



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELİK PLANLAYAN KADINLARDA
PREKONSEPSİYONEL RİSK FAKTÖRLERİNİN
BELİRLENMESİ

MERVE CÖMERT

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR

İSTANBUL

2019



T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELİK PLANLAYAN KADINLARDA
PREKONSEPSİYONEL RİSK FAKTÖRLERİNİN
BELİRLENMESİ

MERVE CÖMERT

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR

İSTANBUL

2019

Merve Cömert

Biruni Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Tezi

2019



ONAY SAYFASI

Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Merve CÖMERT tarafından hazırlanan “Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 08.02.2019

Jüri Üyesi; (Danışman)	Dr. Öğr. Üyesi Gülsen ÇAYIR Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	
Jüri Üyesi;	Dr. Öğr. Üyesi Nilgün AVCI Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü	
Jüri Üyesi;	Dr. Öğr. Üyesi Feride YİĞİT Hasan KALYONCU Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü	

Tez hakkında alınan jüri kararı, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.



Prof. Dr. Leman ŞENTURAN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

‘‘Aileme ve Prof. Dr. Rona Serozan’a ithaf ediyorum.’’

I. Beyan

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı

Merve CÖMERT

İmza

II. Teşekkür

Tez çalışmamda emeği geçen, her zaman ve her konuda destek olan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Gülsen Çayır'a, benim bu günlere gelmemi sağlayan annem Sevayet Cömert ve babam Şakir Cömert'e, yüksek lisans eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Yıldız ve Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Avcı'ya, akademik olarak gelişmemizi sağlayan ve kadın doğum alanına büyük katkılarından dolayı Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye, kadın doğum alanını sevdiren hocam Dr. Öğr. Üyesi Feride Yiğit'e, tezim boyunca danıştığım sevgili arkadaşım Ömercan Aksoy'a ve kardeşim Melda Cömert'e, eğitimim boyunca her türlü desteği sağlayan her zaman kalbimizde yaşayacak olan Prof. Dr. Ahmet Rona Serozan'a teşekkür ederim.

III. İçindekiler	Sayfa No
İç Kapak.....	-
Onay sayfası.....	-
I. Beyan.....	iii
II. Teşekkür.....	iv
III. İçindekiler.....	v
IV. Simge ve Kısaltmalar Listesi.....	vii
V. Tablo listesi.....	viii
VI. Şekil listesi.....	ix
1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELELER.....	1
2. ABSTRACT.....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ.....	3
4. GENEL BİLGİLER.....	5
4.1. Gebeliğın Planlanması.....	5
4.2. Prekonsepsiyonel Bakım.....	6
4.2.1. Prekonsepsiyonel Bakımının Tanımı.....	6
4.2.2. Prekonsepsiyonel Bakımının Önemi.....	7
4.2.3. Türkiye’de ve Dünya’da Prekonsepsiyonel Bakımın Durumu....	9
4.3. Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri.....	11
4.3.1. Bireysel öykü.....	12
4.3.2. Hastalık öyküsü.....	16
4.3.3. Taramalar ve aşılar.....	19
4.3.4. İlaç kullanım öyküsü.....	21
4.3.5. Obstetrik öykü.....	24
4.3.6. Jinekolojik öykü.....	25
4.4. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetlerinde Hemşire ve Ebenin Rolü..	26
5. GEREÇ YÖNTEM.....	29
5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	29
5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman.....	29

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi.....	29
5.4. Araştırma Soruları.....	30
5.5. Verilerin Toplanması.....	30
5.6. Veri Toplama Araçları.....	31
5.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu.....	31
5.6.2. Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu.....	31
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	32
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
6. BULGULAR.....	33
6.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	34
6.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	44
7.TARTIŞMA.....	50
7.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	51
7.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	57
8.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	66
9.KAYNAKÇA.....	70
10.EKLER.....	82
Ek 1.Gönüllü Olur Formu.....	82
Ek 2.Tanıtıcı Bilgi Formu.....	83
Ek 3.Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu.....	85
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	88
Ek 5. Kurum izin yazısı.....	90
11.ÖZGEÇMİŞ.....	92
İntihal Raporu.....	93

IV. Simge ve kısaltmalar listesi

AIDS	Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immune Deficiency Syndrome)
BDT	Beklenen Doğum Tarihi
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
CDC	Centres for Disease Control and Prevention (Hastalık Kontrol Merkezi)
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyon
DDAB	Düşük doğum ağırlıklı bebek
DM	Diabetes Mellitus
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HHS	Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü
İYE	İdrar Yolu Enfeksiyonu
NSAİİ	Nonsteroidal Antiinflatuvar İlaçlar
NTD	Nöral Tüp Defekti
PCOS	Polikistik Over Sendromu
SAT	Son Adet Tarihi
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
USGY	Uzun Süre Geçirdiği Yer
WHO	World Health Organization

V. Tablo listesi

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 4.3.3.1.	Sağlık Bakanlığı Doğurganlık Çağı/Gebelik Dönemi Tetanoz Aşı Takvimi.....	20
Tablo 4.3.4.1.	Kullanılan bitkisel ürünler ve özellikleri.....	23
Tablo 6.1.1.	Gebelik planlayan kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı.....	34
Tablo 6.1.2.	Gebelik planlayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	35
Tablo 6.1.3.	Gebelik planlayan kadınların eşlerinin bireysel özelliklerinin dağılımı.....	37
Tablo 6.1.4.	Gebelik planlayan kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	38
Tablo 6.1.5.	Gebelik planlayan kadınların ailevi özelliklerinin dağılımı.....	39
Tablo 6.1.6.	Gebelik planlayan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı.....	40
Tablo 6.1.7.	Gebelik planlayan kadınların doğum sayısına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	41
Tablo 6.2.1.	Gebelik planlayan kadınların bireysel öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması.....	44
Tablo 6.2.2.	Gebelik planlayan kadınların hastalık öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması	45
Tablo 6.2.3.	Gebelik planlayan kadınların taramalar ve aşılar ile doğum sayısının karşılaştırılması.....	46
Tablo 6.2.4.	Gebelik planlayan kadınların ilaç kullanım öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması	47
Tablo 6.2.5.	Gebelik planlayan kadınların obstetrik öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması	48
Tablo 6.2.6.	Gebelik planlayan kadınların jinekolojik öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması	49

VI. Şekil listesi

Şekil No	Şeklin İsmi	Sayfa No
Şekil 4.2.2.1.	Prekonsepsiyonel Bakım Yaşam Döngüsü.....	8



1. ÖZET VE ANAHTAR KELİMELER

Prekonsepsiyonel bakım, gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla gebe kalmadan önce kadın sağlığında davranışsal ve biyomedikal değişiklikler yapılarak riskleri en aza indirmektir. Prekonsepsiyonel bakım, çiftler gebelik düşündüğü andan itibaren başlamalıdır. Kadın sağlığı ve gebelik sonuçları arasında doğrudan bir ilişki bulunduğu düşünülmektedir. Bu araştırma bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerini belirlemek ve doğum sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı. Araştırma örneklemini, Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul Kadıköy 25 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde gebelik planlayan 290 kadın oluşturdu. Araştırma tanıtıcı bilgi formu ve prekonsepsiyonel risk değerlendirme formu kullanılarak yapıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiksel analizler ve nonparametrik testler kullanıldı. Anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $30,21\pm 5,19$, eşlerinin yaş ortalaması $33,94\pm 5,63$ ve doğum sayısı ortalaması $0,99\pm 0,81$ olarak bulundu. Doğum sayısı ile yaş, beden kitle indeksi, evlenme yaşı, evlilik süresi ve eğitim durumu arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doğum sayısı, bireysel öykü ile karşılaştırıldığında beden kitle indeksinin 25 üzerinde olması, akraba evliliği arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doğum sayısı, hastalık öyküsü ile karşılaştırıldığında anemi ve kaygı durumu arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Doğum sayısı, taramalar ve aşılar ile karşılaştırıldığında tetanoz ve Hepatit B bağışıklığı arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doğum sayısı, obstetrik öykü ile karşılaştırıldığında düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum öyküsü arasında anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Doğum sayısı, jinekolojik öykü ile karşılaştırıldığında gebeliklerin arasının en az 2 yıl olması, geçirilmiş uterin cerrahi operasyon arasında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p<0,01$). Sonuç olarak, sahip olunan risk faktörleri kadın ve çocuk sağlığını etkileyebilecek düzeydedir. Bu risk faktörleri tespit edilip, önlemlerin alınması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler; Gebelik, Prekonsepsiyonel bakım, Risk

2. ABSTRACT

Determination of preconception risk factors in women planning pregnancy.

Preconception care is to minimize the risks by making behavioral and biomedical changes in women's health before becoming pregnant in order to improve pregnancy outcomes. Preconception care should begin from the moment when couples want a pregnancy. It is thought that there is a direct relationship between women's health and pregnancy outcomes. This study was carried out to determine the preconception risk factors of women planning pregnancy in one year and to evaluate the relationship between risk factors according to the number of births. The research sample consisted of 290 women who were planning a pregnancy at Family Health Center No. 25 in Istanbul Kadıköy between March-September 2018. The research was performed using the introductory information form and the preconception risk assessment form. Descriptive statistical analysis and nonparametric tests were used to analyze the data. The significance level was accepted as $p < 0.05$. The mean age of the participants was 30.21 ± 5.19 and the mean age of the spouses was 33.94 ± 5.63 and the mean number of births was 0.99 ± 0.81 . When compared with the number of births, there was a significant difference between age, body mass index, the age of marriage, the duration of the marriage and educational status ($p < 0.05$). There was a significant difference between body mass index over 25 and consanguineous marriages when compared with the number of births ($p < 0.05$). When the number of births was compared with the history of the disease, there was a significant difference between anemia and anxiety ($p < 0.01$). When the number of births was compared with scans and vaccines, there was a significant difference between tetanus and hepatitis B immunity ($p < 0.05$). When the number of births was compared with the obstetric history, it was found that there was a significant difference between low birth weight infant and preterm birth ($p < 0.05$). When the number of births was compared with gynecologic history, there was a significant difference between two years of interbirth interval and uterine surgical operation ($p < 0.01$). As a result, the risk factors can affect the health of women and children. These risk factors should be identified and precautions should be taken.

Keywords; Pregnancy, Preconceptional care, Risk

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Çiftlerin gebelik öncesindeki sağlık davranışları gebelik süresini, doğacak olan bebeğin ve annenin doğum sonrası sağlığını etkileyebilmektedir (Coşkun, 2011). Gebelik planlayan kadınlar, gebeliğe hazırlanmak için herhangi bir eylemde bulunmamalarına karşın önleyici sağlık davranışlarını benimsemektedir (Borges et al., 2016). Gebelik planlayan çiftlerin, gebe kalmadan önce bakım almaları gerekmektedir. Gebeliğe hazırlanan her kadın genetik hastalıklı bebek doğurma riskine sahiptir. Bakımın alınması, annede ve doğacak bebekte oluşabilecek riskleri azaltma fırsatı yaratır (Arslan ve Özkan, 2005; Landkroon et al., 2010). Gebelik öncesi bakımın kilit noktası, sağlık çalışanlarının üreme dönemindeki her kadına “Önümüzdeki bir yıl içerisinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?” sorusunu sormasıdır. Gebelik planlamıyorsa uygun korunma yöntemleri konusunda bilgilendirme sağlanmalı, gebelik planlıyor ise gerekli kontrollerin ve taramaların yapılması gereklidir (Baysoy ve Özkan, 2012).

Prekonsepsiyonel dönem, gebeliğin istenmeye başladığı andan itibaren çiftlere bilinç kazandırmada ve risk faktörlerinin belirlenip, düzenlenmesinde yardımcı olacak koruyucu sağlık hizmetidir. Çiftler bir bebeğe sahip olmaya karar verdikleri zaman prekonsepsiyonel dönem başlar. Gebeliğin oluşması için korunmasız cinsel ilişki başlar ve bu karar verildikten sonra yaşam tarzının gebelik isteğiyle uyumu gerekmektedir (Stephenson et al., 2018).

Doğacak bir çocuğun sağlığı gebelik öncesi dönem ve gebelik sürecinde yaşanan durumlardan etkilenmektedir (Goodfellow et al., 2017). Prekonsepsiyonel bakım, sağlıklı bir bebek sahibi olmak için gebelik öncesi döneme odaklanır. Prekonsepsiyonel bakım temelde eşlerin, dolaylı olarak bebeğin sağlığını geliştirmeyi hedefler (Coşkun ve Karakaya, 2016).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'te Türkiye'de kadınların %63,3'ünün evli olduğu bildirilmiştir. Bu evli kadınların %13,7'si hemen çocuk sahibi olmak istemektedir (TNSA, 2013). Yılmaz ve ark. (2015) gebelik takibi için polikliniğe başvuran 296 kadınla fetal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılan uygulamaları belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada kadınlarda prekonsepsiyonel muayene oranı %38, prekonsepsiyonel danışmanlık %34 olarak bulunmuştur. Öztaş ve ark. (2015) doğurganlık çağındaki 264 evli kadının aile

planlaması ve doğum kontrolü hakkındaki bilgi düzeylerini ölçmek için yapmış oldukları çalışmada %26,1'nin plansız gebelik yaşadıkları ve plansız gebeliklerin küretaj oranını arttırdığı bildirilmiştir. Bir kez plansız gebelik yaşayanlar %65,2, 3 veya daha fazla plansız gebelik yaşayanların oranı ise %8,7 olarak bulunduğu belirtilmiştir. Aksoy (2008) tarafından hiperemesis yönünden planlı ve plansız gebelikler arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada plansız gebeliklerin hiperemesis riskini 18 kat arttırdığı bulunmuştur.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2013), genç kızların eğitimlerine devam etmeleri, erken evliliklerin önlenmesi, ergenlere yaşlarına uygun kapsamlı cinsel eğitimlerin verilmesi ve çiftlerin kısa doğum aralıkları, anne ve bebek ölümleri gibi konularda eğiterek istenmeyen gebeliklerin önüne geçilebileceğini bildirmiştir. Bu girişimlerin yapılmasıyla %71 oranında plansız gebeliklerin, 25 milyon küretaj ve 7 milyon düşüğün azalabileceği, 22 milyon plansız doğumun önlenilebileceği belirtilmiştir (Dean et al, 2014a).

Bu araştırma, bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerini belirlemek ve doğum sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla yapıldı.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Gebeliğin Planlanması

Gebeliğin planlanması, kadınların veya çiftlerin ne zaman ne sıklıkla ve kaç çocuk istediklerini seçme özgürlüğüdür. Ayrıca kadın sağlığı ve gebelik sonuçları üzerine doğrudan bir etkiye sahiptir. Gebelik planlanmanın, beklenmedik gebelikleri azaltabilen ve gebelikler arasındaki aralığı arttıran prekonsepsiyonel bakımın önemli ve temel bileşeni olduğu bildirilmiştir (Mason et al., 2014). Gebelik planlanmanın doğurganlık bilinci ile de ilişkili olduğu düşünülmektedir. Doğurganlık bilinci, kadın ve erkeğin üreme organlarının yapısı ve fonksiyonları arasındaki ilişkiyi ve doğurganlık işlevini bilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır. Prekonsepsiyonel bakımın amaçlarından biri de doğurganlık bilinci kazandırmaktır (Coşkun, 2011).

“Planlı gebelik” kavramının sadece “gebe kalmayı istemek” anlamına gelmediği ve prekonsepsiyonel jinekolojik muayene ve danışmanlık almanın önemli olduğunun toplumda vurgulanması gerekliliği bildirilmiştir (Ersoy ve ark., 2015). Gebeliğe hazırlanan her kadın genetik hastalıklı bebek doğurma riskine sahiptir (Arslan ve Özkan, 2005).

Gebelik planlaması enfeksiyon hastalıklarının yayılmasını önlemede, doğum aralığını belirlemede, bebek ölüm riskini azaltmada, isteyerek küretaj sayısını azaltmak, maternal morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesinde önemli rol oynamaktadır (Tsui et al., 2010). Anne, yenidoğan ve çocuk ölümlerini azaltmak için bakım yaklaşımının sürekliliğinin gerekliliği konusunda yaygın bir anlayış vardır. Bu süreklilik gebelik, doğum, doğum sonrası dönem (hem anneler hem de yeni doğanlar için) ve erken çocukluk dönemine kadar uzanmaktadır. Bu süreklilikte, özellikle de beş yaşından itibaren ilk gebeliğine kadar az ya da hiç sağlık hizmeti almayan ergen kızlar ve genç kadınlar için bir boşluk kalmaktadır (Dean et al., 2014c). Fetüsün zararlı etkilere maruz kalmasını önlemeye yönelik çalışmalar ideal olarak konsepsiyon öncesi dönemde başlamalıdır (Coşkun, 2012).

Özkan ve Arslan (2007) gebelerin bebek doğurmaya karar verme nedenlerinin, bebeğe yönelik hayallerin, fizyolojik yakınmaların algılanması ve eğitim gereksinimlerine etkisini saptamak amacıyla 200 gebe ile yapmış oldukları çalışmada kadınların %67,5’inin son adet tarihini (SAT) ve beklenen doğum tarihi

(BDT)'lerini bilmedikleri, kadınların %68'inin gebeliğinin planlı ve istemli olduğu, %19,5'inin plansız ve istemsiz, %12,5'inin istemli ama planlı olmadığı belirtilmiştir. Ersoy ve ark. (2015) gebeliği plansız olan doğum amaçlı hastaneye yatırılan kadınların başarısız kontrasepsiyon yöntemlerini, planlı ve plansız gebeliği olan kadınların sosyodemografik özelliklerini karşılaştırmayı ve bu kadınların doğum sonrası kontrasepsiyon hakkındaki yönelimlerini incelemeyi amaçladıkları 475 gebe yapmış oldukları çalışmada gebelik öncesi folik asit kullanımının %16,2 olması, toplumun "gebeliğin planlanması" kavramından ne anladığını sorgulamayı gerektirmektedir.

4.2. Prekonsepsiyonel Bakım

Prekonsepsiyonel bakım kavramı çok eski zamanlara dayanmamaktadır. Otuz yıl öncesinde Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kötü doğum sonuçlarının önlenmesi için koruyucu bir yaklaşım olarak ortaya çıkmıştır. Günümüzde ise kadın sağlığı hizmetlerinin bir parçasıdır (Coşkun, 2011).

4.2.1. Prekonsepsiyonel bakımın tanımı

Prekonsepsiyonel bakım kavramı DSÖ tarafından 2012 yılında yayınlanan raporda, "sağlık durumunun iyileştirilmesini amaçlayan çiftlere biyomedikal, sosyal ve davranışsal sağlık müdahalelerinin sağlanması, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması için bireysel ve çevresel faktörlerin azaltılması" şeklinde tanımlanmıştır. Mason et al. (2014) prekonsepsiyonel bakım kavramını, sağlık sorunlarına, anne ve bebek ölümlerine neden olabilecek çevresel ve bireysel risk faktörlerini belirlemek için kadınların ve çiftlerin biyomedikal, davranışsal ve sosyal olarak değerlendirilmesi ve müdahalelerde bulunulmasını içeren bakım şeklinde tanımlamışlardır. Coşkun (2012) prekonsepsiyonel bakımı, gebelik öncesinde sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir bebek sahibi olmak için rutin sağlık bakımının bir parçası olarak kadın ve erkeğe ait fiziksel, davranışsal ve sosyal risklerin taranması, var olan risklerin azaltılması ve sağlığın geliştirilmesine yönelik girişimler şeklinde tanımlamıştır. Batı toplumlarında biyomedikal ve davranışsal değişiklikler yoluyla prekonsepsiyonel dönemde gebelik sonuçlarını etkileyebilen riskler en aza indirgenebilmektedir (Berghlund and Lindmark, 2016).

Literatürde prekonsepsiyonel bakım, gebeliğin üç ay öncesinden başlayarak ilk trimester boyunca devam eden bakımlar olarak tanımlanmıştır. Ancak uzun süredir devam eden sağlık sorunlarını ele almak veya olumlu sağlık davranışları oluşturmak için daha uzun zamana ihtiyaç vardır. Dean et al. (2014c) prekonsepsiyonel bakım süresinin, gebelikle sonuçlanabilecek korunmasız cinsel ilişkilerin başlamasından en az 1-2 yıl öncesinden tanımlanmasını önermektedirler.

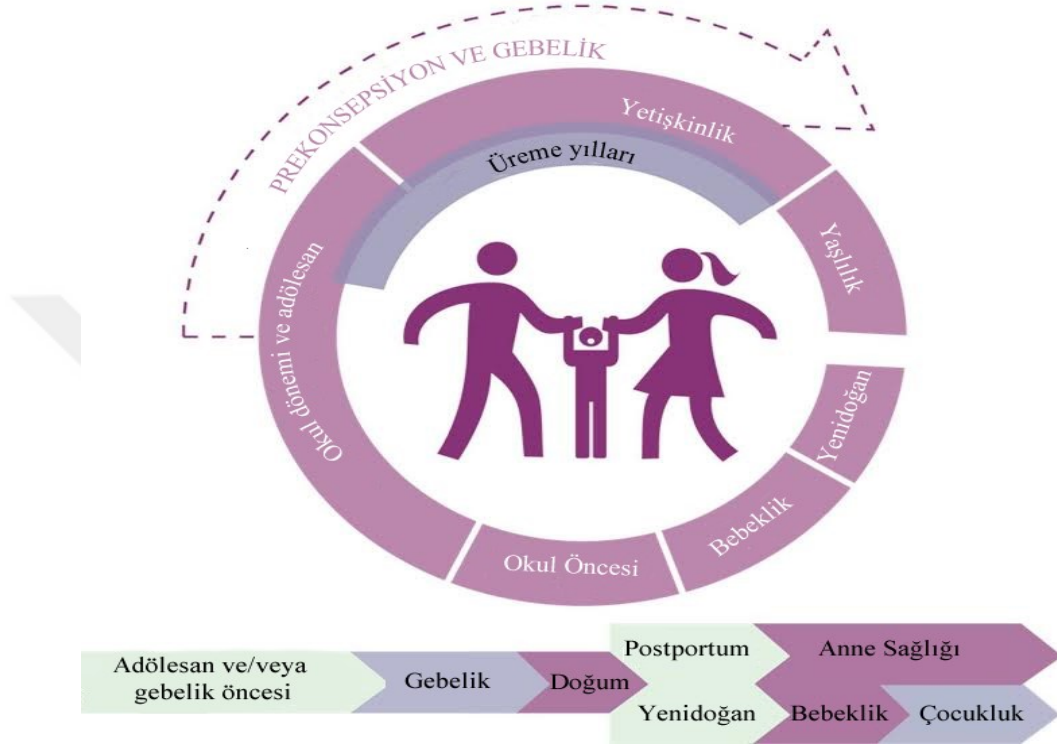
Bazı kadınların gebeliğe hazırlanmaları için zaman gerekmektedir. İlk gebelik veya beşinci gebelik ayrımı yapmaksızın prekonsepsiyonel bakım sağlıklı gebeliğe hazırlanma sürecini kapsadığı bildirilmiştir (<https://www.cdc.gov/preconception/planning.html> Erişim tarihi: 23 Ekim 2018). Tarama, tedavi ve danışmanlık aşamalarından oluşmaktadır (Baysoy ve Özkan, 2012).

