



**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ SAĞLIK
RİSKLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ**

Meral KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI
2017**

**T.C
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ SAĞLIK
RİSKLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
BELİRLENMESİ**

Meral KARATAŞ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM
DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI**

**SİVAS
2017**

“Kadınlarmın Prekonsepsiyonel Dönemdeki Sağlık Riskleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi” adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Ayten ŞENTÜRK ERENEL

Üye Yrd. Doç. Dr. Emiņe ALTUN YILMAZ

Üye (Danışman) Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyda AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
MÜDÜRÜ



Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.

ÖZET

KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ SAĞLIK RİSKLERİ VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Meral KARATAŞ

Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI

2017, 134 sayfa

Araştırma çocuk sahibi olmak isteyen kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini çocuk sahibi olmak istediği için Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran kadınlar oluşturmuştur. Power analiz ile örnekleme 250 kadın alınması gerektiği belirlenmiştir ($\alpha= 0,05$, $\beta =0,10$ ($1- \beta$) = 0,90, testin gücü $p= 0,978$). Araştırmada veriler; Bireysel Özellikler Formu (EK1), Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK2) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ-II) (EK3) ile toplanmıştır. Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış olup, laboratuvar sonuçları hasta dosyasından alınmıştır. Veriler bilgisayar ortamında değerlendirilmiş, sayımla elde edilen veriler frekans dağılımı olarak (prekonsepsiyonel riskler, çalışma durumu vb.) ölçümle elde edilen veriler (SYBDÖ-II puanı, yaş vb.) ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare ve bağımsız gruplarda iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre kadınların; %42.8'inin düşük gelir düzeyinde ve %18.4'ünün 35 yaş ve üzerinde olması nedeniyle sosyodemografik açıdan risk taşıdığı, %82.4'ünün ailesinde genetik geçişli hastalıklı birey olması (diyabet, hipertansiyon vb.), %14.0'ında ise konjenital anomalisi olan birey olması nedeni ile aile öyküsüne ilişkin risk taşıdığı, %81.2'sinin ev ortamında kimyasal maddeye maruz kalması ve %38.4'ünün aile içi şiddet öyküsünün olması nedeniyle ev ortamı ve aile ilişkilerine yönelik risk faktörü taşıdığı bulunmuştur. Kadınların %42.8'inin BKİ'nin 25 ve üzerinde olduğu, %88.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı, %53.2'sinin ise pasif sigara dumanına maruz kaldığı, %69.2'sinin ağız ve diş sağlığı sorununun olduğu, %62.0'sinin folik asit kullanmama/

folik asit kullanımına ilişkin bilgilerinin olmadığı ve %58.4'ünün ise çiğ et yediği ya da çiğ ete temas etmesi nedeniyle mevcut sağlık durumu ve sağlık davranışlarına ilişkin risk faktörü taşıdığı bulunmuştur. Kadınların %70'inin vajinal enfeksiyonu gösteren akıntısının olması, %20'sinde ise bir önceki gebelikten sonra geçen sürenin 2 yıl veya daha az olması nedeniyle de obstetrik açıdan risk faktörü taşıdıkları bulunmuştur. Kadınların %79.2'sinin tetanoz ve hepatit B ve %88.8'inin influenza (grip) bağışıklığının olmaması nedeniyle bağışıklama, %33.2'sinde enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucunun olması ve %16.9'unda anemi olması nedeni ile de laboratuvar bulgularına göre risk faktörü taşıdıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan kadınların SYBDÖ-II puan ortalamasının 128.16 ± 19.18 olduğu, eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların SYBDÖ-II puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç olarak çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların birçoğu prekonsepsiyonel dönemde gebelik, doğum ve doğum sonu süreci olumsuz etkileyebilecek birçok risk faktörüne sahiptir. Hem anne hem de bebek mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesi için risk faktörlerinin prekonsepsiyonel dönemde belirlenmesi, ortadan kaldırılması ya da kontrol altında tutulması önemlidir. Bu nedenle ülkemizde prekonsepsiyonel bakımın sağlık politikaları kapsamına dahil edilerek ülke genelinde yaygınlaştırılması, prekonsepsiyonel bakımın standartlarının oluşturularak bu hizmeti verecek kurum ve kişilerin belirlenmesi ve prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık merkezlerinin açılması önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım, prekonsepsiyonel sağlık riskleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, gebelik.

ABSTRACT

DETERMINATION HEALTH RISKS AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF WOMEN IN THE PRECONCEPTIONAL PERIOD

Meral KARATAŞ

Master's Thesis, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing

Advisor: Assoc. Dr. PhD Zehra GÖLBAŞI

2017, 134 pages

The study was conducted as a descriptive study to determine the health risks and healthy lifestyle behaviors in preconceptional period for women who want to have children. The universe of study included women who wanted to have children and admitted to Reproductive Assistive Treatment Center in Cumhuriyet University Application and Research Hospital. It was determined that 250 women should be taken for sample by power analysis ($\alpha= 0,05$, $\beta =0,10$ ($1- \beta$) = 0,90, power of test was $p= 0,978$). The data of study were collected using Individual Characteristics Form (Appendix 1), Preconceptional Risk Assessment Form (Appendix 2) and Health Promotion Life-Style Profile-II (HPLSP-II) (Appendix 3). Data collection forms were administered by the researcher via face-to-face interview method and the laboratory results were taken from the patient file. The data were evaluated on the computer and the data obtained by counting were shown as frequency (preconceptional risks, work status, etc.) and the data obtained by measurement were shown as the mean and standard deviation (the score of HPLSP-II, age, etc.). The chi square test, Independent Samples t Test and variance analysis were used in the statistical analysis of data.

According to the results of the study, it was found that women had a sociodemographic risks because 42.8% of women were over 35 years old and 18.4% had a low income level; they had familial risks because 14.0% had an individual with congenital anomaly and 82.4% had individual with genetic transmission disease (diabetes, hypertension etc.) in family; they had risk factors for family relationships because 81.2% were exposed to chemical substances in the home environment and 38.4% had domestic violence narratives. It was found that women had risk factors for current health status and health behaviors because 42.8% had BMI 25 or over, 88.4% did not exercise regularly, 53.2% were exposed to passive smoking, 69.2% had oral and dental health problems, 62.0% did

not use folic acid/had no knowledge of folic acid usage and 58.4% ate raw meat or contacted raw meat. It was found that women had obstetric risk factors because 70% of women had vaginal infections with discharge and 20% had interbirth interval for 2 years or less. It was determined that women had immunity risk factors because 79.2% of the women had not tetanus and hepatitis B immunity and 88.8% had not influenza immunity, women had risk factors for laboratory findings because 33.2% had urine culture result showing urinary infection and 16.9% had anemia.

It was found that the mean score of HPLSP-II of women participating in the study was 128.16 ± 19.18 , the average score of the HPLSP-II scale was found to be significantly lower for women with low education, low income, unemployed, inadequate social support, and domestic violence narrative ($p < 0.05$).

In conclusion many women who want to have children had many risk factors that could negatively affect the pregnancy, childbirth and postnatal period in the preconceptional period. Determining, removing and controlling of the risk factors in the preconceptional period are important in order to reduce the mortality and morbidity rates of both mothers and infants. For this reason it is recommended that preconceptional care in our country should be included in the scope of health policies and spread throughout the country, the determination of the people and institutions that will provide this service by creating preconceptional standards of care and the establishment of preconceptional care and counseling centers

Key words: Preconceptional care, Preconceptional health risks, Healthy lifestyle behaviors, Pregnancy.

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim ve araştırmanın her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile yol göstererek çok değerli katkılar sağlayan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Sayın Zehra GÖLBAŞI'na,

Tez çalışmasında uzman görüşüne başvurduğumuz Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Anabilim Dalının çok değerli Hocalarıma,

Tezin uygulama sürecinde katkılarından dolayı Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi sekreteri Neslihan DEMİRKAN GÜRLEYÜK başta olmak üzere Hekim, Ebe ve Hemşirelerine, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi sekreteri Figen BİÇER'e,

Hayatımın her anında olduğu gibi bu zorlu süreçte de yanımda olarak bana güç veren, desteğini esirgemeyen çok değerli dostum ve arkadaşım Yrd. Doç. Dr. Fatma ÖZKAN TUNCAY'a,

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çocuk sahibi olmak isteyen tüm anne adaylarına,

Tez çalışmam sürecinde desteğini hep yanımda hissettiğim eşim Ahmet KARATAŞ'a, oğullarım Serdar ve Semih'e teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	ii
ONAY.....	iii
YÖNERGE.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR.....	x
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	xi
TABLolar DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xiv

1.GİRİŞ.....	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2 Araştırmanın Amacı.....	5
2. GENEL BİLGİLER.....	6
2.1 Prekonsepsiyonel Danışmanlık.....	6
2.2 Prekonsepsiyonel Danışmanlık Nedir?.....	6
2.3 Prekonsepsiyonel Danışmanlığın Önemi.....	10
2.4 Dünya’da Prekonsepsiyonel Danışmanlık.....	15
2.5 Türkiye’de Prekonsepsiyonel Danışmanlık.....	17
2.6 Prekonsepsiyonel Danışmanlığın Kapsamı ...	21
2.6.1 Sağlıklı ve Dengeli Beslenme.....	22
2.6.2 Düzenli Egzersiz.....	27
2.6.3 Folik Asit Desteği.....	29
2.6.4 Madde Bağımlılığını Önleme.....	30
2.6.5 Çalışma Koşulları ve Ev Ortamındaki Tehlikeleri Değerlendirme.....	33
2.6.6 Kronik Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi.....	34
2.6.7 Herhangi Bir Sağlık Probleminin Varlığının Değerlendirilmesi.....	41
2.6.8 Aşılama.....	45
2.6.9 İlaçlar ve Radyasyon.....	47
2.6.10 Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliği Durumunun Değerlendirmesi....	48
2.6.11 Risk Gruplarının Değerlendirilmesi.....	49
2.6.12 Baba Adayının Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi.....	53
2.7 Gebelik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	54
2.7.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Boyutları.....	59
2.7.1.1 Manevi Gelişim.....	59
2.7.1.2 Kişiler Arası Destek/İlişkiler.....	59

2.7.1.3 Stres Yönetimi.....	60
2.7.1.4 Sağlık Sorumluluğu.....	62
2.7.1.5 Beslenme.....	63
2.7.1.6 Fiziksel Aktivite.....	65
2.8 Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Hemşirelik.....	66
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	68
3.1 Araştırmanın Şekli.....	68
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer.....	68
3.3 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	68
3.4 Veri Toplama Araçları.....	69
3.4.1 Bireysel Özellikler Formu (EK-1).....	69
3.4.2 Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK-2).....	69
3.4.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-3).....	70
3.5 Araştırmanın Ön Uygulanması.....	70
3.6 Araştırmanın Uygulanması.....	70
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu.....	70
3.8 Verilerin Değerlendirilmesi.....	71
4. BULGULAR.....	72
5. TARTIŞMA.....	85
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	100
6.1 Sonuçlar.....	100
6.2 Öneriler.....	103
KAYNAKLAR.....	104
EKLER.....	121
EK-1 Tanıtıcı Özellikler Formu.....	122
EK-2 Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu.....	124
EK-3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II.....	128
EK-4 Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	131
EK-5 Etik Kurul Raporu.....	133
ÖZGEÇMİŞ.....	134

TABLolar DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1: Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	72
Tablo 2: Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları.....	73
Tablo 3: Kadınların Bireysel Özelliklerine İlişkin Prekonsepsiyonel Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı.....	74
Tablo 4: Kadınların Aile Öyküsüne İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	75
Tablo 5: Kadınların Ev Ortamı ve Aile İlişkilerine Yönelik Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	76
Tablo 6: Kadınların Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	77
Tablo 7: Kadınların Mevcut Sağlık Öyküsüne İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	78
Tablo 8: Kadınların Geçmiş Obstetrik Öyküsüne İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	79
Tablo 9: Kadınların Geçmiş Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	80
Tablo 10: Kadınların Aşılama (Bağışıklık) Özelliklerine İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	81
Tablo 11: Kadınların Laboratuvar Bulgularına İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı	82
Tablo 12: Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları	83
Tablo 13: Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II Puan Ortalamaları	84

KISALTMALAR /SİMGELER

AAP	American Academy of Pediatrics
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
BKİ	Beden Kitle İndeksi
BÖH	Bebek Ölüm Hızı
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICN	International Council of Nurses
NTD	Nöral Tüp Defekti
SYBD	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
Hb	Hemoglobin
CMV	Sitomegalovirüs
HIV	Human Immunodeficiency Virüs
HPV	Human Papilomavirus
MMR	Kızamık- Kızamıkçık- Kabakulak Aşısı

1.GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik, gelişimsel fizyolojik bir olay olmasına rağmen; kadının biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Ergin, 2014; Dinç ve ark., 2014). Gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöro-endokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanamayacak derecede fazladır (Varışoğlu, 2009; Mecdi ve Rathfisch, 2013; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Bu nedenle çocuk sahibi olmayı düşünen çiftlerin prekonsepsiyonel dönemde bu değişimlere hazırlanması ve gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde gereksinim duyulan sağlık hizmetinin sunulması ile ebeveynlik sürecinin kadın ve ailesi açısından güvenli hale getirilmesi önemlidir.

Gebelik öncesi bakım terimi, tarama ve tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramını da içermekte ve özünde, eşlerin sağlığını ve dolayısıyla çocuk sağlığı düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir. Böylece kronik, metabolik ve genetik birçok hastalığın neden olabileceği komplikasyonlar önlenerek anne ve bebek ölüm oranları azaltılabilmektedir (Johnson ve ark, 2006; Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Yakışan ve Set, 2012 ; Baysoy ve Özkan, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Yılmaz ve ark., 2015).

Sağlıklı kabul edilen veya kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen bireylerde aktif olarak taramalar yaparak belirli risk faktörlerini ve hastalıkları araştırmak, akılcı ve kanıta dayalı olarak kullanıldığı takdirde, hastalıkların/ sakatlıkların önlenmesinde en güçlü araçlardan biri kabul edilir. Kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanması anlamına gelen “prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık” da bu araçlardan biridir (Baysoy ve Özkan, 2012; World Health Organization, 2013; Taşkın, 2016). Bir kadının gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen sürede genellikle fetal organogenezis süreci tamamlanmakta, diğer bir ifadeyle etkilenimlerin önlenmesi için geç kalınmakta ve müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Oysa kronik hastalıklar, olumsuz sağlık davranışları, enfeksiyonlar vb. durumlar gebelik öncesinde tanımlandığı ve müdahale edildiği takdirde bu durumların kadın ve fetüs üzerinde yaratacağı olumsuzluklar daha büyük oranda azaltılabilecektir (Baysoy ve Özkan, 2012).

Günümüzde, son derece yaygın ve kaliteli uygulandığında dahi prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterince etkili olmadığı, gebelik öncesi bakım verildiğinde ise daha iyi sonuçlar elde edildiği anlaşılmıştır (Ockhuijsen ve ark., 2012; Taşkın, 2016). American Academy of Pediatrics (AAP) ve American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), prekonsepsiyonel danışmanlığın birincil amacının; risk taraması (beslenme, sigara, alkol, ilaç kullanımı, evde veya işyerinde teratojenlere maruz kalma, obstetrik ve tıbbi öyküsü, aile öyküsü, enfeksiyon hastalık öyküsü vb.), tanımlanmış risklere yönelik müdahalede bulunma, eğitim ve sağlığı geliştirme olduğunu rapor etmiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012; Coşkun, 2012). Sağlık profesyonellerinin amacı; bu süreçler içerisinde bireylere fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak bütüncül bir bakım hizmeti sunarak, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden riskleri kontrol altına almak/önlemek, sağlığı korumak ve desteklemek, gebelik üzerine etkisi olabilecek alışkanlıkları, sağlık davranışları ve sosyal yaşamla ilgili olumsuzlukları tanımlamak ve ortadan kaldırılmasına yönelik gerekli müdahaleleri başlatmaktır (Yakışan ve Set, 2012; Taşkın, 2016; Yeşiltepe Oskay, 2004; Johnson ve ark., 2006; Başgöl ve Oskay, 2012; World Health Organization, 2013; Salihu ve Salinas, 2013).

Yapılan çalışmalar prekonsepsiyonel danışmanlığın birçok yararını ortaya koymaktadır. Her şeyden önce prekonsepsiyonel danışmanlık doğurganlık bilinci ve gebelikleri planlama kültürü geliştirmektedir. Ayrıca, sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlayarak anne ve fetüsün sağlığını geliştirmekte, erken tanı ve tedavi şansı vermekte, hem kadının hem de diğer aile üyelerinin yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı geliştirmesine imkan sağlamaktadır (Johnson ve ark., 2006; Liu ve ark., 2006; Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Gebelik öncesi obezitenin anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerinin belirlenmesi amacı ile yapılan bir çalışmada prekonsepsiyonel bakım ile, kadınların uygun kiloya düştükten sonra gebe kalmaları ve gebelik sürecinde kilo artışının kontrol altında tutulması, anne-bebek sağlığını ve gebelik sonuçlarını olumlu etkilediği bulunmuştur (Ata Kaptı, 2014). Diyet ve egzersizi içeren yaşam stili değişiklikleri prekonsepsiyonel danışmanlıkta birinci kuşak tedavi olarak kabul edilmektedir (Lee ve Koren, 2010). Gebelik öncesi değerlendirilmesi gereken bir diğer risk olan diyabetin kontrol altında olması; düşük, konjenital malformasyon ve gebelik komplikasyonları riskini azaltmaktadır. Diyabeti kontrol altında olmayan bir kadının, diyabeti kontrol altında olan bir kadına göre düşük riski %32, fetal anomalilerin görülme

riski ise 7 kat artış göstermektedir (Anuk İnce ve ark., 2014). Bunlara rağmen, prekonsepsiyonel klinikler dünya genelinde oldukça sınırlıdır. Gelişmiş ülkeler dahil tüm dünyada prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma oranı düşüktür (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Coşkun, 2012). Bu durum çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin belirli risklere sahip olarak gebelik sürecine başlama olasılıklarını artırmaktadır.

Yapılan prospektif bir çalışmada çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin prekonsepsiyonel beslenme durumunun fertilitate sonuçları, perinatal sağlık ve bebeğin uzun süreli sağlığı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Kermack ve ark., 2014). Başka bir çalışmada ise, prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların %95'inin en az bir risk taşıdığı, %52'sinin tıbbi ve üreme ile ilgili bir problem yaşadığı, %25'inin hepatit taşıyıcısı olduğu, %17'sinin bağımlılık yapıcı madde ve alkol kullandığı ve %54'ünün beslenme yönünden riskli olduğunu ortaya koymuştur (Aslan ve Özkan, 2005). Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında ise prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlarda folik asit kullanımı bilincinin yeterli olmadığı ve geliştirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Johnson ve ark., 2006).

Üremeye yardımcı tedavi hizmetleri yüksek maliyet gerektiren hizmetler olmasına karşın, çalışmalar prekonsepsiyonel bakımın, maliyeti azalttığını, üreme sonuçlarını ve sağlıklı gebelikleri geliştirdiğini, gebelik komplikasyonlarını ve yetersiz doğum sonuçlarını azalttığını göstermiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada Hollanda'da kurulan in vitro fertilizasyon ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu için başvuran ve prekonsepsiyonel bakım kliniğine başvuran 130 infertil kadına perinatal riskler ve yaşam stili faktörlerini ele alan sorular sorulmuş ve kadınların %96'sının 3 veya daha fazla yaşam stili problemi ya da risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların %70'inin beslenme riski, %62'sinin toxoplazma maruziyet riski, kadınların %51'inin alkol kullandığı, eşlerinde ise bu oranın %60 olduğu, %48'inin reçetesiz ilaç kullandığı, %39'unun daha önce geçirilmiş uterus ameliyatı olduğu, %32'sinin folik asit kullanmadığı tespit edilmiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012). Bu sonuçlar göz önüne alındığında; çocuk sahibi olmak isteyen ve üremeye yardımcı tedavi hizmetlerine gereksinim duyan çiftler için de prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın daha da önemli olduğu söylenebilir. Üremeye yardımcı tedavi sonrasında gerçekleşen gebelikler başlı başına riskli bir gebelik olarak ele alınmaktadır. Buna ek olarak çiftin, özellikle de kadının tedavi öncesinde gebeliği olumsuz etkileyecek risk faktörlerine ya

da olumsuz sağlık davranışlarına sahip olması ve bu faktörlere yönelik tedavi öncesinde herhangi bir girişimde bulunulmaması, hem tedavi sürecini, hem de bu tedavi sonrasında gerçekleşecek gebeliğin sürecini olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Doğurganlık yaşındaki kadın ve ailesiyle çalışan hemşireler, sağlıkla ilgili konularda kadın ve ailesiyle her karşılaşmalarında, üreme sağlığını yükseltme sorumluluğuna sahiptir (Yıldız ve Akbayrak, 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Kadın sağlığı hemşireleri uygulamada klinik hizmetlerin yanı sıra, sağlığın geliştirilmesi, korunma, eğitim, araştırma, danışmanlık ve savunuculuk gibi bir dizi rol üstlenmektedir (Güngör ve ark., 2013). Kadın sağlığı alanında uzmanlaşan hemşirelerin, sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri arasında prekonsepsiyonel danışmanlık yapmak da yer almaktadır (Yakışan ve Set, 2012). Kadın sağlığı hemşirelerinin prekonsepsiyonel dönemdeki görevleri hemşirelerin bağımsız ve profesyonel rollerini daha nitelikli bir şekilde ortaya koymalarını kolaylaştırmakta ve sağlık ekibi içinde mesleki saygınlığı arttırmaktadır (Partovi Meran ve Hotun Şahin, 2014). International Council of Nurses (ICN) ve diğer bazı uluslararası hemşirelik organizasyonları pozitif yaşam şekli oluşturmada, kilo kontrolünde ve beslenme eğitiminde hemşirelerin önemli stratejik rolleri olduğunu vurgulamaktadır (Lazarou ve Kouta, 2010; Ergin, 2014). 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ ne göre de, çiftlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapmak Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi’nin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır (www.resmigazete.gov.tr) .

Ülkemizde prekonsepsiyonel hizmetler yaygın olmadığı için, gebelik öncesi dönemde çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin sağlık durumunu üremeyi etkileme boyutuyla değerlendiren çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır (Coşkun, 2012). Oysa gebelik öncesi dönemde çiftlerin gebelik sürecini olumsuz etkileyebilecek sağlık riskleri açısından değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması anne ve çocuk sağlığının yanı sıra, aile ve toplum sağlığı açısından da önemlidir. Bu nedenle çalışma; çocuk sahibi olmak amacı ile Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi’ne ilk kez başvuran kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırma gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

Bu bölümde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili kuramsal bilgiler yer almaktadır.

2.1 PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK

2.2 PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK NEDİR?

Bebek sahibi olmak isteyen her çiftin sağlık kontrolünden geçmesi, gebelik öncesinde değerlendirilmesi idealdir. Ancak gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere dünyada gebeliklerin çoğu plansız olmaktadır. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları doğacak olan bebeğin sağlığını ve kaderini belirlemektedir. Gebelikler ister planlı isterse plansız olsun gebelik öncesi bir hazırlık söz konusu değil ise anne ve yenidoğanın sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir (Moos, 2006; Coşkun, 2012; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012).

Gebelik, gelişimsel fizyolojik bir olay olmasına rağmen; kadının biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Ergin, 2014; Dinç ve ark., 2014). Gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöro-endokrin ve psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır (Varışoğlu, 2009; Mecdi ve Rathfisch, 2013; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Çocuk sahibi olmayı düşünen çiftlerin prekonsepsiyonel dönemde bu değişimlere hazırlanması ve gebelik, doğum ve doğum sonu süreçlerde gereksinim duyulan sağlık hizmetinin sunulması ile ebeveynlik sürecinin kadın ve ailesi açısından güvenli hale getirilmesi önemlidir. “Güvenli Annelik” olarak adlandırılan bu yaklaşım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ana çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için 1987 yılında önerilmiş ve ülkemiz de dahil bir çok ülkede uygulanmıştır (Yıldız, 2011; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Taşkın, 2016).

Güvenli annelik tüm kadınların, gebelik, doğum ve lohusalık dönemlerinde gereksinimi olan güvenli ve yeterli bakımı bütünsel yaklaşımla elde etmelerini sağlamaktır. Güvenli annelik hizmetleri; gebelik öncesinde bakım ve danışmanlık verme, normal/riskli anne, bebek ve ailesine doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım ve tedavi hizmeti sunma, doğum öncesi, doğum ve sonrası komplikasyonları önleme, komplikasyon geliştiğinde uygun şekilde yönetme ve istenmeyen / riskli gebelikleri önlemeyi kapsayan bütüncül bir yaklaşımdır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; Karakaya ve Coşkun,

2013). Kadınların gebelik sonucunu etkileyebilecek bazı risk faktörleriyle birlikte gebeliğe başlamaları hem kendilerini, hem de fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemekte, doğum ve doğum sonrası dönemde anne / bebek mortalite ve morbidite oranını artırmaktadır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Karakaya ve Coşkun, 2013; Dean ve ark., 2014).

Ana-çocuk sağlığını geliştirmede gebelik öncesi bakım ve doğum öncesi bakım olmak üzere iki temel ve birbirini tamamlayıcı yaklaşımdan söz edilir. Doğum öncesi (prenatal/antenatal) bakım, kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa, uygun çözümlerini sunmayı hedefleyen sağlık hizmetleridir. Çiftlerin çocuk ve ebeveynliğe ilişkin düşüncelerini ifade edebildikleri bir dönemdir. Günümüzde, son derece yaygın ve kaliteli uygulandığında bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterince etkili olmadığı, gebelik öncesi bakım verildiğinde ise daha iyi sonuçlar elde edildiği anlaşılmıştır (Dunlop ve ark., 2007; Baysoy ve Özkan, 2012; Taşkın, 2016).

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım; gebelik planlayan kadında gebe kalmadan önce var olan, gebelik sürecini etkileyecek biyomedikal, sosyal ve davranışsal risk faktörlerini belirlemek, bunların gebelik sürecindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak ya da azaltmak için gerekli bilgi ve tıbbi desteği vermek, anne adayının bu risk faktörleri kontrol altına alındıktan sonra gebeliğe başlamasını sağlamak amacıyla verilen hizmetleri kapsamaktadır (Johnson ve ark., 2006; Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Yakışan ve Set, 2012). Gebelik öncesi bakım terimi, tarama ve tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramını da içermekte ve özünde, eşlerin sağlığını ve dolayısıyla çocuk sağlığı düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir. Böylece kronik, metabolik ve genetik birçok hastalığın neden olabileceği komplikasyonlar önlenerek anne ve bebek ölüm oranları azaltılabilmektedir (Gottesman, 2004; Baysoy ve Özkan, 2012; Yılmaz ve ark., 2015). Prekonsepsiyonel danışmanlık; çiftlere, sağlıklı bir gebelik için fiziksel ve psikolojik olarak hazırlanma imkanı sunan, maternal-fetal riski azaltmayı amaçlayan ve gebelik öncesindeki üç aylık dönemde uygulanan doğum öncesi bakımın vazgeçilmez bir parçasıdır. Prekonsepsiyonel sağlığı geliştirme, arzulanan ve sağlıklı bir gebelik ve sağlıklı bir bebek olasılığını en üst düzeye çıkarmak için kadınlara ihtiyaç duydukları bilgiye zamanında ulaşmayı amaçlamaktadır (Aslan ve Özkan 2005; Moos, 2006; Dean

ve ark., 2014). 2006 yılında Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından gebelik öncesi bakım ‘önleyici hekimlikten tedavi edici hekimliğe kadar bütün müdahaleleri düzenlemek amacı ile kadın sağlığı ve gebelik sonuçları üzerine potansiyel risk oluşturabilecek biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini saptamak ve modifiye etmek’ olarak tanımlanmıştır (Cunningham ve ark., 2010).

Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 2012 yılındaki toplantısında açıklanan kapsamlı uygulama planında da; kadın sağlığı, anemi, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği temel sorunlar olarak öne çıkmıştır. Ayrıca 2025 yılı için belirlenen global hedefler arasında; 2025’de doğurganlık çağındaki kadınlarda anemi oranının %50 azaltılması, düşük doğum ağırlığına sahip bebek oranının %30 azaltılması ve ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranının %50 artırılması konuları da yer almıştır. Bu rapor ışığında gelişmekte olan ülkelerde güvenli annelik programının yürütülmesine gereksinim vardır. Bunun nedenleri:

- Her 10 kadından 4’ünün gebeliklerinin plansız olduğu bildirilmektedir.
- Anne ölümlerinin %99’u gelişmekte olan ülkelere meydana gelmektedir.
- Gebelik bir hastalık değildir, fizyolojik bir olaydır. Gebeliğe bağlı komplikasyonlar ve ölümler temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde verilmesi ile önlenir.
- Her kadının güvenli bir gebelik yaşama ve doğum yapma hakkı vardır.
- Annenin beslenme yetersizliği ve demir eksikliğinin olması anne ölümü riskini artırmaktadır. 2010 yılında 58.000 yenidoğan bebek neonatal tetanoz nedeniyle ölmüştür.
- 20 yaş altında doğum yapan kadınların çocuklarında perinatal ölümler 20-29 yaşında doğum yapan çocuklardan %50 daha fazladır.
- Gebelik komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin büyük kısmı önlenir ölümlerdir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; World Health Organization, 2013).

Küresel düzeyde son 20 yılın değerlendirildiği ‘Birleşmiş Milletler-Global Üreme Sağlığı Araştırma’ sonuçları, son yirmi yılda anne ölüm oranında %47 oranında azalma meydana geldiğini göstermektedir. Bu rapora göre, anne ölümlerinin azaltılmasındaki başarı, doğum öncesi bakım, sağlıklı doğum ve acil obstetrik bakımın sağlandığı “Güvenli Annelik” uygulamalarının başarısına bağlıdır. Saptanan bu iyileşmeye rağmen

her gün 800 kadın gebelik ve doğumla ilişkili komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmekte; dünya üzerinde gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeler arasındaki farklılık ciddiyetini sürdürmektedir. Gelişmiş bölgelerdeki kadınların gebelik ve doğuma bağlı yaşam boyu ölüm riski 1/3800 iken, gelişmekte olan bölgelerde 1/150, Sahra altı Afrika'da ise 1/39'dur (Türkiye Sağlık Raporu, 2014).

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), prekonsepsiyonel danışmanlığın birincil amacının: risk taraması (beslenme, sigara, alkol, ilaç kullanımı, evde veya işte teratojenlere maruz kalma, obstetrik ve tıbbi öyküsü, aile öyküsü, enfeksiyon hastalık öyküsü vb.), tanımlanmış risklere yönelik müdahalede bulunma, eğitim ve sağlığı geliştirme olduğunu rapor etmiştir. Kısacası gebelik öncesi bakım yalnızca fiziksel sağlığa değil, aynı zamanda psikososyal sağlığa ve iş/çevre sağlığına odaklanan bütüncül bir yaklaşımdır (Gottesman, 2004). Prekonsepsiyonel bakım annenin yaşam döngüsü süresince sağlığını geliştirmek için gebelikten önce kümülatif riskleri belirleme ve annenin gelecekteki sağlık davranışlarını değiştirme olanağı sağlar. Prekonsepsiyonel bakımın klinik bileşenleri maternal risk değerlendirme (üreme yaşamı planı, obstetrik öykü, geçmiş tıbbi ve cerrahi öyküsü, ilaçları ve alerjileri, aile ve, genetik öykü, genel fizik muayene, sosyal öykü, davranış ve beslenme, ruh sağlığı ve laboratuvar testi); aşılar (rubella, varisella ve hepatit B); tarama (HIV, genetik bozukluklar) ve danışmanlığı (folik asit tüketimi, sigara içme ve alkolü bırakma, kilo yönetimi, aile planlaması, strese karşı sağlamlık, beslenme hazırlığı, immün denge ve sağlıklı çevre) içerir (Cunningham ve ark., 2010; Salihu ve Salinas, 2013).

Prekonsepsiyonel bakım hamilelik ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için üreme çağındaki bireylere bakım sağlamayı amaçlamaktadır. Bu bakımın özünde kadınlar için sağlık davranışları geliştirmek (folik asit kullanma, sigara ve alkol kullanmama), sağlık hizmeti sunucularını ziyaret etmek ve tıbbi risklerin değerlendirilmesi yer alır. Bu bağlamda gebelik öncesi dönemi yaşam tarzı değişiklikleri ve biyomedikal bir durum olarak tanımlamak gebelik öncesi dönemi tıbbileştirmektedir. Sağlıkta öngörüş önemlidir. Bireyler bir gün bir bebek sahibi olmayı planlıyorsa bu bebeğin sağlığını korumak için şimdiden adımlar atmaları gerekir. Kadınlar ve erkekler yaşam tarzlarında değişiklik yaparak (sigarayı bırakma, alkolden kaçınma, sağlıklı beslenme, düzenli

egzersiz) kendi sağlıklarını ve gelecekte doğacak olan bebeklerinin sağlıklarını koruyabilirler (Taşkın, 2016; Thompson ve ark., 2017).

2.3 PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIğIN ÖNEMİ

Prekonsepsiyonel bakım, anne ve bebek açısından gebelikle ilişkili sonuçları optimize etmek amacıyla spesifik tıbbi sorunların belirlenmesini ve optimal düzeyde kontrol edilmesini içerir (Weerd ve ark., 2001). Konsepsiyon öncesi bireylerin taranması ve daha sonra danışmanlık verilmesi, gebelik sonuçlarını etkileyebilecek değiştirilebilir sağlık risklerinin belirlenmesi ve azaltılması prekonsepsiyonel bakımın temel bileŐenidir (Dunlop ve ark., 2008). Literatür incelendiğinde yaş, obezite, ilaçlar, sigara kullanımı, enfeksiyonlar, diyet, egzersiz, psikolojik stres, kafein, alkol tüketimi ve çevre kirliliği gibi yaşam stili faktörlerini ele alan prekonsepsiyonel bakımın öneminin vurgulandığı görülmektedir (Quinn ve ark., 2005; Baysoy ve Özkan, 2012; Salihu ve Salinas, 2013). Ancak 180 yıldır önemi vurgulanmasına rağmen, prekonsepsiyonel bakım hala yetersiz kalmaktadır. Bunun nedeni algılanan maliyet, hedef hastalara ulaŐma zorluğu, fertilitte tedavisinin gecikeceği endişesi, protokollerin yetersizliği, hastalarda davranış değişikliği yapma konusunda motive etme problemleri, profesyonellerin eğitim ve farkındalık eksikliğinden kaynaklanabilir (Ockhuijsen ve ark., 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Thompson ve ark., 2017). Weerd ve arkadaşlarının (2001) yapmış oldukları çalışmada olumsuz gebelik sonuçlarına yönelik risk faktörlerinin belirlenmesi ve bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru tanılanması için doğru bilgi alınması gerekliliği vurgulanmıŐ, bunun içinde ‘Prekonsepsiyonel Sağlık Tanılama Formu’ kullanmıŐlardır. Standardize bir risk değerlendirme anketinin eğitimli bir sağlık profesyoneli tarafından uygulanmasının önemli sayıda obstetrik risk faktörünün belirlenmesini sağladığını, sınırlı zaman nedeniyle gözden kaçan Şeyleri azalttığını ve önemli noktaları vurguladığını belirtmiŐlerdir. Gebelik komplikasyonları anne ölümlerinin, erken neonatal ölümlerin ve morbiditenin en önemli nedenleridir. Bu nedenle, güvenli anneliği sağlama konusunda doğum öncesi bakımın etkili olabilmesi için bu kontroller sırasında olası riskleri ortaya çıkaracak testler ve ölçümler yapılmalı, gerekli olan bilgi ve danışmanlık verilmelidir (Quinn ve ark., 2005; Aydın ve Yayla, 2010). Prekonsepsiyonel dönemdeki sağlığı geliştirmeyi öngören bu yaklaşım, sağlıklı gebeliğe ve sağlıklı bebeğe ulaŐmak için gebelik öncesi uygulanan birtakım girişimleri kapsamaktadır (Quinn ve ark., 2005; Jack ve ark., 2008; Thompson ve ark., 2017). Anne

ve baba adaylarının sağlıklı olması dışında organogenesis, konsepsiyondan sonraki 17-56. günlerde gerçekleştiğinden gebelik fark edilmeden kullanılan ilaçlar, geçirilen viral enfeksiyonlar vb. teratojenler, normal hücre oluşumunu ve farklılaşmayı engelleyerek doğum defektlerine yol açabilmektedir. Bu açıdan da gebe kalmadan önce alınan “prekonsepsiyonel bakım” önem taşımaktadır. Konsepsiyon öncesi uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti alan kadınların, düzenli antenatal kontrole gitme alışkanlığı edindikleri ve gebeliklerini daha sağlıklı geçirdikleri kanıtlanmıştır (Cullum, 2003; Salihu ve Salinas, 2013).

Prekonsepsiyonel bakımın gerekliliği, ilk in vitro fertilizasyon bebeği dünyaya geldikten sonra daha fazla önem kazanmıştır. Üremeye yardımcı tedavi hizmetleri yüksek maliyet gerektiren hizmetler olmasına karşın, çalışmalar prekonsepsiyonel bakımın, maliyeti azalttığını, üreme sonuçlarını ve sağlıklı gebelikleri geliştirdiğini, gebelik komplikasyonlarını ve yetersiz doğum sonuçlarını azalttığını göstermiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012). Yapılan bir çalışmada Hollanda’da kurulan in vitro fertilizasyon ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu için başvuran ve prekonsepsiyonel bakım kliniğini ziyaret eden 130 infertil kadına perinatal riskler ve yaşam stili faktörlerini ele alan sorular sorulmuş ve kadınların %96’sının 3 veya daha fazla yaşam stili problemi ya da risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların %70’inin beslenme riski, %62’sinin toxoplazma maruziyet riski, kadınların %51’inin alkol kullandığı, eşlerinde ise bu oranın %60 olduğu, %48’inin reçetesiz ilaç kullandığı, %39’unun daha önce geçirilmiş uterus ameliyatı olduğu, %32’sinin folik asit kullanmadığı tespit edilmiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012). Bu sonuçlar göz önüne alındığında; çocuk sahibi olmak isteyen ve üremeye yardımcı tedavi hizmetlerine gereksinim duyan çiftler için prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın daha da önemli olduğu söylenebilir. Üremeye yardımcı tedavi sonrasında gerçekleşen gebelikler başlı başına riskli bir gebelik olarak ele alınmaktadır. Buna ek olarak çiftin, özellikle de kadının tedavi öncesinde gebeliği olumsuz etkileyecek risk faktörlerine ya da olumsuz sağlık davranışlarına sahip olması ve bu faktörlere yönelik tedavi öncesinde herhangi bir girişimde bulunulmaması, hem tedavi sürecini, hem de bu tedavi sonrasında gerçekleşecek gebeliğin sürecini olumsuz olarak etkileyebilecektir.

Sağlıklı kabul edilen veya kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen bireylerde aktif olarak taramalar yaparak belirli hastalıkları araştırmak, akılcı ve kanıta dayalı biçimde

kullanıldığı takdirde, hastalıkların/sakatlıkların önlenmesinde en güçlü araçlardan biri kabul edilir. Kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanması anlamına gelen “gebelik öncesi bakım” da bu araçlardan biridir. Gebelik öncesi danışmanlığın amacı; gebelikte normalden sapmaları erken dönemde tanımlamak, acil ve uygun girişimleri başlatmak, gebenin fiziksel ve emosyonel sağlığını en yüksek düzeyde tutmak, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, aile öyküsü, tıbbi ve obstetrik öykü ve saptanan patolojilerin olumsuz etkilerinden korunmayı sağlayacak stratejiler geliştirmektir. Böylece özelde aileye genelde topluma sağlıklı bireyler kazandırmaktır (Varışoğlu, 2009; Baysoy ve Özkan, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Thompson ve ark., 2017).

Prekonsepsiyonel bakım üreme çağındaki kadınların sağlık bakımının önemli bir bileşeni olarak kabul edilir. Prekonsepsiyonel sağlığı geliştirmek üreme sağlığını geliştirmeye birlikte sosyal maliyeti de azaltır. Prekonsepsiyonel bakım daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerle sonuçlanan sağlık bakım modelinin bir parçasıdır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ve uzmanların görüşlerine dayalı olarak prekonsepsiyonel sağlığı geliştirmek için 10 öneride bulunulmuştur:

1. Yaşam Boyu Bireysel Sorumluluk: Her kadın, erkek ve eş üreme yaşamı planına sahip olmaya teşvik edilmelidir. Hedef grup özellikle kadınlardır. Bu hedef üreme sağlığını geliştirmeye, istenmeyen gebelikleri azaltmaya, kronik sorunlara ilişkin risk faktörlerini belirlemeye odaklanır.
2. Tüketici Farkındalığı: Prekonsepsiyonel sağlık davranışları ve prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin önemi konusunda toplumun farkındalığı artırılmalıdır. Üreme sağlığı ve bebek bakımı ile ilgili kampanyalar geliştirilmelidir. Kadınlarda folik asit kullanımı geliştirilmelidir.
3. Koruyucu Ziyaret: Bakım ziyaretleri, üreme risklerini azaltmak ve gebelik sonuçlarını geliştirmek için doğum çağında olan bütün kadınların risk değerlendirmesini ve eğitim ve sağlığı geliştirme danışmanlığını içermelidir.
4. Belirlenen Risklere Yönelik Müdahaleler: Prekonsepsiyonel risk taramasında risklerin belirlenmesi ve risklerin azaltılması önerilmektedir.

5. İnterkonsepsiyon Bakımı: Daha önce olumsuz sonuçlanan gebelik yaşayan kadınlara ek müdahalede bulunma önerilmektedir. Bireylerin belirlenen tıbbi, psikolojik risklerini azaltmaya odaklanılmalı ve kadınların geleceğe yönelik üreme hedefleri geliştirmelerine destek olunmalıdır.

6. Gebelik Kontrolü: Ailelere prenatal ve postpartum ziyaretlerde bulunulmalıdır.

7. Düşük Gelirli Kadınlara Sağlık Güvencesi Sağlama

8. Toplum Sağlığı Programları ve Stratejiler Geliştirme

9. Araştırma: Prekonsepsiyonel bakımla ilgili araştırmalarda bulunmak ve prekonsepsiyonel sağlığı geliştirmek için yeni kanıtları kullanmak.

10. Gelişmeleri izleme (Johnson ve ark., 2006).

Yapılan çalışmalar prekonsepsiyonel danışmanlığın birçok yararını ortaya koymaktadır. Her şeyden önce prekonsepsiyonel danışmanlık doğurganlık bilinci ve gebelikleri planlama kültürü geliştirmektedir (Johnson ve ark., 2006). Ayrıca, sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlayarak anne ve fetüsün sağlığını geliştirmekte, erken tanı ve tedavi şansı vermekte, hem kadının hem de diğer aile üyelerinin yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı geliştirmesine imkan sağlamaktadır (Liu ve ark., 2006; Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Arslan ve Özkan'ın (2005) yapmış oldukları çalışmada prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlar taşıdıkları riskler açısından değerlendirilmiş ve çalışma sonunda kadınların %24.72'sinin reproduktif, %16.9'unun sistematik hastalıklar, %18'inin sigara kullanımı açısından risk taşıdığı %80'inin ise prekonsepsiyonel dönemdeki laboratuvar testleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve istenen bir gebeliği en sağlıklı şekilde başlatabilmek gebelik öncesi bakımla mümkündür. Bireyin genel sağlık ve bilinç düzeyinin gebelik sürecini etkilediği ve planlanmış gebeliklerin daha iyi sağlık sonuçlarıyla tamamlandığı yadsınamaz bir gerçektir (Moos ve ark., 2008; Shores ve Bailey, 2009). Kadın gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen sürede (ülkemizde yaklaşık olarak kentsel alanda 2 ay, kırsal alanda 3 aydır) fetus, organogenez sürecini çoktan tamamlamış olmaktadır. Başka bir deyişle, gebelikten önce riskler saptanmazsa sakatlıkların ve etkilenimlerin önlenmesi için geç kalınmakta,

müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde (gebelikteki müdahalelere kıyasla) kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların (alkol, tütün, ilaç vb.) ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar daha büyük oranda azalmaktadır. Annelerin sağlığının iyileştirilmesine yönelik yapılan bu girişimler, sadece gebelik ve bebek sağlığını iyileştirmekle kalmayıp aynı zamanda birçok risk faktörünün kadınlar üzerindeki uzun vadeli etkisini azaltmaya yardımcı olacaktır (Anderson ve ark., 2006; Yakışan ve Set, 2012).

Fullerton ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları çalışmada sosyokültürel yapı ve sosyal güvencenin yeterli bakım alma durumunu etkilediği, bu hizmetlerden yararlanan kadınların doğum öncesi bakım, doğum ve doğum sonrası dönemlerinin daha iyi olduğu saptanmıştır. Ayrıca prenatal bakım ve aile planlaması hizmetlerin geliştirilmesi için prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık şiddetle tavsiye edilmektedir. Liu ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada ise prekonsepsiyonel sağlık bakımından yararlanan kadınların erken prenatal bakım alma oranı prekonsepsiyonel bakımdan yararlanmayanlardan 2.6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada prekonsepsiyonel sağlık bakımından yararlanma oranının primipar 20-24 yaş aralığındaki kadınlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Güney California'da 1998-2000 yılları arasında yapılan başka bir çalışmada ise, en geç bir yıl içinde gebe kalmayı planlayan kadınların aldıkları danışmanlık hizmeti ile büyük ölçüde olumlu sağlık davranışı geliştirdikleri saptanmıştır. Araştırmaya, farklı etnik köken, eğitim ve gelir düzeyinde olan 18-40 yaş arasındaki toplam 2886 kadın katılmıştır. Çalışmada 'gebeliği hemen (en az bir yıl içinde) planlamak isteyen', 'gebeliği daha sonra planlamak isteyen' ve 'gebelik planlamayan' olmak üzere üç farklı gruptaki kadına gebeliğe ilişkin birtakım istendik sağlık davranışları konusunda danışmanlık verilmiştir. Daha sonra gruplar aralarındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile karşılaştırılmıştır. Gebelik istemeyen grup referans alındığında en az bir yıl içinde gebelik planlayan grubun sigara ve alkolü bırakma, folik asit dahil multivitamin alma, sağlık bakımı hizmeti kullanma ve sağlık profesyoneline danışmanlık alma açısından daha iyi durumda oldukları saptanmıştır (Green-Raleigh ve ark., 2005).

Toplumların ekonomik ve sosyal yönden kalkınmasından söz edebilmek ve sağlıklı bir toplum oluşturabilmek için risk faktörlerinden en çok etkilenen anne ve çocukların

sağlık sorunlarının öncelikli olarak ele alınması ve iyileştirilmesi gerekir (Barger, 2010). Fetal sağlık üzerinde etkili olan faktörler; gebenin yaşı, eğitimi, sağlık durumu, gebelikten önce var olan hastalıkları, gebelikte ortaya çıkan hastalıkları, doğum öncesi bakım yeterli olmamış olması, beslenme durumu, sosyoekonomik durumu, aldığı doğum öncesi bakım hizmetinin kalitesi, beden kitle indeksi, iki yıldan sık gebeliklerinin olması, sigara-alkol kullanımı, sosyal güvencesinin olması, egzersiz yapma durumu, folik asit kullanması, demir takviyesi alması, multivitamin kullanması ve gebelik öncesi danışmanlık alması sayılabilir (İñiguez ve ark., 2013; Keskin ve ark., 2013). Gebeliği planlamış kadının yeterli bakım alamamasının temelinde ise; ekonomik zorluklar, sağlık hizmetlerine erişim güçlüğü, gebeliğin geç farkına varılması, çevreden gizlenmesi, gebelik öncesi bakımın önemi ile ilgili bilgi eksikliği, kültürel faktörler, yanlış inanışlar, sağlık sistemine güvensizlik gibi değişik faktörler rol oynar. Bu faktörler göz önüne alındığında anne ve bebek sağlığını korumak adına atılacak adımlar toplumun tüm kesimlerine ulaşılabilir nitelikte ve kalitede olmalıdır (Şahin ve Yurdakul, 2012; Warin ve ark., 2012).

2.4 DÜNYA'DA PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK

Dünyadaki birçok ülkedeki ulusal sağlık hedefleri fetal ve maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmayı önceliklendirmektedir. Maternal ve perinatal morbidite ve mortalitenin değiştirilebilir risklerinin belirlenmesi ve azaltılması ile önlenmesi olarak da tanımlanabilen prekonsepsiyonel bakım bu noktada büyük önem kazanmaktadır. Sağlık profesyonellerinin amacı; bu süreçler içerisinde gebeye fiziksel, psikolojik ve sosyal bütüncül bir bakım hizmeti sunarak, maternal ve fetal sağlığı tehdit eden riskleri kontrol altına almak/önlenmek, sağlığı korumak ve desteklemektir (Barger, 2010; Başgöl ve Oskay, 2012; Thompson ve ark., 2017). Prekonsepsiyonel danışmanlığın aile ve toplum sağlığı üzerindeki yararları bilimsel olarak kanıtlanmış olmasına karşın, prekonsepsiyonel klinikler dünya genelinde oldukça sınırlıdır. Prekonsepsiyonel bakım kavramının önemini ilk olarak 1825'te William Potts Dewees 'çocukların fiziksel tedavisinin annenin davranışını da içerecek şekilde mümkün olduğu kadar embriyonik dönem gibi erken dönemde uygulanması gerektiğini' belirterek ifade etmiştir (Ockhuijsen ve ark., 2012). Gebelik öncesi bakıma ilişkin ilk araştırmanın 1980 yılında Chamberlain tarafından İngiltere'de yayınlandığı bilinir. Bunu takiben Avrupa'da, gebelik öncesi bakımın ana-çocuk sağlığını olumlu etkilediğini kanıtlayan çalışmalar

yapılmış ve birçok ülkede farklı gebelik öncesi bakım programları yürütülmüştür (Ebrahim ve ark., 2006; Boulet ve ark., 2006). Özellikle Macaristan'da ve İngiltere'de folik asit kullanımının etkileri konusunda çalışmalar yapılmıştır. Hollanda 1984'te genetik danışmanlığın önemini vurgulayan bir kampanya başlatmış, İsrail kendi ırklarında sık rastlanan genetik hastalıkların (Tay-Sachs, talasemi vb.) araştırılmasına özel bir önem vermiştir (Mennuti, 2008; Cunningham, 2010). Hong-Kong'da çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere 'gebelik öncesi hazırlık hizmet birimleri' aracılığıyla eğitim, danışmanlık ve bakım verilmektedir (Ebrahim ve ark., 2006). İngiltere Londra'da ve Glaskov'da, Macaristan Budapeşte'de prekonsepsiyonel bakım veren klinikler bulunmaktadır. Bu klinikler kadınları gebelik öncesinde gebeliğe hazırlayarak riskleri en aza indirmekte ve sağlığı geliştirmeye yönelik girişimlerde bulunmakta, bu kliniklerde kadın doğum uzmanı, hemşire ve ebeler görev almaktadır. Florida'da prekonsepsiyonel girişim programı çerçevesinde yüksek riskli gebeler (düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği vb.) ele alınmakta ve gebelik öncesi kadınlar gebelik için hazır duruma getirilmektedirler. Kuzey Karolayna'da prekonsepsiyonel danışma programı üreme çağındaki tüm kadınlara yönelik hizmet vermekte, sağlıklı gebelik için yapılması gerekenler konusunda kadınlara danışmanlık yapılmaktadır. Birleşik Devletler 1980'li yıllarda bebek ölüm hızları (BÖH) açısından ülkeler sıralamasında çok gerilerde kaldığını fark etmiştir. Gebelikteki bakıma erken başlamak, doğum öncesi bakımı yaygınlaştırmak ve içeriğini genişletmek suretiyle 1980'de binde 12.6 olan bebek ölüm hızını 2004'te binde 6.8'e indirmeyi başarmıştır. Buna rağmen Birleşik Devletler bebek ölüm hızı sıralamasında daha gerilere düşmüştür, çünkü gebelik öncesi bakım uygulayan diğer ülkelerde ana-çocuk sağlığında elde edilen kazanımlar çok daha belirgin ve hızlı olmuştur. Bunun üzerine, 2006 yılında geniş tabanlı ulusal bir gebelik öncesi bakım programı başlatılmıştır (Moos, 2006; Boulet ve ark., 2006; Doğaner ve Gölbaşı, 2011).

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kötü obstetrik sonuçları önlemek üzere koruyucu bir yaklaşım olarak tanımlanmış ve 1980'li yıllarda konjenital anomalisi ve genetik bozukluğu olan, düşük doğum tartılı, morbidite ve mortalite oranları yüksek yenidoğanlar dünyaya geldiğinde koruyucu bir önlem olarak prekonsepsiyonel bakım öne sürülmüştür. 1990 yılında ABD'de 'Halk Sağlığı Hizmetleri' uzmanlar toplantısında prekonsepsiyonel bakım, birincil bakım hizmetlerinin bir parçası olarak

kabul edilmiş ve bileşenleri tanımlanmıştır, ancak politika ve finans kısıtlamaları nedeniyle hiçbir ilerleme kaydedilememiştir. 1995 yılından sonra ACOG ve AAP tarafından prekonsepsiyonel bakım çalışma grupları, bakım ve tarama ölçütleri geliştirilmiştir (Cullum, 2003; Jack ve ark., 2008) Daha sonraki dönemde ise Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, prekonsepsiyonel bakımın standartlarını belirlemiş, araştırmaları desteklemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, medya ve internet bilgi ağlarını güçlendirmiştir (Johnson ve ark., 2008). Sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebek sahibi olmaya hazırlıkta Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından öngörülen temel adımlar:

- Doğumsal defektlerden korunmak için gebe kalmadan en az 1 ay önce (3 ay öncesi başlanabilir) her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alınması,
- Sigara ve alkol kullanımına son verilmesi,
- Herhangi bir tıbbi rahatsızlık (astım, diyabet, obezite, epilepsi, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları vb.) söz konusu ise bu hastalıkların kontrol altında olduğundan emin olunması,
- Aşılama durumunun eksiksiz (güncel) olduğundan emin olunması,
- Kullanılan reçeteli ve/veya reçetesiz (bitkisel) tüm ilaçlar hakkında sağlık profesyonellerinin görüşünün alınması,
- Evde ve çalışma ortamındaki enfeksiyona neden olabilecek toksik madde ya da materyallere temastan kaçınılması,
- Kimyasallardan ve kedi ya da fare pisliğinden uzak durulması.

Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki pediatri, neonatal, kadın-doğum, kadın sağlığı, halk sağlığı ile ilgili kurum ve kuruluşlar, bu hizmeti kadın sağlığı hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul etmektedir (Hobbins, 2003; Jack ve ark., 2008).

2.5 TÜRKİYE'DE PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK

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 almasının gerekliliği vurgulanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010). Ülkemiz 2000'li yıllarda, Birleşik Devletlerin 1980'lerde izlediği yolu seçerek

ağırlıklı olarak doğum öncesi bakıma odaklanmıştır. 2009 yılı itibariyle standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmış, ayrıca sağlık personelinin gebelerle ilgili tıbbi sorunlarda nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin standart akış şemaları oluşturulmuştur. Gebelikte fetal sağlığın korunmasına yönelik Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları şunlardır:

- Gebelere gebelikleri boyunca en az 4 kez nitelikli izlem yapılması genelge ile yayınlanmıştır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı 2005 yılında her gebeye gebeliğin dördüncü ayının başından doğum sonu üçüncü ayın sonuna kadar günde 40-60 mg demir desteği sağlamak amacı ile özel bir program başlatmış ve bu programa devam edilmektedir.

- T.C. Sağlık Bakanlığı tetanoz toksoidi ile aşılama gebeliğin 12. haftasından itibaren başlanmasını önermektedir. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2010) sonuçlarına göre 2002 yılında Türkiye’de neonatal tetanoz olgusu sayısı 32 iken, gebelikte aşılama ile bu oran 2010 yılında 2 olguya düşmüştür.

- T.C. Sağlık Bakanlığı 1999 yılında nöral tüp defektlerinden (NTD) korunmaya yönelik olarak gebe kalma döneminde folik asit kullanımının yaygınlaştırılması üzerinde durulmuş, NTD’nin önlenmesinde folik asit kullanımı konusunda bazı proje ve toplantılarla DÖB hizmeti verenlerin farkındalığının artırılması amaçlanmıştır.

- Yine T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından gebelik izlemleri sırasında fetal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gebeye; beslenme ve diyet, fiziksel aktivite, çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara-alkol kullanımı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, başta tetanoz olmak üzere aşılarda hakkında, gebelikte ortaya çıkacak minör sorunlar ve gebelikteki tehlike işaretleri hakkında danışmanlık verilmesi DÖB rehberinde açıkça belirtilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010). Yapılan bu uygulamalar şüphesiz çok önemli gelişmeler olup, doğum öncesi bakımın anne ve çocuk sağlığı üzerine olan katkıları istatistiklerden görülmektedir. Aynı şekilde gebelik öncesi döneme de ağırlık verilerek bu konuda çalışmaların yapılması muhtemelen daha büyük ilerleme kaydetmemizi sağlayacaktır. Ülkemizde de prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerine gereksinim vardır. Bunun

nedenlerini en iyi şekilde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2013 verilerini incelediğimizde görebiliriz. TNSA 2013 verilerine göre:

- Türkiye’de kadınların %97’si sağlık personelinin doğum öncesi bakım almaktadır.
- Türkiye’de, adölesan dönemde olan (15-19 yaş grubu) kadınların %5’i çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. Refah düzeyi düşük ailelerde adölesan evlilikler ve doğurganlık daha da yüksektir.
- 15-49 yaş evli çiftlerin %74’ü herhangi bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Etkili yöntem kullananların oranı %47, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %26’dır.
- Doğum yapan gebelerin %97’si 2013 araştırmasından önceki 5 yılda en az bir doğum öncesi bakım almıştır. 4 ve daha fazla doğum öncesi bakım alanlar bütün gebelerin %89’udur.
- Doğumların %97’si sağlık personeli yardımı ile yapılmış, %94’ü ise doğum sonu bakım aldığını ifade etmiştir. Ancak doğum yapan kadınların %74’ü doğum sonu bakımı doğumu izleyen 4 saat içinde almıştır. Belirtilen bu kısa süre annelerin çoğunun, doğum yapılan kuruluştan taburcu olmadan önceki bakımın alındığına işaret etmektedir.
- Yüksek riskli doğurganlık davranışları yaygındır. 2008 TNSA’ya göre son beş yıl içindeki doğumların sadece %33.2’si hiçbir risk kategorisinde değilken, bu sayı 2013 TNSA’da %37.3 olarak rapor edilmektedir. Yani yine her 3 doğumdan biri risklidir.
- Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 13, yine Türkiye’de yapılan Türkiye Beş Yaş Altı Çocuk ve Bebek Ölümünün Tespit Edilmesi Araştırması (BEÇMOR) 2010 sonuçlarına göre bebek ölüm hızı binde 11.58 olarak saptanmakla birlikte, bölgesel değişiklikler göstermektedir. Türkiye’de 2015 yılı itibari ile bebek ölüm hızının binde 10’un, anne ölüm hızının yüz binde 10’un altına düşürülmesi hedeflenmektedir (TNSA, 2013; Yılmaz ve ark., 2015).

Çatak ve arkadaşlarının (2012) İstanbul’da doğum öncesi bakım hizmetlerinin değerlendirilmesine yönelik yapmış oldukları çalışmada gebelerin %99.6’sı doğum öncesi bakım hizmeti almıştır. Ancak alınan bu hizmet yeterli kalitede değildir. Sağlık

personeli fizik muayene ve laboratuvar tetkiklerini öncelemişken, danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerinde oldukça yetersiz kalmıştır. Ergin ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada kırsal bölgelerde yaşayan, çalışmayan, eğitim seviyesi düşük olan kadınlarda ve yüksek riskli gebeliklerde doğum öncesi bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliğinin daha kötü olduğu tespit edilmiştir. Yılmaz ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin yalnızca %34'ünün gebe kalmadan önce danışmanlık aldığı ve gebelik öncesi muayene olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada 35 yaş üstü gebeliklerin azaltılması, 2 yıldan daha sık aralıklı gebeliklerin önlenmesi, gebelik öncesi muayenenin ve danışmanlığın öneminin vurgulanması, daha fazla egzersiz yapma ve sigarayı bırakma konularındaki girişimlerin önemine dikkat çekilmektedir.

Beşer ve arkadaşlarının (2007) Aydın il merkezinde yapmış oldukları çalışmada gebelik öncesi bakım hizmetlerinin nitelik ve nicelik bakımından beklenenin altında olduğu, kentsel alanda yaşamının, eğitim seviyesinin yüksek olmasının ve sosyal güvencenin bulunmasının “yeterli” doğum öncesi bakım alma durumunu etkilediği tespit edilmiştir. Özellikle kırsal alanda yaşayan, eğitim düzeyi düşük olan ve sosyal güvencesi olmayan kadınlarda “yeterli” doğum öncesi bakım alma durumunun daha da düşük olduğu, hizmetin ulaştırılabilmesi için sağlık personelinin daha duyarlı olmasına dikkat çekilmektedir. Gebelikte ve sonrasında meydana gelebilecek komplikasyonların erken tespiti ve tedavisi, ölü doğumların ve bebek ölümlerinin önlenmesi için doğum öncesi bakım hizmetlerinin gebelik öncesi danışmanlık hizmetleriyle desteklenmiş olarak birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yeterli ve nitelikli verilmesinin hayati bir önem taşıdığı vurgulanmaktadır.

Aslında gebelik öncesi bakım ülkemiz için yeni bir kavram değildir, sağlık sisteminin çeşitli kademelerinde elbette kadınlara gebe kalmalarından önce bazı öneriler sunulmakta (sigaranın bırakılması, kilo kontrolü) ve bazı müdahaleler (folik asit ve demir takviyesi) yapılmaktadır. Yapılması gereken, bu çabaları bireysel düzeyde tutmak yerine, bütüncül biçimde sağlık sisteminin tüm kademelerinde uygulayabilmektir. Hizmeti kimin ne ölçüde, hangi içerikle, nasıl sunacağını ve hizmetin nasıl izleneceğinin belirlenmesi kadar bunun yazılı bir politika haline getirilmesi de önemlidir. Gebelik öncesi bakım hizmetleri ulusal düzeyde ve sağlık sisteminin her kademesinde bütüncül olarak uygulanmaya başladığında, sağlıklı nesiller yetiştirmeyi

desteklemek için konulmuş yasalarımızı hayata geçirme şansımız artabilir. Aksi takdirde yeterli hizmet verilememektedir. Ne yazık ki, ülkemizin sağlık sisteminde henüz prekonsepsiyonel bakım konusunda kurumsallaşmış bir yaklaşım ve uygulama mevcut değildir (Baysoy ve Özkan, 2012; Coşkun, 2012).

2.6 PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIĞIN KAPSAMI

Gebelik, kadın hayatını biyo-psiko-sosyal yönden etkileyen, tıbbi bakım ve psikososyal destek gerektiren özel bir süreçtir. Bu süreç, gebelik öncesi dönem ile başlamaktadır. Prekonsepsiyonel dönemde sağlanan kaliteli bakımın sonuçları gebelik ve gebelik sonrası döneme de yansımaktadır (Jack ve ark., 2008; Dean ve ark., 2014). Gebelik öncesi bakım, doğurgan çağıdaki tüm kadınlara ve eşlerine (çocuk sahibi olmayı düşününler ya da düşünmesinler) sağlık mesajları iletmeyi amaç edinmiş olan, fakat gebelik planlayanlara daha yoğun biçimde ulaştırılan bir hizmettir. Gebelik öncesi bakımın kilit noktası, her kademedeki sağlık çalışanlarının, kendilerine herhangi bir nedenle başvuran doğurgan çağıdaki eşlere ‘Önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?’ sorusunu sormalarıdır. Çünkü bu anahtar soru ve ardından verilecek uygun bakım hizmeti, sağlıklı kuşaklar yetiştirmenin önkoşuludur. Gebelik planlanmıyorsa çiftin uygun bir gebelik önleyici yöntem kullandığından emin olmak, gebelik planlanıyorsa kadının en sağlıklı olduğu dönemde gebe kalmasına olanak tanımak için risk belirlemesi yapmak gerekir. Gebelik öncesi dönemde pek çok olguda gebeliğini etkileyecek problemler mevcuttur. Bunlar içinde en fazla nutrisyonel problemler izlenir, medikal ve reproduktif ve genetik problemler onu takip eder (Öztopçu ve ark., 2011; Baysoy ve Özkan, 2012; Başgöl ve Oskay, 2012).

Kadının değerleri ve kaynakları temelinde hamile kalma ile ilgili kişisel hedefleri özetlenmeli ve bir üreme yaşam planı hazırlanmalı, gebeliği etkileyebilecek olumsuz durumların var olup olmadığı öncelikli olarak saptanmalıdır (Thompson ve ark., 2017). Gebelik planlayan eşlerden alınacak özgeçmişe yönelik hikaye ve normal fizik muayene ile bir risk tayini yapılır. Kalp hastalıkları, hipertansiyon, akut ya da kronik hastalıklar, diyabet, tiroid hormonları, epileptik ilaçlar, alkol ve sigara kullanımı gibi bazı riskler kontrol altına alınabilir (Lu, 2007; Moos ve ark., 2008). Bu yüzden prekonsepsiyonel danışmanlığın ilk aşamasını kapsamlı bir öykü almak oluşturmaktadır. Kapsamlı bir öykü alınarak var olan risk faktörleri ortaya çıkarılmaya çalışılır. Tüm fertil kadınlarda

sistematik olarak reproduktif öykü, aile öyküsü, tıbbi öykü, beslenme durumu, ilaca maruz kalma ve sosyal durumlar detaylı olarak incelenmelidir. Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında alınan ayrıntılı öyküye dayalı olarak, bireye verilecek eğitim/danışmanlık hizmetleri ve gerekli tıbbi girişimler planlanır. Bu hizmetler bireyden alınan öyküye göre farklılaşabilir (Weerd ve ark., 2001; T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; Aydın ve Yayla, 2010). Genel olarak prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında çiftlere verilecek eğitim ve danışmanlık hizmetleri aşağıda özetlenmiştir.

2.6.1 Sağlıklı ve Dengeli Beslenme

Gebelik öncesi dönemden itibaren kadınların yeterli ve dengeli beslenmesi ve vücut ağırlığı kontrolünün sağlanması maternal ve fetal birçok sağlık riskinin engellenebilmesi açısından önemlidir (Wennberg ve ark, 2013). Gebelik öncesinde ve gebeliğinde annenin sağlıklı beslenmesi termde gelişimini tamamlamış fetüsü, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı bir laktasyon döneminin olasılığını artırırken; postpartum obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını olumlu yönde etkiler (Api ve ark., 2005; Noğay, 2011). Diyet ve gebelik sırasında yeme kalıpları, doğrudan fizyolojik etkiler yoluyla perinatal sonuçları etkileyebilir. Bebeğin gebelik sürecinde plasenta aracılığıyla sonrasında ise anne sütü ile beslendiği dikkate alındığında; bebek beslenmesinin, yaşamın ilk 500 günlük döneminde (gebelikten doğum sonrası ilk altı aya kadar) tamamen anneye bağlı olduğu görülmektedir. Gebelikte beslenme düzeninin üç ana iki ara öğün olması önerilmektedir. Özellikle konsepsiyondan önce yeterli miktarda vitamin ve mikro besin alımı için tüm üreme yaşındaki kadınlar günlük olarak bir multivitamin kullanmalıdır (Barger, 2010). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik süresince anne adayları çiğ et ve süt ürünleri tüketmemeleri ve bir nörotoksin olan civanın potansiyel etkilerinden korunmak için haftalık balık tüketimlerini 350-400 gram düzeyinde tutmaları konusunda uyarılmalıdır. Sağlık hizmeti sunucuları, kadınların diyetlerini değerlendirmeli, beden kitle indeksi ölçümüne dayanan kilo alım önerileri vermeleri ve danışmanlık konusunda vakit ayırmaya devam etmelidir (Öztopçu ve ark., 2011; Wennberg ve ark, 2013).Yapılan prospektif bir çalışma çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin prekonsepsiyonel beslenme durumunun fertilitate sonuçları, perinatal sağlık ve bebeğin uzun süreli sağlığı üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Kermack ve ark., 2014). Yapılan başka bir çalışmada da

prekonsepsiyonel diyet değişikliklerinin fertilizasyon sonuçlarını etkilediği gösterilmiştir. Bu çalışmada bitkisel yağ, balık, sebze ve bakliyattan zengin, abur cuburun az olduğu Akdeniz diyeti uygulaması ile kanda ve foliküler sıvıda eritrosit folatı ve B6 vitamini arasında pozitif ilişki belirlenmiş olup bu çiftlerde gebelik olasılığında %40 artış saptanmıştır (Vujkovic ve ark., 2010).

Maternal yetersiz beslenme ve fetal büyüme yetersizliğinin yetişkin dönem kronik hastalıkları üzerindeki etkisinin yanında günümüzde maternal obezite ve maternal aşırı ağırlık kazanımının yetişkin dönemde metabolik ve kronik hastalıklar üzerinde önemli bir risk faktörü oluşturduğu dikkat çekmektedir (Arslan ve Başgöl Yiğiter, 2012; Köken ve ark., 2013; Kabaran, 2014) Maternal kilo, gebelik sonuçlarının değiştirilebilir önemli belirleyicilerinden biridir. Anne adayının çok düşük ya da çok fazla kilo ile gebeliğe başlaması önerilmez (Lee ve Koren, 2010). Çok düşük kiloda: gebe kalmada zorlaşma, erken doğum, immatür/prematür bebek, nöral tüp defektleri, gebelik yaşına göre düşük doğum ağırlıklı bebeklerin izlenmesi sıklaşırken, aynı zamanda maternal malnutrisyon, uzun vadeli etkilere sahip nörokognitif hastalıkların gelişimi açısından da risk faktörüdür. Yüksek kiloda ise: hipertansiyon ve diyabet hastalığına bağlı makrozomik bebek, preeklamsi/eklamsi, zor doğum, spina bifida, el, ayak ya da parmaklarda eksiklik ve kalbin doğuştan anomalileri, anorektal atrezi, hipospadias, diafragmatik herni, omfalosel vb. yapısal bozukluklar daha sık izlenmektedir. Obez gebelerin normal kilolu gebelere göre tıbbi-obstetrik komplikasyon yaşama riski daha yüksektir (Yakışan ve Set, 2012; Ferrari ve ark. 2013; Aydemir, 2014).

Athukorala ve arkadaşlarının (2010) şişman ve obez annelerde peripartum ve neonatal sonuçları değerlendirmek amacıyla 1661 kadınla yapmış oldukları randomize- kontrollü bir çalışmada; kadınların %27'sinin şişman, %16'sının obez olduğu; obez kadınlarda preeklampsi, gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet riskinin arttığı, hipertansiyon nedeniyle hastanede kalış süresinin uzadığı, magnezyum sülfat ve antihipertansif kullanımının fazla olduğu, doğumun indüksiyon ile başlatılması ve sezaryen oranında artma olduğu ve postpartum dönemde yara yeri enfeksiyonu için daha fazla antibiyotik kullandığı bulunmuştur. Yine bu çalışmada gestasyonel diyabet gelişme riskinin şişman ve obezlerde normal kilolu kadınlara göre sırasıyla iki ve dört kez fazla olduğu; obez ve şişman annelerden doğan bebeklerin daha iri ve makrozomik olduğu belirtilmiştir. Bu çalışma sonucunda Avustralya'da aşırı kilo ve obezite oranının

obstetrik popülasyonda artış gösterdiği ve acilen önleyici stratejilere ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır.

Farah ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada 5824 kadında morbit obezite insidansının %0.6 olduğu, morbid obez kadınların %35,8'inde gebeliğin neden olduğu hipertansiyon ya da preeklamsi varken, normal beden kitle indeksi grubundaki kadınların %9.8'inde bu sorunlar saptanmıştır. Fetal makrozomi (doğum ağırlığı >4.5 kg) sıklığı normal beden kitle indeksli grupta %1.7 iken obez grupta %6.3 olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir diğer çalışmada da gebelik süresince tıbbi sorun yaşayan ya da doğum komplikasyonu olanların oranı %44.7 olup, bunların %30.7'sinin gebe kalmadan önce şişman/ obez oldukları belirtilmiştir (Kitsantas ve Pawloski, 2010).

Işık ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada kadınların %55.3'ünün şişman grubunda (hafif şişman veya obez) yer aldığı belirlenmiş, şişman ve obez birey oranının bu kadar fazla olması medikal ve sosyal problemler açısından önemli bir risk faktörü olarak değerlendirilmiştir. Oteng-Ntim ve arkadaşlarının (2012) yapmış oldukları meta-analiz çalışmasında ise gebelik öncesi yaşam tarzına müdahale edilen, kilo veren aşırı kilolu ve obez popülasyonda gestasyonel diyabet prevalansında azalma olduğu tespit edilmiştir.

Metabolik bozukluk olan obezite, üreme çağındaki kadınları ilgilendiren ve gebelik öncesinde veya sırasında ortaya çıktığında ise hem anne hem de fetus için büyük bir risk faktörü oluşturan bir durumdur (Lee ve Koren, 2010; Sirimi ve Goulis, 2010; Keskin ve ark., 2013). Dünya Sağlık Örgütü, kadınlarda erkeklerden daha fazla oranda görülen obeziteyi, bir salgın olarak değerlendirmiş ve gebelikte obezite prevalansının %1.8 ile %25.3 arasında olduğunu belirtmiştir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda obezite görülme oranı %41.0'dır. Obezitenin değerlendirilmesinde vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi (kg / m^2) ile elde edilen BKİ kullanılır. Obezite ile gebelikte ve sonrasında görülebilecek gestasyonel diyabet, düşük, tromboembolizm, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, preterm doğum, doğum defektleri, sezaryenle doğum, fetal makrozomi, perinatal ölümler, postpartum anemi gibi sorunlar arasında kuvvetli bir ilişki bulunmaktadır. Üstelik anne obezitesinin komplikasyonları sadece fetusu içermez; fetal yaşamın ötesine geçerek çocukluk ve erişkinliğe kadar uzanır. Gebelikte maternal obezite ve hiperglisemi varlığı, yenidoğanda ileriki dönemlerde diyabet ve obezite riskinin artmasına ve kardiyolo-

metabolik hastalıkların gelecek nesillere aktarılmasına sebep olmaktadır (Shaikh ve ark., 2010; Öztopçu ve ark., 2011; Ergin, 2014; Hekim, 2015; Ural, 2016). Obezite açısından risk faktörleri; ailede şişmanlık ve diyabet öyküsü (genetik faktörler), düşük eğitim düzeyi, düşük aktivite düzeyi, fastfood tarzı beslenme alışkanlığı (çevresel faktörler), televizyon ve bilgisayar karşısında geçirilen sürenin artması, stres ve depresyon, sigara, alkol, ilaçlar, doğum sayısının fazla oluşu, yemek yeme hızının ve sayısının artması, öğün aralarında sık sık yemek atıştırmaları, doğum ağırlığının fazla oluşu, bebeklik döneminde ek gıdalara erken başlama sayılabilir. Kadınlarda biyolojik faktörlerin etkisi ile ergenlik döneminden itibaren erkeklere oranla obezite daha fazla görülmektedir. Ergenlik, gebelik, doğum sayısı, emzirme süresi, menopozal dönem ve emeklilik gibi yaşam dönemleri kadın için önemli riskli dönemler olarak kabul edilmektedir (Körükçü ve Kukul, 2011; Işık ve ark., 2013; Ergin, 2014; Ata Kaptı, 2014). Gebelik, ağırlık kaybı için doğru bir zaman değildir. Bebek düşünen anne adayları genellikle yaşam tarzı değişikliklerini kabul etmeye daha fazla motive olduğundan hamilelik öncesi, obezitenin daha etkin bir şekilde yönetilebileceği bir dönemdir. Bu dönemde vücut ağırlığının kontrolü, sağlıklı beslenme ve yaşam tarzı modülasyonu obezite riskini azaltarak hamilelik sonucuna ve annenin ve yenidoğanın sağlık durumuna iyi yönde katkı sağlayacaktır. Sağlıklı bir gebelik için kilonun istenen sınırlarda olması, annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanması gerekmektedir. Bu yüzden gebe kalmadan önce BKİ yüksek olan kadınları ağırlık kaybı için teşvik etmek ve uygun ağırlığa ulaştıktan sonra gebe kalmak, gebelikte ve sonrasında pozitif yönde etkileyecek olan sağlıklı yaşam tarzı konusunda bilgilendirmek oluşabilecek sorunları önlemek açısından son derece önemlidir (Kabaran ve Samur, 2010; Oteng-Ntim ve ark., 2012) Bu nedenle gebelik öncesi gerekiyorsa ideal kiloda olmak için bir diyetisyenden yardım alınmalıdır. Ayrıca obez gebelerin diyabet ve hipertansiyon açısından taranması ve takip edilmesi, sağlık çalışanlarının bu konuya daha fazla duyarlı olup ekip anlayışı ile prekonsepsiyonel danışmanlık sunulması gebeliğin seyri açısından olumsuz sağlık sonuçlarının önlenmesinde gereklidir (Yanikkerem ve Mutlu, 2012; Ata Kaptı, 2014). Prekonsepsiyonel danışmanlık kadını maternal obeziteyle ilişkili sağlık riskleri ve gebelik öncesi normal kiloya ulaşmanın olası yararları hakkında eğitmek ve boy-kilo ortalamalarının uygun sınırlarda olması için benzersiz bir fırsat sunmaktadır. Pregestasyonel ve prenatal bakım sunan perinataloji hemşireleri açısından da anne ve bebek sağlığını koruma/geliştirme ve

bakım kalitesini yükseltmede gebelik öncesi obezitenin yönetimi çok önemlidir (Lee ve Koren, 2010; Körükçü ve Kukulcu, 2011; Shaikh ve ark., 2010). Verilen eğitimlerin yaşam tarzına ve yeme alışkanlıklarına aktarılabilmesi, yeme bozukluğu gibi psikiyatrik hastalık durumunda da destek alınması önemli bir husustur. Diyet önerilerinin iletişimsel yönleri vurgulanmalı, hemşire ve ebelere sürekli eğitim sunulmalıdır. Böylece kadınlara gebelikten önce rehberlik ve destek sağlanarak diyet değişikliklerini değerlendirip yönetmelerine yardımcı olunabilir. Hemşireler tarafından esnek, bireysel ve holistik bakım uygulandığında obezite ile mücadelede, daha olumlu sonuçların elde edileceği belirtilmektedir (Yücel, 2009; Wennberg ve ark., 2013; Taşkın, 2016).

Gebelik, fizyolojik ve anatomik değişikliklerin yaşandığı doğal bir süreç olmasına rağmen, yaşanan hormonal ve vasküler değişiklikler, özellikle östrojen seviyesindeki artış ve bulantı kusma gebe kadınlarda ağız hijyeninin bozulmasına, var olan diş ve dişeti problemlerinin artmasına neden olmaktadır (Usturalı Mut ve ark., 2014). Gebelik dönemindeki ağız ve diş sağlığı sorunları Türkiye gibi koruyucu diş hekimliği uygulamalarının henüz yaygınlaşmadığı ülkelerde annenin yaşam kalitesini ve genel sağlık düzeyini etkilemekte, ayrıca erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve preeklampsi için bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Elbek Çubukçu, 2007). Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde tedavi edilmemiş ağız ve diş sağlığı sorunları gebelikte daha ciddi komplikasyonlara zemin hazırlamaktadır. Bu nedenle kadının diş hekimine düzenli kontrole gitmesini sağlamak, gebelik öncesinde ve gebelikte diş hekimi muayenelerini yaptırmak, maternal ve fetal sağlık açısından çok büyük önem taşımaktadır. Yenidoğanda ilk dişler doğumu takiben altı aya kadar ağız içinde görünmeseler de gelişimleri embriyonal yaşamın 6. haftasından önce başlar. Bu nedenle bebeğin ağız ve diş sağlığının korunması için ebeveynin prekonsepsiyonel dönemden itibaren ağız ve diş sağlığına gereken özeni göstermesi, yeterli ve dengeli beslenmesi, kullanacağı ilaçlar konusunda dikkatli olması gerekir (Elbek Çubukçu, 2007). Ayrıca diş eti hastalıklarının önlenmesi veya tedavisi; doğal dişlerin korunması, daha rahat çiğnemenin ve daha iyi bir sindirimin sağlanması gibi faydaları da beraberinde getirir. Ağız ve diş sağlığı sorunları dünyada en sık görülen ve ülkemizde de sık karşılaşılan önlenemez hastalıklar arasındadır. Türkiye’de diş hekimine gitme oranı yılda 0.9 kez iken, bu oran Avrupa’da yılda 5 kez, yıllık diş macunu tüketimi ülkemizde 100-110 gr. iken İngiltere de 480 gr. kişi başına düşen fırça sayısının ise 0.7/yıl olduğu

belirlenmektedir (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2011; Akpınar ve ark., 2012). Kadınların diş hekimine gitmeme nedenleri arasında, maddi sıkıntılar, diş ile ilgili rahatsızlıklarının olmaması, gereksiz görme, önem vermeme, gebelik üzerindeki etkilerinin bilinmemesi, diş hekimi ve kadın doğum uzmanlarının tutumları ve diş hekimliği hizmetlerine ulaşımında zorluk gibi faktörler yer almaktadır. Genel sağlık hizmetlerinde olduğu gibi, ağız ve diş sağlığında da tedaviden çok korunmaya yönelik hizmetlerin ön planda olması, toplumun genel ağız ve diş sağlığı düzeyinin iyileştirilmesi ve ortaya çıkan sorunların erken dönemde saptanıp maliyetlerin en aza indirgenmesi açısından önemlidir (Türk Diş Hekimleri Birliği, 2011; Akpınar ve ark., 2012). Prekonsepsiyonel dönemde ki kadınlarda ağız ve diş sağlığına yönelik yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak yapılan araştırmalarda gebelikte ağız ve diş sağlığının gebe kadınlar da dahil olmak üzere, kadın-doğum uzmanları, ebe ve hemşireler tarafından göz ardı edilen konular arasında yer aldığı ve gebe kadınlara ağız ve diş sağlığına yönelik danışmanlık ve eğitim verilmediği belirtilmektedir (Usturalı Mut ve ark., 2014).

2.6.2 Düzenli Egzersiz

Sağlığa olan yararlarının iyi bilinmesine karşın dünya nüfusunun önemli bir kısmı fiziksel aktivite yapmamakta ya da yetersiz seviyede yapmaktadır ve dünya genelinde fiziksel inaktivite oranı kadınlarda erkeklere oranla daha yüksektir (Ferrari ve ark., 2013; Yalçın ve Tekin, 2013). Toplumsal sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında fiziksel aktivite ve egzersiz programları son derece önemlidir. Bu durum anne adayları olan kadınların hem kendileri hem de bebekleri açısından daha da önemli bir hal almaktadır (Tobias ve ark., 2011). Bununla birlikte gelişmiş ülkelerde kadınların spora katılım oranı fazla iken gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran daha düşüktür. Kadınların bir kısmı yaşam tarzlarının içine düzenli egzersizi katmış olup bunu gebelikte de sürdürme arzusunda oldukları halde, bir grup kadın ise, ilk kez gebe kaldıklarında egzersiz yapmaya karar vermektedirler. Egzersizin faydaları iyi bilinmekle birlikte kadınların çoğu gebe kaldıklarında bebeğe zararlı olabileceği düşüncesiyle egzersizi bırakmaktadır. Oysa gebelik öncesinde ve gebelikte yapılacak olan düzenli egzersiz fetal ve maternal birçok yarar sağlayacaktır (Yalçın ve Tekin, 2013; Ata Kaptı, 2014; Ölçer ve Oskay, 2015). Gebelik öncesinde ve gebelikte egzersizin olumlu yönleri arasında, gebelik şansını artırması, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hali hissinin, enerjinin, uyku kalitesinin güç ve dayanıklılığın artması, sırt ağrısının azalması, dolaşım

ve sindirim işlevlerinin düzenlenmesi, annenin kilo kontrolünün sağlanması, doğum için gereken kas aktivitesinin desteklenmesi, gebelik diyabeti olasılığının önlenmesi sayılabilir (Tobias ve ark., 2011; Yalçın ve Tekin, 2013). Ayrıca fiziksel egzersiz, stres yaratan olaylara karşı gösterilen fizyolojik tepkileri düzenler, daha sakin kalmayı sağlar. Literatür incelendiğinde, gebelikte yapılan egzersizin gestasyonel diyabetes mellitus ve preeklampside koruyucu olabilmesi için fiziksel aktivitenin gebelikten önce başlaması ve gebelik süresince devam etmesi önerilmektedir (Hekim, 2015; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Tobias ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları meta-analiz çalışmasına göre; gebelik öncesinde fiziksel aktivite yapan kadınlarda gestasyonel diyabetes mellitus görülme riski %55 iken erken gebelik döneminde fiziksel aktivite yapan kadınlarda ise bu oran %24'e düşmüştür. Gebelik öncesinde tempolu ve günde 30 dakikadan daha fazla yürüyüş yapan kadınların, tempolu ve günde 30 dakikadan daha kısa yürüyüş yapan kadınlara göre daha az risk altında olduğu, gebelik öncesinde veya erken gebelik döneminde sedanter ya da inaktif yaşam biçimi olan kadınların gestasyonel diyabetes mellitus riski daha yüksek bulunmuştur. Çalışma sonucunda gebelikten önce veya erken gebelik döneminde düzenli olarak yapılan egzersizin, gestasyonel diyabetten korunmada en etkili yöntemlerden biri olduğu düşünülmektedir. Ferrari ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında gebe kadınların %30'unun egzersizsiz olarak yürüyüş yaptıkları belirlenmiş, gebelikte yapılan egzersizin gestasyonel diyabetes mellitus gelişimini önlemede ve iyileşmesinde, preeklampsi ve preterm doğumların riskinin azaltılmasında yararlı olduğu belirtilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise; gebelerin %61.1'inin gebelik egzersizleri hakkında bilgi sahibi oldukları, gebelerin %38.8'inin gebelik egzersizleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir. Gebelerin konuya ilişkin yeterli ve doğru bilgi sahibi olmadıkları; bebeklerine veya kendilerine zarar vereceği endişesinden dolayı düzenli egzersiz yapmadıkları, gebelerin yaptıkları yürüyüşü egzersiz olarak algılamadıkları belirtilmiştir (Yalçın ve Tekin, 2013).

Günümüzde toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için önemini yeterince anlayamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerden biri olmuştur. Sağlıklı olmak; dengeli beslenme ve düzenli egzersiz yapılmasına bağlıdır. Bu nedenle yeterli ve dengeli beslenmeli, düzenli olarak egzersiz

yapılmalıdır (Öztopçu ve ark., 2011; Mecdi ve Rathfisch, 2013; Hekim, 2015). Fiziksel yönden aktif olan kadınların daha kolay doğum yaptıklarına dair kanıtlar çok eskilere dayanmaktadır. Aristoteles, zor doğumların sedanter yaşam biçiminden kaynaklandığını belirtmiştir. Tüm gebelik düşünen kadınlara, egzersizin gebelik döneminde ve sonrasında yararları anlatılıp, egzersiz yapmaya başlaması yönünde yöreklendirilmesi gerekmektedir. Kadınlar egzersizin kontrendike olduğu durumlar (kalp hastalıkları, kısıtlayıcı akciğer hastalığı, servikal yetmezlik, preterm eylem, erken doğum riski olan çoğul gebelik, kontrolsüz hipertansiyon, iyi kontrolü olmayan tiroid hastalıkları ve ağır sigara bağımlıları vb.) dışında gebelikten en az 3 ay öncesinde bir egzersiz programını uygulamakla, rahat ve aktif bir gebelik geçirme şanslarını arttırabilirler. Egzersiz programı kişiye özel olarak hazırlanmalıdır. Gebelik öncesi aktivite durumu değerlendirilmeli, gebelik öncesinde aktif bir yaşam sürmüştü, hiçbir zaman aktivite düzeyi gebelik öncesi düzeyin üzerine çıkmamalıdır (Api ve ark., 2005; Taşçı Duran ve ark., 2013; Taşkın, 2016).

2.6.3 Folik Asit Desteği

Herhangi bir doğum defekti, çocuğun ve ailesinin yaşamında önemli bir etkiye sahiptir. Konjenital anomali; fetusa ait yapı, şekil ve fonksiyonların bir bölümü veya bir kısmında morfogenez sırasında standart tipten anormal sapmayı tanımlayan ve doğumda var olan gelişim kusurudur. Prekonsepsiyonel bakım, doğum defektlerinin primer olarak önlenmesinde önemlidir (Quinn ve ark., 2005). Tüm yenidoğanların %2-3'ünde tespit edilen majör yapısal anomaliler preterm doğumlardan sonra perinatal mortalite ve morbiditenin ikinci en sık nedeni olarak karşımıza çıkmakta, olguların etiyolojisinde genetik faktörlerin yanı sıra maternal sistemik hastalıklar, maternal yaş, çevresel ajanlar, alkol, sigara, bağımlılık yapıcı maddeler, gebelikte alınan toksik ilaçlar, radyasyon, maternal enfeksiyonlar, plasental kan akımının bozulması ve perinatal enfeksiyonlar olduğu belirtilmektedir (Warin ve ark., 2012; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012). Kadına sağlanan folik asit desteği, prekonsepsiyonel dönemde kontrol edilebilir önemli bir faktördür. Prekonsepsiyonel dönemde sağlanan folik asit desteğinin, nöral tüp defektlerini ve konjenital anomalileri azalttığı yönündeki görüş tam anlamıyla kabul edilmiş, kanıt temelli yaklaşımlarda 'A' öneri düzeyinde olup, randomize kontrollü çalışmalarla kanıt derecesinin iyi olduğu kabul edilmektedir (Barger 2010; Başgöl ve Oskay, 2012; De-Regil ve ark., 2010). Bu nedenle hamile kalma gücüne sahip tüm

gebelik öncesi kadınlar her gün 0.4 mg / 400 mikrogram folik asit tüketmelidir. Daha önce nöral tüp defektli fetus sahibi olan, ebeveynlerden birinin nöral tüp defektli olması, insülin bağımlı diyabeti olan, beden kitle indeksi >35 olan ve valproik asit veya karbamazepin ile tedavi gören epilepsili hastalar gibi özel durumlarda daha yüksek dozda folik asit takviyesi gereklidir. Bu gibi durumlarda nöral tüp defektlerini önlemek için folik asit kullanımına gebelikten üç ay önce başlanarak, gebeliğin ilk üç ayında devam edilmesi ve günlük 0.4-1.0 mg folik asit tüketilmesi önerilmektedir (Çakmak ve ark., 2006; Şahin ve Yurdakul, 2012; Özler ve ark., 2014).

Çakmak ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada gebelerin prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı ve koruyucu etkileri konusunda bilgi eksikliği olduğu, gebeliklerin %73'ünün planlı gebelik olmasına rağmen prekonsepsiyonel dönemden başlayarak folik asit kullanımı oranının sadece %8 olduğu tespit edilmiştir. Düzce ilinde yapılan başka bir çalışmada ise prekonsepsiyonel ve konsepsiyonel dönemlerdeki folik asit desteği nöral tüp defektlerine karşı önemli bir koruyucu etken olarak belirlenmiş, maternal eğitim düzeyinin artması ve maternal BKİ de NTD riskinde etkili olan diğer faktörler olarak saptanmıştır (Karacabey, 2015). Doğurganlık yaşındaki kadın ve ailesiyle çalışan hemşirelerin, sağlıkla ilgili konularda kadın ve ailesiyle her karşılaşmalarında, üreme sağlığını yükseltme sorumluluğu vardır. Bu nedenle üreme çağında ve özellikle prekonsepsiyonel dönemde, folik asitin günlük alımının sağlanması konusunda eğitim ve danışmanlığın verilmesinde hemşireler önemli bir role sahiptir.

2.6.4 Madde Bağımlılığını Önleme

Maddenin kötüye kullanımı, tüm toplumları ilgilendiren önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya genelinde kadınlarda sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımında artış olmakla birlikte, özellikle sigara tüketimi dünyada pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin sorunu olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunlarından biridir. DSÖ tarafından sigara kullanımı, günümüzde bir biyopsikososyal zehirlenme olarak tanımlanmaktadır (Aktaş ve Güler 2010; Atalay ve ark., 2014). DSÖ 2011 raporuna göre ise 15 yaş üstü dünya nüfusunun %22'si tütün kullanmaktadır. Gebelik öncesinde ve gebelik döneminde sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması; fertilitiyi, fetüsün gelişimini, gebeliğin her safhasını ve doğumu olumsuz etkilemekte

ve düşük tartılı doğum, erken doğum, ölü doğum, riskli doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmaktadır (Aktaş ve Güler 2010; İñiguez ve ark., 2013). Ayrıca gebelikte içilen sigaranın uzun vadede çocukta bilişsel fonksiyon, genel zeka, akademik başarı, psikiyatrik sorunlar, alkol-uyuşturucu kullanımı, duyu durumu bozukluğu, ergenlik döneminde kriminal suç işleme, Tip 2 diyabet ve obezite, çocukluk dönemi kanserleri ve göğüs hastalıkları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Doğu ve Ergin, 2008; Şahin ve Yurdakul, 2012; Tarhan ve Yılmaz, 2016). Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında sigara, alkol ve diğer madde bağımlılığı olanlar bu alışkanlıklarını bırakmaları yönünde bilgilendirilmeli ve bu yönde desteklenmelidir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; Genç ve Mihmanlı, 2014; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015).

Gebelik sırasında annenin sigara içmesi veya sigara dumanına maruz kalması intrauterin büyüme kısıtlamasının önemli bir modifiye nedenidir. İñiguez ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada hamileliğin erken döneminde (12. haftadan önce) sigarayı bırakanlarda bırakmayanlara göre daha iyi bir fetal büyümenin olduğu tespit edilmiştir. Aydın ve Aslan'ın (2015) 165 gebe ile yapmış oldukları çalışmada; gebeliklerin büyük çoğunluğunun planlı olması ve sigaranın bebeğe zararlı olduğunun bilinmesine rağmen, gebelerin sigara içmeyi sürdürdükleri ve bırakmayı da düşünmedikleri görülmüştür. Çalışma sonucunda antenatal bakımda gebelere etkin danışmanlık verilmesi ve sigara bırakma yöntemleri konusunda tam destek sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Atalay ve arkadaşlarının (2014) gebelerin sigara kullanımı ve pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin %20.8'inin sigara içtiği, sigara kullananların %92.5'inin günde 1-9 adet sigara içtiği, %49.5'inin sigara içmediği halde sigara dumanına maruz kaldığı belirlenmiştir. Çalışma sonucunda gebelerin sigara kullanımı / sigara dumanına maruz kalma durumlarının yaygın bir sağlık sorunu olduğu, aynı zamanda gebelerin pasif içiciliğin fetüs ve yenidoğan sağlığına etkileri konusundaki bilgi düzeylerinin de istendik düzeyde olmadığı tespit edilmiştir. Tarhan ve Yılmaz'ın (2016) gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 815 gebe ile yapmış oldukları çalışma da; gebelik öncesi dönemde sigara içme oranı %26.6 iken gebelikte sigara kullanma oranı %11.9 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kadınların %2.7'si gebelikten önce içtiği sigara adedinde hiç bir değişiklik olmadan gebelikte de sigara içmeye devam ettiği, gebelerin %63.9'unun ise pasif içici olduğu

belirlenmiştir. Semiz ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında kadınların gebelik öncesi sigara kullanma sıklıkları %20 iken, gebelikte 7.3'lük azalma ile %12.7'ye düşmüştür. Gebelik sürecinin, sigara bağımlısı kadınların sigarayı bırakmaları için önemli bir fırsat olduğu bu nedenle, bağımlı gebelerin sigarayı bırakma yüzdesini artırabilmek için; sağlık personelinin konuyla ilgili olarak hizmet içi eğitim programlarını gözden geçirmeleri ve sigarayı bırakma konusunda destekleyici olmaya daha fazla önem vermeleri gerektiği vurgulanmıştır. Aktaş ve Güler'in (2010) Trabzon'da yapmış oldukları çalışmada ise gebelikte sigara içme oranı %16.40 olarak saptanmıştır. Araştırmanın örneklemini toplam 162 anne (52 sigara içen, 110 sigara içmeyen) ve 162 yenidoğan oluşturmuştur. Çalışmada sigara içen annelerin %45.5'inin gebelik boyunca sigara içtiği ve bu gebelik boyunca sigara içen annelerin %75'inin de günde 1-5 adet sigara içtikleri saptanmıştır. Çalışmada, gebeliği boyunca sigara içenlerin %21.2'sinin, içmeyenlerin ise yalnızca %1.8'inin erken doğum gerçekleştirdikleri, perinatal dönemde erken membran rüptürü görülme oranı gebeliği boyunca sigara içen annelerde, içmeyenlere göre yaklaşık 6 kat daha fazla bulunmuştur. Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı, gebeliğinde sigara içmeyenlerde %4.5 iken, sigara içenlerde bu oran %9.6 olarak saptanmıştır. Gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullanımının hala bu denli yaygın olması doğacak nesillerin sağlığını tehdit etmekte ve bu konudaki çalışmaların daha aktif olması gerektiğini göstermektedir.

Kadınlarda madde bağımlılığı, maddenin etkisi altındayken taciz, tecavüz gibi cinsel ilişkilerin yaşanmasına bağlı olarak gebelik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların artmasına da neden olmaktadır. Alkol kullanımı da maternal ve fetal sağlığı etkileyen, gebe kalma şansını azaltan bir durumdur. Prenatal alkol maruziyeti, fetal alkol sendromu da dahil olmak üzere, önlenemez mental retardasyon, malformasyon, gelişme geriliği ve davranış bozukluğunun önde gelen bir nedenidir. Mevcut tıbbi kılavuzlar, gebe kalma süresi boyunca ve gebelik boyunca alkol tüketilmemesini tavsiye etmektedir (Genç ve Mihmanlı, 2014; Ural, 2016). Tough ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada kadınların çoğunun hamile olduklarını fark ettiklerinde alkol tüketimini azaltmasına rağmen gebelik öncesi %32 olan alkol alma oranının gebelik sırasında %11'e düştüğü bildirilmiştir. Ayrıca kokain kullanan gebelerde erken membran rüptürü, erken doğum eylemi, intrauterin gelişme geriliği, amnios sıvısında

mekonyum ve spontan abortus insidansı da artmış, annede gebelik sırasında migren atakları ve hipertermi de artış saptanmıştır.

Hemşireler; riskli grupların belirlenmesi, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bütüncül olarak değerlendirilmesi, bakımda sürekliliğin sağlanmasında tedavi ekibi içinde önemli bir yere sahiptir. Amerikan Hemşireler Birliği; hemşirelerin sigara bıraktırma müdahalelerine katılmalarının önemli olduğunu ve bunun desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir. Araştırmalar hemşirelerin yaptığı sigara bıraktırma müdahalelerinin başarılı olduğunu, hemşirelerin motivasyonel görüşmeler yaparak gebelik ya da postpartum dönemde sigarayı bırakılabildiğini, sigaraya tekrar başlamaları önemli ölçüde azaltabildiğini göstermektedir (Tokur Keskin, 2012; Genç ve Mihmanlı, 2014). Gebelikte sigara ve alkol kullanımı bırakıldığında, hangi dönemde olursa olsun gebelik sonuçları daha az olumsuz etkilenecektir. Bu nedenle anneye gebelikte oluşabilecek komplikasyonların, yenidoğanda oluşabilecek komplikasyonların, sigara ve alkolün emzirme üzerine olan olumsuz etkilerinin ve pasif içiciliğin zararlarının açıklanması, riskli grupların belirlenmesi, bu gruplara eğitim ve danışmanlık verilmesi, madde bağımlılığı olan kişilerin danışmanlık ve rehabilitasyon programlarına dahil edilmeleri oldukça önemlidir (Baysoy ve Özkan, 2012; Ural, 2016).

2.6.5 Çalışma Koşulları ve Ev Ortamındaki Tehlikeleri Değerlendirme

Embriyo veya fetus erişkinlere göre çevresel faktörlere daha hassastır. Çevresel faktörlerden (radyasyon, kurşun, bakır ve civa gibi ağır metaller, karbon disülfid, asitler, plastik, böcek ilaçları, boya incelticiler ve anestetik gazlar, enfeksiyon ajanları) fetüsü koruyabilmek için, annenin çalışma şartları prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmelidir (Lu, 2007; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Gebelik düşünen kadınların çalışma ortamının sağlıklı bir gebelik süreci açısından risk taşıyıp taşımadığının prekonsepsiyonel dönemde tespit edilmesi; eğer iş yerinde gebelik için tehlikeli olabilecek bir ortam varsa gerekli koruyucu önlemlerin (özel giysiler, koruyucu ekipmanlar vb.) alınması ya da geçici olarak çalışma ortamının değiştirilmesi gibi alternatif çözüm önerilerinin tartışılması gebeliğin seyri açısından önemlidir (Cullum, 2003; Şahin ve Yurdakul, 2012; Demirci ve Coşkun Potur, 2014). Ayrıca ev ortamında da teratojenlere (fırın temizleyici, gümüş parlaticı, böcek ilacı vb.) maruziyet dikkat edilmesi ve prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi gereken bir durumdur

(Cullum, 2003; Coşkun, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Yakışan ve Set, 2012). Prekonsepsiyonel dönemde kadına ev ortamı hakkında sorular sorulmalı, olası etkilenimler veya teratojenlere maruz kalma açısından riskler belirlendiyse bu riskleri gidermeye yönelik kadın bilgilendirilmeli, etkilenimleri azaltmaya yönelikte girişimlerde (teratojen kullanmama veya eldiven, maske kullanımı gibi) bulunulmalıdır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Baysoy ve Özkan, 2012).

2.6.6 Kronik Hastalık Durumunun Değerlendirilmesi

Tıbbi sorunu olan veya diabetes mellitus, hipertansiyon, epilepsi gibi sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan kadınlarda prekonsepsiyonel bakım stratejileri; gebeliğe hazırlıkta hastalık kontrolünü, teratojenik tedaviyi fetus için güvenilir olanla değiştirme, gebeliği erteleme veya gebeliği önleme ile ilişkili aile planlaması hizmetlerinin hazırlanmasını içerir. Tıbbi sorunu olan kadına gebelik komplikasyonları ve gebeliğin getirdiği morbidite ve mortalite, gebelikte hastalık prognozu hakkında bilgi verilmeli, gebelik yönünden bir risk olmadığı belirlendikten, hastalık ve kullanılan ilaçlar kontrol altına alındıktan sonra gebe kalması önerilmelidir (Dunlop ve ark., 2008; T.C Sağlık Bakanlığı, 2009).

Diyabet, anne ve yenidoğanda perinatal morbidite ve mortaliteyi artıran, spontan abortus, ölü doğum, konjenital anomali gibi çeşitli komplikasyonlara neden olabilen ve gebelik öncesinde değerlendirilmesi gereken önemli bir risk faktörüdür (Müngen, 2011; Pata, 2011). Ulusal Ambulatuvar Tıbbi Bakım Çalışması prekonsepsiyonel diyabet kontrolünün gebelik kaybı ve konjenital malformasyon riskini azalttığını göstermiştir. Diabeti kontrol altında olmayan bir annenin, diabeti kontrol altında olan bir anneye göre düşük yapma riski %32 oranında ve fetal anomalilerin görülme riski ise 7 kat artış göstermektedir. Canlı doğan bebeklerde majör anomali sıklığı ise %1-4 arasındadır. Ayrıca insüline bağımlı diyabeti olan anne bebeklerinde normal gebeliklere göre kardiyak malformasyon riski beş kat artış gösterir (Anuk İnce ve ark., 2014). Pregestasyonel diyabeti olan gebelerde diyabetik nefropati, diyabetik retinopati, diyabetik nöropati, koroner arter hastalığı, diyabetik ketoasidoz ve artmış preeklampsi riskleri söz konusudur. Bu komplikasyonlar yönünden dikkatli değerlendirme ve takip gerekir. Prekonsepsiyonel dönemde insülinle optimum glukoz kontrolü sağlandıktan sonra gebeliğe izin verilmelidir (Mecdi ve Beji, 2014; Özkaya ve Köse, 2014; Şen ve

ark., 2016). Prekonsepsiyonel dönemde kolesterol düşürücü ilaç alıyorsa kesilmeli, angiotensin-converting enzim inhibitörleri kesilmeli veya kalsiyum kanal blokerlerine geçilmelidir. Folik asit kullanımına başlanmalı, gebelikteki riski saptamak için renal fonksiyon testleri yapılmalı ve göz dibi değerlendirilmelidir. Diğer sağlık riskleri ve fetal malformasyon riski konusunda danışmanlık verilmelidir (Akarsu ve ark., 2008; Öztopçu ve ark., 2011; Müngen, 2011). Demirpençe ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada diyabetik anne bebeklerinde doğuştan kalp hastalığı genel sıklığı %24 bulunmuştur. Bu kapsamda diyabetik anne bebeği olgularında; gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde uygun tanı ve tedavi yaklaşımları ile fetal-maternal hastalık ve ölüm oranlarının en düşük seviyeye indirilmesi ve diğer gebelikler öncesinde fetal ekokardiyografi uygulanabilirliği ve danışmanlık verilmesi yönünde bir yönetim oluşturulması önerilmektedir. Anuk İnce ve arkadaşlarının (2014) yapmış oldukları çalışmada ise 31 diyabetik anne bebeğinin morbidite oranları ve annelere ait demografik özellikleri retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda makrozomi sıklığı %32.2, bebeklerde hipoglisemi %9.7, hipokalsemi %3.2, polistemi %6.5, anemi %6.5, trombositopeni %9.7, hiperbilirubinemi %41.9, respiratuvar distres sendromu %12.9, doğuştan anomali %3.7 oranında bulunmuştur. Diyabetin tanımlanması, hipergliseminin kontrol altına alınması, risk faktörlerinin belirlenmesi ve yenidoğan yoğun bakımda izlem ihtiyacı olmayan bebeklerin doğumdan sonra ilk saatlerde anne yanına verilmesi ve anne yanında yakın takibi ile morbiditenin azaltılabileceği belirtilmiştir. Diyabeti olan veya diyabet açısından risk taşıyan üreme çağındaki kadınların gebelikten önce diyabet kontrolü, glikoz kontrolünü maksimize etme, kan şekerini kendi kendine izleme, optimal kiloyu devam ettirme, stresi azaltmak, düzenli egzersiz programı, gerekli olduğunda ruh sağlığı profesyonelinden danışmanlık alma gibi konularda bilgilendirilmesi önerilmektedir. Diyet ve düzenli egzersizin farmakolojik tedaviyi geciktireceği ise unutulmamalıdır. Bu bakım programı, içinde hemşirenin de yer aldığı multidisipliner bir ekiple ve hastanın kendisi ile başarılabilir (Mahmud ve Mazza, 2010; Müngen, 2011; Şen ve ark., 2016).

Troid sorunlarının tedavi edilmesinin gebelik sonuçlarını geliştirdiğini gösteren kanıtlar vardır. Troid hastalığı olan üreme çağındaki kadınların troid sorununun anne ve bebek açısından gebelik üzerindeki etkileri ve konsepsiyondan önce optimal replasman tedavisinin uygulanması gibi konularda danışmanlık alması önerilmektedir.

Hipertiroidi; preeklampsi, konjestif kalp yetmezliği, troid krizi ve plasenta dekolmanı, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme kısıtlılığı, erken doğum ve neonatal hipo-hipertiroidi için risk taşır. Hipotroidi ise; fetusta bozuk psikomotor gelişim yanı sıra kötü obstetrik sonuçlara yol açabilir. Tiroid hastalığı bulguları olanlar taranmalıdır. İyot açısından yeterli diyet alımı sağlanmalıdır. Gebelik öncesi hipo-hipertiroidi tedavi edilmelidir (Dunlop ve ark., 2008; Cunningham ve ark., 2010).

Hipertansiyon dünya çapında en önde gelen mortalite ve morbidite sebebi olmaya devam etmektedir. Gebelik ile birlikte karşımıza çıktığında ise, hem anne adayını hem de fetus sağlığı için büyük bir sorun oluşturmaktadır (Troqstad ve ark., 2011). Gebelikte tespit edilen hipertansiyon iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu, gebelikte ortaya çıkıp, doğum ile geriye dönen “gebeliğin oluşturduğu hipertansiyon”, ikincisi ise her hangi bir nedene bağlı olarak gebelikten öncede mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden ‘kronik hipertansiyon’dur. Gebelikte hipertansif hastalıklar, ablasyo plasenta, beyin kanaması, karaciğer yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği gibi ölümcül komplikasyonlara ve fetal gelişme geriliğine neden olmakta ve anne ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Turner, 2010; Ersoy ve ark., 2011). Gebelikte görülen hipertansif hastalıklardan en önemlisi, hipertansiyon, proteinüri ve/veya organ disfonksiyonu ile karakterize olan preeklampsidir. Kadınların %10’unda gebelikte hipertansiyon görülmekte, bu olguların %2-8’ini ise preeklampsi oluşturmaktadır. Ayrıca gebeliğin hipertansiyonu tetikleyen bir unsur olduğunu tespit eden araştırma bulguları mevcuttur. Anne ölümlerinin %10-15’i preeklampsi ve eklampsiden kaynaklanmaktadır (Turner, 2010; Ersoy ve ark., 2011; Şahin ve Yurdakul, 2012; Hekim, 2015). Ülkemizde doğrudan anne ölüm nedenleri arasında eklampsi anne ölümlerinin %18.4’ünü; gebeliğe bağlı ölümlerin ise %13.7’sini oluşturmaktadır. Ersoy ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmaya 1053 gebe alınmış ve gebelerin %7.22’sinde (n=76) hipertansiyon saptanmıştır. Hipertansif olan 76 olgunun 27’si gebelik öncesi hipertansif olan, 49’u ise gebelikte meydana gelen hipertansiyon oldukları, beden kitle indekslerine göre hipertansif 76 gebenin %6.57’si (n=5) kilolu iken %5.26’sı (n=4) şişman olarak belirlenmiştir. Preeklampsinin yönetiminde kanıta dayalı uygulamalar rehberliğinde risk gruplarının erken tanılanması, annede çoklu organ hasarlarının önlenmesi ve doğum eyleminin etkili bir şekilde yönetilmesi amaçlanmaktadır. Preeklampsinin risk grupları düşük ve yüksek riskli grup olarak ikiye

ayrılmaktadır. İlk gebelik, 40 yaş üstü gebelik, çoğul gebelik, iki gebelik arasındaki sürenin 10 yıldan uzun olması, BKİ \geq 35 olması ve ailede preeklampsi öyküsü olan kadınlar düşük risk grubunda yer almaktadır. Kronik hipertansiyon, gebelik öncesi damarsal/endotelyal/renal hastalıklar ve pregestasyonel diyabeti olan kadınlar ise yüksek risk grubunda yer almaktadır. Hemşireler preeklampsi açısından risk grubundaki kadınların tanılanmasında ve yönetiminde önemli bir role sahiptirler. Prenatal bakım veren hemşirelerin gebelikte hipertansif bozukluklara ilişkin bu risk faktörlerini bilmeleri erken dönemde tanıyabilmeleri ve uygun girişimleri planlayabilmeleri açısından son derece önemlidir. Hemşireler öykü alırken potansiyel risk faktörlerini belirleyebilirler. Güvenli ve etkili olan hemşirelik uygulamalarının doğru seçimi, preeklampside hem anne, hem de bebek ile ilgili mortalite ve morbidite oranlarını azaltacaktır (Troqstad ve ark., 2011; Durgun Ozan ve ark., 2012). Hemşirelikte değerlendirme genellikle hastanın ayrıntılı bir öyküsünün alınması ile başlamaktadır. BKİ, yaş, kan basıncı gibi fiziksel temel özelliklerin doğru bir şekilde kayıt edilmesi gerekmektedir. Bu toplanan bilgilerin doğruluğu hemşirelerin anne ve bebek bakımını sürdürürken en uygun bireyselleştirilmiş hemşirelik bakımı verebilmesi için çok önemlidir. Hemşire hastanın preeklampsi semptomlarının dışında, hipertansiyon, renal hastalık ve geçirilmiş preeklampsi ile ilgili öyküsünü almalıdır (Townsend ve Drummond, 2011). Düşük risk grubundaki kadınlara preeklampsi ve komplikasyonlarının önlenmesinde, beslenme düzeninde yetersiz kalsiyum alan kadınlara kalsiyum alımı, gebelik üzerine olumsuz etki gösteren alkol, sigara içilmemesi, egzersiz, prekonsepsiyonel dönemde folik asit içeren multivitamin kullanımı önerilmektedir. Preeklampsi öyküsü olan kadınlara iki gebelik arasının 2 yıldan az 10 yıldan uzun sürmemesi önerilmelidir. Hafif veya iyi kontrol edilebilen düzeyde hipertansiyonu olan kadınlarda gebeliği önlemek için düşük doz kombine oral kontraseptif veya sadece progesteron içeren kontraseptifler verilebilir. Kombine haplar orta ve şiddetli hipertansiyonu olanlarda önerilmemektedir. Kronik hipertansiyonu olan ve gebelik planlayan kadınların preeklampsi, böbrek yetmezliği ve olası diğer komplikasyonlar konusunda bilgilendirilmesi, kadının gebeliği sırasında preeklampsi, böbrek yetmezliği ve fetal gelişme geriliği açısından izlenmesi gereklidir. Hipertansiyonun bebek ve anne üzerindeki etkisi, kullanılan ilacın değişme durumu konularında bilgi verilmelidir (Dunlop ve ark., 2008; Durgun Ozan ve ark., 2012).

Epilepsili kadınların önemli bir kısmının üreme çağında olması ve migrenden sonra en sık görülen nörolojik hastalık olması nedeniyle yüksek riskli gebelikler içerisinde değerlendirilen bir durumdur. Epilepsi tanı ve tedavisindeki ilerlemeler, epilepsili kadınların pek çoğunun normal bir hayat sürmesine ve gebe kalmasına olanak sağlamıştır. Epilepsili annelerin bebeklerinde, kullanılan antiepileptik ilaçlar veya genetik yatkınlık nedeni ile %4-8 oranında konjenital malformasyon riskinde artış görülmektedir (Özdemir ve ark., 2010). Epilepsili gebelerde abortus, ölü doğum, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği ve yenidoğanda uzun dönemde mental ve motor retardasyon risklerinde artış olduğu bildirilmektedir. Annenin geçirmiş olduğu nöbetlere bağlı olarak oluşan hipoksinin fetus üzerine etkisi net olarak bilinmemektedir. Bu nedenle gebelik öncesi nöbetler kontrol altına alınmış olunmalıdır. Ayrıca bu çocuklarda da epilepsi gelişme riski de yüksektir (Özdemir ve ark., 2010; Şahin ve Yurdakul, 2012). Soydinç ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada folik asit replasman tedavisi alan epilepsili hastalar sağlıklı bebek dünyaya getirirken, anomalili bebeği olan hastaların hiçbirinin folik asit kullanmadığı tespit edilmiştir. Yine bu çalışma sonucunda epilepsili hastaların gebe kalmayı planladıkları andan itibaren yakın takibe alınması, prekonsepsiyonel değerlendirmenin son derece önemli olduğu, bu dönemde folik asit kullanmaları ve tedavilerinin düzenlenmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Özdemir ve arkadaşlarının (2010) epilepsi tanısı konulmuş 65 gebe ile herhangi bir sistemik hastalığı olmayan 69 sağlıklı gebeyi perinatal sonuçlar açısından karşılaştırdıkları çalışmalarında sezaryenle doğum oranı epileptik gebelerde %66.2 iken sağlıklı gebelerde bu oran %40.6, kongenital malformasyon epileptik grupta %13.8 iken kontrol grubunda ise bu oran %4 olarak bulunmuştur. Epileptik kadınlarda gebelik açısından olumlu sonuçların elde edilebilmesi için en önde gelen koşul, gebeliğin planlanarak yapılmasıdır. Planlı gebelik olması prekonsepsiyonel bakıma olanak sağlar. Prekonsepsiyonel bakımda, antiepileptik ilaçların düzenlenmesine, fetal malformasyonlar ve özellikle nöral tüp defektleri açısından folik asit proflaksisine, gebeliğin epilepsi ve epilepsinin gebelik üzerine etkilerinin aileye anlatılmasına olanak verir. Epilepsi ve gebelik olgularının takibinde ana hedef mümkün olan en düşük ilaç miktarı ile epileptik atakların iyi kontrolüdür. Bu amaca ulaşabilmek için gebelik öncesi etkin ilaç dozu belirlenerek gebe kalınması sağlanmalıdır. Ataklara yol açabilecek uykusuzluk, stres gibi faktörler giderilmeye çalışılmalıdır (Öztopçu ve ark., 2011; Soydinç ve ark., 2013).

Romatoid artriti olan üreme çağındaki kadınların bakımında da prekonsepsiyonel danışmanlık ve aile planlaması önemlidir. Hastalığın erişkin formunun kadınlarda görülme sıklığı erkeklerin 3 katıdır. Hastalar gebelikte hastalığın gidişatı ve dalgalanma dönemleri, metotraksat ve leflunomidenin özellikle teratojenik etkileri ve gebelikten önce bu ilacı bırakmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelikten korunmada oral kontraseptifler kullanılabilir, ancak romatoid artrit üzerindeki uzun süreli etkileri belirsizdir (Dunlop ve ark., 2008).

Kalp hastalığı olan üreme çağındaki kadınların bakımında prekonsepsiyonel danışmanlık önemlidir. Kalp hastalığı olan kadınlar gebelikteki sağlık durumu riskleri konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelikten önce kardiyolog tarafından muayene edilerek yaşanan sorunun gebelik döneminde hafifletilip hafifletilmeyeceği değerlendirilmelidir (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Dunlop ve ark., 2008).

Depresyon gebe kadınların yaklaşık %4-37'sinde görülmektedir. Gebelik, kadınların biyolojik durumunu etkilediği gibi psikolojik ve sosyal durumunu da etkilemektedir. Gebelik döneminde kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler sadece anneyi değil, eşini, ailesini, arkadaşlarını da çeşitli şekillerde etkileyebilir (Çalık ve Aktaş, 2011; Koyun ve ark., 2011; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014). Ruh sağlığı alanındaki gelişmelerin ışığında çeşitli ruhsal sorunların da artık gebelikte görülebileceği, maternal stres ve anksiyetenin fetal hareketleri artırdığı ve fetal kalp hızında variabilite değişikliği yaptığı bildirilmektedir. Gebelikte ruh sağlığının iyi olması anne ve fetus sağlığı için önemlidir. Özellikle depresyon ve kaygının, gebelik, doğum ve doğum sonu komplikasyonları artırdığı, immün sistemi baskıladığı, yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği (preterm eylem, preeklampsi, zor doğum, doğumda daha fazla cerrahi müdahaleye gereksinim duyma, gebelik haftasına göre küçük fetus, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan vb.) bildirilmiştir (Yıldız, 2011; Çalık ve Aktaş, 2011; Ölçer ve Oskay, 2015). Gebelikte görülen depresyon ve anksiyetenin gebelerin yaşları, medeni durumları, çocuk sayıları, eğitim seviyeleri, sigara, alkol ve madde kullanımı, gebelik haftası, gebeliğin istemli olup olmadığı gibi sosyodemografik özelliklerle ilişkili olduğu, özellikle daha önce depresyon geçirmiş kadınların risk altında olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Koyun ve ark., 2011). Çakır ve Can'ın (2012) yapmış oldukları çalışmada araştırmaya alınan 173 gebenin %34.1'inde anksiyete, %32.4'ünde

depresyon saptanmıştır. Gebelik sayısına göre katılımcılar karşılaştırıldığında; bir gebeliği olanların %23.7'sinde, iki gebeliği olanların %31.7'sinde, üç gebeliği olanların %40.0'ında, dört ve üzeri gebeliği olanların %50'sinde depresyon saptanmış olup, anksiyete değerlerine bakıldığında sırası ile %40.7, %33.3, %25.0, %35.7 olarak bulunmuştur. Evlilik süresi 1-5 yıl arasında olan gebelerin %22'sinde, 5 yıldan çok olan gebeler de ise %43.9'unda depresyon saptanmıştır. İsteyerek ve planlayarak gebe kalanların %26.7'sinde depresyon, %34.1'inde anksiyete saptanmış olup gebeliği plansız ve istem dışı gelişen katılımcıların %52.6'sında depresyon, %34.2'sinde anksiyete saptanmıştır. Postnatal depresyon yaşayan annelerin ise daha çok primipar, gebeliği planlı olmayan, düşük sosyal desteğe sahip, gebelikte sağlık sorunu yaşayan, eğitim düzeyi düşük, sigortası olmayan, aile içi şiddet yaşayan, gebeliği sırasında sadece anne-babası tarafından destek gören ve anneliğe hazır hissetmeyen kadınlar olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda gebeliklerin istemli ve planlı olması, depresyon açısından risk faktörleri değerlendirilerek gerekli önlemlerin alınması, danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, gebelik planlanmıyorsa uygun kontraseptif yöntemin belirlenmesi ve istenen gebeliklerin yaşanması sağlanmalıdır. Prekonsepsiyonel dönemde gebelikten önceki depresyon durumu ve kullanılan ilaçlar kontrol altına alınmalıdır. Böylece antidepresan ilaçların fetüse olan olumsuz etkileri önlenabilir (Çakır ve Can, 2012; Demirbaş ve Kadioğlu, 2014).

Astım; preeklampsi, hipertansiyon, hiperemezis gibi maternal komplikasyonlara ve ölü doğum, neonatal ölüm, neonatal hipoksi, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum gibi fetal komplikasyonlara neden olabilir (Cunningham ve ark., 2010). Astımı olan kadınlar hastalığın gebelikte kötüleşebileceği hakkında bilgilendirilmelidirler. Gebelik öncesi solunum fonksiyonları yeterli düzeyde kontrol altına alınmalı ve tetikleyici ajanlardan kaçınılmalıdır (Cunningham ve ark., 2010; Doğaner ve Gölbaşı, 2011).

Genel olarak sağlık profesyonelleri kronik sağlık sorunu olan kadınların sağlıklarını geliştirmeye ek olarak, gebelik komplikasyonları riski, gebelikle ilişkili morbidite ve mortalite, hastalık prognozu, gebelik için optimal zamanın seçilmesi, kullanılan ilacın fetusa etkileri konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Gebelikten önce veya gebelikte sistemik hastalıkları olan gebelikler yüksek riskli gebelik grubunda yer almaktadır. Yüksek riskli gebeliklerde anneye veya bebeğe ait sorunlar nedeniyle

yaşanan stres normal gebeliklere göre daha fazladır. Yüksek riskli gebelikte stresörlerin farkında olunması uygun stresle baş etme yöntemlerinin kullanılması anne ve bebeğin sağlık sonuçlarının daha iyi olmasını sağlayabilir (Dunlop ve ark., 2008; Ölçer ve Oskay, 2015).

2.6.7 Herhangi Bir Sağlık Probleminin Varlığının Değerlendirilmesi

Gebelikte anemi; DSÖ, anemi tanımlamasında hemoglobinin (Hb) alt sınırını erişkinlerde erkekler için 13 g/dl, kadınlar için 12 g/dl olarak belirlemiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi tarafından 1989 yılında 1. ve 3. trimester gebelerinde Hb değerinin 11 g/dl'nin veya hemotokrit değerinin %33'ün altında olması, 2. trimester için ise Hb değerinin 10.5 g/dl'nin veya hemotokrit değerinin %32'nin altında olması olarak tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre ise; gebelikte anemi, her üç trimester için Hb değerinin 11 g/dl'nin altında olmasıdır. Gebe kadının Hb değerinin 7 g/dl'nin altında olması ise ağır anemi olarak tarif edilmiştir ve böyle bir durumda medikal tedavi gereksinimi vardır (World Health Organization, 2001; Güleç ve ark., 2013). Gebelikte anemi global bir halk sağlığı problemidir. Bu problemin görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde (%18) ve gelişmekte olan ülkelerde (%35-75) önemli farklılıklar gösterir. Tüm dünyada gebelikte anemi prevalansının %42 olduğu, en düşük oranın %6 ile Kuzey Amerika'da, en yüksek oranın ise %75 ile Gambia'da olduğu bildirilmektedir. Kadınlardaki anemi oranı Avrupa ülkelerinde %14 iken Türkiye'de %25'dir (World Health Organization, 2001; Güleç ve ark., 2013; Keskin ve ark., 2013). Prekonsepsiyonel düşük demir deposu, demir eksikliği anemisinin oluşumu için çok önemli bir risk faktörüdür. Kadınların yaklaşık 2/3'ünün demir depolarının düşük olduğu söylenebilir. Düşük demir deposu ile gebe kalan bir kadında artan ihtiyaç ve uygun olmayan beslenme koşullarının varlığında demir eksikliği anemisinin gelişimi beklenmelidir (Acosta ve ark., 2012). Çoğul gebelikler, adölesan gebelikler, grandmultiparite ve sık aralıklarla doğum risk faktörleridir. Anemi gelişmekte olan ülkelerde maternal mortalite için önemli bir risk faktörüdür. Çünkü anemik gebe postpartum kanamayı tolere etmekte zorlanır, vital fonksiyonları bozulur ve enfeksiyona yatkınlığı artırır (Brabin ve ark., 2001; Keskin ve ark., 2013). Brabin ve arkadaşları (2001) tarafından aneminin maternal mortaliteye etkisinin değerlendirildiği çalışmada; aneminin maternal mortaliteye direkt ve indirekt katkısının Afrika için %6.3, Asya için %7, Latin Amerika için %3 olduğu, orta düzey aneminin (Hb eşik değer 4-8 g/dl

alınmış), maternal mortalite riskinin 1.35 kat, ağır aneminin (Hb <6 g/dl) varlığında ise riskin 3.5 kat arttığı bildirilmiştir. Acosta ve arkadaşlarının (2012) yaptıkları popülasyon temelli, vaka kontrol çalışmada aneminin varlığı maternal antepartum veya postpartum sepsis için riski 3.23 kat arttırmış olarak bulunmuştur. Maternal aneminin uzun dönem sonuçları arasında fiziksel ve mental gelişmede gerilik, dikkat eksikliği, enfeksiyonlara karşı direncin azalması, bilişsel işlevlerde ve öğrenme açısından gerilik ve hatta kalıcı nörofizyolojik sorunlar sayılabilir. Aneminin, gebelikte değil prekonsepsiyonel dönemde tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Adölesan gebelik ve yüksek paritesi olan kadınlara uygun kontrasepsiyon önerileri yapılmalıdır. Sigara içiciliği, yüksek Hb konsantrasyonlarına sebep olur ve prekonsepsiyonel dönemde mutlaka bu konuda uygun danışmanlık verilmelidir. Aneminin tipine göre beslenme önerilerinde bulunmak gereklidir. Sonuç olarak kadının gebeliği ve doğumu tolere edebilecek yeterlilikte demir depoları ile gebe kalması ve bunu sürdürmesi sağlanmalıdır (Güleç ve ark., 2013). Keskin ve arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada çalışmaya dahil edilen 366 gebede anemi sıklığı %22.96 olarak saptanmış olup, etiolojide demir eksikliği kadar B12 vitamini eksikliğinin de rol oynadığı görülmüş, multivitamin takviyesinin önemi vurgulanmıştır. Bu nedenle anemik olguların ideal olarak prekonsepsiyonel dönemde tanınması ve gebeliğin, uygun koşullar elde edilince önerilmesi sağlanmalıdır.

Hepatit B virüsü enfeksiyonu, gerek enfeksiyonun kendisinin gerekse kullanılan ilaçların, anneye ve fetusa yönelik olası zararları nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bilinen hepatit B enfeksiyonu olan üreme çağındaki kadınlar, gebelik başlamadan önce karaciğer hastalıkları yönünden değerlendirilmelidirler (Türkiye Sağlık Raporu, 2014; Bakar ve Dane, 2016). Doğurganlık çağındaki Hepatit B virüsü enfeksiyonu olan kadınlar virüsün yayılımı için önemli bir kaynaktır. Tüm dünyada yaklaşık iki milyar kişi Hepatit B virüsü ile infekte olmuştur ve yaklaşık 350 milyon kişi bu virüsle kronik olarak infekte durumdadır. Dünyadaki annelerin yaklaşık %5'inde HBsAg pozitifdir. Bu oran, düşük endemik bölgelerde %0.6 iken, Uzakdoğu ve Afrika'daki yüksek endemik bölgelerde %20'lerin üzerine çıkabilmektedir. Türkiye bu sınıflamaya göre orta endemik bölgeler içinde sayılmaktadır. Aşılama çalışmalarının yaygın ve başarılı bir şekilde yürütülmesi ile vaka sayılarının ve insidans hızlarının azalma eğiliminde olduğu bildirilmektedir (Bzowej, 2012; Türkiye Sağlık Raporu,

2014; Bakar ve Dane, 2016). Bu bilgiler ışığında gebelik öncesinde tüm anne adaylarının hepatit B ve riskli anne adaylarının hepatit C enfeksiyonu taşıyıcılığının belirlenmesinin önemi açıktır. Hepatit B açısından yüksek riskli kadınlar (hepatit B taşıyıcısı ile aynı evi paylaşanlar veya cinsel ilişkiye girenler, enjekte ilaç bağımlıları, cinsel yolla bulaşan hastalığı olanlar, çok sayıda cinsel partneri olanlar, uluslararası yolculuk yapanlar, hükümlüler, sağlık, güvenlik ve sosyal görev çalışanları) gebelik öncesi dönemde mutlaka değerlendirilmelidir. Hepatit B virüsü taşıyıcısı gebeler saptanmalı ve doğacak bebekler immunoprofilaksi programına alınmalıdır. Taşıyıcı gebelerin bebeklerine doğumdan hemen sonra hepatit B aşısı ve hepatit B hiperimmunglobulini uygulanması gereklidir. Hamilelik döneminde, Hepatit B virüsü tedavisinin başlatılması, devam ettirilmesi veya durdurulmasıyla ilgili tüm kararların anne ve fetus için risklerin ve yararların analiz edilmesi ile alınması gerekir (Bzowej, 2012). Gebeliğin üç ayı ve annenin karaciğer hastalığının evresi önemli faktörlerdir. Kronik Hepatit B'li doğurganlık çağındaki bir kadında, kronik karaciğer hastalığı (fibroz ve/veya siroz) gelişebilir; Kronik Hepatit B, gebelik sırasında ya da sonrasında alevlenebilir ve perinatal dönemde bulaşan Hepatit B virüsü ile bebek de infekte olabilir. Böyle bir kadın henüz gebe değilken, aile planlaması koşulları da göz önünde bulundurularak, karaciğer hastalığının durumu ve antiviral tedavi gerekip gerekmediği yönünden değerlendirilir. Antiviral tedavi sürerken gebe kalmayı planlayan kadınlara, ilacın fetus üzerindeki olası etkileri anlatılmalıdır (Coşkun ve ark., 2011; Aktuğ-Demir ve ark., 2013). Coşkun ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada çalışmaya alınan gebelerin 29'unda (%3.65) HBsAg pozitif, 69'unda (%8.68) Anti HBs pozitif ve 6'sında (%0.75) anti-HCV pozitif olarak bulunmuştur. Çalışma sonucunda yenidoğanların hepatit B ve C enfeksiyonlarından korunması için prekonsepsiyonel dönemde serolojik taramaların ve aşılamanın yapılması gerekliliği vurgulanmıştır. Bakar ve Dane'nin (2016) yapmış oldukları çalışmada HBsAg seropozitiflik oranı 4037 gebede %2.16 olarak bulunmuştur. Türkiye'de antenatal HBsAg taraması, yenidoğanlara rutin hepatit B virüsü aşısı ve HBsAg pozitif annelerden doğan bebeklere uygulanan pasif ve aktif immunizasyon uygulamalarıyla hepatit B virüsünün perinatal bulaşı ile mücadele edildiği, yüksek riskli gruplara da hepatit B aşısı yapılarak gelecek yıllarda hepatit B oranlarının ülkemizde daha da düşürülebileceği belirtilmektedir.

Toksoplazmoz, tüm dünyada yaygın olarak görülen ve tüm vertebralıları infekte edebilen bir protozoon olan *Toxoplasma gondii*'nin oluşturduğu bir multisistem enfeksiyondur. Gebelerde görülen toksoplazmoz erken ve ölü doğum veya düşüklere yol açabildiği gibi, ciddi sonuçlanabilen konjenital toksoplazmoza ve anomalilere neden olabilir. Anomalilerden en sık ventrikülomegali görülürken, ayrıca hidrosefali, intrakranial kalsifikasyon, hepatomegali ve plasental kalınlaşma gibi anomaliler görülebilmektedir. Günümüzde bu enfeksiyondan korunmaya yönelik herhangi bir aşı yoktur (Müngen, 2010; Kayman ve Kayman, 2010). Konjenital toksoplazma enfeksiyonunun önlenmesi için üç tip koruyucu yaklaşım söz konusudur. Primer koruma maternal enfeksiyonun oluşmasını önlemeyi amaçlayıp gebelik öncesi ve erken gebelikte annenin bu konuda bilgilendirilmesi ve eğitilmesini amaçlar. Sekonder koruma anneden fetusa enfeksiyon geçiş riskini azaltarak toksoplazmaya bağlı morbiditeyi önlemeyi amaçlar. Tersiyer koruma ise doğum sonrası erken tanı ve tedavi ile konjenital toksoplazmaya bağlı morbiditenin şiddetini azaltmaya yöneliktir. Toksoplazma çiğ et ya da kedi dışkısında sık rastlanan bir parazittir. Risk altındaki anne adaylarının korunma için eğitilmeleri sağlanmalı, sık sık ellerini yıkaması ve eldiven giymesi önerilmelidir. Bu enfeksiyonlara karşı bağışıklığı gösteren serolojik testler vardır. Ancak bu testleri rutin olarak yaptırmak önerilmez. ACOG gebelikte rutin toksoplazma taramasını önermemektedir. Ülkemizde ise Türk Perinatoloji Derneği'nin gebelikte yapılmasını önerdiği rutin testler arasında toksoplazma serolojisi bulunmamaktadır. Sonuç olarak, konjenital toksoplazmozisin önlenmesi için gebelerin ve gebelik planlayan kadınların genel hijyen kurallarının yanı sıra kedilerle ve kedi dışkısıyla temas edilmemesi, et ürünlerinin çiğ yenmemesi, iyi pişirilerek yenmesi, çıplak el ve ayakla toprağa dokunulmaması ve meyve-sebzelerin soyularak veya iyi temizlenerek yenmeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir (Müngen, 2010; Kayman ve Kayman, 2010).

HIV (Human Immunodeficiency Virüs); ilk olarak dünyada 1981 yılında saptanan ve hızla birçok dünya ülkesindeki insanlara da bulaşan bir enfeksiyon hastalığıdır. Gebelik öncesi HIV testi yaptırmak önemlidir. Ayrıca sifiliz (frengi) için de tarama yapılmalıdır. HIV ve sifiliz ne kadar erken tedavi olursa, bebeğe geçiş riski de o kadar azalmaktadır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Şahin ve Yurdakul, 2012).

Talasemi taşıyıcılığı ülkemizde %2.1, bu oran bazı bölgelerde %10'a kadar yükselmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre taşıyıcılık oranı ise %5.1 olarak bulunmuştur (Turançlar, 2014). Dell'Edera ve arkadaşlarının (2013) prekonsepsiyonel bakım almak üzere kliniğe başvuran 1495 çiftten aldıkları kan analizine göre yapılan tarama sonucunda bireylerin %9.36'sında Beta talasemi özelliği olduğu saptanmıştır. Bireylerde prekonsepsiyonel dönemde talasemi özelliğinin belirlenmesi, taşıyıcı çiftlerde doğru genetik danışmanlığın verilmesini sağlar, riskli bireylerde aile planlaması konusunda farkındalık kazandırır (Cunningham ve ark., 2010).

2.6.8 Aşılama

Gebelikte karşılaşılabilecek problemlerin azaltılması amacıyla bazı aşuların antenatal dönemde tamamlanması uygun olur. Aşılamanın başlıca amaçları; kadını gebelik esnasında fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varisella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan korumaktır (Başgöl ve Oskay, 2012; Kroger ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda, aşuların gebeye ve bebeğine yan etkisinin olmadığı bildirilmiştir. Gebelik sırasında grip önleme prenatal bakımın vazgeçilmez bir unsurudur ve önlemede en etkili strateji yıllık bağışıklama yöntemidir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi ve Bağışıklama Uygulaması Danışma Komitesi, gebelik planlanıyorsa ve **influenza** açısından riskli dönemlere (mayıs-ekim ayları) denk geliyorsa, özellikle de ek hastalıkları olan ve üst solunum yolu enfeksiyonlarını ağır geçirdiğini belirten hastalara gebelik öncesi aşılama önerilmektedir. Gebe kalan; ancak aşılammamış olan kadınlara da inaktive virüs aşuları trimesterların herhangi birinde uygulanabilir (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2010; Kroger ve ark., 2011).

Rubella virüs, çocuklarda ve erişkinlerde hafif seyirli bir enfeksiyon etkeni iken, gebelerde ciddi konjenital anomalilere neden olabilmektedir. Gebeliğin ilk 12 haftasında enfeksiyon geçirilmesi konjenital rubella sendromuna ve %80-90 oranında konjenital anomalilere neden olmaktadır. Rubella enfeksiyonundan korunmak için gebelik öncesi serolojik durum araştırılmalı, seronegatif olgular aşılanmalıdır. Konjenital rubellanın önüne geçilmesi için kadınlara gebe kalmadan en az 28 gün önce rubella aşının yapılması önerilmektedir. Gebelikte bu aşının yapılması kontrendikedir. Kadına kızamıkçık geçirip geçirmediği sorulmalı, antenatal değerlendirmede Rubella

IgM ve IgG negatif olan bayanlara gerekirse aşılama önerilmelidir. Ülkemizde sadece rubellaya karşı aşı bulunmadığından MMR karma aşısı yapılmaktadır. MMR aşısı kızamık geçirmediği belirlenen anne adaylarına da önerilir (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Başkesen ve ark., 2010; Başgöl ve Oskay, 2012). Gebelerde rubella prevalansını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmaya alınan 156 gebe kadının serumunda; Rubella IgG, 21 olguda (%13.5) negatif bulunmuş ve risk grubu olarak değerlendirilmiştir. Rubella IgG seropozitifliği ise 135 olgu (%86.5) olarak saptanmış ve geçirilmiş rubella enfeksiyonu, Rubella IgG: negatif, rubella IgM: pozitif beş olgu (%3.2) saptanmış primer enfeksiyon bulgusu olarak değerlendirilmiştir. Çalışmada %13.5 risk grubunun varlığı ve %3.2 oranında IgM pozitifliği de dikkate alınarak, rubella aşılama programının önemine işaret edilmiştir (Cengiz ve ark., 2005). Başkesen ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışmada ise hastaların %82.8'inin rubellaya karşı bağışık olduğu, 81 (%6.7) gebenin aktif hasta olduğu, bir gebede ise bağışıklık durumunun belirgin olmadığı ortaya çıkmıştır. Toplam 115 (%9.5) gebede anti rubella IgG ve IgM negatif olup, rubella enfeksiyonu için risk altında olduğu tespit edilmiştir. Yine bu çalışmada da aşılanmanın önemine vurgu yapılmıştır.

Gebelikte **suçiçeği** (varicella zoster) enfeksiyonu geçirilmesi ciddi morbidite ve mortalite (gebede varicella pnömonisi, düşük ya da ölü doğum, fetusta konjenital varicella sendromu, yenidoğanda neonatal varicella) nedenidir. Rutin olarak önerilmemekle birlikte bağışıklığı olmayan (2 doz varicella aşısı yapılmamış, kan testleri ile immunitesi gösterilmemiş, suçiçeği ya da herpes zoster-zona geçirdiği tanımlanamayan) anne adaylarına suçiçeği aşısı (canlı aşı) gebe kalmadan en az 1 ay önce yapılabilir. Gebelikte akut Hepatit B enfeksiyonu düşük doğum ağırlıklı yenidoğan insidansını artırması ve gebelikte yaşanması muhtemel invaziv işlemler gözönüne alındığında kadınlara gebelikten önce Hepatit B aşısının önerilmesi de önemlidir (Kroger ve ark., 2011).

Human Papilloma Virüs (HPV) cinsel yolla en sık bulaşan ve serviks kanseri ile güçlü ilişkili olan bir enfeksiyondur. 26 yaşını geçmemiş kadınlara gebelik öncesi HPV aşısı da önerilebilir. Altı ay içerisinde 3 doz olarak yapılır ve ikinci doz ilk dozdan 1-2 ay sonra, üçüncü doz ise ilk dozdan 6 ay sonra yapılır. Ancak HPV aşısı gebelikte önerilmez. Aşılama başladıktan sonra gebelik olduğunda kalan dozlar gebelik sonrasına ertelenir. Eğer gebelik esnasında aşı yapılır ise herhangi bir müdahale gerekmemektedir (Arslan ve Başgöl Yiğiter, 2012).

Aşı ile önlenebilen ve bulaşıcı olmayan tek enfeksiyöz hastalık olan **tetanoz** gerekli önlem alınmadığında gebelik sonrasında maternal ve neonatal önemli bir mortalite nedenidir. Diğer enfeksiyöz hastalıktan farklı olarak bağışıklığı kalıcı değildir. Tetanoz toksoidi ile aşılarak önlenilmektedir. Ülkemizde de “neonatal tetanoz eliminasyon programı” çerçevesinde hamile olsun ya da olmasın tüm 15-49 yaş kadınlara tespit edildikleri günden itibaren 5 doz tetanoz aşısının tamamlanması amaçlanmaktadır. Primer immunizasyon için ilk uygulama gebeliğin 5. ayında veya sonraki ilk karşılaşmada yapılır. İlk ve ikinci doz arasında en az 1 aylık süre, ikinci ve üçüncü dozlar arasında ise en az 6 ay ile 1 yıllık sürenin olması planlanmaktadır (Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Başgül ve Oskay 2012).

2.6.9 İlaçlar ve Radyasyon

Teratojenite, bir takım kimyasal ve çevresel etkenlerle fetusta meydana gelen anormal durumları ve kusurları tanımlar. Teratojen ise bu kusura yol açan etkenin kendisidir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi yalnızca ilaca bağlı değil, pek çok değişik etkene bağlı olarak teratojen etki oluşabilir (Adam ve ark., 2011; Öztürk, 2014). DSÖ verilerine göre fetal anomalili doğum insidansı %3'tür. Oluşan anomalilerin %70'inin nedeni bilinmemektedir. Bilinen nedenler arasında ilk sırada genetik ve multifaktöriyel hastalıklar yer almakta olup bunu teratojenik etkenler (radyasyon, enfeksiyon ajanları, ilaçlar gibi) izlemektedir. İlaça maruz kalınan zaman, gebeliğin hangi dönemine rastladığı ile ilacın dozu ve kullanıldığı süre de teratojen etkinin ortaya çıkmasında rol oynayan faktörlerdir (Mitchell ve ark., 2011; Yakışan ve Set, 2012; Baysoy ve Özkan, 2012). Gebelikte ilaç kullanımı sık karşılaşılan bir sorun ve sorudur. Özellikle gebelik sürecinde ortaya çıkan şikâyetler veya gebelik öncesi varolan bazı hastalık veya rahatsızlıklar ilaç kullanımını zorunlu hale getirebilmektedir. Organogenezis dönemine de denk gelen bu kritik periyottaki ilaç kullanımının en önemli nedenleri gebeliğin erken tayininin mümkün olmaması, plansız gebelikler ve gebelik öncesinde var olan ya da gebelikle ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle yalnız gebelik olasılığı olan değil, üreme çağındaki (15- 45 yaş) tüm kadınlara ilaç reçete edilirken ilacın olası teratojen etkisi mutlaka araştırılmalı, bu konuda bir şüphe dahi mevcutsa gebelik olup olmadığı tespit edilmelidir. Korunmayan ve gebe kalmayı bekleyen kadınlara gereksiz ilaç kullanımından kaçınmaları, tanı ve tedavileri gereken durumlarda ilgili hekimleri

korunmadıkları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde aydınlatmaları bu açıdan oldukça önemlidir (Perlman ve ark., 2001; Şahin ve Yurdakul, 2012; Öztürk, 2014).

Sağlık personeli, doğurgan çağıdaki kadınları gebelik planladıkları dönemde teratojenik ilaç kullanımı açısından bilgilendirmeli, reçetesiz ilaç almadan önce mutlaka hekime danışmaları konusunda eğitmelidir.

2.6.10 Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliği Durumunun Değerlendirmesi

Genetik tarama, belirli bir bozuklukla ilişkili genetik varyasyonlar veya mutasyonlara sahip kişileri tanımlamak için kullanılır. Genetik tarama, periyodik değerlendirme, önleyici stratejilerin uygulanması ya da terapötik müdahalelerin başlatılması için plan yapmakta yararlı olabilir. Genetik hastalıklardan korunmanın tek yolu birey ya da aileye genetik danışmanlık verilmesidir (Solomon ve ark., 2008; Şahin ve Yurdakul, 2012). Özellikle akraba evliliği yapmış olanlar, ailede yineleyen konjenital fetal anomalileri olanlar, anne-baba yaşının 35'in üzerinde olması, annenin ikiden fazla düşük yapması gibi durumlarda bu konu daha büyük önem taşır ve bu kişilerin gebelik öncesi danışmanlık için uygun merkezlere yönlendirilmeleri gerekir (Aslan ve Özkan, 2005; Mennuti, 2008). Gebeliğe hazırlanan her kadın genetik hastalıklı bebek doğurma ya da genetik hastalık için taşıyıcı olma riskine sahiptir. Obstetrimin koruyucu dalı olan prekonsepsiyonel danışmanlıkla, anne-bebeğin sağlıklı bir gebeliğe hazırlanması, gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi ve sonuçlandırılması hedeflenir. Bu nedenle de gebelik öncesi yapılacak olan genetik danışmanlık, morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesinde, sağlıklı ailelerin oluşmasında büyük önem taşır (Aslan ve Özkan, 2005; Mennuti, 2008; Başgöl ve Oskay, 2012). Genetik hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde öncelikli sorunlar arasında yer almasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde yeterince önemsenmemektedir. Yapılan çalışmalarda yılda Dünya'da en az 7.6 milyon çocuğun genetik hastalık ile doğduğu ve yetersiz kaynaklar nedeni ile erken dönemde tanı konulamadan öldüğü saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla hemoglobinin hastalıkları (talasemi, sickle cell anemi) saptanmış olup, genetik hastalıklar açısından da ileri anne yaşı ve akraba evlilikleri sorumlu tutulmaktadır. Doğru tanı, prognoz tayini, risk hesabı, seçeneklerin gözden geçirilmesi ve riskli kişiye yol gösterilmesi genetik danışmanlık sürecinin temel noktalarıdır. Risk yaklaşımı çerçevesinde, genetik hastalığı olduğu düşünülen kişiler konunun uzmanlarına yönlendirilmelidir. Genetik

danışmanlıkta her aşamada basit, anlaşılabilir bilgilendirme yapılarak danışmanlık için başvuranın bilinçli karar vermesini sağlamaya yardımcı olunmalıdır (Solomon ve ark., 2008; Şahin ve Yurdakul, 2012; Turançlar, 2014).

Bu kapsamda üç parametre değerlendirilir. Bunlar;

- Çiftlerde mevcut olan genetik hastalıklar (hemofili, kistik fibrozis, sicklele anemi, fragile X sendromu, konjenital kalp hastalığı, Tay-Sachs hastalığı vb.)
- Multifaktöriyel konjenital anomaliler (spina bifida, anensefali, yarık damak ve dudak vb.)
- Genetik kökenli ailesel hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, epileptik hastalıklar vb.)

Bu genetik bilginin kullanılması, bireysel hastalar ve aileleri için prekonsepsiyonel danışma için gelişmiş risk-yarar değerlendirmesine izin verebilir. Sorgulanan bu parametreler, çiftlerin yaşı ve etnik yapıları ile beraber değerlendirilmelidir. Hasta ve ailesi için olası yararlar arasında olası genetik riskin anlaşılması ve gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi yer alırken, genetik risklerin belirlenmesi olasılığı ile bağlantılı artmış kaygı ya da psikolojik stres de içermektedir (Öztopçu ve ark., 2011; Wilson ve ark., 2011).

Türkiye’de %20-25 arasında yüksek bir oranda akraba evliliği vardır. 2012 Türkiye İstatistik Kurumu’nun verilerine göre ise bu oran 23.3’tür. Türkiye’deki yüksek akraba evliliği hızı, infant ve çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir. Bu nedenle ki akraba evliliği yapan çiftlere genetik danışma ve genetik araştırmaların yapılması önemli bir konudur. Yapılan çalışmalarda okuryazar olmayan ya da sekiz yıl altında eğitim alan annelerin akraba evliliği oranı, sekiz yıl ve üzerinde eğitim alanlara göre daha fazla olarak bulunmuştur (Turançlar, 2014). Bu nedenle kız çocuklarının okula gönderilmesi ve eğitim seviyelerinin yükseltilmesi, akraba evliliğinin sakıncaları konusunda halkın bilinçlendirilmesi önemlidir.

2.6.11 Risk Gruplarının Değerlendirilmesi

Gebelik öncesi dönemde başvuran çiftlerin kan grupları belirlenmeli, adolesan ya da 35 yaş üstü gebelik isteyen kişilerde gebeliğin olası riskleri anlatılarak, bu dönemde daha

yakın bir izlem gerekeceği bildirilmelidir (Desticioğlu ve Malas, 2006; T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; Şahin ve Yurdakul, 2012). Fetal ve maternal morbidite ve mortalitenin en az olduğu dönem 20-29 yaşlar arasındadır. Birçok anne adayı işi veya kariyeri gereği çocuk sahibi olmayı 35 yaşından sonraya ertelemektedir. Gebelik kontrolünün iyi yapıldığı toplumlarda, ileri yaşlarda nulliparite oranı artarken, parite oranı düşüktür. Ancak bazı toplumlarda çeşitli sosyo-ekonomik, kültürel ve geleneksel nedenlerden dolayı kadınlar tıbbi olanaklardan yararlanamamakta sonuçta istenmeyen gebeliklere rastlanmaktadır. Günümüz sosyokültürel ve ekonomik koşulları doğrultusunda daha ileri yaşlarda hamilelikler artmakta, dolayısıyla da bu kadınların karşılaştığı problemler daha sık karşımıza çıkmaktadır. Otuz beş yaş ve üstü gebe kadınlarda gebelikte indüklenmiş hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, plasenta previa, preterm doğum, ölü doğum ve sezaryen ile doğum, ikiz gebelik ve kromozom anomalisi olan bebek doğurma gibi riskler artış göstermektedir (Özçelik ve ark., 2004; Desticioğlu ve Malas, 2006; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012). Jacobsson ve arkadaşlarının (2004), 40-44 yaş aralığında ve 45 yaş ve üstü kadınlarda maternal yaşın perinatal ve obstetrik sonuçlara etkisini araştırmak ve istenmeyen sonuçların eşlik eden hastalıkla ve gebelik komplikasyonları ile ilişkili olup olmadığını değerlendirmek amacıyla yapmış oldukları çalışmada perinatal mortalite, intrauterin fetal ölüm ve yenidoğan ölümlerinin yaşla birlikte arttığı ayrıca gebelik komplikasyonlarında da yaşla birlikte bir artış olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle ileri yaşlı çiftler genetik riskler ve antenatal testler (koryonik villüs örnekleme ve amniyosentez) hakkında bilgilendirilmelidir.

Özçelik ve arkadaşlarının (2004) yapmış oldukları çalışmada kırk yaş ve üzerindeki gebelikler 35-39 yaş grubu ile karşılaştırıldığında preeklampsi-eklampsi oranı 3.6 kat, plasenta previa oranı 4 kat, kronik hipertansiyon oranı 5.7 kat, diabetes mellitus oranı 7 kat, dekolman plasenta oranı 9.5 kat yüksek bulunmuştur. Bu açıdan 40 yaş ve üstü gebeler olası sağlık sorunları açısından bilgilendirilmeli ve daha sık takip edilmelidir.

Adölesan dönemi, bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte çocukluktan yetişkinliğe geçiş periyodu olarak tanımlanır ve DSÖ tanımına göre bu dönem 10-19 yaş arası olarak ifade edilmektedir. Bu uzun süreçte adölesanlar özellikle üreme sağlığı ve cinsel sağlık konularını kapsayan çeşitli problemlerle karşı karşıya kalmaktadırlar (Koyun ve ark., 2011). Adölesan kızların ve genç kadınların yaşadığı sorunlar şiddet, ilk cinsel ilişki deneyiminin erken yaşlarda ve yetersiz bilgi ile

yaşanması, zorlu cinsel ilişki, istenmeyen gebelikler, gebeliği önleyici yöntemler hakkında bilgi eksikliği, yasal olmayan düşükler, düşüğe bağlı olarak gelişen komplikasyonlar, HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıklara yatkınlıktır. Ayrıca, erken yaşta annelik, maternal ölüm riskini ve genç annelerin çocuklarında da morbidite ve mortalite riskini de artırmaktadır (Türkiye Sağlık Raporu, 2014; Şolt ve Yazıcı, 2015). Özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki adölesanlarda gebelik sıklığı daha yüksektir. Erken yaşta çocuk sahibi olmak kadınların eğitim, sosyal ve ekonomik yönden gelişmelerinin önünde bir engel olmakta ağır sorumluluklar yüklemekte ve resmi nikah yapılmasını engellemektedir. Ülkemizde kadınların %2.5'i 15-19 yaşları arasında evlenmekte ve bu kadınların %6'sı çocuk sahibi olmaktadır (Koyun ve ark., 2011; Türkiye Sağlık Raporu, 2014; Şolt ve Yazıcı, 2015). Türkiye'de evlenme yaşı giderek artma eğilimindedir. Fakat halen adölesan dönemde yapılan erken evlilikler devam etmektedir. TNSA 2013 verilerine göre; ülkemizde nüfusun %26'sı adölesan yaş gurubu olup, 15-19 yaş arası adölesanların %16'sı evli ve anne olma oranı yaşla birlikte hızla artmaktadır. Yüksek riskli gebelikler arasında yer alan adölesan gebelikler anemi, mortalite, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, gebelik hipertansiyonu (preeklampsieklampsi), doğumda baş pelvis uyuşmazlığına bağlı zor doğum eylemi, malnütrisyon, intrauterin gelişme geriliği, yetersiz antenatal bakım gibi sorunları beraberinde getirir (Ölçer ve Oskay, 2015). Özsoy'un (2014) çalışmasına göre adölesanların daha çok istenmeyen gebelikler yaşadıkları, doğumdan sonra bebeklerini daha geç emzirdikleri, hastanede emzirme için sağlık personelinden daha az destek aldıkları saptanmıştır. Karakaya ve Gençalp'in (2009) adölesan yaşta evlilik yapan 300 kadın ile yapmış oldukları çalışmasında ise kadınların gebelik, menstruasyon, cinsellik ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu; üreme sağlığı sorunları yönünden risk altında oldukları belirlenmiştir. Adölesan sağlığının geliştirilmesi ve adölesan gebeliğinin önlenmesi, doğru ve güvenilir etkin kontraseptif yöntemin kullanımının artırılması prekonsepsiyonel bakımında temeldir. Beklenmedik bir zamanda planlanmadan cinsel ilişki yaşanması, gebeliği önleyici yöntemler hakkında yeterli bilgiye ve ulaşılabilirliğe sahip olunmaması, tıbbi işlemlerden korkma, ulaşım ve hizmet için gerekli ödemeyi yapamama, eşinden veya ailesinden korkma ya da çocuk sahibi olma baskısı gibi birçok faktör gebelik önleyici yöntemleri engellenmektedir (Türkiye Sağlık Raporu, 2014). Adölesan gebelerin sağlık durumlarını, gebelik ve doğum sırasında yaşadıkları sorunları, bu sorunların yenidoğan üzerindeki etkilerini

saptamak amacıyla yapılan bir araştırmada 55 adölesan gebenin %16.3'ünün 16 yaş grubunda, %7.2'sinin 17 yaş grubunda, %32.7'sinin 18 yaş grubunda ve %43.6'sının 19 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. %89'unun ilk gebelik, %11'inin ise çoklu gebelik yaşadığı saptanmıştır. %27.2 oranında gebenin hiç doğum öncesi bakım almadığı, %54.5'inin yetersiz doğum öncesi bakım aldığı belirlenmiştir. Gebelik sırasında en sık görölen sağlık problemlerinin, %29'unda kanama sonrası düşük, %18.3'ünde anemi ve %3.6'sında preeklampsi şeklinde olduğu saptanmıştır. 55 gebeliğin %54.5'i normal doğum, %29'u düşük, %16.5'i ise sezaryen doğum ile sonuçlanmıştır (Battal, 2012) Hemşirelik hizmetleri ergenlerin üreme sağlığı konusunda bilgi ve sağlık gereksinimlerini karşılamaya, hastalıklardan korumaya, doğru davranış kazandırmaya yönelik olmalıdır. Genç yetişkinlik dönemi kadınların ve eşlerin üreme planı geliştirmelerinde uygun bir zamandır (Desticioğlu ve Malas, 2006; Koyun ve ark., 2011; şolt ve Yazıcı, 2015; Dean ve ark., 2014). Hemşireler, erken yaşta yapılan evliliklerde ve bu evliliklerin getireceği riskler konusunda bireyi ve toplumu eğitme rolünü üstlenmelidirler.

Kan uyuşmazlığı yaygın olarak Rh faktörü ve kan grubuyla ilgilidir. Anne Rh negatifken baba Rh pozitif ve fetüs Rh pozitif olduğu durumda gerçekleşir. Anne gebelik ve doğumda Rh pozitif eritrositlerle karşılaşır. Maternal RhD alloimmünizasyonu maternal immün sistemin RhD-pozitif kırmızı kan hücresi ile karşılaşması sonrası başlar. İlk Rh pozitif gebeliğin doğumundan sonra izoimmünizasyon gelişebilir. Sonraki gebeliklerde bellek B lenfositlerinin ürettiği antikorlar fetüse geçerek hidrops fetalise yol açar. Maternal Rh alloimmünizasyonu yenidoğanın hemolitik hastalığının önemli nedenleri arasındadır (Koç ve Seval, 2010; Çetin, 2012). Bu nedenle erken tanı ve tedavi için maternal ve paternal kan gruplarının belirlenmesi ve gerekirse antikor taraması rutin gebelik takiplerinde yapılmalıdır. Kan grubu testlerinde yanlışlık olabilir bu nedenle kadınlarda kan grubu testlerinin en az iki kez yapılması önerilir. Rh negatif annelere Rh-pozitif eritrositlerle karşılaştıktan hemen sonra anti-D immünglobülin verilmesi gerekir. Rh uygunsuzluğu olan çiftlerde maternal Anti-D antikor tespitini ileri tanı yöntemlerini gerekli kılar. Rh negatif annelere gebelik sonlanmasından sonra anti-D immünglobülin uygulanır, ama bebeğin kan grubu belirlenebiliyor ise kan grubu Rh pozitif ise uygulanır. İlk gebelik muayenesinde Rh negatif annelerde indirekt Coombs testi yapılmalıdır. İndirekt Coombs testi negatifse

28. haftada tekrarlanır. Yenidoğanın kan grubu Rh pozitif ve direkt ve indirekt Coombs testleri negatif yani anne bağışık olmamışsa postpartum ilk 72 saatte 300 mcg anti-D immünglobülin profilaksisi verilir, gecikilirse etkinliği azalır (Arslan ve Başgöl Yiğiter, 2012; Çetin, 2012) . Verilen anti-D immünglobülin fetal eritrositlerin üzerindeki D antijenlerine tutunur ve bu eritrositler dalak ve lenf bezlerinde temizlenir. Anne bağışıklık hücrelerinin D antijeniyle karşılaşarak antikör üretmesi önlenir. RhD immünglobulin profilaksisinin günümüzde yaygın olarak kullanılması gebelikte Rh alloimmünizasyonu sıklığını anlamlı şekilde düşürmüştür. Gelişen tanı, takip ve tedavi seçenekleri ile gebelikte izlenen alloimmünizasyonun prognozu genellikle iyidir. Kan grubu uyuşmazlığı, ABO uyuşmazlığı olarak da bilinir ve Rh uyuşmazlığı kadar ciddi bir durum değildir. ABO uyuşmazlığı annenin kan grubu A, B ya da AB ise ortaya çıkar. ABO uyuşmazlığı riski %5'tir ve hidrops fetalise neden olur. Bu nedenle annenin kan grubunun belirlenmesi, doğumdan sonrada hiperbilirubinemi açısından dikkatli olunması ve gerekli müdahalenin yapılması önemlidir (Kızılkaya Beji, 2015)

2.6.12 Baba Adayının Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

Doğum, kadının hayatı boyunca nadir yaşayacağı önemli, özel ve heyecanlı bir deneyimdir. Bu deneyim, anneye benlik ve bütünlük, babaya güven ve otorite, aileye ise güç kazandırır; ancak her iki ebeveyne önemli rol ve sorumluluklar yükler. Bazı kültürlerde, gebelik ve doğum hala “kadın işi” olarak algılanmaya devam etmektedir. Baba adayları ise bu süreçte neredeyse yok sayılmıştır. Fizyolojik, ekonomik ve politik değişiklikler, eğitim, dini inançlar ve toplumsal cinsiyet algısı da cinsiyete ve ebeveynliğe dair beklentileri etkilemektedir.

Erkekler için prekonsepsiyonel bakım; aile planlaması ve gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi, kadın partnerlerinin üreme sağlığı ve sağlık davranışlarının güçlendirilmesi ve erkeklerin babalık dönemine hazırlanması için önemlidir. Gebeliğin oluşumunda erkeğin sağlık durumuna (sigara, alkol kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, sperm kalitesi vb.) ilişkin riskler belirlenerek gerekli danışmanlık verilmelidir. Ayrıca babalık rolünün geliştirilmesi, gebelik süresince anneye gereken desteği verebilmesi için prekonsepsiyonel danışmanlık içerisinde erkeklerinde yer alması gereklidir. Hemşireler toplumun kültürel değerlerini ve ebeveynlik algılarını ele alarak hizmet sunmalı, prenatal hizmetlerin kalitesinin artırılması için bütüncül bir

bakım vermeli ve baba adaylarını da bakıma dahil etmeli, babalığın erkek ve aile sağlığına etkilerini bakım verirken tekrar düşünmelidir (Frey ve ark., 2008; Ergin ve Özdilek, 2014).

2.7 GEBELİK ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI

Sağlıklı bir yaşama sahip olmak her insanın temel hakkıdır. Temel insan haklarından biri olan yaşama hakkının içerisinde yer alan sağlık hakkı; sağlığın geliştirilmesi, korunması ve onarılması ile ilgili düzenlemeleri öngörür. Bireylerin sağlığının korunmadığı, sağlıklı yaşam için gerekli önlemlerin alınmadığı ve hizmetlerin verilmediği bir ortamda yaşama hakkından söz etmek mümkün değildir. Sağlık ise koruma, öz bakım, bireysel sorumluluk, optimal iyilik hali, yaşam kalitesi, sağlık davranışı kavramlarını da içerisine alan geniş bir kavramdır (Işık, 2010; Aslantekin, 2011; Akgün Kostak ve ark., 2014). Sağlıklı bireylerle ancak sağlıklı bir toplum oluşturulabilir. İnsanların sağlıklı olmaları ve hayatlarını sağlıklı bir biçimde devam ettirebilmeleri büyük ölçüde kendi sorumlulukları altındadır. Dolayısıyla insanların sağlıklı bir yaşama sahip olmaları kendilerini kontrol etmelerine ve sağlıklarını geliştirici davranışlara yönelmeleri ile mümkündür. Bu nedenle bireylere kendi sağlık durumlarını koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek olumlu davranışlar kazanmaları ve kendi sağlıkları için doğru kararlar almaları adına yardım edilmesi gerekmektedir (Altıparmak ve Koca Kutlu, 2009; Aksoy ve Uçar, 2014; Beydağ ve ark., 2014; Hekim, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Günümüz sağlık anlayışı ise birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Sağlığı geliştirme stratejileri, hem bireylerin yetenek ve becerilerini geliştirmeye, hem de bireylerin ve toplumun sağlığını etkileyen sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları değiştirmeye dayandırılmıştır. Sağlığı geliştirme stratejileri sağlık harcamalarını azaltan ve bireylerin kendi sağlık sorumluluğunu almalarını destekleyen bir stratejidir. Bireylerin sağlık sorumluluğu almaları ise ancak sağlık eğitimi ile sağlanabilir (Yalçınkaya ve ark., 2007; İlhan ve ark., 2010; Kaya, 2010 ; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre, gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80'inin, az gelişmiş ülkelerde ise %40-50'sinin nedenini, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklar oluşturmaktadır. Kötü beslenme alışkanlıkları, sedanter yaşam tarzı, zararlı alışkanlıkların artması, çevresel şartların olumsuzlaşması ve stresli yaşam kronik hastalıkların görülme sıklıklarını da gün geçtikçe artırmaktadır. Küresel hastalık yükü çalışmasına göre 2010 yılında 12.5 milyon insan beslenmedeki risk faktörleri ve fiziksel hareket azlığı nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Bulaşıcı olmayan bu hastalıkların oluşumunda kişinin kendi tutum ve davranışının diğer bir deyişle yaşam biçiminin rolü büyüktür. Bu nedenle, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar yapmak, farkındalığı artırmak ve olumlu sağlık davranışlarını destekleyen ortamlar oluşturmak önemlidir (Viner ve Macfarlane 2005; Karadamar ve ark., 2014; Duran ve Sümer, 2014; İlhan ve ark., 2014; Çakır ve ark., 2015).

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olabilmek ya da sağlıklı olduğu zamanda hastalıklardan korunmak için yapmış olduğu davranışlar, sağlıklı yaşam biçimi geliştirmesi için inandığı ve uyguladığı eylemlerdir (Ulupınar Alıcı ve Sarıkaya, 2009; Akgün Kostak ve ark., 2014). Olumlu sağlık davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) olarak ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme alışkanlığı, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimine yönelik yapılan değerlendirmelerin bir bileşkesi olarak ortaya konulmaktadır (Cihangiroğlu ve Deveci 2011; Onat ve Aba, 2014; Akgün Kostak ve ark., 2014). Sağlığı geliştirme davranışlarının uygulanması (egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi), hastalıkların meydana gelme sıklığını ve ölüm oranını düşürdüğü görülmüştür. Sağlığı geliştirebilmek için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gereklidir (Türkeri 2006; Saydam ve ark., 2007; Demir ve Arıöz, 2014). Hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde sağlığı geliştirici davranışların kullanılması temeldir (Bahar ve ark., 2008; Şimşek, 2013). Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin sağlığını etkileyebilen tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçerek düzenlemesidir. Sağlıklı yaşam biçiminin amacı ise sadece herhangi bir hastalık ya da rahatsızlığı önlemeye yönelik olmayıp, bireyin

genel sağlık ve iyilik durumunu iyileştirmektedir (Demirci ve Coşkuner Potur, 2014; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015).

Bireyler sağlıklarını tehdit eden etmenlere ve koruyucu önlemlere karşı bireysel ve toplumsal kaynaklardan hareketle birtakım davranışlar sergilemekte ve bu davranışlar bireyler arasında farklılıklar göstermektedir. Aile, toplum ve eğitim ile kazanılan, zamanla değişen bu davranışlar, kişinin iyi olan sağlık durumunun sürdürülmesini sağlayan, kendisi için doğru olduğuna karar verdiği ve kendisini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlar olup; alkol / sigara gibi maddelerden kaçınmaya, yeterli dengeli beslenme, stres ile baş edebilme, düzenli egzersiz yapma, iletişim kurabilme, hijyenik önlemleri bilme, sağlık bilincine ve sorumluluğuna sahip olmayı kapsamaktadır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını tutum haline dönüştüren ve yaşamının bir parçası haline getirebilen birey, iyilik halini sürdürebildiği gibi, hastalıklardan korunabilmekte ve sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye çıkarabilmektedir (Cihangiroğlu ve Deveci 2011; Akgün Kostak ve ark., 2014; Beydağ ve ark., 2014). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri raporuna göre; insanlar bir ya da birden fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışı gösterirse yaşam sürelerinin uzayacağı rapor edilmiştir (Ford ve ark., 2011).

Sağlık davranışları psikolojik (bilgi, tutum, inanç, beceri ve deneyimler), çevresel (aile, arkadaşlar ve toplumsal yaptırım ögeleri) ve sosyokültürel etmenlerden (tutum ve davranışlarla ilgili sosyal normlar) etkilenir (Ulupınar Alıcı ve Sarıkaya, 2009; Altay ve ark., 2015). Bununla birlikte bireylerin çevresel risklerle karşılaşma olasılığını azaltmaları, sağlıklarını tehdit eden davranışlarından kaçınmaları 'sağlığı koruma' olarak ifade edilir. Sağlığı koruma davranışları, hastalıkların önlenmesi ile ilgili olarak birincil koruma; erken tanı ve tedaviye yönelik ikincil korunma; tedavi ve iyileştikten sonra mevcut sağlık durumunun geliştirilmesine yönelik üçüncül korunma davranışlarını içermektedir (Türkeri, 2006).

Sağlığı geliştirme kavramının temelinde; bireyin potansiyelini ve enerjisini kullanma, doyurucu bir yaşam sürdürme, üretken olabilme, sağlık konusunda yeteneklerini sonuna kadar kullanabilme olanağına sahip olma durumu yer alır. Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam biçimi için, eğitim ile ilgili örgütsel, ekonomik, çevresel desteklerin birleşimidir (şimşek, 2013; Altay ve ark., 2015). Düşük sosyoekonomik statüye sahip bölgelerde ikamet eden kadınların olumsuz üreme

sonuçlarına maruz kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda sağlığı geliştirmede yapılacak tüm girişimlerin kişileri güçlendirici, toplum katılımlı, multidisipliner, eşit ve hakkaniyetli, ulaşılabilir ve çok stratejili olması gerekmektedir (Vinikoor-İmler ve ark., 2011; Aslantekin, 2011).

Sağlığa duyarlılığın artırılması ile kişinin kendi sağlığı üzerindeki kontrolü sağlanarak yaşam kalitesi artırılabilen, hastalıklara yol açabilecek yaşam şekilleri değiştirilebilmekte ve sonuçta olumlu sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırılabilir. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve SYBD'nı günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Özyazıcıoğlu ve ark., 2011; Altay ve ark., 2015)

Ülkelerin gelişmişlik düzeyine ulaşabilmesindeki en önemli faktör sağlıklı insanların varlığıdır. Bu da ancak dünya nüfusunun yarısından fazlasını oluşturan kadınların sağlığının korunması ve geliştirilmesi ile mümkündür (Dinç Kahraman, 2011). Gebelikte fizyolojik bir olay olmasına rağmen yaşamın diğer dönemlerine göre hastalık ve ölüm riskinin daha yüksek olduğu bir süreçtir. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları doğacak olan bebeğin sağlığını ve kaderini belirlemektedir (Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji, 2010; Coşkun, 2012). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlıklı ve canlı bir doğum yapma, anne-yenidoğan mortalite ve morbidite oranını azaltma açısından gebelik öncesi ve gebelik sürecinde oldukça önemlidir. Kadınların gebeliği riskli hale getirecek lokal veya sistemik sağlık sorunlarına veya gebeliklerinde yüksek riskli bir davranışa ya da yaşam biçimine sahip olması anne ve bebeklerin ölüm oranını artırmaktadır (Akdolun Balkaya ve ark., 2014; Onat ve Aba, 2014).

Doğurganlık çağındaki tüm kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmeleri için danışmanlığa gereksinimleri vardır. Sağlık risklerini azaltmak ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazandırmak sağlık personellerinin en temel işlevleri arasındadır. Kadınlarla sürekli iletişim içinde olan sağlık personelinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kontrolünün önemi konularında açık ve net mesaj vermesi önemlidir. Sağlıklı gebelik ve sağlıklı çocuk sahibi olmanın yolu sadece gebelik döneminde yeterli bakım alma ile sınırlı değildir. Gebelik oluşmadan önce davranış değişikliği yaratabilmiş çiftlerin daha sağlıklı bebek sahibi olma şansları büyük ölçüde artmaktadır (Erol ve Erdoğan, 2007; Coşkun, 2012). Elsinga ve arkadaşlarının (2008)

yapmış oldukları çalışmada yaşam stiline ve diğer sağlık davranışlarına ilişkin gebelik öncesi danışmanlık vermenin önemli olduğu, gebelik öncesinde danışmanlık almanın bilgi düzeyini artırdığı, riskli sağlık davranışlarını ve ilk trimesterdeki alkol kullanımını azalttığı, folik asit kullanımını ise artırdığı bildirilmektedir. Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık risklerinin azaltılması, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, sağlıklı yaşam için alınması gereken önlemleri benimsetmesi ve uygulanmasını sağlaması hemşirelerin temel sorumlulukları arasında yer almaktadır. Hemşireler, sağlıklı bireylerin sağlığını en üst düzeye çıkarması, hasta bireyin ise yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik bakım, eğitim, danışmanlık gibi etkinlikleri gerçekleştirirler (Tambağ, 2011; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016)

Doğum Öncesi Bakım kapsamında SYBD geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinde, kadına sunulacak sağlık eğitiminin temel amacı;

- Kadının gebeliğe hazırlanması ve uyum sağlamasına yardımcı olma,
- Gebeliğe bağlı komplikasyonları azaltma,
- Anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek sorunları erken zamanda tespit etmektir (Saydam ve ark., 2007).

Vinikoor-Imlera ve arkadaşları (2011) gebe kadının yaşadığı yerin şartlarının sağlık davranışları ve gebelik sonuçları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, kadının yaşadığı yerin fiziksel şartlarının bozuk olmasının sigara ve yetersiz kilo alımıyla, yaşanan yerdeki sosyal alanların yetersiz olmasının kilo alımı ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte yaşanan yerin fiziksel yapısının yüksek seviyede bozuk olması ise tüm olumsuz gebelik sonuçları ile ilişkili bulunmuştur.

Gebeliği istemenin gebelik öncesi sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmakla birlikte birçok kadının olumlu sağlık davranışlarını gebe kaldığını fark ettikten sonra sergilediği de bilinmektedir (Aşçı, 2013). Chuang ve arkadaşlarının (2011), gebeliği istemenin gebelik öncesi sağlık davranışlarına olan etkisini inceledikleri çalışmalarında bir yıl içinde kadının gebeliği istemesinin folik asit kullanımı ile ilişkili olduğu ancak sigara ve alkol kullanımı ile ilişkisinin bulunmadığı saptanmıştır.

2.7.1 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Boyutları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının boyutları; manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktivitedir.

2.7.1.1 Manevi Gelişim

Bireyin iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark., 2008; Sezer, 2012; Aşçı, 2013)

Manevi gelişim, bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Başka bir tanımda ise, hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalıktır. Dolayısıyla bireyin, yaşamın anlamını ve amacını yakaladığı yer onun manevi gelişim alanıdır. İnsanın manevi yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü kadar önemlidir ve bu boyutlarla ilişkilidir. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamada, değişimlere uyum sağlamada, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanma, yeniden iyileşme gücü ve umudu bulmada manevi gelişimin olumlu etkisi olduğu bilinmektedir (Başal, 2006; Wilkinson ve Miller, 2007; Ölçer ve Oskay, 2015)

Jesse ve Reed (2004) gebelik döneminde yüksek maneviyatın sigara bırakmada etkili olduğunu bildirmiştir. Yüksek riskli gebelerle yapılan bir diğer çalışmada ise dua etmenin baş etme yöntemi olarak sıklıkla kullanıldığı gösterilmiştir (Giurquescu ve ark., 2006). Benute ve arkadaşlarının (2011) yapmış oldukları çalışmada da dini inancın intihar girişimlerinde önleyici bir faktör olduğu, dini inancın kadına sosyal destek sağlamanın yanı sıra yaşam amacı, öz güven ve krizle baş etme becerisi sağladığı belirtilmektedir.

2.7.1.2 Kişiler Arası Destek/İlişkiler

İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir. Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "kişilerarası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır. Bireyin iletişimi, sevilme, ait olma, iş durumu, aile içi ve çalışma arkadaşları ile ilişkileri, sosyal uğraşlarının olması sosyal sağlığı belirleyen en önemli faktörlerdir (Wilkinson ve Miller, 2007; Bozhüyük ve ark., 2012)

Kişiler sağlık personeline sağlıkları, hastalıkları, tanısı ve tedavi süreci, tedavi seçenekleri ile ilgili sorular sormak ve gerektiğinde ailesi ve arkadaşlarıyla paylaşmak için durumunu anlatmak istemektedirler. Bu anlamda kendini ifade edebilmesi, sorularını sorabilmesi, anlatılanları anlayabilmesi ve aktarabilmesi için iyi bir iletişim becerisi göstermesi gerekir. İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla düşünceleri, duyguları paylaşmayı içerir (Bahar ve ark., 2008; Tuğut ve Bekar, 2008; Sezer, 2012) Bireye destek veren kişi/kişiler, koşulsuz bir yaklaşımla ve güven verici tutumları ile iletişimin ve yardımın nitelik kazanmasını sağlarlar ve asıl gereksinimin açığa çıkmasına, bireyin baş etme yeteneğinin artmasına katkıda bulunmuş olurlar (Türkol, 2012; Aslantekin, 2011).

Kadının gebeliğe olan bakış açısı, kendi bilgi ve deneyimlerinden, aile üyelerinden, yakın arkadaşları ve sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik sürecinde kişiler arası destek hem doğacak bebeğin hem de annenin sağlığını etkileyebilmektedir. Wilkinson ve Miller (2007) gebe kadınların eşlerinin ve annelerinin gebelik döneminde kadına destek olan kişiler olduğunu bildirmiş, aile ve yakın çevre desteği az olan kadınların yetersiz Doğum Öncesi Bakım (DÖB) aldıklarına dikkat çekmiştir. Suarez ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada emosyonel desteği düşük olan kadınların daha fazla stres yaşadığı ve bu durumun nöral tüp defektinde dahil olmak üzere konjenital malformasyon riskini artırdığı bulgulanmıştır. Bu nedenle gebelik öncesi ve gebelik döneminde kadını destekleyen kişilerin, aile tipinin ve ailedeki karar vericinin tanımlanmasının olumlu sağlık davranışlarına kadınları teşvik etmede etkili olabileceği belirtilmiştir.

2.7.1.3 Stres Yönetimi

Stres iç ve dış çevreden kaynaklanan temel gereksinimlerin karşılanmasını engelleyen, stabil dengeyi bozan ya da bozmak için tehdit eden bir olay olarak tanımlanır. Stres zararlı olaylara karşı oluşan psikolojik bir tepkidir. Gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Amanak ve ark., 2014). Her insanın stres faktörleri farklı olduğu gibi, strese karşı verilen cevaplar da farklıdır. Stres kontrolü kişiye özgü ve kişinin içindedir. Strese cevap verme şekli de birçok faktöre bağlı olup kişiden kişiye değişebilmektedir. Strese, affektif (huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik gibi) kognitif (yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık gibi), davranışsal

(kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme gibi), bedensel tepkiler (çarpıntı, tansiyon artışı, sırt-göğüs ağrısı, kas gerginliği, baş ağrıları gibi) verilir (Özmen ve Önen, 2005; Aşçı, 2013). Stresle başa çıkma yöntemleri olarak; psikoterapiler, gevşeme teknikleri, beden ve solunum egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, yoga, masaj terapisi, akupunktur, biyolojik geri bildirim, sosyal desteğin sağlanması, müzik terapisi, davranış değişikliği ve inanç sayılabilir (Bozhüyük ve ark., 2012; Ölçer ve Oskay, 2015)

Stresin ortaya çıkardığı problemler, bireyin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve bireyin günlük sorunlar karşısında güçsüz kalmasına neden olmaktadır. Bireyin karşılaştığı durumun stres kaynağı olup olmadığı ve bununla baş etme açısından kendini değerlendirmesinde kişinin benlik saygısı, kişilik yapısı, içinde yaşadığı kültürel değerler, olayın olduğu bağlam, o andaki duygusal durumu, fiziksel özellikleri ve cinsiyeti gibi algısını etkileyen özelliklerin tümü önemli belirleyicilerdir (Türkol, 2012). Üreme hormonlarını salgılayan hipofiz bezi duyuşsal değişikliklere ve strese son derece duyarlıdır. Herhangi bir stres kaynağı kadında menstrual düzensizliklere, anovuluar sikluslara neden olmaktadır. Ayrıca modern yaşamın getirmiş olduğu stres, yorgunluk olarak geri dönmekte, bu da cinsel arzuyu ya da cinselliğe ayrılan süreyi azaltmaktadır (Amanak ve ark., 2014; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015) .

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Özellikle gebeliğinde komplikasyon olan kadınlarda bu durum daha da şiddetlenebilir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir. Gebelikte yoğun stres yaşamak immün sistemin baskılanmasına, fetal doğum ağırlığının azalmasına ve erken doğum riskinin artmasına neden olmaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011; Ölçer ve Oskay, 2015). Gebelikteki maternal stres ve sosyoekonomik faktörler fetal gelişimi olumsuz etkileyerek erken doğuma neden olmakta ve fetal malformasyon oranını artırmaktadır (Desdicioğlu ve Malas, 2006). Uzamış stres bedende kalıcı değişikliklere yol açabileceğinden kişinin sağlığını tehdit edebilir. Dolayısı ile stresle

baş edebilmek, ruhsal ve bedensel sağlığını koruyabilmenin ön koşuludur (Özmen ve Önen, 2005) .

2.7.1.4 Sağlık Sorumluluğu

“Herkes İçin Sağlık” anlayışının belirlendiği Alma-Ata, Ottawa ve Jakarta gibi pek çok uluslararası bildirgede sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve sağlıklı toplumlar oluşturmada devlete düşen sorumluluğunun yanı sıra, gittikçe artan bir şekilde bireysel sorumlulukların önemi vurgulanmaktadır. Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığına yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini gösterebilmesidir. Kişinin sağlığına ne düzeyde katıldığı, sağlığına verdiği önem ve özeni, sağlık hakkında bilgilenmesi, gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir (Tuğut ve Bekar, 2008; Bozhüyük ve ark., 2012; Sezer, 2012) .

Bireyin sağlığına yönelik sorumluluk düzeyi; bedenini ve kendini tanıması, sağlığında değişiklikler olduğunda gerekli tedbirleri alması, bir sağlık kuruluşuna gitmesi, düzenli aralıklarla taramalar yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına dikkat etmesi, sağlıkla ilgili konuları, yayınları takip etmesi, sağlığını izlemesi, kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir (Türkol, 2012) Sağlık okuryazarlığı, sağlık durumu ve sağlık belirleyicilerine ilişkin bilgiyi elde etme anlama ve sağlık davranışına ilişkin olarak değiştirilmiş tutum ve motivasyonların yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi için uygun davranış ve yaşantıların kazanılmasında geliştirilmiş öz yetkinliği içermektedir. Yapılan çalışmalar; sağlık okur-yazarlığı yüksek bireylerin sağlıklarının daha iyi olduğunu ifade ettiklerini, sağlık bakım maliyetini azalttığını, sağlık bilgisinin arttığını, hastanede yatış süresini ve sağlık hizmeti kullanım sıklığını azalttığını, tutumların olumlu yönde geliştiğini, motivasyonlarının ve sorun çözme becerilerinin artması sonucu daha yüksek oranda sağlıklı yaşam davranışı geliştirdiklerini göstermiştir (Baker, 2006; Aslantekin, 2011; Şimşek, 2013)

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik süresince sağlık sorumluluğu; antenatal bakım alma ve izleme gitme, gebeliği ile ilgili bireysel sağlık sorumluluğunu alma, bakımına önem gösterme ve riskli sağlık uygulamalarından kaçınmayı içerir. Sağlık uygulamaları ise gebe kadının gebeliğini, kendinin ve yenidoğanın sağlık sonuçlarını etkileyebilecek gebelikle ilişkili sağlık davranışları olarak tanımlanabilir. Gebelik öncesi dönemde SYBD; yeterli ve dengeli beslenme, önerilen düzeyde kilo alma, fiziksel aktif olma,

ağız hijyenine özen gösterme, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara, alkol, gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, stresle başa çıkmaya yönelik stratejilerini kullanma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem almayı içerir. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadının, sağlık uygulamaları gebelik süresince hem kendinin hem de bebeğinin sağlığını direkt etkiler. Bu nedenle kadının SYBD sergilemesi onun gebeliğinin sağlıklı devam etmesi ve doğacak olan bebeğinin sağlığının korumasında etkili olacaktır (Lindgren 2005; Saydam ve ark. 2007; Aşcı, 2013).

2.7.1.5 Beslenme

Yeterli ve dengeli beslenme, hayatımızın her döneminde önemli bir yer tutmaktadır. Sağlıklı beslenme ile sağlıklı nesiller oluşmakta bu da toplum sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Beslenme; sağlıklı yaşamın sürdürülmesi, korunması ve geliştirilmesi için, yaşamı mutlu olarak sürdürebilmek amacıyla besinlerin kullanılmasıdır. Beslenmede amaç, bireyin yaşı, cinsiyeti, fiziksel aktivitesi ve içinde bulunduğu fizyolojik duruma göre gereksinimi olan enerji ve besin öğelerini yeterli ve dengeli miktarlarda almasıdır. Bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler (Bozhüyük ve ark., 2012; Şimşekoğlu ve Mayda, 2016).

Obezite, günümüz bilimsel literatüründe sık kullanılan bir temadır. Bunun nedeni ise obezitenin toplumun tüm katmanlarındaki prevalansındaki üstel artıştan kaynaklanmaktadır (Azevedo ve Brito, 2012) “Ayaküstü beslenme (fast-food)” alışkanlıklarının yaygınlaşması ve fizik aktivitenin azalması daha sedanter bir yaşam sürdürülmesi obezite sıklığının artışının temelinde yatan nedenler arasında yer almaktadır. Obezite, üreme bozuklukları ile ilişkili olan ve yaşamı tehdit eden önemli bir hastalıktır. Obeziteye bağlı sağlık sorunları diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Obezite ile ilişkili üreme sorunları, infertilite problemlerinden düşüklere ve gebelik komplikasyonlarına kadar geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır (Amanak ve ark., 2014; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015).

Yapılan bazı çalışmalar, gebeliğinde obez olan kadınların, gebeliğinde normal kilolu kadınlara göre makrozomi riskinin yaklaşık 2 kat, hipertansif hastalık riskinin 2.5 kat, gestasyonel diabet riskinin 4 kat, erken doğum riskinin 1 kat ve sezeryanla doğum riskinin 2 kat arttığını bildirmektedir (Weiss ve ark. 2004; Callaway ve ark. 2006; Smith

ve ark. 2008; Ata Kaptı, 2014). Obezite, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının alt boyutlarıyla yakından ilişkilidir. Beslenme, fiziksel aktivite ve psikolojik etmenler, obezite için risk faktörleridir (Uzun, 2014). Obezitenin depresyon için risk faktörü olduğunu bulgulayan çalışmalara göre, beden algısı depresyonu etkileyen faktörlerden birisidir. Kendisini fazla kilolu olarak algılayan kadınlarda intihar düşünceleri ve davranışları anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Whetstone ve ark., 2007). Gebelik öncesi obezite anne ve neonatal morbidite ve mortalite için bağımsız bir risk faktörüdür (Pasquali ve ark., 2003; Aydemir, 2014).

Gebelik öncesinde ve gebeliği süresince sağlıklı beslenme, termde gelişimini tamamlamış fetüsü, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı bir laktasyon döneminin olasılığını arttırırken; postpartum obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını olumlu yönde etkiler (Api ve ark., 2005). Gebelik düşünen kadının günlük yaşam biçimi, alışkanlıkları, mesleği, günlük fiziksel aktivitesinin ayrıntıları, kişisel-sosyal sorunları, kişilik özellikleri, ekonomik durumu, aile öyküsü, ev düzeni, yaşı, eşlik eden diğer hastalıklar, kullandığı ilaçlar, sürekli alışkanlıkları, boş zamanlarını değerlendirme özellikleri, zevk aldığı işler, zevk aldığı yiyecekler bakımın planlanması aşamasında önemli olan verilerdir. Çünkü bunların büyük bir kısmı aynı zamanda obezitenin de nedenidir (Körükçü ve Kukulu, 2011; Ata Kaptı, 2014). Çalışmalar, yetersiz beslenen toplumlarda bebek ölüm hızının, yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha yüksek olduğunu ve yetersiz beslenen çocukların büyüme hızı ve zekâ gelişimlerinin de normalden düşük olduğunu göstermektedir. Gebelik öncesinde ve gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme bebeğin düşük doğum ağırlıklı doğmasının da en önemli nedenlerinden biridir (Garipağaoğlu ve ark., 2007; Noğay, 2011).

Sağlıklı beslenme danışmanlığında özellikle prekonsepsiyonel dönemde yeterli düzeyde folik asit, demir, kalsiyum, iyot alımı ve iyotlu tuz kullanımını öncelikli mesajlardır. Kadınları beden kitle indeksini hesaplama, bu indeksin normal değerleri ve artması durumunda karşılaşılabilecek riskler hakkında eğitmek, gebelikte ve sonrasında pozitif yönde etkileyecek olan sağlıklı yaşam tarzı konusunda bilgilendirme gerekmektedir (Garipağaoğlu ve ark., 2007; Baysoy ve Özkan, 2012; Körükçü ve Kukulu, 2011).

2.7.1.6 Fiziksel Aktivite

Fiziksel aktivite ve egzersiz; koruyucu sağlık yaklaşımının bir aracı olarak bireyin sağlığını geliştiren, gelişmiş durumunu devam ettiren, stres yaratan olaylara karşı daha sakin kalmayı sağlayan, yorgunluğa ve hastalıklara karşı direncini arttıran hareketlerin toplamıdır. Hafif, orta ve ağır egzersizleri dđzenli olarak uygulamayı kapsar. Gđnlđk yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde yđrđtđlđr (Tuğut ve Bekar, 2008; Sezer, 2012; lęer ve Oskay 2015).

Toplumun bđyđk bir çoğunluğunda fiziksel aktivite ve spor eşanlımlı olarak algılanmaktadır. Oysa fiziksel aktivite, gđnlđk yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanı sıra egzersiz, oyun ve gđn içinde yapılan merdiven çıkma gibi çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (Yalçın ve Tekin, 2013; Hekim, 2015)

Fiziksel aktivite dđzeyinin yđksek olması insanların sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerini arttıran, bazı hastalıklara yakalanma olasılığını da azaltan bir unsurdur. Sedanter yaşam tarzına sahip kişilerin ciddi sağlık sorunları yaşama olasılığı 2 kat artmaktadır. Dđzenli fiziksel aktivite; çocukların ve gençlerin sağlıklı bđyđme ve gelişmesi, vđcudu hastalıklara karşı koruma, alınan fazla enerjinin doğal bir şekilde harcanıp obezitenin önlenmesi, yağlanma ve yağlanmanın getirdiği organik gerilemenin yavaşlatılması, yetişkinlerin çeşitli kronik hastalıklardan (koroner damar hastalığı, diyabet, kilo kontrolđ vb.) korunmasında veya bu hastalıkların tedavisinde, sağlıklı kemik, kas ve eklem yapısının oluşturulması ve devam ettirilmesi, anksiyete ve depresyonun azaltılması, kendini iyi hissetme, iyi olma halinin arttırılması, yaşam kalitesinin artırılmasında önemli farklar yaratabilmektedir (Canan ve Ataoğlu, 2010; Bozhđyđk ve ark., 2012; Hekim, 2015).

Kadının gebelik öncesi ve gebelik döneminde fiziksel olarak aktif olması ve gebeliğe yönelik egzersiz yapması kadından beklenen sağlık davranışları arasındadır. Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte yapılan egzersizin, postđrđ koruma, kilo alımının kontrolđ, dolaşım ve sindirim işlevlerini dđzenleme, uyku kalitesinin gđ ve dayanıklılığın artması, sırt ağrısının azalması, sezaryen oranlarında dđřme ve doğum

sonrası iyileşmeyi hızlandırma gibi yararları bildirilmektedir (Api ve ark., 2005; Desdicioğlu ve Malas, 2006; Taşcı Duran ve ark., 2013). Egzersiz, insüline duyarlılığını arttırarak ovarian fonksiyonu ve gebe kalma şansını arttırmaktadır (Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Gebelerin haftada en az 150 dakika orta yoğunlukta egzersiz yapmalarının sezaryen oranını azalttığı, ayrıca gebeliğin son üç ayında günde en az 30 dakikalık ılımlı fiziksel aktivite yapan kadınların daha az aktif kadınlara göre kardiyovasküler açıdan daha iyi oldukları bildirilmektedir (Tinloy ve ark., 2014). Gebelik öncesi başlanan egzersiz programları ile gestasyonel diabetüs mellitüs olasılığının azalabileceği, ayrıca gebelik sırasında ortaya çıkan gestasyonel diabetüs mellitüs da insülin ihtiyacını geciktirebileceği veya miktarını azaltacağı üzerinde durulmaktadır (Pata, 2011).

2.8 PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK VE HEMŞİRELİK

Gebelik öncesi kadın ve erkeğin sağlık durumu, sağlık davranışları, gebeliğin planlanması ve buna yönelik hazırlık yapılması doğacak olan bebeğin ve ailenin sağlığını belirlemektedir. Ayrıca anneye bağlı özellikler, sosyoekonomik durumu, sosyal güvencesinin olması ve gebelik öncesi danışmanlık alması gibi durumlar da fetal sağlığı etkilemektedir. Doğurganlık yaşındaki kadın ve ailesiyle çalışan hemşireler, sağlıkla ilgili konularda kadın ve ailesiyle her karşılaşmalarında, üreme sağlığını yükseltme sorumluluğuna sahiptir (Yıldız ve Akbayrak, 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Prekonsepsiyonel bakım sağlık bakımının önemli bir parçasıdır ve her kadının sağlığını iyileştirmeyi hedefler. Kadın sağlığı hemşireleri uygulamada klinik hizmetlerin yanı sıra, sağlığın geliştirilmesi, korunma, eğitim, araştırma, danışmanlık ve savunuculuk gibi bir dizi rol üstlenmektedir (Güngör ve ark., 2013). Güvenli annelik hizmetlerinde önemli rol ve sorumluluk üstlenerek çiftin/ailenin güvenini kazanan hemşirelerin, prekonsepsiyonel bakım konusunda da öncü olması yararlı olacaktır. Kadın sağlığı alanında uzmanlaşan hemşirelerin, sağlık eğitimi ve danışmanlık rolleri arasında prekonsepsiyonel danışmanlık yapmak da yer almaktadır (Yakışan ve Set, 2012; Coşkun, 2012). Kadın sağlığı hemşirelerinin prekonsepsiyonel dönemdeki görevleri hemşirelerin bağımsız ve profesyonel rollerini daha nitelikli bir şekilde ortaya koymalarını kolaylaştırmakta ve sağlık ekibi içinde mesleki saygınlığı arttırmaktadır (Partovi Meran ve Hotun Şahin, 2014). International Council of Nurses (ICN) ve diğer bazı uluslararası hemşirelik organizasyonları pozitif yaşam şekli oluşturmada, kilo kontrolünde ve beslenme eğitiminde hemşirelerin önemli stratejik rolleri olduğunu

vurgulamaktadır. Kadın sağlığı alanında çalışan hemşireler prekonsepsiyonel danışmanlık yaparak obezite ve riskleri, fiziksel aktivite ve egzersiz, dengeli beslenme ve kilo kontrolü gibi konularda eğitim ve danışmanlık vererek kadınların gebeliklerini olumsuz etkileyebilecek sağlık risklerinin azalmasına yardım edebilirler (Lazarou ve Kouta, 2010; Ergin, 2014). 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği’ ne göre de, çiftlere gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık yapmak Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşiresi’nin görev, yetki ve sorumlulukları arasındadır (www.resmigazete.gov.tr) .

Hemşireler, birinci basamak sağlık kuruluşlarında, ana-ocuk sağlığı merkezlerinde, hastanelerde anneler ile yakın ilişkide olan sağlık ekibi üyeleridir. Doğuma hazırlık, emzirme ve yenidoğan bakımı, güvenli annelik/ocuk sağlığı gibi konularda hasta eğitiminde önemli roller üstlenen hemşireler özellikle prekonsepsiyonel dönemde; yaşam şekli, beslenme, ilaç kullanımı, kontraseptif uygulamaları ve ihtiyaçlarına değinerek, kadınların istenmeyen gebelik yaşama olasılıklarını azaltabilir, kadınları planlı ve iyi zamanlanmış gebeliklere ulaşmada destekleyebilirler (Moos ve ark., 2008; Kartal, 2011; şahin ve Yurdakul, 2012; Partovi Meran ve Hotun şahin, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın şekli, araştırmanın yapıldığı yer, araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, araştırmanın uygulanması ve verilerin değerlendirilmesine ilişkin bilgiler yer almaktadır.

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'nde yapılmıştır. Merkez 15 Nisan 2015 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Merkezde 3 Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı öğretim üyesi, 2 embriyolog, 1 hemşire, 1 ebe, 1 laboratuvar teknikeri, 1 sekreter ve 3 personel görev yapmaktadır. Merkezde infertilite polikliniği, androloji laboratuvarı, embriyoloji laboratuvarı ve ameliyathane bulunmaktadır. Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezine hem çocuk sahibi olmak isteyen çiftler, hem de infertilite tanısı almış ve tedavi sürecinde olan çiftler başvurmaktadır. Çocuk sahibi olmayı düşündüğü için Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran çiftler de merkeze yönlendirilmektedir. Merkezde çocuk sahibi olmak isteyen prekonsepsiyonel dönemdeki çiftlere yönelik gerekli tetkik ve danışmanlık hizmetleri verilmektedir; infertil çiftlere yönelik ise üremeye yardımcı aşılama, ovulasyon takibi, in vitro fertilizasyon vb. tetkik ve tedavi hizmetleri sunulmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini çocuk sahibi olmak istediği için Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezi'ne başvuran kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme alınacak kadın sayısının belirlenmesi için Power analiz yapılmış 250 kadın alınmasına karar verilmiştir ($\alpha= 0,05$, $\beta =0,10$ ($1- \beta$) = 0,90, testin gücü $p= 0,978$, anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir). Örnekleme alınma kriterleri aşağıda açıklanmıştır.

- Çocuk sahibi olma amacıyla ilk kez merkeze başvuran,
- İnfertilite tanısı almamış olan,
- İnfertilite tedavi sürecinde olmayan kadınlar.

Yukarıdaki kriterleri taşıyan ve araştırmayı kabul eden kadınlar araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.4 Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada üç veri toplama aracı kullanılmıştır. Bunlar;

- 1- Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1)
- 2- Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK-2)
- 3- Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK-3)

3.4.1 Tanıtıcı Özellikler Formu (EK-1):

Bu form araştırmacı tarafından hazırlanmış olup, kadınların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim düzeyi, gelir durumu, aile tipi vb.) ve mevcut sağlık durumunu (laboratuar bulguları, kullandığı ilaçlar vb.) tanımlamak amacıyla oluşturulan 29 soruyu içermektedir.

3.4.2 Prekonsepsiyonel Risk Değerlendirme Formu (EK-2):

Bu form ilgili literatür doğrultusunda (Lee ve Koren, 2010; Chuang ve ark., 2011; Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Coşkun, 2012; Başgöl ve Oskay, 2012; Baysoy ve Özkan, 2012; Ockhuijsen ve ark., 2012; Kermack ve ark., 2014) araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Formda gebeliğin oluşumunu ve gebeliğin gidişini etkileyebileceği için, gebelik öncesi dönemde kadında değerlendirilmesi gereken risk faktörleri sıralanmıştır. Hazırlanan taslak form; kadın hastalıkları ve doğum alanında uzman 5 tıp doktoru, infeksiyon hastalıkları alanında uzman bir tıp doktoru ve doğum ve kadın hastalıkları hemşireliği alanında uzman 5 öğretim üyesinin görüşüne sunulmuş ve uzmanların önerileri doğrultusunda formda gerekli düzenlemeler yapılarak son hali verilmiştir. Formda yer alan alt başlıklar ve her bir başlık altında değerlendirilecek risk faktörü sayısı aşağıdaki şekildedir;

- Bireysel özellikler: 31 soru,
- Geçmiş sağlık öyküsü: 18 soru,
- Geçmiş obstetrik öykü: 20 soru,
- Geçmiş jinekolojik öykü: 7 soru,
- Aşılar: 7 soru,

- Mevcut sağlık durumu: 10 soru,
- Aile öyküsü: 3 soru

3.4.3 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (EK-3):

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (Health Promotion Life-Style Profile-II) Walker ve arkadaşları tarafından 1987'de geliştirilmiştir. Ölçek bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmektedir. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, ruhsal gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi ölçeğin alt gruplarıdır. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı .92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu .77, Fiziksel Aktivite .79, Beslenme .68, Manevi Gelişim .79, Kişilerarası İlişkiler .80, Stres Yönetimi .64 tür. Derecelendirme dörtlü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak puanlandırılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin toplam puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir (Bahar ve ark., 2008).

3.5 Araştırmanın Ön Uygulanması

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçmeden önce formun son hali örneklem kapsamında olmayan 10 kadına uygulanarak anlaşılrlığı değerlendirilmiş ve gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formları araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmış olup, laboratuvar sonuçları hasta dosyasından alınmıştır.

3.9 Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın uygulama sürecinden önce, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan etik kurul onayı (Ek-5), Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden uygulama izni alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak tüm bireyler; yapılacak olan araştırmaya yönelik bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır (Ek-4). Çalışmaya katılan bireylere verilerin sadece bu çalışma için kullanılacağı belirtilmiştir. Her katılımcıya verilerin gizliliği için sadece yazarlar tarafından belirlenen bir kod verilmiştir.

3.10 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Sayımla elde edilen veriler frekans dağılımı olarak (prekonsepsiyonel riskler, eğitim d¼zeyi, çalışma durumu vb.) ۆl¼mle elde edilen veriler (Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ۆleęi II puanı, yaş vb.) ortalama ve standart sapma olarak gۆsterilmiřtir. Verilerin istatistiksel analizinde ki-kare ve bağımsız grupta iki ortalama arasındaki farkın ۆnemlilik testi kullanılmıştır.



4. BULGULAR

Tablo 1. Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Sayı (%)
Yaş grubu	
19-29	132 (52.8)
30-35	82 (32.8)
36 ve üzeri	36 (14.4)
Yaş ortalaması: 29.31 ± 5.90 (Min:19, Max:49)	
Eğitim	
Okur yazar değil	1 (0.4)
Okur yazar	2 (0.8)
İlkokul	51 (20.4)
Ortaokul	60 (24.0)
Lise	52 (20.8)
Üniversite	84 (33.6)
Çalışma Durumu	
Çalışıyor	72 (28.8)
Çalışmıyor	178 (71.2)
Yaşadığı yer	
İl	189 (75.6)
İlçe	40 (16.0)
Köy / kasaba	21 (8.4)
Gelir*	
1924 tl ve altı (düşük gelirli)	107 (42.8)
1924 tl - 3905 tl (orta gelirli)	83 (33.2)
3905 tl ve üzeri (yüksek gelirli)	60 (24.0)
Sosyal Güvence	
Var	249 (99.6)
Yok	1 (0.4)
Aile Tipi	
Çekirdek	188 (75.2)
Geniş	62 (24.8)
Toplam	250 (100.0)

*TÜİK Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2015

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1. de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalamasının 29.31 ± 5.90 (Min:19, Max:49) olup, %52.8'inin 19-29 yaş grubunda, %33.6'sının üniversite mezunu, %71.2'sinin çalışmadığı, %75.6'sının ilde yaşadığı, %99.6'sının sosyal güvencesinin olduğu. %42.8'inin düşük gelir düzeyinde ve %75.2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2. Kadınların Bazı Bireysel ve Obstetrik Özelliklerine İlişkin Ortalamaları

Değişkenler	Ortalama $X \pm SD$	Minimum	Maksimum
Evlilik Yaşı	23.72 ± 5.53	14.0	43.0
Evlilik Süresi	5.54 ± 4.58	0.10	24.00
Gebelik Sayısı	1.20 ± 1.28	0.00	5.00
Doğum Sayısı	0.44 ± 0.62	0.00	4.00
Düşük Sayısı	0.88 ± 0.87	0.00	4.00
Kürtaj Sayısı	0.08 ± 0.29	0.00	2.00

Araştırmaya katılan kadınların bazı bireysel ve obstetrik özelliklerine ilişkin ortalamaları Tablo 2'de verilmiştir. Tabloya göre, kadınların evlilik yaş ortalamasının 23.72 ± 5.53 , ortalama evlilik süresinin 5.54 ± 4.58 , ortalama gebelik sayısının 1.20 ± 1.28 , ortalama doğum sayısının ise 0.44 ± 0.62 (Min:0, Max:4) olduğu belirlendi.

Tablo 3. Kadınların Bireysel Özelliklerine İlişkin Prekonsepsiyonel Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
18 Yaşın Altında Olma	0 (0.0)	250 (100)
35 Yaş ve Üzerinde Olma	46 (18.4)	204 (81.6)
Eğitim Durumu (İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olma)	54 (21.6)	196 (78.4)
Gebeliği Olumsuz Etkileyecek Çalışma Ortamı (Radyasyon, enfeksiyon vb.)	33 (13.2)	217 (86,8)
Düşük Gelir Düzeyine Sahip Olma	107 (42.8)	143 (57.2)
Akraba Evliliği	19 (7.6)	231 (92.4)
Yaşadığı Yer (İlçe veya köy)	61 (24.4)	189 (75.6)

Kadınların bireysel özelliklerine ilişkin risk faktörü taşıma durumlarına göre dağılımı Tablo 3’te gösterilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %18.4’ünün 35 yaş ve üzerinde olma, %21.6’sının ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olma, %24.4’ünün ilçe veya köyde yaşama, %7.6’sının akraba evliliği yapma, %13.2’nin gebeliği olumsuz etkileyecek ortamda çalışma ve %42.8’inin düşük gelir düzeyine sahip olması nedeniyle prekonsepsiyonel risk faktörü taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 4. Kadınların Ailesel Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Genetik geçişli hastalıklı birey olması (Diyabet, hipertansiyon vb.)	206 (82.4)	44 (17.6)
Mental retardasyonlu birey olması	31 (12.4)	219 (87.6)
Konjenital anomalisi olan birey olması	35 (14.0)	215 (86.0)

Araştırmaya katılan kadınların ailesel risk faktörü taşıma durumlarına göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre kadınların; %82.4'ünün ailesinde genetik geçişli hastalıklı birey olması (diyabet, hipertansiyon vb.), %12.4'ünde mental retardasyonlu birey, %14.0'ında ise konjenital anomalisi olan birey olması nedeniyle prekonsepsiyonel risk taşıdıkları belirlenmiştir.

Tablo 5. Kadınların Ev Ortamı ve Aile İlişkilerine Yönelik Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Ev ortamında kimyasal maddeye maruziyet (Cam/kumaş boyama; iç/dış cephe boyaları; vernik ve cilalar; böcek ve haşere ilaçları; fırın temizleyici; gümüş parlaticı, vb.)	203 (81.2)	47 (18.8)
Aile İçi Şiddet Öyküsü Olması	96 (38.4)	154 (61.6)
Fiziksel şiddet (vurma, itme, darp vb. n: 96)	12 (12.5)	84 (87.5)
Sözel şiddet (bağırma, hakaret vb. n:96)	92 (95.8)	4 (4.2)
Ekonomik şiddet (parasız bırakma vb. n:96)	12 (4.8)	84 (87.5)
Cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki vb. n:96)	4 (4.2)	92 (95.8)
Yetersiz sosyal destek (Bireyin kendi subjektif ifadesine göre)	46 (18.4)	204 (81.6)
Evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan besleme	21 (8.4)	229 (91.6)

Araştırmaya katılan kadınların ev ortamı ve aile ilişkilerine yönelik risk faktörü taşıma durumuna göre dağılımı Tablo 5'te gösterilmiştir. Buna göre kadınların %81.2'sinin ev ortamında kimyasal maddeye (cam/kumaş boyama; iç/dış cephe boyaları; vernik ve cilalar; böcek ve haşere ilaçları; fırın temizleyici; gümüş parlaticı, vb.) maruz kalma, %38.4'ünün aile içi şiddet öyküsünün olması, %18.4'ünün sosyal desteğinin yetersiz olması ve %8.4'ünün ise evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan beslemesi nedeniyle prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 6. Kadınların Mevcut Sağlık Durumu ve Sağlık Davranışlarına İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
BKİ'nin 25 ve üzerinde olması	107 (42.8)	143 (57.2)
BKİ'nin 18.5 altında olması	7 (2.8)	243 (97.2)
Düzenli egzersiz yapmama	221 (88.4)	29 (11.6)
Sigara içme	33 (13.2)	217 (86.8)
Pasif sigara dumanına maruz kalma	133 (53.2)	117 (46.8)
Alkol alma	1 (0.4)	249 (99.6)
Ağız ve diş sağlığı sorunu olması (çürük diş, eksik diş, diş eti iltihabi vb.)	173 (69.2)	77 (30.8)
Ağız ve diş sağlığı kontrolünün olmaması	178 (71.2)	72 (28.8)
Folik asit kullanmama/ folik asit kullanması gerektiğini bilmeme	155 (62.0)	95 (38.0)
Çiğ et yeme / çiğ ete temas	146 (58.4)	104 (41.6)
Reçetesiz/danışmadan ilaç kullanma alışkanlığının olması	90 (36.0)	160 (64.0)
Vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün, ya da herhangi başka bir ilaç dışı takviye kullanma alışkanlığı	79 (31.6)	171 (68.4)
Fiziksel engelli olma (ortopedik)	2 (0.8)	248 (99.2)

Araştırmaya katılan kadınların mevcut sağlık durumu ve sağlık davranışlarına ilişkin risk faktörü taşıma durumuna göre dağılımı Tablo 6'da gösterilmiştir. Buna göre kadınların %42.8'inin BKİ'nin 25 ve üzerinde, %2.8'inin ise 18.5'in altında olduğu, %88.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı, %13.2'sinin halen sigara içtiği, %53.2'sinin ise pasif sigara dumanına maruz kaldığı bulundu. Kadınların %69.2'sinin ağız ve diş sağlığı sorununun olması (çürük diş, eksik diş, diş eti iltihabi vb.), %71.2'sinin ağız ve diş sağlığı kontrolüne gitmemesi, %62.0'sinin folik asit kullanmama/ folik asit kullanımına ilişkin bilgilerinin olmaması, %58.4'inin çiğ et yediği ya da çiğ ete temas etmesi, %36'sının reçetesiz/danışmadan ilaç kullanması, %31.6'sının vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün ya da herhangi başka bir ilaç dışı takviye kullanması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 7. Kadınların Mevcut Sağlık Öyküsüne İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Sürekli Kullanması Gereken İlaç Olması	60 (24.0)	190 (76.0)
Depresyon	13 (5.2)	237 (94.8)
Renal hastalık	12 (4.8)	238 (95.2)
Astım	10 (4.0)	240 (96.0)
Diabetes Mellitus	9 (3.6)	241 (96.4)
Hipotroidi	9 (3.6)	241 (96.4)
Hipertroidi	9 (3.6)	241 (96.4)
Hipertansiyon	5 (2.0)	245 (98.0)
Anksiyete	3 (1.2)	247 (98.8)
Hiperlipidemi	2 (0.8)	248 (99.2)
Kardiyovasküler Hastalıklar	2 (0.8)	248 (99.2)
Epilepsi	1 (0.4)	249 (99.6)
Orak Hücreli Anemi Taşıyıcılığı	1 (0.4)	249 (99.6)
Talasemi (Akdeniz anemisi) Taşıyıcılığı	1 (0.4)	249 (99.6)
Diğer (romatizma, ürtiker, sedef, kolesistit vb.)	112 (44.8)	138 (55.2)

Araştırmaya katılan kadınların mevcut sağlık öyküsüne ilişkin risk faktörü taşıma durumuna göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların %24’ünün sürekli kullanması gereken ilacının olması, %5.2’sinde depresyon, %4.8’inde renal hastalık, %4’ünde astım, %3.6’sında diabetes mellitus, %3.6’sında hipotroidi, %2’sinde hipertansiyon ve %44.8’inde diğer (romatizma, ürtiker, sedef, kolesistit vb.) hastalıklar olması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 8. Kadınların Geçmiş Obstetrik Öyküsüne İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Sezaryen	30 (12.0)	220 (88.0)
Erken Doğum (37 haftadan önce)	15 (6.0)	235 (94)
Düşük Doğum Ağırlığı (2500gr.↓)	11 (4.4)	239 (95.6)
Tekrarlayan Düşük (3 ve üzeri)	9 (3.6)	241 (96.4)
Makrozomik Bebek Doğumu (4000gr.↑)	8 (3.2)	242 (96.8)
Gestasyonel Diabetes Mellitus	7 (2.8)	243 (97.2)
Rh Uyumsuzluğu	7 (2.8)	243 (97.2)
Ektopik Gebelik	6 (2.4)	244 (97.6)
Yeni Doğan Ölümü	5 (2.0)	245 (98.0)
Ölü Doğum	4 (1.6)	246 (98.4)
Eklampsi-Preeklampsi	4 (1.6)	246 (98.4)
Çoğul Gebelik	3 (1.2)	247 (98.8)
Müdahaleli Doğum (forseps, vakum)	3 (1.2)	247 (98.8)
Antepartum Kanama	1 (0.4)	249 (99.6)
Gestasyonel Trofoblastik Hastalık	1 (0.4)	249 (99.6)
Postterm Doğum (42 hafta ve üzeri)	1 (0.4)	249 (99.6)
Anomalili Bebek	1 (0.4)	249 (99.6)

Araştırmaya katılan kadınların geçmiş obstetrik öyküsüne ilişkin risk faktörü taşıma durumuna göre dağılımı Tablo 8’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların %12’sinde sezaryen, %6’sında erken doğum, %4.4’ünde düşük doğum ağırlığı (2500gr.↓), %3.6’sında tekrarlayan düşük (3 ve üzeri), %3.2’sinde makrozomik bebek doğumu (4000gr.↑), %2.8’inde ise gestasyonel diabetes mellitus öyküsü olması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 9. Kadınların Geçmiş Jinekolojik Özelliklerine İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumlarına Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Jinekolojik Hastalık	148 (59.2)	102 (40.8)
Over Kisti (n: 148)	78 (31.6)	70 (68.4)
PCOS (n: 148)	38 (25.7)	110 (74.3)
Myoma uteri (n: 148)	22 (14.9)	126 (85.1)
Polip (n: 148)	9 (3.6)	139 (96.4)
Endometriozis (n: 148)	1 (0.7)	147 (99.3)
Geçirilmiş uterin cerrahi (myomektomi, konizasyon vb.)	67 (26.8)	183 (73.2)
Vajinal enfeksiyonu gösteren akıntı	175 (70.0)	75 (30.0)
Bir önceki gebelikten sonra geçen süre 2 yıl ve az olması	50 (20.0)	200 (80.0)
Menstrasyon düzensizliği	93 (37.2)	157 (62.8)

Araştırmaya katılan kadınların geçmiş jinekolojik özelliklerine ilişkin risk faktörü taşıma durumlarına göre dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Buna göre kadınların %59.2’sinin jinekolojik hastalık öyküsü olduğu ve jinekolojik hastalıkların %31.6’sının over kisti, %25.7’sinin polikistik over sendromu, %14.9’unun myoma uteri olduğu belirlendi. Kadınların %26.8’inin geçirilmiş uterin cerrahi öyküsünün olması, %70’inin vajinal enfeksiyonu gösteren akıntı ve %37.2’sinin ise menstrasyon düzensizliğinin olması ve kadınların %20’sinde ise bir önceki gebelikten sonra geçen sürenin 2 yıl veya daha az olması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 10. Kadınların Aşılama (Bağışıklık) Özelliklerine İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Tetanoz Bağışıklığının Olmaması	198 (79.2)	52 (20.8)
Hepatit B Bağışıklığının Olmaması	198 (79.2)	52 (20.8)
Kızamıkçık Bağışıklığının Olmaması	50 (20.0)	200 (80.0)
Kızamık Bağışıklığının Olmaması	50 (20.0)	200 (80.0)
Kabakulak Bağışıklığının Olmaması	43 (17.2)	207 (82.8)
Suçiçeği Bağışıklığının Olmaması	40 (16.0)	210 (84.0)
İnfluenza (grip) Bağışıklığının Olmaması	222 (88.8)	28 (11.2)

Araştırmaya katılan kadınların aşılama (bağışıklık) özelliklerine ilişkin risk faktörü taşıma durumlarına göre dağılımı Tablo 10’da gösterilmiştir. Buna göre kadınların %79.2’sinin tetanoz ve hepatit B, %20’sinin kızamıkçık ve kızamık, %17.2’sinin kabakulak, %16’sının suçiçeği ve %88.8’inin influenza (grip) bağışıklığının olmaması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 11. Kadınların Laboratuvar Bulgularına İlişkin Risk Faktörü Taşıma Durumuna Göre Dağılımı

Risk Faktörü	Risk	
	Var Sayı (%)	Yok Sayı (%)
Enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucu	83 (33.2)	167 (66.8)
Anemi (≤ 11 g/dl hemoglobin değeri) (n: 225)	38 (16.9)	187 (83.1)
Anormal PapSmear Sonucu (n: 158)	11 (7.0)	147 (93.0)
Anormal T3 değeri (2.0- 4.4 aralığı dışında) (n: 34)	1 (2.9)	33 (97.1)
Anormal T4 değeri (0.93- 1.7 aralığı dışında) (n: 55)	39 (70.9)	16 (29.1)
HbsAg pozitif olması (n: 77)	10 (13.0)	67 (87.0)
Açlık kan şekeri (AKŞ) ≥ 110 (n: 131)	2 (1.5)	129 (98.5)
Kan grubunun anne adayında negatif baba adayında pozitif olması (n: 242)	19 (7.9)	223 (92.1)
Kan Basıncının 140/90mmHg ve üzeri olması	0 (0.0)	250 (100)

Araştırmaya katılan kadınların laboratuvar bulgularına ilişkin risk faktörü taşıma durumlarına göre dağılımı Tablo 11’de gösterilmiştir. Buna göre kadınların; %33.2’sinde enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucunun olması, %16.9’unda anemi, %7’sinde anormal PapSmear, %2.9’unda anormal T3, %70.9’unda anormal T4 değeri olması, kadınların %13.0’de HbsAg pozitifliği, %1.5’inde AKŞ ≥ 110 olması ve %7.9’unda kan grubunun anne adayında negatif baba adayında pozitif olması nedeni ile prekonsepsiyonel risk taşıdığı belirlenmiştir.

Tablo 12. Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puan Ortalamaları

Değişkenler	Ölçekten alınabilecek min- max puan	Ortalama X±SD	Minimum	Maksimum
Sağlık Sorumluluğu	9.00-36.00	21.54 ± 4.59	11.00	33.00
Fiziksel Aktivite	8.00-32.00	13.21 ± 4.32	8.00	30.00
Beslenme	9.00-36.00	21.30 ± 4.18	9.00	31.00
Manevi Gelişim	9.00-36.00	26.90 ± 4.55	12.00	36.00
Kişilerarası İlişkiler	9.00-36.00	26.08 ± 4.60	12.00	36.00
Stres Yönetimi	8.00-32.00	19.10 ± 3.96	10.00	32.00
Toplam	52.00-208.00	128.16±19.18	83.00	182.00

Araştırmaya katılan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II puan ortalamaları Tablo 12’de gösterilmiştir. Buna göre sağlık sorumluluğu ölçek puan ortalamasının 21.54 ± 4.59, fiziksel aktivite puan ortalamasının 13.21 ± 4.32, beslenme puan ortalamasının 21.30 ± 4.18, manevi gelişim puan ortalamasının 26.90 ± 4.55, kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının 26.08 ± 4.60, stres yönetimi puan ortalamasının 19.10 ± 3.96 ve ölçek toplam skorunun ise 128.16±19.18 olduğu bulundu.

Tablo 13. Kadınların Bazı Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II Puan Ortalamaları

	SYBDÖ-II puan ortalaması X±SD	t / p
Eğitim		
Ortaokul ve altı	123.31 ± 19.96	-3.757 / 0.000
Lise ve üzeri	132.23 ± 17.56	
Çalışma		
Çalışan	131.25 ± 18.83	1.625 / 0.105
Çalışmayan	126.91 ± 19.23	
Aile Tipi		
Çekirdek	129.26 ± 18.48	1.577 / 0.116
Geniş	124.84 ± 20.96	
Yerleşim yeri		
İl	128.12 ± 18.20	-0.063 / 0.950
İlçe/köy/kasaba	128.30 ± 22.11	
Yoksulluk		
Var	122.85 ± 18.46	-3.052 / 0.003
Yok	130.66 ± 19.06	
Yetersiz sosyal destek		
Var	122.30 ± 17.46	-2.312 / 0.022
Yok	129.48 ± 19.34	
Aile içi şiddet öyküsü		
Var	124.24 ± 18.58	-2.580 / 0.010
Yok	130.60 ± 19.20	

Araştırmaya katılan kadınların bazı özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçek-II puan ortalamalarının dağılımı Tablo 13'te gösterilmiştir. Eğitim düzeyi lise ve üzeri (132.23 ± 17.56 ; 123.31 ± 19.96) ve sosyal desteği yeterli olan (129.48 ± 19.34 ; 122.30 ± 17.46), aile içi şiddet öyküsü (130.60 ± 19.20 ; 124.24 ± 18.58) ve yoksulluk sınırı altında olmayan (130.66 ± 19.06 ; 122.85 ± 18.46) kadınların

SYBDÖ-II puan ortalamasının daha yüksek ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların diğer özelliklerine göre SYBDÖ-II puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Gebelik ve doğum kadının yaşam sürecinde normal bir evre gibi kabul edilmesine karşın yapılan araştırma sonuçları Türkiye’de meydana gelen doğumların %63’ünün herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğunu göstermektedir (Arslan ve Özkan, 2005; TNSA 2013; Yılmaz ve ark., 2015). Bu risk faktörlerinin prekonsepsiyonel dönemde saptanması hem ortadan kaldırılması hem de kontrol altında tutulması açısından önemlidir.

Literatürde 18 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelikler riskli gebelik olarak kabul edilmektedir. İleri yaştaki gebeliklerde perinatal mortalite ve morbidite oranlarında artış olduğu ve gebelik komplikasyonlarının (preeklamps, gestasyonel diyabet, plasenta previa, Down sendromu vb.) daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Jacobsson ve ark., 2004; Desticioğlu ve Malas, 2006; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Coşkun, 2012). Yirmi-yirmi dokuz yaş aralığı ise maternal ve fetal mortalite ve morbiditenin en az olduğu dönem olarak bildirilmektedir (Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Coşkun, 2012). Bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 29.31 ± 5.90 (Min:19, Max:49) olarak bulunmuştur. Araştırmada 18 yaş altında olan ve gebelik planlayan kadın bulunmamaktadır. Ancak kadınların %18.4’ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu ve gebelik planladığı görülmektedir. Türkiye’de yapılmış diğer çalışmalarda 35 yaş ve üzeri gebeliklerin; Varışoğlu’nun (2009) çalışmasında %15.3, Çatak ve ark.’nın (2012) çalışmasında %10.5, Yılmaz ark.’nın (2015) çalışmasında %14, Karakaya ve Coşkun’un (2013) çalışmasında %15.1, Ata Kaptı’nın (2014) çalışmasında ise %18.6 olduğu bulunmuştur. Çalışma sonucu önceki çalışmalarla paralellik göstermektedir. Bu çalışmada, maternal yaş nedeniyle prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların yaklaşık dörtte birinin gebe kaldıklarında riskli gebelik grubunda yer alacaklarının belirlenmiş olması önemli bir bulgudur.

Kadının gebelik öncesi eğitim durumu da önemli bir prekonsepsiyonel risk faktörü olarak tanımlanmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Kadının eğitim durumu gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma, beslenme, kontraseptif yöntem kullanımı, doğum öncesi bakım ve gebelik kontrollerini yaptırma, ağız ve diş sağlığına verdiği önem, çocuk hastalıkları, aşılanma ve tedavi gibi konularda

daha çok bilgi sahibi olması ve bilgiye erişimini kolaylaştırması ile ilişkili görülmektedir (Shores ve Bailey, 2009; Pirinççi ve ark., 2010; Şimşek, 2011; Yılmaz ve ark, 2015). Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınların %21.6'sı ilköğretim ve altı eğitim düzeyindedir. Bu sonuca göre kadınların yaklaşık beşte birinin düşük eğitim düzeyine sahip olması nedeniyle, prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdığı ve daha yakın bir izlem altında olması gerektiği düşünülebilir. TNSA 2013 verilerine göre; annesi eğitimsiz ya da ilkokulu tamamlamamış olan çocukların yaşamın ilk yılındaki ölüm olasılığı 1000 canlı doğumda 26 iken, annesi lise ve daha yüksek eğitime sahip çocuklarda ise bu oran 1000 canlı doğumda 9'a düşmektedir. Ayrıca annenin eğitimi ile perinatal ölüm hızı arasında da ters yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Eğitimsiz veya ilkokul mezunu olmayan kadınlar arasında gözlenen perinatal ölüm hızı binde 15 iken, lise veya üzerinde eğitimi olan kadınlarda binde 5 olarak saptanmıştır. Demirbaş ve Kadioğlu'nun (2014) çalışmasında lise/üniversite mezunu olan gebelerin gebeliğe ve anneliğe uyumları ilkokul/ortaokul mezunu olan gebelerin gebeliğe uyumundan daha iyi olduğu bulunmuştur. Günaydın'ın (2013) çalışmasında ise eğitim durumu lise ve üzeri olan kadınlarda gebelikte alınan kilo miktarı normal sınırlarda iken eğitim seviyesi düşük olan gebelerde kilo alımının daha fazla olduğu saptanmıştır.

Çevresel faktörlerden (organik civa, radyasyon, böcek ilaçları, enfeksiyon ajanı vb.) erişkinlere nazaran daha fazla etkilenen fetüsü koruyabilmek için, annenin çalışma şartları prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi gereken bir risk faktörüdür (Lu, 2007; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Bu çalışmada çalışan (%28.8) kadınların %13.2'sinin gebeliği olumsuz etkileyecek çalışma ortamına (radyoloji, laboratuvar) sahip oldukları belirlenmiştir. Gebelik düşünen kadınların çalışma ortamının sağlıklı bir gebelik süreci açısından risk taşıyıp taşımadığının prekonsepsiyonel dönemde tespit edilmesi; gerekli koruyucu önlemlerin (özel giysiler, koruyucu ekipmanlar vb.) alınması ya da geçici olarak çalışma ortamının değiştirilmesi gibi alternatif çözüm önerilerinin tartışılması açısından önemlidir (Cullum, 2003; Şahin ve Yurdakul, 2012; Demirci ve Coşkun Potur, 2014).

Yerleşim yeri, sağlık hizmetine ulaşımı etkileyen faktörlerden biridir. Bu çalışmada kadınların %24.4'ünün ilçe veya köyde yaşaması nedeniyle yeterli nitelik ve nicelikte sağlık bakım hizmeti alamama olasılığına bağlı prekonsepsiyonel dönemde risk altında oldukları söylenebilir. Nitekim yapılan bazı çalışma sonuçları, kentsel alanda yaşayan kadınların kırsal alanda yaşayanlara göre daha fazla sayıda ve daha kaliteli bir DÖB

aldığını göstermektedir (Beşer ve ark., 2007; Ergin ve ark., 2010; Pirinçci ve ark., 2010). TNSA-2013 bulguları da kır-kent yerleşim yerleri arasında bebek ve çocuk ölümlülüğünde belirgin farklılıklar bulunduğunu göstermektedir. Sağlık bakım hizmetlerinde eşitlik sağlanması ve bu risk faktörünün giderilmesine yönelik politikaların uygulamaya geçirilmesi bu açıdan oldukça önemlidir.

Düşük sosyoekonomik düzeye sahip olma gebelikte yol açabileceği sorunlar açısından prekonsepsiyonel dönemde risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Fullerton ve ark., 2004; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014; Ölçer ve Oskay, 2015). Ailenin sosyoekonomik durumunun gebelik ve doğum komplikasyonları (erken doğum, gestasyonel diyabet, düşük doğum ağırlığı) üzerinde etkili olduğu, özellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip kadınlarda doğum öncesi bakım alma oranının yetersiz, antenatal stres, anksiyete ve depresif belirtilerin daha yaygın olduğu, ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmanın düşük olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Çakır ve Can, 2012; Usturalı Mut, 2014; Yılmaz ve ark., 2015). Bu çalışmada kadınların %42.8'inin düşük gelir grubunda yer aldığı ve prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıkları belirlenmiştir. Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında %54.9 oranında kadının sosyoekonomik düzeyi düşük olması sebebiyle risk taşıdıkları, Ergin ve ark.'nın (2010) çalışmasında ise gelir getiren bir işte çalışan gebelerin gebelik izlemlerinin nitelik bakımından daha iyi olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de genetik geçişli hastalıkların epidemiyolojisini önemli ölçüde etkileyebilen bir faktör olan akraba evliliğinin sıklığı, bölgesel ve yerleşim yerlerine göre farklılık göstermesine rağmen %22 civarındadır (Coşkun, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012). Çalışmamızda kadınların %7.6'sının akraba evliliği yaptığı, prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan diğer çalışmalarda gebe kadınların; Varışoğlu'nun (2009) çalışmasında %12.6'sı, Pirinçci ve ark.'nın (2010) çalışmasında %14.8'i, Karacabey'in (2015) çalışmasında %23.3'ü, Çatak ve ark.'nın (2012) çalışmasında %17.3'ü, Karakaya ve Coşkun'un (2013) çalışmasında ise %41.7'sinin akraba evliliği yaptığı belirtilmektedir. Oranlar arasındaki bu farklılığın çalışmaların yapıldığı bölgeler arası farklılıktan kaynaklandığı söylenebilir.

Literatür incelendiğinde her yıl Dünya'da en az 7,6 milyon çocuğun genetik hastalık ile doğduğu ve yetersiz kaynaklar nedeni ile erken dönemde tanı konulamadan öldüğü belirtilmektedir (Mennuti, 2008; Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Gebelik öncesinde risk gruplarının (ailede genetik geçişli hastalıklı birey veya konjenital anomalisi olanlar,

anne- baba yaşının 35'in üzerinde olması vb.) belirlenmesi, etiyojisine göre önlem alınması genetik geçişli hastalıklar açısından primer korunmayı ifade etmektedir (Solomon ve ark., 2008; Wilson ve ark., 2011). Çalışma grubumuzdaki kadınların aile öyküsüne ilişkin risk faktörü taşıma durumlarına bakıldığında kadınların; ailede genetik geçişli hastalıklı (diyabet, hipertansiyon vb.) birey olma sıklığı %82.4, mental retardasyonlu birey olma sıklığı %12.4 ve ailede konjenital anomalisi olan birey olma sıklığı ise %14 olarak bulundu ve aile öyküsüne göre genetik geçişli hastalıklar bakımından prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında kadının konjenital anomalili doğum öyküsünün olmasının anomalili bebek doğurma riskini 6.17 kat arttırdığı yine aynı çalışmada ailede diyabet öyküsünün olması gebelikte preeklampsi riskini 2.49 kat arttırdığı saptanmıştır. Karacabey'in (2015) çalışmasında ailesinde NTD olan kadınların oranının %16.7 olduğu ve NTD'li çocuk doğurma açısından risk taşıdıkları bulunmuştur. Aile öyküsüne göre genetik geçişli hastalıklar bakımından risk taşıyan kadınların prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmeleri ve ileri düzeyde danışmanlık almak üzere ilgili merkezlere yönlendirilmeleri bu açıdan oldukça önemlidir.

Özellikle embriyonal-fetal sorunlara neden olması açısından gebelik öncesi ve gebeliğin ilk 8 haftasında (organogenez aşaması) ev ortamında teratojenlere (fırın temizleyici, gümüş parlaticı, böcek ilacı vb.) maruziyet dikkat edilmesi ve prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi gereken bir durumdur (Cullum, 2003; Coşkun, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Yakışan ve Set, 2012). Bu araştırmada kadınların %81.2'sinin ev ortamında kimyasal maddeye (fırın temizleyici, gümüş parlaticı, böcek ilacı vb.) maruz kaldığı, olası etkilenimler nedeniyle teratojenite açısından prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Literatürde bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmamakta, gebelerle yapılan diğer çalışmalarda da bu parametre değerlendirilmemiştir.

Aile içi kadına yönelik şiddet bireyde fiziksel ve ruhsal sorunlara, üretkenlik kaybına, birey ve ailenin yaşam kalitesinin düşmesine, aile bütünlüğünün bozulmasına ve gebelik komplikasyonlarına (erken doğum, düşük, erken membran rüptürü vb.) neden olmaktadır (Şimşek, 2011; Koyun ve ark., 2011; TNSA-2013). Bu durumun, kadının sağlığına, sağlık arama davranışına ve çocuklarının sağlığına yönelik olumsuz sonuçlarının olduğu yadsınamaz bir gerçek olması sebebiyle aile içi şiddet öyküsünün olması prekonsepsiyonel dönemde risk faktörü olarak görülmektedir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014; Akdolun Balkaya ve ark., 2014). Bu araştırmada kadınların %38.4'ünün

aile içi şiddet öyküsü olduğu ve prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıkları tespit edildi. Türkiye’de yapılan çalışmalarda kadına yönelik aile içi şiddet oranı; Karakaya ve Gençalp’in (2009) çalışmasında %49.7, Akdolun Balkaya ve ark.’nın (2014) çalışmasında %37.5 olarak saptanmıştır. Çalışma sonucu yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte, bu sonuçlar kadına yönelik şiddetin kadın sağlığı açısından önemli bir tehdit unsuru olduğunu ve kadınların büyük bir kısmının şiddete maruz kaldığını göstermektedir.

Sosyal destek eksikliği kadında stresi artıran, maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkileyen bir durum olması sebebiyle prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Gebelik ise kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir ve sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir (Ölçer ve Oskay, 2015; Yıldız, 2011). Kadının çevresinden aldığı sosyal desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları da yapılan çalışmalarda belirtilmiştir (Kartal, 2011; Mecdi ve Rathfisch, 2013; Ölçer ve Oskay, 2015). Bu araştırmada kadınların %18.4’ünün yetersiz sosyal desteğinin (bireyin kendi subjektif ifadesine göre) olması sebebi ile prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk altında oldukları tespit edildi. Yapılan çalışmalar da emosyonel desteği düşük olan kadınların daha fazla doğum korkusu yaşadığı, daha fazla stres yaşadığı ve bu durumun nöral tüp defekti riskini artırdığı, yetersiz DÖB aldıkları, riskli gebelerin sosyal desteğe daha fazla ihtiyaç duyduğu bulunmuştur (Suarez ve ark., 2003; Kartal, 2011; Aşçı, 2013; Can ve Çakır, 2012; Akdolun Balkaya ve ark., 2014). Çakır ve Can’ın (2012) yaptıkları çalışmada kadınların gebelik sırasında %90.8’inin eşinden, %6.4’ünün aile büyüklerinden, %1.2’sinin sağlık çalışanlarından destek gördüğü, %1.7’sinin kimseden destek almadığı saptanmış olup, eşinden destek gören kadınların %67.5’inde depresyon veya anksiyete saptanmamıştır.

Evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan beslemek veya çiğ et yeme alışkanlığına sahip olmak toksoplazma açısından prekonsepsiyonel dönemde risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Jack ve ark., 2008; Şahin ve Yurdakul, 2012). Çiğ et veya kedi dışkısında sık rastlanan bir parazitin (Toksoplazma Gondii) neden olduğu bir hastalık olan toksoplazma, ventrikülomegali, hidrosefali, intrakranial kalsifikasyon gibi önemli konjenital anomalilere, erken ve ölü doğum veya düşüklere neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Günümüzde bu enfeksiyondan korunmaya yönelik herhangi bir aşı

bulunmamaktadır (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Müngen, 2010; Kayman ve Kayman, 2010). Bu nedenle parazitle bulaşmayı kolaylaştıran davranışlardan uzak durmak primer korumada öne çıkmaktadır. Bu araştırmada kadınların %8.4'ünün evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan beslediği, %58.4'ünün ise çiğ et yeme alışkanlığı veya çiğ ete temas ettiği tespit edilmiştir. Bu grubun toksoplazma maruziyeti açısından prekonsepsiyonel dönemde risk altında oldukları söylenebilir. Ockhuijsen ve ark.'nın (2012) çalışmasında kadınların %62'sinin toxoplazma maruziyet riski olduğu bulunmuştur. Kayman ve Kayman'ın (2010) çalışmasında IgM pozitifliği %2.5 bulunmuş, gebelerin %60'dan fazlası seronegatif olduğu için toksoplazmoz açısından risk altında oldukları tespit edilmiştir. Çalışma sonucu yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte çiğ et yeme veya çiğ ete temasın toksoplazma açısından risk oluşturduğu konusunda bilgi eksikliği olduğunu düşündürmektedir.

Prekonsepsiyonel dönem, kadınların yaşam tarzlarını ve alışkanlıklarını gözden geçirebilecekleri, gerekli düzenlemeleri yapacakları önemli bir süreçtir (Shores ve Bailey, 2009; Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Literatür incelendiğinde maternal kilonun ve beslenmenin gebelik sonuçlarının değiştirilebilir önemli belirleyicilerinden biri olduğu görülmektedir (Kabaran ve Samur, 2010; Sirimi ve Goulis, 2010; Akgün, 2013; Ferrari ve ark., 2013; Wennberg ve ark., 2013). Gebelik öncesi obezite maternal, neonatal morbidite ve mortalite için bağımsız bir risk faktörü olup obez gebelerin normal kilolu gebelere göre tıbbi-obstetrik komplikasyon (preeklampsi, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, spontan abortus) yaşama riski daha yüksektir (Akarsu ve ark., 2008; Körükçü ve Kukulcu, 2011; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Ergin, 2014). Bu nedenle anne adayının çok düşük ya da çok fazla kilo ile gebeliğe başlaması önerilmez. Ayrıca annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanması da sağlıklı bir gebelik için prekonsepsiyonel dönemde başlamalıdır (Köken ve ark., 2013; Aydemir, 2014; Kabaran, 2014; Kermack ve ark., 2014). Bu çalışmada kadınların %42.8'inin BKİ 25 ve üzerinde ve %2.8'inin ise BKİ 18.5 ve altında olması nedeniyle maternal kilo açısından prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları saptandı. Athukorala ve ark.'nın (2010) çalışmasında kadınların %27'sinin şişman, %16'sının obez olduğu; gestasyonel diyabet gelişme riskinin şişman ve obezlerde normal kilolu kadınlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kitsantas ve Pawloski'nin (2010) çalışmasında ise obezite ile doğum komplikasyonları arasında ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı verilerine göre, kadınlarda obezite görülme oranı %41.0'dır. TNSA-2013

verilerine göre ise Türkiye’de kadınların %55’i kilolu, %27’si ise şişmandır. Günaydın’ın (2013) çalışmasında kadınların gebelik öncesi %32.1’inin, Akgün’ün (2013) çalışmasında %31.8’inin, Ata Kaptı’nın (2014) çalışmasında ise %30.2’sinin şişman veya obez olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu olup, genel anlamda obezitenin yaygın bir sağlık sorunu olduğu, hem anne hem de bebek için komplikasyon riskini arttırdığı düşünüldüğünde de kadınların büyük bir kısmının maternal kilo açısından prekonsepsiyonel dönemde risk altında oldukları söylenebilir.

Kadınların gebeliğe sağlıklı başlamaları ve gebeliklerinin daha sağlıklı sürmesi açısından prekonsepsiyonel dönemden başlanarak orta yoğunlukta düzenli egzersiz yapmaları önerilmektedir (Desdicioğlu ve Malas, 2006; Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Taşçı Duran ve ark., 2013). Düzenli egzersizin sezaryen insidansını, hastanede kalış süresini, bel ağrısını azalttığı ve doğumun aktif fazını kısalttığı, beden imajını geliştirmede ve psikolojik açıdan duygu kontrolüne yardımcı olduğu belirtilmekte; postürü koruma, kilo alımının kontrolü, uyku düzeni, dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenleme, diyabet hipertansiyon gibi hastalıkların önlenmesi ve doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırma gibi yararları bildirilmektedir (Ferrari ve ark., 2013; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015; Hekim, 2015; Ölçer ve Oskay, 2015). Bu araştırmada kadınların %84.4’ünün düzenli egzersiz yapmadıkları ve bu açıdan prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Ata Kaptı’nın (2014) çalışmasında gebelikten önce egzersiz yapmayan kadınların oranı %84.1, Ferrari ve ark.’nın (2013) araştırmasında gebe kadınların %70’inin, Yılmaz ve ark.’nın (2015) gebelerin %78’inin düzenli egzersiz yapmadıkları belirlenmiştir. Yalçın ve Tekin’in (2013) çalışmasında ise gebe kadınların bebeklerine zarar vereceği endişesi ile düzenli egzersiz yapmadıkları bulunmuştur. Çalışma sonuçları yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte, bu sonuçlar kadınların büyük çoğunluğunun düzenli egzersiz yapmadığı ve prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıklarını göstermektedir.

Gebelik öncesinde ve gebelik sırasında sigara içilmesinin veya pasif sigara dumanına maruz kalmanın fetal sağlık üzerine olumsuz etkisi (düşük riski, erken membran rüptürü, plasenta previa, dekolman plasenta gibi) olduğu yapılan araştırmalarla kanıtlanmış ve bu durumun prekonsepsiyonel dönemde önlenabilir önemli bir risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (İñiguez ve ark., 2013; Atalay ve ark., 2014; Demir ve Kızılkaya Beji, 2015). Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanına maruz kalma, fertilitiyi, fetusun gelişmesini, doğumu, bebek sağlığı ile gelişimini ve

gebeliğin her safhasını etkileyebilmekte perinatal morbidite ve mortalite oranını artırmaktadır (Green-Raleigh ve ark., 2005; Jack ve ark., 2008; Desticioğlu ve Malas, 2006; Doğu ve Berkiten Ergin, 2008; Durualp ve ark., 2011; Ural, 2016). Bu çalışmada araştırmaya katılan kadınların %13.2'sinin sigara içtiği, %53.2'sinin ise pasif sigara dumanına maruz kaldığı, prekonsepsiyonel dönemde sigaranın zararlı etkileri açısından risk taşıdıkları tespit edildi. Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelikte sigara kullanımı; Akgün'ün (2013) çalışmasında %8.9, Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında %17.2, Yılmaz ve ark.'nın (2015) çalışmasında %18, Karacabey'in (2015) çalışmasında %20 olarak bulunmuştur. Atalay ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise gebelerin %20.8'nin sigara içtiği, %49.5'inin sigara dumanına maruz kaldığı, Durualp ve ark.'nın (2011) çalışmasında ise %23.9'unun sigara içtiği, %56.2'sinin gebeliği süresince sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır. Çalışma sonucu yapılmış olan çalışmalarla paralellik göstermekle birlikte prekonsepsiyonel dönemde olan kadınların yarısından fazlasının sigara kullanmadıkları halde sigara dumanına maruz kalarak fetal ve maternal sağlık açısından risk taşıdıklarını ortaya koymaktadır. Bu sonuç sigara içmek kadar pasif sigara dumanına maruz kalmanın da sağlık açısından aynı riskleri taşıdığı konusunda bilgilendirme çalışmalarının yaygınlaşmasını gerekli kılmaktadır.

Kadının yaşam kalitesini düşürmesi, gebeliğin ağız diş sağlığına olumsuz etkileri (diş eti kanaması, çürüklere yatkınlık gibi), hem anne hem de bebek için riskli durumlar (erken doğum, preeklampsi gibi) ortaya çıkarması açısından ağız ve diş sağlığı sorunları prekonsepsiyonel dönemde önlenemez veya tedavi edilebilir bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmakta ve anne adayları da bu sorunlar açısından özel bir risk grubunu oluşturmaktadır (Usturalı Mut ve ark., 2014). Bu çalışmada kadınların %69.2'sinin ağız ve diş sağlığı sorunu olması (çürük diş, diş eti iltihabi vb.) ve %71.2'sinin ağız ve diş sağlığı kontrolü olmaması nedeniyle prekonsepsiyonel dönemde ağız ve diş sağlığı açısından risk altında oldukları tespit edildi. Usturalı Mut ve ark.'nın (2014) çalışmasında çürük ve/veya protez gerektiren eksik dişe bağlı olarak gebelerin %90.7'sinin, dişeti hastalığı nedeniyle de %56.9'unun tedavi gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine öncelik verilmesi, kadınların gebelik öncesi ağız ve diş muayenelerinin yapılması diş ve dişeti hastalıklarının prevalansında azalma sağlanması ve kadınların daha sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmeleri açısından önem taşımaktadır.

Prekonsepsiyonel bakım, doğum defektlerinin primer olarak önlenmesinde önemlidir. Kadına sağlanan folik asit desteği, prekonsepsiyonel dönemde kontrol edilebilir önemli bir faktördür (Jack ve ark., 2008; De-Regil ve ark., 2010). Prekonsepsiyonel dönemde sağlanan folik asit desteğinin, nöral tüp defeklerini ve konjenital anomalileri azalttığı yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Quinn ve ark., 2005; Barger, 2010; Şahin ve Yurdakul, 2012; Warin ve ark., 2012). Bu araştırmada kadınların %62'sinin folik asit kullanmama/ folik asit kullanması gerekliliğini bilmeme nedeni ile prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Bu konuda yapılmış olan çalışmalarda gebelik öncesinde folik asit kullanmayan ve bu konuda bilgi sahibi olmayan kadınların oranı; Ockhuijsen ve ark.'nın (2012) çalışmasında %32, Karacabey'in (2015) çalışmasında %63.3 olarak bulunmuştur. Çalışma sonucu Türkiye'de yapılmış çalışma ile benzerlik göstermesine karşın, Avrupa'da yapılmış çalışma sonucuna göre yüksek bulunmuştur. Bu durumun Türkiye'de gebelik öncesi folik asit kullanımı konusunda bilgi eksikliğinden kaynaklandığı söylenebilir.

Gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönemde reçetesiz ilaç kullanmamaları, ilaç almadan önce mutlaka hekime danışmaları ve gebe kalma olasılıkları bulunduğu yönünde hekime bilgi vermeleri konusunda eğitilmeleri önemlidir. Yapılan çalışmalarda ilaca ve diğer kimyasal ajanlara bağlı konjenital malformasyon oranının %1-3 olduğu gösterilmiştir (Cullum, 2003; Jack ve ark., 2008; Mitchell ve ark., 2011; Öztürk, 2014). Bu çalışmada reçetesiz/danışmadan ilaç kullanma alışkanlığının olduğu tespit edilen %36 gibi büyük bir orandaki kadının teratojenite açısından prekonsepsiyonel dönemde risk altında olduğu tespit edildi. Ockhuijsen ve ark.'nın (2012) prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlarla yapmış oldukları çalışmada kadınların %48'inin reçetesiz ilaç kullandığı ve bu açıdan prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Özellikle gebeliğin erken dönemde tespit edilememesi, gebelikten önce var olan veya gebelikte ortaya çıkan hastalıklar ve gebeliklerin plansız olması bu risk faktörünü daha da arttırmaktadır. Türkiye'de prekonsepsiyonel dönemde yapılmış olan çalışmaların sınırlı olması ve yapılmış olan çalışmalarda da bu konunun ele alınmaması, bu konunun gözden kaçırılan bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Genellikle kontrolsüz ve yanlış kullanma, bitkilerin yan etkileri ve ilaçlarla birlikte kullanıldığında meydana gelebilecek ilaç etkileşimlerinin tam olarak bilinmemesi, bitkiler toplanırken toksik bileşenleri içeren bitki türlerinin ayırt edilmemesi sonucunda sağlığa zarar veren durumlar (hipertansiyon, karaciğer enzimlerinde yükselme,

karaciğer yetmezliği vb.) ortaya çıkabilir. Bu nedenlerle bitkisel ilaçların veya çayların gebelerde ve süt veren annelerde kullanılmasının sakıncalı olduğu bildirilmektedir (Jack ve ark., 2008; Erdem ve Ata Eren, 2009; Faydaoğlu ve Sürücüoğlu, 2011). Bu araştırmada kadınların %31.6'sının vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün, ya da herhangi başka bir ilaç dışı takviye kullanma alışkanlığı olan olduğu ve prekonsepsiyonel fetal ve maternal sağlık açısından risk taşıdıkları tespit edildi. Literatürde bu konuda yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Gebe ve emzikli kadınlarla çalışma yapmanın riskli olması nedeniyle bitkisel çayların yan etkilerinin tam olarak bilinmemesi konunun farklı bir boyutunu göstermekte, prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların bu konuda bilgilendirilmesini gerekli kılmaktadır.

Prekonsepsiyonel dönemde çiftlerin sağlıklı olmasının yanında organogenezis döneminde gebelik fark edilmeden kullanılan ilaçlar teratojenik etki yaparak normal hücre oluşumunu ve farklılaşmayı engelleyerek doğum defektlerine yol açabilmektedir (Cullum, 2003; Öztürk, 2014). Bu nedenle gebelik düşünen tüm kadınların teratojenik ilaç kullanımı açısından taranması, sürekli ilaç kullanılması gereken durumlarda (diyabet, depresyon, hipertansiyon gibi) mümkün olan en düşük doza geçilmesi veya kullanılan ilacın teratojen olmayan ile değiştirilmesi anne ve fetüs sağlığı açısından oldukça önemlidir (Baysoy ve Özkan, 2012; Yakışan ve Set, 2012; Durgun Ozan ve ark., 2012). Bu araştırmada kadınların %24'ünün sürekli kullanması gereken ilaç (antidepresan, troid ilaçları vb.) olduğu ve bu açıdan prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Özdemir ve ark.'nın (2010) epileptik gebelerle yapmış oldukları çalışmada ise gebelerin %81.5'inin sürekli kullanması gereken ilaç olduğu saptanmıştır. Gebelik doğal bir süreç olmasına rağmen; kadının biyolojik, fizyolojik, bedensel ve ruhsal yönden etkilendiği karmaşık bir süreçtir. Diyabet, hipertansiyon, epilepsi gibi kronik hastalıklar gebelik gibi riskli durumlarda karşımıza çıktığında da hem anne adayı hem de fetüs sağlığı için büyük bir sorun oluşturmaktadır (Troqstad ve ark., 2011; Ersoy ve ark., 2011; Mecdi ve Rathfisch, 2013). Mevcut sağlık öyküsünde tıbbi sağlık sorunu olan veya sürekli ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan kadınlarda prekonsepsiyonel bakım stratejileri; gebeliğe hazırlıkta hastalık kontrolünü, teratojenik tedaviyi fetus için güvenilir olanla değiştirme, gebeliği erteleme veya gebeliği önleme ile ilişkili aile planlaması hizmetlerinin hazırlanmasını içerir (Dunlop ve ark., 2008; Jack ve ark., 2008; Cunningham ve ark., 2010; Mahmud ve Mazza, 2010; Özdemir ve ark., 2010; Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Bu araştırmada kadınların; %5.2'sinde

depresyon, %4.8'inde renal hastalık, %4'ünde astım, %3.6'sında diabetes mellitus, %3.6 oranlarında hipotroidi ve hipertroidi, %2.0'sinde hipertansiyon, %1.2'sinde anksiyete, ve %44.8'inde diğer (romatizma, ürtiker, sedef, kolesistit vb.) hastalıklar olduğu ve bu açıdan prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Demirpençe ve ark.'nın (2014) yapmış oldukları çalışmada insülin kullanımının, genetik hastalık ve gebelikte hipertansiyon varlığının doğuştan kalp hastalığı riskini artırdığı gösterilmiştir. Dell'Edera ve ark.'nın (2013) yaptıkları çalışmada bireylerin %9.36'sında Beta talasemi özelliği olduğu saptanmıştır. Arslan ve Özkan'ın (2005) prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlarla yapmış oldukları çalışmada ise %16,9'unun, Ata Kaptı'nın (2014) çalışmasında %17.8'inin kronik hastalıklar açısından risk altında oldukları tespit edilmiştir. Araştırma sonuçları yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekle birlikte kronik hastalıkların prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesinin maternal ve fetal sağlık açısından önemli olduğunu göstermektedir.

Kadınların önceki gebeliklerinde saptanan riskler sonraki gebelikler için önemli bir risk oluşturmakta ve tekrarlayabilmekte, buna bağlı olarak yaşanan sorunların boyutu ve şiddeti giderek artmaktadır (Yakışan ve Set, 2012; Akdolun Balkaya ve ark., 2014). Literatür incelendiğinde düşük, erken doğum tehdidi ve prematür eylemin birbirleriyle ilişkili ve sık görülen önemli sorunlar olduğu ve sonraki gebeliklerde tekrarladığı belirtilmektedir (Saydam ve ark., 2007; Akdolun Balkaya ve ark., 2014). Bu çalışmada kadınların; %12'sinin sezaryen, %6 erken doğum (37 haftadan önce), %4.4 düşük doğum ağırlığı (2500gr.↓) ve %3.6 oranında tekrarlayan düşük (3 ve üzeri) olması nedeniyle prekonsepsiyonel dönemde risk altında oldukları tespit edildi. Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında eski sezaryen oranı %17, Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında %15.9 olarak bulunmuştur. Ata Kaptı'nın (2014) çalışmasında kadınların %9.2'sinde düşük, %9.2'sinde kürtaj, %2.8'inde ölü doğum öyküsü olduğu saptanmıştır. Çakır ve Can'ın (2012) yapmış oldukları çalışmada en az bir kez düşük yapmış kadın oranı %17.34 olarak bulunmuş, Çatak ve ark.'nın (2012) çalışmasında ise mevcut gebelik dışında en az bir gebelik yaşamış kadınların %28.9'u kendiliğinden düşük, %10.9'u isteyerek düşük, %4.5'i ölü doğum yapmıştır. Geçmiş obstetrik özelliklerinde erken doğum/düşük doğum ağırlıklı bebek öyküsü olanlar ve tekrarlayan düşük (3 ve üzeri) yaşayanlar tedavi edilebilir nedenler açısından araştırılmalı gereken danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Üreme organları enfeksiyonları gebe kalınmasını veya elde gebeliğin sağlıklı devam etmesini etkileyebilir (Amanak ve ark., 2014). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar; ektopik gebelik, spontan abortus, erken doğum, postpartum endometritis, servikal kanser, kronik pelvik ağrı vb. sorunlara yol açtığı gibi, birtakım psikolojik etkilere de sahiptir. Prekonsepsiyonel bakımla kolaylıkla tanısı konulup tedavi edilebilecek olan bu enfeksiyonlar açısından, anne adaylarının gebelik öncesi kontrol edilmesi gerekir (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Mecdi ve Rathfisch, 2013; ; Cangöl ve Tokuç, 2013; Akdolun Balkaya ve ark., 2014) Bu araştırmada kadınların %70'sinin vajinal enfeksiyonu gösteren akıntısı olduğu ve bu açıdan prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları tespit edildi. Türkiye'de yapılmış olan çalışmalarda vajinal enfeksiyonu gösteren akıntısı olan kadınların oranı; Arslan ve Özkan'ın (2005) çalışmasında %59.9, Karakaya ve Gençalp'in (2009) çalışmasında %46.6, Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında ise %61.4 olarak bulunmuştur. Çalışma sonuçları araştırma sonucu ile paralellik göstermekle birlikte kadınların büyük bir çoğunluğunun vajinal enfeksiyonlar açısından prekonsepsiyonel dönemde risk altında oldukları ve değerlendirilmeleri gerektiği söylenebilir.

Ardışık iki canlı doğum arasında geçen dönemi ifade eden doğum aralıklarının incelenmesi doğum aralığının örüntüsü anne ve çocuk sağlığı hakkında bilgi vermesi açısından prekonsepsiyonel dönemde büyük önem taşımaktadır. Literatür incelendiğinde iki yıldan sık aralıklı doğumun fetal sağlık açısından risk oluşturduğu, çocuklarda hastalık riskinin, anne ve çocuk ölümlülüğü riskinin arttığı dolayısıyla anne sağlığını da tehdit eden bir durum olduğu belirtilmektedir (Akdolun Balkaya ve ark., 2014; Taşkın, 2016). Bu araştırmada kadınların %20'sinin bir önceki gebelikten sonra geçen süre 2 yıl ve daha az olduğu ve gebelik planladıkları, prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıkları tespit edilmiştir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda iki yıldan sık aralıklı doğumu olan kadınların oranı Yılmaz ve ark.'nın çalışmasında %15, Pirinççi ve ark.'nın (2010) çalışmasında %29 olarak bulunmuştur. Akdolun Balkaya ve ark.'nın (2014) çalışmasında iki gebelik arasındaki sürenin 1 yıldan az olduğu kadın oranı %29.2, düşük riski olan kadınların ise %57.1'inin gebelik aralığının iki yıldan kısa olduğu tespit edilmiştir. İki yıldan sık aralıklı doğum verileri açısından değerlendirildiğinde TNSA 2013 verileri doğumların %18'inin bir önceki doğumdan "çok kısa" bir süre sonra, yani 24 aydan az bir süre sonra gerçekleştiğini göstermektedir. Türkiye'de, uzun süreli emzirme ve doğum sonrası geçici kısırlık

süresinin uzun olmasının doğum aralıklarının uzunluğuna katkıda bulunuyor olması muhtemeldir. Ülke genelinde iki yıldan sık aralıklı doğumların azaltılmasına yönelik olarak kadınları bilinçlendirme ve uygun kontraseptif yöntemle gebelikten korunmalarına yönelik çalışmalara devam etmek bu açıdan yararlı olabilir.

Prekonsepsiyonel dönemde annenin aşılama durumunun güncelliği değerlendirilmelidir. Gebelikte karşılaşılabilecek problemlerin azaltılması, fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varicella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan korumak amacıyla bazı aşuların antenatal dönemde tamamlanması uygun olur (Jack ve ark., 2008; American College of Obstetricians and Gynecologists Committee, 2010; Başkesen ve ark., 2010; Kroger ve ark., 2011). Bu çalışmada kadınların; %79.2'sinin tetanoz, %79.2'sinin hepatit B, %20 kızamık ve kızamıkçık, %17.2'sinin kabakulak, %16'sının suçiçeği, %88.8'inin ise influenza (grip) bağışıklığı olmadığı prekonsepsiyonel dönemde risk taşıdıkları belirlenmiştir. TNSA verilerinde prekonsepsiyonel döneme dair araştırma sonucu bulunmamaktadır. TNSA 2013 verilerine göre son doğum öncesi bakım sırasında tetanoz aşısı olma oranının %79 ile %82 arasında olduğu, Pirinçci ve ark. (2010)'nın çalışmasında ise gebelerin %77.2'sinin, Yılmaz ve ark.'nın (2015) %80'inin tetanoz aşısı olduğu bulunmuştur. Bu durum Türkiye'de doğum öncesi bakıma önem verildiğini, gebelik öncesinde yapılması gereken bağışıklama programının yetersiz kaldığını göstermektedir. Prekonsepsiyonel dönemde kadınların bağışıklık durumları değerlendirilerek uygun aşılama programına alınmaları gereklidir.

Prekonsepsiyonel dönemde kadının mevcut sağlık risklerini kontrol altına almak kadar, önceden farkına varılmamış gebelikte ortaya çıkabilecek hastalık durumlarının (üriner sistem enfeksiyonu, anemi, hipertansiyon, tiroit gibi) tanınıp değerlendirilmesi ve tedavi edilmesi anne ve fetus sağlığının korunması, anne ve bebek için mortalite ve morbidite risklerini azaltması açısından oldukça önemlidir (Jack ve ark., 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Bu nedenle gebelik planlayan kadın tam bir fizik muayeneden geçirilmeli, gerekli laboratuvar tetkikleri istenerek prekonsepsiyonel dönemde tespit edilebilecek risklere yönelik değerlendirme yapılmalı ve anne ve bebek sağlığını tehdit etmeden bu riskler kontrol altına alınmalıdır. Bu çalışmada enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucu olan kadın oranı %33.2 olarak bulundu ve prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk taşıdıkları tespit edildi.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), anemi tanımlamasında hemoglobinin alt sınırını erişkinlerde erkekler için 13 g/dl, kadınlar için 12 g/dl olarak belirlemiştir. Kadınlardaki anemi oranı Avrupa ülkelerinde %14 iken Türkiye’de %25’dir. Derin anemi preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı gibi fetal komplikasyonlara yol açmakla birlikte maternal mortalite, enfeksiyon ve postpartum sepsis içinde önemli bir risk faktörüdür (Brabin ve ark., 2001; Acosta ve ark., 2012; Keskin ve ark., 2013). Bu nedenlerle aneminin, gebelikte değil prekonsepsiyonel dönemde tanınması ve tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu çalışmada kadınların %16.9’sında anemi olduğu ve bu açıdan risk taşıdıkları bulunmuştur. Keskin ve ark.’nın (2013) çalışmasında %22.96, Akgün’ün (2013) çalışmasında anemi %40.5 olarak saptanmış, Arslan ve Özkan’ın (2005) yapmış oldukları çalışmada ise kadınların %80’inin prekonsepsiyonel dönemdeki laboratuvar testleri hakkında bilgi sahibi olmadıkları tespit edilmiştir.

Prekonsepsiyonel dönemde son 1 yıl içerisinde normal olarak sonuçlanmış PapSmear testi olmayan kadınlardan rahim ağzı kanseri açısından değerlendirilmek üzere serviksten örnek alınır (Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012). Bu çalışmada anormal PapSmear sonucu olan kadınların oranı %7.0 olarak tespit edildi ve prekonsepsiyonel dönemde bu açıdan risk altında oldukları bulundu.

Maternal Rh alloimmünizasyonu yenidoğanın hemolitik hastalığının önemli nedenleri arasındadır. Bu nedenle erken tanı ve tedavi için maternal ve paternal kan gruplarının belirlenmesi ve gerekirse Rh faktör antikoları (indirekt Coombs) rutin gebelik takiplerinde bakılmalıdır (Koç ve Seval, 2010; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Çetin, 2012). Bu çalışmada kan grubu tayinleri yapılan ve Rh uygunsuzluğu tespit edilen kadın yüzdesi %7.9’dur. Prekonsepsiyonel dönemde çiftlerin kan gruplarının belirlenmesi, kan grubunun anne adayında negatif baba adayında pozitif olması durumunda RhD immünglobulin profilaksisi konusunda bilgilendirilmesi gereklidir.

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik sürecinde kadının sağlık davranışları, gebeliği ve gebelik sonuçlarını ayrıca yenidoğanın sağlığını doğrudan etkilemektedir (Ural, 2016) . Bu araştırmada gebelik öncesi dönemde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktivite faktörleri ile ele alınmıştır. Buna göre kadınların; sağlık sorumluluğu ölçek puan ortalamasının 21.54 ± 4.59 , fiziksel aktivite puan ortalamasının 13.21 ± 4.32 , beslenme puan ortalamasının 21.30 ± 4.18 , manevi gelişim puan ortalamasının 26.90 ± 4.55 , kişiler arası ilişkiler puan ortalamasının 26.08 ± 4.60 , stres yönetimi puan

ortalamasının 19.10 ± 3.96 olduğu bulundu. Ayrıca kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II toplam puan ortalamasının 128.16 ± 19.18 olduğu; eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların SYBDÖ-II puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Buna göre prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların sağlık düzeyinin orta seviyede olduğu, en düşük alt ölçek puanlarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi faktörlerinde olduğu, en yüksek alt ölçek puanların ise manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler faktörlerinde olduğu söylenebilir. Türkiye’de kadınların SYBD’e yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlara yönelik yapılmış bir çalışma olmadığı, gebelere yönelik yapılmış çalışmaların ise çok sınırlı olduğu görülmektedir. Saydam ve ark.’nın (2007) riskli gebe kadınlar üzerindeki çalışmalarında SYBDÖ-II genel puanı $121,31 \pm 21,02$ (min=48, max=192) olarak saptanmış, en düşük alt ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite faktöründe, en yüksek puan ortalamasının ise manevi gelişim faktöründe olduğunu belirlemişlerdir. Aşçı’nın (2013) gebe kadınlarda yapmış olduğu çalışmada sağlık düzeyinin orta seviyede olduğu, en düşük alt ölçek puanlarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi faktörlerinde olduğu, en yüksek alt ölçek puanların ise manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler faktörlerinde olduğu bulunmuştur. Onat ve Aba’nın (2014) çalışmasında ise gebelerin SYBDÖ-II genel puanı 130.7 ± 20.0 , ölçeğe ait en düşük puanın fiziksel aktivite alt grubuna (14.4 ± 5.0), en yüksek puanın ise manevi gelişime (26.1 ± 4.2) ait olduğu belirtilmektedir. Sonuçların benzerliğinin Türk kültürünün sağlığı geliştirici davranışlar üzerine bir yansıması olarak değerlendirilebilir. Yapılmış olan çalışmalarla birlikte düşünüldüğünde en düşük puanın fiziksel aktivite alanında olduğu görülmektedir. Sağlığı geliştirmek için sağlığa duyarlılığın artırılması, olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi, fiziksel aktivite için yeterli olanakların ve ortamların hazırlanması, kadınların bu faaliyetlere yönlendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların SYBDÖ-II puan ortalamalarının anlamlı düzeyde düşük olması bu kadınların prekonsepsiyonel dönemde daha fazla risk taşıdıklarını ve daha fazla bakım ve desteğe gereksinim duyduklarını ortaya koymaktadır.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1 SONUÇLAR

Çocuk sahibi olmak isteyen kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Kadınların; yaş ortalamasının 29.31 ± 5.90 (Min:19, Max:49) olup, %52.8'inin 19-29 yaş grubunda, %33.6'sının üniversite mezunu, %71.2'sinin çalışmadığı, %75.6'sının ilde yaşadığı, %99.6'sının sosyal güvencesinin olduğu. %42.8'inin düşük gelir düzeyinde ve %75.2'sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu belirlenmiştir (**Tablo 1**).
2. Kadınların; evlilik yaş ortalamasının 23.72 ± 5.53 , ortalama evlilik süresinin 5.54 ± 4.58 , ortalama gebelik sayısının 1.20 ± 1.28 , ortalama doğum sayısının ise 0.44 ± 0.62 (Min:0, Max:4) olduğu belirlendi (**Tablo 2**).
3. Kadınların; %18.4'ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu, %21.6'sının ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %24.4'ünün ilçe veya köyde yaşadığı, %7.6'sının akraba evliliği yaptığı, %13.2'nin gebeliği olumsuz etkileyecek ortamda çalışma ve % 42.8'inin düşük gelir düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (**Tablo 3**).
4. Araştırmaya katılan kadınların; %82.4'ünün ailesinde genetik geçişli hastalıklı birey (diyabet, hipertansiyon vb.), %12.4'ünde mental retardasyonlu birey, %14.0'ında ise konjenital anomalisi olan birey olduğu belirlenmiştir (**Tablo 4**).
5. Kadınların; %81.2'sinin ev ortamında kimyasal maddeye (cam/kumaş boyama; böcek ve haşere ilaçları; fırın temizleyici; gümüş parlatici, vb.) maruz kaldığı, %38.4'ünün aile içi şiddet öyküsü olduğu, %18.4'ünün sosyal desteğinin yetersiz olduğu ve %8.4'ünün ise evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan beslediği belirlenmiştir (**Tablo 5**).
6. Kadınların; %42.8'inin BKİ'nin 25 ve üzerinde, %2.8'inin ise 18.5'in altında olduğu, %88.4'ünün düzenli egzersiz yapmadığı, %13.2'sinin halen sigara

içtiği, %53.2'sinin ise pasif sigara dumanına maruz kaldığı bulundu (**Tablo 6**).

7. Araştırmaya katılan kadınların; %69.2'sinin ağız ve diş sağlığı sorunun olduğu %71.2'sinin ağız ve diş sağlığı kontrolüne gitmediği, %62.0'sinin folik asit kullanmama/ folik asit kullanması gerektiğini bilmediği, %58.4'inin çiğ et yeme ya da çiğ ete temas ettiği, %36'sının reçetesiz/danışmadan ilaç kullandığı, %31.6'sının vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün ya da herhangi başka bir ilaç dışı takviye kullandığı belirlenmiştir (**Tablo 6**).
8. Kadınların; %24'ünün sürekli kullanması gereken ilacının olduğu, %5.2'sinde depresyon, %4.8'inde renal hastalık, %4'ünde astım, %3.6'sında diabetes mellitus, %3.6'sında hipotroidi, %2'sinde hipertansiyon ve %44.8'inde diğer (romatizma, ürtiker, sedef, kolesistit vb.) hastalıklar olduğu belirlenmiştir (**Tablo 7**).
9. Araştırmaya katılan kadınların; %12'sinde sezaryen, %6'sında erken doğum, %4.4'ünde düşük doğum ağırlığı (2500gr.↓), %3.6'sında tekrarlayan düşük (3 ve üzeri), %3.2'sinde makrozomik bebek doğumu (4000gr.↑), %2.8'inde ise gestasyonel diabetes mellitus öyküsü olduğu belirlenmiştir (**Tablo 8**).
10. Kadınların; %59.2'sinin jinekolojik hastalık öyküsü olduğu ve jinekolojik hastalıkların %31.6'sının over kisti, %25.7'sinin polikistik over sendromu, %14.9'unun myoma uteri olduğu belirlendi. Kadınların %26.8'inin geçirilmiş uterin cerrahi öyküsünün olduğu, %70'inin vajinal enfeksiyonu gösteren akıntı ve %37.2'sinin ise menstrasyon düzensizliğinin olduğu ve kadınların %20'sinde ise bir önceki gebelikten sonra geçen sürenin 2 yıl veya daha az olduğu belirlenmiştir (**Tablo 9**).
11. Kadınların; %79.2'sinin tetanoz ve hepatit B, %20'sinin kızamıkçık ve kızamık, %17.2'sinin kabakulak, %16'sının suçiçeği ve %88.8'inin influenza (grip) bulaşıklığının olmadığı belirlenmiştir (**Tablo 10**).
12. Araştırmaya katılan kadınların; %33.2'sinde enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucunun olduğu, %16.9'unda anemi, %7'sinde anormal PapSmear, %2.9'unda anormal T3, %70.9'unda anormal T4 değeri olduğu, kadınların

%13.0'ında HbsAg pozitifliği, %1.5'inde AKŞ \geq 110 olduğu ve %7.9'unda kan grubunun anne adayında negatif baba adayında pozitif olduğu belirlenmiştir (**Tablo 11**).

13. Araştırmaya katılan kadınların; SYBDÖ-II puan ortalamasının 128.16 ± 19.18 olduğu bulunmuştur. Ölçeğin alt boyutlarına ait puan ortalamalarının ise; sağlık sorumluluğu için 21.54 ± 4.59 , fiziksel aktivite için 13.21 ± 4.32 , beslenme için 21.30 ± 4.18 , manevi gelişim için 26.90 ± 4.55 , kişiler arası ilişkiler için 26.08 ± 4.60 ve stres yönetimi için 19.10 ± 3.96 olduğu saptanmıştır (**Tablo 12**).

14. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınların SYBDÖ-II puan ortalamasının anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$) (**Tablo 13**).

6.2. ÖNERİLER

Çocuk sahibi olmak isteyen kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucu aşağıdaki öneriler getirilmiştir;

1. Çocuk sahibi olmayı düşünen kadınların bir çoğu prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı bir gebelik ve doğum sürecini olumsuz etkileyecek bir çok risk faktörü taşımaktadır. Bu risk faktörlerinin belirlenerek uygun şekilde yönetilebilmesi için; doğum öncesi bakım hizmetlerinin prekonsepsiyonel dönemden başlatılması ve prekonsepsiyonel dönemde kadınların sağlık taramasından geçirilmesi, bu amaca yönelik olarak sağlık kurumlarında prekonsepsiyonel danışmanlık merkezlerinin kurulması,
2. Prekonsepsiyonel danışmanlığın tüm sağlık kurumlarında sağlıklı bir şekilde yürütülebilmesi için uygun prekonsepsiyonel bakım protokollerinin oluşturulması,
3. Prekonsepsiyonel sağlık risklerin belirlenmesi için standart ölçme araçlarının geliştirilmesi,
4. Gebe adayları prekonsepsiyonel riskler açısından değerlendirilirken; fiziksel, bilişsel ve sosyal alanların göz önünde bulundurulması,
5. Prekonsepsiyonel risk taşıyan gebe adayları ve yakınlarının bu riskler konusunda bilgilendirilmesi ve sağlık personelleri tarafından uygun yönlendirmelerinin yapılması,
6. Eğitim ve gelir düzeyi düşük olan, çalışmayan, yetersiz sosyal desteği ve aile içi şiddet öyküsü olan kadınlar daha düşük düzeyde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip oldukları için, bu özellikteki kadınların prekonsepsiyonel dönemde öncelikli olarak ele alınması,
7. Prekonsepsiyonel sağlık riskleri konusunda hemşire ve diğer sağlık personelinin bilgilendirilmesi,
8. Daha geniş örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- Acosta, C., Bhattacharya, S., Tuffnell, D., Kurinczuk, J., Knight, M. (2012). Maternal sepsis: a Scottish population-based case-control study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(4):474-483.
- Adam, M. P., Polifka, J. E., Friedman, J. M. (2011). Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. *Am J Med Genet C Semin Med Genet*, 157(3):175- 182.
- Akdolun Balkaya, N., Vural, G., Eroğlu, K. (2014). Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunların İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1):6-16.
- Akarsu, S., Çıtak Kurt, A. N., Kurt, A., Yılmaz, E., Aygün, A. D. (2008). Diyabetik Anne Bebeğinde Klinik ve Laboratuar Bulguları. *Fırat Tıp Dergisi*, 13(3):199-204.
- Akgün Kostak, M., Kurt, S., Süt, N., Akarsu, Ö., Ergül, G, D. (2014). Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(3):189-196.
- Akgün, N. (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar İle İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Akpınar, A., Toker, H., Çalışır, M. (2012). Periodontoloji Kliniğine Başvuran Hastalarda Periodontal Durum ve Sistemik Hastalıkların Değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Dent J*, 15(2):93-100.
- Aksoy, T., Uçar, H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 53-67.
- Aktaş, S., Güler, H. (2010). Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19(3):100-107.
- Aktuğ-Demir, N., Asan, A., Ayaz, C., Çelen, M. K., Köse, Ş., Kuruüzüm, Z., Örmen, B., Saltoğlu, N., Sayan, M., Sırmatel, F., Tekin-Koruk, S., Tülek, N., Türker, N., Ural, O., Yazıcı, S. (2013). Gebelikte Kronik Hepatit B Yönetimi. *Türk Klinik Mikrobiyoloji ve İnfeksiyon Hastalıkları Derneği Viral Hepatit Çalışma Grubu Uzlaş Raporu Klinik Dergisi*, 26 (Özel Sayı 1):12-19.
- Altay, B., Çavuşoğlu, F., Güneştaş, İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8 (1):12-18.
- Altıparmak, S., Koca Kutlu, A. (2009). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5):421-426.
- Amanak, K., Karaöz, B., Sevil, Ü. (2014). Modern Yaşamın İnfertilite Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4):345-350.

- 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. *Matern Child Health J*, 10:101-106.
- Anuk İnce, D., Takçı, Ş., Gümüşer, R. (2014). Diyabetik Anne Bebeklerinin Yenidoğan Dönemi Sorunları. *Journal of Contemporary Medicine*, 4 (3):115-120.
- Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı ve Egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 13(2):71-79.
- Arslan, H., Kömürcü, N., Eryılmaz, H. Y., Gençalp, N. S., Yiğit, F. E., Ekşi, Z., Gürkan, Ö. C., Çokuner Potur, D., Sayın, D., Bilgin, N. Ç. (2008). Üreme Sağlığı Bilinci Geliştirme Projesi: Genital Akıntılar. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 5(1):34-40.
- Arslan, H., Özkan, A. (2005). Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 36(2):65-71.
- Arslan, T., Başgül Yiğiter, A. (2012). Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. *Turkish Family Physician*, 3(2):1-12.
- Aslantekin, F. (2011). Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip II Diyabetli Hasta Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Yaşam Boyu Öğrenme ve Yetişkin Eğitimi Anabilim Dalı Yetişkin Eğitimi Programı, Doktora Tezi, Ankara.
- Aşçı, Ö. (2013). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
- Ata Kaptı, K. (2014). Gebelik Öncesi Obezitenin Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Atalay, S., Dağhan, Ş., Kalkım, A. (2014). Gebelerin Pasif İçiciliğın Fetüs ve Yenidoğan Sağlığına Etkileri Konusundaki Bilgileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23 (1):16-24.
- Athukorala, C., Rumbold, A. R., Willson, K. J., Crowther, C. A. (2010). The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(10):56.
- Aydemir, H. (2014). Maternal Obezitenin Gebelikte Oluşan Yakınmalara ve Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Aydemir, H., Uyar Hazar, H. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik ve Ebenin Rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2):815-833.

- Aydın, D. S., Yayla, M. (2010). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Sonuçlarının Antenatal Bakım, Fetal Perinatal ve Neonatal Prognoz Yönünden İrdelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 18(3):85-92.
- Aydın, Y., Aslan, E. (2015). Determining the Degree of Cigarette Addiction of Pregnant Smokers. *Bağımlılık Dergisi- Journal of Dependence*, 16(2):49-56.
- Azevedo, F. R. D., Brito, B. C., (2012). Influence of nutritional variables and obesity on health and metabolism. *Review Assoc Med Bras*, 58(6):714-723.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin Geçerlik ve Güvenirlilik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 12 (1):1-13.
- Bakar, R. Z., Dane, B. (2016). Gebelerde Hepatit B Seropozitifliği ve Türk Literatürüne Bir Bakış. *Perinatoloji Dergisi*, 24(2):83-88.
- Baker, D. W. (2006). The Meaning and the Measure of Health Literacy. *J Gen Intern Med*, 21(8):878-883.
- Barger, M. K. (2010). Maternal nutrition and perinatal outcomes. *The American College of Nurse-Midwives*, 55 (6):502-511.
- Başal, H. A. (2006). Türkiye’de Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Çocuk Gelişimi ve Eğitimine İlişkin Gelenek, Görenek ve İnançlar. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19 (1):45-70.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, (9)2:1524-1534.
- Başkesen, T., Ecemiş, T., Şanlıdağ, T. (2010). Gebelerde Rubella Bağışıklığının Değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 11(1,2,3):19-20.
- Battal, S. (2012). Adolesan Gebelerin Gebelik ve Doğum Sorunları ve Bunların Yenidoğana Etkileri. 15.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı içinde, Bursa, 900-902.
- Baysoy, N. G., Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23:77-90.
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M. Y., Jorge, V. M. F., Nonnenmacher, D., Junior, R. F., Lucia, M. C. S., Zugaıb, M. (2011). Risk of suicide in high-risk pregnancy: an exploratory study. *Rev Assoc Med Bras*, 57(5):570-574.
- Beşer, E., Ergin, F., Sönmez, A. (2007). Prenatal Care Services in Aydın Province. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 6(2):137-141.
- Beydağ, K. D., Uğur, E., Sonakın, C., Yürügen, B. (2014). Sağlık ve Yaşam Dersinin Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(1):599-609.
- Boulet, S. L., Parker, C., Atrash, H. (2006). Preconception Care in International Settings. *Matern Child Health J*, 10:29-35.

- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 6 (1):13-21.
- Brabin, B. J., Hakimi, M., Palletier, D. (2001). An Analysis of Anemia and Pregnancy – Related Maternal Mortality. In *The Journal Nutrition*, 131(2S-2):604S-614S; discussion 604-615.
- Bzowej, N. H. (2012). Optimal management of the hepatitis B patient who desires pregnancy or is pregnant. *Curr Hepat Rep*, 11(2):82-89.
- Callaway, L. K., Prins, J. B., Chang, A. M., McIntyre, H. D. (2006). The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *Medical Journal of Australia*, 184 (2):56-59.
- Canan, F., Atatoğlu, A. (2010). Anksiyete, Depresyon ve Problem Çözme Becerisi Algısı Üzerine Düzenli Sporun Etkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 11:38-43.
- Cangöl, E., Tokuç, B. (2013). Jinokoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2):85-91.
- Cengiz, S. A., Cengiz, L., Us, E., Cengiz, A. T. (2005). Gebe Kadınların Serumlarında Rubella İgg ve İgm'nin Elisa İle Araştırılması. *İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection)*, 19 (1):19-24.
- Chuang, C.H., Hillemeier, M. M., Anne-Marie, D., Weisman, C. S. (2011). The Relationship between Pregnancy Intention and Preconception Health Behaviors. *Preventive Medicine*, 53(1-2):85–88.
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, S. E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16 (2):78-83.
- Coşkun, A. (2012). Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3):8-15.
- Coşkun, E. İ., Dinçgeç, B., Koyucu, R. G., Ayanoglu, Y. T., Yumru, A. E. (2011). Gebelerde HBSAg, Anti-HBS ve Anti-HCV Sıklığı. *Perinatoloji Dergisi*, 19(2):71-75.
- Cullum, A. S. (2003). Changing provider practices to enhance preconceptional wellness. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 32(4):543-549.
- Cunnningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Hauth, J. C., Rouse, D. J., Spong, C. Y. (2010). *Williams Obstetrik*. Nobel Tıp Kitabevleri (Çev. Ed. Ceylan Y ve ark.), İstanbul.
- Çakır, L., Can, H. (2012). Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Anksiyete ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. *Turkish Family Physician*, 3(2):35-42.

- Çakır, M., Piyal, B., Aycan, S. (2015). Hekimlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesi: Tıp Fakültesi Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma. *Ankara Med J* 15(4):209-219.
- Çalık, Y. K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(1):142-162.
- Çakmak, P., Minareci, Y., Yuvaç, O., Var, T., Güngör, T., Mollamahmutoğlu, L. (2006). Gebelik Öncesi Dönem ve Gebelikte Folik Asit Kullanımı. *Türk Jinekoloji ve Obstetri Derneği*, 3(3):157-161.
- Çatak, B., İkişik, H., Kartal, S. B., Öner, C., Uluç, H. H., Seğmen, Ö. (2012). İstanbul'da Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi: Toplum Tabanlı Bir Araştırma. *Perinatoloji Dergisi*, 20(3):126-134.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*, 11(Suppl 3):S3.
- Dell'Edera, D., Epifania, A. A., Malvasi, A., Pacella, E., Tinelli, A., Capalbo, A., Lioi, M. B., Renzo, G. D. (2013). Incidence of β -thalassemia carrier on 1495 couples in preconceptional period. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 26(5):445-448.
- Demir, G., Arıöz, A. (2014). Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (2):1-8.
- Demir, S., Kızılkaya Beji, N. (2015). İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Androloji Bülteni*, 17(61):136-139.
- Demirbaş, H., Kadioğlu, H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):200-206.
- Demirci, N., Coşkun Potur, D. (2014). Erkek Fertilitesi ve Riskli Yaşam Biçimi Davranışları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(1):39-45.
- Demirpençe, S., Demirpençe, B. İ., Meşe, T., Arslanoğlu, S., Tavlı, V., Çalkavur, Ş., Olukman, Ö., Firuzan, A. R. (2014). Gebelik Öncesi Diyabeti Olan ve Gebelikte Diyabeti Gelişen Anne Bebeklerinde Doğum Sonrası Komplikasyonlar ve Doğuştan Kalp Hastalıklarının Öngördürücüleri. *Türk Pediatri Arşivi*, 49:299-306.
- De-Regil, L. M., Fernández-Gaxiola, A. C., Dowswell, T., Peña-Rosas, J. P. (2010). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(10): CD007950. doi:10.1002/14651858.CD007950.pub2.
- Dereli Yılmaz, S., Kızılkaya Beji, N. (2010). Gebelikte Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 20(4):137-142.
- Desdicioğlu, K., Malas, M. A. (2006). Fetal Büyümeye Etki Eden Maternal Faktörler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2):47-54.

- Dinç, H., Yazıcı, S., Yılmaz, T., Günaydın, S. (2014). Gebe Eğitimi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1(1):68-76.
- Dinç Kahraman, S. (2011). Kadınlarda Toplumsal Cinsiyete Dayalı Eğitim ve Danışmanlık Hizmetlerinin Sağlık Davranışlarına Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Kayseri.
- Doğaner, G., Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel Danışmanlık. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 20 (5):215-221.
- Doğu, S., Berkiten Ergin, A. (2008). Gebe Kadınların Sigara Kullanımı Etkileyen Faktörler ve Gebelikteki Zararlarına İlişkin Bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 1(1):26-39.
- Dunlop, A. L., Jack, B., Frey, K. (2007). National Recommendations for Preconception Care: The Essential Role of the Family Physician. Journal of the American Board of Family Medicine, 20(1):81- 84.
- Dunlop, A. L., Jack, B. W., Bottalico, J. N., Lu, M. C., James, A., Shellhaas, C. S., Hallstrom, L. H., Solomon, B. D., Feero, W. G., Menard, M. K., Prasad, M. R. (2008). The Clinical Content Of Preconception Care: Women With Chronic Medical Conditions. American Journal Of Obstetrics & Gynecology, December:310-327.
- Duran, Ö., Sümer, H. (2014). Ebelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(1):40-49.
- Durgun Ozan, Y., Ertuğrul, M., Okumuş, H. (2012). Preeklampsi Tanılama, Değerlendirme ve Hemşirelik Yönetimi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2:59-65.
- Durualp, E., Bektaş, G., Ergin, D., Karaca, E., Topçu, E. (2011). Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyu ve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 64 (3):119-126.
- Ebrahim, S. H., Lo, S. S., Zhuo, J., Han, J. Y., Delvoye, P., Zhu, L. (2006). Models of Preconception Care Implementation in Selected Countries. Matern Child Health J, 10:37-42.
- Elbek Çubukçu, Ç. (2007). Prenatal Dönemde ve Bebeklikte Ağız ve Diş Sağlığı. Güncel Pediatri, 5:77-81.
- Elsinga, J., Jong-Potjer, L. C., Pal-de Bruin, K. M., Cessie, S. L., Assendelft, W. J. J., Buitendijk, S. E. (2008). The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Women's Health Issues, 18(6):117-125.
- Erdem, S., Ata Eren, P. (2009). Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi, 66(3):133-141.

- Ergin, A. B. (2014). Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):41-54.
- Ergin, A., Özdilek, R. (2014). Değişen Babalık Rolü ve Erkek Sağlığına Etkileri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11 (1):3-8.
- Ergin, F., Aksu, H., Demiröz, H. (2010). Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4):1-9.
- Erol, S., Erdoğan, S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2):86-94.
- Ersoy, H., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Akbulut, H., Öngel, K., Yenen, M, C., Sağlam, K. (2011). Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerde Hipertansiyon Sıklığı. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 20(2):187-191.
- Farah, N., Maher, N., Barry, S., Kennelly, M., Stuart, B., Turner, M. J. (2009). Maternal Morbid Obesity and Obstetric Outcomes. *Obesity Facts*, 2:352-354.
- Faydaoğlu, E., Sürücüoğlu, M. S. (2011). Geçmişten Günümüze Tıbbi ve Aromatik Bitkilerin Kullanılması ve Ekonomik Önemi. *Kastamonu Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi*, 11(1):52-67.
- Ferrari, R. M., Siega-Riz, A. M., Evenson, K. R., Moos, M. K., Carrier, K. S. (2013). A qualitative study of women's perceptions of provider advice about diet and physical activity during pregnancy. *Patient Education and Counseling*, 91 (3):372-377.
- Ford, E. S., Zhao, G., Tsai, J., Li, C. (2011). Low-Risk Lifestyle Behaviors and All-Cause Mortality: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 101(10):1922-1929.
- Frey, K. A., Navarro, S. M., Kotelchuck, M., Lu, M. C. (2008). The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199 (6):389-395.
- Fullerton, J. T., Nelson, C., Shannon, R., Bader, J. (2004). Prenatal care in the Paso del Norte border region. *Jour Perinatol*, 24(2):62-71.
- Garipağaoğlu, M., Budak, N., Elmacıoğlu, F., Bulut, A. (2007). İstanbul'da Yaşayan Bir Grup Gebe Kadının Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 11(1):27-31.
- Genç, S., Mihmanlı, V. (2014). Madde Bağımlılığı ve Gebelik. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2):120-123.
- Giurgescu, C., Penckofer, S., Maurer, M. C., Bryant, F. B. (2006). Impact of uncertainty, social support, and prenatal coping on the psychological well-being of high-risk pregnant women. *Nursing Research*, 55(5):356-365.

- Gottessman, M. M. (2004). Preconception education: Caring for future. *J Pediatr Health Care*, 18(1):40-44.
- Green-Raleigh, K., Lawrence, J. M., Chen, H., Devine, O., Prue, C. (2005). Pregnancy planning status and health behaviors among nonpregnant women in a California managed health care organization. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(4):179-183.
- Güleç, Ü. K., Özgünen, F. T., Evrücke, İ. C., Demir, S. C. (2013). Gebelikte Anemi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(3):300-316.
- Günaydın, S. (2013). Maternal Obezitenin Anne ve Bebek Üzerine Etkilerinin İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 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.
- Hekim, M. (2015). Tıp II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(8):1081-1086.
- İñiguez, C., Ballester, F., Costa, O., Murcia, M., Souto, A., Santa-Marina, L., Aurrekoetxea, J. J., Espada, M., Vrijheid, M., Alvarez-Avellón, S. M., Álvarez-Pedrerol, M., and Rebagliato, M. ,on behalf of the INMA Study Investigators. (2013). Maternal Smoking During Pregnancy and Fetal Biometry The INMA Mother and Child Cohort Study. *American Journal Epidemiology*, 178(7):1067-1075.
- Işık, E., Kanbay, Y., Aslan, Ö., Işık, K., Çınar, S. (2013). Aile Hekimliği Birimine Başvuran Bireylerde Obezite Sıklığı ve İlişkili Etmenler: Artvin Örneği. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21(2):107-115.
- Işık, M. T. (2010). Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Adana.
- İlhan, N., Bahadırılı, S., Toptaner, N. E. (2014). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Durumları ile Sağlık Davranışları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4):207-215.
- Jack, B. W., Atrash, H., Bickmore, T., Johnson, K. (2008). The future of preconception care: a clinical perspective. *Womens Health Issues*, 18(6):19-25.
- Jacobsson, B., Ladfors, L., Milsom, I. (2004). Advanced maternal age and adverse perinatal outcome. *Obstet Gynecol*, 104(4):727-733.
- Jesse, D. E., Reed, P.G. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33(6):739-747.
- Johnson, K., Atrash, H., Johnson, A. (2008). Policy and Finance for Preconception Care Opportunities for Today and the Future. *Women's Health Issues*, 18:2-9.

- Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., Boulet, S., Curtis, M. G. (2006). Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care --- United States A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care, MMWR Recomm Rep., 55(RR-6):1-23.
- Kabaran, S. (2014). Obezitenin Fetal Programlanması: Maternal Obezite ve Aşırı Ağırlık Kazanımı. TAF Preventive Medicine Bulletin, 13(5):427-434.
- Kabaran, S., Samur, G. (2010). Maternal Obezite ve Gebelik. Beslenme ve Diyet Dergisi, 38(1-2):45-52.
- Karacabey, S. (2015). Düzce İlindeki Nöral Tüp Defekti Sıklığı İle Ebeveynlerin Demografik Özelliklerin Araştırılması. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Karadamar, M., Yiğit, R., Sungur, M. A. (2014). Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 17(3):131-139.
- Karakaya, E., Coşkun, A. (2013). Diyarbakır İli Toplum Tabanlı Güvenli Annelik Uygulamasının Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 10 (2):20-28.
- Karakaya, E., Gençalp, N. S. (2009). Sosyoekonomik Düzeyi Düşük Bölgede Yaşayan Adölesan Evli Kadının Üreme Sağlığı Sorunları. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 6(1):34-40.
- Kartal, B. (2011). Primipar Gebelere Verilen Eğitimin Doğum Sonu Depresyon Üzerine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (Doğum-Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği), Doktora Tezi, Kayseri.
- Kaya, H. (2010). Küresel Sağlığı Geliştirmede Hemşirelik Eğitimi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 7(1):360-365.
- Kayman, T., Kayman, M. (2010). Kayseri'deki Gebelerde Toksoplazmoz Seroprevalansı. Perinatoloji Dergisi, 18(3):92-96.
- Kermack, A. J., Calder, P. C., Houghton, F. D., Godfrey, K. M., Macklon, N. S. (2014). A randomised controlled trial of a preconceptional dietary intervention in women undergoing IVF treatment (PREPARE trial). BMC Women's Health, 14; 130, doi: 10.1186/1472-6874-14-130.
- Keskin, D. D., Keskin, S., Çetin, O., Verit Atmaca, F. F., Yücel, O., Özdemir, Ö. (2013). Gebeliğin İlk Trimesterindeki Anemi Etiyolojisinde Mikrobesein Eksikliğinin Önemi. Perinatoloji Dergisi, 21 (2); 72-76.
- Kitsantas, P., Pawloski, L. R. (2010). Maternal obesity, health status during pregnancy, and breastfeeding initiation and duration. The Journal of Maternal-Fetal& Neonatal Medicine, 23(2):135-141.
- Koç, A., Seval, M. (2010). Rh Uyuşmazlığı. Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics Special Topics, 3(1):39-44.

- Koyun, A., Taşkın, L., Terzioğlu, F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(1):67-99.
- Köken, G., Köse, S., Arıöz, D., Yılmaz, M., Güngör, A. Ç. (2013). Pre-konsepsiyonel obezite plasental ağırlığı etkilemekle birlikte doğum ağırlığını etkilememektedir. *Perinatoloji Dergisi*, 21(3):129-132.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K. (2011). Obezitenin Üreme Sistemi Üzerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 10(2):231-238.
- Kroger, A. T., Sumaya, C. V., Pickering, L. K., Akinson, W. L. (2011). General Recommendations on Immunization: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 60(RR02);1-60.
- Lazarou, C., Kouta, C. (2010). The role of nurses in the prevention and management of obesity. *British Journal of Nursing*, 19 (10):641-647.
- Lee, C. Y., Koren, G. (2010). Maternal obesity: effects on pregnancy and the role of pre-conception counselling. *J Obstet Gynaecol*, 30(2):101-106.
- Lindgren, K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire– II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34 (4):465-472.
- Liu, Y., Liu, J., Ye, R., Li, Z. (2006). Association of preconceptional health care utilization and early initiation of prenatal care. *Journal of Perinatology*, 26:409-413.
- Lu, M. C. (2007). Recommendations for preconception care. *American Family Physician*, 76 (3); 397-400.
- Mahmud, M., Mazza, D. (2010). Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Womens Health*, 10:5.
- Mecdi, M., Kızılkaya Beji, N. (2014). Gestasyonel Diyabet Gelişen Gebelerin Postpartum Süreçte Diyabet Taramasına Gitmelerini Etkileyen Faktörler. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(3):159-167.
- Mecdi, M., Rathfisch, G. (2013). Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21 (2):129-138.
- Mennuti, M. T. (2008). Genetic screening in reproductive health care. *Clin Obstet Gynecol*, 51: 3-23.
- Mitchell, A. A., Gilboa, S. M., Werler, M. M., Kelley, K. E., Louik, C., Hernandez-Diaz, S. (2011). Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976–2008. *Am J Obstet Gynecol*, 205(1):51.e1- 51.e8.
- Moos, M. K. (2006). Preconception Care. *AWHONN Journals*, 10(4):332-334.
- Moos, M. K., Dunlop, A. L., Jack, B. W., Nelson, L., Coonrod, D. V., Long, R., Gardiner, P. M. (2008). Healthier women, healthier reproductive outcomes:

- recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199:280-289.
- Müngen, E. (2010). Gebelikte Toksoplazma. *Perinatoloji Dergisi*, 18(3):69-71.
- Müngen, E. (2011). Diyabetik Gebe Takibi. *Perinatoloji Dergisi*, 19(1):18-21.
- Noğay, N. H. (2011). Gebe Kadınların Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Aralık:51-57.
- Ockhuijsen, H. D. L., Gamel, C. J., Van Den Hoogen, A., Macklon, N. S. (2012). Integrating preconceptional care into an IVF programme. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5):1156-1165.
- Onat, G., Aba, Y. A. (2014). Health-Promoting Lifestyles and Related Factors Among Pregnant Women. *Turk J Public Health*, 12 (2):69-79.
- Oteng-Ntim, E., Varma, R., Croker, H., Poston, L., Doyle, P. (2012). Lifestyle interventions for overweight and obese pregnant women to improve pregnancy outcome: systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 10: 47. <http://dx.doi.org/10.1186/1741-7015-10-47>.
- Ölçer, Z., Oskay, U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2(2):85-92.
- Özçelik, S., Kale, A., Karaman, O., Bayhan, G., Yayla, M. (2004). Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi. *Perinatoloji Dergisi*, 12(4):179-183.
- Özdemir, S., Balcı, O., Tazegül, A., İçen, M. S., Demir, A., Yüksekaya, H. A. (2010). Epileptik Gebeliklerde Maternal ve Perinatal Sonuçların Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 18(1):8-13.
- Özkaya, M. O., Köse, S. A. (2014). Gestasyonel diyabet: Güncel durum. *Perinatoloji Dergisi*, 22(2):105-109.
- Özler, A., Başaranoğlu, S., Karaçor, T., Yaman Tunç, S., Yaman Tunç, N., Palancı, Y., Evsen, M. S., Yalınkaya, A. (2014). Tersiyer Bir Merkezde Konjenital Anomalili Doğumların Retrospektif Analizi. *Perinatoloji Dergisi*, 22(1):13-17.
- Özmen, M., Önen, B. (2005). Stresle Başa Çıkma Yolları. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açısından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47:171-180.
- Özsoy, S. (2014). Adölesan Annelerin Emzirmeye Yönelik Düşünce ve Uygulamaları. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 22(2):84-93.
- Öztopçu, C., Cengiz, H., Dağlar, K., Özdemir, Ö., Yıldırım, U. (2011). Kadın Hastalıkları ve Doğum. *Seri Edt; Selçukbiricik S., Tus-Data A. Ş, İstanbul*.
- Öztürk, Z. (2014). İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(5):201-205.

- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8 (2):277-332.
- Partovi Meran, H. E., Hotun Şahin, N. (2014). Kadın Sağlığı Alanında Uzman Hemşirelik Eğitimi ve Uzman Hemşirelik Rollerini: Amerika Birleşik Devletleri Örneği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 1(1):1-14.
- Pasquali, R., Pelusi, C., Genghini, S., Cacciari, M., Gambineri, A. (2003). Obesity and Reproductive Disorders in Women. *Human Reproduction Update*, 9(4):359-372.
- Pata, Ö. (2011). Diabetik Gebelerde Beslenme ve Egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 19(1):45-46.
- Perlman, S. E., Leach, E. E., Dominguez, L., Ruzkowski, A. M., Rudy, S. J. (2001). Be smart, be safe, be sure: The revised Pregnancy Prevention Program for Women on Isotretinoin. *J Reprod Med*, 46(2):179-185.
- Pirinççi, E., Polat, A., Kumru, S., Koroğlu, A. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Adnan Menderes Tıp Fakültesi Dergisi*, 11 (2):1-7.
- Quinn, L. A., Thompson, S. J., Ott, M. K. (2005). Application of the social ecological model in folic acid public health initiatives. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*, 34(6):672-681.
- Saydam, B. K., Bozkurt, B. Ö., Hadımlı, A. P., Can, H. Ö., Soğukpınar, N. (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 15(3):131-139.
- Salihu, H. M., Salinas, A. (2013). The Missing Link in Preconceptional Care: The Role of Comparative Effectiveness Research. *Matern Child Health J*, 17:776-782.
- Semiz, O., Sözeri, C., Şahin, S., Kılıçoğlu, S. S. (2010). Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikler. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 19 (5):185-188.
- Sezer, A. (2012). Sağlık Okuryazarlığının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.*
- Shaikh, H., Robinson, S., Teoh, T. G. (2010). Management of maternal obesity prior to and during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*, 15(2):77-82.
- Shores, E. S., Bailey, T. (2009). Recommendations for Women of Reproductive Age. *NC Med J*, 70(5):432-438.
- Sirimi, N., Goulis, D. G. (2010). Obesity in Pregnancy. *Hormones (Athens)* 9(4):299-306.
- Smith, S. A., Hulsey, T., Goodnight, W. (2008). Effects of obesity on pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37(2):176-184.

- Solomon, D. B., Jack, B., Feero, G. W. (2008). The Clinical Content of Preconception Care: Genetics and Genomics. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199 (6):340-344.
- Soydinç, H. E., Turgut, A., Sak, M. E., Özler, A., Evsen, M. S., Başaranoğlu, S., Yalınkaya, A., Palancı, Y., Akıl, E. (2013). Gebelik ve epilepsi: 46 olgunun retrospektif analizi ve perinatal sonuçlarının sağlıklı gebelerle karşılaştırılması. *Perinataoloji Dergisi*, 21(1):12-16.
- Suarez, L., Cardarelli, K., Hendricks, K. (2003). Maternal stress, social support, and risk of neural tube defects among Mexican Americans. *Epidemiology*, 14(5):612-6.
- Şahin, M., Yurdakul, M. (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 20(1):80-85.
- Şen, C., Yayla, M., Api, O., Yapar Eyi, E. G., Ülkümen, B. A. (2016). Gebelikte diyabet: Tanı ve tedavi. *Türk Perinatoloji Derneği Uygulama Rehberi, Perinatoloji Dergisi*, 24(2):110-127.
- Şimşek, H. (2011). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Kadın Üreme Sağlığına Etkisi: Türkiye Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(2):119-126.
- Şimşek, Z. (2013). Sağlığı Geliştirmenin Tarihsel Gelişimi ve Örneklerle Sağlığı Geliştirme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(3):343-358.
- Şimşekoğlu, N., Mayda, A. S. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Görevli Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Sağlık Kaygısı Düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*, 6 (1):19-29.
- Şolt, A., Yazıcı, S. (2015). Adölesan Gebelikler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekler Dergisi*, 2(2):241-248.
- Tambağ, H. (2011). Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 47-58.
- Tarhan, P., Yılmaz, T. (2016). Gebelikte Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3):140-147.
- Taşcı Duran, E., Atay, E., İmer, B. (2013). Gebelikte Egzersiz Uygulamaları: Neden? Nasıl?. *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 6(3):63-74.
- Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. *Akademisyen Tıp Kitabevi, Genişletilmiş XIII. Baskı, Ankara*.
- TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, 2. Baskı, Ankara*.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği, www.resmigazete.gov.tr (erişim tarihi: 17.12.2015)

- Thompson, E. L., Vázquez-Otero, C., Vamos, C. A., Marhefka, S. L., Kline, N. S., Daley, E. M. (2017). Rethinking Preconception Care: A Critical, Women's Health Perspective. *Matern Child Health J*, DOI 10.1007/s10995-016-2213-8.
- Tinloy, J., Chuang, C. H., Zhu, J., Pauli, J., Kraschnewski, J. L., Kjerulff, K. H. (2014). Exercise During Pregnancy and Risk Of Late Preterm Birth, Cesarean Delivery, and Hospitalizations. *NIH Public Access Womens Health Issues*, 24(1): e99–e104. doi:10.1016/j.whi.2013.11.003.
- Tobias, D. K., Zhang, C., Van Dam, R. M., Bowers, K., Hu, F. R. (2011). Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: meta-analysis. *Diabetes Care*, 34(1):223-229.
- Tokur Keskin, M. (2012). Çocukların Sigaranın Zararlarından Korunması: Halk Sağlığı Hemşiresi ve Öncelikli Sorumluluklar. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 90-96.
- Tough, S., Tofflemire, K., Clarke, M., Newburn, C. (2006). Do Women Change Their Drinking Behaviors While Trying to Conceive? An Opportunity for Preconception Counseling. *Clinical Medicine & Research*, 4(2):97-105.
- Townsend, N. S., Drummond, S. B. (2011). Preeclampsia pathophysiology and implications for care. *J Perinatal Neonat Nurs*, 25 (3):245–252.
- Troqstad, L., Stoltenberg, C., Maqnus, P. (2011). Pre-eclampsia: Risk factors and causal models. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 25(3).329–342.
- Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11 (3):17-26.
- Turaçlar, N., Altuntuğ, K., Ege, E. (2014). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 23(2):50-59.
- Turner, J. A. (2010). Diagnosis and management of pre-eclampsia: an update. *Int J Womens Health*, 30 (2):327–337.
- TÜİK. (2016). Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2015, Haber Bülteni, www.tuik.gov.tr
- Türk Diş Hekimleri Birliği. (2011). Meslek Sorunları Sempozyumu, Ağız Diş Sağlığı Bileşenlerinin Sorunları: Çalışma Grubu Raporları, Eğitim Dizisi: 16, İstanbul.
- Türkeri, F. (2006). Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Dönem Projesi, Ankara.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA). (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara. Erişim: <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/> TNSA 2008 Ana Rapor.pdf (15.06.2015).

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) (2013) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Erişim: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf (15.06.2015).
- Türkiye Sağlık Raporu. (2014). Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER), (Baş Editörler: Prof.Dr. Ertem M, Prof.Dr. Çan G) Trakya Üniversitesi Matbaası.
- Türköl, E. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Ruhsal Sağlık Durumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Malatya.
- Ulupınar Alıcı, S., Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2:95-101.
- Ural, A. (2016). Gestasyonel Diabetes Mellitus ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 6(2):120-127.
- Usturalı Mut, A. N., Öcek, Z. A., Yücel, U., Çiçeklioğlu, M., Eden, E. (2014). İzmir-Bornova'da Gebelerin Ağız-Diş Sağlığı Hizmeti Gereksinimi ve Bu Hizmetlerden Yararlanma Düzeyinin Sosyoekonomik Değişkenlerle İlişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 28(3):93-103.
- Uzun, N. (2014). Ergenlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Algılanan Ebeveyn Kontrolü ve Depresyon İle Obezitenin İlişkisi: Obezite İçin Koruyucu ve Risk Faktörleri. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Varışoğlu, Y. Y. (2009). Antenatal Bakımın Sezaryen ve Normal Vajinal Doğum Üzerine Etkilerinin Belirlenmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Edirne.
- Viner, R., Macfarlane, A. (2005). Health promotion, Clinical Review. BMJ, 330:527.
- Vinikoor-Imlera, L. C., Messerb, L. C., Evenson, K. R., Laraiad, B. A. (2011). Neighborhood Conditions are Associated With Maternal Health Behaviors and Pregnancy Outcomes. Social Science & Medicine, 73(9):1302-1311.
- Vujkovic, M., de Vries, J. H., Lindemans, J., Macklon, N. S., van der Spek, P. J., Steegers, E. A., Steegers-Theunissen, R. P. (2010). The preconception Mediterranean dietary pattern in couples undergoing in vitro fertilisation/intracytoplasmic sperm injection treatment increases the chance of pregnancy. Fertility and Sterility, 94(6):2096-2101.
- Warin, M., Zivkovic, T., Moore, V., Davies, M. (2012). Mothers as smoking guns: Fetal overnutrition and the reproduction of obesity. Feminism & Psychology, 22(3):360-375.
- Weerd, S., Thomas, C., Cikot, R. J., Steegers, E. (2001). Maternal Smoking Cessation Intervention: Targeting Women and Their Partners Before Pregnancy. American Journal of Public Health, 91(11):1733-1734.

- Weiss, J. L., Malone, F. D., Emig, D., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., Saade, G., Eddleman, K., Carter, S. M., Craigo, S. D., Carr, S. R. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate--a population-based screening study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190 (4):1091-1097.
- Wennberg, A. L., Lundqvist, A., Högberg, U., Sandström, H., Hamberg, K. (2013). Women's experiences of dietary advice and dietary changes during pregnancy. *Midwifery*, 29:1027-1034.
- Whetstone, L. M., Morrissey, S. L., Cummings, D. M. (2007). Children at Risk: The Association Between Perceived Weight Status and Suicidal Thoughts and Attempts in Middle School Youth. *Journal of School Health*, 77(2):59-66.
- Wilkinson, S. A., Miller, Y. D. (2007). Improving health behaviours during pregnancy : A new direction for the pregnancy handheld record. *The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 47(6):464-467.
- Wilson, R. D., Audibert, F., Brock, J. A., Cartier, L., Desilets, V. A., Gagnon, A., Johnson, J. A., Lançlois, S. ve ark. (2011). Genetic considerations for a woman's pre-conception evaluation. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Can*, 33(1):57-64.
- World Health Organization. (2013). Preconception Care: Maximizing the Gains for Maternal and Child Health:1-8.
- World Health Organization. (2001). Iron deficiency anaemia assessment prevention and control: a guide for programme managers. Geneva: World Health Organization; 132 (WHO/ NHD/01.3)
- Yakışan, R. Ş., Set, T. (2012). Birinci Basamakta Gebelik Öncesi Bakım. *TIP MED*, 16(2):23-27.
- Yalçın, H., Tekin, M. (2013). Gebelikte Egzersizler Hakkında Gebelerin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *International Journal of Human Sciences*, 10(1):24-33.
- Yalçınkaya, M., Gök Özer, F., Karamanoğlu, A. Y. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (6):409- 420.
- Yanıkkerem, E., Mutlu, S. (2012). Maternal Obezitenin Sonuçları ve Önleme Stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3):353-364.
- Yıldız, D., Akbayrak, N. (2008). Nöral Tüp Defektleri ve Önlemede Hemşirelik Yaklaşımları. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2):102-111.
- Yıldız, H. (2011). Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4(1):63-74.
- Yılmaz, T., Dinç, H., Bal, M. D. (2015). Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1):21-29.

Yücel, B. (2009). Estetik Bir Kaygıdan Hastalığa Uzanan Yol: Yeme Bozuklukları.
Klinik Gelişim Psikiyatri, 22(4):39-44.



EKLER

EK-1 TANITICI ÖZELLİKLER FORMU

1. Görüşme Tarihi:

2. Dosya No:

3. Yaşı:

4. Mesleği:

5. Eğitim Durumu:

1. Okur yazar değil () 2. Okur Yazar () 3. İlkokul () 4. Ortaokul 5.Lise ()
6. Üniversite ()

6. Çalışma Durumu: 1-Evet () 2-Hayır ()

7. Yaşadığınız Yer:

1. İl Merkezi () 2. İlçe () 3. Köy/Kasaba ()

8. Gelir Durumu:

1. 1924 tl ve altı (düşük gelirli)
2. 1924 tl - 3905 tl (orta gelirli)
3. 3905 tl ve üzeri (yüksek gelirli)

9. Sağlık Güvencesi:

- 1- Var () 2- Yok ()

10. Aile Tipi:

- 1-Çekirdek Aile () 2- Geniş Aile () 3- Parçalanmış Aile ()

11. Evlilik Yaşı:

12. Evlilik Süresi:

13. Kan Grubu:

14. Eşinin Kan Grubu:

15. Eş İle Akrabalık Durumu: 1-Var () 2- Yok ()

16. Gebelik Sayısı:

17. Doğum Sayısı:

18. Kendiliğinden Düşük Sayısı:

19. Kürtaj Sayısı:

20. Son Adet Tarihi:

21. Boy:

22. Kilo:

23. Beden Kitle İndeksi (BKİ):

24. Aşılar:

Tetanoz Aşısı: Var () Yok () Yapılış Tarihi:/...../.....

Hepatit Aşısı: Var () Yok () Yapılış Tarihi:...../...../.....

Diğer Aşılar:.....

25. Yaşam Bulguları:

Ateş(⁰C): Nabız(/dk):Solunum(/dk):Kan Basıncı(mmHg):

26. Hastaneye Geliş Nedeni:

27. Laboratuvar Bulguları:

Hemogram:

AKŞ:

TİT:

HbA1c:

T3:T4:

Hepatit Markerları: HIV () HCV () HbsAg () AntiHbs()

PapSmear:

28. Sürekli Kullanılan İlaçlar:

İlacın Adı	Dozu	En Son Alış Zamanı

29. Kullanılan/ Kullanılmış Kontraseptif Yöntem:

EK-2 PREKONSEPSİYONEL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

RİSK FAKTÖRLERİ	V A R	Y O K
BİREYSEL ÖZELLİKLER		
18 yaş ve altı		
35 yaş ve üzeri		
Akraba evliliği		
Okur yazar olmama		
İlköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olma		
Gebeliği olumsuz etkileyebilecek çalışma ortamı (enfeksiyon ajanları, kimyasal maddeler yada radyoaktif maddeler vb. maruziyetin olduğu, uzun süre ayakta durma, tarım işçisi olma vb.)		
Sağlık güvencesinin olmaması		
BKİ'nin 18.5 altında olması		
BKİ'nin 25 ve üzerinde olması		
Düzenli herhangi bir egzersiz (yürüme, yüzme gibi) yapmama		
Kan grubunun anne adayında negatif baba adayında pozitif olması		
Sigara içme		
Pasif sigara dumanına maruz kalma		
Alkol alma		
Bağımlılık yapıcı diğer madde kullanımı		
Fiziksel engelli olma		
Zihinsel engelli olma		
Ağız ve diş sağlığı sorunu (çürük diş, eksik diş, diş eti iltihabi vb.)		
Ağız ve diş sağlığı kontrolünün olmaması		
Aile içi şiddet öyküsü olması		
Fiziksel şiddet (vurma, itme, darp vb.)	()	()
Sözel / Duygusal /psikolojik şiddet (bağırma, hakaret vb.)	()	()
Ekonomik şiddet (parasız bırakma, çalışmasına engel olma vb.)	()	()
Cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, istemediği cinsel davranışa zorlama vb.)	()	()
Yetersiz sosyal destek (Bireyin kendi subjektif ifadesine göre değerlendirilecek)		
Yoksulluk (Kişi başına günde 4 doların altında gelir düzeyine sahip olma)		
Reçetesiz/danışmadan ilaç kullanma alışkanlığı		
Vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün, ya da herhangi başka bir ilaç dışı takviye kullanma alışkanlığı		
Ev ortamında kimyasal maddeye maruziyet (Cam/kumaş boyama; iç/dış cephe boya; vernik ve cilalar; böcek ve haşere ilaçları; fırın temizleyici; gümüş parlatici, vb.)		
Çiğ et yeme / çiğ ete temas		

Evde aşısız ve kontrolsüz evcil hayvan besleme		
GEÇMİŞ SAĞLIK ÖYKÜSÜ		
Renal hastalık		
Epilepsi		
Diabetes Mellitus		
Kardiyovasküler Hastalıklar		
Hipertansiyon		
Hipotroidi		
Hipertroidi		
Hiperlipidemi		
Orak Hücreli Anemi taşıyıcılığı		
Talasemi (Akdeniz anemisi) taşıyıcılığı		
Koagülasyon Bozukluğu		
Tüberküloz		
Astım		
Depresyon		
Anksiyete		
Bipolar Bozukluk		
Şizofreni		
Sürekli kullanması gereken ilaç olması		
Diğer.....		
GEÇMİŞ OBSTETRİK ÖYKÜ		
Tekrarlayan Düşük: 3 ve üzeri		
Düşük Doğum Ağırlığı Öyküsü (2500gr.↓)		
Makrozomik Bebek Doğumu Öyküsü (4000gr.↑)		
Ölü Doğum		
Yeni Doğan Ölümü		
Eklampsi-Preeklampsi Öyküsü		
Erken Doğum Öyküsü (37 haftadan önce)		
Postterm Doğum Öyküsü (42 hafta ve üzeri)		
Anomalili Bebek Öyküsü		
Gestasyonel Diabetes Mellitus Öyküsü		
Venöz Tromboemboli Öyküsü		
Ektopik Gebelik Öyküsü		
RH/rh Uyumsuzluğu		
Antepartum kanama öyküsü		

Postpartum kanama öyküsü		
Plasenta Previa öyküsü,		
Plasenta Dekolmanı Öyküsü		
Çoğul Gebelik öyküsü		
Sezaryen öyküsü		
Müdahaleli doğum öyküsü (forseps, vakum) Diğer.....		
GEÇMİŞ JİNEKOLOJİK ÖYKÜ		
Jinekolojik Hastalık Öyküsü		
Myoma Uteri () ()		
Uterin Malformasyon () ()		
Endometriozis () ()		
PCOS () ()		
Kanser () ()		
Diğer.....		
Geçirilmiş Uterin Cerrahi Öyküsü (myomektomi, konizasyon vb):		
AŞILAR		
Tetanoz bağışıklığının olmaması		
Hepatit B bağışıklığının olmaması		
Kızamıkçık bağışıklığının olmaması		
Kızamık bağışıklığının olmaması		
Kabakulak bağışıklığının olmaması		
Suçiçeği bağışıklığının olmaması		
İnfluenza(grip) bağışıklığının olmaması		
MEVCUT SAĞLIK DURUMU		
Bir önceki gebelikten sonra geçen süre 2 yıl ve az		
Anemi (11 g/dl ve altında hemoglobin değeri)		
AKŞ (110 ve üzeri)		
Toksoplazma (Toxo IgM ve IgA'nın pozitif olması)		
Rubella (antirubella IgG ve IgM pozitif olmaması)		
HbsAg pozitif olması		
Anormal PAP Smear sonucu		
Vajinal enfeksiyonu gösteren akıntı		
Enfeksiyonu gösteren idrar kültürü sonucu		
Folik asit kullanmama/ folik asit kullanımına ilişkin bilgi eksikliği		
Diğer.....		
AİLE ÖYKÜSÜ (anne ve baba adayının ailesinde)		
Genetik hastalıklı birey		

Mental retardasyonlu birey		
Konjenital anomalisi olan birey		
Diğer.....		



EK-3 SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekerli ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				

15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Bos zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven				

	kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				



EK-4 BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ SAĞLIK RİSKLERİ ve SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ” dir.

Bu araştırmanın amacı, kadınlarda gebelik öncesi dönemdeki sağlık risklerini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmada sizin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınız ve gebelik öncesi dönemde gebelik açısından risk oluşturabilecek faktörler belirlenecektir. Bunun için yalnızca size soracağımız soruları doğru bir şekilde yanıtlamanız yeterli olacaktır. Eğer sizde herhangi bir risk durumu saptanırsa (örn. Sigara içme, obezite vb) bunların ortadan kaldırılması ya da kontrol altına alınması için size gerekli bilgiler verilecek ya da uygun birimlere yönlendirileceksiniz. Bu araştırmada yer almanız için bir defa sizinle görüşmemiz yeteli olup, araştırmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısı 250’dir. Çalışma 1 yıl sürecektir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen sorulan sorulara doğru bir şekilde yanıt vermektir.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Sizin için beklenen yararlar gebelik öncesi dönemde sağlık risklerinizin farkında olmak ve bunlara yönelik hizmet alma şansını yakalamış olmaktır. Anketleri doldurmak için ortalama 20 dk. zaman ayırmanız yeterli olacaktır.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Hem. Meral Karataş size anketleri uygulayacak ve yanıtlarınızı kaydedecektir. Size uygulanacak anketlerden ilki bireysel özelliklerinizle ilgili olup, 29 sorudur. İkinci anket sağlıklı yaşam biçimi davranışlarınızı ölçmek için kullanılacaktır ve 52 sorudan oluşmaktadır. Son anket ise sağlık risklerini belirlemek için uygulanacaktır.

Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0 545 283 29 53 numaralı telefondan araştırmacınız hemşire Meral KARATAŞ’a başvurabilirsiniz.

Ayrıca bu araştırma kapsamındaki tüm işlemler için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununuzun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahale sizden ücret talep edilmeden ve sosyal güvenceniz kullanılmadan sağlanacaktır.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle sizi araştırmadan çıkarılabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Tel.-Faks:
Tarih ve İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Sağlık Riskleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	---

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Ek Derslik Binası (Acil Karşısı), Klinik Araştırmalar Etik Kurulu TR-58140 Merkez/Sivas
	TELEFON	0 346 258 00 25
	FAKS	0 346 258 00 24
	E-POSTA	gokaek2014@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Zehra Gölbaşı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Yüksek lisans tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülşay Yıldırım
İmza:

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Sağlık Riskleri ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi
-----------------------	---

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
DİĞER:	<input type="checkbox"/>			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2016-05/05	Tarih: 27.05.2016		
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmannın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmannın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerden gerekli izin alınarak gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, Helsinki Bildirgesi, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Yönergesi
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Doç. Dr. Gülay Yıldırım

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Şahande Elagöz	Patoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil Değerli	Parazitoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Naim Nur	Halk Sağlığı	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ercan Özdemir	Fizyoloji	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Diğdem Eren	Diş Hastalıkları ve Tedavisi	Cumhuriyet Üniversitesi, Diş Hekimliği	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sulhattin Arslan	Göğüs Hastalıkları	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik	Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Zehra Gölbaşı	Doğum-Kadın Hastalıkları Hemşireliği	Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ceylan Hepokur	Eczacılık Biyokimya	Cumhuriyet Üniversitesi, Eczalık Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma

Etik Kurul Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Gülay Yıldırım
İmza:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı :Meral KARATAŞ
Doğum Yeri ve Tarihi :Sivas, 29/08/1976
Medeni Hali :Evli
Yabancı Dil :İngilizce
İletişim Adresi :C.Ü. Hastanesi Kadın Doğum Servisi Sivas

E-posta Adresi :mrlkaratas@hotmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise :Sivas Atatürk Lisesi, 1993
Önlisans :Cumhuriyet Üniversitesi SHMYO, 1995
Lisans :Atatürk Üniversitesi Hemşirelikte Lisans
Tamamlama Programı, 2011

İş Tecrübesi

C.Ü. Uygulama ve Araştırma Hastanesi Klinik Hemşiresi, 1995- 2012
Eğitim Hemşiresi, 2012-

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği