncelik olmalıdır. Prekonsepsiyonel sağlık konularından en önemlisi, bir kadının gelecekteki bir gebelik isteyip istemediği üzerinde yoğunlaşır; bu nedenle, kaliteli prekonsepsiyonel bakımının sağlanması temelde nitelikli kadın sağlığı hizmetini sağlamakla mümkündür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışmanın Yapısı

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı nitelikte bir araştırma olup, Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nda Temmuz 2017 ile Aralık 2017 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.2. Evren

Çalışmanın evrenini Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmaktadır.

3.3. Örneklem

Bu çalışmanın örneklemini KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gönüllü gebelerden rastgele seçilmiştir. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan bireylere çalışma hakkında gerekli bilgiler verilmiş gönüllü katılımcılar araştırmaya dâhil edilmiştir.

Trabzon'da Türkiye istatistik kurumu verilerine göre reproduktif çağdaki kadın sayısı yaklaşık olarak 335.000 kabul edilmiştir. Handerson'ın 2002'de yapmış olduğu çalışması göz önüne alınarak hekimlerin prekonsepsiyonel bakım verme oranı 16,6 olarak belirlenip, %95 güvenilirlik, %0,05 örnekleme hatası kabul edilerek örneklem hacmi 207 olarak hesaplanmıştır (81). Örneklem hesabı OpenEpi Version 3 ile yapılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilme kriterleri;

-Gebe olmak

Çalışma için dışlanma kriterleri;

-İletişime engel olacak psikiyatrik bir hastalığı bulunmak

-Kronik hastalığı bulunup, metabolik olarak instabil olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere araştırmacılar tarafından hazırlanmış 40 sorudan oluşan, hastaların sosyodemografik özelliklerini ve prekonsepsiyonel bakım durumlarını değerlendiren araştırma anketi yüz-yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır (Ek 1). Araştırma anketi, “Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi” çalışmasında (8) derlenen kanıt düzeyi A olan parametreler ile “American Academy of Family Physicians Releases Position Paper on Preconception Care”de (10) yer alan ve Sağlık Bakanlığının Evliliğe Sağlıklı Başlangıç-Üreme Sağlığı Rehberi’nde mevcut bulunan önerilerden derlenmiştir.

3.5. Sonuç Ölçütü

Bu çalışmanın ana sonuç ölçütü gebelerin prekonsepsiyonel bakımın değişik parametrelerinin sıklığıdır.

3.6. İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) paket programına girilerek istatistik hesaplamalar araştırmacılar tarafından yapılmış olup tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

3.7. Etik Konular

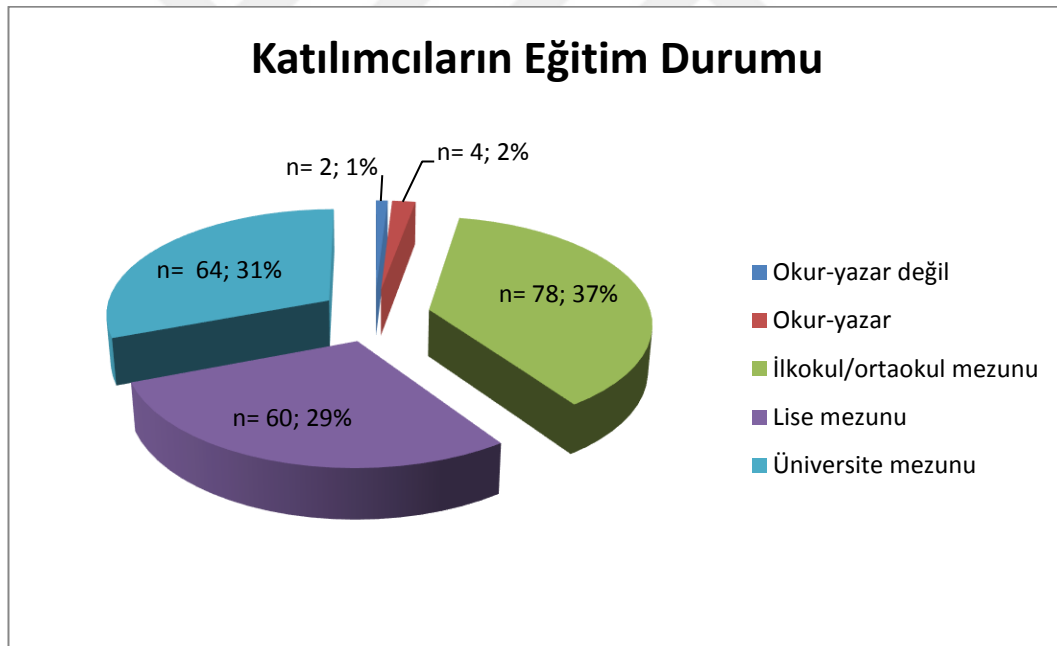
Araştırmaya katılan tüm katılımcılara sözel olarak bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmak istediklerine dair yazılı onamları alınmıştır (Ek 2) .

Araştırmanın yapılması için; KTÜ Tıp Fakóltesi Etik Kurulu'nda 28.06.2017 tarih ve 403 sayılı etik kurul onayı alınmıştır (Ek 3)



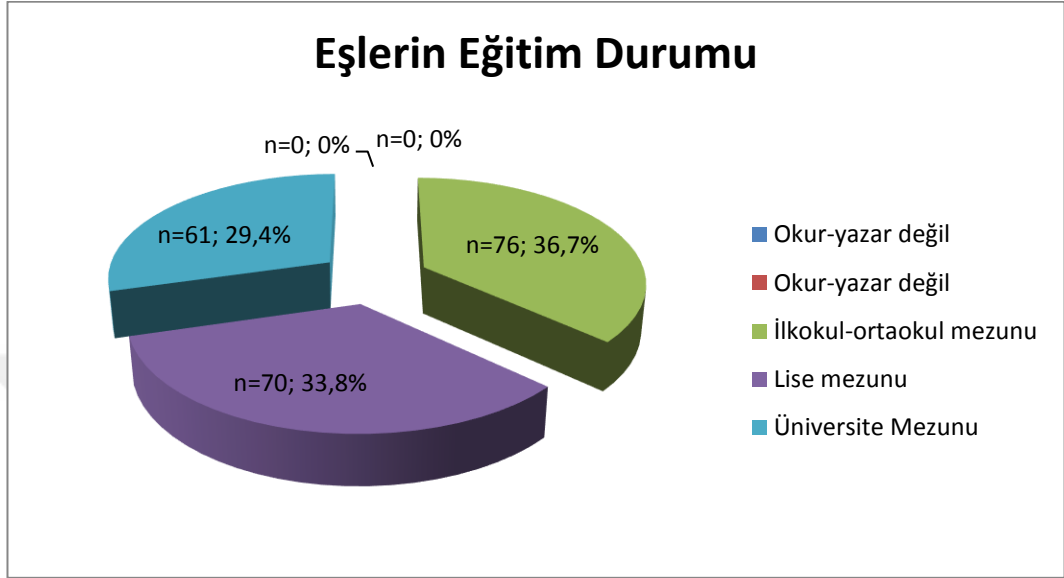
4. BULGULAR

Çalışmaya katılan 207 gebe kadının yaş ortalaması $30,8 \pm 5,7$ iken en küçük yaş 18, en büyük yaş ise 46 idi. Evlilik süresi ortalama $7,0 \pm 5,7$ iken; en düşük evlilik süresi 1 yıl, en yüksek 25 yıldır. Gebelik haftaları ise ortalama $26,9 \pm 10,1$ iken; en düşük gebelik haftası 5, en yüksek ise 40 idi. Gebelik sayısı ortalaması 2 olup; gebelik sayısı en çok 10, en az 1 idi. Düşük sayısı ortalama 2 olup; en çok 6, en az 1 idi. Küretaj yaptıran toplamda 17, ölü doğumu olan toplam 10 kişi vardı. Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanlar katılımcıların %1'i ($n=2$), okur-yazar olanlar %1,9 ($n=4$)'u, ilkokul/ortaokul mezunu olanlar %37,7'si ($n=78$), lise mezunu olanlar %29'u ($n=60$), üniversite mezunu olanlar %30,4'ü ($n=63$) idi (Grafik 1).



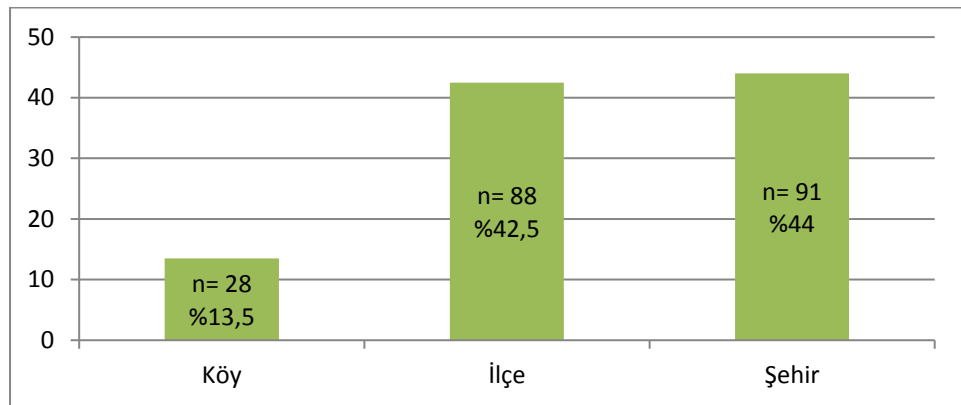
Grafik 1: Araştırmaya katılanların eğitim durumu

Katılımcıların eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında %36,7'si (n= 76) ilkokul/ortaokul mezunu, %33,8'si (n= 70) lise mezunu, % 29,5'i (n= 61) üniversite mezunu idi. (Grafik 2).



Grafik 2: Katılımcıların eşlerinin eğitim durumu

Katılımcıların %13,5'i (n= 28) köyde yaşıyorken, %42,5'i (n= 88) ilçede, %44'ü (n= 91) şehirde yaşıyordu (Grafik 3).

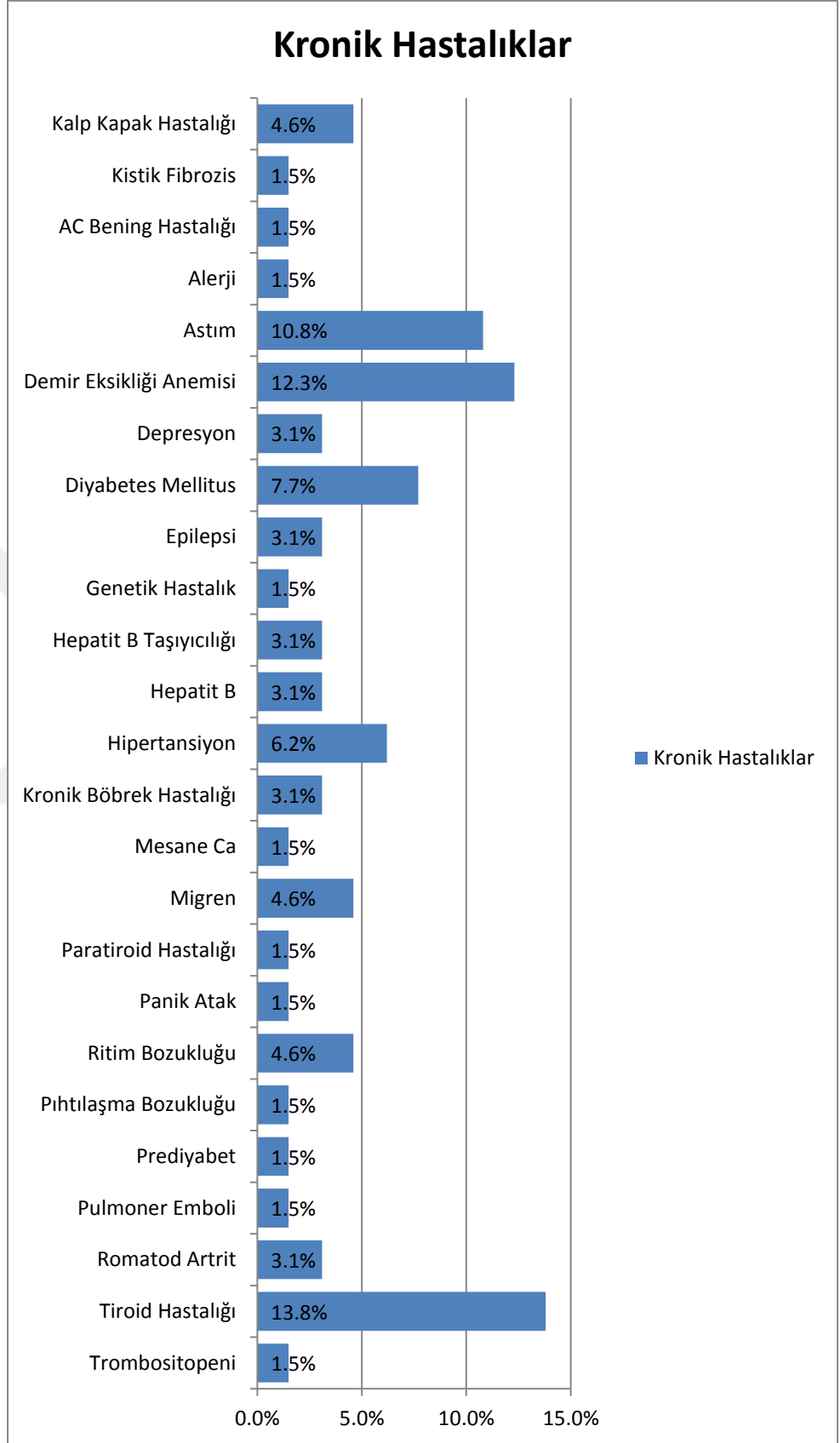


Grafik 3: Katılımcıların yerleşim yeri durumları

Katılımcıların %70,5'inin (n= 146) şu anki gebelikleri planlı iken; evlilik raporu alırken gebelik öncesi bakım ile ilgili kendilerine bilgilendirmede

bulunulanların oranı %15,5 (n= 32) idi. Gebe kalmadan önce herhangi bir sebeple aile hekimine başvuran katılımcıların oranı %47,8 (n= 99) iken; “Sağlık çalışanları tarafından, ‘Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?’ şeklinde bir soru yöneltildi mi?” sorusunu “Evet” olarak cevaplayanların oranı %17,9’du (n= 37). Bu soru %48,7 (n= 19) oranında aile hekimleri tarafından %38,5 (n= 15) oranında kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından, %10,3 (n= 4) oranında ebe/hemşireler tarafından, %2,6 (n= 1) oranında diğer branş hekimleri tarafından sorulmuştu. Katılımcıların %61,4’ü (n= 127) gebelik planlamadığı dönemde korunma yöntemleriyle ilgili hekimlerden bilgi almamışken, %34,8’i (n= 72) bu konuda bilgilendirilmişti. Katılımcıların %3,9’unun (n= 8) ise gebelik planlamadığı bir dönem mevcut değildi. Katılımcıların %88,9’u (n= 184) folik asit kullanmışken; folik asit kullananların % 26,1’i (n= 48) folik aside gebelik öncesinde başlamış, % 73,9’u (n =136) gebelik tespit edildikten sonra başlamıştı. Folik asit kullananların %90,8’ine (n= 167) folik asit, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından başlanmışken, %3,8’ine (n= 7) aile hekimi tarafından başlanmış ve %5,4 (n= 10) oranında katılımcı ise folik asidi kendisi başlamıştı. Katılımcıların %13’üne (n= 27) gebelik öncesinde Klamidya/ Human immunodeficiency virus (HIV) gibi CYBE yönünden tarama yapılması gerektiği ile ilgili bilgi verilmişken; %76,3’üne (n= 158) gebelik öncesi demir eksikliği taraması yapılmıştı. Gebelikte ise katılımcıların %94,7’sine (n= 196) demir eksikliği yönünden tarama yapılmıştı. Katılımcıların %23,7’sine gebelik öncesi günlük yeterli kalsiyum alması gerektiği ile ilgili bir öneride bulunulmuşken bu oran gebelikte %66,2 (n= 137) olarak saptanmıştır.

Katılımcıların %29,5’inde (n= 61) bilinen bir kronik hastalık mevcuttu. En sık görülen hastalık % 13,8 (n= 9) oranında görülen tiroid hastalıklarıydı. Demir eksikliği anemisi %12,3 (n= 7) oranıyla onu takip etmekteydi. Hastalıklar ve görülme sıklıkları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Grafik 4).



Grafik 4: Katılımcıların Kronik Hastalık Oranları

Kronik bir hastalığı olan katılımcılara gebelik planı yaparken hastalığın kontrol altında olması gerektiği ile ilgili bilgilendirmede bulunulanların oranı %62,9 (n= 39) idi. Katılımcıların %21,3'ü (n= 44) aşılama yönünden sorgulanmıştı. Katılımcıların %3,4'ü (n= 7) gebelikte sigara kullanmaktayken, %7,2'si (n= 15) gebelik öncesi sigara kullanmaktayken gebelikte sigarayı bırakmıştı. Gebelikte veya gebelik öncesi sigara kullananların %59,1'ine (n= 13) sigarayı bırakma önerisinde bulunulmamıştı. Katılımcıların %1,4'ü (n= 3) gebelik öncesinde alkol kullanmakta olup gebelikte alkolu bırakmıştı. Bu katılımcıların hiçbirisine alkol bırakma önerisinde bulunulmamıştı. Katılımcıların %46,9'ine (n= 110) gebelik öncesi ilaç sorgulaması yapılmışken gebelik öncesi beslenme ve diyet önerisinde bulunulanların oranı %24,2 idi. Katılımcıların %28,5'i (n= 59) gebelik öncesi normal kilodayken, katılımcıların % 20,8'ine (n= 43) sağlıklı gebelik açısından kilo verme önerisinde bulunulmuş, %50,7'sine (n= 105) kilo verme önerisinde bulunulmamıştı. Katılımcıların %33,8'i (n= 70) daha önce düşük yapmıştı ve düşük yapanlardan düşüğün tekrarlama olasılığının düşük olduğu ancak üçten fazla tekrar ederse araştırılması gerektiğine dair bilgi verilenlerin oranı %39,7 (n= 29) idi. Katılımcıların eşlerinden anne-çocuk sağlığı açısından danışmanlık verilenlerin oranı %4,3 (n= 9) idi. Sezaryen doğum yapanlar katılımcıların %30,9'unu (n= 64) oluşturuyordu. Sezaryen doğum sonrası yeni gebelik için en az 18 ay beklenmesi gerektiği ve sonraki doğumların nasıl olacağına dair bilgi verilenler bunların %53'ünü (n= 35) oluşturuyordu. Katılımcılara yöneltilen 'gebelik öncesi bakımı nereden almak istersiniz' sorusuna katılımcıların % 58'i (n= 120) kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %38,2'si (n= 79) aile hekimden, %1'i (n= 2) televizyondan, %2,9'u (n= 6) kitap/internette cevabını verdi.

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanından danışmanlık almak isteyenler sebep olarak en çok %56,2 (n= 73) oranıyla "bilgili ve donanımlı" olmalarını belirtmiştir. Diğer sebepler tabloda ayrıntılı olarak belirtilmiştir. (Tablo 1).

Aile hekimlerinden danışmanlık almak isteyenler tercih sebebi olarak en çok %44,9 (n= 44) oranıyla "ulaşılabilir-yakın" olmalarını belirtmiştir. Diğer sebepler tabloda ayrıntılı olarak belirtilmiştir (Tablo 2).

Prekonsepsiyonel bakımı nereden almak istersiniz sorusuna kitap/internet cevabı veren 6 kişinin 4'ü ulaşmanın kolay olmasını tercih sebebi olarak

belirtmişken 1'i daha rahat zaman ayrılabilceğini ve 1'i de ayrıntılı ve güncel bilgiye ulaşabileceğini sebep olarak belirtmiştir.

Prekonsepsiyonel bakımı nereden almak istersiniz sorusuna televizyon cevabı veren 2 kişiden biri tercih sebebi olarak kullanışlı, zahmetsiz ve yakın olduğunu belirtmişken, diğeri de daha iyi bilgilendirileceğini belirtmiştir.

Tablo.1: Kadın hastalıkları ve doğum uzmanını tercih sebepleri

Tercih sebepleri	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Ayrıntılı bilgilendirme	14	10,8
Bilgili-donanımlı	73	56,2
Güvenilir	17	13,1
Tecrübeli	5	3,8
Ulaşılabilir-yakın	2	1,5
Sık başvuru	5	3,8
Uzman oldukları için	11	8,5
İyi iletişim	3	2,3

Tablo.2: Aile hekimlerini tercih sebepleri

Tercih sebebi	Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Ayrıntılı bilgilendirme	8	8,2
Bilgili-donanımlı	3	3,1
Güvenilir	4	4,1
Ulaşılabilir-yakın	44	44,9
Daha çok zaman ayırma	6	6,1
İlgili	10	10,2
Samimi	6	6,1
Sık başvuru	8	8,2
İyi iletişim	5	5,1
Hemşirelerle rahat iletişim	3	3,1
Görevi olduğu için	1	1

5. TARTIŞMA

Prekonsepsiyonel bakım; tüm dünyada hızla uygulamaya konulan, özellikle son 20 yılda bilimsel çalışmaların üzerinde yoğunlaştığı bir konu olarak güncelliğini korumaktadır. Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım ile ilgili çalışmalar oldukça azdır. Bu çalışmada KTÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumları değerlendirildi.

Bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması $30,8 \pm 5,7$ yıl olarak tespit edildi. 2005’te Ankara’da yapılan Aslan ve ark. tarafından prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirildiği bir çalışmada yaş ortalaması $26,3 \pm 5.0$ olarak bulunmuşken; 2006’da Çakmak ve ark.’nın gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı adlı çalışmada yaş ortalaması: 27.4 ± 5.6 idi. Bizim çalışmamızda yaş ortalamasının biraz daha yüksek çıkmasının sebebi araştırmamızın yapılmış olduğu hastanenin üçüncü basamak sağlık kuruluşu olması sebebiyle yaş riski olan hastaların daha yoğunlukla takip ediliyor olmasına bağlanabilir.

Çalışmadaki gebelik sayısı ortalaması 2 bulundu. Arslan ve ark.’nın çalışmasında gebelik sayısı ortalaması da benzer şekilde 1,09 olarak bulunmuştur.

Evlilik süresi ortalama $7,0 \pm 5,7$ olarak saptandı. Bu ortalama Aslan ve ark.’nın çalışmasındaki evlilik süresi ortalaması olan $5,9 \pm 1,2$ ile benzerlik göstermekteydi. Bu çalışmadaki ortalamanın az da olsa bizim çalışmamızdakinden düşük çıkması; bu çalışmanın gebe kalmayı planlayan bireylere uygulanmasından kaynaklanabilir. Zira bizim çalışmamızda ortalamaı yükselten ileri yaştaki katılımcıların gebelikleri çoğunlukla plansızdı.

Çalışmamızda katılımcıların gebelik haftaları ise ortalama $26,9 \pm 10,1$ idi. Ortalama gebelik haftasının yüksekliği, hastalara Non-Stress Test (NST) uygulanırken anket uygulama kolaylığı sebebiyle seçilen hastaların daha çok 30. gebelik haftasını geçmiş olanlardan seçilmesiyle izah edilebilir. Ancak bu durumun prekonsepsiyonel bakım durumlarının belirlenmesi açısından çalışmaya olumlu ya da olumsuz bir etkisi olmadığı açıktır.

Eğitim durumları açısından değerlendirildiğinde okur-yazar olmayanlar katılımcıların %1’i okur-yazar olanlar %1,9’u, ilkokul/ortaokul mezunu olanlar %37,7’si, lise mezunu olanlar %29’u, üniversite mezunu olanlar %30,4’ü idi. Aslan ve ark.’nın çalışmasında ise okur-yazar olmayanlar katılımcıların %1.4’ü,

ilkokul/ortaokul mezunu olanlar % 82,4, lise mezunu olanlar %9,2, üniversite mezunu olanlar % 7 idi. Buradaki eğitim durumunun farklılığı Türkiye'deki zaman içinde yükselen eğitim seviyesi ile ilişkili olarak görülebilir. 2012 ABD'de yayınlanan bir çalışmada (82) 12 yıldan az eğitim görenler %13,7, 12 yıl eğitim görenler %28,8, ve 12 yıldan uzun eğitim görenler %57,5 olarak bulunmuştu, yine ABD'deki diğer bir çalışmada (83) da eğitim düzeyleri bizim çalışmamızdan yüksekti. Bu ABD'nin gelişmiş ülkelerden biri olmasına bağlı eğitim düzeylerinin yüksekliği ile izah edilebilir.

Çalışmamızda gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına bakıldığında %36,7'si ilkokul/ortaokul mezunu, %33,8'si lise mezunu, % 29,5'i üniversite mezunu idi. Bu oranlar katılımcıların eğitim durumu oranlarıyla paralellik arz ediyordu. Kadınların aksine erkeklerde okur-yazar olmayan ve hiç eğitim almamış hiç kimsenin olmaması, köylerde çok az da olsa hala devam etmekte olan kız çocuklarını okula göndermeme refleksleriyle açıklanabilir. Arslan ve ark.'nın çalışmasında eşlerin eğitim durumu ile ilgili tek paylaşılan bilgi % 66,9'unun ortaokul mezunu olduğu idi. Bu veriler 2005 yılında Türkiye'deki eğitim düzeyinin bugünkünden çok daha geride olması ile izah edilebilir.

Katılımcıların %13,5'i köyde yaşıyorken, %42,5'i ilçede, %44'ü şehirde yaşıyordu. İl veya ilçe merkezinden gelen hastaların çoğunluğu oluşturması herhangi bir riski olmadığı halde yakınlık sebebiyle de gebelerin takip ediliyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda gebeliklerin %70,5'inin planlı olduğu bulundu. Bu oran farklı konularda gebelere yapılan farklı çalışmalarda benzer bulunmuştur. Ersoy ve ark.'nın 2015'te yayınlamış oldukları çalışmada (84) planlı gebelik oranı %76,8, Uzel ve ark.'nın 2018'de yayınlanan çalışmalarında ise %84,6 olarak bulunmuştur (87). 2017'de Gümüşhane ilinde yapılan farklı bir çalışmada ise bu oran %65,8 olarak bulunmuştur (88). Yurtdışındaki çalışmalarda da benzer oranlar mevcuttur (84, 85, 89, 90).

Katılımcılardan evlilik raporu alırken gebelik öncesi bakım ile ilgili kendilerine bilgilendirmede bulunulanların oranı %15,5 iken; katılımcıların %84,5'i herhangi bir danışmanlık almadı. Prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olan " evlilik öncesi danışmanlık" ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlanmıştır ve evlilik

raporu verilirken Umumi Hıfzıssıhha Kanunu'nda belirtilen hastalıklara ek olarak AIDS, hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile talasemi başta olmak üzere genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliğinden bahsedilmiştir (36). Ayrıca 2008 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi'nde verilmesi gereken gebelik öncesi bakım ile ilgili bir bahis açılmış ve sorgulanması gereken durumlar maddeler halinde sunulmuştur (91). Buradan hareketle evlilik raporu verilirken eşlere verilmesi gereken evlilik öncesi danışmanlık hizmeti doğrudan prekonsepsiyonel bakım ile ilgilidir. Bu hekim görüşmesini prekonsepsiyonel bakım için ilk fırsat olarak görmek isabetli olacaktır. İlk bakışta uzun yıllar önce evlilik yapmış kadınların eskiden bu danışmanlık hizmetinin daha az önemsenmesine bağlı olarak danışmanlık alma oranlarını düşürdüğü akla gelebilir. Ancak son 5 yıl içerisinde evlilik yapmışlarda evlilik raporu alırkenki danışmanlık alma oranına baktığımızda %17,5 gibi pek de farklı olmayan bir oran ile karşılıyoruz. Bu da prekonsepsiyonel bakım açısından iyi bir fırsat olan evlilik danışmanlığının yeterince önemsenmediğini göstermektedir.

Çalışmada gebe kalmadan önce herhangi bir sebeple aile hekimine başvuran katılımcıların oranı %47,8 idi. Buradan hareketle aile hekimine başvurmayan %52,2'lik kesim için bir fırsat olabilecek evlilik raporu düzenlenmesi sırasında verilmesi gereken evlilik öncesi danışmanlığın bir prosedürden öteye geçirilebilmesi çok değerli olacaktır. Diğer yandan evlilik sonrası aile hekimliğine prekonsepsiyonel bakım almak üzere başvurulmasını sağlayacak bilgilendirici projelere ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda katılımcıların %17,9'u "Sağlık çalışanları tarafından, 'Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?' şeklinde bir soru yöneltildi mi?" sorusuna "Evet" cevabı verdi. Bu oran evlilik raporu sırasında danışmanlık alma oranına çok yakın bir orandı. Bu anahtar sorunun ne oranda sorulmuş olduğu aslında bize prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bilgi almışların oranını vermektedir. Arslan ve ark.'nın 2005'te yayınladıkları araştırmada prekonsepsiyonel danışmanlık verilenlerin oranı, %2,8 olarak bulunmuştur. Bu oranlar arasındaki ciddi fark; Türkiye'de konu ile ilgili çalışmaların daha çok son yıllarda yoğunlaşmasına bağlanabilir. Amerika'da çalışmalardaki prekonsepsiyonel bakım alma oranı ise bizim çalışmamızdakinin neredeyse iki katı kadardı. ABD'de yapılan Williams ve ark.'nın yaptığı çalışmada bu oran %32,4 olarak bulunmuşken

Oza- Frank ve ark.'nın çalışmasında %30,8 olarak saptanmıştır. Oranların bizden yüksek olması ABD'nin konuya ilişkin kararlı adımları ve çalışmalarının bizden çok eskilere dayanmasına bağlanabilir. Hatta ABD'deki oranlar çalışmalardaki yoğunluğa göre düşük bile kabul edilebilir. Zira Shadab ve ark. İran'ın İsfahan şehrinde yaptıkları çalışmada prekonsepsiyonel bakım alma oranını %47,7 olarak tespit etmişlerdir (89). ABD'deki oranlar bu oranın oldukça altında kalmaktadır.

Prekonsepsiyonel bakımın anahtar sorusu; %48,7 oranında aile hekimleri tarafından, %38,5 oranında kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından, %10,3 oranında ebe/hemşireler tarafından, %2,6 oranında diğer branş hekimleri tarafından sorulmuştu. Anahtar sorunun en çok aile hekimleri tarafından sorulması beklenen bir durumdur. Ve hatta bir birinci basamak hizmeti olarak kabul edilen prekonsepsiyonel bakımın daha yüksek oranlarda aile hekimleri tarafından verilmesi beklenirdi. Ebe ve hemşireler tarafından verilen bakım hizmeti ise Aile Sağlığı Merkezine (ASM) ait bir hizmet olarak Aile Hekimlerinin oranıyla birleştirilebilir. Böylece prekonsepsiyonel bakım alanların %59'unun bu bakımı ASM'lerden aldığı söylenebilir. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının da üçte biri aşan bir oranda bakım sağlaması önemlidir. Zira gebelik öncesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuru oranları azımsanmayacak kadar fazladır. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarının da prekonsepsiyonel bakım konusunda daha titizlikle hareket etmesi oranların yükselmesine katkı sağlayacaktır. İlk bakışta diğer branş hekimleri tarafından anahtar sorunun çok düşük bir oranda sorulması normal karşılanabilir. Ancak en azından branş hekimlerinin kronik hastalığı olan hastalarına risk grubunda oldukları için bu anahtar soruyu yönelmeleri ve hastalıklarının ve tedavilerinin gebelik dönemindeki gidişatıyla ilgili bilgi vermeleri kendilerinin sorumluluğundadır. Çalışmamızda kronik hastalıkların branş hekimleri tarafından mı yoksa aile hekimleri tarafından mı takip edildiği konusunda bir bilgi olmamakla birlikte hastaların en azından tanı sürecinde branş hekimlerine başvurmuş olmaları olasıdır. Kronik hastalığı olanlara %14,8 oranında anahtar sorunun sorulmuş olması branş hekimlerinin de prekonsepsiyonel bakıma yönelik uygulamalarını arttırması gerektirdiklerini göstermektedir.

Katılımcıların %34,8'i gebelik planlamadığı dönemde korunma yöntemleriyle ilgili hekimlerden bilgi almışken, %60,8'i almamıştı. %3,9'unun ise

gebelik planlamadığı bir dönem olmamıştı. Prekonsepsiyonel bakım sadece gebelik planlayan kadınlara yönelik olmayıp, gebelik planı olmayanlara da verilmesi gereken bir hizmettir. Kontrasepsiyon yöntemleriyle ilgili bilgilendirme de bu kapsama girmektedir. Gebelik planı olmayan kadınlara yönelik korunma yöntemleriyle ilgili bilgilendirme oranları da arttırılmalıdır. Oranların düşüklüğü, bilgiye ulaşma kolaylığının insanların sormaya çekinebilecekleri konuları hekimlerle paylaşmaktansa kitle iletişim araçlarından elde etmeyi tercih ediyor olması ile açıklanabilir. Konuyla ilgili hastaların bilgi talep etmesini beklemeden reproduktif dönemde olan her kadına koruyucu yöntemlerle ilgili gerekli bilgilendirmede bulunmak yerinde olacaktır.

Çalışmamızda katılımcıların %88,9'u gebelik öncesinde veya gebelikte folik asit kullanmışken; folik asit kullananların % 26,1'i folik aside gebelik öncesinde, % 73,9'u ise gebelik tespit edildikten sonra başlamıştı. Baykan ve ark.'nın 2010'da yayınladıkları bir çalışmada gebelerin % 81,3'ü vitamin veya folik asit içeren bir takviye almıştı veya alıyordu, ancak kullanıcıların yalnızca % 12,2'si gebelik öncesi en az 1 ay önce takviye almaya başlamıştı. Ancak gebelerin % 25,2'si aldıkları takviyenin adını hatırlamıyordu. Aldıkları takviyenin adını hatırlayanlar arasından % 87,5'i folik asit içeren bir takviye alıyordu. Bu gebelerin ancak % 53,2'sinin kesin olarak folik asit aldığını gösterir. Takviye alıp da ismini hatırlamayanların hepsinin folik asit aldığı kabul edildiğinde bizim çalışmamızdaki orana yaklaşılmış olmaktadır. Williams ve ark.'nın yaptığı çalışmada prekonsepsiyonel bakım alanlarda gebelikten 1 ay öncesinden itibaren günlük multivitamin kullananların oranı % 61,7 iken bakım almayanlarda bu oran %20,9 olarak bulunmuştur. Tüm katılımcılardaki oran hesaplandığında, gebelikten 1 ay öncesinden itibaren multivitamin kullanma oranı %33,6 olarak bulunur. Bu oran da bizim çalışmamızdaki folik aside gebelik öncesinde başlayanların oranıyla benzerdir. Ancak çalışmamızda folik aside gebelik öncesinde başlayanların kaçının in vitro fertilizasyon (IVF) planı içerisinde olduğu sorgulanmamıştır. IVF hazırlığında olanlara başlanan folik asit rutin bir uygulama olduğundan normal gebeliklerdeki oranı ayrıca hesaplamak prekonsepsiyonel bakım uygulamasındaki folat takviyesi ile ilgili daha aydınlatıcı bir sonuç ortaya koyacaktır.

Folik asit kullananların %90,8'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından başlanmışken, %3,8'i aile hekimi tarafından başlanmış olup %5,4 oranında katılımcı ise folik asidi kendisi başlamıştı. Daha çok gebelik sonrası başlanan folik asidi prenatal bakımın içerisinde kadın hastalıkları ve doğum uzmanları başlamıştır. Gebelik öncesinde folik asit başlananların %2,1'ine aile hekimleri, %81,3'üne kadın hastalıkları ve doğum uzmanı önerisiyle başlanmışken, %16,7'si folik aside kendiliğinden başlamıştır. Bu da aile hekimlerinin prekonsepsiyonel bakımın parametrelerinden olan gebelik öncesi folik asit önerisi konusundaki eksikliklerini göstermektedir.

Katılımcıların % 13'üne gebelik öncesinde Klamidya/HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünde tarama yapılması gerektiği ile ilgili bilgi verilmişti. Prekonsepsiyonel Bakım/Halk Sağlığı Perspektifi'ndeki A düzey kanıtlarda Klamidya açısından 25 yaşından önce tüm cinsel aktif kadınlarda ve risk taşıyan her yaş grubundaki kadınlarda gebelik öncesinde rutin tarama önerisi bulunmaktadır. B düzeyi kanıtlarda ise tüm kadın ve erkeklerin gebelikten önce HIV durumlarını bilmeleri konusunda ikna edilmesi önerisi yer almaktadır. "American Academy of Family Physicians (AAFP) Releases Position Paper on Preconception Care"de ise CYBE yönünden önce risk belirlenmeli, gerekirse tarama önerilmektedir. Buradan hareketle en azından riskli grupları belirlemek açısından reproduktif dönemdeki tüm hastaların ayrıntılı sorgulanması gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %23,7'si "Gebelik öncesi demir eksikliği taraması yapıldı mı" sorusuna "Evet" cevabı verdi. Anket yapılırken katılımcılardan soruya "Evet" cevabı verenlerin bir kısmının "Evet, ben de zaten demir eksikliği vardı" şeklindeki sözleri de dikkate alındığında bu oranların prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak taramaya alınanların oranını tam bir kesinlikle yansıtmadığı görülür. Her durumda demir eksikliği yönünden tarama yapılanların oranı ile anahtar soru sorularının oranı bir birine yakındır.

Katılımcıların %23,7'sine gebelik öncesi günlük yeterli kalsiyum alması gerektiği ile ilgili bilgi verilmiş olduğu saptandı. Bu oran da demir eksikliği taraması yapılanların oranıyla aynıdır. Prenatal bakımın bir parçası olarak gebelik döneminde yapılan demir eksikliği taraması oranı %94,7 ve yine gebelikte yeterli kasiyum alınması yönündeki öneri oranı %66,2 olarak bulunmuştur. Bu iki oran prenatal

bakım verilmesindeki eksiklik ile prekonsepsiyonel bakım verilmesi konusundaki eksikliğin kıyaslanması açısından değerlidir. Prekonsepsiyonel bakım ile ilgili oranların prenatal bakıma göre çok gerilerde olması prekonsepsiyonel bakım ile ilgili çalışmaların ve hassasiyetin daha çok artırılması gerektiğini göstermektedir.

Katılımcıların %29,5'inde bilinen bir kronik hastalık mevcuttu. Kronik hastalığı olanlar arasında en sık görülen hastalık % 13,8 oranında görülen tiroid hastalıklarıydı. Demir eksikliği anemisi %12,3 oranıyla onu takip etmekteydi. Arslan ve ark.'nın çalışmasında 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 DM, %1,4 oranında hipertansiyon, %1,4 oranında alerjik hastalıklar şeklinde dağılmaktaydı. Bizim çalışmamızda tüm gebeler içindeki kronik hastalık oranları ise; tiroid hastalığı %4,3, DEA %3,9, Astım %3,4, DM %2,4, hipertansiyon %1,9, alerji %0,5 şeklindeydi. Çalışmalardaki hastalık yüzdeleri arasında olan büyük benzerlik göze çarpmaktadır. Bizim çalışmamızda, genel olarak kronik hastalık oranı Arslan'ın çalışmasından daha yüksekti.

Çalışmamızda kronik bir hastalığı olan katılımcılara gebelik planı yaparken hastalığın kontrol altında olması gerektiği ile ilgili bilgilendirmede bulunulanların oranı %62,9 idi. Bu oran prekonsepsiyonel bakım açısından çalışmamızdaki en yüksek orandı. Ancak prekonsepsiyonel bakımın hedefi, kronik hastalığı olan tüm gebelere hastalıklarının gebelik sürecindeki durumu ve tedavi planı açısından bilgilendirmede bulunmaktır. Bu oranın yüksekliği anne-bebek sağlığının en ciddi tehditçisi olan kronik hastalıklar açısından prekonsepsiyonel bakım hizmetinin nispeten başarılı olduğunu göstermektedir. Ancak yine de kronik hastalığı olan %37,1'lik katılımcının bilgilendirilmemiş olduğunu önemseyerek bu konudaki hassasiyeti arttırmak gerekmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların %3,4'ü gebelikte sigara kullanmaktayken, %7,2'si gebelik öncesi sigara kullanıyorken gebelikte sigarayı bırakmıştı. Sönmez ve ark. 2017'de yayınladıkları çalışmada gebelikte sigara kullananların oranını %13,9 ve gebe kalmadan önce sigara kullananların oranını %32,1 olarak saptamışlardır (92). Yununistan'da yapılan Tsakiridis ve ark.'nın 2018'de yayınladıkları bir çalışmada da gebelerin %13,2'si sigara kullanmaktayken; gebelik öncesinde sigara

kullananların oranı %36,1 olarak bulunmuştur (93). Bu iki çalışmanın sonuçları birbiriyle paralellik arz ederken; oranlar bizim çalışmamızdaki oranların oldukça üzerindedir. Williams ve ark.'nın çalışmasında prekonsepsiyonel bakım alanların %7,8'i almayanların %3,4'ü gebelik öncesinde sigara kullanmaktaydı. Bu sonuçlar ise bizim çalışmamızdakine oldukça benzerdir.

Katılımcıların %1,4'ü gebelik öncesinde alkol kullanmakta olup gebelikte alkolü bırakmıştı. Williams'ın çalışmasında prekonsepsiyonel bakım alanlardaki gebelik öncesi alkol kullanım oranı %21 iken bakım almayanlardaki oran %19 olarak bulunmuştur. Bizim çalışmamızdakine göre oldukça yüksek olan bu değerler, ABD'deki alkol kullanım sıklığının fazlalığına karşın; Trabzon'un muhafazakâr yapısına bağlı alkol tüketiminin, özellikle de bayanlar arasında oldukça düşük olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre gebelikte veya gebelik öncesi sigara kullananların %59,1'ine sigarayı bırakma önerisinde bulunulmamıştı. Ayrıca katılımcılardan gebelik öncesinde alkol kullananların hiçbirisine alkol bırakma önerisinde bulunulmamıştı. Gebelik öncesinde sigara ve alkol kullananların tespiti ve kullananlara bırakma önerisinde bulunulması prekonsepsiyonel bakımın temel basamaklarından birini oluşturmaktadır. Çalışmamızın verilerine göre bu konuda da önemli bir eksiklik gözlemlenmektedir.

Katılımcıların eşlerinden anne-çocuk sağlığı açısından danışmanlık verilenlerin oranı %4,3'tü. Bu oran gebelere eşlerinin bakım alıp almadıklarının sorulması ile elde edilmiştir. Prekonsepsiyonel bakım sadece kadınlara değil, erkeklere de verilmesi gereken bir bakımdır. Erkeklere yönelik kılavuzlardaki vurgular her geçen yıl artmaktadır.

Çalışmamızda katılımcılara yöneltilen 'gebelik öncesi bakımı nereden almak istersiniz' sorusuna katılımcıların % 58'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %38,2'si aile hekiminden, %1'i televizyondan, %2,9'u kitap/internetten cevabını verdi. Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları, prekonsepsiyonel bakım konusunda önemli sorumlulukları bulunan hekimlerdir ancak prekonsepsiyonel bakım, birincil koruma kapsamında uygulanan bir birinci basamak hizmetidir ve bakımın birinci dereceden uygulayıcıları pozisyonunda aile hekimleri bulunmaktadır. Bu konuyla ilgili kitlelerin kapsamlı olarak bilgilendirilmesine ihtiyaç vardır.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri araştırmanın yürütüldüğü merkezin özellikleri ile ilgilidir. Katılımcılar üçüncü basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran hastalardan toplanmıştır ve çalışma tek merkezde yürütülmüştür. Birinci basamak ile paralel çalışmalar yürütmek toplumun özelliklerini daha iyi yansıtmak açısından faydalı olabilir.

Çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı katılımcıların gebelerden seçilmiş olmasıdır. Toplumun prekonsepsiyonel bakım durumunu ortaya koymak için katılımcılar evli ve gebe olmayan kişilerden seçilebilirdi. Bu da çocuk sahibi olamayacak ya da henüz çocuk planı olmayan bireylerin de prekonsepsiyonel bakım durumlarını yansıtmak açısından daha değerli olabilirdi.

Çalışmamızın kısıtlılıklarından biri prekonsepsiyonel bakım konusunda eşlere danışmanlık verilmesinin sorgulandığı soruda bilginin gebelerden alınmış olmasıdır. Prekonsepsiyonel bakım alıp almadıkları erkeklere sorularak daha gerçekçi bir bilgi edinmek mümkün olabilirdi. Erkeklerin prekonsepsiyonel bakım durumlarını ortaya koyacak daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma Türkiye’de kadınların prekonsepsiyonel 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 gebelerin yeterince prekonsepsiyonel bakım almadıkları sonucuna varılmıştır. Bir birinci basamak hizmeti olan prekonsepsiyonel bakım konusunda aile hekimleri başta olmak üzere tüm hekimlerin ve toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuyla ilgili eksiklikleri doğurganlık çağındaki her kadına prekonsepsiyonel bakım verilmesi konusunda öncelikli muhataplar olan aile hekimlerinin gündemine taşıyacak çalışmalara ve projelere olan ihtiyaç büyüktür.

7. KAYNAKLAR

1. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Ankara; 2010. p.2.
2. US Department of Health Human Services, Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. Washington: DC: U.S. Government Printing Office; 2000. p.3-56.
3. Shores SE, Bailey T. Recommendations for women of reproductive age. N C Med J. 2009;70(5):432-8.
4. 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):S280-9.
5. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. Am Fam Physician. 2005;71(7):1307-16.
6. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 Suppl 2):S266-79.
7. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period - United States, 2002-2004. Matern Child Hlth J. 2006;10(5):S101-S6.
8. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. Gazi Medical Journal. 2012;23(3).
9. 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.
10. Wilkes J. AAFP Releases Position Paper on Preconception care. Am Fam Physician. 2016;94(6):508-10.
11. Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. Matern Child Health J. 2006;10(5 Suppl):S3-11.
12. Lu MC. Recommendations for preconception care. Am Fam Physician. 2007;76(3):397-400.
13. Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of public health models of preconception care. Matern Child Health J. 2014;18(6):1512-31.
14. Holland WW, Stewart S, Masseria C, Organization WH. Policy brief: screening in Europe. 2006.

15. Frey KA. Preconception care by the nonobstetrical provider. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(5):469-73.
16. Ergöçmen B, Tezcan S, Çağatay P. Üreme sağlığı. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. 2008:143-54.
17. Anderson R, Smith B. Deaths: leading causes for 2002. *National Vital Statistics Reports*; vol 53 no 17. National Center for Health Statistics Hyattsville, MD; 2002.
18. Menard MK, Goodnight WH. The role of specialists in providing preconception health care and guidance to women with chronic medical conditions. *N C Med J.* 2009;70(5):445-8.
19. Atrash H, Jack BW, Johnson K. Preconception care: a 2008 update. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008;20(6):581-9.
20. de Weerd S, Steegers EA. The past and present practices and continuing controversies of preconception care. *Community Genet.* 2002;5:50-60.
21. Chamberlain G. The prepregnancy clinic. *Br Med J.* 1980;281(6232):29-30.
22. Ebrahim SH, Lo SS-T, Zhuo J, Han J-Y, Delvoye P, Zhu L. Models of preconception care implementation in selected countries. *Matern Child Hlth J.* 2006;10(1):37-42.
23. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Hlth J.* 2006;10(1):29-35.
24. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1998;78(2):163-8.
25. Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptional care. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 1999;84(1):43-9.
26. Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: Health Council of the Netherlands. 2007.
27. Committee to Study the Prevention of Low Birthweight, Division of Health Promotion and Disease Prevention. Washington, DC: National Academy Press; 1985.
28. US Department of Health Human Services. Caring for our future: the content of prenatal care: a report of the Public Health Service Expert Panel on the Content of Prenatal Care. Washington, DC: US Department of Health and Human Services. Public Health Service. 1989.
29. US Department of Health Human Services. Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives-Nutrition Priority Area. *Nutrition Today.* Washington; 1990;25(6):29-39.
30. ACOG technical bulletin. Preconceptional care. Number 205--May 1995. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1995;50(2):201-7.

31. American Academy of Pediatrics/American College of Obstetricians and Gynecologists Guidelines for perinatal care. 5th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2002.
32. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Matern Child Health J.* 2006;10(5 Suppl):S43-52.
33. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *American journal of obstetrics and gynecology.* 2008;199(6):S340-S4.
34. Mennuti MT. Genetic screening in reproductive health care. *Clinical obstetrics and gynecology.* 2008;51(1):3-23.
35. Moos MK. Preconception health: where to from here? *Womens Health Issues.* 2006;16(4):156-8.
36. İstanbul Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu, [Marital Reports]. *STED* 2002; 11: 212-4.
37. Ferrer RL. Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann Fam Med.* 2007;5(6):492-502.
38. Gavin L, Moskosky S, Carter M, Curtis K, Glass E, Godfrey E, et al. Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the U.S. Office of Population Affairs. *MMWR Recomm Rep.* 2014;63(RR-04):1-54.
39. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012;366(21):1998-2007.
40. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception.* 2011;83(5):397-404.
41. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol.* 2014;57(4):659-73.
42. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermudez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA.* 2006;295(15):1809-23.
43. World Health Organization Birth Spacing - Report from a WHO Technical Consultation. 2006.
44. United Nations Children's Fund. Breastfeeding.[internet] 2015 [Son güncelleme tarihi 29 Temmuz 2015; 5 Şubat 2018 tarihinde erişildi.] Erişim adresi: http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html
45. De-Regil LM, Fernandez-Gaxiola AC, Dowswell T, Pena-Rosas JP. Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010(10):CD007950.

