

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ VE
ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL
BAKIM VE DANIŞMANLIKLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve AYDIN EMRE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2019

T.C
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ VE
ESKİŞEHİR DEVLET HASTANESİ KADIN
HASTALIKLARI VE DOĞUM POLİKLİNİĞİNE
BAŞVURAN GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL
BAKIM VE DANIŞMANLIKLA İLGİLİ BİLGİ, TUTUM
VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve AYDIN EMRE

Aile Hekimliği Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŐMANI
DoÇ. Dr. UĞur BİLGE

ESKİŞEHİR
2019

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Dr. Merve AYDIN EMRE' ye ait "Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi" adlı çalışma jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih: 18/03/2019

Jüri Başkanı Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Doç. Dr. Uğur BİLGE
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Üye Dr. Öğr. Üyesi Mehmet KAYHAN
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu' nun .../.../...Tarih ve/..... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ali ARSLANTAŞ
Dekan

TEŐEKKÖR

Asistanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım; destek ve emeklerini bizlerden esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU, Doç. Dr. Uğur BİLGE ve Doç. Dr. Hüseyin BALCIOĞLU'na, tezim ile ilgili istatistiklerin yapılması ve yorumlanması aşamasında yardımlarından dolayı Arş. Gör. Muzaffer BİLGİN'e ve tez hazırlama aşamasında desteğini esirgemeyen Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Mete TANIR hocamıza teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

Aydın Emre, M. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkla İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir, 2019. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım anne ve fetüs için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan bir koruyucu hizmettir. Bu çalışma ile Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin gebelik öncesi bakım ve kanıta dayalı biçimde saptanmış evrensel gebelik öncesi bakım önerileri hakkında bilgi ve davranışlarını sorgulamak ve konu hakkında farkındalıklarını arttırmak hedeflenmiştir. Çalışma etik kurul onayı alındıktan sonra 18 yaş üstü gebe kadınlarda yapılmıştır. Çalışmaya dahil edilen 1020 gebenin yaş ortalaması 28.61 ± 5.20 yıldır. Gebelerin 341 (% 33.4)'i gebelik öncesi bakım ve danışmanlık almıştır. Gebelerden 173'ü (%50.9) tıp dışı alanlardan, 140'ı (%41.2) kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, 27'si (%7.9) ise prekonsepsiyonel danışmanlığı aile hekimi veya aile sağlığı elemanından almıştır. Çalışmamızda gebelerin yaşı, gelir düzeyleri, gebelerin eğitim düzeyi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, sezaryen öyküsü, planlı gebelik ve doğal yolla olan gebelik ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında gebelerin en çok bilgilendirildiği konular, folat/demir/multivitamin desteği % 93.0, beslenme % 87.4, yapılması gereken tetkikler % 80.9; en az bilgilendirildiği konular ise, depresyon % 49.3, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar % 55.7, ev ve iş ortamındaki tehlikeler % 56.6 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık konusunda hem hekimlerin hem de halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir. Danışmanlık alan birey sayısının artması ile daha sağlıklı ve bilinçli gebelik sürecinin olması kaçınılmazdır.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyon, danışmanlık, bakım, kadın, gebe.

ABSTRACT

Aydın Emre, M. Evaluation of Knowledge, Attitude and Behavior About Preconceptional Care and Counseling of Pregnant Women Applied to Gynecology and Obstetrics Clinic of Osmangazi University Health Practice and Research Hospital and Eskişehir State Hospital. Department of Family Medicine Medical Specialization Thesis, Eskişehir, 2019. Pre-pregnancy (preconceptional) care is a preventive service based on the principle of identifying and directing physical, medical and psychosocial conditions that constitute a risk for mother and fetus before pregnancy. In this study, it is aimed to question the knowledge and behaviors about pre-pregnancy care and evidence-based pre-pregnancy care recommendations of pregnant women who applied to Eskişehir Osmangazi University Health Practice and Research Hospital and Eskişehir State Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic and to increase their awareness on this matter. The study was conducted in pregnant women over 18 years of age after approval of the ethics committee. The mean age of 1020 pregnant women included in the study was 28.61 ± 5.20 years. 341 (33.4%) of the pregnant women received pre-pregnancy care and counseling. Of the pregnant women, 173 (50.9%) gathered preconceptional counseling from non-medical areas, 140 (41.2%) from gynecologists and obstetricians, and 27 (7.9%) from the family physician or family health personel. In our study, preconceptional counseling were found to be related statistically significantly with the age of pregnant women, income rate, education level of pregnant women, number of pregnancies, number of living children, history of cesarean section, planned pregnancy and spontaneous pregnancy. Within the content of preconceptional counseling, the subjects that pregnant informed mostly were folate / iron / multivitamin support (93.0%), nutrition (87.4%), the necessary tests (80.9%); the subjects that pregnant informed least were depression (49.3%), sexually transmitted infections (55.7%), home and work environment hazards (56.6%). In our study, the rate of receiving preconceptional counseling was found to be low. Both physicians and the public should be informed about preconceptional counseling. With the increase in the number of individuals receiving counseling, it is inevitable to have a more healthy and aware pregnancy process.

Keywords: Preconception, counseling, care, women, pregnant.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Tanım ve Amacı	3
2.2. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Önemi	4
2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyada Gelişimi	4
2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Ülkemizde Gelişimi	5
2.5. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Kapsamı	6
2.5.1. Obstetrik Öykü	7
2.5.2. Gebelik Planı	8
2.5.3. Üreme Yöntemi	8
2.5.4. Doğum Yöntemi	9
2.5.5. Doğum Öncesi Bakım	9
2.5.6. İdeal Kilo	10
2.5.7. Yeterli ve Dengeli Beslenme	10
2.5.8. Düzenli Egzersiz	11
2.5.9. Enfeksiyonlar	12

2.5.10. Aşılama	13
2.5.11. Madde Kullanımı	13
2.5.12. İlaç Kullanımı	14
2.5.13. Çalışma Koşulları ve Ev Ortamındaki Riskler	15
2.5.14. Ruhsal Durum	16
2.5.15. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	16
2.5.16. Anne-Baba Yaşı Nedenli Riskler	17
2.5.17. Folik Asit, Demir, Multivitamin Desteği	18
2.5.18. Tetkikler	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM	20
4. BULGULAR	22
4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri	22
4.2. Hastaların Kronik Hastalıkları	23
4.3. Hastaların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri	23
4.4. Hastaların Eşlerinin Kronik Hastalıkları	24
4.5. Hastaların Obstetrik Öyküsü	25
4.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Bilgi, Tutum ve Davranış Değerlendirilmesi	26
4.7. Gebelik Öncesi Bilgilendirilme, Uyum-Öneri Değerlendirilmesi	33
4.8. Kronik Hastalığı Olan Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Değerlendirilmesi	35
5. TARTIŞMA	37
5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları	47
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	49
KAYNAKLAR	50

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AÇS/AP	Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması
AH	Aile Hekimi
AIDS	Acquired İmmün Deficiency Syndrome
APGAR	Activity-Pulse-Grimace-Apparence-Respiration
ASD	Atriyal Septal Defekt
ASE	Aile Sağlığı Elemanı
BCG	Bacillus Calmette-Guerin
BMI	Body Mass İndex
C/S	Cesarean Section
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalık
DM	Diabetes Mellitus
DÖB	Doğum Öncesi Bakım
DRI	Dietary Recommended İntake
FDA	U.S. Food and Drug Administration
GDM	Gestasyonel Diabetes Mellitus
HAV	Hepatit A Virus
HBV	Hepatit B Virus
HCV	Hepatit C Virus
HELLP	Hemolysis Elevated Liver enzyme levels, Low Platelet count
HEV	Hepatit E Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HT	Hipertansiyon
IUGR	Intrauterin Growth Retardation
İİA	İnaktif İnfluenza Aşısı
Kkal	Kilokalori
Lt4	Levotiroksin
M.Ö.	Milattan Önce

MMR	Measles, Mumps and Rubella
NPH	Neutral Protamin Hegadon
NSAİİ	Non-Steroidal Anti-İnflamatuar İlaç
NTD	Nöral Tüp Defekti
NVY	Normal Vajinal Yol
Rh	Rhesus
Tdap	Tetanus, diphteria, aselluler pertussis
TMK	Türk Medeni Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TORCH	Toxoplazma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes simpleks virüs
TSH	Tiroid Stimulan Hormon
VKİ	Vücut Kitle İndeksi
VSD	Ventriküler Septal Defekt
VZV	Varisella Zoster Virus
WHO	World Health Organisation
YÜT	Yardımcı Üreme Teknikleri

TABLOLAR

	Sayfa
4.1. Hastaların Sosyodemografik Bilgi Dağılımı	22
4.2. Hastaların Kronik Hastalık Dağılımı	23
4.3. Hastaların Eşlerinin Sosyodemografik Bilgi Dağılımı	24
4.4. Hastaların Eşlerinin Kronik Hastalık Dağılımı	24
4.5. Hastaların Obstetrik Öykü Varlığı Dağılımı	25
4.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Oranları Dağılımı	26
4.7. Yaş ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	27
4.8. Eş Yaşı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	27
4.9. Gelir Düzeyi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	28
4.10. Eğitim Seviyesi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	28
4.11. Eş Eğitim Seviyesi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	29
4.12. Gebelik Sayısı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	30
4.13. Yaşayan Çocuk Sayısı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	30
4.14. Obstetrik Öykü ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Arasındaki Fark Dağılımı	31
4.15. Gebelik Planı/Gebelik Yöntemi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı	32
4.16. Prekonsepsiyonel Danışmanlık Tutumları ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Arasındaki Fark Dağılımı	32
4.17. Prekonsepsiyonel Danışmanlık Bilgi ve Uyum Dağılımı	33
4.18. Prekonsepsiyonel Danışmanlık Hizmeti ve Bilgilendiren Kişilerin Fark Dağılımı	34
4.19. Kronik Hastalık Bilgi Düzeyi	35
4.20. Kronik Hastalık ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Düzeylerinin Fark Dağılımı	36
4.21. Eş Kronik Hastalık ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Düzeylerinin Fark Dağılımı	36

1. GİRİŞ

Çocuk sahibi olmak; çiftlerin hayatında önemli kararlardan biri olmakla birlikte gelişmiş ülkeler de dahil meydana gelen gebeliklerin çoğu plansız bir şekilde olmaktadır. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve yaşam tarzları kadının gebelik sürecinin gidişatını ve doğacak bebeğin kaderini belirlemektedir (1).

Ana-çocuk sağlığını geliştirmede gebelik öncesi bakım ve doğum öncesi bakım olmak üzere iki temel ve birbiriyle ilişkili yaklaşımdan bahsedilir (2).

Doğum Öncesi Bakım (DÖB); gebe ve fetüsün, bir sağlık personeli tarafından, bütün gebelik sürecinde düzenli aralıklarla gerekli muayene yapıp, önerilerde bulunularak takip edilmesidir. Bu sebeple Sağlık Bakanlığı tarafından hem izlemde standardizasyonu sağlamak hem de daha nitelikli DÖB için “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” oluşturulmuştur (3). Doğum öncesi bakımın son derece yaygın ve düzenli uygulanmasına rağmen, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterince etkili olmadığı, gebelik öncesi bakım ile korele edildiği takdirde daha olumlu sonuçlar alındığı görülmüştür (2).

Prekonsepsiyonel bakım kavramı, ortalama otuz yıl önce kötü obstetrik sonuçları engellemek amacıyla gelişmiş ülkelerde ortaya çıkmıştır. Gebelik öncesi dönemde hem anne hem de baba adayının sağlığını iyileştirmeyi hedefleyen prekonsepsiyonel bakım yaklaşımı, sağlıklı gebelikte birlikte sağlıklı bebeğe sahip olmak için gebelik öncesi dönemde birtakım girişimleri içerir (4). Gebe ve fetus için risk teşkil edebilecek biyomedikal davranışsal ve sosyal riskleri konsepsiyondan önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan bir koruyucu sağlık hizmetidir(4, 5). Bu hizmetler; gebelik meydana gelmeden en az üç ay önce çiftlere rutin olarak sunulması gereken tarama, tanı, tedavi, sağlık eğitimi ve danışmanlık faaliyetlerini içermektedir. Ana amacı, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin sağlık durumlarını, gebelik öncesinde optimum seviyeye getirerek olumsuz gebelik sonuçlarını azaltmak ve sonraki nesillerde daha sağlıklı bireyler olmasına katkıda bulunmaktır (6).

Birçok ülkede, prekonsepsiyonel bakıma, doğum öncesi ve gebelik kılavuzlarında yer verilmiş olsa da, herhangi bir risk faktörü tanımlanmamış kadınlara

prekonsepsiyonel bakım verilmesi ihmal edilmiştir (7). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı tarafından çıkarılan bir “Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi” olmasına rağmen gebelik öncesi bakımla ilgili devlet eliyle hazırlanmış standart bir şema bulunmamaktadır (2). Bu durum dünyada olduğu gibi ülkemizde de prekonsepsiyonel bakımın istenilen seviyeye ulaşamamasına neden olmaktadır.

Prekonsepsiyonel bakım, hekimin hastalarından gebelik düşüncelerini öğrenip buna uygun üreme planı geliştirilmesi teşvikiyle başlar. Gebelik planı olmayan hastalarda doktor uygun kontarseptif yöntemin uygulanıp uygulanmadığını öğrenmelidir. Gebelik planı olanlarda ise risk değerlendirmesi yapıp bu doğrultuda danışmanlık vermek uygun olacaktır (8).

Prekonsepsiyonel bakım, istenmeyen gebeliklerin engellenmesi adına en önemli fırsattır (9). Plansız bir gebelikte, kadın gebe kaldığını farkedip ilk doğum öncesi kontrolüne gelinceye kadar geçen zamanda fetus, organogenez dönemini çoktan tamamlamakta ve ilk prenatal kontrol, perinatal olumsuzlukları gidermek için geç kalmaktadır (10, 11).

Sağlıklı gebelik süreci geçirmek ve sağlıklı çocuk sahibi olmak sadece gebelik döneminde değil gebelik oluşmasından önceki süreçte de sağlıklı bir yaşamı benimsemek ve yaşam tarzını bu doğrultuda değiştirmekle mümkündür (1). Bunun içindir ki gebelik öncesi bakım başta birinci basamak sağlık hizmetleri personeli olmak üzere üreme çağındaki çiftlerin temasta olduğu tüm sağlık personellerinin görevidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanım ve Amacı

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık, gebelikten önceki süreçte kadın ve eşinin sağlık durumunun geliştirilmesi ve iyilik hallerinin artırılması olarak tanımlanabilir. Sağlıklı gebe ve çocuk tüm gebeliklerde istenen ve beklenen sonuçtur. Dünyada birçok ülkede anne ve bebek mortalite ve morbidite durumları, en önemli sağlık konularındandır. Ülkemizde de birçok ülkeye benzer şekilde anne-bebek sağlık göstergelerinde ciddi düzelmeler görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri dikkate alındığında, ülkemizde anne ölümü 1990 yılında yüz bin canlı doğumda 97, 2015 yılında, yüz bin canlı doğumda 16 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölümü ise 2013 yılında bin doğumda 10.8, 2014 yılında bin doğumda 11.3, 2015 yılında ise bin doğumda 10.7 oranında olduğu belirtilmiştir. Anne-bebek ölüm oranlarında iyileşmeler olduğu görülse de, anne-bebek ölüm oranları henüz istenen seviyede değildir (12).

Kadınların gebeliğe olumsuz etki edebilecek bazı durumlarla gebeliğe başlamaları, hem maternal hem de fetal sağlık sorunlarına yol açabilmekte, aynı zamanda maternal ve fetal mortalite ve morbidite oranlarında da artışa neden olmaktadır. Gebeliğin 1. ve 2. trimesterinde başlayan prenatal danışmanlık ve bakım, anne ve fetus sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek riskli durumların ve bu riskli durumların sebep olacağı sağlık problemlerinin önlenmesinde geç kalabilmektedir (13). Bunun için gebelik öncesi dönemde danışmanlık ve bakım ihtiyacı doğmaktadır. Prekonsepsiyonel danışmanlık; gebelik planlayan çiftlere, sağlıklı bir hamilelik dönemi geçirmesi için fizyolojik ve psikolojik olarak hazırlanma fırsatı veren, maternal ve fetal riski en aza indirmeyi hedefleyen, gebelik öncesi üç aylık dönemde verilen, doğum öncesi bakımın temel bir bileşenidir. Gebelik öncesinde optimum sağlık düzeyi, sağlıklı, sorunsuz bir gebelik dönemi ve sağlıklı bir bebek doğum olasılığını en üst seviyeye çıkarmak için anne adaylarının ihtiyaç duyulan bilgiye zamanında ulaşmaları temel amaçtır (9, 14).

2.2. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Önemi

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık terimi gebelik planı olan üreme çağındaki kadınların bütün sağlık bakımını ifade eder. Anne ve fetusa zarar verebilecek anne/babaya ait her türlü potansiyel riskleri belirleyip bunları önlemeyi hedefler (15).

Embriyonik gelişimin en hızlı olduğu 4-12. haftalar arası embriyo-fetusun zararlı etkilere en açık olduğu evredir. Bu evre kadının mens kanamalarının geciktiği döneme tekabül etmektedir. Özellikle plansız ve istemsiz gebeliği olan kadınlar bu önemli dönemi gebeliklerinden habersiz geçirmektedirler. Bu da kötü gebelik sonuçlarına yol açmaktadır (16). Yapılan çalışmalar; gebeliğin 12. haftasından sonra başlayan gebelik takiplerinin gebeliğin en önemli dönemi olan 1. trimesteri ihmal ettiğini, tek başına antenatal bakımın kötü obstetrik sonuçları önlemede yetersiz olduğunu, risklerin önüne geçmek ve olumlu gebelik süreci için danışmanlık ve bakımın prekonsepsiyonel dönemde başlaması gerektiğini göstermektedir (17, 18).

Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri; bireylerde planlı doğurganlık bilinci oluşturmaya, anne-bebek ölümlerini azaltmaya, sağlıklı bir gebelik süreci için çiftleri fiziken ve ruhen hazırlamaya, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamaya, anne ve fetusun sağlığını iyileştirmeye, gebelik ve doğum esnasında çıkabilecek komplikasyonların önüne geçmesi açısından büyük önem arz etmektedir (16).

2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyada Gelişimi

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımla alakalı verilere ilk kez M.Ö. 9. yüzyılda rastlanmaktadır. 1825 yılında William Potts Dewees, prekonsepsiyonel ve evlilik öncesi dönemin, sağlıklı bir gebelik süreci açısından oldukça önemli olduğunu belirtmiştir. Prekonsepsiyonel bakım günümüzde ilk defa 1980 yılında Chamberlain tarafından ‘daha öncesinde kötü üreme sağlığı sonuçları olan kadınlar için gebe kalmadan önceki döneme özgü sağlık bakımı’ şeklinde tanımlanmıştır (16). 1980’li yıllarda prekonsepsiyonel bakım, genetik bozukluğu ve konjenital anomalisi olan, düşük doğum ağırlıklı ve ölüm oranları yüksek yenidoğanlar açısından koruyucu bir önlem olarak ortaya çıkmıştır. 1990 yılında, ABD (Amerika Birleşik Devletleri)’de,

prekonsepsiyonel bakımın içeriği tanımlanarak, birincil bakım hizmeti kapsamına dahil edilmiştir. Günümüzde, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum, halk sağlığı gibi uzmanlık alanları tarafından prekonsepsiyonel bakım, kadınlara yönelik sağlık hizmetlerinin önemli ve vazgeçilmez bir unsuru olarak kabul görmektedir. Son yıllarda, CDC (Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi), prekonsepsiyonel bakımın içeriğini belirlemiş, hizmetlerin iyileştirilmesi amacıyla medya ve internet yayınlarını güçlendirmiş ve sivil toplum kuruluşlarıyla birlikte çaba göstermiştir (19).

2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Ülkemizde Gelişimi

Ülkemizde, anne ve bebek ölümlerini azaltmak adına en fazla gebelik dönemi, doğum esnası ve doğum sonrası bakım hizmetlerine yer verilmiştir. Birleşik devletlerde çok daha önce ortaya çıkan doğum öncesi bakım hizmetlerine ülkemiz 2000’li yıllarda odaklanmaya başlamıştır (2). Bu alanda önemli adımlar atılmış ve verilen bakımı standardize etmek için Sağlık Bakanlığı çeşitli rehberler çıkarmıştır. Fakat diğerleri kadar önemli olan gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım hizmetleri talep doğrultusunda, bireysel düzeyde verilmekte olup, ülke genelini kapsayan standart şemalar ve kurumsallaşmış hizmetler henüz bulunmamaktadır (6). İhtiyaç duyduğumuz şey, bu çabaların bireysel düzeyde kalması değil, bütüncül olarak sağlık sisteminin her basamağına yayılmasıdır (2).

Türkiyede 2002 yılında uygulanmaya başlayan “evlilik öncesi danışmanlık” esasen, prekonsepsiyonel bakımın bir parçası sayılabilir. Fakat bu konudaki çabalarımızın 1930’lu yıllara dayandığını söylemek mümkündür. Türk Medeni Kanunu (TMK)’na göre evlenecek çiftlerin “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” (evlilik raporu) almaları zorunludur. Bu raporun düzenlenme usulü ve şekli 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda yer almaktadır. Buna göre akut dönemde bulunan sifiliz, lepra, tüberküloz hastaları, gonore hastaları ve akıl hastalarının iyileşmeden evlenmesi mümkün değildir. Konuyla ilgili yasalarda bulunan “evlilik raporlarını hükümet tabipleri verir” ifadesi 2002 yılında değiştirilerek; evlilik raporlarının sağlık ocakları ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) merkezleri tarafından verileceği ve Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda bildirilen hastalıklara AIDS, hepatit B ve hepatit C hastalıkları da

eklenmiş, genetik geçişli hastalıkların (özellikle talasemi) sorgulanması ve genel muayene yapılmasının gerekliliği bildirilmiştir (20).

Kişisel düzeyde bakıldığında gebelik öncesi bakım ülkemiz için yabancı bir kavram değildir. Önemli olan tüm bu bakım hizmetlerinin genele yayılması; hizmetin nasıl sunulacağına bakanlık ve ilgili kurumlarca yazılı olarak politika haline getirilmesidir. 2014 yılında Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı ‘‘Evlilik Öncesi Danışmanlık’’ ismiyle bir genelge yayınlamış ve danışmanlık hizmetlerinin bu genelge kapsamında gönderilen rehberler ışığında yürütülmesini bildirmiştir. Ayrıca danışmanlık alan bireylere ‘‘Evliliğe Sağlıklı Başlangıç’’ kitabı verilerek çiftlerin bilgi sahibi olması hedeflenmiştir (21, 22). ‘‘Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi’’nde evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin amaçlarından söz edilmiştir. Ayrıca ‘‘gebelik isteği ile başvuran çiftlere de gebelik öncesi danışmanlık verilmesi ve gerekirse tıbbi yaklaşım önerilecek durumların tespit edilmesi’’ ifadesiyle de prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin geleceğine ışık yakmıştır (21).

2.5. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Kapsamı

Ülkemizde gebe bakımında ve izleminde birinci basamak sağlık çalışanları 2010 yılında aile hekimliğine geçişin de tamamlanmasıyla önemli bir sorumluluk üstlenmişlerdir. Bu kapsamda her gebeden sorumlu bir hekim ve bir aile sağlığı elemanı bulunmaktadır (23). Üreme çağındaki kadının gebelik planı olsun ya da olmasın aile hekimleri bu bireylerle belli aralıklarla aile planlaması ve gebelik planları üzerinde görüşme yapmalıdırlar. Kadın ve eşinin çocuk sahibi olma planları varsa bu görüşmenin kapsamı genişletilmeli ve prekonsepsiyonel bakım kapsamındaki parametreler hakkında anne ve baba adayına bilgi verilmelidir. Prekonsepsiyonel bakım esnasında hekim ebeveyn adayının gebelik öncesi, gebelik esnası ve doğum esnasındaki hedeflerini belirlemeli, gelecekte oluşacak gebelikler için risk faktörlerini saptamalı, anne ve fetus için sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerine katkı sağlayacak her türlü öneride bulunmalıdır. Bu kapsamda gebelik öncesi ve gebelik evresini etkileyecek bazı parametrelerden bahsedilecektir.

2.5.1. Obstetrik Öykü

Kadın hayatında gebelik ve doğum aile bütünlüğünün oluşması, korunması; neslinin devamı ve toplum hayatı için oldukça önemli bir süreçtir . Bu süreci etkileyen başlıca etmenler; anne adayının kişisel deneyimleri, eğitim seviyesi, aile içi ilişkileri, kadının ve ailesinin gebeliğe karşı tutum ve tecrübeleri, ailenin sosyoekonomik durumu, çocuk sayısı ve istenme durumu , gebelikle ilgili riskler, sağlık kurumuna ulaşabilme durumu, doğum süresinin uzunluğu ve yaşayacağı ağrı olarak sayılabilir (24).

Ne yazık ki gebelik ve doğumlar çoğunlukla sorunsuz geçse de, tüm gebelikler potansiyel risk altındadır ve hem anne hem de fetüs için bazı istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (25). Abortus bunların başında gelmekle birlikte; suprapubik bölgede ağrı ve uterusu kramplarla ortaya çıkan, vajinal kanama ile birlikte gebeliğin uterusu atılması, gebeliğe dair bütün bulgu ve semptomların kaybolması olarak tarif edilmektedir (26). Bütün gebeliklerin yaklaşık %50-75'i spontan abortusla sonuçlanmaktadır (27). Gebeliğe dair istenmeyen durumlardan biri de ovumun uterusu kavite dışında yerleşmesiyle oluşan ektopik gebeliktir (28). Erken doğum eylemi gebelik komplikasyonlarından bir diğeridir. Vücut ağırlığı önemsenmeksizin 37. gebelik haftasını tamamlamadan doğan bebekler preterm bebek olarak adlandırılır. Preterm doğum neonatal ölümün ve doğum ile ilgili kısa ve uzun dönem morbiditenin önde gelen sebeplerindedir (29). Çoğul gebelikler bir başka kötü obstetrik öykü nedenidir. Bu gebeliklerde özellikle erken doğum ve prematüriteye bağlı komplikasyonlar artmakla birlikte preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği, ikizden ikize transfüzyon sendromu, sezaryen oranında artış gibi komplikasyonların sıklığında da artış görülmektedir (30) . İkiz gebelik insidansı %1-2 olmakla birlikte bir popülasyondaki çoğul gebelik insidansı genel olarak şu formül ile gösterilebilir: ikiz gebelikler $1/n$, üçüz gebelikler $1/n^2$, ve dördüz gebelikler $1/n^3$ (30, 31). Bir diğer önemli komplikasyon konjenital anomaliye sahip fetüs oluşumudur. Konjenital anomali; fetusa ait şekil, yapı ve fonksiyonların bir bölümü veya bir kısmında morfogenez esnasında standart tipten anormal olarak sapmayı gösteren ve mutlaka doğumda var olan gelişim kusurudur (32). Gebelik sürecinde istenmeyen bire başka durum gebeliğin ilk yedi ayı tamamlandıktan sonra meydana gelen ölümlerdir (ölü

doğumlar) ve TNSA 2013 verilerine göre ölü doğum hızı 1000 canlı ve ölü doğumda 5'dir (33). Şüphesiz ki gebeliğin en istenmeyen komplikasyonu anne ölümüdür. Tüm dünyada her yıl yaklaşık olarak 500.000-600.000 arası kadın gebelik ve doğum komplikasyonları sebebiyle hayatını kaybetmekte iken birçoğunda da gebeliğe bağlı çeşitli sağlık sorunları oluşmaktadır (23).

2.5.2. Gebelik Planı

Gebelik bir kadının hayatında en stresli dönemlerden biridir (34). Bu dönemde kadının duygu durumunu olumlu yönde etkileyecek ve kendini hazırlamasını sağlayacak önemli faktörlerden biri üremenin planlı ve istekli olmasıdır. Gebelik planı olmadan gebe kalan kadınların yaşayabileceği bazı riskli durumlar vardır ki bunlardan bazıları: maternal depresyon, inrauterin gelişme geriliği, erken doğum ve düşük doğum ağırlığıdır (34, 35). Yapılan bazı çalışmalar da gebeliğin planlı olmasının annenin bebeğe bağlanmasını arttırdığını göstermiştir (36).

ABD'de özellikle son 10 yılda prekonsepsiyonel bakımın anne ve bebek sağlığı açısından önemi artmış olup bunun için de üremenin planlı olması gerektiği dikkati çekmektedir (37).

2.5.3. Üreme Yöntemi

Üreme ve neslin devamlılığı tüm canlıların en temel içgüdülerinden biridir. Üreme spontan olarak veya yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanılarak gerçekleşmektedir (38). İnfertilite dünya nüfusunun %10'undan fazlasını etkilemekte olup yardımcı üreme teknikleri ile çocuk sahibi olan ebeveyn sayısı da gün geçtikçe artmaktadır (39). YÜT' nin ilk çıkışı onarılamaz tubal hasarı olan hastaların üremesini sağlamak için olmakla birlikte günümüzde kullanımını tubal ve peritoneal faktörler, uterin faktörler, ovaryen faktörler, endometriozis, açıklanamayan infertilite nedenleri ve erkek infertilitesi olarak genişletmek mümkündür (40). İnfertilite, çiftler için çoğunlukla stresli, pahalı, tanı ve tedavi için yapılan işlemler nedeniyle fiziksel olarak rahatsızlık verebilen bir durumdur. Bu dönemde devreye aile hekimi girerek sürekli ve bütüncül yaklaşım prensibiyle, ortaya çıkabilecek fiziksel, ruhsal ve sosyal sorunları fark edip çifte yardımcı olur (41).

2.5.4. Doğum Yöntemi

Gebelik ve doğum her ne kadar fizyolojik bir olay olsa da kadın için önemli bir stres nedenidir. Anne adaylarının doğum tercihinin vajinal yol ya da sezaryen doğum olması anne ve bebek sağlığı açısından önem arz etmektedir (42). Aslında kadın vücudunun fizyolojik yapısı vajinal yolla doğum için uygundur ve yeterli destek ve uygun müdahale ile normal vajinal doğumun başarılı bir şekilde gerçekleşmesi sağlanmaktadır(43). Bununla birlikte normal vajinal yol (NVY) ile doğumun ağırlı olması ve uzun sürmesi ayrıca anne adaylarının meydana gelebilecek sıkıntılardan çekinmeleri sebebiyle “isteğe bağlı C/S (sezaryen)” kavramı gündeme gelmiştir (44). Baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, makrozomi, distosi, fetal distres, eski sezaryen gibi durumlardan dolayı vajinal yolla doğum gerçekleşmemekte ya da anne ve/veya fetus açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Böyle durumlarda bebeğin sezaryen ile doğurtulması zorunlu hale gelebilmektedir (43). Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sezaryen oranının %15’in altında olmasını önermektedir (45). Türkiye’de ise bu oran 2001 yılında %21 iken, 2009 yılında %47, 2013 yılında ise %48’dir (46, 47).

2.5.5. Doğum Öncesi Bakım

Anne ve bebek sağlığını iyileştirmede temel stratejilerden biri olan doğum öncesi bakım (DÖB) anne ve fetüsün bütün gebelik boyunca düzenli aralıklar ile, eğitilmiş sağlık personelleri tarafından gerekli muayene ve önerilerde bulunularak izlenmesidir (48, 49). Türkiye’de doğum öncesi bakım hizmeti birinci basamakta aile hekimi (AH) ve aile sağlığı elemanı (ASE) ile sağlanmaktadır (50). WHO 2016’ya göre tavsiye edilen doğum öncesi bakım programı; 12. haftaya kadar ilki olmak üzere, devamı 20. , 26. , 30. , 34. , 36. , 38. ve 40.haftalarda olmak kaydıyla toplam 8 defadır (51). TNSA 2013 verilerine göre kadınların % 97’si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde yaptıkları son doğumlarında en az bir kez sağlık çalışanlarından (hekim veya hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almıştır ve bu kadınların da hemen hemen tamamına yakını (% 95) doğum öncesi bakımı hekimden almıştır (33).

2.5.6. İdeal Kilo

Sağlıklı yaşamı benimseme; anne ve bebek açısından sağlıklı ve canlı bir doğum yapma , anne ile yenidoğanın mortalite ve morbidite oranını düşürme açısından özellikle gebelik boyunca oldukça önemli yer tutmaktadır (52). Sağlıklı yaşam davranışlarına ideal kiloda olma ve ideal kilo alımı ile başlamak doğru olacaktır. Gebelikte kilo alımı kadar gebeliğe ideal kilo ile girmekte önemlidir. Üreme çağındaki kadınların %50'si fazla kilolu [vücut kütle indeksi (VKİ): 24.9-29.9kg/m²] veya obez (VKİ>30 kg/m²) iken , %18'i gebe kaldıklarında obezdir. Avrupa ve ABD'de %20-40 kadın gebelik süresince önerilenden fazla vücut ağırlığını artırmaktadır (53). Gebelikte fazla kilo/obezite anne adayında diabetes mellitus, hipertansiyon, preeklampsi, enfeksiyon, doğum esnasında fazla kanama, sezaryen oranında artışa neden olurken bebekte; erken doğum, düşük ya da yüksek doğum ağırlığı, konjenital anomali, neonatal asfiksi, neonatal ölüm, hipoglisemi, hiperbilirubinemi gibi sonuçlar doğurmaktadır (54). Gebelerin tüm gebelik süresince aldıkları toplam kilo < 9 kg ise “yetersiz ağırlık kazanımı”, 9-12 kg ise “normal ağırlık kazanımı”, >12 ise “ fazla ağırlık kazanımı” olarak değerlendirmek mümkündür (55). Gebelikte gerçekleşen kilo alımı yenidoğan ağırlığının en önemli belirleyicisi (56) olmakla birlikte gebelik öncesi düşük kilonun(BMI: < 18) da erken doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini artırdığı saptanmıştır (54). Bu nedenledir ki gebeliğe ideal kiloda başlamak ve tüm gebelik süresince normal sınırlar içerisinde kilo almak anne ve bebek sağlığı için önemli etkenlerden biridir.

2.5.7. Yeterli ve Dengeli Beslenme

Gebelik boyunca annenin beslenmesi ve yaşam şekli anne ve bebek sağlığı için oldukça önemlidir. Beslenmede amaç annenin hem kendi fizyolojik ihtiyaçlarını karşılayarak vücudundaki besin ögeleri yedeğini dengede tutmak hem de fetüsün normal bir şekilde büyüme ve gelişimini tamamlaması için gerekli besin ögeleri ve enerji ihtiyacını karşılamaktır (57). Gebelikte annenin beslenme durumunu etkileyen bazı faktörler vardır. Bunlar; annenin besin ihtiyacı, yaşı, gebelik sayısı ve doğum aralıkları gibi (58). Gebenin enerji ihtiyacı ise yaşamsal faaliyetleri ve fiziksel aktivite seviyesine ek olarak fetüsün büyümesi için gereken enerji toplamı kadardır. DRI (Diyetle Önerilen Alım Miktarları) ya göre gebe kadının ikinci trimestere kadar enerji

ihtiyacı gebe olmayan bir kadının tahmini enerji ihtiyacı kadardır. Fazladan enerji ihtiyacı birinci trimesterde ortalama 340 kkal ve üçüncü trimesterde ortalama 452 kkal dir. Gebe bir kadının günlük ortalama 2200 - 2900 kalori enerjiye ihtiyacı vardır (57). Gebelik döneminde yetersiz beslenmenin özellikle artmış düşük sıklığı, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, intaruterin gelişme geriliği, yenidoğan ölüm riski ve maternal malnutrisyon ile ilişkili olduğu literatürde bildirilmekle birlikte gebelikte yanlış beslenmenin postpartum obeziteye yol açtığı gösterilmiştir (59).

Günümüzde kabul gören sağlıklı beslenme stratejilerinin başında doymamış yağlar, tam tahıllar, protein alımı, meyve ve sebzeler gelirken; trans ve doymuş yağlar, yüksek rafine edilmiş tahıllar ve şekerli içeceklerin kullanımının sınırlandırılması, ek olarak folik asit ve D vitamini içeren multivitamin almak sağlıklı beslenme için önem arz etmektedir. Bu ilkeler ışığında oluşturulan bir diyet programı hemen hemen tüm yaşam evrelerinde olduğu gibi, özellikle gebelik döneminde de son derece sağlıklıdır (59) ve gebelik sürecinde beslenmede; her trimester için yeterli ve dengeli enerji ve kilo alımı, protein, demir, folat, iyot, B12, D, A vitamini, çinko ve probiyotik kullanımı önerilir (60). Bu besinlerin nasıl, hangi gıdalarla alınacağı ve miktarı, yeterli ve dengeli beslenmenin önemi anne adayına açıkça anlatılmalıdır.

2.5.8. Düzenli Egzersiz

Fiziksel aktivite; yaşamın her evresinde kardiyorespiratuvar kondüsyonun sürdürülmesine ve geliştirilmesine, obezite ve bununla birlikte olan komorbidelerde düşüşe, daha uzun ve sağlıklı bir yaşam sürülmesine imkan sağlamaktadır. Bundan dolayıdır ki gebelik sürecinde de fiziksel aktivite, gebelik ile ilişkili oluşabilecek komplikasyonları azaltması ve daha sağlıklı anne-fetus hayatı açısından önemlidir (61). Uygun zaman, sıklık ve şiddette yapılan egzersizin, gebelikte aşırı kilo alımının engellenmesinde, doğum sonu vücut ağırlığının azaltılmasında, glisemik kontrolün sağlanmasında, yaşam kalitesinin artırılmasında ve depresif semptomların azaltılmasında etkili olduğu bildirilmektedir (62). Ayrıca egzersizin sezaryenle doğum oranını azalttığı, hastanede yatış süresi ve doğumun aktif fazını kısalttığı, bel ağrısını azaltıp beden imajını iyileştirmede yardımcı olduğu bilinmektedir (63). Hafif orta şiddette yapılan fiziksel egzersizin fetüs üzerinde herhangi bir olumsuz etkisi kanıtlanmamıştır. Gebelere egzersiz reçetesi verirken, kadının gebelik öncesi egzersiz

alışkanlığı göz önünde bulundurulmalı, aerobik egzersiz yanında hafif şiddette kuvvet antrenmanları önerilmelidir. Düşme ve karın tarvması riski içeren aktivitelerden kaçınılmalı, gebelerin çok fazla yorulması engellenmelidir (62). Gebelik döneminde fiziksel olarak aktif, düzenli egzersiz yapan bir anne adayıyla karşılaşmak için gebelik öncesi süreçte de bu yaşam tarzını benimseyen kadınların oluşumuna destek olunmalıdır.

2.5.9. Enfeksiyonlar

Gebelik döneminde olduğu kadar gebelik öncesi dönemdeki riskli davranışlar ve enfeksiyon etkenlerine maruziyet de fetusun sağlıklı gelişimini olumsuz yönde etkiler ve çeşitli sorunlara neden olur. Bu sebeptendir ki ilk başta gebelik öncesi bakım önerilir (64). Gebelik öncesi bakımda hem anne adayının hem de fetusun bulaşıcı hastalıklardan korunması amaçlanır (65).

Konjenital enfeksiyona neden olan mikroorganizmalar için rutin prenatal serolojik tarama yapılıp yapılmayacağı tartışma konusu olmakla birlikte prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında bazı enfeksiyonlara karşı taramaları öneren kaynaklar da bulunmaktadır (65). Tüm gebelerin gebeliğin erken döneminde kızamıkçık, HBV, HIV, sifiliz ve asemptomatik bakteriyüri açısından taranması; ayrıca yüksek risk altındaki gebelerde HCV, gonore ve klamidya testlerinin yapılmasını önerilmektedir. Aynı zamanda tüm kadınların suçiçeği, genital veya oro-labial herpes öyküsünün sorgulanması ve B grubu streptokok enfeksiyonları açısından 35-37 gebelik haftasında vajinorektal kültürle taranması da öneriler içerisinde (66).

Gebelik sürecinde görülen enfeksiyonlar hem anne hem fetus için asemptomatik seyredebileceği gibi mortalite ve morbidite kaynağı olabilir. Bunların başında abortus, konjenital anomali ve intrauterin ölüm gelir.

Gebelik sırasında en sık görülen enfeksiyonlar idrar yolu enfeksiyonu (%17-20 ile ilk sırada), İnfluenza, grup B streptokoklar, HEV (hepatit E virüsü), HAV (hepatit A virüsü), VZV (varisella zoster virüs), parvovirus B19, kızamık, TORCH grubu enfeksiyonlar (toksoplazma, rubella, sitomegalovirüs ve herpes simpleks virüs), enterovirüs ve adenovirüstür.

Annedeki enfeksiyon etkeni bebeğe; hematojen (transplasental) yol ile, assendan, doğum sırasında (vertikal) geçiş ile ya da doğumdan sonra emzirme ile geçer (65). Gebenin herhangi bir enfeksiyon belirtisi ile karşılaştığında kafasına göre ilaç kullanmayıp doktoruna başvurması gerektiği anlatılmalıdır. Gebelik enfeksiyonlarını önlemede en büyük etken şüphesiz ki aşılardır.

2.5.10. Aşılama

Hastalık meydana gelmeden alınacak tedbirler olarak tanımlanan koruyucu hekimlik kapsamında, edinsel bağışıklık oluşturulmasında sıklıkla başvuru olan yöntemlerin başında aşılarda gelir. Enfeksiyonlardan korunmada aşılarda hiçbir zaman tek başına yeterli olmayıp diğer korunma prensipleri ile birlikte uygulanması gerekmektedir (67).

Gebelik döneminde aşı uygulama stratejileri genel olarak, "aşılarda kullanımı ile elde edilecek faydanın, gebede, embriyoda veya fetusta meydana gelebilecek potansiyel zarardan daha fazla olması durumunda uygulanabileceği" olarak özetlemek mümkündür (68). Erişkin tip difteri, tetanos, dozu azaltılmış asellüler boğmaca (Tdap) ve inaktif influenza aşılarda (İİA) gebeler için güvenli ve rutin önerilen aşılardır. Ancak kızamık, kızamıkçık, kabakulak (MMR), suçiçeği, BCG, HPV gibi aşılarda gebelikte uygulanması kontrendike olan aşılardır. Özel durumlarda uygulanabilecek aşılarda kapsamında da pnömokok, meningokok, haemophilus tip B, hepatit B, hepatit A ve kuduz aşısı sayılabilir (69). MMR gibi canlı aşı uygulanan kadının en az 3 ay gebe kalması önerilmez (70).

Aşı karşıtlığının popüler olduğu günümüzde özellikle üreme çağındaki kadınların aşı kabulünü arttırmak için yeni yöntemler ve politikalar uygulanmalıdır.

2.5.11. Madde Kullanımı

Gebelikte zararlı madde kullanımı anne ve fetüs sağlığı için önemli bir halk sağlığı sorunudur (71). Bundan dolayıdır ki gebelik döneminde madde kullanımı ile karşılaşıldığında multidisipliner bir yaklaşımla kadın doğum hekiminin yanı sıra psikiyatri uzmanı, halk sağlığı uzmanı ve pediatri uzmanı ile birlikte hasta değerlendirmeye alınmalıdır (72).

Gebelikte en sık kullanılan madde sigara olmakla birlikte bunu alkol, esrar ve diğer yasadışı maddeler takip eder (71). Ülkemizde yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullananların oranı %11.9, gebelikten önce sigara kullanan kadınların oranı %26.6 bulunmuştur (73). Gebelikte sigara kullanımı düşük doğum ağırlığına, intrauterin gelişme geriliğine, erken doğuma, yeni doğanın yoğun bakım ihtiyacında artışa ve ölü doğuma neden olurken; gebede ektopik gebelik, spontan abortus ve çeşitli organ kanserlerine yol açabilmektedir. Alkol kullanımı gebe kalma şansını azaltmakla birlikte (72) yapılan çalışmalarda gebelik esnasında alkol tüketim sıklığı %2.2-87 arasında değişmektedir (74). Gebelikte alkol kullanımı fetüsta fetal alkol sendromu, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, düşük, konjenital anomali ve ölü doğuma neden olurken; ilerleyen yaşlarda disleksi, öğrenme bozuklukları ve beyin hasarı görülme riskinde de artışa yol açmaktadır (75). Gelişmiş ülkelerde 15-44 yaş kadınlarda uyuşturucu madde kullanım sıklığı %7,5 bulunmakla birlikte ülkemizde gebelerde madde kullanım sıklığını araştıran bir çalışma bulunmamaktadır (76). Kullanılan diğer bir madde kokaindir ve plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği, spontan abortus, hipertermi; fetusta intrauterin serebral infarkt ve üriner traktus anomali riskinde artışa neden olmaktadır (72). Opioid kullanımının perinatal komplikasyonları arasında, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, fetal ölüm, baş çevresinde küçüklük, düşük apgar skoru, amnios sıvısında mekonyum, erken membran rüptürü, koryoamnionit ve neonatal abstinans sendromu sayılabilir. Marihuanna erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğuma neden olabilmektedir (72).

Gebelik planı olan tüm kadınlar ve erken gebelik haftasındaki tüm gebeler sigara, alkol ve diğer madde kullanımları açısından sorgulanmalıdır. Gebelikten önce madde kullanımını bırakmaları mutlaka sağlanmalıdır (77).

2.5.12. İlaç Kullanımı

Gebelik, mümkün olan en sağlıklı şekilde geçirilmesi gereken bir süreç olarak bilinse de, yalnızca sağlıklı kadınlar tarafından deneyimlenen bir dönem değildir. Anne adayında daha önceden bulunan kronik hastalıklar ya da gebelik döneminde yeni teşhis konulan bir hastalık gebelikte ilaç kullanımını gerektirebilir. Yapılan bazı çalışmalarda ülkelere göre sıklığı değişmekle birlikte gebelerin %80-90' ının en az bir

reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır (78). Gebelik döneminde kullanılan ilaçlar, kullanıldığı trimestere, dozuna ve maruziyet süresine de bağlı olarak bir takım toksik, teratojenik ya da yan etkilere sebebiyet verebilmektedirler (79). FDA gebelik risk kategorileri, 1979 yılında ilaçların gebelikteki etkilerine dair deneysel hayvan ve insan çalışmalarına bir standardizasyon getirme amacıyla ortaya çıkmıştır.

- A- İnsanlar üzerinde yapılmış kontrollü çalışmalar var; fetal risk bulunmamakta.
- B- İnsanlar üzerinde yapılmış kontrollü çalışma yok; hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda fetal risk yok.
- C- İnsanlar ve hayvanlar üzerinde kontrollü çalışmalar yok ya da yalnızca hayvanlar üzerinde fetotoksik etkisi gösterilmiş; insanlar üzerinde fetal risk kanıtı bulunmamakta.
- D- İnsanlar üzerinde fetal risk oluşturduğuna dair kanıt mevcut olmakla birlikte kar-zarar oranına bakılarak kullanmak mümkün.

X- İnsanlarda ve hayvanlarda fetal anomaliye neden olduğu gösterilmiş olmakla birlikte gebelerde kullanımı yüksek riskli ve kontrendikedir (79).

Gebeye illaki bir ilaç başlanması gerekirse bunun A ya da B grubu olmasına özen gösterilmelidir.

2.5.13. Çalışma Koşulları ve Ev Ortamındaki Riskler

Kadınlar gerek fizyolojik-biyolojik özellikleri gerekse toplumdaki beklenen rolleri sebebiyle toplum ve aile sağlığı açısından hem ev içinde hem de dış ortamda ağır sorumluluklar üstlendiğinden çevresel değişkenlerden daha çok etkilenmektedirler (80). Gebelik fizyolojik bir olay olmakla birlikte tüm kadınlar çevrenin de etkisiyle riskli gebe adaydır.

Düşük sosyoekonomik seviye, anne ve eşinin mesleği: vasıfsız işçi olma, olumsuz çalışma koşulları, yüksek stresli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği, teratojenlere maruziyete vb. gibi nedenler çevresel riskleri oluşturup gebe ve fetüste morbidite ve mortaliteyi artırıcı etkiler gösterebilmektedir (25). Gebelik öncesi danışmanlık sürecinde ve gebelik dönemindeki izlem sırasında anne adayının ev ve iş ortamındaki yaşam şekli sorgulanmalı gebe ve fetüs için sağlıklı bir süreç

geçirebilmeleri adına önerilerde bulunulmalı gerekirse birtakım değişiklikler yapılması adına adımlar atılmalıdır.

2.5.14. Ruhsal Durum

Kadınlar için doğal bir yaşam krizidir gebelik (81). Gebelik ve doğum süreçlerinin sebep olduğu nöroendokrin ve psikososyal farklılıklar, yaşamın diğer dönemleriyle karşılaştırılmayacak kadar fazladır. Bu sebeple gebelik kaygı ve strese neden olabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir süreçtir (82). Her gebeliğin, planlı ya da plansız olsun, hem bilinçli hem de bilinçdışı güdüleyicileri bulunmaktadır. Bunlar; sevmeye, sevilme ve narsistik ihtiyaçlarını, yetiştirme arzularını, kadınlığını kanıtlamayı, bazen de kaybın yerine konmasını ihtiva etmektedir. Fakat bu durum bazen korku, endişe ve kaygılı bekleyişe neden olabilir (83).

Gebelik süreci depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu ve psikoz gibi ruhsal hastalıklara yatkınlığın arttığı bir evredir (84). Gebelikte en sık görülen ruhsal bozukluk %12-36 görülme sıklığı ile depresyon ve depresif belirtilerdir. Gebelikteki depresyon erken doğum, preeklampsi, güç doğum, doğum esnasında cerrahi müdahale ihtiyacında artış, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlıklı ve düşük apgar skorlu yenidoğan gibi obstetrik komplikasyonlara sebep olmaktadır (85). Gebelik ve öncesi dönemde ilgili sağlık personeli fizyolojik ve biyolojik değişimlere odaklanmakla birlikte gebeliğin ruhsal yönünü es geçmektedirler. Bunun sebebi olarak konu hakkında bilgi ve deneyim yetersizliği gösterilebilir. Oysa gebelik psikolojisi ve gebelikle ilgili ruhsal sorunların bilinmesi sağlık çalışanlarının farkındalığını artıracak, kadınların konu hakkında bilgilendirilmesini sağlayacak böylece gebelik döneminde bir çok ruhsal sorunun önlenmesi, erken tanınması ve tedavisine imkan tanıyacaktır (81).

2.5.15. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH), önlenemez sebepleri olan ve ciddi komplikasyonlara yol açan çoğunlukla cinsel temas ile bulaşan hastalıklar olarak tanımlanır (86). WHO'nun 2012 yılındaki tahminleri, cinsel yolla bulaşan hastalık vakalarına her yıl 143 milyon trikomonas, 130 milyon klamidya, 84 milyon gonore, 6

milyon sifiliz olmak üzere 362 milyon enfeksiyon, günde yaklaşık 1 milyon yeni vakanın eklendiği yönündedir. Gebelerin cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara yakalanması gebelik sürecinde olumsuzluklara neden olmaktadır. Gebelerde C. trachomatis prevalansı ülkelere ve bölgelere göre farklılık göstermekle birlikte sıklıkla %8-12 olarak bildirilmektedir. Klamidya enfeksiyonunda gebelikte pnömoni ve oftalmiya neonatorum görülür. Gonorenin gebelikte görülme sıklığı %0.5-7 olmakla birlikte gebelik döneminde oftalmiya neonatorum, neonatal sepsis, artrit ve deri abselerine neden olmaktadır. Her 100bin kişiden 20'si sifiliz ile enfekte olup gebelikte fetal ölüm, yenidoğan ölümü, konjenital anomaliler; uzun dönem işitme, görme ve nörolojik bozukluklara yol açmaktadır (87). Türkiyede 2011 verilerine göre cinsel yolla bulaşan hastalıkların dağılımı; HIV için 5224 kişi, gonore için 263 kişi, sifiliz için 383 kişi, hepatit C için ise 650 kişidir. Kadınlar; cinsel organlarının konumu ve yapısı gereği erkeklere göre daha fazla risk altındadır.

Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında kadına ve eşine cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunma eğitimi vermek doğru olacaktır. Bunlardan bazıları;

- Her cinsel ilişki esnasında kondom kullanmak.
- Başkaları ile de cinsel ilişkisi olduğu bilinen kişiyle ilişkiye girmemek.
- Kan ve/veya kan ürünü tedavisini güvenli yollardan almak.
- Girişimsel işlemler esnasında dikkatli olmak.
- Hepatit B ve HPV'ye karşı aşı yaptırmak (88).

2.5.16. Anne-Baba Yaşı Nedenli Riskler

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere günümüzde pek çok kadın; çocuk sahibi olmayı sosyoekonomik ve eğitim gibi sebeplerden dolayı, kırklı yaşlara ertelemektedir. 35 yaş üstü kadınlarda yaşa bağlı medikal sorunlar ve kronik hastalıklar daha sık gözlenmekte olup, yüksek riskli gebeler grubunu meydana getirirler. İleri yaştaki gebelerde kronik hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, ablasyo plasenta, malprezentasyon, erken doğum, fetal kromozomal anomali, uzamış doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı, perinatal morbidite-mortalitede artış ve sezaryen oranında artış gibi olumsuzlukların ortaya çıktığı görülmektedir (89). İleri anne yaşı kadar önemli

olan bir diğ er sorun da adolesan yaş ta (10-19 yaş) anneliktir ki bu hem geliş miş hem de geliş mekte olan ÷lkelerin halk sağlığı sorunudur. Adolesan gebeliğin komplikasyonları arasında; abortus, anemi, malnutrisyon, gebeliğin ind÷klediği hipertansiyon, preterm doğum, d÷ş ÷k doğum ağırlıklı yenidoğan, preeklampsi, konjenital anomali, fetal distress, fetomaternal mortalite ve morbiditede artış sayılabilmektedir (90). Gebelik planı olan kadının yaş ı da göz önünde bulundurularak anne adayına tüm bu riskleri anlatmak gerekmektedir.

Ayrıca baba yaş ının 55'in üstünde olması bebeğin down sendromlu olma ve ekstremitelere yönelik konjenital malformasyon riskini artırır (1).

2.5.17. Folik Asit, Demir, Multivitamin Desteği

Gebelikte yeterli ve dengeli beslenmeyle birlikte uygun ağırlık kazanımı gebeliğe bağlı kısa ve uzun süreli komplikasyonları önlemek için önemlidir. Gebelik döneminde gereken besin ve enerji miktarı artmakla birlikte folik asit, vitamin B12, A vitamini, D vitamini ve antioksidan vitaminlerin (E ve C vitamini) eksiklikleri ortaya çıkabilmektedir. Bu da fetal büyüme ve geliş me sorunlarıyla birlikte preeklampsi, gestasyonel diyabet, ablasya plasenta, plasenta enfarktüsü, IUGR, immün fonksiyonlarda bozulma, d÷ş ÷k doğum ağırlığı ve erken doğum gibi gebelik komplikasyonlarının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir (91). Dünya genelinde her yıl, 276 bin yenidoğanın konjenital anomaliler nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Ciddi sonuçları olan konjenital anomalilerden birisi de gebeliğin 3. ve/veya 4. haftasında beyin ve/veya spinal kordun malformasyonu ile sonuçlanan nöral tüp defektleridir (NTD) . Folik asit eksikliği fetal NTD için beslenmeyle iliş kili maternal bir risk etkenidir. Gebelik döneminde artmış folat tüketiminin NTD geliş imini azalttığı göz önünde bulundurulursa gebelik planı olan üreme çağ ındaki kadınların gebe kalmadan en az bir ay önce baş lanarak gebeliğin ilk üç ayında 0.4 mg/gün folik asit kullanımı önerilmektedir (92). Ayrıca gebelik döneminde demir ve folik asit desteği; doğum asfiksisi ve preterm eylem riskini azaltarak yenidoğan mortalite ve morbiditesini d÷ş ÷rmektedir. Bundan dolayıdır ki DSÖ demir ve folat desteğini önermektedir (93).

Gebelik öncesi dönemden itibaren ağırlık kontrolü ile birlikte yeterli ve dengeli beslenmenin izlenmesi, besin alımının düzenli olarak takibi ile yetersizliklerin erken dönemde belirlenmesi ve vitamin eksikliklerine bağlı fetomaternal sorunların önlenmesi için gerekli takviyelerin verilmesi önemlidir (91).

2.5.18. Tetkikler

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında 15-49 yaş kadın izlemi esnasında birinci basamakta yapılan bazı tetkikleri vardır. Bunlar arasında; hemogram, tam idrar tetkiki, kan basıncı ölçümü, meme muayenesi, servikal smear sayılabilir (94). Gebelik planı olan kadında bu tetkikler genişletilerek erken tanı ve tedaviyle anne ve bebek için daha sağlıklı bir gebelik dönemi oluşturmak mümkündür.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız prospektif, gözlemsel bir çalışmadır. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.05.2017/24 tarih ve sayılı onayından sonra Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne ve Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne 1 Haziran 2017-30 Mayıs 2018 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü tüm gebeler hedeflendi.

Çalışmaya katılan hastalara Helsinki Bildirgesi'ne göre hazırlanan " Hasta Bilgilendirme Formu" ve "Hasta Onam Formu" okutulmuş ve hastalardan imzalı onamları alınmıştır.

Çalışmada, gebelerin ve eşlerinin kronik hastalıkları, sosyodemografik bilgileri (yaş, eğitim durumu, aylık ortalama gelir, meslek) veri formuna kaydedilmiştir. Gebelik, yaşayan çocuk, abortus, intrauterin ölüm, sezaryen, erken doğum sayıları kaydedilmiştir. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık kapsamında; şimdiki gebeliğinin planlı olup olmadığı, doğal yolla olup olmadığı, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın gerekliliği ile ilgili düşünceleri, gebelik öncesi danışmanlık alma durumu ve almışsa nedeni, danışmanlık hizmetini kimden ve ne zaman aldığı sorgulanmıştır.

Gebelik öncesi bilgilendirme kapsamında; ideal kilo, beslenme, egzersiz, enfeksiyonların önlenme ve tedavisi, aşılamaya, sigara-alkol gibi zararlı alışkanlıklar, ilaç kullanımı, ev ve iş ortamındaki tehlikeler, depresyon, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yaş nedenli riskler, folat, demir, multivitamin desteği, yapılması gereken tetkikler ile ilgili sorular sorulmuş ve bilgilendirme yapılmışsa gebenin uyumu sorgulanmıştır.

Kronik hastalığı olanların, gebelik öncesi dönemde, kronik hastalığının gebelik üzerine etkisi ile ilgili bilgilendirilme durumu sorulmuştur.

İstatistiksel Analiz

Sürekli veriler Ortalama \pm Standart Sapma olarak verilmiştir. Kategorik veriler ise yüzde (%) olarak verilmiştir. Oluşturulan çapraz tabloların analizinde Pearson Ki-Kare ve Pearson Kesin (Exact) Ki-Kare analizleri kullanılmıştır. Analizlerin uygulanmasında IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) programından yararlanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ değeri kriter kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamız, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği ve Eskişehir Devlet Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yapılmıştır ve çalışmaya 1020 gebe dahil edilmiştir.

4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların yaş ortalaması 28.61 ± 5.20 olarak saptanmıştır (Median=28 (25.0-33.0)). Hastaların eğitim durumu incelendiğinde; lisans üstü 24 (%2.4), lisans 172 (% 16.9), ön lisans 103 (% 10.1), lise 301 (% 29.5), ortaokul 252 (%24.6), ilkokul 153 (% 15.0), okur-yazar olmayan 15 (% 1.5) gebe tespit edilmiştir. Hastaların çalışma durumu incelendiğinde; memur 91 (% 8.9), öğrenci 22 (% 2.2), işçi 108 (% 10.6), esnaf 10 (% 1.0), özel sektör 13 (% 1.2), ev hanımı olan 776 (% 76.1) gebe saptanmıştır. Hastaların aylık gelir durumları incelendiğinde; geliri giderini karşılayan 845 (% 82.8), geliri giderinden düşük 151 (% 14.8), geliri giderinden fazla 24 (% 2.4) gebe tespit edilmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Bilgi Dağılımı

		Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş		28.6186 ± 5.20084	
		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Eğitim durumu	Lisans Üstü	24	2.4
	Lisans	172	16.9
	Ön Lisans	103	10.1
	Lise	301	29.5
	Ortaokul	252	24.6
	İlkokul	153	15.0
	Okur-Yazar Değil	15	1.5
Çalışma Durumu	Memur	91	8.9
	Öğrenci	22	2.2
	İşçi	108	10.6
	Esnaf	10	1.0
	Özel Sektör	13	1.2
	Ev Hanımı	776	76.1
	Aylık Gelir	Gelir=Gider	845
Gelir<Gider		151	14.8
Gelir>Gider		24	2.4

4.2. Hastaların Kronik Hastalıkları

Hastaların kronik hastalıkları incelendiğinde; kronik hastalığı olan 160 (% 15.6), kronik hastalığı olmayan 860 (% 84.4) gebe saptanmıştır. Kronik hastalık dağılımları incelendiğinde en sık olarak sırasıyla; hipotiroidi 53 (% 6.0), astım 17 (% 2.0), diabetes mellitus 16 (% 2.0), trombofili 13 (% 1.5), hipertansiyon 12 (% 1.4), duygudurum bozukluğu 11 (% 1.3), migren 9 (% 1.0), epilepsi 8 (% 0.9) olarak bulunmuştur (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Hastaların Kronik Hastalık Dağılımı

		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Kronik Hastalıklar	Var	160	15.6
	Yok	860	84.4
Kronik Hastalık Dağılımı	Hipotiroidi	53	6.0
	Astım	17	2.0
	Diabetes Mellitus	16	2.0
	Trombofili	13	1.5
	Hipertansiyon	12	1.4
	Duygudurum Bzk.	11	1.3
	Migren	9	1.0
	Epilepsi	8	0.9

4.3. Hastaların Eşlerinin Sosyodemografik Özellikleri

Hastaların eşlerinin yaş ortalaması 32.01 ± 5.42 olarak saptandı (Median=32 (28.0-36.0)). Hastaların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; lisans üstü mezunu 36 (% 3.5), lisans mezunu 201 (% 19.7), ön lisans mezunu 81 (% 7.9), lise mezunu 408 (% 40.0), ortaokul mezunu 180 (% 17.6), ilkokul mezunu 107 (% 10.5), okur-yazar olmayan 7 (% 0.6) kişi saptandı. Meslek durumları incelendiğinde; memur 176 (% 17.3), öğrenci 4 (% 0.4), işçi 623 (% 61.1), emekli 1 (% 0.1), çiftçi 17 (% 1.7), esnaf 82 (% 8.0), özel sektör 42 (% 4.1), serbest meslek 75 (% 7.4) kişi olduğu görüldü.

Tablo 4.3. Hastaların Eşlerinin Sosyodemografik Bilgi Dağılımı

		Ortalama ± Standart Sapma	
Yaş		32.0157 ± 5.42355	
		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Eğitim durumu	Lisans Üstü	36	3.5
	Lisans	201	19.7
	Ön Lisans	81	7.9
	Lise	408	40.0
	Ortaokul	180	17.6
	İlkokul	107	10.5
	Okur-Yazar Değil	7	0.6
Çalışma Durumu	Memur	176	17.3
	Öğrenci	4	0.3
	İşçi	623	61.1
	Esnaf	82	8.0
	Özel Sektör	42	4.1
	Emekli	1	0.1
	Çiftçi	17	1.7
	Serbest Meslek	75	7.4

4.4. Hastaların Eşlerinin Kronik Hastalıkları

Hastaların eşlerinin kronik hastalıkları incelendiğinde; kronik hastalığı olan 44 (% 4.3), olmayan 976 (% 95.7) kişi olduğu görüldü. Kronik hastalıklarının dağılımı değerlendirildiğinde, sıklık sırasına göre; hipertansiyon 8 (% 0.8), astım 5 (% 0.5), talasemi minör 5 (% 0.5), diabetes mellitus 3 (% 0.3), kronik renal yetmezlik 2 (% 0.2), peptik ülser 2 (% 0.2) kişi olarak görüldü (Tablo 4.4).

Tablo 4.4 Hastaların Eşlerinin Kronik Hastalık Dağılımı

		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Kronik Hastalıklar	Var	44	4.3
	Yok	976	96.7
Kronik Hastalık Dağılımı	Hipertansiyon	8	0.8
	Astım	5	0.5
	Talasemi	5	0.5
	Diabetes Mellitus	3	0.3
	Kronik Renal Yetmezlik	2	0.2
	Peptik Ülser	2	0.2

4.5. Hastaların Obstetrik Öyküsü

Hastaların obstetrik öyküsü incelendiğinde; düşük öyküsü olan 221 (% 21.7) kişi, intrauterin ölüm öyküsü olan 25 (% 2.5) kişi, doğuştan engelli çocuğu olan 5 (% 0.5) kişi, sezaryen ile doğum öyküsü olan 269 (% 26.4) kişi, erken doğum öyküsü olan 97 (% 9.5) kişi, istek dışı gebelik sonlandıran 66 (% 6.5) kişi tespit edilmiştir (Tablo 4.5). İstek dışı gebelik sonlandırma nedenleri sıklık sırasına göre; fetal kalp atımı olmaması nedeniyle 51 (% 5.0), ilaç veya radyasyon maruziyeti nedenli 4 (% 0.4), TORCH grubu enfeksiyon nedenli 3 (% 0.3), ektopik gebelik nedenli 2 (% 0.2) kişi olarak bulunmuştur.

Tablo 4.5. Hastaların Obstetrik Öykü Varlığı Dağılımı

Obstetrik Öykü		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Düşük	Yok	799	78.3
	Var	221	21.7
İntrauterin Ölüm	Yok	995	97.5
	Var	25	2.5
Doğuştan Engelli Çocuk	Yok	1015	99.5
	Var	5	0.5
İstek Dışı Gebelik Sonlandırma	Yok	954	93.5
	Var	66	6.5
Sezaryen Doğum	Yok	751	73.6
	Var	269	26.4
Erken Doğum	Yok	923	90.5
	Var	97	9.5

4.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Bilgi, Tutum ve Davranış Değerlendirilmesi

Hastaların planlı gebelik oranı % 73.4, doğal yollarla gebe kalma oranı % 96.2 olarak bulunmuştur. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık almayı düşünen gebe oranı %37.1, danışmanlık alanların oranı % 33.4 olarak bulunmuştur. En sık danışmanlık alma nedenleri sırasıyla; sağlıklı bir gebelik olması düşüncesi % 74.9, daha önceki gebelikteki sorun nedenli % 19.0, primer infertilite nedenli % 10.0, sekonder infertilite nedenli % 6.0 olarak tespit edilmiştir. En sık danışmanlık almama

nedenleri sırasıyla; konu hakkında bilgi sahibi olunmaması % 49.7, istenmeyen gebelik olması % 33.5, gereksiz olduğu düşüncesi % 8.9 olarak tespit edilmiştir. Danışmanlık alınan kişi/yer sırasıyla; tıp dışı alanlar (internet, dergi, kitap, sosyal çevre...) % 50.9, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı % 41.2, aile hekimi % 4.1, aile sağlığı elemanı % 3.8 olarak saptanmıştır. Danışmanlık alanlar arasında, gebelikten 0-3 ay önce danışmanlık alanların oranı % 47.2, 4-6 ay önce alanların oranı % 20.9, 7 ay-1 yıl önce alanların oranı % 11.3, 1 yıldan daha uzun süre önce alanların oranı % 20.6 olarak bulunmuştur. Sonraki gebeliğinde danışmanlık almayı düşünenler % 64.9, danışmanlığın üreme çağındaki her kadına rutin olarak verilmesini düşünenler % 95.0, gebelikte düzenli kontrole gidenler % 96.8, gebelikte maternal ve/veya fetal sorunla karşılaşanlar % 28.5 olarak bulunmuştur. Gebelikte maternal ve/veya fetal sorun yaşayanlar içinde sıklık sırasına göre; fetal anomali % 15.4, düşük riski % 13.7, artmış trizomi 21 riski % 13.0, gestasyonel diabetes mellitus % 9.6, intrauterin gelişme geriliği % 9.2, erken doğum riski % 7.2, rh-rh uygunsuzluğu % 4.0 olarak bulunmuştur. Eşi danışmanlık alanlar ise % 23.9 olarak bulunmuştur (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Oranları Dağılımı

Prekonsepsiyonel Danışmanlık		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Gebelik Durumu	Planlı	749	73.4
	Plansız	271	26.6
Gebelik Yöntemi	Doğal	981	96.2
	Tedavi İle	39	3.8
Prekonsepsiyonel Danışmanlık	Düşünen	378	37.1
	Düşünmeyen	642	62.9
	Alan	341	33.4
	Almayan	679	66.6
Danışmanlık Hizmeti Alınan Kişi/Yer	Aile Hekimi	14	4.1
	Aile Sağlığı Elemanı	13	3.8
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzm.	140	41.2
	Tıp Dışı Alanlar	173	50.9
Hastanın Eşinin Danışmanlık Durumu	Alan	244	23.9
	Almayan	776	76.1
Sonraki Gebelikte Danışmanlık Alma Durumu	Düşünen	662	64.9
	Düşünmeyen	358	35.1

Hastaların yaşı ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma düşünceleri arasındaki fark incelendiğinde yaşı 30 ve üstü olan gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık alma düşünceleri yaşı 30'un altında olanlara göre anlamlı derecede fazla bulunmuştur ($p=0.029$). 30 yaş ve üstü kadınlar ile 30 yaş altı kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık alma düzeyleri kıyaslandığında 30 yaş ve üstü kadınların anlamlı derecede daha fazla danışmanlık aldığı saptanmıştır ($p=0.018$). 30 yaş ve üzeri gebeler ile 30 yaş altı gebeler karşılaştırıldığında sonraki gebeliklerinde prekonsepsiyonel danışmanlık almayı düşünmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.835$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Yaş ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

		Yaş		P
		<30	>=30	
Prekonsepsiyonel danışmanlık almayı düşündün mü?	Evet	% 39.7	% 33	0.029
	Hayır	% 60.3	%67	
Prekonsepsiyonel danışmanlık aldın mı?	Evet	% 36.5	% 29.3	0.018
	Hayır	% 63.5	% 70.7	
Sonraki gebeliklerinde prekonsepsiyonel danışmanlık almayı	Evet	% 64.8	% 65.6	0.835
	Hayır	% 35.2	% 34.4	

30 yaş ve üstü hasta eşleri ile 30 yaş altı hasta eşleri karşılaştırıldığında iki grup arasında gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.060$) (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Eş Yaşı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

		Eş Yaş		P
		<30	>=30	
Prekonsepsiyonel danışmanlık aldı mı?	Evet	%37.4	%31.6	0.060
	Hayır	%62.6	%68.4	

Hastaların ortalama aylık geliri ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasındaki fark incelendiğinde; geliri giderine eşit ya da geliri giderinden

fazla olan gebelerin geliri giderinden düşük olanlara göre daha yüksek oranda prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Gelir Düzeyi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

		Prekonsepsiyonel danışmanlık aldın mı?		P
		Evet	Hayır	
Aylık kazanç	Gelir < Gider	% 15.2	% 84.8	<0.001
	Gelir = Gider	% 36.9	% 63.1	
	Gelir > Gider	% 33.3	% 66.7	

Hastaların eğitim seviyeleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında önemli düzeyde fark saptanmıştır (Tablo 4.10). Hastaların eğitim seviyeleri yükseldikçe, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranlarında önemli düzeyde artış bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.10. Eğitim Seviyesi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	p
Lisans Üstü	16	66.7	<0.001
Lisans	84	48.8	
Ön Lisans	44	42.7	
Lise	114	37.9	
Ortaokul	58	23.0	
İlkokul	25	16.3	
Okur-Yazar Değil	2	13.3	

Hastaların eşlerinin eğitim seviyesi ile hastaların prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında önemli düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.11). Erkeklerin eğitim seviyesi yükseldikçe gebelerin danışmanlık alma oranlarında önemli düzeyde artış bulunmuştur.

Tablo 4.11. Eş Eğitim Seviyesi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

	Hasta Sayısı	Yüzde (%)	p
Lisans Üstü	26	72.2	<0.001
Lisans	102	50.7	
Ön Lisans	35	43.2	
Lise	133	32.6	
Ortaokul	34	18.9	
İlkokul	13	12.1	
Okur-Yazar Değil	0	0.0	

Hastaların gebelik sayıları minimum 1, maksimum 10 olarak bulunmuştur (Median=2 (1-3)). Gebelik sayısı ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumu arasında önemli düzeyde fark saptanmıştır ($p<0.001$) (Tablo 4.12). Gebelik sayısı arttıkça, danışmanlık alma oranlarında anlamlı bir düşüş olduğu bulunmuştur. Gebelik sayısının fazla olduğu hasta sayılarındaki yetersizlikten dolayı, tablo 4.12 incelenirken, çok gebeliği olan hastaların yüzde dağılım yorumlamalarında yanlılık payı olduğu belirlenmiştir. Bu durumun çalışmamızın sınırlılığı olacağı düşünülmektedir.

Tablo 4.12. Gebelik Sayısı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

Gebelik Sayısı	Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma		p
	Evet	Hayır	
1	165 (%48.2)	177 (%51.8)	<0.001
2	101 (%32.5)	210 (%67.5)	
3	44 (%22.1)	155 (%77.9)	
4	24 (%23.5)	78 (%76.5)	
5	6 (%14.3)	36 (%85.7)	
6	2 (%11.8)	15 (%88.2)	
7	0 (%0.0)	3 (%100)	
8	1 (%100)	0 (%0.0)	
9	0 (%0.0)	2 (%100)	
10	0 (%0.0)	1 (%100)	

Çalışmamıza katılan gebelerin yaşayan çocuk sayıları minimum 0, maksimum 5 olarak bulunmuştur (Median=1 (0-1)). En az bir yaşayan çocuğu olan kadınlar ile hiç yaşayan çocuğu olmayan kadınlar karşılaştırıldığında, yaşayan çocuğu olmayanların yaşayan çocuğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek oranda prekonsepsiyonel danışmanlık aldıkları bulunmuştur ($p<0.001$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13. Yaşayan Çocuk Sayısı ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma		p
	Evet	Hayır	
0	212 (%49.0)	221 (%51.0)	<0.001
≥ 1	131 (%22.3)	456 (%77.7)	

Hastaların obstetrik öyküsü ile danışmanlık alma durumları arasındaki fark incelenmiştir. En az bir kez sezaryen ile doğum yapanların hiç yapmayanlara göre daha az oranda prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı bulunmuştur ($p=0.020$). Hastaların daha önce düşük yapıp yapmaması ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasındaki fark incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlılık bulunmamıştır ($p=0.487$). Hastaların daha önceki gebeliklerinde intrauterin ölüm öyküsü olup olmaması kıyaslandığında iki grup arasında prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.266$). Daha önce en konjenital

anomali bebek doğuran kadınlar ile doğurmayanlar karşılaştırıldığında iki grup arasında şu anki gebeliklerinde prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.111$). İstek dışı gebelik sonlandırma öyküsü olan ve olmayan gebeler karşılaştırıldığında iki grubun prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.450$). Erken doğum öyküsü olan ve olmayan gebeler karşılaştırıldığında iki grubun prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.135$) (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Obstetrik Öykü ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Arasındaki Fark Dağılımı

Obstetrik Öykü		Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Durumu		P
		Evet	Hayır	
Düşük	Evet	70 (%31.7)	151 (%68.3)	0.487
	Hayır	273 (%34.2)	526 (%65.8)	
İntrauterin Ölüm	Evet	11 (%44.0)	14 (%56.0)	0.266
	Hayır	332 (%33.4)	663 (%66.6)	
Doğuştan Engelli Bebek	Evet	0 (%0.0)	5 (%100.0)	0.111
	Hayır	343 (%33.8)	672 (%66.2)	
İstek Dışı Gebelik Sonlandırma	Evet	25 (%37.9)	41 (%62.1)	0.450
	Hayır	318 (%33.3)	636 (%66.7)	
Sezaryen Doğum	Evet	70 (%26.0)	199 (%74.0)	0.002
	Hayır	273 (%36.4)	478 (%63.6)	
Erken Doğum	Evet	26 (%26.8)	71 (%73.2)	0.135
	Hayır	317 (%34.3)	606 (%65.7)	

Çalışmamızda, planlı gebelik ve doğal yolla olan gebelik ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumu arasındaki fark dağılımı incelenmiştir (Tablo 4.15). Gebeliği planlı olan hastaların, planlı olmayan hastalara kıyasla danışmanlık alma oranları anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Ayrıca, yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gebe kalanların, doğal yollarla gebe kalanlara göre danışmanlık alma oranları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$).

Tablo 4.15. Gebelik Planı/Yöntemi ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Fark Dağılımı

		Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Durumu		p
		Evet	Hayır	
Planlı Gebelik	Evet	339 (%45.3)	410 (%54.7)	<0.001
	Hayır	4 (%1.5)	267 (%98.5)	
Doğal Yolla Gebelik	Evet	308 (%31.4)	673 (%68.6)	<0.001
	Hayır	35 (%89.7)	4 (%10.3)	

Çalışmamızda, eşi danışmanlık alan gebelerin eşi danışmanlık almayanlara göre prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları anlamlı derecede daha fazla olduğu bulunmuştur. Prekonsepsiyonel danışmanlık alan gebelerin, sonraki gebeliklerinde danışmanlık alma düşüncelerinde ve danışmanlığın rutin olarak verilmesi gerektiği fikri arasında önemli düzeyde fark olduğu bulunmuştur. Ayrıca, prekonsepsiyonel danışmanlık alan gebelerin, almayan gebelere kıyasla, gebelik kontrollerine daha düzenli gittiği bulunmuştur (Sırası ile $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.008$; $p=0.009$) (Tablo 4.16). Prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumlarının gebelikte sorun yaşama üzerine etkisi incelendiğinde, aralarında önemli düzeyde fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.148$).

Tablo 4.16. Prekonsepsiyonel Danışmanlık Tutumları ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Arasındaki Fark Dağılımı

		Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Durumu		p
		Hasta Sayısı		
		Evet	Hayır	
Eşiniz danışmanlık aldı mı?	Evet	242 (%70.6)	2 (%0.3)	<0.001
	Hayır	101 (%29.4)	675 (%99.7)	
Sonraki gebelikte danışmanlık almayı düşünüyor musunuz?	Evet	282 (%82.2)	380 (%56.1)	<0.001
	Hayır	61 (%17.8)	297 (%43.9)	
Danışmanlık rutin olarak verilmeli mi?	Evet	336 (%98.0)	633 (%93.5)	0.008
	Hayır	7 (%2.0)	44 (%6.5)	
Gebelikte düzenli kontrollere gittiniz mi?	Evet	340 (%99.1)	647 (%95.6)	0.009
	Hayır	3 (%0.9)	30 (%4.4)	
Gebelikte sorun yaşadınız mı?	Evet	88 (%25.7)	203 (%30.0)	0.148
	Hayır	255 (%74.3)	474 (%70.0)	

4.7. Gebelik Öncesi Bilgilendirilme, Uyum, Öneri Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yer alan 1020 hasta içerisinde 341 hasta prekonsepsiyonel danışmanlık almıştır. Danışmanlık alan 341 hastaya bilgilendirilme ve uyum bakımından sorular sorulup cevaplar kaydedilmiştir. Bu kapsamda; ideal kilo sağlanması, yeterli ve dengeli beslenme, düzenli egzersiz, enfeksiyonların önlenmesi/tedavisi, aşılama (rubella, tetanoz, su çiçeği, hepatit B), sigara/alkol/uyuşturucu gibi zararlı maddelerden uzak durma, ilaç kullanımı, çalışma koşulları ve ev ortamındaki tehlikeler, depresyon durumu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yaş nedenli riskler (anne yaşı>35, baba yaşı>55), folat/demir/multivitamin desteği ve yapılması gereken tetkikler (kan grubu, kan sayımı, kan şekeri, tiroid fonksiyon testleri, TORCH grubu enfeksiyon, hepatit serolojisi, tam idrar tetkiki) ile ilgili sorular sorulmuş ve veriler kaydedilmiştir (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Prekonsepsiyonel Danışmanlık, Bilgi ve Uyum Dağılımı

Prekonsepsiyonel Danışmanlık Sorgulama		Bilgilendirilme		Uyum	
		Hasta Sayısı	Yüzde (%)	Hasta Sayısı	Yüzde (%)
İdeal Kilo	Evet	219	64.2	198	58.1
	Hayır	122	35.8	143	41.9
Beslenme	Evet	298	87.4	296	86.8
	Hayır	43	12.6	45	13.2
Egzersiz	Evet	217	63.6	153	45
	Hayır	124	36.4	188	55
Enfeksiyonların Önlenmesi/Tedavisi	Evet	197	57.8	198	57.8
	Hayır	144	42.2	143	42.2
Aşılama	Evet	224	65.9	222	65.1
	Hayır	117	34.1	119	34.9
Sigara/Alkol Kullanımı	Evet	267	78.3	267	78.3
	Hayır	74	21.7	74	21.7
İlaç Kullanımı	Evet	270	79.2	270	79.2
	Hayır	71	20.8	71	20.8
Ev/İş Çalışma Koşulları	Evet	193	56.6	194	56.6
	Hayır	148	43.4	147	43.4
Depresyon	Evet	168	49.3	165	48.4
	Hayır	173	50.7	176	51.6
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	Evet	190	55.7	191	56.0
	Hayır	151	44.3	150	44.0
Yaş Nedenli Riskler	Evet	198	58.1	197	57.8
	Hayır	143	41.9	144	42.2
Folat/Demir/Multivitamin Desteği	Evet	317	93.0	235	68.9
	Hayır	24	7.0	106	31.1
Tetkikler	Evet	276	80.9	260	76.2
	Hayır	65	19.1	81	23.8

Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti ile ilgili hangi konunun kim tarafından bilgilendirildiği araştırılmıştır. İdeal kilo ($p=0.08$), beslenme ($p<0.001$), aşılama ($p=0.020$), ev ve çalışma ortamındaki tehlikeler ($p=0.011$), depresyon ($p=0.014$), cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ($p=0.038$), yaş nedenli riskler ($p=0.019$) ve yapılması gereken tetkikler ($p<0.001$) ile bilgilendiren kişi arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılıklar bulunmuştur (Tablo 4.18). İdeal kilo, beslenme, aşılama, ev ve çalışma ortamındaki tehlikeler, depresyon durumu, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve yaş nedenli risklerde en sık aile sağlığı elemanı ve aile hekimi tarafından bilgilendirme yapıldığı görülürken; yapılması gereken tetkikler hakkında en sık aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafında bilgilendirme yapıldığı bulunmuştur.

Tablo 4.18. Prekonsepsiyonel Danışmanlık Hizmeti ve Bilgilendiren Kişilerin Fark Dağılımı

Prekonsepsiyonel Danışmanlık Bilgilendirme		Hasta Sayısı				p
		Aile Hekimi	Aile Sağlığı Elemanı	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzm.	Tıp Dışı Alanlar	
İdeal Kilo	Evet	11 (%78.6)	11 (%84.6)	81 (%57.9)	115 (%67.3)	0.080
	Hayır	3 (%21.4)	2 (%15.4)	59 (%42.1)	56 (%32.7)	
Beslenme	Evet	14 (%100)	13 (%100)	107 (%76.4)	162 (%94.7)	<0.001
	Hayır	0 (%0.0)	0 (%0.0)	33 (%23.6)	9 (%5.3)	
Egzersiz	Evet	11 (%78.6)	10 (%76.9)	82 (%58.6)	113 (%66.1)	0.220
	Hayır	3 (%21.4)	3 (%23.1)	58 (%41.4)	58 (%33.9)	
Enfeksiyonların Önlenmesi/Tedavisi	Evet	12 (%85.7)	10 (%76.9)	80 (%57.1)	94 (%55.0)	0.070
	Hayır	2 (%14.3)	3 (%23.1)	60 (%42.9)	77 (%44.0)	
Aşılama	Evet	12 (%85.7)	13 (%100)	90 (%64.7)	108 (%63.2)	0.020
	Hayır	2 (%14.3)	0 (%0.0)	49 (%35.3)	63 (%36.8)	
Sigara/Alkol Kullanımı	Evet	13 (%92.9)	13 (%100)	109 (%77.9)	131 (%76.6)	0.127
	Hayır	1 (%7.1)	0 (%0.0)	31 (%22.1)	40 (%23.4)	
İlaç Kullanımı	Evet	10 (%71.4)	13 (%100)	110 (%78.6)	134 (%78.4)	0.262
	Hayır	4 (%28.6)	0 (%0.0)	30 (%21.4)	37 (%21.6)	
Ev/İş Çalışma Koşulları	Evet	11 (%78.6)	11 (%84.6)	68 (%48.6)	102 (%59.5)	0.011
	Hayır	3 (%21.4)	2 (%15.4)	72 (%51.4)	69 (%40.5)	
Depresyon	Evet	11 (%78.6)	9 (%69.2)	58 (%41.4)	88 (%51.5)	0.014
	Hayır	3 (%21.4)	4 (%30.8)	82 (%58.6)	83 (%48.5)	
Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	Evet	11 (%78.6)	11 (%84.6)	72 (%51.4)	95 (%55.6)	0.038
	Hayır	3 (%21.4)	2 (%15.4)	68 (%48.6)	76 (%44.4)	
Yaş Nedenli Riskler	Evet	12 (%85.7)	10 (%76.9)	71 (%50.7)	104 (%60.8)	0.019
	Hayır	2 (%14.3)	3 (%23.1)	69 (%49.3)	67 (%39.2)	
Folat/Demir/Multivitamin Desteği	Evet	14 (%100)	13 (%100)	133 (%95.0)	154 (%90.1)	0.165
	Hayır	0 (%0.0)	0 (%0.0)	7 (%5.0)	17 (%9.9)	
Tetkikler	Evet	14 (%100)	12 (%92.3)	135 (%96.4)	113 (%66.1)	<0.001
	Hayır	0 (%0.0)	1 (%7.7)	5 (%3.6)	58 (%33.9)	

4.8. Kronik Hastalığı Olan Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık Değerlendirmesi

Çalışmamızda kronik hastalığı olan 160 gebe saptanmış olup, bu gebelere kronik hastalıkları ve kullandığı ilaçlar ile ilgili sorular sorulmuş ve cevaplar kaydedilmiştir. Kronik hastalığı olanlar içerisinde, gebelik öncesi düzenli ilaç kullanan hasta oranı % 78.8, gebelik sırasında ilaç kullananların oranı % 70.0 olarak saptanmıştır. Gebelik öncesi en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla; levotiroksin % 28.0, salbutamol % 7.5, antihipertansif ilaçlar % 6.2, antidepresan ilaçlar % 5.0, asetilsalisilik asit % 4.3, insülin % 3.7 olarak bulunmuştur. Gebelik sırasında en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla; levotiroksin % 29.3, insülin % 6.8, antihipertansif ilaçlar % 6.2, antikoagülan ilaçlar % 5.6, salbutamol % 3.7 olarak bulunmuştur. Gebe kalmayı planladığında hastalığının gebelik sürecine etkisini hekiminden öğrenenlerin oranı % 53.8, kullandığı ilaçların gebelik sürecine etkisini öğrenenlerin oranı % 52.5, gebelik sürecinde hastalığının tedavisinde değişiklik durumu hakkında bilgilendirilenlerin oranı % 53.7, hekiminin önerilerine uyanların oranı ise % 50.6 olarak bulunmuştur (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. Kronik Hastalık Bilgi Düzeyi

Kronik Hastalık Bilgi Düzeyi		Hasta Sayısı	Yüzde (%)
Gebelik Öncesi İlaç Kullanımı	Evet	126	78.8
	Hayır	34	21.2
Gebelikte Düzenli İlaç Kullanımı	Evet	112	70.0
	Hayır	48	30.0
Hastalığın Gebelik Sürecine Olan Etkisini Öğrenme	Evet	86	53.8
	Hayır	74	46.2
Kullanılan İlaçların Gebelik Sürecine Etkisini Öğrenme	Evet	84	52.5
	Hayır	76	47.5
Gebelikte Birlikte Tedavi Değişikliği Hakkında Bilgilendirilme	Evet	86	53.7
	Hayır	74	46.3
Doktor Önerilerine Uyum	Evet	81	50.6
	Hayır	79	49.4

En az bir kronik hastalığı olan gebeler ile olmayanlar karşılaştırıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık alma düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup ($p=0.148$) benzer şekilde danışmanlık almaları arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.239$). Sonraki gebeliklerde prekonsepsiyonel danışmanlık alma düşünceleri arasında da anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p=0.177$).

Tablo 4.20. Kronik Hastalık ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Düzeylerinin Fark Dağılımı

		Kronik Hastalık		p
		Hasta Sayısı		
		Hayır	Evet	
Prekonsepsiyonel Danışmanlık Almayı Düşündünüz mü?	Hayır	536(%64.0)	106(%58.2)	0.148
	Evet	302(%36.0)	76(%41.8)	
Prekonsepsiyonel Danışmanlık Aldınız mı?	Hayır	563(%67.2)	114(%62.6)	0.239
	Evet	275(%32.8)	68(%37.4)	
Sonraki Gebeliklerde Prekonsepsiyonel Danışmanlık Almayı Düşünüyor musunuz?	Hayır	536(%64.0)	126(%69.2)	0.177
	Evet	302(%36.0)	56(%30.8)	

Kronik hastalığı olan gebe eşleri ile olmayanlar karşılaştırıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.161$).

Tablo 4.21. Eş Kronik Hastalık ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık Alma Düzeylerinin Fark Dağılımı

		Eş Kronik Hastalık		p
		Hasta Sayısı		
		Hayır	Evet	
Prekonsepsiyonel Danışmanlık Aldınız mı?	Hayır	643(%65.9)	34(%77.3)	0.161
	Evet	333(%34.1)	10(%22.7)	

5. TARTIŞMA

Kadının ve eşinin gebeliğe hazırlık süreci olan gebelik öncesi bakım ve danışmanlık, kanıta dayalı ve akılcı olmak koşuluyla, gebelikteki sorunların önlenmesinde en önemli araçlardan biridir. Ana çocuk sağlığı ile ilgili olumsuzlukları en aza indirmek ve gebelikte oluşabilecek problemleri önlemek, temel mantıktır. Aynı şekilde istenmeyen gebeliklerin önlenmesi de gebelik öncesi bakım ile mümkün olabilmektedir. Gebelik öncesi riskler belirlendiği takdirde, kronik hastalıkların, enfeksiyonların, sigara/alkol gibi alışkanlıkların gebelikte neden olduğu sorunlarda büyük oranda azalma meydana gelmektedir (2). Özetle; gebelik öncesi bakımın amacı, kadının gebelik öncesinde gebelik ile ilgili risk faktörlerini saptamak, kadına tıbbi bilgi vermek ve destekte bulunmak ve bu risk faktörleri kontrolde tutularak anne adayının gebeliğe başlamasını sağlamaktır (95).

Prekonsepsiyonel danışmanlık; istenmeyen gebelikleri engellemek bakımından aile planlaması, ebeveynlerin psikolojik olarak hazırlanmalarının sağlanması, genetik danışmanlık, genel anamnez, laboratuvar testleri, kronik hastalık yönetimi, bağışıklama, mesleki ve çevresel risk belirlenmesi, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, obeziteden korunma ve sağlıklı ve dengeli beslenme, alkol ve sigara gibi kötü alışkanlıkların bırakılması için danışmanlık konularını içermektedir (16).

Çalışmamız, gebelerde prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın verilme durumu, bu danışmanlık içerisinde hangi konulara değinildiği, gebelik ile ilgili riskler, gebenin gebelik sürecinde dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgilendirilme durumunu değerlendirmek ve hangi grup gebelerin danışmanlık oranının daha fazla olduğunu saptamak amacıyla yapılmıştır.

Genç Koyuncu R. ve ark. yaptığı çalışmada, gebelerin yaş ortalaması 31.1 ± 6.53 olarak bulunmuştur. Gebelerin eğitim durumları; ilköğretim % 24.7, lise % 48.9, yükseköğretim % 26.5 olarak saptanmıştır. Gebelerin gelir durumu incelendiğinde; kötü % 30.7, orta % 59.0, iyi % 10.3 olarak tespit edilmiştir (12).

Yılmaz T. ve ark. yaptığı çalışmada, gebelerin yaş ortalaması 28 ± 5.32 yıl olarak saptanmıştır. Meslek durumları incelendiğinde; ev hanımı % 74.0, diğer % 26.0 olarak bulunmuştur. Gelir durumu incelendiğinde; ancak geçiniyor % 8.0, orta % 57.0, iyi % 35.0 olarak bulunmuştur (96).

Çalışmamızda, gebelerin yaş ortalaması 28.61 ± 5.20 olarak saptanmıştır (Median=28 (25.0-33.0)). Gebelerin eğitim durumu incelendiğinde; lisans üstü %2.4, lisans % 16.9, ön lisans % 10.1, lise % 29.5, ortaokul %24.6, ilkokul % 15.0, okur-yazar olmayan % 1.5 tespit edilmiştir. Gebelerin çalışma durumu incelendiğinde; memur % 8.9, öğrenci % 2.2, işçi % 10.6, esnaf % 1.0, özel sektör % 1.2, ev hanımı % 76.1 saptanmıştır. Gebelerin aylık gelir durumları incelendiğinde; geliri giderini karşılayan % 82.8, geliri giderinden düşük % 14.8, geliri giderinden fazla % 2.4 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki gebelerin sosyodemografik verileri, yapılan diğer çalışmalardaki veriler ile genel olarak benzer bulunmuştur.

Ata K.K. ve ark. yaptığı bir çalışmada, gebelerde kronik hastalıkların oranı % 17.8 olarak bulunmuştur (97). Bizim çalışmamızda, gebelerde kronik hastalık oranı % 15.6 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda, kronik hastalık dağılımları incelendiğinde en sık olarak sırasıyla; hipotiroidi %6.0, astım % 2.0, diabetes mellitus (DM) % 2.0, trombofili % 1.5, hipertansiyon (HT) % 1.4, duygudurum bozukluğu % 1.3, migren % 1.0, epilepsi % 0.9 olarak bulunmuştur.

Gebelik döneminde hipotiroidi %2-3 oranında görülmektedir. Gebelikte hipotiroidizmin dünyada en sık nedeni iyot eksikliği olup, iyotun yetersiz olmadığı bölgelerde en sık nedeni otoimmün tiroidittir. Hipotiroidizmin maternal ve fetal komplikasyonları mevcuttur. Annede preeklampsi, plasenta rüptürü, düşük riski, sezaryen riski ve postpartum hemoraji riskinde artışa neden olmaktadır. Bebeğe ise erken doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal morbidite, nörokognitif bozukluk riskinde artışa neden olmaktadır (98).

Astım, kronik inflamatuvar bir hastalık olup, gebelikte en sık görülen solunum sistemi hastalığıdır. Gebelikte % 4-7 oranında görülür. Astımın gebelik üzerine olan etkilerini araştıran yayınlarda farklı sonuçlar mevcuttur. Gebelikte astımın, maternal-

perinatal mortalite, preeklampsi, bebekte düşük doğum ağırlığı, erken doğum riski ile ilişkili olduğunu gösteren yayımlar vardır (99).

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), ilk tanısını gebelik döneminde alan karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanabilir. GDM sıklığı farklı çalışmalarda % 1-14 arasında saptanmıştır. GDM saptanan kadınlarda, hem fetüs hem de gebede komplikasyon risklerinde artış görülmektedir. Gebelerde; erken doğum riskinde artış, nefropati, sezaryen doğum, postoperatif yara iyileşmesinde gecikme sık rastlanan komplikasyonlardır. Bebeklerde ise; makrozomi, prematürite, neonatal hipoglisemi, sarılık ve respiratuar distres sendromu görülebilir. GDM'nin maternal ve fetal komplikasyonlarının yanında, kadında daha sonraki yıllarda diabetes mellitus riskini de artırdığı gösterilmiştir (100).

Trombofili tanım olarak arteriyel ve/veya venöz tromboz meydana gelmesine yatkınlığın artması olarak açıklanabilir. Gebe olmayanlarda, derin ven, sagittal sinüs, portal ven trombozu ve pulmoner embolizm riskinde artışı ifade eder. Gebelik ile birlikte, tromboembolizme ilave olarak tekrarlayan düşükler, ölü doğum, plasenta dekolmanı, preeklampsi, erken doğum ve intrauterin gelişme geriliği ile ilişkilidir (101).

Hipertansif bozukluklar, gebelikte en sık komplikasyona neden olan sorunlar olup, anne ve fetüs için ciddi bir mortalite ve morbidite sebebi olarak karşımıza çıkar. Hipertansiyon, ilk kez gebelik döneminde saptandığı gibi, gebelikten önceki süreçte de var olabilir. Bazı hastalarda ise doğum sırasında ve doğum sonrası da ortaya çıkabilir. Preeklampsi, kronik hipertansiyon, kronik hipertansiyona eklenmiş preeklampsi ve gestasyonel hipertansiyon olarak sınıflandırılabilir. Preeklampside; ablatio plasenta, hellp sendromu, pulmoner ödem, akut renal yetmezlik, karaciğer yetmezliği ve mortalite görülebilir. Neonatal olarak; erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, nörolojik bozukluklar, hipoksi ve mortalite görülebilir (102).

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık esnasında anamnez, fizik muayene ve gerekirse ileri inceleme sonucunda hipertansiyon, diabetes mellitus, hipotiroidi, astım gibi kronik hastalıkların önceden tespiti mümkün olacaktır. Bilinen bir kronik hastalığı olan kadın da hastalığının gebeliğine etkisini öğrenme fırsatı bulacak ve bu doğrultuda

hareket edecektir. Bu hastalıkların yol açtığı erken doğum, düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalite, abortus, intrauterin gelişme geriliği, konjenital anomali ve daha birçok anne ve fetüs üzerinde olumsuzluklara yol açacak durum uygun tedavi ve yaşam tarzı değişikliği ile engellenebilecektir.

Can H. ve Çakır L. yaptığı çalışmada gebelerde düşük öyküsü % 17.3 olarak bulunmuştur (103). Balkaya N.A ve ark. yaptığı çalışmada, gebelerde sezaryen öyküsü % 15.9, erken doğum öyküsü % 17.3, ölü doğum öyküsü % 8.0 olarak bulunmuştur (104). Çalışmamızda hastaların obstetrik öyküsü incelendiğinde; düşük öyküsü % 21.7, intrauterin ölüm öyküsü % 2.5, doğuştan engelli çocuk öyküsü % 0.5, sezaryen doğum öyküsü % 26.4 , erken doğum öyküsü % 9.5 , istek dışı gebelik sonlandırma öyküsü olan % 6.5 olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda, diğer çalışmalara göre sezaryen oranı yüksek, erken doğum ve intrauterin ölüm oranı düşük bulunmuştur.

Olgun A. ve ark. yaptığı, terminasyon uygulanan gebelerde, terminasyon nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada; terminasyon nedenleri sırasıyla fetal yapısal anomaliler % 64.5, amnion mayi anormallikleri % 10.56, kromozom anomalileri % 9.15, fetal hidrops % 5.1, maternal hastalık % 4.42, ilaç kullanımı % 2.76, enfeksiyon % 2.39, radyasyon maruziyeti % 1.1 olarak saptanmıştır (105). Çalışmamızda, gebelik terminasyon nedenleri sıklık sırasına göre; fetal kalp atımı olmaması nedeniyle % 76.9, ilaç veya radyasyon maruziyeti nedeni % 6.15, TORCH grubu enfeksiyon nedeni % 4.61, ektopik gebelik nedeni % 3.07, diğer % 9.27 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda hastaların fetal kalp atımı olmamasının genetik ve patolojik sonuçları bilinmediğinden yapısal ve kromozomal anomali oranları tespit edilememiştir.

Uygun bir prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık neticesinde, kadınların TORCH grubu enfeksiyonlara karşı korunması anlatılmalı hatta şüpheli durumlarda tetkik edilerek antikor bakılmalıdır. Böylece o an geçirilmekte olan TORCH grubu enfeksiyonlar tespit edilip tedavi edilmeden gebelik engellenmeli, rubella IgG antikorunun negatif olan kadınlar saptanarak gebelik öncesi aşılınmaları sağlanıp gebelikte rubella enfeksiyonu ve olası etkileri önlenmelidir. Ayrıca prekonsepsiyonel danışmanlık esnasında gebelikte ilaç kullanımı hakkındaki bilgilendirme çok değerlidir. Doktor önerisi dışında ilaç kullanımının olası zararları anlatılarak teratojen maruziyetinin önüne geçilmelidir. Yine teratojenik etkenlerden olan radyasyon maruziyeti açısından

kadınlar bilgilendirilmeli kadınların radyasyon alması gereken durumlarda gebelik şüphesi ya da gebelik durumunu kesinlikle doktoru ile paylaşması sağlanarak daha sağlıklı bir gebelik süreci geçirmelerine katkıda bulunulmalıdır.

Genç Koyucu R. ve ark. yaptığı çalışmada, prekonsepsiyonel danışmanlık alma öyküsü % 22.4, alma isteği % 79.6 olarak saptanmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık almak istenen kişi kadın doğum uzmanı % 45.7, ebeler % 18.8, aile hekimleri % 15.9, internet-sosyal medya % 12.3, tv-gazete-dergi % 7.1 olarak saptanmıştır. Hastaların prekonsepsiyonel danışmanlık beklediği konular; en sık risk faktörleri % 67.7, ilaçlar % 51.1, beslenme % 46.8, olarak saptanmıştır (12).

Çalışmamızda prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma isteği % 37.1, danışmanlık alma oranı % 33.4 olarak bulunmuştur. En sık danışmanlık alma nedenleri sırasıyla; sağlıklı bir gebelik geçirme düşüncesi % 74.9, daha önceki gebelikteki sorun nedeniyle % 19.0, infertilite nedeniyle % 16.0 olarak tespit edilmiştir. En sık danışmanlık almama nedenleri sırasıyla; konu hakkında bilgi sahibi olunmaması % 49.7, istenmeyen gebelik olması % 33.5, gereksiz olduğu düşüncesi % 8.9 olarak tespit edilmiştir. Danışmanlık alınan kişi/yer sırasıyla; tıp dışı alanlar % 50.9, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı % 41.2, aile hekimi % 4.1, aile sağlığı elemanı % 3.8 olarak saptanmıştır. Sonraki gebeliğinde danışmanlık almayı düşünenler % 64.9, danışmanlığın üreme çağındaki her kadına rutin olarak verilmesini düşünenler % 95.0, gebelikte düzenli kontrole gidenler % 96.8, gebelikte maternal ve/veya fetal sorunla karşılaşanlar % 28.5 olarak bulunmuştur. Gebelikte maternal ve/veya fetal sorun yaşayanlar içinde sıklık sırasına göre; fetal anomali % 15.4, düşük riski % 13.7, artmış trizomi 21 riski % 13.0, gestasyonel diabetes mellitus % 9.6, intrauterin gelişme geriliği % 9.2, erken doğum riski % 7.2, rh-rh uygunsuzluğu % 4.0 olarak bulunmuştur. Eşi danışmanlık alanlar % 23.9 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda, 30 yaş ve üstü gebeler ile 30 yaş altı gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık alma düzeyleri karşılaştırıldığında 30 yaş ve üzeri kadınların anlamlı derecede daha fazla danışmanlık aldığı saptanmıştır (p=0.018). Buna rağmen 30 yaş ve üstü gebe eşleri ile 30 yaş altı gebe eşleri karşılaştırıldığında gebelerin danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0.060). İleri anne yaşından dolayı kronik hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, ablasyo

plasenta, malprezentasyon, erken doğum, fetal kromozomal anomali, uzamış doğum eylemi, düşük doğum ağırlığı, perinatal morbidite-mortalitede artış ve sezaryen oranında artış gibi risklerin daha fazla olduğu göz önünde bulundurulursa ileri yaş gebelerin daha fazla danışmanlık alması kaçınılmazdır ve bulgularımız da bu yöndedir.

Çalışmamızda, gebelerin ortalama aylık geliri, eğitim düzeyi ve eşlerin eğitim düzeyi ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında önemli düzeyde fark saptanmıştır. Eğitim ve gelir seviyesi yükseldikçe prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranlarında önemli düzeyde artış görülmüştür ($p<0.001$)

Çalışmamızda; ortalama gelir seviyesi ve eğitim düzeyi üzerinden bir sonuca varılacak olursa; sosyoekonomik ve kültürel düzeyin, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranları ile doğrudan ilişki içerisinde olduğu; sosyoekonomik ve kültürel seviyesi yüksek olan gebe ve eşlerinin, prekonsepsiyonel danışmanlık alma taleplerinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında; prekonsepsiyonel danışmanlıkla ilgili toplumun bilgilendirilmesinin yanı sıra, sağlıklı toplum ve sağlıklı nesiller için eğitim seviyesinin artışına yönelik politikaların gerekliliğinin, birçok alanda olduğu gibi prekonsepsiyonel danışmanlık açısından da şart olduğunu düşünüyoruz

Çalışmamızda, gebelik sayısı arttıkça, danışmanlık alma oranlarında anlamlı bir düşüş olduğu görülmüştür ($p<0.01$). Ayrıca hiç yaşayan çocuğu olmayanların en az bir yaşayan çocuğu olanlara göre anlamlı derecede daha yüksek oranda prekonsepsiyonel danışmanlık aldıkları görülmüştür ($p<0.01$).

. Daha önce gebelik geçirmiş ve /veya yaşayan çocuğu olan kadınların daha düşük seviyede danışmanlık almasını bilgi yetersizliği ile birlikte kendilerinde yeterli bilgi ve deneyimi görmelerinin bir sonucu olduğunu düşünüyoruz. Önceki gebeliklerinde sorun yaşamamış olmalarının şimdi de yaşamayacakları düşüncesine yol açması oldukça yanlıştır. Kadınların gebelik sürecindeki değişim ve yenilikleri prekonsepsiyonel dönemden takibe başlamaları için doğru kılavuzlara ihtiyaçları vardır. Sosyal medya ve internet çılgınlığının hat safhada olduğu günümüzde bilgi kirliliğinden kaçınmak için özellikle bu konuda uzmanlaşmış kişilerden danışmanlık almak önemlidir.

Çalışmamızda, hastaların obstetrik öyküsü ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasındaki fark incelenmiştir. Sezaryen ile doğum yapan ve yapmayan kadınlar karşılaştırıldığında en az bir defa sezaryen ile doğum yapanların daha az oranda prekonsepsiyonel danışmanlık aldıkları tespit edilmiştir ($p=0.002$). Gebelerin abortus, intrauterin ölüm, konjenital anomalili bebek, istek dışı gebelik sonlanım, erken doğum gibi kötü obstetrik öyküleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmemiştir. Önceki gebeliklerinde sorun yaşamış kadınların aynı sorunlarla bir daha karşılaşmamak ve sağlıklı bir gebelik süreci geçirmek adına prekonsepsiyonel danışmanlık almaları beklenirdi. Ancak beklenenin aksine çalışmamızda kötü obstetrik öykünün varlığı veya yokluğunun, danışmanlık alma durumuna etki etmediği sonucuna varılabilir. Yine bunun da muhtemel sebebinin prekonsepsiyonel danışmanlığın gebeler arasında yeterince bilinmemesi ve gerekli önemin verilmemesi olduğunu düşünüyoruz. Ancak bu konu ile ilgili daha çok çalışma yapılmasının da gerekli olduğu kanaatindeyiz.

Çalışmamızda, gebeliği planlı olan gebelerin planlı olmayan gebelere kıyasla danışmanlık alma oranları anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Yardımcı üreme teknikleri kullanılarak gebe kalanların, doğal yollar ile gebe kalanlara göre danışmanlık alma oranları anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Planlı gebeliği olanların, gebelik planı ile gebelik arasındaki süreçte, danışmanlık alma taleplerinin yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Gebeliği planlı olanların, gebelik oluşana kadar geçen süreçte, danışmanlık almak için yeterli zamana sahip olmaları sebebiyle daha yüksek oranlarda danışmanlık aldıklarını düşünüyoruz. Yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalanlarda doğal yollarla gebe kalanlara göre prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranının anlamlı olarak yüksek bulunmasının nedeni; kadının tedavi sürecinde hekimlerle dayanışma halinde ve sürekli hekim kontrolünde olması, en önemlisi de prekonsepsiyonel danışmanlığın bu tedavinin bir parçası olmasıdır.

Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık alanlar ile almayanların sonraki gebeliklerinde danışmanlık alma düşünceleri ve danışmanlığın rutin olarak verilmesi gerektiği düşüncesi kıyaslandığında; danışmanlık alanların almayanlara göre anlamlı derecede daha fazla bu düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Ayrıca,

prekonsepsiyonel danışmanlık alanlar, almayan gebelerle kıyaslandığında, gebelik kontrollerine daha düzenli gittiği saptanmıştır. Bu verilere dayanarak; prekonsepsiyonel danışmanlığın, gebelerin hem gebelik öncesi ve esnasında hem de belik sonrasında ilgi, bilgi ve sorumluluk düzeylerini arttırdığı; ayrıca prekonsepsiyonel danışmanlığın, gebelerdeki memnuniyetinin yüksek olduğu sonucuna varılabilir.

Prekonsepsiyonel bakım kapsamında; ileri anne ve baba yaşı, anne beden kitle indeksi, akraba evliliği, maternal sigara, alkol ve ilaç kullanımı, teratojenlere maruz kalma durumu mutlaka sorgulanmalı (1) her durumun gebeliğe olası etkileri mutlaka anlatılmalıdır.

Prekonsepsiyonel dönemde nöral tüp defektlerini önlemek açısından 400 mikrogram/gün folik asit verilmeli, anne adaylarında tam kan sayımı bakılarak anemi düzeyinin tespiti yapılmalı ve tedavisi başlanmalıdır. Annelik düşünenlere TSH düzeyi bakılarak hipoiroidi varsa tespitinin yapılması, açlık kan şekeri bakılarak diyabet durumunun değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Anne ve baba adaylarında hepatit B taşıyıcılığı açısından tetkikler yapılmalı ve taşıyıcılık tespit edilenlere danışmanlık verilmeli ve taşıyıcılık tespit edilen anne bebeklerine doğumdan sonra aşı+immunglobulin uygulanması sağlanmalıdır. Seronegatif kadınlarda ise gebelik öncesi 3 doz hepatit B aşısının uygulanması sağlanmalıdır. 24 yaşından küçük anne adaylarında anti rubella IgG tetkik edilerek kızamıkçık aşı durumunun değerlendirilmesi yapılmalı, seronegatif anne adaylarında gebelikten en az 3 ay önce olmak kaydıyla kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı yapılmalıdır. Doğurganlık çağındaki bütün kadınlarda tetanoz profilaksisi değerlendirilmeli ve tamamlanmalıdır. Ayrıca anne adaylarında klamidya açısından tarama yapılmalıdır. Tüm anne ve baba adaylarının kan grubu belirlenmelidir (2).

Biz de bu kapsamda çalışmamızda, danışmanlık alan hastalara bilgilendirilme ve uyum konusunda; ideal kilo, beslenme, egzersiz, enfeksiyonların önlenmesi/tedavisi, aşılama (rubella, tetanoz, su çiçeği, hepatit B), sigara/alkol/uyuşturucu gibi zararlı maddelerden uzak durma, ilaç kullanımı, ev/çalışma ortamındaki tehlikeler, depresyon, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, yaş nedenli riskler, folat/demir/multivitamin kullanımı ve yapılması gerekli olan tetkikler

ile ilgili sorular sorduk. Sonuç olarak gebelerin en çok bilgilendirildiği konular, folat/demir/multivitamin desteği % 93.0, beslenme % 87.4, yapılması gereken tetkikler % 80.9; en az bilgilendirildiği konular ise, depresyon % 49.3, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar % 55.7, ev ve iş ortamındaki tehlikeler % 56.6 olarak tespit edildi.

Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili olarak hangi konuda kim tarafından bilgi verildiği araştırılmıştır. İdeal kilo, beslenme, aşılama, ev/çalışma ortamındaki tehlikeler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve anne/baba yaşı ile alakalı konularda en sık aile sağlığı elemanı ve aile hekimi tarafından bilgilendirme yapıldığı görülürken; yapılması gerekli tetkikler hakkında en sık aile hekimi ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından bilgilendirme yapıldığı tespit edilmiştir. Bu verilere dayanarak, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının diğer koruyucu sağlık hizmetlerinde olduğu gibi prekonsepsiyonel danışmanlıkta da önemli rolleri olduğu kaçınılmaz bir gerçektir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında tespit edilecek sigara ve alkol ve kullanımı ile anne adayları kadınlara olası sonuçlardan bahsedilerek kadının bu kötü alışkanlıklardan uzaklaştırılması sonucunda; sigara kullanımına bağlı zeka geriliği, intrauterin gelişme geriliği, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, kraniofasial anomaliler; uzun dönemde bilişsel fonksiyonda azalma, psikiyatrik sorunlar, duygudurum bozukluğu, diabetes mellitus ve çocukluk çağı kanserleri (73), alkol kullanımına bağlı intrauterin gelişme geriliği, kraniofasial anomaliler ve merkezi sinir sistemi fonksiyon bozuklukları VSD, ASD, hidrosefali, renal anomaliler, görme, işitme ve konuşma bozuklukları ve inmemiş testis gibi (72) olumsuz neticelerde de ciddi oranda azalma meydana gelecektir. TORCH grubu enfeksiyonlar açısından yapılacak prekonsepsiyonel değerlendirme neticesinde, konjenital enfeksiyonlarda azalma; anemi, mikrosefali, sarılık, hidrosefali, mikroftalmi, katarakt ve pnömoni gibi anomalilerde, abortus ve ölü doğum oranlarında düşüş görülecektir (106). Depresyon tespit edilmiş anne adaylarında, uygun danışmanlık ve tedavi neticesinde hem annenin duygudurum bozukluğunda düzelme hem de preeklampsi, abortus, düşük doğum ağırlığı gibi olası sonuçlar önlenebilecektir. Anne adayına uygun beslenme hakkında bilgi verilerek, besin yetersizliğine bağlı bebekte boy, kilo, zihinsel gelişiminde sorunlar ve süt veriminin düşmesi gibi (107) durumlar engellenebilecektir. Şüphesiz

hiçbir kadın çocuğunun ve kendi sağlığını riske atacak davranışlarda bulunmaz. Bunun içindir ki prekonsepsiyonel bakım kapsamında vereceğimiz her bilgi sağlıklı nesiller için çok kıymetlidir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebeler ile olmayanlar karşılaştırıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.239$). Prekonsepsiyonel danışmanlık alan kronik hastalığı olan gebeler sorgulandığında hastalığının gebeliğe etkisini doktorundan öğrenenlerin oranı %53.8, kullandığı ilaçların gebeliğe etkisini öğrenenlerin oranı %52.5, gebelikle birlikte tedavi değişikliği hakkında bilgilendirilenlerin oranı %53.7 ve doktorunun önerilerine uyanların oranı %50.6 dır. Maalesef bu oranların bu kadar düşük olması ne doktorun ne de hastanın kronik hastalığın gebelik sürecindeki öneminin farkında olmadığı anlamına gelmektedir.

Çalışmamızda, kronik hastalığı olan gebelerde, gebelikten önce ilaç kullanan hasta oranı % 78.8, gebelik sürecinde ilaç kullanan hasta oranı ise % 70.0 olarak tespit edilmiştir. Gebelikten önce en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla; levotiroksin % 28.0, salbutamol % 7.5, antihipertansif ilaçlar % 6.2, antidepresan ilaçlar % 5.0, asetilsalisilik asit % 4.3, insülin % 3.7 olarak saptanmıştır. Gebelik sürecinde en sık kullanılan ilaçlar sırasıyla; levotiroksin % 29.3, insülin % 6.8, antihipertansif ilaçlar % 6.2, antikoagülan ilaçlar % 5.6, salbutamol % 3.7 olarak saptanmıştır.

Gebelikte kullanılan ilaçlar, kullanım dozu, ilaca maruziyet süresi ve kullanıldığı dönemle ilişkili olarak, birtakım toksik veya teratojenik etkiye sebep olabilir. Yapılan çalışmalarda, ilaçlara ve kimyasal ajanlara bağlı doğumsal malformasyon oranının %1-3 olduğu tespit edilmiştir. Gebenin, farkında olmaksızın gebeliğinin ilk döneminde kullanmış olduğu ilaçlar ile birlikte kronik hastalığı nedeni kullanmasının gerekli olduğu ilaçlar, gebelikte ilaç kullanımı bakımından önemli konulardır. Gebelikte meydana gelen ve gebeliğin yol açtığı metabolik, dermatolojik ve gastroenterolojik sorunlar da ilaç kullanımını zorunlu hale getirebilmektedir (79).

Gebelikte oral Lt4 tedavisi ile hedef, maternal TSH düzeyini gebelik trimesterine göre spesifik sınırlarda tutmaktır. Gebelik kategorisi A olup, levotiroksin

tedavisi ile hipotiroidinin maternal ve fetal olumsuz etkilerinde azalma görülmüştür (108).

Astım tedavisinde kısa etkili β_2 agonistler (109), hipertansiyon tedavisinde labetolol, nifedipin, metildopa (110), diyabette orta etkili human NPH, uzun etkili analog insülin detemir, kısa etkili human regüler insülin ve hızlı etkili analoglar insülin aspart ve lispro gibi insülinler (111) gebelikte kullanım açısından daha güvenli ilaçlardır.

Gebelikte major depresif bozuklukta tedavi yöntemi, psikoterapi veya ilaç dışı yöntemler olmalıdır. İlaç tedavisi düşünülüyorsa, kar zarar oranı dikkate alınmalıdır. İlaç kullanımını gerektiren durumlarda, serotonin geri alım inhibitörleri ilk tercih ilaçlar olmalıdır (112).

Non-steroidal anti-inflamatuvar ilaçlar, plasentayı geçip fetusta ciddi teratojenik sonuçlara sebep olabilmektedir. Düşük riskinde ve malformasyonlarda artış ile birlikte, 30. haftadan sonra kullanılmaları, oligohidramnios ve duktus arteriosusun erken kapanması ile sonuçlanabilir. NSAİİ kullanımıyla fetusta, beyin, bobrek, akciğer, iskelet, gastrointestinal sistem ve kardiyovaskuler sistemleri etkileyen sonuçlar bildirilmiştir (113).

Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında anne adaylarının kullandığı ilaçlar sorgulanarak, teratojen ilaçların kesilmesi sağlanabilir ve gebelik döneminde teratojen ilaçların olumsuz etkileri önlenir. Bununla birlikte gerekli olan ilaçların başlanması ile de daha sağlıklı bir gebelik süreci idame ettirilebilir. Prekonsepsiyonel danışmanlık gebelik sırasında meydana gelebilecek tüm olumsuzlukları öngörüp mümkün olan en sağlıklı biçimde gebelik geçirmeyi hedefler.

5.1. Çalışmanın Kısıtlılıkları

1. Çalışmamız, üniversite hastanesi ve devlet hastanesinde yapılmış olup, 1. basamak sağlık kuruluşları ve özel hastaneler çalışma kapsamına alınmamıştır. Özel hastane ve 1. basamak sağlık kuruluşlarını da içeren bir çalışma daha doğru sonuçlar verebilir.

2. Çalışmamıza 18 yaş üstü gebeler dahil edilmiştir. Adolesan gebeliklerin de sık olduğu göz önünde bulundurulursa yaş kısıtlaması olmadan tüm gebeleri içeren bir çalışma daha doğru sonuçlar verebilir.

3. Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlıkla ilgili gebe olan grup seçilmiştir. Üreme çağındaki tüm kadınlar ile ilgili yapılacak olan bir çalışma daha etkin olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Prekonsepsiyonel bakımın alım ve sunumunda; kapsamlı bir danışmanlık programı bulunmaması, gelecekteki ebeveynlerin prekonsepsiyonel danışmanlığın yararlarından habersiz olması, çok yönlü prenatal risk faktörleri gibi engeller bulunmaktadır.

2. Çalışmamızda prekonsepsiyonel danışmanlığın, gebelerin gebelikle ilgili bilgi ve sorumluluk düzeylerini artırdığı ve olumlu sonuçları olduğu; prekonsepsiyonel danışmanlığın, gebelerdeki memnuniyetinin yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

3. Sosyoekonomik ve kültürel seviyesi yüksek olan gebe ve gebe eşlerinin, prekonsepsiyonel danışmanlık alma taleplerinin yüksek olduğu görülmüştür.

4. Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarının prekonsepsiyonel danışmanlıkta önemli rolleri olduğu görülmüştür.

5. Çalışmamızda, prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranının düşük olduğu tespit edilmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık konusunda hem hekimlerin hem de halkın bilgilendirilmesi gerekmektedir. Danışmanlık alan birey sayısının artması ile daha sağlıklı ve bilinçli gebelik sürecinin olması kaçınılmazdır.

6. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın gelecekteki sağlık profesyonellerinin müfredat programına dahil edilmesini destekliyoruz.

KAYNAKLAR

1. Coşkun A. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011;8(3):8-15.
2. Baysoy N.G, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: Halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3).
3. Çatak B, Aksan A.D, Zincir M. Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012;11(2).
4. Coşkun A, Aslan S, Oral G. Epilepside Gebelik, Doğum ve Doğum Sonu Sürecin Yönetimi ve Bakımı. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2018;49(1):117-125.
5. Yurtsever C, Set T. Relationship Between Preconception Care and Pregnancy Planning Status with Folic Acid and Smoking: A Cross Sectional Study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018;12(1):43-48.
6. Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurse-Special Topics*. 2017;3(3):204-212.
7. Beckmann M.M, Widmer T, Elize B. Does Preconception Care Work? *Australian and New Zealand Journal of Obstetric Gynaecology*. 2014;54(6):510-514.
8. Wilkes J. AAFP Releases Position Paper on Preconception Care. *American Family Physician*. 2016;94(6):508.
9. Moos M.K ve ark. Preconception Care. *AWHONN The Association of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses*. 2006;10(4):332-334.
10. Mook D.O ve ark. Risk Factors and Outcomes Associated With First-Trimester Fetal Growth Restriction. *American Medical Association*. 2010;303(6):527-534.

11. Van Der Zee B. ve ark. Preconception care: An essential preventive strategy to improve children's and women's health. *Journal of Public Health Policy*. 2011;32(3):367-379.
12. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları. *Journal of Academic Resorch in Nursing*. 2017;3(3):116-121.
13. Doğaner G, Gölbaşı Z. Prekonsepsiyonel Danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2011;20(5):215-221.
14. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005;36(2):65-71.
15. Allaire A.D, Cefalo R.C. Preconceptional health care model. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1998;78(2):163-168.
16. Başlı M, Aksu H. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;34(3):128-140.
17. Temel S. ve ark.. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International Journal of Public Health*. 2013;58(2):295-304.
18. Van der Zee B. Ve ark. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *Family Practice*. 2012;30(3):341-346.
19. Coskun A. The place and importance of preconception care and counseling in women's lives/Prekonsepsiyonel bakım ve danismanlik: kadın yasamindaki yeri ve onemi. *Journal of Education and Research in Nursing*. 2011;8(3):8-16.
20. İstanbul Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002;11:212-214.
21. Evlilik öncesi danışmanlık rehberi ; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Yayın no : 927 2014 [Available from:

<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>.

22. Evlilik öncesi danışmanlık rehberi ; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Yayın no : 928 2014 [Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>.
23. Pirdal H, Yalçın B.M, Ünal M. Gebelerin gebelik izlemleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2016;20(1):7-15.
24. Dönmez S, Yeniçel Ö.A, Kavlak O. Vajinal Doğum Ve Sezaryen Doğum Yapan Gebelerin Durumluk Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(3):908-920.
25. Aydemir H, Hazar H.U. Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik Ve Ebenin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(2):815-833.
26. Deniz R, Baykuş Y, Kavak E.Ç. Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarına Yaklaşım. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2016(2):130-137.
27. Başar F, Tunalı H.Y. Comparison of Pregnancy Complications between Employed and Unemployed Women. Journal of Current Researches on Health Sector. 2017;7(1).
28. Kuşgöz A.G ve ark. Ektopik Gebelik Olgularında Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2017; 57 (1):1-5.
29. Arslan F.T, Turgut R. Prematüre Bebek Annelerinin Evdeki Bakım Gereksinimleri Ve Bakım Verme Yeterliliklerini Algılama Durumları. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi. 2013;6(3).
30. Artunç Ülkümen B. ve ark. İkiz Gebeliklerde Fetal ve Maternal Sonuçların Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2013;27(3):123-128.

31. Benirschke K. Multiple gestation. In 'Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine'. 7th edit. Elsevier Saunders Philadelphia, PA 2014.
32. Özler ve ark. Tersiyer bir merkezde konjenital anomalili doğumların retrospektif analizi. Perinatoloji Dergisi. 2014;22(1):13-17.
33. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013. [Available from: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
34. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Trimester Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 2013;16:83-87.
35. Kost K. ve ark. The Effects of Pregnancy Planning Status on Birth Outcomes and Infant Care. Family Planning Perspectives. 1998;30(5):223-230.
36. Mutlu C ve ark. Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası etkenlerin annenin bağlanması ile ilişkisi. Anatolian Journal of Psychiatry. 2015;16:442-450.
37. Backhausen M.D. ve ark. Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care. 2014;19(1):57-65.
38. Özbaran B ve ark. Psychiatric evaluation of children born with assisted reproductive technologies and their mothers: a clinical study/ Yardımcı üreme teknikleriyle doğmuş çocukların ve annelerinin psikiyatrik değerlendirmesi: klinik bir çalışma. Archives of Neuropsychiatry. 2013;50(1):59-65.
39. Rouchou B. Consequences of infertility in developing countries. Perspectives in Public Health. 2013;133(3):174-179.
40. Tunç Ş. Spontan yoldan ve yardımcı üreme teknikleri ile gebe kalan hastaların maternal, fetal ve perinatal özelliklerinin karşılaştırılması. Kadın

- Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi. Malatya. 2014.
41. Çetinbaş A. Trakya Üniversitesi Hastanesi üremeye yardımcı teknikler merkezi'ne başvuran kadınlarda yaşam kalitesi. Aile Hekimliği Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi. Edirne. 2014.
 42. Özkan F ve ark. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler/Delivery methods: choices for women and related factors. Turkish Journal of Public Health. 2013;11(2):59-71.
 43. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin Doğum Şekline Karar Verme Durumlarının İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013;6(2):82-87.
 44. Öner S, Koçaş F. Mersinde 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(5):401-407.
 45. Molina G ve ark. Relationship Between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality. Journal Medical American Association. 2015;314(21):2263-2270.
 46. Vural G, Erenel A.Ş. Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır, Azalta Bilir Miyiz? Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2017;4(2):76-83.
 47. Ye J ve ark. Searching for the optimal rate of medically necessary cesarean delivery. Birth Issues in Perinatal Care. 2014;41(3):237-244.
 48. Çatak B ve ark. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: Bursa örneği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(2):63-69.
 49. Pell C ve ark. Factors affecting antenatal care attendance: results from qualitative studies in Ghana, Kenya and Malawi. Plos One. 2013;8(1):e53747.

50. Sezik H.A ve ark. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015;19(4):187-195.
51. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience: World Health Organization; 2016.
52. Onat G, Aba Y.A. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women/Gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(2):69-79.
53. Duman G, Bayram F. Obezite ve Gebelik. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi. 2018;2(3):101-106.
54. Yu Z. ve ark. Pre-pregnancy body mass index in relation to infant birth weight and offspring overweight/obesity: a systematic review and meta-analysis. Plos One. 2013;8(4):e61627.
55. Yardımcı H. Gebelikte Kazanılan Vücut Ağırlığı İle Yenidoğanın Bazı Özellikleri Arasındaki İlişkiyi İnceleyen Bir Araştırma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2018;27(1):20-29.
56. Akgün N. Maternal beden kütle indeksi ve gebelikte vücut ağırlığı artışı takibinin perinatal sonuçlar ile ilişkisi. Beslenme Bilimleri Programı Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2013.
57. Uzdil Z, Özenoğlu A. Gebelikte Çeşitli Besin Öğeleri Tüketiminin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(2):117-121.
58. Avcı D.K. Gebelik ve Beslenme. Türkiye Klinikleri Family Medicine. 2014;5(5):25-33.
59. Sarı O. The Knowledge About Nutrition During Pregnancy, the Eating Habits and the Affecting Factors in the Pregnant Women. Journal of Clinical and Analytical Medicine. 2016;6(153):467-472.
60. Işık C, Şahin N.H. Perinatal Dönemlerde Beslenme ve Kanıt Temelli Yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing. 2018;4(2):95-100.

61. Tosun Ö.Ç, Okyay Ö. Gebelik Sürecinde Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi (Journal of Health Science and Profession- HSP). 2018;5(3):333-341.
62. Yargıç M.P, Karayılan Ş.Ş, Dönmez G. Gebelik ve Egzersiz. Spor Hekimliği Dergisi. 2014;49(3):91-98.
63. Ölçer Z, Oskay Ü. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015;12(2):85-92.
64. Muoto I. ve ark. Oregon's coordinated care organizations increased timely prenatal care initiation and decreased disparities. Health Affairs. 2016;35(9):1625-1632.
65. Ak F. Aile Hekimliği ve Gebelikte Enfeksiyonlar. Türkiye Klinikleri. 2014;5(5):81-94.
66. Kirkham C. ve ark. Evidence-based prenatal care: part II. Third-trimester care and prevention of infectious diseases. American Family Physician. 2005;71(8):1555-1560.
67. Altuğ N, Özdemir R, Cantekin Z. Ruminantlarda Koruyucu Hekimlik: I. Aşı Uygulamaları. Erciyes Üniversitesi Veteriner Fakültesi Dergisi. 2013;10(1):33-44.
68. Aksay N.H. Gebelik ve Emzirme Dönemlerinde Aşılar ve İmmünglobulinlerin Kullanımı. 2018;6(3):92-98.
69. Barrs V.A. ve ark. Immunizations during pregnancy. uptodate.com/contents/immunizations-during-pregnancy. 2015
70. Tosun S. Erişkin Aşılması. Actual Medicine: 2013:24-38.
71. Forray A. Substance use during pregnancy. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2016;5.
72. Genç S, Mihmanlı V. Madde Bağımlılığı ve Gebelik. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30:120-123.

73. Yılmaz T, Tarhan P. Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2016;140-147.
74. Culley C.L ve ark. Alcohol exposure among pregnant women in sub-saharan Africa: a systematic review. Journal of population therapeutics and clinical pharmacology = Journal de la therapeutique des populations et de la pharamcologie clinique. 2013;20(3):321-333.
75. Koçak D.Y. ve ark. Alkol ve sigara bağımlılığı, kadın sağlığına etkileri ve hemşirelik girişimleri. Davranış Bilimleri Dergisi. 2015;1(5):43-47.
76. İzci F, Bilici R. Gebelerde Madde Kullanımı: Görülme Sıklığı ve Etkileri. Bağımlılık Dergisi. 2015;16(1):26-34.
77. Özkaya Ö, Köse S.K. Gebelikte Sigara ve Alkol Kullanımı. Türkiye Klinikleri. 2013;6(3):57-62.
78. Karadaş B. ve ark. İlaçların gebelikte kullanımlarına dair risk iletişimde yeni dönem: FDA gebelik risk kategorileri değişiyor. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2014;18(4):195-198.
79. Öztürk Z. İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2014;24(5):201-205.
80. Vaizoğlu S.A. ve ark. Kadın Çevre ve Sağlık İlişkisi. http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2001/sayi_2/baslik3.pdf. (01.02.2019).
81. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte ruhsal durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2001;23(1):61-64.
82. Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2011;4(1):63-74.
83. Michels R. The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology. JB Lippincott Co; 1989.
84. Carters D ve ark. Psychiatric disorders in pregnancy. Medical Journal. 2005;47(2):96.

85. Çalık K.Y, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Siklik, Risk Faktörleri ve Tedavisi/Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2011; 3(1):142-162.
86. Pamuk G, Can H. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar. *Aile Hekimleri için Üroloji*.
87. Güngören A. Gebelikte Seksüel Geçişli Hastalıklar: Klamidy, Gonore ve Sifiliz. *Türkiye Klinikleri*. 2016;9(3):1-5.
88. Yazgan S ve ark. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar? Sağlığını Şansa Bırakma; Korumayı (n)!!!
http://tip.baskent.edu.tr/kw/upload/464/dosyalar/cg/sempozyum/ogrsmpzs_nm15/15.P4.pdf. (01.02.2019).
89. Tosun İ. ve ark. Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin Riskleri: Tersiyer Bir Merkezin 6 Yıllık Deneyimi. *Journal of Clinical Obstetric and Gynecology*. 2014;24(3):141-146.
90. Güzel A.İ. ve ark. Adolesan Gebelikler. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2016;13(1).
91. Kabaran S, Ayaz A. Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2013;70(2):103-112.
92. Yılmazel G ve ark. Doğurgan Yaş Grubundaki Kadınlarda Folik Asit Kullanımı, Bilgi ve Farkındalığı. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2015;12(6).
93. Çağlayan E.K. ve ark. Orta Anadolu'da yaşayan gebelerdeki demir-vitamin kullanımını ve bunu etkileyen faktörler. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2014;2:94-97.

94. Yüksel M, Davas H.A. İzmir’de bir üniversite hastanesi jinekoloji polikliniğine başvuran 15-49 yaş kadınların birinci basamakta izlem sıklığı ve niteliği. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2016;15(6).
95. Öksüz S. ve ark. A Case with Double Outlet Right Ventricle Caught Pre-Pregnancy Care. Medicine Science. 2014;3(4).
96. Yılmaz T. ve ark. Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi. 2015;1(1):21-29.
97. Ata K.K, Şahin N.H. Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2015;46(4):112-117.
98. Aktaş A, Pekkolay Z. Gebelikte Tiroid Hastalıkları ve Tedavisi. Journal of Clinical and Experimental Investigations. 2016;7(1).
99. Aktaş A. Gebelik ve Astım. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;3(2):424-425.
100. Kutay N.G. ve ark. Gestasyonel diabetes mellitus riskinin maternal yaş ve gebeliğin başlangıcındaki vücut kitle indeksi ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi. 2013;40(3).
101. Kafadar Y.T. ve ark. Trombofili saptanan gebelerde perinatal sonuçlarının değerlendirilmesi. J Turk Soc Obstet Gynecol 2014;2:88-93.
102. Tulmaç Ö.B. Gebelikte Hipertansif Bozukluklar; Tanım, Sınıflandırma ve Patofizyoloji. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2012;14(2):17-23.
103. Akbaş E. ve ark. Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi. Tubitak Ulakbim Ekual Nöropsikiyatri Arşivi. 2012;3:35-42.
104. Balkaya N.A. ve ark. Gebelikte Belirlenen Risk Faktörlerinin Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Ortaya Çıkardığı Sorunlar. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014;4(1).

105. Olgun A. ve ark. Gebelik Terminasyonu İndikasyonları: Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2000-2001. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi. 2012;8(33).
106. Aşık G. ve ark. Afyon bölgesinde gebelerde Toksoplazma ve Rubella seroprevelansı. Pamukkale Tıp Dergisi. 2013(3):128-132.
107. Arlı M. ve ark. Anne ve çocuk beslenmesi. PEGEM Akademi 8. Baskı. 2017:1-233
108. Kaba M. Gebelik ve Tiroid Hormonları. Kocatepe Tıp Dergisi. 2013;14(3):160-166
109. Ediger D. Astım ve Gebelik. Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi. 2015; 3 (2): 223-232.
110. Değirmenci H. Gebelerde Hipertansiyona Güncel Yaklaşım. Erzincan Tıp Dergisi. 2018: 1(1):20-27.
111. Öztürk F.Y, Altuntaş Y. Gestasyonel Diabetes Mellitus/Gestational diabetes mellitus. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2015;49(1):1.
112. Copoglu U. ve ark. Gebelik ve Laktasyon Döneminde Ruhsal Bozukluklar ve Tedavisi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2015;6(24):43-53.
113. Özbudak H. ve ark. Gebelikte Non-steroidal Antiinflamatuvar İlaçların Kullanımının Değerlendirilmesi. Marmara Pharmaceutical Journal. 2016;20:64-71.