4.2.2. Prekonsepsiyonel bakımın önemi

Tüm bebekler ve çocuklar hayatta kalma, büyüme ve sağlıklı bir şekilde gelişme hakkına sahiptir. Tüm kadınların ve erkeklerin fiziksel, sosyal ve duygusal olarak sağlıklı olma hakları vardır. Bunun için koruyucu bakım hizmetleri önemlidir. Gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde koruyucu bakım hizmetleri çok yaygın değildir (Mason et al., 2014). Baysoy ve Özkan (2012), anne ve çocuk sağlığını geliştirmek için doğum öncesi bakım ve gebelik öncesi bakım uygulamasında birincil korumanın önemli olduğunu bildirmişlerdir. Böylece anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilecek problemler ortadan kaldırılarak veya minimuma indirilerek annenin ve bebeğin sağlığı korunmuş olacaktır (Baysoy ve Özkan, 2012).

Sağlıklı gebelik ve çocuk sahibi olmak için gebelik döneminde alınan bakım yeterli gelmemektedir. Gebelik öncesinde de bebek sahibi olmak isteyen çiftin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir (Coşkun, 2011). Prekonsepsiyonel bakım, biyolojik, sosyal ve ekonomik olarak gebelik döneminin ve yeni doğacak bebeğin sağlığının önemli bir belirleyicisidir (Stephenson et al., 2018). Riskli bir gebelik ve olumsuz sonucunun, sosyal ve ekonomik olarak problem yaratabileceği bildirilmiştir (Goodfellow et al., 2017). Prekonsepsiyonel bakımda sürekliliği sağlamak için yaşam döngüsü yaklaşımı (Şekil 1) kullanılması önerilmektedir. Yaşam döngüsü yaklaşımı, çocukluk ve ergenlik döneminde

kazanımların oluşturulmasını, ergen kız ve erkek çocukların yetişkin olmaya geçişleri ile potansiyel ebeveynlik görevlerine hazırlanmasını sağlamaktadır (Dean et al., 2014a). Erkek sağlığı ve davranışlarının anne ve çocuk sağlığı üzerindeki etkisi hakkında farkındalık yaratılarak prekonsepsiyonel bakıma katılması ile ek faydalar sağlanabileceği vurgulanmıştır (Mason et al., 2014).



Şekil 4.2.2.1. Prekonsepsiyonel Bakım Yaşam Döngüsü (WHO, 2013).

İstenmeyen gebeliği önleme ve istenen gebeliğin sağlıklı bir şekilde başlaması prekonsepsiyonel bakımla mümkündür. Kadın gebe olduğunu anlayıp sağlık kuruluşuna gidene kadar (kentsel alanda 2 ay, kırsal alanda 3 ay) organogenezis evresi tamamlanmakta, olumsuzlukların önlenmesi için geç kalınmaktadır (Baysoy ve Özkan, 2012). Embriyo için döllenmeden sonra 17-56. günler arasında risk fazladır. Gebelik için gidilen ilk kontrol herhangi bir ayda kaçırılmış bir menstrüel siklustan sonra başlar. Ancak gebeliğin inkâr edilmesi sonucu ertelenen sağlık kontrolü gebeliği olumsuz etkiler. Bu nedenle prekonsepsiyonel bakım çiftlerin sağlık öyküleri hakkında bilgi edinmeyi ve sağlık muayenelerini kapsar (Beji, 2016). Birçok genç kadın, gebe olduklarını fark etmeden ilk trimesterde zararlı maddelere maruz kalmaya devam etmektedirler. Fetüsün organogenezis evresinde toksik maddelere maruz kalması çocuğun fiziksel ve

zihinsel gelişimi üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (Lassi et al., 2014c).

Coşkun (2011) yapmış olduğu çalışmada prekonsepsiyonel bakımın yararlarını aşağıdaki şekilde bildirmiştir:

- Doğurganlık bilinci ve gebeliği planlama kültürünü geliştirir.
- Sağlıklı gebelik için ebeveynlerin ön hazırlığını sağlar.
- Erken tanı ve tedavi şansı verir.
- Anne ve fetüs sağlığını dolayısıyla toplum sağlığını etkiler.
- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık davranışı kazandırır.
- Ailedeki tüm üyelerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesine fırsat verir.

Prekonsepsiyonel bakımın düşük doğum ağırlıklı, konjenital anomalili bebeklerin doğumunun ve gebelik kayıplarının önlenmesinde etkili olduğu bildirilmiştir (Coşkun, 2011). Doğum öncesi bakım oranının artması doğacak olan bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (Bin Yıllık Kalkınma Hedefleri Raporu, 2010). Gebelik öncesi bakım ve bakımın sonucu birbiri ile bağlantılıdır (Stephenson et al., 2018).

4.2.3. Türkiye’de ve Dünya’da prekonsepsiyonel bakımın durumu

Gebelik öncesi bakıma ilişkin ilk araştırma 1980 yılında Chamberlain tarafından İngiltere’de yapılmıştır. Birleşik Devletler 1980’li yıllarda bebek ölüm hızları (BÖH) açısından gerilerde bulunduğunu fark ederek gebelik öncesi bakım hizmetlerini yaygınlaştırmıştır. İsrail kendi ırklarında sık rastlanan hastalıkların tespiti için çalışmalar yürütmüştür. Ülkemizde ise 2000’li yıllarda prekonsepsiyonel bakıma odaklanılmıştır. 2009 yılında standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmıştır (Baysoy ve Özkan, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Perinatoloji Derneği gibi kuruluşlar ve birçok araştırma sonucuna göre doğum öncesi bakım hizmetlerinin içeriğinde fetal sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetlerin yer alması gerekliliği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum

Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010). Yılmaz ve ark. (2015) 296 gebe kadınla yapmış oldukları çalışmada, gebelerin %34'ünün prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı bulunmuştur. TNSA 2013 verilerinde, prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili veri bulunmamakla birlikte doğum öncesi bakım oranı %97'dir. Bu durum ülkemizde daha çok doğum öncesi bakıma odaklanıldığını göstermektedir (TNSA, 2013)

2002 yılında yayınlanan “Türk Medeni Kanunu’nda, evlenecek olan çiftlerin “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” alınması zorunlu kılınmıştır. Bu raporun nasıl düzenleneceğine dair bilgiler Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda belirtilmiştir. Akut dönemdeki sfiliz, lepra, tüberküloz, gonore ve akıl hastalıkları iyileşmeden evlenilemez. Bu yasalarda yer alan “evlilik raporlarını hükümet tabipleri verir” ifadesi 2002 yılında değiştirilmiştir, Evlilik raporlarının Sağlık Ocakları, Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması merkezleri tarafından verileceği ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu’nda belirtilen hastalıklara ek olarak Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (AIDS), hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile genetik geçişli hastalıkların sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliği eklenmiştir. Ancak bu taramaları yaptırıp yaptırmama kararı kişinin kendi sorumluluğuna bırakılmıştır (Umumi Hıfzısıhha Kanunu, 2012).

Prenatal bakımın sınırlandırılması ve yeni bir yaklaşımın benimsenmesi, kadına ulaşmanın gerçek ve potansiyel üreme yararları hakkındaki kanıtların sağlanması için 2005 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and revention - CDC) toplanmıştır (<https://www.cdc.gov/preconception/planning.html> Erişim tarihi: 23 Ekim 2018 22:32). CDC (2005), gebelik öncesi kadınlara ulaşıldığında doğum sonrası oluşabilecek komplikasyonların önlenmesi için 4 hedef ortaya koymaktadır:

1. Erkek ve kadınların prekonsepsiyonel bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek,
2. Doğurganlık çağındaki tüm kadınların bakım almasını sağlamak,
3. Daha önceki gebeliğinde sorun yaşayan kadınların risk faktörlerini azaltmak,
4. Doğuma bağlı sorunları azaltmak.

Mason et al. (2014) yapmış oldukları çalışmada, Dünya Bin Yıllık Kalkınma Hedefleri 4 ve 5'in 2000 yılında dünya liderleri tarafından benimsenmesinden sonra anne ve çocuk sağlığının önem kazandığını belirtmişlerdir. Doğum öncesi bakım, kadının, çiftin ve doğacak çocuğun hayata sağlıklı bir başlangıç yapmasını sağlayacak olan müdahaleleri içerir. Fetal sağlık üzerinde etkili olan faktörler arasında gebenin;

- Yaşı,
- Ağırlığı,
- Boyu,
- Eğitimi,
- Beslenme durumu,
- Sigara içme durumu,
- Sosyal güvencesinin olması,
- Sosyoekonomik durumu,
- Egzersiz yapma durumu,
- Folik asit kullanması,
- Demir takviyesi alması,
- Multivitamin kullanması bulunmaktadır.

Ayrıca gebelikten önce var olan ve gebelikte ortaya çıkan hastalıkları, doğum öncesi yeterli bakım almamış olması veya bakımın kalitesiz olması ve iki yıldan sık gebeliklerinin olması sayılmaktadır (Yılmaz ve ark., 2015).

4.3. Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri

Prekonsepsiyonel danışmanlık için başvuran anne ve baba adaylarının konsepsiyon öncesinde risk faktörleri bakımından değerlendirilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır (Coşkun, 2011). Prekonsepsiyonel dönemde dikkate alınması gereken faktörler:

- Sosyodemografik faktörler (yaş, etnik köken, sosyal güvence vb.),
- Kronik hastalık öyküsü (diyabet, kalp, metabolik hastalık, mental hastalık vb.),
- Psikososyal faktörler (psikolojik durum, sosyal ilişkiler, şiddet, istismar vb.),
- Beslenme (obezite, malnütrisyon, folik asit kullanımı, iyot alımı vb.),

- Genetik öykü (aile öyküsü, akraba evliliği, anomalili doğum öyküsü vb.),
- Teratojenler (enfeksiyonlar, bağışıklama, ilaç madde kullanımı, çevresel riskler vb.) şeklinde belirtilmiştir,
- Obstetrik öykü (gebelik sayısı ve aralığı, tekrarlayan düşükler, kayıplar vb.) (Coşkun, 2012).

4.3.1. Bireysel öykü

Kadının 18 yaş altı olması veya 35 yaş üzerinde olması gebelik için risk faktörüdür. Ergen genç kızların ve genç kadınların sağlığının iyileştirilmesi, anne, yenidoğan ve çocukluk dönemi mortalite ve morbiditenin azaltılması öncelikli olarak yer almaktadır. Ergenlik dönemindeki kızların ve yetişkin kadınların ihtiyaç duyulan bilgi, beceri ve desteğe sahip olmadan anne oldukları belirtilmiştir (Dean et al., 2014a). Molina et al. (2010) ergenlerin kontrasepsiyon kullanım durumlarının değerlendirilmesi için yaptıkları çalışmada 15-19 yaş arası kadınlarda gebelik kaynaklı ölümlerin 5 kat daha fazla olduğunu ve yenidoğan ölümü, bebek ölümü ve düşük doğum ağırlıklı bebek (DDAB) doğurma açısından önemli bir risk faktörü olduğunu bildirmişlerdir. İleri yaşa sahip kadınların doğumlarında sezaryen riskinin arttığı bildirilmiştir (Dean et al., 2014a).

Ülkemizde bölgesel olarak fark olmakla birlikte gebelik ileri yaşlara ertelenebilmektedir. İleri anne yaşı, kadının yaşının 35 üzerinde olması hipertansiyon, kronik hastalık ve Down sendromu riskini arttırmaktadır (Coşkun, 2011). Gebelik yaşının artması, BKİ yükselmesi sonucu reçeteli ilaç gerektirecek kronik durumlarda artış olabileceği bildirilmiştir (Lassi et al., 2014b). Çiftlerin çocuk doğurma ile ilgili kararları, sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerden yüksek düzeyde etkilenmektedir. Kadınlar eğitim ve ekonomik faktörler nedeniyle çocuk sahibi olmayı geciktirmektedir. İleri anne yaşı önemli ölçüde sezaryen riskini arttırmaktadır (Dean et al., 2014b).

TNSA 2013 verilerine göre ilk doğumda anne yaşı 22,9 olarak verilmiştir. 15-19 yaş arası hemen çocuk isteyenlerin oranı %32,3 iken, 35 yaş üzeri hemen çocuk isteyenlerin oranı %21,0 olarak görülmektedir (TNSA, 2013).

Doğum sırasındaki baba yaşının gen-çevre etkileşimine bağlı olarak risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Van Os et al., 2008). Daha uzun süre maruz kalınan çevresel etkilerin DNA dizilimi üzerine etkilerinin olması sonucu ileri baba yaşının şizofreni için risk faktörü olduğu öne sürülmektedir (Perrin et al., 2007). Babanın yaşının 55 üzerinde olması, Down sendromu ve ekstremitelerde anomali riskini arttırdığı bildirilmiştir (Coşkun, 2011). Mukaddes (2014) çalışmasında, ileri baba yaşının otizm için önemli bir risk faktörü olduğunu belirtmiştir.

DSÖ ve Ulusal Sağlık Enstitüleri, bireylerin beden kitle indeksini (BKİ) dört kategoriye ayırmıştır (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> Erişim tarihi: 3 Aralık 2018):

- Zayıf (<18,5 kg/m²),
- Normal (18,5– 24,9 kg/m²),
- Şişman (25.0-29,9 kg/m²),
- Obez (>30,0 kg/m²).

Kadınlarda yetersiz beslenme anne ölümleri DDAB, erken doğum, ölü doğum, gestasyonel diyabet, enfeksiyonlar, kronik hastalıklar için risk faktörüdür ve anne ölümlerinin %20'sine neden olmaktadır (Dean et al., 2014b). Bu nedenle gelişmiş taramaların uygulanması düzenli antenatal muayenelerin birçok anne ve yenidoğan hayatını kurtarabileceği bildirilmiştir. (Lassi et al., 2014a).

Obezite, perinatal ve maternal sonuçları olumsuz etkiler. Gebe kalmada güçlük, preeklampsi, gestasyonel diyabet, anne ölümleri, makrozomik bebek öyküsü, konjenital anomali, DDAB, başarısız emzirme ve ölü doğuma neden olabilir (Stephenson et al., 2018). Anne BKİ'nin 25 ve üzerinde olması, maternal risklerde ciddi artışa neden olmaktadır (Coşkun, 2011). Gebelik öncesi kilolu olmanın preterm doğum riskini %32 oranında artırdığı ve sezaryen doğumlarda ise %42'lik bir artış olduğu bildirilmiştir (Dean et al., 2014b). Literatürde kadınların %50'sinin gebe kaldıklarında obez olduğu, diyet yapmanın kilo alımını engelleyebildiği ancak obezite devam ettiği için gebelik sonuçlarının iyileşmesine katkı sağlamadığı belirtilmiştir (Stephenson et al., 2018).

Akraba evliliği anne ve çocuk sağlığını etkileyen olumsuz risk faktörlerinden biridir. Ailede tekrarlayan fetal anomalilere neden olmakta ve genetik hastalık geçiş riskini arttırmaktadır (Coşkun, 2011; şahin ve Yurdakul, 2012).

Teratojenlere maruz kalma, gebeliğin ilk 8 haftasında embriyonel-fetal sorunlara neden olabilmektedir (Coşkun, 2011). Maternal sigara kullanımında, sigaranın içerisinde bulunan karbonmonoksit ve nikotin plasentedan kolayca geçerek fetüsün oksijen kullanımını azaltmaktadır. Bunun dışında sigara, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, DDAB, perinatal kayıp, yenidoğan işitme sorunları, astım, davranış bozuklukları ve ani bebek ölümlerine neden olabilmektedir. Baba adayının sigara kullanması, sperm kalitesini etkileyebilmektedir (Coşkun, 2011; Stephenson et al., 2018). Gebelik öncesi alkol kullanımının germ hücreleri üzerine zararlı etkileri mevcuttur. Gebelik sırasında annenin alkol kullanması ise, spontan abortus riskini arttırdığı, fetal metabolizmayı etkileyerek hipoksiye neden olduğu bildirilmiştir (Coşkun, 2011).

Çiftlerin ocuk doğurma ile ilgili kararları, sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerden etkilenmektedir. Daha fazla sayıda geç, yüksek öğrenime devam ederken ve bir aile oluşturmaya başlamadan önce finansal bağımsızlığı elde etmeyi arzulamakta, ocuk sahibi olmayı geciktirmeye doğru artan bir eğilim sergilemektedirler. Boşanma oranlarının yüksek olması ve güçlü destek sisteminin olmaması, üreme çağlarında ebeveyn olmaya karar vermede rol oynamaktadır. Çiftlerin ileri yaşlarda doğurganlığı azaldığı için gebe kalmada zorluk yaşayacağı ve triploid bozukluk riskini arttırabileceği bildirilmiştir (Dean et al., 2014a). Ekonomik durumun yetersiz olması, sağlık hizmetlerinden yararlanamama hem gebenin hem de bebeğin sağlık durumunu olumsuz etkileyebilmektedir (Coşkun, 2011). Ortaöğretimi tamamlayan ergen kızların erken evlenme ya da gebe kalma olasılığı daha düşük olmakta ve gebe kalanlarında yenidoğan döneminde bebeklerini iyi besleme olasılığı daha fazla olmaktadır (Dean et al., 2014a).

Aile içi şiddet öyküsü hem annenin hem de bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir (Coşkun, 2011). Gebelik sırasında yaşanan şiddet, preterm doğum riski, antepartum hemoraji, DDAB, fetal kayıp, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon (CYBE) ve doğum sonrası depresyon gibi kötü sağlık sonuçları ile ilişkilendirilmektedir. Ruiz-Perez et al. (2009) yapmış oldukları çalışmada, fiziksel,

psikolojik ve cinsel şiddete maruz kalmış kadınların, istismar yaşamamış olanlara göre özellikle hipertansiyon, diyabet ve astım gibi herhangi bir kronik hastalığının iki kat daha fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Aile içi şiddet yaşayan kadınlarda, depresyonda 5 kat artış, ruh sağlığının bozulmasında 2 kat artış ve intihara meyilde 7 kat artış olduğu belirtilmiştir (Lassi et al., 2014b).

Günlük olarak 300 mg kafein tüketimi normal kabul edilmektedir. Bu miktar yükseldiğinde düşük ve DDAB riskini arttırdığı bildirilmiştir (Şahin ve Yurdakul, 2012). Kahve tüketimi demir emilimini de olumsuz etkileyerek demir eksikliği anemisine de neden olmaktadır (Uzdil ve Özenoğlu, 2015).

Gebelik döneminde fiziksel, psikolojik ve hormonal yönden değişiklikler meydana gelmektedir. Egzersiz yapmak; gebe kadının kendini iyi hissetmesini, uyku kalitesinin artmasını ve sırt bölgesinde oluşan ağrıların azalmasını sağlayabilmektedir (Taşçı Duran ve ark., 2013). Gebelik öncesinde egzersiz yapmak gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesini sağlamaktadır (Başgöl ve Oskay, 2012; Doğaner ve Gölbaşı, 2011). ACOG (2002), sakıncası olmaması halinde gebe kadınların egzersiz yapmak için teşvik edilmesi gerektiğini bildirmiştir. Düzenli olarak orta şiddette yapılan aktiviteler gebelik sırasında yarar sağlamaktadır (Taşçı Duran, 2013).

Fiziksel engeli bulunan kadın yüksek riskli gebe şeklinde tanımlanmaktadır. Fiziksel engeli bulunan kadının psikososyal durumu, kullandığı ilaçları ve gebelik döneminde ortaya çıkabilecek hastalıklar gebelik dönemi için risk faktörüdür. Gebelik döneminde, derin ven trombozu, idrar yolu enfeksiyonu (İYE), üriner inkontinans, konstipasyon, bası yarası ve düşmelere bağlı travma görülebilir. Sık idrar yolu enfeksiyonu yaşamak erken doğuma neden olabilir (Başgöl ve Oskay, 2015). Zihinsel engelli bireylerin cinsel istismara uğrayıp gebe kalma ihtimali ve CYBE yakalanma olasılıkları fazladır. Öz bakım eksikliklerinin ve kullanılan ilaçların doğacak bebek için risk oluşturduğu bildirilmiştir (Murphy and Elias, 2006).

4.3.2. Hastalık öyküsü

Kadının, kronik ve metabolik hastalıklar, diğer var olan hastalıkları gebelik öncesinde kontrol altına alınmalıdır. Gebelik öncesinde anne ve baba adayı sağlık kontrolünden geçmelidir (Coşkun, 2011).

DSÖ tarafından hemoglobin 11 gr/dl ve hematokrit %33 anemi için sınır olarak belirtilmiştir (Baştürk ve ark., 2016). DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde maternal ölümlerin %40'ının anemi nedeniyle gerçekleştiğini bildirmiştir. Gelişmiş ülkelerde preterm doğum, erken membran rüptürü (EMR), enfeksiyon ve fetal gelişme geriliği anemi ile ilişkilendirilmektedir (Yıldız ve Yapar, 2012). Gebelik sırasında demir eksikliği anemisi olan annelerin sağlıklı bir bebek için gerekli olan kilo alımının yeterli olmadığı bildirilmiştir. Demir eksikliği anemisi, bağışıklık sisteminin zayıflamasına dolayısıyla enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına, erken doğum ve DDAB riskinin yükselmesine neden olmaktadır. Gebelik sırasında demir ihtiyacının sadece diyetle karşılanamayacağı dolayısıyla demir takviyesinin gebelik süresince hayati öneme sahip olduğu öne sürülmektedir (Lassi, et al., 2014a).

Diyabette, kadının kan şekerinin gebelik öncesi düzenlenmesi, konjenital anomali ve makrozomik bebek riskini azaltmaktadır (Coşkun, 2011). Dünya çapında 60 milyon üreme çağındaki kadın, Tip 2 diyabet hastasıdır. Diyabetin gebelikte, düşük, ölü doğum, makrozomi, intrauterin gelişme geriliği ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde diyet ve kan glukoz düzeyi takibi gebelik ve gebelik sonucunu olumlu yönde etkilemektedir. Prekonsepsiyonel dönemde diyabet bakımında mümkün olan en düşük HbA1c düzeyinin elde edilmesi amaçlanmaktadır. Gebelerin hastalıkları ve olabilecek riskler hakkında eğitilmeleri, diyet ve egzersiz konusunda bilgilendirilmeleri ve doğru kliniğe yönlendirilmeleri sağlanmalıdır (Lassi, et al., 2014b).

Hipertansiyon, gebelik öncesinde kontrol altına alınmalıdır (Coşkun, 2011). Gebelik öncesi sistolik ve diyastolik kan basıncı ile düşük doğum ağırlığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Romundstad et al., 2007). Magnussen et al. (2007) yapmış oldukları çalışmada sistolik kan basıncının 130 mmHg üzerinde olması preeklampsi riskini 7 kat arttırdığını belirtmişlerdir.

Doğurganlık döneminde epilepsisi olan kadınların kullandıkları antiepileptik ilaçlar ve bunların teratojenik etkileri göz önünde bulundurulmalıdır. Antiepileptik ilaçlar hormonal kontraseptiflerin etkisini azalttığı için kullanan kadınlarda gebe kalma oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Epilepsili kadınların %15-33'ü gebelik sırasında nöbet sayılarında artış olduğunu bildirmişlerdir (Lassi, et al., 2014b).

Fiziksel sağlık dışında ruh sağlığı da önemlidir. Gebelikte psikiyatrik bozukluklar, kötü obstetrik sonuçlar, madde kullanımında artma riski ve prenatal bakımda azalma riski ile düşük düzeyde ilişkili bulunmuştur (Lassi, et al., 2014b). Depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluk gebelikte ve lohusalıkta şiddetlenen hastalıklardandır. Gebelik öncesinde önlem alınmalıdır (Coşkun, 2011). Gebelik ve doğum sonrası dönemde depresyon ve anksiyetenin aile yaşamını, anne-bebek ilişkisini ve çocuğun ruh sağlığını ciddi bir şekilde etkilediği bildirilmiştir. Yapılan meta-analiz sonucunda kadınların %18'inin gebelik sırasında depresif oldukları belirtilmiştir. Bipolar bozukluk, tedavi edilemediğinde yüksek oranda morbidite ve mortalite ile ilişkili olarak şiddetli tekrarlayan bir hastalıktır. Manik dönemler, cinsel aktivite veya madde kullanımı gibi, gebelik sırasında sağlığı etkileyebilecek ve istenmeyen gebelik risklerine yol açabilecek riskli davranışlarla ilişkili olabilir. Ciddi akıl hastalıkları olan kadınlar, birden fazla cinsel partneri olma veya tecavüze uğrama riski ve plansız, istenmeyen gebeliklere sahip olma olasılıkları daha yüksektir. Gebelik sırasında madde kullanımı, intihar girişimleri ya da istismara uğrama durumunda riskli davranışlarda bulunma olasılıkları daha yüksektir (Lassi, et al., 2014b).

Kronik böbrek hastalığı olan kadınların, anemi, kronik hipertansiyon, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, preterm doğum, sezaryen doğum ve ölü doğum gibi olumsuz risklere karşı takip edilmeleri gerekmektedir. Renal hipertansiyon, spontan veya terapötik olarak normal kan basıncı olan kadınlara kıyasla görülen fetal kayıp 10 kat artışla ilişkilendirilmiştir (Lassi, et al., 2014b).

Gebelikte mortalite ve morbitidenin en önemli nedenlerinden biri de kalp hastalığı olarak bildirilmiştir. Gebelik öncesinde kalp hastalığının durumu belirlenip tedavi edildikten sonra gebe kalınması gerektiği belirtilmiştir (Çim, 2014).

Gebelik öncesinde ciddi astımı olan kadınların şikayetlerinin gebelik döneminde arttığı bildirilmiştir. İlk trimesterde oral kortikosteroid kullanımı, DDAB, preeklampsi ve artmış oral kıkırdak riski ile ilişkilendirilmiştir (Lassi, et al., 2014b).

Tiroid hastalığı, üreme çağındaki kadınların önemli kronik hastalıklarından biridir. İlk trimesterde tiroid hormonu dengesizlikleri, kadında hipertansiyon, preeklampsi, anemi, doğum sonu kanama, preterm doğum, DDAB, çocuklarda zekâ geriliği ve fetal ölüm gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Lassi, et al., 2014b).

Gebelik döneminde ağız ve diş sağlığı olumsuz etkilenmektedir. Ülkemizde ağız diş soruna çok fazla önem verilmediği bildirilmiştir. Kısa ve Zeyneloğlu (2013) doğum sonu serviste yatan en son gebeliğindeki ağız ve diş hijyeni alışkanlıkları ve diş hekimine gitme durumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada, çalışmaya katılanların %45,6'sının gebelikte ağız diş problemleri yaşadıklarını belirtmişlerdir. Gebelikte gingivitis, diş eti tümörü, diş erozyonu, diş sallanması, diş çürükleri ve periodontit sık olarak görülen hastalıklar olduğu bildirilmiştir. Periodontal hastalıkların gebelik sürecini olumsuz etkileyerek erken doğum, DDAB, EMR, preeklampsi, kardiyovasküler hastalıklar ve depresyona neden olduğu öne sürülmektedir (Mecdi ve Şahin, 2015).

İki talasemi taşıyıcısının evlenmesi sonucu hastalıklı bebek doğabilmektedir (Sönmez ve ark., 2014). Talasemi önlenebilen bir hastalıktır. Sık görüldüğü yerlerde evlilik öncesi tarama testleri yapılarak hastalık önlenebilmektedir. Türkiye'de evlilik öncesi talasemi tarama testi 41 ilde yapılmaktadır. İki taşıyıcı evlendiğinde prekonsepsiyonel dönemde sağlık kontrolünden geçmeleri sağlanarak sağlıklı bebekler doğabileceği bildirilmiştir (http://thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=talasemi Erişim tarihi: 03 Ekim 2018).

Tekrarlayan gebelik kayıplarında koagülasyon sistemi bozuklukları da yer almaktadır. Normal gebelik sürecinde pıhtılaşma eğilimi artmaktadır. Trombofili, trombozlara neden olan koagülasyon bozukluklarında olup tekrarlayan gebelik kayıplarına neden olmaktadır (Deniz ve ark., 2016). Erken dönem gebelik kayıplarının önemli nedenlerinden birinin koagülasyon bozukluğu olduğu bildirilmiştir (Örgül ve ark., 2017).

Kanser öyküsü var olan gebe kadınlarda yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Kanser öyküsü olan kadınlarda, kanserden sonra gebe kalma oranı azdır. Bunun nedeni üreme çağındaki kadınlarda kanserin az görülmesi ve kanseri atlatan kadınların gebe kalmak istememeleridir. Maruz kalınan kemoterapi ve radyoterapi sonra doğacak olan bebeğin sağlıklı olmayacağı endişesi bulunmaktadır (Tuğral ve ark., 2015).

4.3.3. Taramalar ve aşılar

Gebelik öncesi genetik danışmalık ile ilgili çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Yapılan yönlendirmeler sonucu insanların tarama testlerini yaptırdıkları bildirilmiştir. Bunun için sağlık profesyonellerinin genetik danışmanlık ile ilgili bilgi ve tutumlarının önemli olduğu düşünülmektedir (Dean et al., 2014a). Kadın ve erkek akraba ise gebelik öncesi genetik hastalık taraması yapılmalıdır (Coşkun, 2011). Gebelik öncesi yapılan genetik testler morbidite ve mortalite oranlarının azaltılmasında, sağlıklı bireylerin doğmasında büyük önem taşımaktadır. Üç parametrenin değerlendirildiği bildirilmiştir.

1. Çiftlerde var olan genetik hastalıklar (hemofili, sickle cell anemi, konjenital kalp hastalıkları, kistik fibrozis, fragile X sendromu, Tay-Sachs hastalığı)
2. Multifaktöriyel konjenital anomaliler (spina bifida, anensefali, yarık damak)
3. Genetik kökenli hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, epilepsi) (Douglas Wilson et al., 2011).

Gebelik öncesi dönemde kadının aşılama durumunun değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Aşılama durumu değerlendirildikten sonra gebelik oluşmadan kızamık, kızamıkçık, tetanoz, difteri, poliomyelit, hepatit B ve grip aşılarının yapılması gerektiği belirtilmiştir. Bu enfeksiyonların gebelik döneminde geçirildiğinde bebeğin sağlığını olumsuz etkilediği ve düşük, preterm doğum, fetal morbidite ve mortalitede artışa neden olduğu bildirilmiştir (Başgöl ve Oskay, 2012; Coşkun, 2011).

Gebelik planlayan kadınların gebelik dönemi grip açısından riskli aylara (Mayıs-Ekim) denk geldiğinde aşılama gerektirdiği bildirilmiştir (ACOG, 2010; Kroger et al., 2011). Rubella gebelerde ciddi anomalilere neden olabilir. Bunu

önlemek için bağışıklık durumu sorgulanarak gebelikten en az 28 gün önce aşılanmanın yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ülkemizde rubella aşısı tek başına bulunmamaktadır. Karma aşı olan MMR (Measles-Mumps-Rubella) aşısı uygulanmaktadır. Bu aşının içerisinde kızamık virüsü de bulunmakta bağışıklığı olmayan kadınlara uygulanması önerilmektedir. Suçiçeği, gebelik döneminde varicella pnömonisi, düşük, ölü doğum, fetüste konjenital varicella gibi durumlara neden olabilmektedir. Bağışıklığı olmayan kadınların gebelikten en az 1 ay öncesinde aşılanması gerekmektedir. Gebelikte Hepatit B, DDAB insidansını arttırmaktadır. Bu nedenle bağışıklığı olmayan gebelerin aşılanmaları gerekmektedir (Kroger et al., 2011).

Tetanoz aşılamaıyla önlenebilen bir hastalıktır. Aşılama sayesinde anne ve bebek ölümlerinin azaldığı bildirilmiştir (Gözdemir ve Kaygusuz, 2014). Ülkemizde 15-49 yaş arası kadınların tetanoz aşılama takvimi (Tablo 4.3.3.1) tabloda gösterilmiştir. Bu kadınların tümünün aşılanmasının hedeflendiği bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Tablo 4.3.3.1. Sağlık Bakanlığı Doğurganlık Çağı/Gebelik Dönemi Tetanoz Aşı Takvimi

Doz Sayısı	Uygulama Zamanı	Koruma Süresi
Td 1	Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşma	Yok
Td 2	Td 1'den en az 4 hafta sonra	1-3 yıl
Td 3	Td 2'den en az 6 ay sonra	5 yıl
Td 4	Td 3'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	10 yıl
Td 5	Td 4'ten en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte	Doğurganlık çağı boyunca

Sağlık Bakanlığı, 2008

Toxoplazma paraziter bir hastalıktır. İnsanların temasının fazla olduğu ancak hastalık oranının düşük olduğu bildirilmiştir. İnsana bulaşma enfekte kedi dışkısı ile temas, enfekte etlerin yenmesi, çiğ et, süt ve yumurta yenmesi, kan transfüzyonu, organ transplantasyonu ve transplasental yol ile olabildiği belirtilmiştir (Ertuğ ve ark. 2005; Yazar ve ark. 2005). Evde aşısız ve kontrolsüz hayvan beslemenin toxoplazma

açısından risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Jack et al., 2008; Şahin ve Yurdakul, 2012).

4.3.4. İlaç kullanım öyküsü

Gebelikte ilaç kullanımı için hassas olan dönemlerin mevcut olduğu bildirilmiştir. Bunlar organogenezisin dönemi olan 18.-21. ve 56.-60. günlerdir. Bu dönemde hücre bölünme hızı yüksektir ve ilaçların teratojenik etkileri sonucunda doku ve organlarda değişimlerin meydana gelebileceği belirtilmiştir (Özbudak ve ark., 2016). Gebe kadınlar ve üreme çağındaki kadınlar arasında ilaç kullanımı yaygındır. Gebe kadınların %80'inden fazlası reçeteli veya reçetesiz ilaç kullanmaktadır. Kullanılan ilaçların kronik hastalıklar nedeniyle kullanıldığı bildirilmiştir (Lassi et al., 2014b). İlaç kullanımı ve kullanılan ilaçların gebelik için uygun olup olmadığı sorgulanmalıdır. İlaçlar dozuna, kullanıldığı döneme, maruziyet süresine göre farklı etkiler gösterebilmektedir. Yapılan çalışmalarda ilaç kullanımının %1-3 oranında konjenital defektlere neden olduğu bildirilmektedir (Öztürk, 2014).

Bireyin ilk gebe kalmayı düşündüğü andan itibaren folik asit başlaması önerilmektedir (Stephenson et al., 2018). Gebelikten en az bir ay öncesinden (önerilen üç ay) her gün 400 mcg folik asit kullanımının konjenital kalp defekti ve nöral tüp defektini (NTD) %75-80 oranında azalttığı bildirilmiştir. Gebelik sonrasında da üç ay boyunca folik asit kullanılmaya devam edilmesi önerilmektedir. Plansız gebeliklerde folik asit kullanımı sadece gebelik süresinde olabildiği için risk artmaktadır. Önceki gebeliğinde kötü obstetrik öyküye sahip kadınların günlük 4000 mcg folik asit almaları önerilmektedir. Gebelik süresince kadının durumuna göre folik asit ihtiyacı değişebilmektedir. (Coşkun, 2011; Lassi et al., 2014a). Çalışmalar, folik asit kullanımının tekrarlayan NTD'lerin önlenmesinde oldukça etkili olduğunu göstermektedir. Bir meta-analiz, NTD'lerin primer insidansında % 41'lik bir azalma olduğunu bildirmişlerdir. Folik asit desteğinin ölü doğumlar ve düşükler üzerindeki etkisiyle ilgili Cochrane değerlendirmesinden elde edilen kanıtlar zayıftır (Lassi et al., 2014a). Ciddi doğum kusurlarını önlemek için adet gecikmesinin 3. günü folik asit kullanımına başlanmalıdır. Folik asit, nöral tüp defektlerine karşı %50-70 koruyucu olduğu bildirilmiştir (Kroger et a., 2017). Prekonsepsiyonel dönemde folik asit desteği preeklampsi, DDAB, erken doğum, ölü doğum, yenidoğan ölümü ve otizm riskini azaltabilir. Çin'de 1 milyondan fazla kadınla yapılan bir çalışmada (n: 1

182 967) gebelikten 3 ay önce folik asit kullanımının DDAB ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Stephenson et al., 2018).

Demir desteği, Kasım 2005'ten beri gebeliğin 4. ayının başından doğum sonu 3. ayın sonuna kadar kadınlara Sağlık Bakanlığı tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinden ücretsiz olarak verilmektedir (Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu, 2010; TC Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi, 2010). Düşük gelirlili ve orta gelirlili ülkelerde kadınların kilo olarak normal olsalar bile demir, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum açısından eksik olduğu bildirilmiştir. Demir eksikliğinin sonuçları ve tekrarlanması, beyin yapısının gelişmesinde yapısal bozukluklara neden olabileceği bildirilmiştir. (Stephenson et al., 2018). Demir ve folatın birlikte verilmesi çocukların entelektüel ve motor fonksiyonlarının gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir. Demir ve folat alan gebelerde sadece folat alan gebelere göre neonatal ölüm ve prematüritede azalma olduğu belirtilmiştir (Baştürk ve ark., 2016)

Çinko eksikliği, fetal ve plasental büyümeyi olumsuz etkilediği ve nöral tüp kapanmasını engellediği belirtilmiştir (Stephenson et al., 2018). Çinko ve kalsiyumun gebelik döneminde kadına verilmesiyle anne ve yenidoğan sonuçlarının iyileştiği bildirilmiştir (Dean et al., 2014b). Guatemala ve Etiyopya'daki topluluklarda bulunan kadınların, yüksek kalsiyum aldığı bildirilmiştir. Bu kadınlarda preeklampsi ve eklampsi prevalansının düşük olduğu saptanmıştır. Bu durumun kalsiyumun paratiroid hormon salınımını ve hücre içi kalsiyumu azaltmasıyla düz kas kontraktilesini ve vazokonstriksiyonu azaltabilmesiyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Kalsiyum ayrıca, uterus düz kas kontraktilesini azaltarak erken doğumu önlediği bildirilmiştir (Lassi et al., 2014a).

Düşük ve orta gelirlili ülkelerdeki birçok kadın yeterli ve dengeli beslenemediği bildirilmiştir. Gebelik sırasında lif, protein, meyve ve sebze tüketiminin artmasıyla yağ ve enerji alımı azalmaktadır. Gebelik sırasında ve öncesinde verilen besin takviyelerinin bu eksiklikleri giderdiği ancak kadın ve çocuk sağlığını iyileştirmek için kalıcı olmadığı belirtilmiştir (Stephenson et al., 2018).

Gebelik planlayan kadınların iyot kullanmaları önerilmektedir. DSÖ (2007), gebelikte ve laktasyon döneminde günlük 250 µg/gün iyot alınması gerektiğini

bildirmiştir. Gebelikte hafif derecede iyot eksikliğinin bebeklerde düşük zeka düzeyiyle bağlantı olduğu bildirilmiştir. Ciddi iyot yetersizliğinin, infertilite, düşük, ölüm doğum, bilişsel fonksiyonlarda bozukluk, DDAB sıklığı ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Stephenson et al., 2018; Uzdil ve Özenoğlu, 2015).

Kadınların erkeklere oranla daha fazla bitkisel ürün kullandığı bildirilmiştir (Bilgiç ve ark. 2015). Üreme çağındaki kadınların bitkisel ürün kullanımı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Kadınların rahatsızlıklarında kullandıkları bitkisel ürünler (Tablo 4.3.4.1) verilmiştir (Bilgiç ve ark., 2015; Gun ve ark., 2014).

Tablo 4.3.4.1. Kullanılan bitkisel ürünler ve özellikleri

Kullanılan Bitki	Kullanıldığı Durum veya Etkileri	Dikkat Edilmesi Gerekenler
Adaçayı	Antienflamatuvar, boğaz ve ağız iltihapları, idrar ve balgam söktürücü	Gebelerde ve emzirenlerde kullanılmamalıdır.
Alıç	Kolesterol ve trigliserid düşürücü, koroner kalp hastalıkları, astım, ishal, safra kesesi hastalıkları, rahim kasılmalarında spazm çözücü	Gebeliğin ilk üç ayında kullanılmamalıdır.
Bambu	Antioksidan, sindirim sistemi düzenleyici, iştah açıcı	Düşük yapma riski vardır.
Civan perçemi	Kanamayı durdurucu, yara iyileştirici, antioksidan, ülserle karşı koruyucu	Spazm çözücü, kas gevşetici özellikleri gebelerde düşük riskine neden olabilir.
Kereviz	Ülsere karşı koruyucu, antibakteriyel etki, bağışıklık sistemini arttırıcı, kan basıncını düşürücü	Kanamaya ve rahim kasılmalarına neden olabilir.
Kudret narı	Şeker hastalığında kan şekerini düzenleyici, böbrek taşı, romatizma hastalıkları	Düşük yapıcı etkisinden dolayı gebe ve gebe kalmak isteyenlerde kullanılmamalıdır.
Papatya	Öksürük, bronşit, soğuk algınlığı, yara yanık tedavisi, gaz sancılarının giderilmesi	Hafif derecede düşük yapma etkisinden dolayı gebelerde kullanılmamalıdır.
Semizotu	Kanser hücrelerini öldürücü, pişikler, yaralar, ishal, hemoroid	Gebelerde kullanılmaması önerilir.

Hergenç, 2014

Düşük doz aspirinin, preeklampsinin gelişimini önleyebildiği veya geciktirebildiği belirtilmiştir (Lassi et al., 2014a). Ancak NSAİİ (Non-Steroidal Antiinlamatuvar İlaç) plasentadan geçerek fetal dolaşıma katılabileceği, doku ve organlara zarar verebileceği bildirilmiştir. NSAİİ kullanımına bakıldığında kullanımı trimesterlere göre farklılık olduğu belirtilmiş olup 1. ve 2. trimesterde B ya da C kategorisi, 3. trimesterde ise D kategorisi şeklinde verilmiştir (Özbudak ve ark., 2016).

4.3.5. Obstetrik öykü

Daha önce birden fazla ölü bebek ya da abortus ile sonuçlanan gebelik öyküsü olan kadınlar kötü obstetrik öyküye sahip sayılmaktadır. Tüm gebeliklerin %0,5-3'ünde düşük görülmektedir. Singh and Sidhu (2010) kötü obstetrik öyküsü olan kadınların risk faktörlerini ve gebelik sonuçlarını değerlendirmek ve sonuçları kontrol grubuyla karşılaştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada antenatal bakımın iyi ve kaliteli olması durumunda sonraki gebeliklerin daha iyi olduğunu saptamışlardır.

Erken gebelik kayıplarının en sık rastlanan nedenleri arasında kromozom bozuklukları bulunmaktadır. Tekrarlayan gebelik kayıpları bulunan çiftlerin %10'undan fazlasında önceki çocuk ve yakınlarında nöral tüp defekti (NTD), diyafragma hernisi, yarık damak, yarık dudak gibi multifaktöriyel patolojilerin görüldüğü bildirilmiştir (Deniz ve ark., 2016).

Abortus etyolojisinde, endokronolojik problemlerin yer aldığı belirtilmiştir. Troid stimulan hormon düzeyi bozukluklarının (hipotroidi ve hipertroidi) gebelik kayıplarıyla ilişkili olabileceği bildirilmiştir (Akşin ve ark., 2017).

Stephenson et al. (2018) yapmış oldukları çalışmada, gebelikten 3 yıl öncesine kadar meyve, sebze, baklagiller, kabuklu yemişler, balık ve kırmızı etin düzenli alımı gestasyonel diyabet riskinin azalmasıyla ilişkili olduğu bildirilmişlerdir.

Kötü obstetrik öyküsü olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde bakım almaya başlamaları gebeliklerinin sağlıklı şekilde devam etmesini sağladığı belirtilmiştir (Akşin ve ark., 2017).

4.3.6. Jinekolojik öykü

DSÖ (2005), yapılan çalışmaların sonuçlarına bakarak ideal gebelik aralığının 18 aydan uzun ve 60 aydan kısa olması gerektiğini belirtmiştir. Canlı doğumdan sonra 18-24 aylık bir dönem belirtilmiştir. Bu dönemin 24 aylık emzirme dönemi ile uyduğu ve erken çocukluk döneminde besinsel yararın sağlandığı bildirilmiştir. Kısa ara gebelik aralığının erken doğum riski ile ilişkili olduğu ve 18 aylıktan kısa olan doğum aralığının, preterm doğum ve bebek ölüm oranı ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Lassi et al., 2014a). Gebelik aralığı, 18 aydan kısa gebeliklerin preterm doğum, erken neonatal ölüm, anne ölümleri ve DDAB riskini, 59 aydan uzun gebeliklerin ise preeklampsi riskini arttırdığı bildirilmiştir (Lassi et al., 2014a; Coşkun, 2011; Dean et al., 2014a)

Dünya genelinde meydana gelen gebeliklerin yaklaşık %40'ı istenmemektedir. Çoğu kadın, aile planlaması yöntemlerini bilmediklerinden ve kullanmadıklarından, ne kadar çocuk sahibi olacaklarını planlayamadıklarından küretaj yaptırırlar veya isteyerek düşüklere başvururlar. Güvenli olmayan küretajın komplikasyonları arasında kanama, sepsis, uterin perforasyon, intraabdominal yaralanma, infertilite, üreme sistemi enfeksiyonları ve maternal ölüm bulunmaktadır (Dean et al., 2014a).

Genital enfeksiyonlar cinsel yaşamı ve aile hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Genital enfeksiyonlar tedavi edilmediğinde pelvik inflamatuvar hastalık ve genital organ kanserlerine neden olabilmektedir (Cangöl ve Tokuç, 2013).

Polikistik over sendromu (PCOS), doğurganlık çağındaki kadınlarda sık görülen endokrin bozukluklardandır. Prevelansının %6-8 arasında olduğu bildirilmektedir. PCOS, üreme çağındaki kadınlarda infertilite, gebelik kaybı, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklampsi ve preterm doğuma neden olabileceği bildirilmiştir, PCOS olan kadınların bebeklerinde prematürite ve yenidoğan bakım ünitesi ihtiyacının arttığı belirtilmiştir (Adalı ve Üreyen, 2013).

Myoma uteri olan kadınlarda gebeliğinin oluşmasında zorluk olduğu belirtilmiştir (Aslan Çetin ve ark., 2013). Uterus anomalisi olan kadınların % 25'inde infertilite, tekrarlayan gebelik kayıpları, preterm doğum görüldüğü bildirilmiştir (Cömert ve ark., 2017).

4.4. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetlerinde Hemşire ve Ebenin Rolü

Kadın sağlığı ve hastalıklarının yönetiminin ekip işi olduğu ve hemşirelerin bu ekipte önemli rollere sahip oldukları bildirilmiştir. Gebeliği olumsuz etkileyebilecek durumların var olup olmadığını değerlendirmek için iyi bir özgeçmiş alınması gerektiği belirtilmiştir (Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanında çalışanların görev yetki ve sorumlulukları arasında çiftlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapmak bulunmaktadır. Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapmak, kadının yaşam evrelerine göre cinsel sağlık/üreme sağlığı sorunlarının belirlenmesi ve bu konularda danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi de kadın sağlığı hemşirelerinin görevleri arasında bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 2011).

Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşirelerinin, prekonsepsiyonel bakım, doğuma hazırlık, emzirme, yenidoğan bakımı ve güvenli annelik konularında eğitim yapması gerektiğini belirtilmiştir (HHS, 2002)

CDC tarafından öngörülen A grubu kanıt temelli prekonsepsiyonel danışmanlık konuları aşağıda verilmektedir ve hemşirelerin bu konularda gebelik planlayan kadınları veya çiftleri eğitmeleri gerektiği bildirilmiştir.

1. Genel sağlığı geliştirme ve riski azaltan uygulamalar
 - a. Sağlıklı beslenme
 - b. Fiziksel aktivite
 - c. İdeal kilonun korunması
 - d. Tütün ve alkol tüketiminin sonlandırılması
 - e. Ağız ve diş sağlığının korunması
2. Besin desteği sağlama
 - a. Folik asit desteği
 - b. Demir desteği
 - c. Kalsiyum desteği
 - d. İyot desteği
3. Çiftlerde doğurganlık bilinci geliştirmek ve doğurganlık planlamalarına yardımcı olmak.

4. Enfeksiyonu önlemek, gebelik öncesi tanı ve tedavisini gerçekleştirmek (TORCH enfeksiyonlarının değerlendirilmesi, klamidya, Hepatit ve HPV markerlerinin taranması).
5. Bağışıklamaya önem vermek (gebelik döneminde fetus için risk oluşturabilecek rubellaya karşı bağışıklama ve tetanoz aşısı).
6. Mevcut tıbbi riskleri değerlendirmek ve uygun girişimlerle hastalıkların kontrol altına alınmasını sağlamak (diyabet, hipertansiyon, hipotiroidi, epilepsi vb.).
7. Aile, obstetrik ve genetik öyküyü değerlendirmek.
8. Anne ve baba adayının ev ve iş yeri, yaşadığı çevre koşulları açısından değerlendirmek (kimyasal maddeler, teratojenler vb.).
9. İlaç kullanımını değerlendirmek.
10. Psikososyal ve ekonomik durumu, engelleri değerlendirmek (psikiyatrik hastalıklar, aile içi şiddet, sosyal güvence vb.).
11. Sağlık hizmeti kullanma alışkanlığını geliştirmek, özellikle antenatal bakım ve kontrollerin önemini fark ettirmek (Johnson et al., 2006).

Prekonsepsiyonel bakım, birincil bakım hizmetlerinde yer alması planlanan bir hizmettir. Sadece çocuk sahibi olmak isteyen çiftleri değil, doğurganlık çağındaki tüm çiftleri ele almak gerekmektedir ve bu hizmet yaşam boyu sürdürülmelidir. İlgili alanlarda çalışan hemşireler ve ebeler, prekonsepsiyonel bakımın önemini kavramalı, çiftlere kesin, anlaşılır mesajlar vermeli ve çiftleri yönlendirmelidir (Coşkun, 2011).

ACOG, kadınlara yapılan rutin ev ziyaretlerinin üreme bilincini geliştirmek, gebelik sonuçlarını iyileştirmek, aile planlaması hakkında eğitmek için fırsat olarak görülmektedir (ACOG, 2002). Bortolus et al. (2017) prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım önerileri olarak;

- Aile planlaması
- Beslenme ve fiziksel aktivite
- Beden kitle indeksi
- Madde kullanımı
- Kronik hastalıklar
- İlaçlar
- Bulaşıcı hastalıklar
- Bağışıklama

- Aile genetik öyküsü
- Ruh sağlığı
- Psikososyal faktörler
- İnfertilite-subfertilite
- Toksik maddelere maruz kalma durumlarının sorgulanması gerektiğini belirtmiştir ve erkeklerin de bu bakıma katılmalarının önemli olduğunu bildirmiştir.

Gebelik öncesi bakım, tüm dünyada kadın sağlığı hemşirelerinin rolü olarak kabul edilmekte olup ülkemizde bu bakımla ilgili standart bir uygulama yoktur (Baysoy ve Özkan, 2012). Ebe ve hemşirelerin bu konuda ilgi, bilgi ve motivasyonları yetersizdir. Hizmet içi eğitimlerle bu motivasyonun kazandırılabilceğı belirtilmiştir (Coşkun, 2011; Genç Koyucu ve ark., 2017).

5. GEREÇ YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Araştırma, bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerini belirlemek ve doğum sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte nitelikte planlandı.

5.2. Araştırmanın Uygulandığı Yer ve Zaman

Araştırma Mart-Eylül 2018 tarihleri arasında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı Kadıköy 25 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde yürütüldü.

5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Bu araştırmanın evrenini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Hizmetleri Müdürlüğü'ne bağlı Kadıköy 25 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan 4 hekime kesin kayıtlı 18-45 yaş arası, medeni durumu evli veya birlikte yaşıyor olan 1237 kadın oluşturdu. Örneklem seçimi için güç analizi yapıldı. İlk, ikinci veya üçüncü gebelik skorlarında bir birimlik azalma tahmini ile 2.56'lık standart sapması olan bir çalışmada Tip I hata %5, Tip II hata %20, gücü %80 olacak şekilde planlandığında minimal örneklem büyüklüğü 284 olarak hesaplandı (Cohen, 1988). Bu çalışmada 290 kişiye ulaşıldı ve 290 kişi alındı. Çalışmaya katılmayı reddeden olmadı. Araştırmaya hiç doğum yapmamış, 1. ve 2. doğumunu yapmış olup yeni bir gebelik planlayan kadınlar seçildi.

N = Evrendeki birey sayısı (1237)

n = Örneklem alınacak birey sayısı

p = İncelenecek olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0,6)

q = İncelenecek olayın görülmeişi sıklığı (1-p) (0,4)

t = Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1,96)

d = Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0,05)

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{1237 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,6 \cdot 0,4}{(0,05)^2 \cdot (1237-1) + ((1,96)^2 \cdot 0,6 \cdot 0,4)}$$

n= 284 olarak bulundu. Bu araştırmaya 290 kişi dahil edildi.

Çalışmaya alınma ve dışlanma kriterleri ise aşağıda verildi.

- Alınma kriterleri
 - Çalışmaya katılmayı kabul etmesi
 - Gelecek 1 yıl içinde gebelik planlıyor olması
 - 18-45 yaş aralığında olması
 - 1., 2. veya 3. gebeliğini planlıyor olması
- Dışlanma kriterleri
 - Çalışmaya katılmaya kabul etmemesi
 - İnfertilite tedavi görmüş veya görüyor olması

5.4. Araştırma Soruları

1. Prekonsepsiyonel dönemde kadınlar, hangi risk faktörlerine sahiptir?
2. Doğum sayıları ile tanıtıcı özellikler arasında fark var mıdır?
3. Doğum sayıları ile prekonsepsiyonel risk faktörleri arasında fark var mıdır?

5.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)’’ ve ‘‘Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK 3)’’ kullanılarak araştırmacı tarafından toplandı. Kadıköy 25 No’lu Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı bir yıl içerisinde; birinci, ikinci ve üçüncü gebeliğini planlayan kadınlar araştırma hakkında bilgilendirilerek katılmaya davet edildi. Kabul etmeleri sonucunda ‘‘Gönüllü Olur Formu (EK 1)’’ imzalatıldı. Formlardaki sorular gönüllülere okunarak ve açıklama yapılarak soruldu. Araştırmacı tarafından yaklaşık 10-15 dakika içinde, kadınların verdiği cevaplar doğrultusunda veri toplama formları dolduruldu.

5.6. Veri Toplama Araçları

5.6.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2)

Literatürden yararlanılarak hazırlandı (Karataş, 2017; Kırmızıgül, 2014; Şen, 2009). Kadının ve eşinin demografik özellikleri, aile ve obstetrik özelliklerini belirlemek amacıyla 41 sorudan oluştu.

5.6.2. Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK 3)

Uzman görüşü alınmadan literatürden yararlanılarak hazırlandı (Karataş, 2017; DSÖ, 2013; ICSI, 2006; Coşkun, 2011; Baysoy ve Özkan, 2012). Bireysel öykü, hastalık öyküsü, taramalar ve aşılar, ilaç kullanım öyküsü, obstetrik öykü ve jinekolojik öykü şeklinde 6 alt boyut ve 87 soru olarak hazırlandı. Sorular ‘Evet’ ve ‘Hayır’ şeklinde cevaplanmaktadır. Alt boyutlardaki soru sayıları aşağıdaki gibi dağılmaktadır;

Bireysel öykü: 15 soru

Hastalık öyküsü: 23 soru

Taramalar ve aşılar: 9 soru

İlaç kullanım öyküsü: 10 soru

Obstetrik öykü: 19 soru

Jinekolojik öykü: 11 soru

5.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesi için istatistik paket programı “IBM SPSS Statistics 20.0” ile tanıtıcı özellikler ve risk faktörlerinin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, median ve standart sapma kullanıldı.

Verilerin değerlendirilmesinde nonparametrik testlerden iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U (MWU), üç veya daha fazla grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanıldı. Üç veya daha fazla grup karşılaştırılmasında “ χ^2 ” anlamlı çıkmış ise, Mann-Whitney U testi kullanılarak hangi gruplar arasında fark olduğuna bakıldı. Fark bulunan kategorik verilerin dağılımını görmek için çapraz tablolar kullanıldı (Erdoğan ve ark., 2015).

İstatiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ alındı.

5.8. Araştırmanın Etik Yönu

Çalışmanın gerçekleştirilmesi için Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu izni (EK 4) alındı (Karar no: 2018/13-14, Tarih: 26 Şubat 2018).

Çalışmanın istenen merkezde yapılabilmesi için İstanbul Valiliği İl sağlık Müdürlüğü Sağlığın Geliştirilmesi Birimi tarafından da kurum izni (EK 5) alındı. (Sayı: 71211201-604.01.01, Tarih: 10 Nisan 2018).

Araştırmaya katılan gönüllülere araştırmanın amacı, elde edilen verilerin gizli kalacağı ve paylaşılmayacağı açıklanarak Gönüllü Olur Formu (EK 1) imzalatıldı.

5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın sınırlı tarihlerde yürütülmesi
- Araştırmanın tek merkezde yapılması

6. BULGULAR

Gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde sunuldu.

6.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

6.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular



6.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelik planlayan kadınların ve eşlerinin bireysel özellikleri, sosyodemografik özelliklerini, ailevi özellikleri, kadınların obstetrik özellikleri ve doğum sayısı ortalamalarına göre tanıtıcı özelliklerinin dağılımı tablolar şeklinde yer almaktadır.

Tablo 6.1.1. Gebelik planlayan kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı (n=290)

	Min.	Max.	$\bar{x} \pm SS$
Yaş	18,00	45,00	30,21±5,19
Kilo	43,00	110,00	63,58±11,46
Boy	135,00	180,00	162,91±5,63
BKİ	15,67	38,28	23,98±4,30
Evlenme Yaşı	14,00	40,00	23,75±4,56

Tablo 6.1.1’de gebelik planlayan kadınların bireysel özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamalarının 30,21±5,19 olduğu, BKİ ortalamalarının 23,98±4,30 ve evlenme yaşı ortalamalarının 23,75±4,56 olduğu bulundu.

Tablo 6.1.2. Gebelik planlayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=290)

Doğum yeri	n	%
Marmara	93	32,1
Ege	49	16,9
Akdeniz	22	7,6
Doğu ve Güneydoğu Anadolu	58	20,0
Karadeniz	30	10,3
İç Anadolu	29	10,0
Yurtdışı (Suriye, Özbekistan, Bulgaristan, Türkmenistan, Azerbaycan)	9	3,0
Yaşamını uzun süre geçirdiği yer		
Köy	38	13,1
Kasaba	69	23,8
Şehir	71	24,5
Büyükşehir	112	38,6
Rh faktörü		
Rh+	264	91,0
Rh-	26	9,0
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	61	21,0
Ortaokul	31	10,7
Lise	75	25,9
Üniversite ve üstü	123	42,4
Mesleği		
Ev Hanımı	146	50,3
Çalışan	144	49,7
Sosyal güvence		
Yok	10	3,4
Var	280	96,6
Kronik hastalık		
Yok	240	82,8
Var	50	12,2
Sürekli kullanılan ilaç		
Yok	259	89,3
Var	31	10,7
Sigara kullanımı		
Yok	223	76,9
Var	67	23,1
Alkol kullanımı		
Yok	246	84,8
Var	44	15,2
Madde kullanımı		
Yok	290	100,0

Tablo 6.1.2’de gebelik planlayan kadınların sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların yaklaşık yarısının eğitim düzeylerinin üniversite ve üstü (%42,4) olduğu, çalışmanın yapıldığı tarilerde çalışmakta (%49,7) olduğu belirlendi. Kadınlarda kronik hastalık oranının %12,2 olduğu ve %10,7’sinin sürekli ilaç kullanmakta olduğu (sentetik tiroid hormonu, bronkodilatatör, antidiyabetik ilaç vb.) bulundu. Kadınların %23,1’inin sigara ve %15,2’sinin alkol kullandığı bulundu.



Tablo 6.1.3. Gebelik planlayan kadınların eşlerinin bireysel özelliklerinin dağılımı (n=290)

	Min.	Max.	$\bar{x} \pm SS$
Eş Yaş	22,00	54,00	33,94±5,63
Eş Kilo	56,00	155,00	82,57±13,67
Eş Boy	159,00	205,00	175,59±6,69
Eş BKİ	19,25	52,39	26,74±4,21
Eş Evlenme Yaşı	15,00	42,00	27,45±4,60

Tablo 6.1.3'te gebelik planlayan kadınların eşlerinin bireysel özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınlarının eşlerinin yaş ortalamalarının 33,94±5,63 olduğu, BKİ ortalamalarının 26,74±4,21 olduğu ve evlenme yaşı ortalamalarının 27,45±4,60 olduğu belirlendi.

Tablo 6.1.4. Gebelik planlayan kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı (n=290)

Doğum yeri	n	%
Marmara	89	30,7
Ege	51	17,6
Akdeniz	19	6,6
Doğu ve Güneydoğu Anadolu	74	25,6
Karadeniz	31	10,7
İç Anadolu	22	7,6
Yurtdışı	4	1,3
Yaşamını uzun süre geçirdiği yer		
Köy	34	11,7
Kasaba	70	24,1
Şehir	73	25,2
Büyükşehir	113	39,0
Rh faktörü		
Rh+	261	90,0
Rh-	29	10,0
Eğitim durumu		
İlkokul ve Altı	47	16,2
Ortaokul	48	16,6
Lise	84	29,0
Üniversite ve üstü	111	38,3
Mesleği		
Çalışmıyor	4	1,4
Çalışan	286	98,6
Sosyal güvence		
Yok	8	2,8
Var	282	97,2
Kronik hastalık		
Yok	267	92,1
Var	23	7,9
Sürekli kullanılan ilaç		
Yok	267	92,1
Var	23	7,9
Sigara kullanımı		
Yok	142	49,0
Var	148	51,0
Alkol kullanımı		
Yok	207	71,4
Var	83	28,6
Madde kullanımı		
Yok	290	100,0

Tablo 6.1.4'te gebelik planlayan kadınların eşlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin çoğunun eğitimlerinin üniversite ve üstü (%38,3), herhangi bir işte çalıştığı (%98,6), herhangi bir hastalığının (%92,1) ve sürekli kullanılan ilacının (%92,1) olmadığı saptandı. Kadınların eşlerin %2,4'ünün Tip 2 Diyabetes Mellitus ve %2,4'ünün Hipertansiyon olduğu bulundu. Ayrıca kadınların eşlerin %51,0'nının sigara ve %28,6'sının alkol kullandığı bulundu.

Tablo 6.1.5. Gebelik planlayan kadınların ailevi özelliklerinin dağılımı (n=290)

	Min-Max	$\bar{x} \pm SS$
Evlilik süresi (yıl)	0,10-31,00	6,46±5,04
	n	%
Medeni durum		
Resmi Nikah	290	100,0
Aile tipi		
Çekirdek Aile	282	97,2
Geniş Aile	8	2,8
Algılanan ekonomik durum		
İyi	63	21,7
Orta	214	73,8
Kötü	13	4,5

Tablo 6.1.5'te gebelik planlayan kadınların ailevi özelliklerin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılanların evlilik sürelerinin ortalamasının 6,46±5,04 bulundu. Kadınların çoğunun çekirdek aile (%97,2) yapısına sahip olduğu ve ekonomik durumlarını orta düzeyde (%73,8) algıladıkları bulundu.

Tablo 6.1.6. Gebelik planlayan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı (n=290)

Gebelik sayısı	n	%	$\bar{x} \pm SS$
0	85	29,3	
1	81	27,9	
2	87	30,0	1,33±1,20
3-7	37	12,8	
Doğum sayısı			
0	97	33,4	
1	98	33,8	0,99±0,81
2	95	32,8	
Yaşayan çocuk sayısı			
0	100	34,5	
1	97	33,4	0,97±0,81
2	93	32,1	
Doğum şekli			
Yok	97	33,4	
Normal Doğum	82	28,3	
Sezaryen Doğum	100	34,5	
Normal ve Sezaryen Doğum	11	3,8	
Düşük sayısı			
Yok	244	84,1	
Var (1-5)	46	15,9	0,21±0,60
İsteyerek küretaj sayısı			
Yok	264	91,0	
Var (1-4)	26	9,0	0,12±0,46

Tablo 6.1.6’da gebelik planlayan kadınların obstetrik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayılarının ortalaması 1,33±1,20, düşük sayılarının ortalaması 0,21±0,60, isteyerek küretaj sayısı ortalaması 0,12±0,46 ve yaşayan çocuk sayısı ortalamasının 0,97±0,81 olduğu bulundu. Araştırmaya katılanların %34,5’inin sezaryen doğum yaptığı, %28,3’nün ise normal doğum yaptığı bulundu. Ayrıca kadınların %33,4’ünün hiç doğum yapmadığı, %33,8 bir doğum, %32,8 ise ikinci doğumunu yaptığı ve ortalamalarının 0,99±0,81 olduğu bulundu.

Tablo 6.1.7. Gebelik planlayan kadınların doğum sayısına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması (n=290)

	Doğum sayısı			Doğum sayısı		
	0	1	2	^a x ²	^b z	p
	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$	$\bar{x} \pm SS$			
Yaş	28,91±5,34	29,84±4,60	31,94±5,18	16,79		0,00**
BKİ	23,00±3,94	24,46±4,44	24,51±4,38	9,21		0,01*
Evlenme yaşı	26,30±4,53	23,68±4,02	21,24±3,64	64,92		0,00**
Eşin yaşı	31,90±5,68	33,95±4,96	36,04±5,51	30,03		0,00**
Eş evlenme yaşı	29,38±4,88	27,77±4,07	25,17±3,83	42,09		0,00**
Evlilik süresi	2,53±2,60	6,20±3,37	10,76±4,99	146,91		0,00**
Yaşamını USGY				5,99		0,112
Eğitim durumu				41,80		0,00**
Meslek				18,68		0,00**
Eşin eğitim durumu				28,57		0,00**
Ekonomik durum				5,05		0,08
Sigara					-0,08	0,93
Alkol					-1,54	0,12
Eş sigara					-2,30	0,02*
Eş alkol					-0,85	0,39
^a Kruskal-Wallis testi				^b Mann Whitney U testi		
*p<0,05				**p<0,01		

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısına göre tanıtıcı özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Doğum sayısı ile kadınların yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (KW(x²)=16,79; p=0,00). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların yaş ortalamaları, iki doğum yapmış kadınların yaş ortalamalarına göre daha az olduğu ileri düzeyde anlamlı bulundu (p=0,00). Bir doğum yapmış kadınların yaş ortalamaları, iki doğum yapmış kadınların yaş ortalamalarına göre de istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olarak daha az olduğu bulundu (p=0,03). Doğum sayısı arttıkça yaş ortalamasının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadınların BKİ düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (KW(x²)=9,21; p=0,01). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların BKİ değerleri, bir

veya iki doğum yapmış kadınların BKİ değerlerinden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az olduğu bulundu. Doğum sayısı arttıkça BKİ değeri ortalamasının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadınların evlenme yaşı ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=64,92$; $p=0,01$). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların evlenme yaş ortalaması ile bir ve iki doğum yapmış kadınların evlenme yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Bir doğum yapmış kadınların evlenme yaş ortalamaları ile 2 doğum yapmış kadınların evlenme yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Evlenme yaş ortalaması azaldıkça doğum sayısının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile eşlerin yaş ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=30,03$; $p=0,00$). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların eşlerinin yaşları ile bir veya iki doğum yapmış kadınların eşlerinin yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Eşlerin yaş ortalaması arttıkça doğum sayısının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadınların eşlerinin evlenme yaş ortalamaları ile istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=42,09$; $p=0,00$). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların ve bir doğum yapmış kadınların eşlerinin evlenme yaşları ile iki doğum yapmış kadınların eşlerinin evlenme yaşları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Kadınların eşlerinin evlenme yaşları ortalaması azaldıkça doğum sayısının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7’de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile evlilik süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=146,91$; $p=0,00$). Gruplar arası farka bakıldığında; hiç doğum yapmamış kadınların evlilik süresi ortalamaları ile bir veya iki doğum yapmış kadınların evlilik süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($p=0,00$). Bir doğum yapmamış kadınların evlilik süresi ortalamaları ile iki doğum yapmış kadınların evlilik süresi ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde

anlamli fark bulundu ($p=0,00$). Evlilik sürelerinin ortalaması arttikça doğum sayısının arttığı belirlendi.

Tablo 6.1.7'de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadınların eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=41,80$; $p=0,00$). Eğitim düzeyi azaldıkça doğum sayısının artmakta olduğu saptandı (İlkokul ve altı $1,38\pm0,76$; Üniversite ve üstü $0,65\pm0,75$).

Tablo 6.1.7'de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadının mesleği arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=18,68$; ($p=0,00$)). Ev hanımı olan kadınların doğum sayısının daha fazla olduğu saptandı (Ev hanımı $1,20\pm0,80$; Çalışan $0,78\pm0,78$).

Tablo 6.1.7'de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile kadının eşinin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu ($KW(x^2)=28,57$; $p=0,00$). Eğitim düzeyi azaldıkça doğum sayısının arttığı saptandı (İlkokul ve altı $1,36\pm0,64$; Üniversite ve üstü $0,69\pm0,81$).

Tablo 6.1.7'de gebelik planlayan kadınların doğum sayısı ile eşin sigara kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($MWU(z)= -0,85$; $p=0,02$). Sigara içen eşe sahip kadınlarda doğum sayısının daha fazla olduğu saptandı (Var $1,10\pm0,82$; Yok $0,88\pm0,79$).

6.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu bölümde, gebelik planlayan kadınların bireysel öykülerinin, hastalık öyküleri, taramalar ve aşular, ilaç kullanım öyküleri, obstetrik ve jinekolojik öyküleri ile doğum sayısına ilişkin dağılımı bulunmaktadır.

Tablo 6.2.1. Gebelik planlayan kadınların bireysel öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

Bireysel Öykü	Evet		Hayır		Doğum Sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
18 yaş altı, Eş 55 yaş üstü, Zihinsel engel	0	0,0	290	100		
35 yaş üstü	58	20,0	232	80	-1,69	0,91
BKİ 18,5 ≥	21	7,2	269	92,8	-1,62	0,10
BKİ 25 ≤	99	34,1	191	65,9	-3,14	0,00**
Akraba evliliği	17	5,9	273	94,1	-4,32	0,00**
Egzersiz alışkanlığı	51	17,6	239	82,4	-2,20	0,02*
Çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalma	24	8,3	266	91,7	-2,57	0,01*
Ev ortamında zararlı maddeye maruz kalma	23	7,9	267	92,1	-1,11	0,22
Fiziksel engel	1	0,3	289	99,7	-0,01	0,99
Aile içi şiddet öyküsü	1	0,3	289	99,7	-0,01	0,99
Evcil hayvan besleme	26	9,0	264	91,0	-1,97	0,04*
Diyet yapma	44	15,2	246	84,8	-1,54	0,12
Kahve alımı (günde 2 fincandan fazla)	46	15,9	244	84,1	-2,11	0,03*

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.1’de BKİ 25 ve üstü olup gebelik planlayan kadınların oranının %34,1 olduğu ve BKİ 25 ve üstü olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -3,14; p=0,00). Akraba evliliği yapan kadınların oranının %5,9 olduğu ve akraba evliliği olan çiftlerin doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -4,32; p=0,00). Düzenli egzersiz yapan kadınlarının oranı %17,6 olduğu ve egzersiz yapmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,20; p=0,02). Çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalan kadınların oranının %8,3 olduğu ve zararlı maddeye maruz kalmayan kadınların doğum sayısının daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,57; p=0,01).

Evcil hayvan besleyen kadınların oranının %9 olduğu ve evcil hayvan beslemeyen kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -1,97; p=0,04). Kadınların kahve alımı oranının %15,9 olduğu ve kahve içmeyen kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,11; p=0,03).

Tablo 6.2.2. Gebelik planlayan kadınların hastalık öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

Hastalık Öyküsü	Evet		Hayır		Doğum sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
DM, epilepsi, şizofreni, Tüberküloz	0	0,0	290	100		
Anemi (hemogloblin değerinin 11 g/dl ↓)	94	32,4	196	67,6	-3,02	0,00**
Demir eksikliği anemisi	106	36,6	184	63,4	-1,76	0,07
Hepatit B taşıyıcılığı	3	1,0	287	99,0	-0,72	0,47
Açlık kan şekerinin (110 mg/dl ↑)	3	1,0	287	99,0	-0,01	0,98
Hipertansiyon	2	0,7	288	99,3	-0,88	0,37
Depresyon	7	2,4	283	97,6	-0,44	0,65
Kaygı Durumu	13	4,5	277	95,5	-2,41	0,01*
Bipolar Bozukluk	1	0,3	289	99,7	-1,22	0,22
Kalp hastalıkları	2	0,7	288	99,3	-0,85	0,39
Böbrek hastalıkları	4	1,4	286	98,6	-0,60	0,54
Romatoid artrit	1	0,3	289	99,7	-0,01	0,99
Astım	12	4,1	278	95,9	-0,02	0,97
Ağız-diş sorunu	16	5,5	274	94,5	-0,91	0,35
Hipotiroidi	25	8,6	265	91,4	-0,97	0,32
Hipertiroidi	5	1,7	285	98,3	-1,08	0,27
Hiperlipidemi	2	0,7	288	99,3	-0,85	0,39
Talasemi taşıyıcılığı	4	1,4	286	98,6	-0,63	0,52
Koagülasyon bozukluğu	5	1,7	285	98,3	-0,01	0,98
Kanser öyküsü	1	0,3	289	99,7	-1,22	0,22

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.2’de gebelik planlayan kadınların anemi oranının %32,4 olduğu ve anemi bulunan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -3,02; p=0,00). Kadınların kaygı durumu oranının %4,5

olduğu ve kaygı durumu olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,41; p=0,01).

6.2.3. Gebelik planlayan kadınların taramalar ve aşılar ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

Taramalar ve Aşılar	Evet		Hayır		Doğum Sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
Genetik hastalık taraması	6	2,1	284	97,6	-0,48	0,62
Tetanoz bağışıklığı	169	58,3	121	41,7	-8,51	0,00**
Hepatit B bağışıklığı	44	15,2	246	84,8	-2,15	0,03*
Kızamıkçık bağışıklığı	84	32,4	196	67,6	-1,28	0,19
Kızamık bağışıklığı	128	44,1	162	55,9	-0,41	0,67
Kabakulak bağışıklığı	154	53,1	136	46,9	-0,72	0,46
Suçiçeği bağışıklığı	155	53,4	135	46,6	-0,13	0,89
İnfluenza bağışıklığı	12	4,1	278	95,9	-0,33	0,74
Toxoplazma	11	3,8	279	96,2	-1,85	0,06

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.3'te gebelik planlayan kadınların tetanoz bağışıklığı oranının %58,3 olduğu ve tetanoz bağışıklığı olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -8,51; p=0,00). Kadınların Hepatit B bağışıklığı oranının %15,2 olduğu ve Hepatit B bağışıklığı olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,15; p=0,03).

6.2.4. Gebelik planlayan kadınların ilaç kullanım öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

İlaç Kullanım Öyküsü	Evet		Hayır		Doğum Sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
Son bir ay içerisinde ilaç kullanımı	84	29,0	206	71,0	-0,54	0,58
Reçetesiz ilaç kullanımı	91	31,4	199	68,6	-0,52	0,59
Folik asit kullanımı	60	20,7	230	79,3	-1,34	0,17
Demir kullanımı	73	25,2	217	74,8	-0,58	0,56
İyot alımı	10	3,4	280	96,6	-1,55	0,12
Kalsiyum kullanımı	15	5,2	275	94,8	-1595	0,11
Zayıflama çayı kullanımı	3	1,0	287	99,0	-1409	0,15
Bitkisel ürün kullanımı	18	6,2	272	93,8	-1,75	0,08
Takviye besin kullanımı	6	2,1	284	97,6	-2,00	0,04*
Aspirin/Coumadin kullanımı	9	3,1	281	96,9	-0,80	0,42

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.4'te gebelik planlayan kadınların takviye besin kullanım oranının %2,1 olduğu ve takviye besin kullanımı olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU= -2,00; p=0,04).

Tablo 6.2.5. Gebelik planlayan kadınların obstetrik öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

Obstetrik Öykü	Evet		Hayır		Doğum Sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
Preeklamsi, venöz tromboemboli, postpartum kanama, plasenta previa, plasenta dekolman öyküsü	0	0,0	290	100		
Kan uyumsuzluğu	23	7,9	267	92,1	-1,37	0,17
Düşük öyküsü	41	14,1	249	85,9	-1,09	0,27
Anomalili bebek öyküsü	3	1,0	287	99,0	-0,73	0,46
Düşük doğum ağırlıklı bebek öyküsü (2500 gr ↓)	17	5,9	273	94,1	-3,10	0,00**
Makrozomik bebek öyküsü (4000 gr ↑)	2	0,7	288	99,3	-0,01	0,98
Ölü doğum	2	0,7	288	99,3	-0,88	0,37
Yeni doğan ölümü	5	1,7	285	98,3	-2,23	0,02*
Erken doğum öyküsü	29	10,0	261	90,0	-4,37	0,00**
Postterm doğum öyküsü	1	0,3	289	99,7	-0,01	0,99
Gestasyonel diyabet öyküsü	8	2,8	282	97,2	-2,22	0,02*
Ektopik gebelik öyküsü	1	0,3	289	99,7	-1,23	0,21
Antepartum kanama öyküsü	2	0,7	288	99,3	-0,01	0,98
Çoğul gebelik öyküsü	2	0,7	288	99,3	-0,01	0,98
Müdahaleli doğum öyküsü	2	0,7	288	99,3	-1,75	0,08

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.5'te gebelik planlayan kadınların DDAB oranının %5,9 olduğu ve DDAB doğurmuş olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -3,10; p=0,00). Kadınların yenidoğan ölümü oranının 1,7 olduğu ve yenidoğan ölümü olan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,23; p=0,02). Kadınların erken doğum öyküsü oranının %10,0 olduğu ve erken doğum öyküsü olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -4,37; p=0,00). Kadınların gestasyonel diyabet öyküsü oranının %2,8 olduğu ve gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,22; p=0,02).

Tablo 6.2.6. Gebelik planlayan kadınların jinekolojik öyküleri ile doğum sayısının karşılaştırılması (n=290)

Jinekolojik Öykü	Evet		Hayır		Doğum Sayısı	
	n	%	n	%	^b z	p
Cinsel Yolla Bulaşıcı Enfeksiyon öyküsü	0	0,0	290	100		
Endometriozis, Jinekolojik kanser	0	0,0	290	100		
Gebeliklerin arasının en az 2 yıl olması	64	22,1	226	77,9	-9,62	0,00**
Anormal PAP Smear sonucu	5	1,7	285	98,3	-0,53	0,59
Vaginal enfeksiyonu gösteren akıntı	63	21,7	227	78,3	-1,47	0,14
Sık idrar yolu enfeksiyonu	87	30,0	203	70,0	-1,03	0,29
Myoma uteri	17	5,9	273	94,1	-0,2	0,78
Uterin malformasyon	1	0,3	289	99,7	-1,22	0,22
PCOS (polikistik over)	16	5,5	274	94,5	-2,80	0,00**
Geçirilmiş uterin cerrahi operasyon	124	42,8	166	57,2	-7,56	0,00**

^bMann Whitney U testi

*p<0,05

**p<0,01

Tablo 6.2.6’da gebelik planlayan gebeliklerinin arasını 2 yıldan fazla kadınların oranının %22,1 olduğu ve gebeliklerin arası en az 2 yıl olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -9,62; p=0,00). Kadınların PCOS oranının %5,5 olduğu ve PCOS olmayan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -2,80; p=0,00). Kadınların geçirilmiş uterin cerrahi operasyonu oranının %42,8 olduğu ve geçirilmiş uterin cerrahi operasyonu olan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi (MWU(z)= -7,56; p=0,00).

7. TARTIŞMA

Gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan araştırmada elde edilen bulgular iki bölümde tartışıldı.

7.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması



7.1. Gebelik Planlayan Kadınların ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $30,21 \pm 5,19$ bulundu (Tablo 6.1.1). Arslan ve Özkan (2005) gebe kalmayı düşünen kadınların demografik özelliklerinin, sosyal-sağlık açısından taşıdıkları risklerin belirlenmesine yönelik bilgi düzeylerinin saptanması amacıyla 142 kadın ile yapmış oldukları çalışmada yaş ortalaması $26,31 \pm 5,00$ olarak araştırma bulgularımıza göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Arslan ve Özkan'ın çalışmasında gebelik yaşamama oranı %40,2 bulunmuş olup araştırmamızdaki kadınların ise gebelik yaşamama oranı %29,3 olduğu için araştırma bulgularımıza göre kadınların yaş ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir. Akkoca ve arkadaşlarının (2014) üreme çağındaki kadınlar ve gebelerin folik asit kullanımının ve bunlara etki eden faktörlerin araştırılması amacıyla yapmış oldukları çalışmada kadınların yaş ortalamasını $26,4 \pm 4,6$ olarak araştırma bulgularımıza göre daha düşük olduğu saptamıştır. Akkoca ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında eğitim düzeyi üniversite ve üstü oranı %15 olup araştırmamızda eğitimi üniversite ve üstü oranı %42,4 olduğu için evliliklerin eğitim sonrasına ertelenmesi nedeniyle araştırma bulgularımıza göre kadınların yaş ortalamasının düşük olduğu düşünülmektedir. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemde risk faktörleri ve gereksinim duydukları danışmanlık hizmetlerinin belirlenmesi amacıyla 446 kadınla yapmış oldukları çalışma araştırmamıza benzer şekilde yaş ortalaması $31,1 \pm 6,53$ bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda kadınların gebelik planlama yaşlarının benzer olduğu görülmektedir.

Eşin yaşı ve doğum sayısı karşılaştırıldığında eşin yaşı arttıkça doğum sayısının da istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı arttığı bulundu. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin yaş ortalaması $33,94 \pm 5,63$ bulundu (Tablo 6.1.3). Arslan ve Özkan (2005) yapmış oldukları çalışmada eşlerin yaş ortalamasının ($30,43 \pm 4,69$) daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, Arslan ve Özkan'ın çalışmasında katılımcıların çoğunluğunun eğitim durumunun ortaokul (%66,9), bu araştırmada ise üniversite ve üstü (%38,3) olması nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların BKİ ortalamaları ($23,98 \pm 4,30$), Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) çalışmasındaki kadınların BKİ ortalamasına ($24,66 \pm 3,37$)

benzer şekilde bulundu. Kaptı Ata ve Şahin'in (2015) gebelik öncesi BKİ'nin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisini belirlemek amacıyla 370 kadınla yapmış oldukları çalışmada, BKİ ortalamaları ($28,9\pm 1,40$) araştırmamızın bulgularından yüksek bulunmuştur. Kaptı ve Şahin'in çalışmasında iki veya daha fazla doğum yapma oranı %61,7 olup bu araştırmada ise %32,8 olduğu için ve eğitim seviyelerinin yüksek olması nedeniyle fark olduğu düşünülmektedir.

Evlenme yaşı ve doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Ayrıca araştırmada, evlenme yaşı ortalamaları azaldıkça doğum sayısı ortalamasının arttığı bulundu. Araştırmaya katılan kadınların evlenme yaşı ortalamaları ($23,75\pm 4,56$) TNSA 2013 verilerine göre (ortanca ilk evlenme yaşı 21) yüksek olarak bulunmuştur. Araştırmamıza göre TNSA örneklem sayısının fazla oluşu ve araştırmamıza katılan kadınların eğitim seviyelerinin yüksek olması nedeniyle evlenmenin geciktirilmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin evlenme yaşı ortalamaları $27,45\pm 4,60$ olarak bulundu (Tablo 6.1.3). Eş evlenme yaş ortalamaları ve doğum sayısı karşılaştırıldığında, doğum sayısı arttıkça eş evlenme yaş ortalamalarının azalması istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bulundu. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %22'si eşleriyle aynı yaşta ya da en fazla iki yaş fark olduğu ve kadınların %43'ü ise eşlerinden en az 5 yaş küçük olduğu görülmüştür. Araştırmada kadınlar, TNSA verilerine benzer şekilde ortalama olarak eşlerinden 4,3 yıl daha genç oldukları bulundu.

Araştırmada eğitim durumu ve doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Araştırmaya katılan kadınların çoğunun eğitim durumu (%42,4 üniversite ve üstü), Akkoca ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışma (%60 ilkokul) ile Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada (%48,9 ortaöğretim) bulunan çoğunluğa göre farklı bulundu. Çalışmaların farklı illerde yapılmış olması, sosyokültürel farklılıklar nedeniyle farklı çıktığı düşünülmektedir. Eğitim düzeyi, gebelik öncesi bakım alma, aşılama ve gebelik kontrollerini yaptırma oranını etkilemektedir (Yılmaz ve ark., 2015).

Eşin eğitim durumu ve doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Eğitim durumu yükseldikçe doğum sayısı azalmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin çoğunluğunun eğitim durumu

(%38,3 üniversite ve üstü), Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) normal ve riskli gebelerin psikososyal sağlığını karşılaştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada bulunan çoğunluğa göre (%40,5 ilköğretim) farklı bulunmuştur. Sütü ve arkadaşlarının (2012) doğum öncesi hizmetleri değerlendirmek amacıyla 504 kadınla yapmış oldukları çalışma (%30,5 ilkokul) ile Uzuner ve arkadaşlarının (2006) anne adaylarının gebeliklerini ilk öğrenme zamanı ve bunu etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmaya (%57 üniversite) göre de farklı bulunmuştur. Araştırma bulguları karşılaştırılan çalışmaların değişik bölgelerde yapılması nedeniyle farklılık gösterdiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların kronik hastalık durumunun oranı (%17,2) Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada sistemik hastalık oranı (%16,9) ile benzerlik göstermektedir. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada kronik hastalık oranının (%31,8) bu araştırmaya göre yüksek bulunduğu görülmüştür. Genç Koyucu ve arkadaşların çalışmasında ekonomik durumu kötü olanların oranı (%30,7), bu araştırmaya (%4,5) göre yüksek olması ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Araştırmaya katılan kadınların sürekli ilaç kullanım durumu %10,7 olarak bulundu (Tablo 6.1.2). Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada sürekli ilaç kullanım %13,4 olarak bulunmuştur. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada ise sürekli ilaç kullanım %11,2 olarak bulunmuş olması bu araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin kronik hastalık durumu ile sürekli kullanılan ilaç durumunun %7,9 (Tablo 6.2.2) olarak bulunması, Agricola ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmadaki eşlerin ilaç kullanım durumuna (%51,94) göre düşük olduğu görülmektedir. Araştırmadaki kronik hastalık durumunun düşük olmasının nedeni olarak, eşlerin yaş ortalaması $33,94 \pm 5,63$ olması ve çoğunluğun eğitim durumunun üniversite ve üstü (%42,4) olması sonucu kronik hastalık durumunun bu şekilde olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların sigara kullanımını %23,1 olarak bulundu (Tablo 6.1.2). Prekonsepsiyonel dönem veya gebelerle yapılan çalışmalara bakıldığında sigara kullanım durumu; Anderson ve arkadaşlarının (2006) %19,4; Van Gelder ve arkadaşlarının (2009) %22; Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) %18; Genç Koyucu ve

arkadaşlarının (2017) %19,3 olarak bulunması bu araştırma ile benzer şekilde olduğu görülmüştür.

Eşin sigara kullanımı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin sigara kullanımı %51,0 olarak bulundu (Tablo 6.1.4). Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımı %57,0; Özcan ve arkadaşlarının (2018) babaların, gebelik sürecinde yaşadıkları duygular ve eşlerine destek olma durumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise sigara kullanımı %54,3 bulunmuş olup araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Agricola ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada sigara kullanımı %34,44 bulunmuştur. Gebelik planlayan kadınların eşleri prekonsepsiyonel dönemde davranış değişikliği yapma gerekliliğini düşünmediklerini göstermektedir.

Eşin alkol kullanımı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu Araştırmaya katılan kadınların alkol kullanımı %15,2 bulundu (Tablo 6.1.2). Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada alkol kullanımının daha düşük olduğu (%7,8) görülmüştür. Genç Koyucu ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik durumu iyi olanların oranının (%10,3), bu araştırmaya (%21,7) göre düşük olmasının alkol alımını etkileyebileceği düşünülmektedir. Farklı ülkelerde yapılan çalışmalarda alkol kullanımını, Anderson ve arkadaşları (2006) %53,9; Wolff ve arkadaşları (2008) %78,3; Van Gelder ve arkadaşları (2009) ise %38 olarak yüksek oranda buldukları görülmüştür. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin alkol kullanımı %28,6 bulundu (Tablo 6.1.4). Özcan ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları çalışmada alkol kullanımı (%25,5) benzer bulunmuştur. Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada alkol kullanımı %1,4 bulunmuş olup bu araştırma bulgularından düşüktür. Bu araştırmaya alınan kadınların ekonomik durumu daha iyi olan bir bölgede yapılmış olması düşünülmektedir. Yurtdışında yapılan çalışmalarda alkol kullanımının yüksek olması kültürel farklılıklar sonucu olduğunu düşündürmektedir.

Evlilik süresi ve doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Evlilik süresi arttıkça doğum sayısı artmaktadır. Araştırmaya katılan kadınların evlilik süresi ortalaması $6,46 \pm 5,04$ bulundu (Tablo 6.1.5). Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada evlilik süresi $5,9 \pm 1,2$;

Karataş'ın (2017) gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel risk faktörlerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada $5,54\pm 4,58$; Babacan Gümüş'ün (2011) gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikleri incelemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise $4,66\pm 4,43$ olarak bulunmuştur. Bu araştırma bulguları karşılaştırılan çalışma bulgularının sonuçlarına yakın oranlar olduğu görülmekte ve doğal olarak evlilik süresi arttıkça doğum sayısı artmaktadır.

Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayısı ortalamasının ($1,33\pm 1,20$), Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışma ($1,44\pm 1,26$), Karataş (2017)'in yapmış olduğu çalışma ($1,20\pm 1,28$) ve Arslan ve Özkan (2005)'in yapmış oldukları çalışma (1,09) bulguları ile benzerlik göstermektedir. Araştırmaya katılan kadınların gebelik sayılarının dağılımında çoğunluğun iki gebeliği (%30,0) (Tablo 6.4.1) olduğu, Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada ise çoğunluğun bir gebeliği (%38,4) olduğu bulunmuştur. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada çoğunluğun multipar (%45,4) gebeliklerinin olduğu gözlenmiştir. Ersoy ve arkadaşlarının (2015) doğum için hastaneye yatırılan kadınların başarısız kontrasepsiyon yöntemlerini ve bu kadınların doğum sonrası kontrasepsiyon hakkındaki yönelimlerini incelemeyi amaçladıkları 475 gebe ile yapmış oldukları çalışmada ise kadınların %69,7'sinin 15-29 yaş aralığında olması nedeniyle çoğunluğun nullipar (%88,4) olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların doğum sayısı ortalamaları $0,99\pm 0,81$ bulundu (Tablo 6.4.1). Karataş (2017) yapmış olduğu çalışmada doğum sayısı $0,44\pm 0,62$ bulunmuştur. Araştırmaya katılan hiç doğum yapmamış kadınlar %33,4, bir doğum yapmış kadınlar %33,8, iki doğum yapmış kadınlar %32,8 olarak bulundu.

Araştırmaya katılan kadınların yaşayan çocuk sayısı ($0,97\pm 0,81$), Arslan ve Özkan (2005)'in yaptıkları çalışmada yaşayan çocuk sayısı (0,86) ile benzerlik görülmektedir. Araştırmaya katılan kadınlarda çoğunluğun sırası ile hiç çocuğu olmayanlar %34,5, bir çocuğu olanlar %33,4, iki çocuğu olanlar 32,1 olarak bulunmuştur. Ersoy ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada katılanların yaşlarının küçük olması nedeniyle bu araştırmadan farklı olarak hiç yaşayan çocuğu olmayanlar %88,5, bir yaşayan çocuğu olanlar %81,5, iki yaşayan çocuğu olanlar %42,1 bulundu.

Araştırmaya katılan kadınların doğum şekline bakıldığında %28,3'ü normal doğum, %34,5'i sezaryen doğum, %3,8'i ise hem normal hem de sezaryen doğum yaptıkları bulundu (Tablo 6.1.6). Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada bu araştırma bulgularına benzer olarak doğum şeklinin %32,1 vaginal doğum, %32,7 sezaryen doğum, %7 vaginal ve sezaryen doğum olduğu saptanmıştır. Wolff ve arkadaşlarının (2008) Cenevre popülasyonundaki gebe kadınların ve gebe göçmen kadınların aile planlaması yöntem kullanımı ve gebelik bakımlarının karşılaştırılması amacıyla yapmış oldukları çalışmada %63,9 oranı ile vaginal doğumun, %20,0 sezaryen doğumun bu araştırmaya göre farklı olması ülke yapısı farklılığı sonucu olduğu düşünülmektedir. İstatistiklerle Çocuk, 2017 (2018) raporuna göre 2015 ve 2016 yıllarında sezaryen doğum oranı %53 olarak belirlenmiştir. Ülkemizde sezaryen oranlarının yüksek olması bu araştırmada da sezaryen oranının yüksek olması ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan kadınların düşük yapma sayısının ortalaması (0,21±0,60), Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışma (0,25±0,41), TNSA 2013 (0,33) ve Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) gebelerin fetal sağlığın geliştirilmesi açısından yaptığı uygulamaları tanımlamak amacıyla yaptıkları çalışma bulguları (0,19±0,49) ile benzer bulunmuştur. Karataş'ın (2017) yaptığı çalışma bulguları (0,88±0,87) bu araştırmadan yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan bir düşük yapmış olan kadınların oranı %12,8, iki düşük yapmış olan kadınların oranı %2,1, üç ve üzeri düşük yapmış olan kadınların oranı %1,0 bulundu. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada habitüel abortusun %2,6 olarak bulunması, sistemik hastalık varlığının %31,8 olması ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir. Düşük yapma oranı (%15,2), Ege ve arkadaşlarının (2011) küretaj için kliniğe başvuran kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma bulguları (%23,2) ve Sütü ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışma bulgularında (%30,5) yüksek bulunmuştur. Eğitim durumu lise ve altı olanların oranı, bu araştırmada %31,7, Ege ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmasında %79 ve Sütü ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında %53 olması nedeniyle olduğu düşünülmektedir. Eğitim düzeyi azaldıkça planlı gebeliklerin, düzenli kontrollerin azalmasına, düşük yapma oranlarının artmasına etkisi olabilmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların isteyerek küretaj sayısı ($0,12\pm 0,46$), Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışma bulguları ($0,11\pm 0,36$) ile benzer, Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulgularından ($0,08\pm 0,29$) yüksek, TNSA 2013 verilerinden ($0,20$) düşük bulunmuştur. TNSA (2013) örnekleminin büyük olması sonucu farklılık olduğu düşünülmektedir. Araştırmaya katılan kadınlarda bir küretaj yaptıranların oranı %6,2, iki küretaj yaptıranların oranı %2,1 ve üç ve üzeri küretaj yaptıranların oranı %0,6 bulunmuştur. Öztaş ve arkadaşlarının (2012) 18-49 yaş arası evli kadınların aile planlaması ve doğum kontrolü hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada küretaj oranı %17,4 bulunmuştur. Küretaj sayısı bir olanlar %63, iki olanlar %26,1, üç olanlar %10,8 bulundu. Ege ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada küretaj oranı %29,9 bulunmuştur. Araştırma bulguları Öztaş ve arkadaşlarının ve Ege ve arkadaşlarının çalışma bulgularından düşük olduğu görülmektedir.

7.2. Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörleri ile Doğum Sayısının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

35 yaş üstü kadınlar ile doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların 35 yaş üstü (%20) olması, Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%18,4) ile benzer bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre kadınların %36'sının 30 yaşından sonra doğum yapmakta olduğu bulunmuştur. Araştırma bulguları, kadınların eğitim sürelerinin uzamış olması nedeniyle TNSA 2013 verilerinden düşük olduğu düşünülmektedir. Sütü ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışma bulguları (%8,1), Gümüldaş ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışma bulguları (%7,3) bu araştırmanın (İstanbul) ve diğer çalışmaların (Burdur-Erzurum) farklı illerde yapılmış olması nedeniyle farklı olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların, %7,2'sinin BKİ'i 18,5 altında bulundu. BKİ'i 18,5 altında olan kadınlar ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların %34,1'inin BKİ'i 25 üzerinde bulundu. BKİ'i 25 üzerinde olan kadınlar ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.1). Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmada %56,1'inin BKİ 18,5 altı bulunmuştur. TNSA 2013 verilerine göre BKİ 18,5 ve

altında olanların oranı %3,6, BKİ 25 ve üstü olanların oranı %55 olarak bulunmuştur. Kaptı Ata ve Şahin'in (2015) yapmış oldukları çalışmada %11,1'inin BKİ 18,5 ve altında, %30,2'sinin ise 25 ve üstünde bulunmuştur. Araştırma verileri TNSA 2013 verileri ve Kaptı Ata ve Şahin'in çalışma bulguları ile kısmen benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmalardaki oranlara bakıldığında, toplumun az bir kesiminin BKİ 18,5 ve altı olduğu, neredeyse yarıya yakın kesimi ise 25 ve üzerinde olduğu bulunmuştur. Anderson ve arkadaşlarının (2006) prekonsepsiyonel dönem ve gebelik sırasında, olumsuz gebelik sonuçları için risk faktörlerinin prevelansını değerlendirmek ve kadının prekonsepsiyonel dönem gebelik arasındaki farklarını tespit etmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada kadınların BKİ oranına bakıldığında %46'sının 25 ve üzerinde olduğu bulunmuştur.

Araştırmada akraba evliliği, doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.1). Akraba evliliği yapanların daha çok doğum yaptıkları bulundu. Araştırmaya katılan kadınların akraba evliliği oranı (%5,9), Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışma (%7,6) ve Babacan Gümüş ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışma (%9,3) ile benzer bulunmuştur. TÜİK 2016 verilerine göre eşiyile akraba olduğunu söyleyenlerin oranı %23,2 olarak farklı olması örneklem büyüklüklerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Araştırmanın sadece İstanbul Kadıköy bölgesinde yapılmış olması TÜİK verilerinden düşük olmasının nedeni olarak düşünülmektedir.

Egzersiz alışkanlığı oranı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların egzersiz alışkanlığı oranı (%17,6), Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış olduğu çalışmadan (%4) farklı bulunması, katılan kadınların çoğunluğunun ekonomik durumlarını kötü olarak belirtmeleri sonucu farklılık olduğu düşünülmektedir. Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulgularında egzersiz alışkanlığı (%11,6) oranının düşük olması çalışmayan kadınların oranının %71,2 olması sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalma oranı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalma oranı (%8,3) çoğu

çalışmadan düşük bulundu. Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışma (%14), Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma (%13,2) ve Agricola ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışma bulgularına (%19,5) göre düşük olması kadınların eğitim seviyelerinin yüksek olması ve mesleki farklılıklar sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların ev ortamında zararlı maddeye maruz kalma oranı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların ev ortamında zararlı maddeye maruz kalma oranı (%7,9) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%88,2) farklı bulunmuştur. Bunun nedeni olarak Karataş'ın çalışmasındaki kadınların %71,2'sinin çalışmıyor olması sonucu olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların aile içi şiddet öyküsü %0,3 olarak bulundu. Aile içi şiddet öyküsü ile doğum sayısı karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.1). Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada aile içi şiddet %5,6 bulunmuştur. TNSA 2013 verilerinde ise kadınların %13'ü şiddete maruz kalmak için bir nedenin kabul edilebilir bir durum olarak belirtilmiştir. Ruiz Perez ve arkadaşlarının (2009) fibromyalji ile kadına şiddet arasındaki ilişkiyi analiz etmek ve fibromyalji ile sosyodemografik faktörler, sosyal destek ve psikolojik sıkıntı arasındaki ilişkiyi analiz etmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada %21,9 fiziksel şiddet bulunmuştur. Dönmez ve arkadaşlarının (2012) 25-49 yaş arası evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet uygulama durumunun, türlerinin ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmada %37,5 fiziksel şiddet bulunmuştur. Karataş'ın yapmış olduğu çalışmada %38,4 aile içi şiddet bulunmuştur. Wolff ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışmada %58,6 hayat boyu en az bir kez şiddete maruz kalma bulunmuştur. Araştırma bulguları karşılaştırılan yurt içi ve yurt dışı çalışmalardan düşük bulundu. Aile içi şiddet birçok faktörden (eğitim durumu, ekonomik durumu, çalışma durumu, psikolojik hastalıkları vb.) etkilenmektedir. Ayrıca, kadınların eğitim düzeylerinin, çalışanların ve sosyal konumlarının yüksek olması nedeniyle şiddet gördüklerini ifade etmiyor olabileceği için de oranın düşük çıkabileceği düşünülmektedir.

Doğum sayısı ile evcil hayvan besleme oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların evcil

hayvan besleme oranı (%9) Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%8,4) ile benzerlik göstermektedir. Araştırma bulguları, Kihlström ve arkadaşlarının (2003) gebelikte alerjenlere maruz kalmanın gebelikte duyarlılık ve çocukta atipik hastalığın gelişimindeki rolünü belirlemek için yapmış oldukları çalışma bulgularından (%35,4) farklı bulundu. Kültürel farklılıklar nedeniyle ülkemizde ev içinde evcil hayvan besleme oranının düşük olabileceği düşünülmektedir.

Kadınların diyet yapma oranı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların diyet yapma oranı (%15,2), Stephenson ve arkadaşlarının (2018) kadınların gebeliğe ne ölçüde hazırlandığını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma (%16,1) ile benzerlik göstermektedir. Çayır ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada diyet yapma oranı (%37) bu araştırmadan farklı bulunmuştur. Çayır ve arkadaşlarının obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapmış oldukları çalışmaya katılan kadınların %33,6'sının çocukluk döneminde de obezite öyküsünün olmaları sonucu diyet yapma oranının yüksek bulunduğu düşünülmektedir. Kadınların kahve alımı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu (Tablo 6.2.1). Araştırmaya katılan kadınların kahve alımı (%15,9), Baştürk ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmadan (%58) farklı bulundu. Kültürel farklılıklar sonucu olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %32,4'ünde aneminin olduğu ve doğum sayısı ile karşılaştırıldığında aralarında ileri düzeyde istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu. Anemi, kadınların %36,6'sında demir eksikliği anemisi şeklinde olduğu ancak doğum sayısı ile karşılaştırıldığında anlamlı fark olmadığı saptandı (Tablo 6.2.2). Baştürk ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmadaki (%32,5) anemi bulguları ile benzer bulunmuştur. Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada (%16,9) anemi oranı çalışmaya katılan kadınların doğum sayılarının ($0,44 \pm 0,62$) bu araştırmaya göre ($0,99 \pm 0,81$) az olması nedeniyle düşük olabileceği düşünülmüştür. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada, kadınların %45,4'ünün ikiden fazla doğum yapmış olması nedeniyle anemi (%72) oranı yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların hepatit B taşıyıcılığı oranı %1 bulundu. Kadınların hepatit B taşıyıcılığı oranı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel

olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.2). Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada %4,9 Hepatit B taşıyıcılığı bulunmuştur. Araştırma bulguları Genç Koyucu ve arkadaşlarının çalışma bulgularından düşük bulunmuştur. Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) çalışması hastane ortamında katılımcıların tümünden kan alınarak Hepatit B taşıyıcılığının belirlenmesi sonucu olduğu, bu çalışmada ise Aile Sağlığı Merkezine gelen ve sadece bilinenlerin sorgulanması sonucu oranın düşük olduğu düşünülmektedir.

Doğum sayısı ile depresyon oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.2). Araştırmaya katılan kadınların depresyon oranı (%2,4) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%5,2), Anderson ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışma bulguları (%12,8) ve Cheng ve arkadaşlarının (2009) gebelik öncesinde ve sonrasında istenmeyen gebelikler ile anne davranışları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışma bulguları (%13,6) farklı bulunmuştur. Bunun nedeni olarak Karataş'ın çalışmasında kadınların %38,4'ünün aile içi şiddet görmesi, Anderson ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların %53,9'unun alkol kullanması ve Cheng ve arkadaşlarının çalışmasında %47,2'sinin doğum sayısının üçten fazla olması düşünülmektedir. Doğum sayısı ile kaygı durumu oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.2). Araştırmaya katılan kadınların kaygı durumu oranı (%4,5) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%1,2) farklı bulunmuştur.

Doğum sayısı ile astım görülme oranı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.2). Araştırmaya katılan kadınlarda astım görülme oranı (%4,1) ile Genç Koyucu ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışma bulguları (%3,1), Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%4) benzer bulunmuştur.

Doğum sayısı ile ağız ve diş sorunu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.2). Araştırmaya katılan kadınların %5,5'inde ağız ve diş sağlığı sorunu bulundu. Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %62,9 ağız-diş sorunu bulunmuştur. Kısa ve Zeyneloğlu (2013) kadınların en son gebeliğindeki ağız hijyeni alışkanlıkları ve diş hekimine gitme durumlarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada diş hekimine gitme alışkanlığını

%0,6 düzenli, %99,4 düzensiz bulunmuştur. Kısa ve Zeyneloğlu aynı çalışmasında diş fırçalama sıklığı %32,5 1 kez, %28,4 2 veya daha fazla, %39,1 düzensiz bulunmuştur. Araştırma bulguları karşılaştırılan çalışma bulgularından düşük bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların %8,6'sında hipotiroidi bulundu ve doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.2). Araştırmaya katılan kadınların %1,7'sinde ise hipertiroidi bulundu ve doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlendi (Tablo 6.2.2). Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışmada %4,3 tiroid hastalığı bulunmuştur. Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %3,6 hipotiroidi, %3,6 hipertiroidi bulunmuştur.

Doğum sayısı ile tetanoz bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların tetanoz bağışıklığı (%58,3) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulgularının (%20,8) farklı olması bu araştırmadaki kadınların eğitim durumlarının ve gebelik sayılarının yüksek olması sonucu olduğu düşünülmektedir.

Doğum sayısı ile Hepatit B bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların Hepatit B bağışıklığı (%15,2) ile Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışma bulguları (%6,3) ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%20,8) farklı bulunmuştur.

Doğum sayısı ile kızamıkçık bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların kızamıkçık bağışıklığı (%32,4) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%80) farklı bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların kızamık bağışıklığı (%44,1) ile de Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%80) farklı bulunmuştur. Doğum sayısı ile kabakulak bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların kabakulak bağışıklığı (%53,1) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%82,8) farklı bulunmuştur. Doğum sayısı ile suçiçeği bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.3).

Araştırmaya katılan kadınların suçiçeği bağışıklığı (%53,4) ile Wolff ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışma bulguları (%95,3), Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%84) ve Aşık ve arkadaşlarının (2013) gebelerde toxoplazma ve rubella antikorlarının varlığının saptanması ve rutin taramaların gerekliliğine açıklık getirilmesi amacıyla yapmış oldukları çalışma bulguları (%92,1 rubella IgG, %1,2 rubella IgM) farklı bulunmuştur.

Doğum sayısı ile influenza bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların influenza bağışıklığı (%4,1) ile Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%11,2) farklı bulunmuştur. Çoğu hekim tarafından riskli gebelik dışındaki gebelere rutinde uygulanması önerilmediği için farklı bulunduğu düşünülmektedir.

Doğum sayısı ile toxoplazma bağışıklığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.3). Araştırmaya katılan kadınların toxoplazma bağışıklığı (%3,8), Aşık ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışma bulgularından (%22,7 toxoplazma IgG, %1,6 toxoplazma IgM) ve Wolff ve arkadaşlarının (2008) yapmış oldukları çalışma bulgularından (%42,1) düşük bulunmuştur. Bu araştırmada düşük bulunmasının nedeni olarak kadınların bu testin ne olduğunu bilmemeleri olduğu düşünülmektedir. Wolff ve arkadaşlarının çalışma bulgularından düşük bulunmasının nedeni ise evcil hayvan besleme oranının yurt dışında daha yüksek olması düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların %29'unun son bir ay içerisinde ilaç kullanımının olduğu ve doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.4). Araştırmaya katılan kadınların reçetesiz ilaç kullanımı (%31,4) ile Karataş'ın yapmış (2017) olduğu çalışma bulguları (%36,0), Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışma bulguları (%13,4) ve Genç Koyucu ve arkadaşlarının (2017) yapmış oldukları çalışma bulguları (%11,2) farklı bulunmuştur. Bunun nedeni olarak ülkemizdeki uygulamalar doğrultusunda eczanelerden reçetesiz birçok ilacı alınabilmesi sonucu yüksek bulunduğu düşünülmektedir (Tablo 6.2.4).

Folik asit kullanımı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.4). Araştırmaya katılan kadınların folik asit

kullanımı (%20,7) ile Çakmak ve arkadaşlarının (2006) prekonsepsiyonel dönemde ve gebeliğin erken döneminde folik asit ve folik asit içeren multivitamin preperatlarının kullanımı ve bunların önemi hakkındaki bilgilerini araştırmak için yapmış oldukları çalışma bulguları (%10,8), Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%38), kurumlarda hekim ve hemşireler tarafından standart uygulanmadığı için farklı bulunduğunu düşündürmektedir. Cheng ve arkadaşlarının (2009) yapmış oldukları çalışmada kadınların eğitiminin daha fazla oranda üniversite ve üstü eğitime sahip olması (%69,9) nedeniyle bulgular bu araştırmadan (%41,5) yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların demir kullanımı %25,2, iyot kullanımı %3,4 ve kalsiyum kullanımı %5,2 bulundu ve tümünün doğum sayısı ile karşılaştırıldıklarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.4).

Kan uyuşmazlığı ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.5). Araştırmaya katılan kadınların kan uyuşmazlığı (%7,9), Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışma bulgularından (%6,3) ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulgularından (%2,8) yüksek bulundu. Araştırmaya katılan kadınların eğitim seviyeleri karşılaştırılan diğer çalışma bulgularından yüksek olduğu için kan uyuşmazlığı kontrolü yaptırma hakkında bilgili oldukları düşünülmektedir.

Düşük öyküsü ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulundu (Tablo 6.2.5). Araştırmaya katılan kadınların düşük öyküsü olanlar %14,1, TNSA 2013 verilerinde %23 ve Sütü ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları çalışmada %30,5 bulunmuştur.

DDAB öyküsü doğum sayısı ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Araştırmaya katılan kadınların DDAB öyküsü (%5,9) ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%4,4) araştırmada gebelik sayısı yüksek olduğu için farklı bulunduğu düşünülmektedir. Doğum sayısı ile erken doğum öyküsü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Araştırmaya katılan kadınların erken doğum öyküsü (%10) ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%6) araştırmada gebelik sayısı yüksek olduğu için farklı bulunduğu düşünülmektedir. Gestasyonel diyabet öyküsü ile doğum sayısı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (Tablo

6.2.5). Araştırmaya katılan kadınların gestasyonel diyabet öyküsü (%2,8) ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışma bulguları (%2,8) benzer bulunmuştur.

Araştırmaya katılan kadınların gebeliklerinin arası 2 yıl ve daha fazla olanların sayısı %22,1 bulundu. Kaptı Ata ve Şahin, (2015) yapmış oldukları çalışmada %59,5 gebelikler arası 2 yıldan kısa bulunmuştur. Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %20 gebelikler arası 2 yıldan kısa bulunmuştur. TNSA 2013 verilerinde 20-29 yaş arası kadınlarda %24,4, 30-39 yaş arası kadınlarda %13,9, 40-49 yaş arası kadınlarda %4,6 gebeliklerin arası 2 yıldan kısa bulunmuştur. Ersoy ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada planlı gebelik yaşayanların %67,7, plansız gebelik yaşayanların %29,3 gebeliklerin arası 2 yıldan az bulunmuştur. Doğum sayısı ile gebelikler arası 2 yıl ve daha fazla olanların sayısı karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.6).

Araştırmaya katılan kadınların anormal PAP smear sonucu %1,7 ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %7 bulunmuştur. Doğum sayısı ile anormal PAP smear sonucu karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Araştırmaya katılan kadınların vaginal enfeksiyonu gösteren akıntı öyküsü %21,7 ve Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %70 bulunmuştur. Doğum sayısı ile vaginal enfeksiyonu gösteren akıntı öyküsü karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Araştırmaya katılan kadınların sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü %30 ve Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada %58,5 bulunmuştur. Doğum sayısı ile sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 6.2.6).

Araştırmaya katılan kadınların myoma uteri öyküsü %5,9, Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %14,9 bulunmuştur. Doğum sayısı ile myoma uteri öyküsü karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmadı. Araştırmaya katılan kadınların PCOS öyküsü %5,5, Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %25,7 bulunmuştur. Doğum sayısı ile PCOS öyküsü karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu. Araştırmaya katılan kadınların geçirilmiş uterin cerrahi operasyon oranı %42,8, Karataş'ın (2017) yapmış olduğu çalışmada %28,6 bulunmuştur. Doğum sayısı ile uterin cerrahi operasyon karşılaştırıldığında ileri düzeyde anlamlı fark bulundu (Tablo 6.2.6).

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerini belirlemek ve doğum sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlandı ve gerçekleştirildi. Gönüllü Olur Formu (EK 1), Tanıtıcı Bilgi Formu (EK 2), Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK 3) araştırma kapsamına alınan bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlara uygulandı. Araştırma sonucunda aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda tüm araştırma soruları cevaplanmıştır. Birinci sorunun yanıtı olarak; prekonsepsiyonel dönemde kadınlar bir veya birden fazla risk faktörüne sahiptirler. Bu risk faktörleri kadına ait bireysel öykü, hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, bağışıklık durumları, jinekolojik ve obstetrik öyküleri olabildiği gibi eşe ait bireysel öykü, hastalık öyküsü, kullanılan ilaçlar, bağışıklık durumları olabilmektedir.

İkinci sorunun yanıtı olarak aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Gebelik planlayan kadınların yaş ortalaması $30,21 \pm 5,19$ olarak (Tablo 6.1.1), eşlerinin yaş ortalaması ise $33,94 \pm 5,63$ (Tablo 6.1.3) olarak bulundu. Evlenme yaşlarına bakıldığında kadınların ortalaması $23,75 \pm 4,56$ (Tablo 6.1.1) olarak, eşlerinin evlenme yaşı ise $27,45 \pm 4,21$ (Tablo 6.1.3) olarak bulundu.
- Kadınların çoğunun üniversite ve üzeri (%42,4) eğitimi olduğu ve %49,7'sinin çalıştığı (Tablo 6.1.2); eşlerinin de çoğunun üniversite ve üzeri (%38,3) eğitimi olduğu ve %98,6'sının çalıştığı saptandı (Tablo 6.1.4).
- Gebelik planlayan kadınların BKİ ortalamalarına bakıldığında $23,98 \pm 4,30$ (Tablo 6.1.1), eşlerinin BKİ ortalamaları ise $26,74 \pm 4,21$ (Tablo 6.1.3) bulundu.
- Kadınların %12,2'sinde (Tablo 6.1.2), eşlerinin ise %7,9'unda (Tablo 6.1.4) herhangi bir kronik hastalığa sahip oldukları ve kadınların %10,7'si, eşlerinin ise %7,9'u sürekli ilaç kullandığı görüldü.
- Kadınların %23,1 sigara, %15,2'sinin alkol kullandığı; eşlerin ise %51'i sigara, %28,6'sı alkol kullandığı bulundu.

- Gebelik planlayan kadınların Rh negatif kan grubuna sahip olanların oranı %9, Rh pozitif kan grubuna sahip olanların oranı %91 bulundu. Eşlerinin Rh faktörüne bakıldığının %90 pozitif, %10 negatif bulundu.
- Gebelik planlayan kadınların %97,2'si çekirdek aile tipinde, ortalama $6,46 \pm 5,04$ yıl evlilik sürelerinin olduğu ve ekonomik durumunu %73,8'i orta olarak belirtti.
- Kadınların gebelik sayıları ortalaması $1,33 \pm 1,20$, doğum sayısı ortalaması $0,99 \pm 0,81$ ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması $0,97 \pm 0,81$ bulundu. Doğum şekillerine bakıldığında %34,5'i sezaryen doğum ve %28,3'ü normal doğum olduğu görüldü. Düşük sayısı ortalaması $0,21 \pm 0,60$ olup, %46'sının düşük yaptığı bulundu. İsteyerek küretaj sayısı ortalaması $0,12 \pm 0,46$ olup, %26'sının küretaj yaptırdığı saptandı (Tablo 6.1.6).
- Doğum sayısı arttıkça yaş ortalaması, BKİ değeri, evlenme yaşı, eşlerin yaşı, eşlerinin evlenme yaşları, evlilik süresi ortalaması anlamlı düzeyde artmaktadır ($p < 0,05$). Kadının ve eşinin eğitim düzeyi ile çalışan kadınların oranı azaldıkça doğum sayısının anlamlı düzeyde artmakta olduğu saptandı ($p < 0,05$). Doğum sayısı arttıkça evlenme yaşı ise azalmaktadır ($p < 0,05$) (Tablo 6.1.7).

Üçüncü araştırma sorusu kapsamında aşağıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

- Doğum sayısı, BKİ $25 \leq$, akraba evliliği, egzersiz alışkanlığı, çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalma, evcil hayvan besleme ve kahve alımı arasında anlamlı fark bulundu ($p < 0,05$)
- BKİ 25 ve üstü olan ve akraba evliliği olan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Ayrıca, kahve içmeyen, egzersiz yapmayan, çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalmayan, evcil hayvan beslemeyen kadınların da doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu ($p < 0,05$) (Tablo 6.2.1).
- Anemisi bulunan kadınların doğum sayısının ileri düzeyde anlamlı olarak daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,01$). Kaygı durumu olmayan kadınların da doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p < 0,05$) (Tablo 6.2.2).

- Tetanoz bağıışıklığı olan ancak Hepatit B bağıışıklığı olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.3).
- Takviye besin kullanımı olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.4).
- DDAB doğuran, yenidoğan ölümü olan, erken doğum öyküsü ve gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.5).
- Gebeliklerin arası en az 2 yıl olan, PCOS öyküsü olmayan kadınların doğum sayısının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 6.2.6).

Öneriler;

Araştırma bulgularımız gebelik planlayan kadınlarda doğum sayısı arttıkça bir kısım prekonsepsiyonel risk faktörlerinin de arttığı ancak eğitim düzeyi yükseldikçe risk faktörleri göz önüne alınarak gebeliklerin de planlandığı görülmektedir. Sahip olunan risk faktörleri kadın ve çocuk sağlığını etkileyebilecek düzeydedir. Bu risk faktörleri tespit edilip, önlemlerin alınması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarına göre aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- Tüm sağlık hizmet basamaklarında, hemşirelerin danışmanlık rolleri bulunmaktadır. Öncelikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde olmak üzere tüm sağlık basamaklarında çalışan sağlık profesyonellerinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve risk faktörleri konusunda hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda gebe kalmayı planlayan kadınlar ile eşlerine, eğitim ve bilgilendirmelerin de rutin bir uygulama haline dönüştürülmelidir.
- Toplumda, gebelik planlayan kadınların gebelikte olduğu kadar gebelik öncesinde de sağlık kontrolünden geçmelerinin önemli olduğu konusunda bilgilendirme programları planlanmalıdır.
- Prekonsepsiyonel risk faktörlerini tespit etmek için Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış standart bir ölçeğin geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

- Prekonsepsiyonel dönem ve risk faktörleri ile ilgili daha geniş kapsamlı çalışmaların yapılması gerektiği düşünülmektedir.



9. KAYNAKÇA

ACOG. (2002). ACOG practice bulletin Diagnosis and Management of Preeclampsia and Eclampsia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 33, 67–75. doi:10.1214/13-AOAS685

Adalı, E., Üreyen, E. (2013). Polikistik Over Sendromu ve Gebelik. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, [özet] ,6(4),49-54.

Agricola, E., Gesualdo, F., Carloni, E., D'Ambrosio, A., Russo, L. (2016). Investigating paternal preconception risk factors for adverse pregnancy outcomes in a population of internet users. *Reproductive Health*, 13, 37–44. doi:10.1186/s12978-016-0156-6

Akkoca, A. N., Kurt, R. K., Soylu Karapınar, O., Özler, S., Özer, C. (2014). Folic Acid Use and Knowledge about among Women in Reproductive Age. *Turkish Journal Of Family Medicine And Primary Care (TJFMPC)*, 8(2), 35–8.

Aksoy, A. N. (2008). Hyperemesis Incidence in Planned versus Unplanned Pregnancy. *The Eurasian Journal of Medicine*, 40, 72–4.

Akşin, Ş. (2017). Recurrent pregnancy loss. *Van Medical Journal*, 24(4), 410–4. <https://doi.org/10.5505/vtd.2017.83803>

American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice Committee Opinion. (2010). Influenza vaccination during pregnancy. *Obstet Gynecology*, 116(4), 1006-7.

Anderson, J. E., Ebrahim, S., Floyd, L., Atrash, H. (2006). Prevalence of Risk Factors for Adverse Pregnancy Outcomes During Pregnancy and the Preconception Period-United States, 2002–2004. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 101–6. doi:10.1007/s10995-006-0093-z

Arslan, H., Özkan, A. (2005), “Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi”, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 36(2), 65-71.

Aslan Çetin, B., Köroğlu, N., Yalçın Bahat, P., Akça, A., Barut, S. (2017). Paritenin İleri Anne Yaşı Gebeliklerde Obstetrik Sonuçlara Etkisi. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 33(3), 130–3. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.05.004>

Aşık, G., Ünlü, B. S., Er, H., Yoldaş, Ö., Köken, G. (2013). Afyon bölgesinde gebelerde Toksoplazma ve Rubella seroprevelansı. *Pamukkale Tıp Dergisi*, 6(3), 128–132.

Babacan Gümüş, A., Çevik, N., Hataf Hyusni, S., Biçen, Ş., Keskin, G. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler. *Anatol J Clin Investig*, 5(1), 7–14.

Başgöl, Ş, Oskay, Ü. (2012), “Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar.” *International Journal of Human Sciences*, 9(2),1524–34.

Baştürk, A., Kutlucan, L., Kutlucan, A., Pekin, A. T., Akıncı, S. (2016). Evaluation of Pregnant Women Awareness About Anemia and Factors Affecting the Development of Anemia. *European Journal of Health Sciences*, 2(1), 1–4. <https://doi.org/10.5505/eurjhs.2016.46855>

Baysoy, N. G., Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23, 77–90. <https://doi.org/10.5152/gmj.2012.25>

Beji, N., Dişsiz, M. (2016), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İçinde: Gebelik ve Hemşirelik Yaklaşımı. Beji, N., (eds), 2. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri., s:308-309.

Berglund, A., Lindmark, G. (2016). Preconception health and care (PHC)—a strategy for improved maternal and child health. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 216–21. <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1191564>

Bilgiç, D., Dağlar, G., Aydın Özkan, S., Kadioğlu, M. (2015). Postpartum Depresyonda Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *KASHED*, 2(2), 13–35.

Borges, A. L. V., Santos, O. A. dos, Nascimento, N. de C., Chofakian, C. B. do N. ve Gomes-Sponholz, F. A. (2016). Preconception health behaviors associated with pregnancy planning status among Brazilian women. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2), 208–216. doi:10.1590/S0080-623420160000200005

Cangöl, E., Tokuç, B. (2013). Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2), 85–91.

CDC, (<https://www.cdc.gov/preconception/planning.html>) (Erişim tarihi: 23 Ekim 2018 22:32)

Cheng, D., Schwarz, E. B., Douglas, E. ve Horon, I. (2009). Unintended pregnancy and associated maternal preconception, prenatal and postpartum behaviors. *Contraception*, 79(3), 194–8. doi:10.1016/j.contraception.2008.09.009

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Coşansu, G. (2015), *Hemşirelikte Araştırma. İçinde: Verilerin Analizi ve Yorumlanması*. Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M. N., (eds). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s: 259-66.

Coşkun, A. (2011). Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3), 8–15.

Coşkun, A., (2012), *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İçinde: Genetik Danışmanlık ve Prekonsepsiyonel Bakım*. Coşkun, A., Güngör, İ., (eds.), 1. Baskı, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları., s:122-128.

Coşkun, A., Karakaya, E. (Eds.). (2016), *Güvenli Annelik Eğitim ve Danışmanlık Beceri Rehberi*, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri., s:19-20.

Cömert, E., Çetin, M. T., Çetin, C., Sucu, M., Özsürmeli, M. (2017). The Effect of Hysteroscopic Uterine Septum Surgery on Pregnancy Rates. *Türk Üreme Tıbbi ve Cerrahisi Dergisi*, 1(2), 82–6. <https://doi.org/10.24074/tjrms.2017-55951>

Çakmak, P., Minareci, Y., Yuvaç, O., Var, T., Güngör, T. (2006). Gebelik Öncesi Dönem Ve Gebelikte Folik Asit Kullanımı. *Dr Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 3(3), 157–61.

Çayır, A., Atak, N. ve Köse, S. K. (2011). Beslenme ve Diyet Kliniğine Başvuranlarda Obezite Durumu ve Etkili Faktörlerin Belirlenmesi*. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 64(1), 13–9. doi:10.1501/Tıpfak

Çim, N. (2014), Kalp Hastalığı ve Gebelik, *Türkiye Klinikleri J Fam-Med Special Topics*, [özet], 5(5), 95-9.

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: promoting reproductive planning. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S2>

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S1>

Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S3>

Deniz, R., Baykuş, Y., Çelik Kavak, E. (2016). Approach to Recurrent Early Pregnancy Loss. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 6(2), 130–137. <https://doi.org/10.5505/kjms.2016.15010>

Devlet Planlama Teşkilatı. (2010). Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu Türkiye. *Binyıl Kalkınma Hedefleri Raporu*, 31–42.

Doğaner, G., Gölbaşı, Z. (2011), “Prekonsepsiyonel Danışmanlık”, *Sted*, 20(5), 215-21.

Douglas Wilson, R., Audibert, F., Brock, J.-A., Cartier, L., Désilets, V. A. (2011). Genetic Considerations for a Woman's Pre-conception Evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 33(1), 57–64. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34774-0](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34774-0)

Dönmez, G., Şimşek, H., Günay, T. (2012). Evli erkeklerde eşlerine yönelik şiddet ve ilişkili etmenler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 10(3), 151–9.

Ege, E., Akın, B., Altuntuğ, K., Kal, H. E. ve Bıçakçı, H. (2011). Küretaj polikliniğine başvuran kadınların acil kontrasepsiyon bilgi ve uygulamaları*. *Genel Tıp Dergisi*, 21(1), 5–10.

Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E. Y., Ersoy, A. Ö., Tokmak, A. (2015). Individual features and contraceptive attitudes of women who had unintended pregnancy. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 250–5. <https://doi.org/10.5799/ahinjs.01.2015.03.0528>

Ertuğ, S., Okyay, P., Turkmen, M., Yuksel, H. (2005). Seroprevalence and risk factors for toxoplasmainfection among pregnant women in Aydin province, Turkey. *BMC Public Health*, 5(66), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-66>

Genç Koyucu, R., Tosun, Y. ve Katran, B. (2017). Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık Gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing*, 3(3), 116–21. doi:10.5222/jaren.2017.116

Goodfellow, A., Frank, J., McAteer, J., Rankin, J. (2017). Improving preconception health and care: a situation analysis. *BMC Health Services Research*, 17(1), 595–602. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2544-1>

Gözdemir, E., Kaygusuz, İ. (2014). Gebelikte Tetanoz Aşısı. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 6(3), 159–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.205.1.76a>

Gun, C., Demirci, N., Otrar, M. (2014). Use of Complementary Alternative Therapies for Dysmenorrhea Management. *Spatula DD*, 4(4), 191–7. <https://doi.org/10.5455/spatula.20141113043446>

Gümüşdaş, M., Ejder Apay, S., Özorhan, E. Y. (2014). Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko- Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması. *HSP*, 1(2), 32–42.

Güngör, İ., Rathfisch, G., Kızılkaya Beji, N. (2013). Kadın Sağlığı Hemşirelerinin Rol Yetki ve Sorumluluklarının Uluslararası Düzeyde İrdelenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(1), 49–56.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara:2013.

Hergenç, G. (2014). Beslenme, Sağlık ve Hastalıkta. İstanbul: Nobel tıp kitabevi.

ICSI. (2006). “Preconception counseling assessment form”. ICSI Health Care Guideline, 1–2.

Jack, B. W., Atrash, H., Bickmore, T., Johnson, K. (2008). The future of preconception care. *Women’s Health Issues*, 18(6), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.09.004>

Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K. (2006). Recommendations and Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care-United States. *Reports Centers for Disease Control & Prevention*, 55(6), 1–23. <http://www.jstor.org/stable/24842326>

Kaptı Ata, K. ve Hotun şahin, N. (2015). Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(4), 112–7. doi:10.16948/zktb.51337

Karataş, Meral. (2017), Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Sağlık Riskleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi, Yanyınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas; (Danışman: Zehra Gölbaşı).

Kırmızıgül, Ebru. (2014), Yeni Evlenecek Çiftlerin Evliliğe Yönelik Görüşleri ile Üreme Sağlığı Bilgi ve Gereksinimleri, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara; (Danışman: Gül Pınar)

Kısa, S., Zeyneloğlu, S. (2013). Doğum Sonu Servisinde Yatan Kadınların Gebelikteki Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Diş Hekimine Gitme Durumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(1), 65–74. <https://doi.org/10.5455/pmb.1344345051>

Kihlström, A., Lilja, G., Pershagen, G. ve Hedlin, G. (2003). Exposure to high doses of birch pollen during pregnancy and risk of sensitization and atopic disease in the child. *Allergy*, 58, 871–7.

Kroger, A. T., Sumaya, C. V., Pickering, L. K., Atkinson, W. L. (2011). General Recommendations on Immunization Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Centers for Disease Control and Prevention-Morbidity and Mortality Weekly Report*, 60(2), 3–60. <https://doi.org/10.4018/978-1-5225-3867-7.ch003>

Landkroon, A. P., de Weerd, S., van Vliet-Lachotzki, E., Steegers, E. A. P. (2010). Validation of an Internet Questionnaire for Risk Assessment in Preconception Care. *Public Health Genomics*, 13(2), 89–94. <https://doi.org/10.1159/000228980>

Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-12. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S6

Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-20. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S5>

Lassi, Z. S., Mansoor, T., Salam, R. A., Das, J. K., Bhutta, Z. A. (2014). Essential pre-pregnancy and pregnancy interventions for improved maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 1), S2. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S1-S2>

Magnussen, E.B., Vatten L.J., Lund-Nilsen TI., Salvesen K.Å., Smith G.D. (2007). Prepregnancy Cardiovascular Risk Factors as Predictors of Pre-eclampsia: Population Based Cohort Study. *BMJ*, 335(7627), 978.

Mason, E., Chandra-Mouli, V., Baltag, V., Christiansen, C., Lassi, Z. S. (2014). Preconception care: advancing from ‘important to do and can be done’ to ‘is being done and is making a difference.’ *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S8>

Mecdi, M., Hotun Şahin, N. (2015). Gebelikte Ağız ve Diş Sorunu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 24(4), 163–168.

Molina, R. C., Roca, C. G., Zamorano, J. S., Araya, E. G. (2010). Family planning and adolescent pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(2), 209–22. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2009.09.008>

Mukaddes, N. M. (2014), Çocuk Ergen Psikiyatrisi. İçinde; Otizm Spektrum Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Murphy, N. A., Elias, E. R. (2006). Sexuality of Children and Adolescents With Developmental Disabilities. *American Academy of Pediatrics*, 118(1), 398–403. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1115>

Örgül, G., Soyak, B., Aydın, E., Tanaçan, A., Çağan, M.n(2017). 22 Haftayı Geçemeyen Gebelikler. *Jinekoloj-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 14(2), 66–9.

Özbudak, H., Ünal, Z., Sabuncuoğlu, S. (2016). Gebelikte Non-Steroidall Antiinflatuvar İlaçların Kullanımının Değerlendirilmesi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 20(2), 64–71. doi:10.12991/mpj.20162059818

Özcan, H., Arar, İ. ve Çakır, A. (2018). Babalar ve Gebelik Süreci. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 72–6.

Özkan, A., Arslan, H. (2007). Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4), 155–61.

Öztaş, Ö., Baydar Artantaş, A., Kayhan Tetik, B., Üstü, Y., Uğurlu, M. (2015). 18-49 Yaş Grubu Evli Kadınların Üreme Sağlığı ve Kontrasepsiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Ankara Medical Journal*, 15(2), 67–76. doi:10.17098/amj.13642

Öztürk, Z. (2014). İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti. *Sted*, 23(5), 201–5. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/198308#page=23>

Perrin, M. C., Brown, A. S., Malaspina, D. (2006). Aberrant Epigenetic Regulation Could Explain the Relationship of Paternal Age to Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 33(6), 1270–3. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm093>

Romundstad, P. R., Smith, G. D., Nilsen, T. I. L., Vatten, L. J. (2007). Associations of Prepregnancy Cardiovascular Risk Factors with the Offspring's Birth Weight. *American Journal of Epidemiology*, 166(12), 1359–64. doi:10.1093/aje/kwm272

Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castaño, J., Cáliz-Cáliz, R., Rodríguez-Calvo, I., García-Sánchez, A. (2009). Risk factors for fibromyalgia: the role of violence against women. *Clinical Rheumatology*, 28(7), 777–86. <https://doi.org/10.1007/s10067-009-1147-6>

Singh, G., Sidhu, K. (2010). Bad Obstetric History: A Prospective Study. *Medical Journal Armed Forces India*, 66(2), 117–20. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(10\)80121-2](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(10)80121-2)

Sönmez, Ç., Öztürk Kaymak, A., Güntaş, G. (2014). Halk Sağlığı Problemi Olan Talasemilerde Laftaboratuvar. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 71(4), 221–8.

Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830–41. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30311-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30311-8)

Sütlü, S., Çatak, B., Kılınç, S., Taşdemir, B., Dinç, M. (2012). Doğum Öncesi Bakımın Neresindeyiz? Toplum Tabanlı bir Araştırma. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 21(5), 264-5.

Şahin, M., Yurdakul, M. (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1), 805.
<http://dergipark.gov.tr/download/article-file/95097>

Şen, Bülent. (2009), Evlenmek Üzere Başvuruda Bulunan Bir Grup Nişanlı Çiftin Evlilik ve “Evlilik Öncesi Çift Eğitimi”ne İlişkin Bilgi Görüş ve Değerlendirmeleri, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara; (Danışman: Vedat Işıkhan).

T.C. Resmi Gazete, Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, sayı:27910, 19 Nisan 2011. Başbakanlık Basımevi, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Umumi Hıfzısıhha Kanunu, sayı:1593 tarih:12 Temmuz 2012
<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1593.pdf> (Erişim tarihi: 10 Ekim 2018)

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Kurumu. (2014). *Doğum öncesi Bakım Yönetim Rehberi 2014*. s:1-32.

T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sayı:6111 Tarih: 25 Şubat 2008.

Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R., Burke, A. E. (2010). Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, 32(1), 152–74.
<https://doi.org/10.1093/epirev/mxq012>

Türk Hemşireler Derneği, http://thd.org.tr/THD_Halk/?sayfa=talasemi (Erişim tarihi: 03 Ekim 2018)

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Aile, sayı:24646. 10 Mayıs 2017
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24646>

Türkiye İstatistik Kurumu, İstatistiklerle Çocuk, sayı:27596. 18 Nisan 2018
<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27596>

US Department of Health and Human Services-HHS Health Resources and Services Administration, Bureau of Health Professions ve Division of Nursing. (2002). Nurse Practitioner Primary Care Competencies in Specialty Areas: Adult, Family, Gerontological, Pediatric and Women's Health, 84.

Uzdil, Z., Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte Çeşitli Besin Öğeleri Tüketiminin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 117–21. <https://doi.org/10.5505/bsbd.2015.00710>

Uzuner, A., Başgül, A., Kalaça, S., Kavak, Z. N., Tural, A. (2006). Gebelik Tanısı Alma Zamanı ve İlişkili Faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 10(4), 156–9.

Van Gelder, M. M. H. J., Reefhuis, J., Caton, A. R., Werler, M. M., Druschel, C. M. (2009). Maternal Periconceptional Illicit Drug Use and the Risk of Congenital Malformations. *Epidemiology*, 20(1), 60–6. doi:10.1097/EDE.0b013e318187cc5d

Van Os, J., Rutten, B. P. F., Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: Review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), s:1066–82. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn117>

Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A. P., Costanza, M. C., Delieutraz-Marchand, J. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8(1), 93. doi:10.1186/1471-2458-8-93

World Health Organization, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi> (Erişim tarihi: 3 Aralık 2018)

World Health Organization. (2005). Make Every Mother and Child Count, 1-212.

World Health Organization. (2007). A Safer Future. Global Public Health Security In The 21st Century, 1-69.

World Health Organization. (2012). World Health Statistics. 1-177.

World Health Organization. (2013). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child, 1-8.

Yazar, S., Yaman, O., Şahin, İ. (2005). Toxoplasma gondii Seropozitif Gebelerde IgG-Avidite Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Türkiye Parazitoloji Dergisi*, 29(4), 221–3.

Yıldız, Y., Yapar Eyi, E. G. (2012). Gebelikte annenin anemisi. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 9(35), 1456–9.

Yılmaz, T., Dinç, H., Demirgöz Bal, M. (2015), Gebelerin Fetal Sağlığının Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar, *G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN*, 1(1), 21-9.



10. EKLER

EK 1. Gönüllü Olur Formu

Gönüllü Olur Formu

Sizi “*Gebelik Planlayan Kadınlarda Gebelik Öncesi Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*” başlıklı bir araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmacının neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebekler için gebelik öncesi risk faktörlerini belirlemek istedik. Bu nedenle bu araştırma, gebelik öncesi risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla planlandı. Araştırma için hazırlanan “Tanıtıcı Özellikler Formu ve Gebelik Öncesi Risk Değerlendirme Formu” nu doldurmanızı istiyoruz. Tanıtıcı özellikler formu, hem kadına hem eşine ait bilgileri içermektedir ve 41 sorudan oluşmaktadır. Gebelik öncesi değerlendirme formu ise, 6 bölümden ve 87 sorudan oluşmaktadır.

Aile sağlığı merkezine başvuran, 18-45 yaş aralığında bulunan ve bir yıl içerisinde gebelik birinci, ikinci ve üçüncü gebeliğini planlayan kadınlar araştırmaya dahil edilecektir. Bu anket çalışmasına katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Araştırmaya katılmayı red etme hakkına sahipsiniz. İstedığınız anda bana haber vererek çalışmadan çekilebilir ya da gerek görüldüğünde araştırma dışında tutulabilirsiniz. Siz araştırmadan çekildiğimizde hastalığınız ya da tedaviniz ile ilgili hiçbir aksama olmayacaktır. Araştırmaya katıldığınızda herhangi bir ödeme ya da harcama yapmayacaksınız. Sizden alınan bilgiler yalnızca adı geçen çalışmadan kullanılacaktır. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır.

__/__/2018

Katılımcının imzası

Araştırmacı
Merve CÖMERT

EK 2. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Bu çalışma, bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda gebelik öncesi risk faktörlerini belirlemek ve gebelik sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. Elde edilen veriler bilimsel araştırma olarak kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar saklı kalacağı için, sorulara içtenlikle ve doğru şekilde cevap vermenizi bekleriz. Bu çalışmaya yapacağınız katkıdan dolayı teşekkür ediyoruz.

Anket No:

Tarih ____/____/2018

Kadının Demografik Özellikleri:

1. Yaş:
2. Doğum Yeri:
3. Yaşamını en uzun süre geçirdiği yer 1) Köy 3) Şehir
2) Kasaba 4) Büyük şehir
4. Kan grubu:
5. Kilo:
6. Boy:
7. BKİ:
8. Eğitim durumu: 1) İlkokul ve altı 3) Lise
2) Ortaokul 4) Üniversite ve üstü
9. Mesleği: 1) Ev hanımı 2) Çalışan 3) Emekli
10. Sosyal güvence: 1) Yok 4) Bağkur
2) SSK 5) GSS
3) Emekli Sandığı
11. Evlenme yaşı:
12. Kronik hastalık: 1) Yok 2)
13. Sürekli kullanılan ilaç: 1) Yok 2).....
14. Sigara kullanımı: 1) Yok 2) Var
15. Alkol kullanımı: 1) Yok 2) Var
16. Madde kullanımı: 1) Yok 2) Var

Eşin Demografik Özellikleri:

17. Yaş:

18. Doğum Yeri:

19. Yaşamını en uzun süre geçirdiği yer 1) Köy 3) Şehir
2) Kasaba 4) Büyük şehir

20. Kan grubu:

21. Kilo:

22. Boy:

23. BKİ:

24. Eğitim durumu: 1) İlkokul ve altı 3) Lise
2) Ortaokul 4) Üniversite ve üstü

25. Mesleği: 1) Çalışmıyor 2) Çalışan 3) Emekli

26. Sosyal güvence: 1) Yok 4) Bağkur
2) SSK 5) GSS
3) Emekli Sandığı

27. Evlenme yaşı:

28. Kronik hastalık: 1) Yok 2)

29. Sürekli kullanılan ilaç: 1) Yok 2).....

30. Sigara kullanımı: 1) Yok 2) Var

31. Alkol kullanımı: 1) Yok 2) Var

32. Madde kullanımı: 1) Yok 2) Var

Ailevi Özellikler:

33. Medeni Durum: 1) Bekar 2) Resmi nikah

34. Aile Tipi: 1) Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

35. Algılanan Ekonomik Durum: 1) İyi 2) Orta 3) Kötü

36. Evlilik süresi:

Obstetrik Özellikler

37. Gebelik sayısı:

38. Doğum sayısı:

39. Doğum şekli: 1) Yok 2) Normal doğum
3) Sezaryan doğum 4) Normal ve sezaryen doğum

40. Düşük sayısı:

41. İsteyerek küretaj sayısı:

EK 3. Prekonsepsiyonel Bakım Risk Değerlendirme Formu

PREKONSEPSİYONEL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

Bu çalışma, bir yıl içerisinde gebelik planlayan kadınlarda gebelik öncesi risk faktörlerini belirlemek ve gebelik sayısına göre risk faktörleri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı nitelikte planlanmıştır. Elde edilen veriler bilimsel araştırma olarak kullanılacaktır. Vereceğiniz cevaplar saklı kalacağı için, sorulara içtenlikle ve doğru şekilde cevap vermenizi bekleriz. Bu çalışmaya yapacağınız katkıdan dolayı teşekkür ediyoruz.

Anket No:

__/__/2018

Bireysel Öykü	Evet	Hayır
1. 18 yaş altı		
2. 35 yaş üstü		
3. Eşinin 55 yaş üstü olması		
4. BKİ 18,5 >		
5. BKİ 25 <		
6. Akraba evliliği		
7. Egzersiz alışkanlığı		
8. Çalışma ortamında zararlı maddeye maruz kalma		
9. Ev ortamında zararlı maddeye maruz kalma		
10.Fiziksel engel		
11.Zihinsel engel		
12.Aile içi şiddet öyküsü		
13.Evcil hayvan besleme		
14.Diyet yapma		
15.Kahve alımı (günde 2 fincandan fazla)		
Hastalık Öyküsü	Evet	Hayır
1. Anemi (hemogloblin değerinin 11 g/dl ↓)		
2. Demir eksikliği anemisi		
3. Hepatit B taşıyıcılığı		
4. Diabetes Mellitus		
5. Açlık kan şekerinin (110 mg/dl ↑)		
6. Hipertansiyon		
7. Epilepsi		
8. Depresyon		
9. Kaygı Durumu		
10.Bipolar Bozukluk		
11.Şizofreni		
12.Tüberküloz		
13.Kalp hastalıkları		

14.Böbrek hastalıkları		
15.Romatoid artrit		
16.Astım		
17.Ağız-diş sorunu		
18.Hipotiroidi		
19.Hipertiroidi		
20.Hiperlipidemi		
21.Talasemi taşıyıcılığı		
22.Koagülasyon bozukluğu		
23.Kanser öyküsü		
Taramalar ve Aşılar	Evet	Hayır
1. Genetik hastalık taraması		
2. Tetanoz bağışıklığı		
3. Hepatit B bağışıklığı		
4. Kızamıkçık bağışıklığı		
5. Kızamık bağışıklığı		
6. Kabakulak bağışıklığı		
7. Suçiçeği bağışıklığı		
8. İnfluenza bağışıklığı		
9. Toxoplazma		
İlaç Kullanım Öyküsü	Evet	Hayır
1. Son bir ay içerisinde ilaç kullanımı		
2. Reçetesiz ilaç kullanımı		
3. Folik asit kullanımı		
4. Demir kullanımı		
5. İyot alımı		
6. Kalsiyum kullanımı		
7. Zayıflama çayı kullanımı		
8. Bitkisel ürün kullanımı		
9. Takviye besin kullanımı		
10.Aspirin/Coumadin kullanımı		
Obstetrik Öykü	Evet	Hayır
1. Kan uyuşmazlığı		
2. Düşük öyküsü		
3. Preeklamsi öyküsü		
4. Anomalili bebek öyküsü		
5. Düşük doğum ağırlıklı çocuk öyküsü (2500 gr ↓)		
6. Makrozomik bebek öyküsü (4000 gr ↑)		
7. Ölü doğum		
8. Yeni doğan ölümü		
9. Erken doğum öyküsü		
10.Postterm doğum öyküsü		
11.Gestasyonel diyabet öyküsü		
12.Venöz tromboemboli öyküsü		
13.Ektopik gebelik öyküsü		

14.Antepartum kanama öyküsü		
15.Postpartum kanama öyküsü		
16.Çoğul gebelik öyküsü		
17.Plasente previa öyküsü		
18.Plasenta dekolman öyküsü		
19.Müdahaleli doğum öyküsü		
Jinekolojik Öykü	Evet	Hayır
1. Gebeliklerin arasının en az 2 yıl olması		
2. Cinsel Yolla Bulaşıcı Enfeksiyon öyküsü		
3. Anormal PAP Smear sonucu		
4. Vaginal enfeksiyonu gösteren akıntı		
5. Sık idrar yolu enfeksiyonu		
6. Myoma uteri		
7. Uterin malformasyon		
8. Endometriozis		
9. PCOS (polikistik over)		
10.Jinekolojik kanser		
11.Geçirilmiş uterin cerrahi operasyon		

EK 4. Etik Kurulu Raporu

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu

26.02.2018

Sayın: Yrd.Doç.Dr.Gülsen ÇAYIR

Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nda "**Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi**" isimli araştırmanız, kurulumuzun **26.02.2018** tarihli ve **13** sayılı toplantısında değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir.



Etik Kurul Başkanı
Prof.Dr.Can Polat EYİGÜN

T.C.
BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Tarih:26.02.2018 Toplantı Sayısı:13	Karar No: 2018/13-14
	Araştırmacı Yrd.Doç.Dr.Gülşen ÇAYIR'ın planladığı "Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi" konulu araştırma incelendi, çalışmanın yapılacağı kurumun ilgili birim yöneticilerinden izin almak koşulu ile araştırmanın etik yönden uygun olduğuna karar verildi.

ÜYELER

Adı soyadı	Alanı	Bölümü	Katılım	İmza
Prof.Dr.Can Polat EYİĞÜN	Tıp Fakültesi	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji A.D	Etik Kurul Başkanı	
Doç.Dr.Leman ŞENTURAN	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Hemşirelik Bölümü	Etik Kurul Başkan Yardımcısı	
Prof.Dr.Fatma ÇELİK	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Beslenme ve Diyetetik Bölümü	Üye	
Doç.Dr.Şölen HİMMETOĞLU	Tıp Fakültesi	Tıbbi Biyokimya A.D.	Raportör	
Doç.Dr.Burcu KARADUMAN	Diş Hekimliği Fakültesi	Periodontoloji A.D.	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Ayşe Tuba CEYHUN	Eğitim Fakültesi	Zihin Engelliler Bölümü	Üye	
Yrd.Doç.Dr.Yonca ZENGİNLER	Sağlık Bilimleri Fakültesi	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü	Üye	

EK 5. İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Kararı



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Merve CÖMERT'in
Tez Çalışması Hk.

KADIKÖY İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : a) 28/03/2018 tarihli ve 71211201-2137 sayılı yazı
b) 02/05/2018 tarihli ve 71211201-604.01.01-43718 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve CÖMERT'in, Yrd. Doç. Dr. Gülşen ÇAYIR'ın danışmanlığında yürütülen "*Gebelik Planlayan Kadımların Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*" konulu tez çalışması, konulu anket çalışması, 25 No'lu Kadıköy Aile Sağlığı Merkezi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir.

Söz konusu araştırma ile ilgili kurumumuza bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi'nin ilgi b) sayılı cevabi yazısı ekte yer almakta olup, birimin uygun görüşleri ile Müdürlüğümüzce onaylanmıştır. Araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Başkan a.
Başkan Yardımcısı

EKLER:

1- Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi)
(Görüş Yazısı 1 Sayfa)

Soytüzem Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.

Sağlığın Oluşturulması Birimi

Faks No:

e-Posta: arzu.sarmisak@saalik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaalik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMIŞAK

Uzman-FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-bolge.salik.gov.tr> adresinden 2b8676a5-sab3-4811-8d8a-0959b69d766f kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İSTANBUL
SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİ BİRİMİ



Sayı : 16867222/604.01.01
Konu : Merve CÖMERT'in
Tez Çalışması Hk.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
(10. Yıl Cad.No:45 Protokol Yolu Topkapı İstanbul)

İlgi : a) 28/03/2018 tarihli ve 71211201-2137 sayılı yazı
b) 02/05/2018 tarihli ve 71211201-604.01.01-43718 sayılı yazı.

İlgi a) sayılı yazı Biruni Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve CÖMERT'in, Yrd. Doç. Dr. Gülsen ÇAYIR'ın danışmanlığında yürütülen "**Gebelik Planlayan Kadınların Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi**" konulu tez çalışması, konulu anket çalışmasını, 25 No'u Kadıköy Aile Sağlığı Merkezi'nde yapma talebi Müdürlüğümüze iletilmiştir

Söz konusu araştırma ile ilgili kurumumuza bağlı Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı (ÇEKÜS) Birimi'nin ilgi b) sayılı cevabi yazısı ekte gönderilmekte olup, konunun çalışmada adı geçen öğrencinize tebliği hususunda;

Gereğini ve bilgilerinize arz ederim.

e-İmzalıdır.
Dt. Şule TUYGUN
Müdür a.
Başkan Yardımcısı

ELEKTRONİK İMZALI
LİLE AYINDIR
07.05.2018

Permin GÖRECEK
İstanbul Sağlık Müdürlüğü
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi
Birim Sorumlusu

EKLER:

1- Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı (Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi)
(Görüş Yazısı 1 Sayfa)

Seyitnizam Mah. Mevlana Cd. No:85, 34015 Kat: 1 Oda No: 102 Zeytinburnu/İst.
Sağlığın Geliştirilmesi Birimi
Faks No:

e-Posta: arzu.sarmusak@saglik.gov.tr İnt. Adresi: www.istanbulsaglik.gov.tr

Bilgi için: Arzu SARMUSAK

Unvan: FİRMA

Telefon No: 0212 638 33 99 - 3102

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 565f388e-96c9-4cd4-b0f1-92cb1b2f0bb2 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

11.ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Merve CÖMERT

Doğum Tarihi ve Yeri: 08.09.1992 - Muğla

Mail Adresi: mervecmrt@gmail.com

Unvanı: Hemşire

Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Yüksek Lisans	Biruni Üniversitesi - Hemşirelik	
Lisans	İstanbul Bilim Üniversitesi - Hemşire	2010
Lise	Milas Gürel Lök Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi – Acil Tıp Teknisyeni	2006

İntihal Raporu

GEBELİK PLANLAYAN KADINLARDA PREKONSEPSİYONEL RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 7 BENZERLİK ENDEKSİ	% 4 İNTERNET KAYNAKLARI	% 4 YAYINLAR	% 2 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
---------------------------------	--------------------------------------	------------------------	--------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	ERSOY, Ebru, KARASU, Yetkin, ÇELİK YAŞAR, Esra, ERSOY, Ali Özgür, TOKMAK, Aytekin and TAŞÇI, Yasemin. "Gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri", Medisan Yayınevi, 2015. Yayın	% 1
3	www.gazimedicaljournal.org İnternet Kaynağı	<% 1
4	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
5	www.saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	bap.comu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1