46. Heseke HB, Mason JB, Selhub J, Rosenberg IH, Jacques PF. Not all cases of neural-tube defect can be prevented by increasing the intake of folic acid. *British Journal of Nutrition*. 2008;102(2):173-80.
47. Glenville M. Nutritional supplements in pregnancy: commercial push or evidence based? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2006;18(6):642-7.
48. Fowles ER. What's a Pregnant Woman to Eat? A Review of Current USDA Dietary Guidelines and MyPyramid. *J Perinat Educ*. 2006;15(4):28-33.
49. Mehta SH. Nutrition and pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*. 2008;51(2):409-18.
50. Yang QH, Carter HK, Mulinare J, Berry RJ, Friedman JM, Erickson JD. Race-ethnicity differences in folic acid intake in women of childbearing age in the United States after folic acid fortification: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2001-2002. *Am J Clin Nutr*. 2007;85(5):1409-16.
51. de Weerd S, Steegers EA, Heinen MM, van den Eertwegh S, Vehof RM, Steegers-Theunissen RP. Preconception nutritional intake and lifestyle factors: first results of an explorative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2003;111(2):167-72.
52. Cena ER, Joy AB, Heneman K, Espinosa-Hall G, Garcia L, Schneider C, et al. Folate intake and food-related behaviors in nonpregnant, low-income women of childbearing age. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(8):1364-8.
53. Vujkovic M, Ocke MC, van der Spek PJ, Yazdanpanah N, Steegers EA, Steegers-Theunissen RP. Maternal Western dietary patterns and the risk of developing a cleft lip with or without a cleft palate. *Obstet Gynecol*. 2007;110(2 Pt 1):378-84.
54. Cuco G, Arija V, Iranzo R, Vila J, Prieto M, Fernández-Ballart J. Association of maternal protein intake before conception and throughout pregnancy with birth weight. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*. 2006;85(4):413-21.
55. Krapels IP, van Rooij IA, Ocke MC, West CE, van der Horst CM, Steegers-Theunissen RP. Maternal nutritional status and the risk for orofacial cleft offspring in humans. *J Nutr*. 2004;134(11):3106-13.
56. Stewart C. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Pregnant and Breastfeeding Women: A Background Paper: Ministry of Health; 2006.
57. Ross M, Brundage S. Preconception counseling about nutrition and exercise. *Journal of the South Carolina Medical Association (1975)*. 2002;98(6):260-3.
58. Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2002;6(2):75-88.
59. Kaiser L, Allen LH, American Dietetic A. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(3):553-61.

60. Thomas DM, Weederma M, Fueemeler BF, Martin CK, Dhurandhar NV, Bredlau C, et al. Dynamic model predicting overweight, obesity, and extreme obesity prevalence trends. *Obesity (Silver Spring)*. 2014;22(2):590-7.
61. Satman İ, TURDEP Çalışma Grubu. TURDEP-II Çalışması ilk sonuçlar, 32. TEMH Kongresi. 2010;13:17.
62. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2008;199(6):S310-S27.
63. McDonald SD, Han Z, Mulla S, Beyene J, Knowledge Synthesis G. Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birth weight infants: systematic review and meta-analyses. *BMJ*. 2010;341:c3428.
64. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, Rankin J. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;301(6):636-50.
65. Maconochie N, Doyle P, Prior S, Simmons R. Risk factors for first trimester miscarriage--results from a UK-population-based case-control study. *BJOG*. 2007;114(2):170-86.
66. Han Z, Mulla S, Beyene J, Liao G, McDonald SD, Knowledge Synthesis G. Maternal underweight and the risk of preterm birth and low birth weight: a systematic review and meta-analyses. *Int J Epidemiol*. 2011;40(1):65-101.
67. Bramham K, Parnell B, Nelson-Piercy C, Seed PT, Poston L, Chappell LC. Chronic hypertension and pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2014;348:g2301.
68. Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I, et al. Core state preconception health indicators - pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. *MMWR Surveill Summ*. 2014;63(3):1-62.
69. Mills JL, Simpson JL, Driscoll SG, Jovanovic-Peterson L, Van Allen M, Aarons JH, et al. Incidence of spontaneous abortion among normal women and insulin-dependent diabetic women whose pregnancies were identified within 21 days of conception. *New England Journal of Medicine*. 1988;319:1617-23.
70. Hawthorne G. Maternal complications in diabetic pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2011;25(1):77-90.
71. Gordin D, Forsblom C, Groop PH, Teramo K, Kaaja R. Risk factors of hypertensive pregnancies in women with diabetes and the influence on their future life. *Ann Med*. 2014;46(7):498-502.
72. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, Kelley KE, Louik C, Hernández-Díaz S. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2011;205(1):51. e1-. e8.

73. Thorpe PG, Gilboa SM, Hernandez-Diaz S, Lind J, Cragan JD, Briggs G, et al. Medications in the first trimester of pregnancy: most common exposures and critical gaps in understanding fetal risk. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013;22(9):1013-8.
74. Advisory Committee on Immunization Practices, Recommended adult immunization schedule: United States, 2013. *Annals of internal medicine.* 2013;158(3):191.
75. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199(6 Suppl 2):S328-32.
76. Chamberlain C, O'Mara-Eves A, Oliver S, Caird JR, Perlen SM, Eades SJ, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013(10):CD001055.
77. US Department of Health Human Services Office of Disease Prevention Health Promotion. *Healthy people 2020.* Washington: 2010.
78. Choiriyah I, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Dariotis JK, Marcell AV. Men Aged 15-44 in Need of Preconception Care. *Matern Child Health J.* 2015;19(11):2358-65.
79. Casey FE, Sonenstein FL, Astone NM, Pleck JH, Dariotis JK, Marcell AV. Family Planning and Preconception Health Among Men in Their Mid-30s: Developing Indicators and Describing Need. *Am J Mens Health.* 2016;10(1):59-67.
80. Cohen D, Coco A. Do physicians address other medical problems during preventive gynecologic visits? *J Am Board Fam Med.* 2014;27(1):13-8.
81. Henderson JT, Weisman CS, Grason H. Are two doctors better than one? Women's physician use and appropriate care. *Womens Health Issues.* 2002;12(3):138-49.
82. Arslan H, Özkan A.. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni.* 2005;36(2):65-71.
83. Çakmak P, Minareci Y, Yuvaç O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 2006;3(3):157-61.
84. Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Matern Child Hlth J.* 2012;16(9):1854-61.
85. Oza-Frank R, Gilson E, Keim SA, Lynch CD, Klebanoff MA. Trends and Factors Associated with Self-Reported Receipt of Preconception Care: PRAMS, 2004–2010. *Birth.* 2014;41(4):367-73.
86. Ersoy E, Karasu Y, Çelik EY, Ersoy AÖ, Tokmak A, Taşçı Y. Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri. *Journal of Clinical and Experimental Investigations.* 2015;6(3).

87. Uzel HG, Yanikkerem E. İntrapartum Dönemde Kanıta Dayalı Uygulamalar: Doğum Yapan Kadınların Tercihleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2018;11(1).
88. Çalık KY, Çetin FC, Erkaya R. Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):80-91.
89. Shadab P, Nekuei N, Yadegarfar G. The prevalence of preconception care, its relation with recipients' individuality, fertility, and the causes of lack of checkup in women who gave birth in Isfahan hospitals in 2016. J Educ Health Promot. 2017;6:88.
90. Goossens J, Beeckman D, Van Hecke A, Delbaere I, Verhaeghe S. Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. Midwifery. 2018;56:112-20.
91. TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. Ankara: 2014.
92. Sönmez D, Aksu H. Smoking status and effects of happiness on smoking in Turkish pregnant women.
93. 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.

8. EKLER

Ek 1

Araştırma Anketi

ANKET- KTÜ TIP FAKÜLTESİ KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL(GEBELİK ÖNCESİ) BAKIM DURUMLARI

- 1-Anket No:** **2-Yaşınız?** **3- Kaç yıldır evlisiniz?**
4-Gebeliğin kaçınıcı haftasındasınız? **5- Kaçınıcı gebeliğiniz?(Düşük, kürtaj, ölü doğum)**
6-Eğitim durumunuz nedir?
1-Okuryazar değil 2-Okuryazar 3- İlkokul/Ortaokul 4- Lise 5-Üniversite
7-Eşinizin eğitim durumu?
1-Okuryazar değil 2-Okuryazar 3- İlkokul/Ortaokul 4- Lise 5-Üniversite
8-Nerede yaşıyorsunuz?
1- Köy 2-İlçe 3-Şehir
9- Şu anki gebeliğiniz planlı mı?
1-Evet 2- Hayır
10- Evlilik için rapor alırken size gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu mu?
1- Evet 2- Hayır
11-Evlilikten sonra gebe kalmadan önce aile hekimine herhangi bir sebeple başvurduunuz mu?
1-Evet 2-Hayır
12- Evlilikten sonra gebe kalmadan önce hekimler tarafından size “Önümüzdeki bir yıl için gebe kalmayı düşünüyor musunuz?” şeklinde bir soru yöneltildi mi?
1-Evet 2-Hayır
13-Yöneltildiyse kim tarafından yöneltildi?
1- Aile Hekimi 2- Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı 3- Diğer.....
14- Gebelik planlamadığınız dönemde korunma yöntemleriyle ilgili herhangi bir hekimden bilgi aldınız mı?
1-Evet 2-Hayır 3-Gebelik planlamadığım bir dönem olmadı
15- Folik asit(Folic /Folbiol) kullanıyor musunuz/kullandınız mı?
1-Evet 2-Hayır
16- Folik asit kullanımına ne zaman başladınız?
1- Gebelik öncesi 2-Gebe olduğumu öğrendiğimde
17- Folik asit kim tarafından başlandı?
1- Aile hekimi 2- Kadın hastalıkları ve doğum uzmanı 3-Kendim başladım
18- Hekimler tarafından gebelik öncesi AIDS/ Klamidya gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklar yönünden tarama yapılması gerektiği ile ilgili bilgilendirildiniz mi?
1-Evet 2-Hayır
19- Gebelik öncesi hekimler tarafından demir eksikliği ile ilgili herhangi bir tarama yapıldı mı?
1-Evet 2-Hayır
20- Gebelik tespit edildiğinde hekimler tarafından demir eksikliği yönünden tarama yapıldı mı?
1-Evet 2-Hayır
21- Gebelik öncesinde hekimlerden gebelik döneminde günlük yeterli düzeyde kalsiyum almanız gerektiği ile ilgili bilgilendirildiniz mi?
1-Evet 2-Hayır
22- Gebelik tespit edildiğinde hekimler tarafından gebelik döneminde günlük yeterli düzeyde kalsiyum almanız gerektiği ile ilgili bilgilendirildiniz mi?
1-Evet 2-Hayır

23-Gebelik öncesinde diyabet, hipertansiyon, tiroit hastalıkları, vs gibi kronik bir hastalığınız mevcut muydu?

1-Evet 2-Hayır

24. Mevcutsa hangi hastalık?

1- Diyabet 2 - Tiroid Hastalığı 3-Hipertansiyon 4-Lupus 5- Epilepsi
6-Romatoid Artrit 7- Kanser 8-Diğer

25-Hekimler tarafından anne ve bebek sağlığını korumak amacıyla gebelik öncesi kronik hastalığınızın kontrol altına alınması gerektiği ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

26- Gebelik öncesi hekimler tarafından başta kızamıkçık olmak üzere aşılama durumunuz sorgulanıp eksik aşuların yapılması konusunda bilgilendirildiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

27-Sigara kullanıyor musunuz?

1- Evet, içmeye devam ediyorum. 2- Evet ama gebelikte bıraktım. 3- Hayır içmiyorum.

28-Hekimler tarafından gebelik öncesi anne ve çocuk sağlığının korunması açısından sigarayı bırakmanız ile ilgili bir öneri ve bilgilendirmede bulunuldu mu?

1-Evet 2-Hayır

29- Alkol veya uyuşturucu madde kullanıyor musunuz?

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

30-Hekimler tarafından gebelik öncesi anne ve çocuk sağlığının korunması açısından alkol-madde kullanımını bırakmanız ile ilgili bir öneri ve bilgilendirmede bulunuldu mu?

1-Evet 2-Hayır

31-Hekimler tarafından gebelik öncesi reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımları sorgulanarak gebelikte kullanımları ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu mu?

1-Evet 2-Hayır

32- Hekimler tarafından gebelik öncesi sağlıklı beslenme ve egzersiz önerilerinde bulunuldu mu?

1-Evet 2-Hayır

33-Gebelik öncesi obez veya fazla kilolu iseniz hekimler tarafından size kilo verme konusunda önerilerde bulunuldu mu?

1- Normal kilodayım 2- Evet 3-Hayır

34- Daha önce düşük yaptınız mı?

1-Evet 2-Hayır

35- Düşük yapmışsanız aile hekiminiz tarafından düşüğün tekrarlama olasılığının az olduğu ve üçten fazla düşük olduğunda araştırılması gerektiği ile ilgili bilgilendirildiniz mi?

1-Evet 2-Hayır

36- Gebelik öncesinde eşinize hekimler tarafından ana-çocuk sağlığı açısından babanın rolüne ilişkin danışmanlık verildi mi? 1.Evet 2. Hayır

37- Daha önce sezaryen doğum yaptınız mı?

1-Evet 2-Hayır

38- Daha önce sezaryen doğum yapmışsanız hekimler tarafından size başka bir gebelik planlamadan önce en az 18 ay beklemeniz gerektiği ve doğum şeklinizin nasıl olabileceği konusunda danışmanlık verildi mi?

1-Evet 2-Hayır

39- Gebelik öncesi bakımı nereden almak istersiniz?

1-Aile Hekimi 2-Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı 3-Komşu 4- TV 5-Kitap/
İnternet

40-Neden?

Ek 2

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	
---	--	---

Araştırmanın Adı: KTÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvurunun Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumları

Bu çalışmada, KTÜ Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım durumları araştırılması amaçlanmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeniz halinde size kişisel bilgileriniz, kronik hastalıklarınız ve ilaç kullanımlarınızı sorgulayan, kronik hastalık bakımı ve ilaç uyumunuzu değerlendiren bir anket uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmanız kendi isteğinize bağlı olup, çalışma sırasında istediğiniz an çalışmadan çekilebilirsiniz.

Bilgileriniz gizli tutulacaktır ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacaktır.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilir Kişi Adı Soyadı / Telefon Numarası:

Selman DEMİRCİ /05350507549

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum.” “Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Gönüllünün

Adı Soyadı :

İmzası :

Araştırmacının

Adı Soyadı: :

İmzası :

Tarih: / /

Ek 3

Etik Kurul Onay Belgesi



T.C.
KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KTÜ TIP FAKÜLTESİ
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL
BAŞKANLIĞI

Sayı : 24237859-403
Konu: Etik Kurul onay belgesi

28/06/2017

Sayın; Y.Doç. Dr. Elif ATEŞ
Aile Hekimliği ABD.

“KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi” başlıklı etik kurul 2017/80 protokol numaralı tez çalışması raportör ve etik kurul görüşleri doğrultusunda; tıbbi etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilginizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Faruk AYDIN
Etik kurul Başkanı

Ek: 1 adet onay belgesi

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi”		
	ARAŞTIRMANIN PROTOKOL/PLAN KODU	2017 / 80		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Y.Doç. Dr. Elif ATEŞ		
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği		
	TEZ SAHİBİ/DİĞER ARAŞTIRICILAR, UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Selman DEMİRCİ		
	DESTEKLEYİCİ			
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	TEZ <input checked="" type="checkbox"/> AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>

	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI		
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
OLGU RAPOR FORMU				Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>		
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			

**KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU**

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 5	Tarih: 19/06/2017
	Y.Doç.Dr.Elif ATEŞ'in sorumluluğunda yürütülmesi planlanan Arş.Gör.Dr.Selman DEMİRCİ'ye ait "KTÜ Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi" başlıklı 2017/80 no.lu ve yukarıda başvuru bilgileri verilen araştırma/tez başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına; toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

KTÜ TIP FAKÜLTESİ BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU	
ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof.Dr.Faruk AYDIN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		İlişki *		Katılım **		İmza
Prof.Dr.Faruk AYDIN Başkan:	Tıbbi Mikrobiyoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Gamze ÇAN Başkan Yrd.	Halk Sağlığı	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S.Caner KARAHAN Üye:	Tıbbi Biyokimya	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.S. Murat KESİM Raportör:	Tıbbi Farmakoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Yılmaz BÜLBÜL Üye:	Göğüs Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr. Murat LİVAOĞLU Üye:	Plastik, Rekons. ve Estetik Cer.	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Şafak ERSÖZ Üye:	Tıbbi Patoloji	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Y.Doç.Dr.Demet SAĞLAM AYKUT Üye:	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof.Dr.Murat ÇAKIR Üye:	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	KTÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma