



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK BİLİM DALI

PLANLI GEBELİĞİ OLAN KADINLARIN
PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNİN GEBELİK SONUÇLARINA
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

MAIDINA AIERKEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PROF. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

Eskişehir

2020



T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK BİLİM DALI

PLANLI GEBELİĞİ OLAN KADINLARIN
PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDEKİ YAŞAM TARZI
DEĞİŞİKLİKLERİNİN GEBELİK SONUÇLARINA
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

MAIDINA AIERKEN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

PROF. DR. NEBAHAT ÖZERDOĞAN

Eskişehir

2020

KABUL VE ONAY SAYFASI

Aierken Maidina'nin Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı "Planlı Gebeliği Olan Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Gebelik Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı bu çalışma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek "**KABUL**" edilmiştir.

... / ... / 2021

Maidina Aierken

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Üye:

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ... / ... / 2021 tarih ve ... / ... sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Selma METİNTAŞ
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca çalışmamın her aşamasında beni aydınlatan, bilgisiyle, görüşüyle beni yönlendiren, desteğini esirgemeyen ve emeği geçen kıymetli danışman hocam sayın Prof. Dr. Nebahar Özerdoğan'a çok teşekkür ederim.

Uzmanlık görüşü için değerli zamanlarını ayıran Dr. Öğr. Üyesi. Hediye Karakoç, Prof. Dr. Anahit Coşkun, Prof. Dr. Gülşen Eryılmaz, Doç.Dr. Elif Gürsoy, Dr. Yasemin Erkal Aksoy hocalara teşekkür ediyorum.

Eğitimim için uzakta olsalar da her türlü desteğini esirgemeyen anneme ve babama teşekkür ediyorum. İyi günde kötü günde hep yanımda olan kardeşim Mergiyah'a teşekkür ediyorum. Hayatımın her alanında olduğu gibi, tez çalışmamı hazırlarken de her aşamada bana yardımcı olan sevgili eşim Anver SAYRAM'a sonsuz teşekkür ederim.

MAIDINA AİERKEN

14 / 04 / 2021

ÖZET

Planlı Gebeliği Olan Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Gebelik Sonuçlarına Etkisinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma, planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin gebelik sonuçlarına etkisinin retrospektif olarak incelenmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırmanın farklı sosyo-demografik özellikteki kadınları kapsamaması açısından bir özel bir de kamu hastanesi olmak üzere iki farklı hastanede yapılması planlanmıştır. Ancak verilerin toplanması aşamasında görülen Covid-19 pandemisi nedeni ile kamu hastanesinden izin alınmadığı için araştırma, özel bir hastanenin Doğum Sonu Bakım Ünitesinde 2019 Ekim-2020 Ağustos tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemi güç analizi belirlenmiş, 480 kadın çalışmaya dâhil edilmiştir. Verilerin toplanması, araştırmacı tarafından çalışmanın yapıldığı hastanenin Doğum Sonu Bakım Ünitesinde yatan postpartum 1.-5. günler arasındaki kadınlarla yüz yüze görüşülerek lohusa odalarında gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen “Kişisel Tanımlayıcı Bilgi Formuyla” toplanmış, formun doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

Bulgular: Çalışma kapsamına alınan kadınların (n=480) yaş ortalaması 28.91 ± 5.74 'tür. Kadınların %41.7'si üniversite mezunu, %62.7'si çalışmaktadır. İlk gebeliği olanların oranı %51.3, vajinal doğum oranı 61.2'dir. Prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı bir gebelik için herhangi bir girişimde bulunanlar %27.5, gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alanlar %54.6, sağlık personelinde bilgi alanlar ise %44.2 oranında belirlenmiştir. Gebeliğe hazırlık için prekonsepsiyonel dönemde sigarayı bırakan gebeler %7.3, sigarayı azaltan gebeler %5.2, gebeliklerinde sigara içmeye devam edenler %3.1 oranındadır. Prekonsepsiyonel dönemde reçetesiz ilaç kullananların oranı %28.8, folik asit kullanımı %49.8, multivitamin kullanımı %34.6 olarak saptanmıştır. Prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, doğum memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p > 0.05$), bebeğin kilosu ve boyu anlamlı farklılık göstermiştir ($p < 0.05$). Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, boy ve kilo ortalaması ile Apgar skoru istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken

($p>0.05$), doğum memnuniyeti ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Gebelikle ilgili bilgi alma ve sağlıklı gebelik için herhangi bir girişimde bulunma durumuna göre bebeğin boy ve kilosu, doğum haftası ile doğum memnuniyeti ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru, doğum şekli ($p<0.001$) ve bebeğin boyu ile doğum memnuniyeti ($p<0.05$) arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Kadınların multivitamin kullanma, aşı yaptırma, gebelikle ilgili bilgi alma, sağlık personelinde gebelikle ilgili bilgi alma, sağlıklı gebelik için girişimde bulunma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Sonuç: Prekonsepsiyonel dönemde kadınların yarısına yakını sağlıklı bir gebelik geçirmek için sağlık profesyonellerinden bilgi almıştı. Gebeliğe hazırlık için sağlıklı yaşam tarzı değişikliği yapan kadınların oranı düşüktü. Yaşam tarzı değişikliklerinin doğum sonuçlarına etkisi değerlendirildiğinde, doğum sonuçlarını en fazla etkileyen faktör sigara kullanımıydı. Sınırlı etkisi olan faktörler multivitamin ve folik asit alınması ve aşı uygulamasıydı.

Anahtar Kelimeler: Planlı Gebelik, Prekonsepsiyonel Dönem, Yaşam Tarzı Değişiklikleri, Gebelik Sonuçları.

SUMMARY

Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies and retrospective analysis of the effect on pregnancy outcomes

Object: The purpose of this paper is to retrospectively examine lifestyle changes of women with planned pregnancy during preconceptional period and the effects of these changes on their pregnancy outcomes while aiming to conduct a descriptive examination seeking relationship between the research elements.

Method: The study was to be conducted in both a private and a public hospital in order to involve women with different socio-demographic characteristics. However, the research could be carried out only in a private hospital's Postpartum Care Unit between the dates August 2019 and August 2020, since permission could not be obtained from the public hospital due to the Covid-19 pandemic, which emerged during the data collection period. Research sample and power analysis were determined and 480 women were included in the study. The research data were obtained at the hospital's Postpartum Care Unit by face-to-face meetings with women in puerperal rooms during their postpartum 1-5 days. The data were collected using the 'Personal Descriptive Information Form' developed by the researcher, which took 20-30 minutes for women to fill.

Results: Within the scope of this research, average age of the women (n = 480) included in this study is 28.91 ± 5.74 . Among these women, 41.7% are university graduates and 62.7% are working. The rate of those with their first pregnancy is 51.3% and the rate of vaginal birth is 61.2. In the preconceptional period 27.5% of these women took a step for a healthy pregnancy, 54.6% took information about pregnancy preparation and 44.2% received information from healthcare personnel. The rate of women who quit smoking during preconceptional period as a preparation for pregnancy is 7.3% while 5.2% reduced smoking, 28.8% used non-prescription medicine, 49.8% used folic acid and 34.6% took multivitamins. While no statistically significant difference was detected between birth weeks and birth satisfaction of women who used multivitamins during preconceptional period and who didn't ($p > 0.05$), the weight and height of the babies showed a significant difference ($p < 0.05$). While birth week, height and weight average of babies and Apgar score didn't show any statistically significant

difference among the women who used folic acid in the preconceptional period and who didn't ($p > 0.05$), their birth satisfaction and delivery type showed a significant difference ($p < 0.05$). No significant difference was found between the baby's height, weight, birth week and birth satisfaction averages according to the state of women having taken information about pregnancy or any action for a healthy pregnancy ($p > 0.05$). A significant difference was detected between delivery type ($p < 0.001$), baby's height and birth satisfaction ($p < 0.05$) and the Apgar score according to the smoking status of women in the preconceptional period. Apgar score and delivery type rates did not show a significant difference according to the status of women using multivitamins, having vaccination, getting information about pregnancy either from healthcare personnel or some other ways and preparing themselves for a healthy pregnancy ($p > 0.05$).

Conclusion: In the preconceptional period, nearly half of the women received information from healthcare personnel. Yet the rates of women who made a healthy lifestyle change in order to prepare themselves for a healthy pregnancy were low. When the effects of lifestyle changes on birth outcomes were evaluated, smoking was found out as the most important factor affecting the birth outcomes. The factors with limited impact were the use of multivitamins and folic acid, and the use of vaccination.

Key Words: Planned Pregnancy, Preconceptional Period, Lifestyle Changes, Pregnancy Outcomes.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
SUMMARY	vi
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	x
SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Gebeliğin Planlanması ve Prekonsepsiyonel Dönem	5
2.2. Prekonsepsiyonel Bakım	6
2.2.1. Dünyada prekonsepsiyonel bakım.....	7
2.2.2. Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım	8
2.3. Prekonsepsiyonel Dönem ve Bakımın Önemi.....	11
2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Kapsamı	12
2.4.1. Folik asit takviyesi.....	13
2.4.2. Kafein tüketiminin düzenlenmesi	13
2.4.3. Çalışma koşullarının düzenlenmesi	14
2.4.4. Demir takviyesi.....	15
2.4.5. Sağlıklı ve dengeli beslenme	15
2.4.6. Kilo alımının dengelenmesi ve beden kitle endeksinin sağlıklı hale getirilmesi.....	16
2.4.7. Madde kullanımının önlenmesi (sigara, alkol, uyuşturucu maddeler)	16
2.4.8. Egzersiz	17
2.4.10. Genetik Danışmanlık Verilmesi	18
2.4.11. Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisi	19
2.4.12. Teratojenlere maruz kalmanın önlenmesi.....	21
2.4.13. Ekonomik ve psikososyal koşulların değerlendirilmesi	22
2.4.14. Aile içi şiddetin önlenmesi	22
2.4.15. Aşılama.....	23
2.4.16. Doğum aralıklarının Düzenlenmesi.....	24
2.5. Prekonsepsiyonel Dönemde Ebe ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü	24
3. YÖNTEM	26
3.1. Araştırmanın Amacı.....	26

3.2. Araştırmanın Tipi.....	26
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	26
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	27
3.5. Verilerin Toplanması.....	28
3.6. Veri Toplama Araçları.....	28
3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi.....	29
3.8. Araştırmanın Etik Onayı.....	29
4. BULGULAR	30
4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri	30
4.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem ve Gebeliklerindeki Yaşam Tarzı Özellikleri, Risk Oluşturabilecek Faktörler.....	32
4.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemde Gebeliğe Hazırlık İçin Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Gebelikle İlgili Bilgi Edinme Durumları.....	34
4.4. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Bazı Yaşam Tarzı Değişikliklerine Göre Gebelik Sonuçlarının (Yenidoğanın Özellikleri, Doğum Memnuniyeti, Gebelik ve Doğumda Komplikasyon Yaşama) Dağılımı.....	38
5. TARTIŞMA	43
5.1. Kadınların Prekonsepsiyonel ve Gebelik Dönemlerindeki Yaşam Tarzı Özellikleri, Tıbbi Sorunlarıyla İlgili Verilerin Tartışılması	43
5.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemde Gebeliğe Hazırlık İçin Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Gebelikle İlgili Bilgi Edinme Durumlarına Yönelik Bulgular	47
5.3. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre gebelik sonuçlarının (yenidoğanın özellikleri, doğum memnuniyeti, gebelik ve doğumda komplikasyon yaşama) dağılımını gösteren bulgular	52
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7. KAYNAKLAR DİZİNİ.....	60
8. EKLER DİZİNİ	76
EK-1 Kişisel Tanımlayıcı Bilgi Formu	76
EK-2 Etik Kurul Onayı.....	80
EK-3 Ankara Korum Hastanesi İzin Yazısı.....	84
EK-4 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi İzin Yazısı	85
EK-5 Asgari Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	87
EK-6 Anket Formuyla İlgili Görüşüne Başvurulan Ebelik ve Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Alanındaki Beş Uzman.....	88
9. ÖZGEÇMİŞ	89

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1. Güç analizi sonuçları.....	27
Tablo 3.2. Verilerin dağılımına ait normallik testleri.....	29
Tablo 4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri (N=480)	31
Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik özellikleri (N=480).....	32
Tablo 4.3. Kadınların prekonsepsiyonel dönem ve gebeliklerinde yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri (N=480)	33
Tablo 4.4. Kadınların gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde tıbbi sorun yaşama durumları (N=480).....	34
Tablo 4.5. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişikliklerinin dağılımı.....	36
Tablo 4.6. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebelik ile ilgili bilgi edinme durumları.....	37
Tablo 4.7. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı	39
Tablo 4.8. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre doğum sonuçlarının dağılımı	40
Tablo 4.9. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı	41

SİMGE VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAP	: Amerika Pediatri Akademisi
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	: Amerika Obstetri ve Jinekoloji Derneği
AÇS	: Ana-Çocuk Sağlığı
AP	: Aile Planlaması
BEÇMOR	: Beş Yaş Altı Çocuk ve Bebek Ölümlerinin Tespit Edilmesi Araştırması
BÖH	: Bebek ölüm hızı
CDC	: Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi
DDAB	: Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMR	: Erken Membran Ruptürü
HSG	: Rahim Filmi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ

Gebelik gelişimsel fizyolojik bir olay olmakla birlikte neden olduğu biyolojik ve psikososyal değişiklikler, risk taşıyan kadınlar ve bebeklerinin sağlığı için olumsuz sonuçlar doğurabilmektedir. Gebeliklerin plansız ve hazırlıksız olması, istenmeyen sağlık sorunlarını da beraberinde getirebilmektedir (Dean vd., 2014). Bir kadının gebe olduğunun anlaşılıp ilk antenatal kontrolünü yaptırmasına kadar geçen sürede çoğu kez organogenezis tamamlanmış olmaktadır. Bu nedenle doğumun anne ve bebek açısından sağlıklı bir gebelik süreci ile tamamlanabilmesi, obstetrik ve fetal sonuçların iyileştirilmesi için gebelik öncesi dönemde risk faktörlerinin belirlenerek gerekli girişimlerin yapılması ve bakımın başlatılması önemlidir (Karakaya & Coşkun, 2013).

Gebelik öncesi dönemde, anne ve bebek açısından olası ve mevcut riskler saptanmaz ve ortaya çıkabilecek sorunların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmazsa yapılacak müdahaleler için geç kalınabilmektedir (Arslan ve Özkan, 2007). Bu gereksinimden yola çıkılarak 1980’li yıllarda Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) olumsuz obstetrik sonuçları önlemek için prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım kavramı geliştirilmiştir. Prekonsepsiyonel bakım gebeliği düşünen çiftleri hedeflemekte, anne ve bebeğin sağlığını geliştirmeyi amaçlamaktadır. Kadınlara ve çiftlere sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürme ve sağlık risklerini en aza indirme konusunda danışmanlık yapmak için mükemmel bir fırsat sağlamaktadır (ACOG, 2018). ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (USA Centers for Disease Control and Prevention- CDC) prekonsepsiyonel bakımı; “sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek için hekim ya da diğer sağlık profesyonellerinden alınan gebelik öncesi sağlık bakımı” olarak tanımlamaktadır (Fraser & Cooper, 2003). Bu kurum prekonsepsiyonel bakımın amacını; sigara içme, alkol tüketimi, ilaç kullanımı ve kalıtsal hastalıklar gibi prekonsepsiyonel dönemde mevcut olan biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini tanımlamak ve azaltmak olarak açıklamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (2013) ise prekonsepsiyonel bakımı “gebe kalmadan önce kadınlara ve çiftlere biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahalelerinin sağlanması” olarak tanımlamakta, bu bakımın anne adayının sağlık durumunu iyileştirmeyi, anne ve çocuk sağlığına negatif olarak etki edecek bireysel ve çevresel faktörleri azaltmayı amaçladığını belirtmektedir. Ayrıca DSÖ’ye göre prekonsepsiyonel dönemdeki bakımın nihai amacı, kısa ve uzun vadede anne ve çocuk sağlığını maksimum oranda iyileştirmektir (WHO, 2013c).

“Prekonsepsiyonel dönem” gebelik öncesi yaklaşık 100 günü kapsadığı ve bakımın birinci basamak sağlık hizmetlerinde verilmesi gerektiği belirtilmekle birlikte, sadece çocuk sahibi olmayı planlayan çiftlere değil, doğurganlık döneminde bulunan kadınların tamamına sunulması gereken bir hizmet olduğu belirtilmektedir. Çünkü sağlıklı bir gebeliğin oluşumunun sağlanması kadar istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi de önemlidir. Bu şekilde prekonsepsiyonel bakımın doğurganlık bilincinin gelişmesi ve gebeliğin planlanmasına katkı sağlaması amaçlanmaktadır (Coşkun, 2012; Şahin, 2012). Dünya’da gebeliklerin önemli bir oranı planlanmamış ya da istenmeyen gebeliklerdir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) düşük ve orta gelirli ülkelerde bir yılda 74 milyon kadının istenmeyen ve plansız gebelik yaşadığını, bu durumun her yıl 25 milyon güvensiz kürtaj ve 47.000 anne ölümüne yol açtığını bildirmiştir (WHO, 2019a). Gebelik ve doğum sürecinde doğacak olan bebek ve annenin sağlığında, gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıklarının önemli etkisi olacaktır. Plansız ve istenmeyen gebeliklerin oranının fazlalığı bu etkinin olumsuz yönde olmasını daha da artırabilecektir.

Gebelik öncesi dönemdeki sağlık; doğurganlık ve hamilelik sırasındaki sonuçları ile hem kadın hem de gelecek nesiller için kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını etkileyen, üreme yaşamı boyunca derin ve kalıcı etkileri olan kritik bir süreç olarak kabul edilir. Bu dönemin önemi, gelecekteki çocukluk ve ergenlik sorunlarının önlenmesine öncelik vermek için tavsiye edilen altı anahtar zaman noktasından biri olmasına dayanmaktadır (WHO, 2013c).

Prekonsepsiyonel dönem; anne ve bebek için önleyici ve koruyucu hizmetlerin uygulamaya koyulduğu bir dönemdir. Uluslararası rehberlerde bu dönemdeki bakımın bileşenleri; risk taraması, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi ve eğitim (aşılama ve danışmanlık), belirlenen risklere yönelik girişimler olarak ifade edilmiştir (Hill, 2019). Risk faktörlerinin belirlenmesi için taramaların yapılması, mevcut problemlerin saptanması, gebelikte ortaya çıkabilecek potansiyel risklerin azaltılmasında önemli bir fırsat sunar (Hillemeier, Weisman & Gary, 2008). Sadece fizyolojik olarak değil annenin gebelik döneminde yaşayabileceği psikolojik dalgalanmaları öğrenerek hazırlıklı olması da prekonsepsiyonel bakımın bir parçasını oluşturmaktadır. Anne ve fetüsün sağlığını optimize etmek için yaşam tarzı tavsiyelerinde bulunulması, sağlık okuryazarlığı ve farkındalığını artırarak sağlıklı yaşam davranışlarının oluşturulmasına (sağlıklı beslenme, düzenli spor yapma, cinsel yolla bulaşan

hastalıklara karşı korunma, bağışıklanma, sigarayı bırakma v.b) katkı sağlayabilmektedir. Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ile kronik anne sağlığı sorunlarını azaltmak için önerilerde bulunulabilir, genetik veya kromozomal malformasyonu olan bir bebek sahibi olma riski olan çiftler genetik tarama ile tanımlanabilir ve bilinçli kararlar vermeleri için yeterli bilgi sağlanarak çiftlerin psikolojik dayanıklılığı artırılabilir (Dhavlikler, 2017). Diyabet, hipertansiyon, psikiyatrik hastalık ve tiroid hastalığı gibi birçok kronik tıbbi durumun gebelik sonuçları üzerinde etkileri vardır ve bu hastalıklar gebelikten önce en uygun şekilde yönetilmelidir.

Anne sağlığının aile sağlığından, aile sağlığının ise toplum sağlığından bağımsız düşünülmesi imkansızdır. Sağlıklı kadının sağlıklı gebelik geçirmesi, sağlıklı gebelik sürecinin ise sağlıklı bir bebek ile sonuçlanması, toplum sağlığı açısından birbiriyle ilişkili halkaları oluşturmakta ve bu şekilde birey özelinden sağlıklı toplumlara ulaşabilmektedir (WHO, 2012a). Bütün dünyada 2017 yılında 295.000 kadın, doğum ve gebelik komplikasyonları sebebi ile hayatını kaybetmiştir (WHO, 2019b). Anne ölümlerinin önlenmesi ve fetüs, yenidoğan, anne sağlığının geliştirilmesinde prekonsepsiyonel bakıma ve bu konuda uzmanlaşmış ebelere gereksinim duyulmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli bir potansiyel gücü oluşturan ebeler, kadın ve çiftlere yönelik prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetinin verilmesinde çok önemli bir konuma sahiptirler ve bu hizmetin verilmesinde aile hekimleri ile birlikte önerilen sağlık profesyonelleridir. Ebeler bu hizmeti verirken çiftleri; sağlıklı alışkanlıkları uygulamaları konusunda teşvik ederek, gebelik planlaması ve doğum öncesi bakımla ilgili eğiterek ve gebe kalmadan önce risk faktörlerini belirleyip azalmasını sağlayarak, sağlıklı bir gebelik oluşumu ve sürdürülmesine katkı sağlarlar (Van Heesch vd., 2006). Ayrıca ebelerin prekonsepsiyonel bakımla ilgili bilgilerini güncel tutarak, bununla ilgili hizmet içi eğitim programlarına katılmak, kanıta dayalı uygulamaları verdiği bakıma yansıtma sorumluluğu bulunmaktadır.

Daha çok gelişmiş ülkelerde sistematik olarak sunulan prekonsepsiyonel dönem sağlık hizmeti ülkemizde tam anlamı ile organize edilmemiş ve standartları henüz oluşturulmamıştır. Sağlık sisteminin çeşitli kademelerinde kadınlara gebelik öncesi dönemle ilgili öneriler sunulmakta (ör. sigaranın bırakılması) ve bazı müdahaleler (folik asit ve demir takviyesi) yapılmaktadır. Türk Medeni Kanununa (2002) göre

evlenecek çiftler aile hekimliklerinden “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” ve “evlilik öncesi danışmanlık” hizmeti almak zorundadır. Bu danışmanlık hizmeti bir ölçüde prekonsepsiyonel bakımla ilgili uygulama ve önerileri de kapsamaktadır. Gebelik öncesi bakımla ilgili yapılması gereken, bu hizmetlerin kapsamının genişletilerek tüm çiftler için ulaşabilir kılınması, bütüncül olarak sağlık sisteminin tüm kademelerinde uygulanabilmesidir (Baysoy & Özkan, 2012). Ülkemizde standardize edilmiş kapsamlı bir prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alamayan anne adaylarının, bu dönemde gebeliğe hazırlıkla ilgili yaptıkları uygulamaların neler olduğunun bilinmesi, bu uygulamaların gebelik sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi hizmet ihtiyacının belirlenmesi ve organizasyonu açısından önemli olacaktır.

Bu çalışmada, planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin ve bu değişikliklerin gebelik sonuçlarına etkisinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin Planlanması ve Prekonsepsiyonel Dönem

Sağlıklı gebelik süreci geçirmek ve sağlıklı bebek dünyaya getirmek tüm anne adaylarının arzusudur. Sağlıklı bir gebelik ve bebeğin temelinde planlı bir gebelik sürecinin geçirilmesi yer alır. Gebeliğin planlanması, eşlerin ne zaman, hangi sıklıkla ve kaç çocuk sahibi olma kararını seçme özgürlüğüdür (Mason, Chandra-Mouli, Baltag, Christiansen & Lassi, 2014). Planlı bir gebeliğin doğurganlık bilinci ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Doğurganlık bilinci, kadın ve erkeğin üreme sistemini ve buna bağlı üreme işlevini bilmeleri olarak tanımlanmaktadır. Yapılan bilimsel araştırmalar ülkemizde ve dünyada çiftlerin yeterli seviyede doğurganlık bilincine sahip olmadıklarını, ayrıca psikososyal ve fiziksel boyutlarıyla ciddi bilgi eksikleri bulunduğunu ortaya koymaktadır. Doğurganlık bilincinin kazanılması ise prekonsepsiyonel danışmanlığın amaçlarından biridir. Prekonsepsiyonel dönemde alınan danışmanlık ve eğitimler ile çiftler gebelik ve gebelik sonrası süreç hazırlanmaktadır (Coşkun, 2011).

Gebeliğin planlanması birçok ülkede 'doğal aile planlaması' ile gündeme gelmiş, çiftlere kendilerini ve partnerlerini tanıma fırsatı doğurmuştur. Gebeliğin planlanması ile çiftler hangi dönemlerin doğurgan, hangi dönemlerin infertil olduğunu öğrenmektedir. Aslında doğurganlık bilincinin kazanılmasındaki amaç kadının menstrual siklusu boyunca en fertil olduğu dönemi yakalamaktır. Menstrual siklus boyunca kadında meydana gelen birtakım psikolojik ve fizyolojik değişiklikler, gebelikten korunma veya gebe kalmak için kullanılabilir (Coşkun & Rathfisch, 2009).

Gebeliği planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönemde jinekolojik muayene olmaları ve danışmanlık almaları önemlidir (Ersoy, Karasu, Çelik, Ersoy & Tokmak, 2015). Fetüsün zararlı etkilere maruz kalmasını önlemeye yönelik çalışmalar ideal olarak konsepsiyon öncesi dönemde başlamalıdır (Coşkun, 2012). Planlı bir gebelik, maternal ve fetal riskleri en aza indirmekle birlikte isteyerek kürtaj sayısını da azaltmaktadır (Tsui vd., 2010). Ersoy ve arkadaşları (2015) gebeliği plansız olan kadınların kişisel özellikleri ve kontrasepsiyon hakkındaki düşünceleri adlı çalışmalarında gebeliğini planlı olarak tanımlayan kadınların bile gebelik öncesi jinekolojik muayeneye gitme oranını %32.6 ve gebelik öncesi folik asit kullanım oranını ise %16.2 olarak çok düşük saptamışlardır. Bu sonuca göre toplumun daha

“Planlı Gebelik” kavramını tam olarak bilmediğini belirtmişler, kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık verilirken planlı gebelik kavramının daha iyi açıklanması gerektiğini belirtmişlerdir (Ersoy vd., 2015).

2.2. Prekonsepsiyonel Bakım

“Prekonsepsiyonel bakım” kavramı, ABD’de kötü obstetrik sonuçları önlemek üzere koruyucu bir yaklaşım olarak tanımlanmış bir kavramdır ve prekonsepsiyonel bakım gebelik öncesi yaklaşık 100 günü kapsamaktadır (Fraser& Cooper, 2003).

Prekonsepsiyonel dönemin başlıca hedefi, gebelikte gelişebilecek anormal durumları erken dönemde tanılamak, acil ve uygun girişimleri başlatmak, kısacası birincil korunmayla anne ve çocuk sağlığını bozacak bireysel, çevresel faktörleri ve davranışları azaltarak ölüm ve sakatlıkları önlemektir (Coşkun, 2012; WHO, 2013d). Bu bakım ile çiftlerde gebelik öncesinde doğurganlık bilincinin oluşturulması, gebeliğin anne ve fetüse olası etkileri konusunda çiftlerin eğitilmesi ve olası risklerle ilgili gerekli önlemlerin alınması amaçlanmaktadır. Ayrıca bu bakım, genetik hastalıkların yol açtığı riskli gebelikler konusunda çiftlerin bilinçli kararlar almasına katkıda bulunmaktadır (Coşkun, 2012).

Prekonsepsiyonel bakım temelde üç ana başlıktan oluşmaktadır. Bunlar; risk değerlendirilmesi, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi ve belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik girişimlerin uygulanması şeklinde sıralanmaktadır (Vander Zee vd., 2013; Poels vd., 2017). Ana başlıklar doğrultusunda verilecek bakım ve danışmanlığın içeriği şu şekildedir.

- İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi için aile planlaması danışmanlığı
- Genetik danışmanlık,
- Nöral defektleri önlemek, konjenital hastalıkları ve preterm doğumları azaltmak için folik asit kullanımı,
- Ebeveynliğe psikolojik hazırlığın değerlendirilmesi,
- Reprodüktif ve genel öykünün alınması,
- Laboratuvar testlerin uygulanması,
- Kronik hastalıkların yönetimi,
- Enfeksiyonlardan korunmak amacı ile bağışıklama,
- Fetal DNA hasarını önlemek amacı ile çevresel ve mesleki risk değerlendirmesi,

- Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve tedavi,
- Alkol, tütün ve madde kullanımından uzak durma,
- Sağlıklı hayat tarzının desteklenmesi,
- Kilo kontrolü ve düzenli beslenme,
- Fiziksel değerlendirme (Jack vd., 2008; Shawe vd., 2015; Zhou vd., 2016).

2.2.1. Dünyada prekonsepsiyonel bakım

Dünya genelinde birçok ülke için infant ve maternal mortalite ve morbidite önemli sağlık başlıklarından biri olan prekonsepsiyonel bakım ile ilgili ilk araştırma, 1980 yılında Chamberlain tarafından İngiltere’de yapılmıştır. Birleşik devletler 1980’li yıllarda bebek ölüm hızlarının (BÖH) beklenenden yüksek bulunduğunu fark ederek gebelik öncesi bakım hizmetlerini yaygınlaştırmıştır. İsrail kendi ırklarında sık rastlanan hastalıkların tespiti için çalışmalar yürütmüştür. 2009 yılında standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmıştır (Baysoy ve Özkan, 2012).

Amerika Birleşik Devletleri’nde (ABD) kötü obstetrik sonuçları önlemek üzere koruyucu bir yaklaşım olarak tanımlanmış ve 1980’li yıllarda konjenital anomalisi ve genetik bozukluğu olan, düşük doğum tartılı, morbidite ve mortalite oranları yüksek yenidoğanlar dünyaya geldiğinde koruyucu bir önlem olarak prekonsepsiyonel bakım öne sürülmüştür. 1990 yılında ABD’de ‘Halk Sağlığı Hizmetleri’ uzmanları toplantısında prekonsepsiyonel bakım, birincil bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kabul edilmiş ve bileşenleri tanımlanmış ancak politika ve finans kısıtlamaları nedeniyle hiçbir ilerleme kaydedilememiştir. 1995 yılından sonra Amerika Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG- American College of Obstetricians and Gynecologists) ve Amerika Pediatri Akademisi (AAP- American Academy of Pediatrics) tarafından prekonsepsiyonel bakım çalışma grupları, bakım ve tarama ölçütleri geliştirilmiştir (Cullum, 2003; Jack vd., 2008) Daha sonraki dönemde ise Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi, prekonsepsiyonel bakımın standartlarını belirlemiş, araştırmaları desteklemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, medya ve internet bilgi ağlarını güçlendirmiştir (Johnson vd., 2006).

Düşük gelirli gelişmemiş ülkelerde sağlık sistemlerinin içinde prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri bulunmamaktadır. Bu hizmetlerin kısa ve uzun vadeli yararlarının

yeterli anlaşılmamış olması konu ile ilgili yeterli çalışma yapılmaması ve ekonomik yetersizlikler bu ülkelerde karşılaşılan önemli sorunlardır (WHO, 2014). Latin Amerika, Afrika ve Ortadoğu'daki gelişmekte olan bazı ülkelerde bu hizmetler bulunmakla birlikte yapılan girişimlerin daha çok soruna yönelik olduğu görülmektedir (Boulet vd., 2006).

Kanada, İngiltere, İspanya, Avustralya, Hollanda gibi batı toplumunun gelişmiş ülkelerine bakıldığında, prekonsepsiyonel hizmetlerin sağlık sistemine oldukça iyi yerleştiği görülmektedir (Boulet vd., 2006). Shawe ve arkadaşlarının (2015) çalışmalarında, Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda, İsveç ve İngiltere'de prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetler incelenmiştir. Çalışma sonucunda anne bebek sağlığı ve aile planlaması hizmetlerinin jinekologlar, ebeler ve hemşireler tarafından verildiği belirtilmektedir. Bu ülkelerden yalnızca İtalya ayrı bir prekonsepsiyonel bakım kliniğine sahip iken, Hollanda prekonsepsiyonel bakım hizmetleri için ulusal stratejisi olan tek ülkedir. İncelenen ülkelerin hepsinin konuyla ilgili ulaşılabilir web tabanlı kaynaklara sahip olduğu belirlenmiştir (Shawe vd., 2015).

Asya'daki prekonsepsiyonel hizmetleri incelediğimizde; Hong Kong'da 1988 yılında halkın talebi üzerine başladığı görülmektedir. Hizmetler gebelik düşünen çiftlere sunulmakta olup tıbbi bakım, danışmanlık ve eğitim verilmesini içermektedir. Temel prekonsepsiyonel hizmetler pratisyen hekim ve hemşireler tarafından verilmekteyken, sorun saptanması halinde uzmana yönlendirilmektedir. Güney Kore'de prekonsepsiyonel hizmetler 2004 yılından itibaren prekonsepsiyonel bakım kliniklerinde verilmektedir (Ebrahim vd., 2006). Çin'de evlenmek üzere olan çiftlere sağlık taraması ve üreme sağlığına yönelik bilgilendirme yapılması zorunlu iken, bu zorunluluk 2003 yılından itibaren kalkmış, prekonsepsiyonel hizmetler kişilerin başvurması ile vermeye başlamıştır (Boulet vd., 2006; Ebrahim vd., 2006).

2.2.2. Türkiye'de prekonsepsiyonel bakım

Ülkemizde ise 2002 yılında başlayan “evlilik öncesi danışmanlık” aslında prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak düşünülebilir. Geçmiş 1930'lu yıllara kadar dayanan bu yaklaşım Türk Medeni Kanunu ile yasallaştırılmış ve çiftlerin “evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu” alması zorunlu hale getirilmiştir. Bunu takiben aynı yıl içinde yapılan yeni bir düzenleme ile Umumi Hıfzısıhha Kanununu kapsamında taranması gereken hastalıklara yeni hastalıklar

eklenmiş ve bu düzenlemede sağlık raporlarının Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) merkezleri tarafından verileceği belirtilmiştir (Doğan Pekince vd., 2016; Coşkun, 2011). 2009 yılı itibarı ile standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlanmış, ayrıca sağlık personelinin gebelerle ilgili tıbbi sorunlarda nasıl davranmaları gerektiği hakkında standartlar oluşturulmuştur. Gebelikte fetal sağlığın korunmasına yönelik Türkiye’de uygulanan sağlık politikaları şunlardır:

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

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

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

- Yine T.C Sağlık Bakanlığı tarafından gebelik izlemleri sırasında fetal sağlığın korunması ve geliştirilmesi için gebeye; beslenme ve diyet, fiziksel aktivite, çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara-alkol kullanımı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, başta tetanoz olmak üzere aşılarda hakkında, gebelikte ortaya çıkacak minör sorunlar ve gebelikteki tehlike işaretleri hakkında danışmanlık verilmesi DÖB rehberinde açıkça belirtilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2009; T.C Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Rehberi, 2010).

Yapılan bu çalışmalar çok önemli gelişmeler olup, doğum öncesi bakımın anne ve çocuk sağlığı üzerine olan katkıları istatistiklerden görülmektedir. Aynı şekilde gebelik öncesi döneme de ağırlık verilerek bu konuda çalışmaların yapılması muhtemelen daha büyük ilerleme kaydedilmesini sağlayacaktır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 verilerine göre:

- Türkiye’de kadınların %96 sağlık personelinin doğum öncesi bakım almaktadır.

- Türkiye’de, adölesan dönemde olan (15-19 yaş grubu) kadınların %3.5’i çocuk sahibidir ya da ilk çocuklarına gebedir. Refah düzeyi düşük ailelerde adölesan evlilikler ve doğurganlık daha da yüksektir.

- 15-49 yaş evli çiftlerin %70’i herhangi bir yöntem ile gebelikten korunmaktadır. Etkili yöntem kullananların oranı %48.9, geleneksel yöntem kullananların oranı ise %20.9’dır.

- Doğum yapan gebelerin %97’si 2018 araştırmasından önceki 5 yılda en az bir doğum öncesi bakım almıştır. 4 ve daha fazla doğum öncesi bakım alanlar bütün gebelerin %90’ıdır.

- Doğumların %97’si sağlık personeli yardımı ile yapılmış, %94’ü ise doğum sonu bakım aldığı ifade etmiştir. Ancak doğum yapan kadınların %74’ü doğum sonu bakımı doğumu izleyen 44 saat içinde almıştır. Belirtilen bu kısa süre annelerin çoğunun, doğum yapılan kuruluştan taburcu olmadan önceki bakımın aldığına işaret etmektedir.

- Yüksek riskli doğurganlık davranışları yaygındır. TNSA 2018 verilerine göre son beş yıl içindeki doğumların sadece %34’ü hiçbir risk kategorisinde olmadığını ama doğumların yaklaşık 3’ te 1’i (%35) en az bir kaçınılmaz yüksek risk kategorisinde olduğu saptanmıştır. Yani yine daha önceki beş yıllık TNSA verileri gibi son beş yılda da üç kadının biri risk faktörü taşımaktadır.

- Türkiye’de bebek ölüm hızı binde 13 olarak saptanmakla birlikte, ölüm hızının yüz binde 10’un altına düşürülmesi hedeflenmektedir (TNSA, 2018; Yılmaz vd., 2015).

Gebelik öncesi bakım ülkemiz için yeni bir kavram değildir. Sağlık sistemimizde kadınlara gebe kalmadan önce bazı öneriler ve müdahaleler yapılmaktadır. Örneğin; sigara bırakılması, kilo kontrolü, aşı kontrolü, folik asit ve demir takviyesi. Ama bu girişimler ülkemizde sağlıklı nesiller yetiştirmek için yeterli değildir. Ne yazık ki, ülkemizin sağlık sisteminde henüz prekonsepsiyonel bakım konusunda kurumsallaşmış bir yaklaşım ve uygulama mevcut değildir. Gebelik öncesi danışmanlığın ulusal düzeyde daha kapsamlı hale getirilmesi sağlıklı anne sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi için önemlidir (Baysoy ve Özkan, 2012; Coşkun, 2012).

2.3. Prekonsepsiyonel Dönem ve Bakımın Önemi

Prekonsepsiyonel bakım, üreme çağındaki kadınlarda biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri tanımlamaya ve değiştirmeye yönelik bir dizi müdahaledir. Prekonsepsiyonel bakım kavramı DSÖ tarafından 2012 yılında yayınlanan raporda “sağlık durumunun iyileştirilmesini amaçlayan çiftlere biomedikal, sosyal ve davranışsal sağlık müdahalelerinin sağlanması, anne ve çocuk sağlığı ile ilgili olumsuz sonuçların ortadan kaldırılması için bireysel ve çevresel faktörlerin azaltılması” olarak tanımlanmıştır.

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

Sağlıklı anne ve bebek sayısının artması için tüm dünyada doğum öncesi ve sonrası bakıma önem verilmektedir. Bu girişimlere rağmen dünya genelinde doğum sonuçlarında beklenen gelişmenin sağlanamaması sadece doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerinin yetersiz kaldığını düşündürmektedir. Gebelik öncesinde bebek sahibi olmak isteyen çiftin yaşamındaki risklerini hedef alarak bütüncül bir yaklaşım çerçevesinde prekonsepsiyonel bakım bilinci oluşturulması önerilmektedir (Bhutta vd., 2014; Darmstadt vd., 2005). Üreme çağındaki tüm kadınlara gebelik sonuçlarını iyileştirmek için sağlık sorunları, uygun tıbbi bakım ve sağlıklı davranış geliştirmeye yönelik danışmanlık verilmelidir. Kadınlar ile karşılaşılan her fırsatta gebelik düşünüp düşünmedikleri sorulmalı, düşünülmesi durumunda prekonsepsiyonel bakım girişimlerinde bulunulmalıdır (AAP&ACOG, 2012; Freda, Moos&Curtis, 2006; Lassi, Dean, Mallick & Bhutta, 2014). Üreme çağındaki tüm kadınların kontrolünde rutin yapılan fizik muayene, obstetrik ve jinekolojik öykülerinin alınmasının yanı sıra prekonsepsiyonel bakım içerisinde yer alan konulara da yer verilmelidir (ACOG, 2005; Ata&Şahin, 2015; WHO, 2013a, 2013b).

Yapılan bir çalışmada prekonsepsiyonel bakımın önemi, gebe ve toplum için olan faydaları şu şekilde özetlenmiştir (Coşkun, 2011);

- Prekonsepsiyonel bakım, gebeliği planlama kültürü ile doğurganlık bilincini geliştirir.

- Erken tanı ve tedavi olanağına imkan tanır.

- Ebeveynlerin sağlıklı bir gebelik süreci yaşamaları için ön hazırlık sağlar.

- Anneye hayat boyu olumlu sağlık davranışı kazandırır.

- Doğrudan fetüs ve anne sağlığını dolaylı olarak ise toplum sağlığını koruyarak sağlıklı nesillerin doğmasına katkıda bulunur.

- Toplumun bütün üyelerinin sağlıklı gebelik konusunda bilinçlenmelerini sağlar.

Prekonsepsiyonel bakımın konjenital anomalili bebekler, düşük doğum ağırlıklı bebekler ile gebelik kayıplarının önlenmesinde etkili olduğu ifade edilmiştir (Coşkun, 2011). Doğum öncesi bakım oranının artmasının doğacak olan bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilediği bildirilmiştir (T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sayı:6111 Tarih: 25 Şubat 2008). Gebelik öncesi bakımın niteliği ile gebeliğin sonuçları birbiri ile bağlantılıdır (Stephenson vd., 2018).

2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Kapsamı

Gebelik kadının daha doğrusu anne adayının bütün hayatını biyo- psiko-sosyal olarak etkileyen çok önemli süreçtir. Gebenin bu süreci eşinden, ailesinden, yakın çevresinden ve ilgili sağlık profesyonellerinden tam destek alarak özel koşullarda geçirmesi son derece önemlidir (Başgöl & Oskay, 2012). Bu süreç gebe kalmadan önce yani prekonsepsiyonel dönemde başlamaktadır. Prekonsepsiyonel bakım, doğurgan dönemdeki bütün çiftleri çocuk sahibi olmak istesin ya da istemesinler gerekli sağlık mesajları iletmeyi amaç edinmiş olan, ancak gebelik planlayan çiftlere daha fazla yoğunlaşmış bir hizmettir (Jack vd., 2008).

Prekonsepsiyonel bakımın temel noktası sağlık personelinin, kendilerine herhangi bir sebep ile başvuran çiftlere "önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?" sorusunu yönlendirmeleridir. Çünkü bu soru çiftlere daha sonra verilecek hizmetin şeklini ve verilmiş amacının belirlenmesinin, sonraki süreçte ise sağlıklı nesiller yetiştirmenin ön koşuludur (Öztopçu vd., 2011). Gebeliğin planlanmadığı durumlarda ise çiftin uygun ve güvenilir bir gebelik önleyici yöntem kullandığından emin olmak, gebelik planlanıyor ise de kadının en sağlıklı zamanında

gebeliğin olması için yönlendirmelerde bulunmak ve mevcut risk faktörlerini minimize etmek amaçlanmaktadır. Çünkü birçok çiftte prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı gebeliğin oluşmasını önleyici problemler mevcuttur. Bu problemlerin başında nutrisyonel sorunlar ile reproduktif, medikal ve genetik hastalıklar gelmektedir (Baysoy ve Özkan, 2012).

Kadınlar için prekonsepsiyonel bakım esnasında, sağlık profesyonelleri çiftlerin çocuk doğurma hedeflerini belirlemeli, gelecekteki gebelikleri etkileyebilecek risk faktörlerini taramalı ve kadınların gebeliğe optimal sağlıkta girmelerine yardımcı olacak müdahaleleri sağlamalıdır. Gebe kalmak isteyen kadınlarla üreme planı tartışmaları; yaş, anne veya babanın koşulları, obstetrik öykü ve aile öyküsü kaynaklı risklerin değerlendirilmesini içermelidir (MacDorman vd., 2010). Kadınların gebeliklerine optimal sağlıkta girmelerine yardımcı olacak girişimleri uygulamak önemlidir. Bu girişimler aşağıda açıklanmıştır.

2.4.1. Folik asit takviyesi

Gebelik öncesi folik asit kullanımının nöral tüp defektlerini (NTD) önlediğinin ve kardiyovasküler hastalıkların risk faktörleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D) Halk Sağlığı Servisi doğum anomalilerinin önlenmesi için üreme çağındaki kadınların günde 0.4 mg (400 mcg) folik asit almalarını önermiştir. Bununla birlikte 1998 yılının başından itibaren bütün tahıl ürünlerine 1.4mg/kg dozla folik asit eklenmesi zorunluluğunu getirmiştir. Daha sonra gelişmiş ülkelerde de benzer girişimler yapılmıştır (Escamilla, 1995; Jacob, 2000).

Nöral tüp defektlerinin önlenmesi için yapılan önerilerin biri de üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi dönemden başlayarak gebeliğin 12. haftasına kadar günde 400mcg folik asit almalarıdır (U.S. Preventive Task Force, 2009; WHO, 2018). Folik asit yetersizliğinin önlenmesi için folattan zengin besinlerin tüketilmesi, planlı gebeliklerin sağlanması, gebelik öncesi eğitimlerde folik asitin önemimin vurgulanması gerekmektedir.

2.4.2. Kafein tüketiminin düzenlenmesi

Kafein, çay kahve kola gibi birçok içeceklerde doğadaki birçok bitkinin yaprağında ve tohumlarında bulunan bir madde olarak bilinmektedir (Aksoy, 2007; Barone, 1996). Sağlıklı yetişkinler için günlük 400mg ve altında kafein alımı güvenli kabul edilirken,

yüksek doz kronik kafein kullanımı; sinirlilik, anksiyete, kas seyirmesi, uykusuzluk ve palpitasyon ile karakterize “kafeinizime” yol açabilmektedir (Seifert, 2011; Haller, 2006).

Kafeinin gebelik, fertilitite ve osteoporoz üzerindeki etkisi uzun süredir araştırılmaktadır. Kafein alımı ile doğurganlık, düşük riski, prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğumsal defektler arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalarda, yüksek düzeyde kafein (>500mg/gün) alımının spontan düşüklere, düşük doğum ağırlıklı bebeklere neden olduğu ancak doğumsal defektlerle ilişkili olmadığı saptanmıştır (Nawrot, 2003; ADA Report, 2008). Gebelik sürecindeki bu olumsuz etki, plasentadan kolayca fetüse geçen kafeinin normalden çok daha uzun ve zor metabolize edilmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır. Çünkü anne karnında gelişimini sürdüren fetüsün karaciğeri, henüz kafeini metabolize edecek olgunluğa erişmemiştir (International food Information Council Foundation Caffeine &Health, 2008). Bu nedenle üreme çağındaki kadınlara fazla kafein tüketiminin zararları hakkında bilgilendirilme yapılması gerekmektedir.

2.4.3. Çalışma koşullarının düzenlenmesi

Çalışma hayatının üreme sağlığı üzerindeki etkilerinin ne olduğu son yıllarda artan bir şekilde araştırılmaktadır. Yaklaşık 100 yıldan beri özellikle kurşun kullanılan işlerde çalışanlar arasında çocuk sahibi olma ile ilgili sorunlar olduğu ifade edilmektedir. Son zamanlarda bilgisayarların yaygın olarak kullanılmaya başlanması ve bilgisayar kullanan gebelerde düşük olgularının rapor edilmesi bilgisayar kullanımının gebelik üzerinde etkilerinin ne olabileceği konusunu tartışmaya açmış, böylece çalışma hayatı ve üreme sağlığı konusuna ilgi daha fazla artmıştır. Şu ana kadar gebelik üzerinde etkisi olan 120 dolayında kimyasal maddenin varlığı bilinmektedir (Bilir N, 2002).

Fertilitite ve bebeğin sağlığı üzerinde çalışma koşulları ile ilgili faktörlerin etkisi gebelik öncesinde, gebelik sırasında ya da gebelikten sonraki dönemlerde farklı olabilmektedir. Gebelik öncesi dönemde hem erkek hem de kadına ait faktörlerin etkisi söz konusu iken gebelik ve gebelik sonrasında daha çok kadına ait olanlar rol oynamaktadır. Örneğin gebelik öncesi dönemde erkek ya da kadının maruziyetleri spermatogenez ya da ovogenez üzerinde etkiliyken gebelik seyrinde yalnızca kadının birtakım maruziyetleri gebelik seyrini olumsuz etkilemektedir. Üreme sağlığı

bakımından hem erkeğin hem de kadının işyeri risklerinden korunması için havalandırma, kapalı sistemlerde çalışma yöntemleri, ayırma-izolasyon gibi önlemler alınması gerekmektedir. Bunların yanı sıra gereken durumlarda maske, eldiven, koruyucu elbise gibi kişisel koruyucu uygulamalar da yapılmalıdır. Bu uygulamaların amacı kişisel etkileşimleri en aza indirmektir. Ancak, özellikle gebelik sürecinde her türlü etkilenmenin önüne geçmek bakımından, gebe kadının gebeliğin başlangıcından itibaren söz konusu riskli işlerde çalıştırılmaması uygun olacaktır (Carlsen, 1992).

2.4.4. Demir takviyesi

DSÖ tarafından hemoglobin değerinin 11gr/dl ve hematokrit değerinin %33 olması anemi için sınır olarak belirtilmiştir (Baştürk vd., 2016). DSÖ geliştirmekte olan ülkelerde maternal ölümlerin %40'ının anemi nedeniyle gerçekleştiğini bildirmiştir. Gelişmiş ülkelerde preterm doğum, erken membran rüptürü (EMR), enfeksiyon ve fetal gelişme geriliği anemi ile ilişkilendirilmektedir (Yıldız ve Yapar, 2012). Demir eksikliği anemisi, bağışıklık sisteminin zayıflamasına dolayısıyla enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde aneminin önlenmesi ve varsa tedavi edilmesi gerekmektedir.

Düşük gelirli ve orta gelirli ülkelerde kadınların kilo olarak normal olsalar bile demir, vitamin A, iyot, çinko ve kalsiyum açısından eksikliklerinin olduğu bildirilmiştir. Demir eksikliği beyin yapısının gelişmesinde yapısal bozukluklara neden olabilmektedir (Stephenson vd., 2018). Demir ve folatın birlikte verilmesinin çocukların entellektüel ve motor fonksiyonlarının gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir. Demir ve folat alan gebelerde sadece folat alan gebelere göre neonatal ölüm ve prematüritede azalma olduğu belirtilmiştir.

Prekonsepsiyonel dönemde her kadının anemi açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık bakanlığı; gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önünde alınarak tüm gebelere ikinci trimesterden başlanarak altı ay ve doğum sonu üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süre ile günlük 40-60mg elementer demir verilmesini önermektedir. Demir takviyesi alan bu gebelerin gebelik döneminde en az üç ve doğum sonu en az bir kez izlenmesi önerilmektedir.

2.4.5. Sağlıklı ve dengeli beslenme

Gebelikte olduğu kadar gebelik öncesi dönemde de beslenme önemlidir. Gebelik öncesi dönemde annenin beslenme şekli ile bebeğin sağlık durumu, doğum ağırlığı ve

gelişimi arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Yeterli ve dengeli beslenme; bireylerin büyüme ve gelişme potansiyellerine ulaşabilmesi, hastalıklardan korunması ve kaliteli bir yaşam sürmeleri için temel bir gereksinimdir. Yaş, cinsiyet, aktivite, genetik ve fizyolojik özellikler ve hastalık durumu alınması gereken besin öğeleri miktarını etkilediğinden, beslenme bireye özgü olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır (T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2004).

Sağlıklı gebelik için gebelik sürecinde ağırlık kazanımı 10-14 kg aralığında olmalıdır. Beden kitle indeksi arttıkça sezaryen doğum oranı da artmaktadır. Buna ek olarak artan BKİ ile birlikte gestasyonel diyabet, preeklamsi, hipertansiyon, omuz distosisi, idrar yolu enfeksiyonu ve anemi riskinin de arttığı bilinmektedir. Obez kadınlarda diğerlerine göre makrozomik bebek dünyaya getirme oranı iki kat daha fazladır (Dean vd., 2014b). Gebe kadınlarda mikro besin öğesi eksikliği görülmesi durumunda ise preeklamsi, erken doğum, nöral tüp defekti (NTD) ve bazı konjenital anomaliler ve düşük doğum ağırlığı ile karşılaşılabilir.

2.4.6. Kilo alımının dengelenmesi ve beden kitle endeksinin sağlıklı hale getirilmesi

Yirmi yaş ve üstü kadınların %36'sı obezdir (Ata, 2015). Obez olmak gebelik ve doğumda karşılaşılan riskleri artırdığı için kadınlara gebeliklerinden önce sağlıklı kilo alma konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Diyabet, hipertansiyon, makrozomi, doğum travması ve sezaryen gibi gebelik komplikasyonlarının yanı sıra, indüklenen ve spontan erken doğum riskinin artması, normal aralıkta BKİ olan annelerle karşılaştırıldığında, obez annelerde daha yüksektir. NTD'leri, kardiyovasküler anomaliler ve yarık damak da dahil olmak üzere konjenital anomalilerin görülme olasılığı 18,5 kg/m²'den az BMI'si olan kadınların gebeliklerinde daha sıktır. Bu kadınlarda ilk trimester düşükleri ve erken doğum riski daha yüksektir. Beden kitle indeksi 30 kg / m²'den yüksek veya 18,5 kg / m²'den düşük olan tüm kadınlar, kilo durumlarının kendi ve bebeklerinin sağlığı için oluşturduğu riskler konusunda bilgilendirilmeli, diyetlerinin ve fiziksel aktivite seviyelerinin dengesini ve kalitesini iyileştirmek için özel stratejiler sunulmalıdır (Ata, 2015).

2.4.7. Madde kullanımının önlenmesi (sigara, alkol, uyuşturucu maddeler)

Madde kullanımı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de toplum sağlığını etkileyen büyük etkenlerden biridir. Alkol-madde kullanım bozukluğu; “*alkol ya da*

maddenin belirgin bir etkiyi elde etmek için alınması sürecinde ortaya çıkan bedensel, ruhsal ya da sosyal sorunlara rağmen alkol madde alınımının devam ettirilmesi, alma isteğinin durdurulamaması ve alkol- madde alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması durumu”dur (Dünya Sağlık Örgütü, 1992).

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerin kullanımıyla gelişen bağımlılık; kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal ve üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bağımlı kadınlar yüksek riskli eylemleri nedeni ile cinsel yolla bulaşan hastalıklar, adolesan gebelikler, istenmeyen ve/veya planlanmamış gebelikler, sözel, fiziksel, cinsel şiddet açısından da risk altındadırlar. Yapılan çalışmalarda uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanımının birçok sistemi etkileyerek, bireyin fiziksel, ruhsal, sosyal, üreme ve cinsel sağlığını olumsuz etkilediği, üreme sağlığı sorunlarına neden olduğu belirtilmektedir (Ögel vd., 2005).

Alkol-madde bağımlılığının üreme hormonları üzerine olan olumsuz etkileri nedeniyle infertiliteye neden olabilecekleri bazı çalışmalarda belirtilmiştir. Hassan ve Killick erkekte alkol tüketiminin haftada 20 birimden fazla olduğunda, fertilizasyon şansının azaldığını saptamıştır (Hassan & Killick, 2004). Tarhan ve Yılmaz’ın 2016 yılında gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada, gebelikte sigara kullanma oranı %11.9, gebelik öncesinde sigara kullanma oranı ise %26.6 olarak bulunmuştur. Gebelerin %49.5’inin sigaranın anneye olan zararlarını, %31’inin ise bebeğe olan zararlarını bilmedikleri belirlenmiştir (Tarhan & Yılmaz, 2016). Vielwerth ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada, pasif içiciliğe maruz kalan kadınlarda erken doğum sıklığının %23 oranında arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada pasif sigara içiciliğine maruz kalan annelerin maruz kalmayanlara oranla doğan bebeklerinin ağırlığının 40-70gram daha düşük ağırlıklı olduğu belirlenmiştir (Vielwerth, Jensen, Larsen & Greisen, 2006). Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında sigara, alkol ve madde bağımlılığı olan kadınların, bağımlılıklarından kurtulma yönünde ve fetal riskler hakkında bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri önemlidir.

2.4.8. Egzersiz

Günümüzde toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılmaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar

hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerden biri olmuştur (Öztopçu vd., 2011; Mecdi ve Rathfich, 2013; Hekim, 2015). Gebelik döneminde fiziksel, psikolojik ve hormonal yönden değişiklikler meydana gelmektedir. Egzersiz; gebe kadının kendini iyi hissetmesini, uyku kalitesinin artmasını ve sırt bölgesinde oluşan ağrıların azalmasını sağlayabilmektedir (Taşçı Duran vd., 2013). Gebelik öncesinde egzersiz yapmak gebelik sürecinin rahat ve aktif geçmesine yardımcı olmaktadır (Başgöl ve Oskay, 2012; Doğaner ve Gölbaşı, 2011).

Fiziksel yönden aktif olan kadınların daha kolay doğum yaptıklarına dair kanıtlar çok eskilere dayanmaktadır. Aristoteles, zor doğumların sedanter yaşam biçiminden kaynaklandığını belirtmiştir. Gebelik düşünen kadınlara egzersizin gebelik döneminde ve sonrasında yararları anlatılıp, egzersiz yapmaları yönünde teşvik edilmeleri gerekmektedir. Egzersiz tüm kadınlarda kişiye özel olmalıdır (Api vd., 2005; Taşçı Durn vd., 2013; Taşkın, 2016).

2.4.9. Yaş

Kadının 35 yaş ve üstünde olmasının maternal ve fetal riskleri arttırdığı bilinmektedir (Hillemeier, 2008). Pek çok araştırmada belirtildiği üzere riskleri arasında hipertansiyon, preeklampsi, gestasyonel diyabet, malprezentasyon, plasenta dekolmanı, fetal distres, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, fetal anomali, intrauterin gelişme geriliği, intrauterin fetal ölüm, düşük APGAR skoru, plasentanın yapışma anomalileri ve kanama yer almaktadır (Gedikbaşı, 2006; Şekeroğlu, 2009). Literatürde gebelik öncesi danışmanlık hizmeti verildikten sonra kontrollü bir gebelik takibi ile bu komplikasyonların büyük oranda engellenebileceği belirtilmektedir (Aynioğlu, 2014). Erkeğin ise 55 yaşın üstünde olması Down sendromu gibi genetik nedenlere bağlı fetal riskleri (Şekeroğlu, 2009) ve ekstremitelere yönelik konjenital malformasyon prevalansını artırmaktadır.

2.4.10. Genetik Danışmanlık Verilmesi

Genetik hastalıklar, canlıların genomik materyallerinde oluşan anormallikler nedeniyle meydana gelen hastalıklardır. Kuşaktan kuşağa aktarılabileceği gibi sadece ortaya çıktığı bireyle de sınırlı kalabilir. Her insan belli bir genetik hastalık riski taşımakla birlikte bazı ailelerde bu risk daha fazla gözlenmektedir.

Genetik danışmanlık, “kalıtsal bir hastalık taşıyan veya taşıma riski bulunan kişilere ve bu kişilerin akrabalarına, diğer aile bireyelerine hastalığın seyri, tekrarlama riski, tedavi yöntemleri ve yapılması gereken testler ile bunların sonuçları hakkında bilgi verilmesi” olarak tanımlanmaktadır (Durmaz, 2011). Genetik danışmanlık sadece hasta ve ailesinin bilgilendirilmesi ile değil aynı zamanda aile fertlerinin hastalığın mevcut ve ortaya çıkabilecek sonuçlarına uyumlarını sağlamaya yönelik psikolojik yardımı da kapsayan temel bir aktivitedir (Nussbaum, 2005). Özellikle bu danışmanlığın evlilik öncesi yapılması birçok genetik hastalığın yönetiminde ve önlenmesinde önemli bir role sahiptir.

Günümüzde genetik danışmanlığın amacı bireylerin hangi genetik hastalık riskleri ile karşı karşıya kalabileceklerini, bu risklerin ortaya çıkardığı süreci, kişilerin anlayabileceği şekilde kendisine anlatarak, birey merkezli bir yaklaşımla, yönlendirme olmadan yardımcı olmaya çalışmak olarak ifade edilmektedir. Ülkemizde akraba evlilik oranı diğer batı ülkelerine göre daha yüksek oranda olduğu için prekonsepsiyonel dönemde genetik danışmanlık önem taşımaktadır. Akraba evliliği yapan ailelerde konjenital fetal anomaliler daha çok görülmektedir. Genetik hastalıklardan korunmanın tek yolu ise birey ya da aileye genetik danışmanlık verilmesidir. Genetik danışma; aile içinde özürlü bireyin bulunması, akraba evliliği, kadının fazla sayıda düşük yapması gibi durumlarda daha büyük önem taşımaktadır.

2.4.11. Kronik Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisi

Kronik hastalıklar üretken dönemi kapsayan 20-64 yaş grubundaki ölümlerin önemli bir bölümünü oluşturmakta ve tüm dünya ülkelerinde kronik hastalıklara bağlı ölüm sayısı giderek artmaktadır (Yurdakul, Akçınar, Akan, 2008; Beaglehole vd., 2008). Kronik hastalıkların erken yaşta görülme oranındaki artış nedeni ile, üreme çağındaki kadınların üreme sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir (Drake, 2009; Mittal , 2014). Ülkemizde kadınların ölüm nedenleri arasında olan 10 hastalıktan beşini kronik hastalıklar oluşturmaktadır (Ünal, 2013).

Her gebelik ve doğum kadınlar için bir sağlık riski taşımaktadır ve var olan kronik tıbbi durumlar kadınlarda bu riski artırabilmektedir (Manaf, 2012). Ayrıca gebelik öncesi dönemdeki üreme sağlığı sorunları ve gebeliğin yol açtığı fiziksel değişimler kronik hastalıkları önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. Bu durumun yol açtığı fiziksel değişimler kronik hastalıkları önemli ölçüde olumsuz

etkileyebilmektedir. Gebelik ve postpartum dönemde hastaneye yatışı artırarak bireyin aktivitelerinin kısıtlanmasına yol açabilir (Nojomi, 2013). Kronik hastalığa sahip kadınların gebelik durumunda pre-eklapmsi, konjestif kalp yetmezliği, aritmi, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, büyüme geriliği, erken doğum ve düşük gibi komplikasyonlar yaşama riski %40 ila %70 arasında değişmektedir (Watnick, 2007). Tüm bu risklerine rağmen literatürde gebelik arzusunun kronik hastalıktan etkilenmediği belirtilmektedir (Pirkle, 2014). Ancak bazı araştırmalar da kronik hastalığa sahip kadınlarda, istenmeyen gebeliğe sahip olma olasılığının kronik hastalığı olmayanlara göre daha fazla olduğu gösterilmiştir (Chor, 2011). Gebelikte oluşan yüksek riskli durumlardan dolayı kronik hastalıkları olan kadınların üreme fonksiyonlarının ve gebeliklerinin iyi planlanması ve değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Coşkun, 2009; Fehring vd., 2007; Tsui, McDonald-Mosley, Burke, 2010).

Diyabet, anne ve fetüste önemli komplikasyonlara neden olabilmektedir. Hiperinsülinizm organların yaşamsal işlevleri ve gelişimlerinin bozulması, akciğerlerde hyalin membran hastalığı, sarılık, makrozomi ve polisitemi ve bunlarla birlikte düşük, ölü doğum, konjenital anomali, büyüme geriliği ve neonatal hipoglisemi riskini artırmaktadır. Maternal komplikasyonlar ise, hipoglisemi, hiperglisemi, polihidroamniyoz, ketoasidoz, hipertansif komplikasyonlar, müdahaleli doğum, sezaryen doğum ve preterm eylem olabilmektedir (Aksu & Yurtsev, 2009). Bu nedenle diyabetik kadınların gebe kalmadan önce prekonsepsiyonel danışmanlık almaları sağlanmalıdır. Bu dönemde öncelikle kan glikoz seviyesinin normal sınırlarda tutulması konusunda kadına destek olunurken, gebelik sürecinde yaşanabilecek sorunlar hakkında da bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

Kronik hipertansiyon, gebeliğin 20. haftasından önce kan basıncının yüksek olması (sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ve/ veya diyastolik kan basıncı ≥ 90 mmHg) veya doğumdan sonra 12 haftadan daha uzun süre devam etmesidir. Gebelikte hipertansiyon, ablasyo plasenta, beyin kanaması, karaciğer yetmezliği ve akut böbrek yetmezliği gibi ölümcül komplikasyonlara ve fetal gelişme geriliğine neden olmakta ve anne ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Turner, 2010; Ersoy vd., 2011). Kronik hipertansiyonu olan kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık, diyet düzenlemesi, hipertansiyon tedavisi, doğum öncesi kontroller, doğum zamanının planlanması, doğum sonrası izlem ve tedavi ile gebeliğin yönetimi şeklinde olmalıdır.

Hipertansiyon ilaçları kullanan gebelerde ise gebe kalmadan önce bu ilaçların değiştirilmesi, sağlık profesyonelleri tarafından başka bir hipertansif tedavinin düzenlenerek uygulanması gerekebilmektedir (Nice Clinical Guideline, 2010).

Tiroid hastalığı üreme dönemindeki kadınları etkileyen en yaygın ikincil endokrin bozukluktur (Negro & Mestman, 2011). Fetal gelişim ve olgunlaşma için önemli hormonlardan biri olan tiroid hormonu, fetüs kendi tiroid hormonunu sentezleyene kadar anneden plasenta aracılığı ile geçen T4 hormonundan üretilir. Fetal tiroglobin sentezi gebeliğin 4-6.haftalarında saptanabilir. İyot bağlama ve T4 sentezi 8-10 haftayı bulurken, T3 salgılanması 12.haftayı bulur (Tekin & Güven, 2014). Tiroid fonksiyon bozukluklarının maternal sonuçları ise, gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, artmış plasental ağırlık, kalp yetmezliği, gestasyonel diabetes mellitustur. Fetal sonuçları ise, kretenizm, düşük doğum ağırlığı, fetal kayıp, spontan abortus, intrauterin gelişim geriliği, preterm doğum, ölü doğum, neonatal mortalite v.b'dir (Negro& Mestman. 2011).

2.4.12. Teratojenlere maruz kalmanın önlenmesi

Gebelik, süt çocukluğu ve puberte dönemi, insan sağlığına zararlı kimyasallarla karşılaşma açısından en hassas dönemlerdir. İntrauterin ortamda karşılaşılan kimyasallar, plasentadan geçerek fetüsün başta endokrin olmak üzere pek çok sisteminde gelişim bozukluklarına neden olmaktadır (Durmaz & Özmert, 2010). Fetüsün büyüme ve gelişmesinde anomalilere yol açan fiziksel, kimyasal ve canlı etkenlerin tamamı teratojen olarak isimlendirilir. Teratojenite ise; gebeliğin herhangi bir döneminde etkilenme sonucu, doğum esnasında veya doğumdan sonra fark edilen morfolojik, biyokimyasal veya davranışa ait her türlü bozukluğa denir (Uydeş ve Çarçak, 2008).

Teratojenlere maruz kalma, gebeliğin ilk 8 haftasında embriyonel-fetal sorunlara neden olabilmektedir (Coşkun, 2011). Annenin gebeliğinde sigara kullanmasıyla, karbonmonoksit ve nikotin plasentadan kolayca geçerek fetüsün oksijen kullanımını azaltmaktadır. Bunlarla birlikte, plasenta previa, ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlıklı bebek (DDAB), perinatal kayıp, yenidoğan işitme sorunları, astım, davranış bozuklukları ve ani bebek ölümlerine neden olabilmektedir. Babanın sigara kullanması sperm kalitesini etkileyebilmektedir (Coşkun, 2011; Stephenson vd., 2018). Gebelik öncesi alkol kullanmasının ise spontan abortus riskini

arttırdığı, fetal metabolizmayı etkileyerek hipoksiye neden olduğu bildirilmiştir (Coşkun, 2011).

Gebelikte organogenezis olarak adlandırılan 18.-21. ve 56.-60. günler ilaç kullanımı için hassas dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemde hücre bölünme hızı yüksektir ve ilaçların teratojenik etkileri sonucunda doku ve organlarda değişimlerin meydana geldiği belirtilmiştir (Özbudak vd., 2016). Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlıkta üreme çağındaki kadınların kullandığı ilaçların gebelik için uygun olup olmadığı sorgulanmalıdır.

2.4.13. Ekonomik ve psikososyal koşulların değerlendirilmesi

Ruh sağlığı değerlendirmesi prekonsepsiyonel bakıma dahil edilmelidir. Duygu durumu ve anksiyete bozuklukları üreme çağındaki kadınlar arasında oldukça yaygındır ve yeni psikiyatrik hastalık prevalansı veya gebelik sırasında önceden var olan bir hastalığın nüksetmesi yüksektir. Gebelikten önce depresyon ve anksiyete bozukluklarını kontrol etmek, bir kadının gebeliği ve ailesi için olumsuz sonuçların önlenmesine yardımcı olabilir. Doğurganlık çağındaki kadınlar bu bozukluklar açısından taranmalıdır. Depresyon veya anksiyete bozukluğu olan bir kadın gebelik planlıyorsa, sağlık profesyonelleri gebelik sırasında tedavi edilmeyen hastalık riski konusunda onu bilgilendirmelidir. Gebelik sırasında depresyon ve anksiyete bozuklukları için tedavi seçeneklerinin riskleri ve yararları hakkında da bilgilendirme yapılmalıdır. Gerekirse, ilaçlar gebe kalmadan önce ayarlanmalıdır. Bu zamanlama, fetüsün birden fazla ilaca maruz kalmasını azaltır ve yoksunluk belirtileri riskini en aza indirmek için ilaç dozunun azaltılmasına izin verir (Negro & Mestman, 2011).

2.4.14. Aile içi şiddetin önlenmesi

Gebelikte şiddet hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakkı ihlalidir. Dünya genelinde yapılan çalışmalarda gebelikte şiddet sıklığının %0.9 ile %49 arasında değiştiği görülmektedir (Yanikkerem, 2002; Ayrancı, Günay, Ünlüoğlu, 2002). Gebelikte şiddet sonucu oluşan yüksek düzeyde stres ve anksiyete, artan stres hormonlarının ve immünolojik değişimlerin sonucunda hem annede hem de fetüste sağlık problemlerine yol açmaktadır. Gebelikte şiddete tüm kültürdeki kadınlar maruz kalmakla birlikte, özellikle genç, bekar, sosyo-ekonomik düzeyi düşük, sosyal desteği zayıf, alkol ve uyuşturucu kullanan, kendi ailesinde şiddet öyküsü olan, istenmeyen gebelik yaşayan

kadınlar ile doğum öncesi bakımı yetersiz alan kadınlar daha fazla maruz kalmaktadır (Erbek, vd., 2004; Yanikkerem, 2002). Aile içi şiddetin gebelik, doğum sonu ve emzirmeye etkisini belirleme amacıyla yapılan bir çalışmada; kadınlarda doğum sonrası depresyonun sık görüldüğü ve bunun sonucunda annelerin bebekleriyle yeterince ilgilenmedikleri ve emzirmenin de olumsuz etkilendiği bulunmuştur (Kathleen & Kendall, 2007). Literatürde, gebelikte şiddet görmüş kadınlarda, doğum sonu kanama, doğum sonu enfeksiyon, doğum sonu depresyonun şiddet görmeyen kadınlara oranla daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (Güler, Tel, Tuncay, 2005). Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınların şiddete maruz kalıp kalmadığı öğrenilmeli ve gerektiği durumlarda destek verilmelidir.

2.4.15. Aşılama

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların aşılarının güncelliği değerlendirilmelidir. Bu dönemde doğurganlık çağındaki tüm kadınların Hepatit-B, influenza, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tetanoz, difteri ve poliomyelite karşı bağışıklığının bulunması önerilmektedir (Coşkun, 2011). CDC'nin prekonsepsiyonel bakıma ilişkin hazırladığı rehberde;

- Hepatit-B aşısını risk altındaki tüm kadınların gebelik öncesi yaptırmasının önemi vurgulanmaktadır.
- Sitolojik tarama ile ortaya çıkan HPV ile ilişkili servikal anormalliklerin rutin olarak incelenmesi ve riskli grupların HPV aşısını yaptırması önerilmektedir. Çünkü bu aşı gebelik boyunca servikal bütünlüğün korunmasına yardımcı olmaktadır.
- Gebelik planlanıyorsa ve influenza açısından riskli dönemlere (ekim-mayıs ayları) denk geliyorsa gebelik öncesi aşılama önerilmektedir.
- Daha önce bağışıklığı olmayan üreme çağındaki tüm kadınların rubella aşısı yaptırması ve aşı yaptıran bu kadınlara gebelik oluşmaması için üç ay süre ile danışmanlık hizmeti verilmesi belirtilmektedir. Ayrıca rubella aşısının yalnızca rubellaya karşı bağışıklık sağlamadığı, aynı zamanda kızamık ve kabakulağa karşı da bağışıklık sağladığı rehberde yer almaktadır.
- Tetanoz immünizasyonunun gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde yapılması ve canlı aşıların gebelikten üç ay önce tamamlanması gerektiği vurgulanmaktadır (Coonrod, 2008).

2.4.16. Doğum aralıklarını Düzenlenmesi

Kısa doğum aralıkları advers perinatal sonuç riskinde artışa neden olduğu için doğum aralığı gebeler ile tartışılmalıdır. Doğum aralığı ve perinatal sonuçlar üzerine yapılan bir meta-analiz, 6 aydan kısa aralıklarla gerçekleşen doğumların 18 ila 24 aylık bir doğum aralığına sahip olanlardan daha riskli olduğunu bulmuştur. Daha uzun aralıklarda (59 aydan fazla) perinatal riskin daha az olduğu belirlenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü ve Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu (UNICEF) iki yıl veya daha uzun süre emzirmenin bebekler için en sağlıklı beslenme şekli olduğu önerisinde bulunmuştur (WHO,2013d). Spontan veya indüklenmiş kürtaj sonrası optimal doğum aralığı ile ilgili kanıtlar halen yetersizdir. Doğum aralığı ile ilgili danışmanlık, bir kadının üreme planına göre bireyselleştirilmelidir. Sağlık profesyonelleri hamileliğin zamanlamasının sağlık risklerini ve faydalarını dikkate almalı ve etkili doğum kontrol seçeneklerini tartışmalıdır (Vielwerth, Jensen, Larsen & Greisen, 2006).

2.5. Prekonsepsiyonel Dönemde Ebe ve Sağlık Profesyonellerinin Rolü

Pek çok ülkede olduğu ülkemizde de prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetlerine gereken önem verilmemekte, daha çok gebelik dönemine yoğunlaşmaktadır. Oysaki sağlıklı bir gebelik ve fetüs oluşumu için bakımın gebelik öncesinde başlatılması ve prekonsepsiyonel bakıma, birincil sağlık hizmetlerinde yer verilmesi gerekmektedir. Bu hizmet, üreme çağındaki tüm çiftleri kapsayacak şekilde sadece gebelik öncesi değil yaşam boyu sürdürülmelidir. Prekonsepsiyonel bakım multidisipliner bir yaklaşımla, bir ekip çalışmasını gerektirmektedir. Ebelik hizmetleri de bu ekip yaklaşımının içinde yer almaktadır (Poles, 2017). T.C. Sağlık Bakanlığı Personeli İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelikte belirlenen tanıma göre ebe; *“cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetini veren, doğuma hazırlık eğitimlerinin planlanması ve yürütülmesini sağlayan, ana-çocuk sağlığı hizmetlerinde başrol oynayan, doğum öncesi, doğum, doğum sonrası dönemlerde çiftlere uygun hizmeti sunan, acil obstetrik durumlarda belirlenen protokoller doğrultusunda uygun olan ilacı uygulayan, 0-6 yaş grubu çocuk izlemi ve aşılarını yapan, hijyen kuralları, ilk yardım, bulaşıcı hastalıklardan korunma ve aile planlaması ile ilgili istatistik verileri toplayan, davranışları ile topluma örnek olan ve sağlık bakanlığınca tescil edilmiş bir okuldan mezun olan kişidir”* (T.C. Resmi Gazete, 2014). Bu tanıma göre ebelerin

kadınların üreme sağlığı ve yenidoğan sağlığının korunması için prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık hizmeti vermesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin birinci basamağında görev yapan ebeler prekonsepsiyonel bakımın verilmesinde önemli bir konum ve fırsata sahiptirler. Ebeler gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlık için prekonsepsiyonel danışmanlığın vazgeçilmez olduğunu bilerek, sağlığın optimum düzeyde sağlanması için çiftleri yönlendirmelidirler. Çiftlerdeki risk faktörlerini saptayarak, bu risk faktörlerini ortadan kaldırma ya da en aza indirme, bu risk faktörleri ortadan kaldırılmadan gebe kalındığında ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçları hakkında kadın ve eşine bilgi vermelidirler. Ebeler çiftleri genetik hastalıklar, aşılama, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, enfeksiyon hastalıkları ve teratojen maddeler, sağlıklı yaşam davranışları, beslenme gibi konularda bilgilendirmeli, sağlıklı bir gebelik oluşumu ve devamının sağlanması için yapmaları gereken girişimlerle ilgili yönlendirmelidir. Ayrıca ebeler prekonsepsiyonel bakımla ilgili bilgilerini güncel tutarak, bununla ilgili hizmet içi eğitim programlarına katılmalı, kanıta dayalı uygulamaları verdiği bakıma yansıtmalıdır. Prekonsepsiyonel bakımda ekibi oluşturan diğer sağlık profesyonelleri de, çiftlerdeki olası risklerin tanımlanmasında, prekonsepsiyonel eğitim ve danışmanlığın verilmesinde, gerekli girişimlerin uygulanmasında önemli rollere sahiptir (Coşkun, 2011; Hurst, 2015).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin ve bu değişikliklerin gebelik sonuçlarına etkisinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma retrospektif tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın farklı sosyo-demografik özellikteki kadınları kapsamaları açısından bir özel bir de kamu hastanesi olmak üzere iki farklı hastanede yapılması planlanmıştır. Kamu hastanesi olarak Gazi Üniversitesi Hastanesinden etik onay alınmasına karşın verilerin toplanması aşamasında ortaya çıkan Covid-19 pandemisi nedeni ile hastane yönetimi verilerin toplanmasına izin vermemiştir. Bu nedenle çalışma 2019 Ekim- 2020 Ağustos tarihleri arasında sadece bir hastanede, özel Kuru Ankara Hastanesinin Doğum Sonu Bakım Ünitesinde yürütülmüştür.

Koru Sağlık Grubu bünyesinde yer alan Kuru Ankara Hastanesi, Kuru Sincan Hastanesi ile toplam 301 yatak kapasitesi olan 71 yoğun bakım, 31 yenidoğan yoğun bakım yatağına sahip özel hastanedir. Kuru Ankara Hastanesi 2013 yılında Ankara'da Çukurambar Semtinde hizmete açılmıştır. Hastanenin normal doğum için tasarlanmış yedi odası mevcuttur. Her odada gebelerin doğum sancısı çekerken ağrıyı azaltması ve doğumu kolaylaştırması açısından yardımcı olabilecek plates topları, duşa kabin, sıcak su, masaj terapisinde kullanabileceği esansiyel yağlar ve rahatlama için müzik dinleyebileceği televizyonlar mevcuttur. Doğum salonundaki her oda bir artı bir ev tarzında yapılmıştır. Odaların dışında da tüm gebelerin rahat yürüyebileceği yürüme alanı mevcuttur. Doğum salonunda gündüz mesaisinde genelde bir sorumlu ebe ile birlikte toplam üç ebe çalışmaktadır. Gece mesaisinde ise genelde iki ebe çalışmaktadır. Gebeler doğumdan sonra hastanenin Kadın Doğum Servisinde bulunan doğum sonu bakım odalarına geçirilmekte, serviste toplam 30 oda bulunmaktadır. Hastanenin servisinde bulunan odalar standart, süit, king suit olmak üzere üçe ayrılmakta her odaya bir hasta alınmaktadır. Kadın Doğum Servisinde çalışan toplam 26 ebe ve

hemşire vardır. Hastane daha çok orta ve yüksek gelir grubundaki ailelere hizmet veren bir kurumdur.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Kuru Hastanesinde planlı gebeliğe sahip, doğum yapmış kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem sayısı Pass 11 Paket Programı kullanılarak güç analizi ile belirlenmiştir (Tablo 1). Gosens vd. (2018) tarafından yayımlanan “Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies” başlıklı çalışmada belirlenen planlı gebelik oranı göz önünde bulundurularak %95 güven aralığı yaklaşımı ile yapılan hesaplamada Tip 1 hata oranı %5 olmak üzere en az 235 kadının çalışmaya dahil edilmesinin uygun olacağı saptanmıştır. Çalışmanın örneklemi erken postpartum dönemdeki 480 kadın oluşturmuştur.

Tablo 3.1. Güç analizi sonuçları

Sample						
Confidence Width if	Size	Target	Actual	Proportion	Lower	Upper
Level = 0.5	(N)	Width	Width	(P)	Limit	Limit P
0,950	235	0,100	0,100	0,830	0,776	0,8760, 131
References						
Fleiss, J. L., Levin, B., Paik, M.C. 2003. Statistical Methods for Rates and Proportions. Third Edition. John Wiley & Sons. New York.						
Newcombe, R. G. 1998. 'Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods.'						
Statistics in Medicine, 17, pp. 857-872.						
Report Definitions						
Confidence level is the proportion of confidence intervals (constructed with this same confidence level,						
sample size, etc.) that would contain the population proportion.						
N is the size of the sample drawn from the population.						
Width is the distance from the lower limit to the upper limit.						
Target Width is the value of the width that is entered into the procedure.						
Actual Width is the value of the width that is obtained from the procedure.						
Proportion (P) is the assumed sample proportion.						
Lower Limit is the lower limit of the confidence interval.						
Upper Limit is the upper limit of the confidence interval.						
Width if P = 0.5 is the maximum width for a confidence interval with sample size N.						
Summary Statements						
A sample size of 235 produces a two-sided 95% confidence interval with a width equal to 0,100 when the sample proportion is 0,830.						

3.5. Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından çalışmanın yapıldığı hastanenin Doğum Sonu Bakım Ünitesinde toplanmıştır. Doğum Sonu Bakım Ünitesinde yatan ve postpartum 1.-5. günler arasında bulunan kadınlarla yüz yüze görüşülerek verilerin toplanması gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler hasta odalarında yapılmış, formun doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

3.6. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “**Kişisel Tanımlayıcı Bilgi Formu**“ kullanılmıştır (Ek-1). Kişisel Tanımlayıcı Bilgi Formu planlı gebeliğe sahip olan kadınların; sosyo-demografik (1. ile 7. sorular arası), obstetrik ve gebelik öncesi dönemdeki yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili özellikleri (8.-50. sorular arası), doğum sonuçlarını (51. soru ile 58. sorular arası) belirlemeye yönelik araştırmacılar tarafından ilgili literatür incelenerek oluşturulmuş 58 soruluk bir formdur (Gosenss vd., 2018; Baysoy&Özkan 2012).

Bu form uygulanmadan önce içerik uygunluğu açısından uzman görüşü için Ebelik ve Kadın Doğum Hemşireliği alanındaki beş uzmana gönderilmiş (EK-6), gelen öneriler doğrultusunda düzenlendikten sonra 25 kişiden oluşan lohusa grubu ile pilot çalışması yapılmıştır. Pilot çalışma sonrasında formda bulunan 4., 5., 10., 17., 21., 22., 50. sorularda değişiklik ve düzenlemeler yapılmıştır. Formdaki 4. ve 5. sorularda bulunan “çalışıyor musunuz” ve “eşiniz çalışıyor mu” ifadeleri, “mesleğiniz nedir” ve “eşinizin mesleği nedir” şeklinde değiştirilmiştir. Formdaki 10.soru “ölü doğum sayınız”, “ölü doğum yaptınız mı?” “evet, hayır”, “cevabınız evet ise sayısını lütfen işaretleyiniz” olarak değiştirilmiştir. “Gebe kalmadan önceki üç aylık dönemde sigara kullanıyor muydunuz?” sorusu “gebe kalmadan önceki üç aylık dönemde sigara kullandınız mı” olarak değiştirilmiştir. 21. soru “gebe kalmadan önceki üç aylık dönemde gebeliğe hazırlık için sağlıklı beslenmeye özen gösterdiniz mi?” ifadesinde “gebe kalmadan önceki üç aylık dönemde günde 3 ana öğün 3 ara öğünden oluşan, karbonhidrat, protein, vitamin ve yağın içeren dengeli bir beslenmeye özen gösterdiniz mi?” şeklinde değişiklik yapılmıştır. Aynı şekilde 22. soru “gebeliğinizde günde 3 ana öğün 3 ara öğünden oluşan, karbonhidrat, protein, vitamin ve yağın içeren dengeli bir beslenmeye özen gösterdiniz mi? olarak değiştirilmiştir. 50. sorudaki doğum şekline cevap seçeneği olarak “müdahaleli vajinal doğum” eklenmiştir.

3.7. Verilerin İstatistiksel Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzdelik ve ortalama olarak verilmiştir. Araştırmada veri setinin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş (**Tablo 3.2**) ve verilerin normal dağıldığı kabul edilerek analizinde parametrik test yöntemleri olan Independent samples t-test (Bağımsız gruplar t testi), One-Way ANOVA (Tek yönlü varyans analizi) ile kategorik değişkenlerde X^2 analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.2. Verilerin dağılımına ait normallik testleri

Değişkenler	İstatistik	sd	p	\bar{x}	Medyan	Çarpıklık	Basıklık
Yaşam Tarzı Değişiklikleri	0,169	477	0,000	16,31	16,00	1,075	0,573

Normal dağılım analizi sonucunda ortalama-medyanın birbirine yakınlığı ve basıklık ile çarpıklığın ± 2 arasında olması gerekliliği incelendiğinde; değişkenlere göre bu değerlerin normal dağılıma uyduğu belirlenmiştir (Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S., 2013).

3.8. Araştırmanın Etik Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Etik kurulundan etik onay alınmıştır (Sayı: 25403353-050.99-E.122503, Tarih: 25.10.2019) (Ek-2). Çalışmanın yürütüleceği Ankara Koru Hastanesinden kurum izni (Ek-3), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi kurum izni (Ek-4), araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır (Ek-5).

4. BULGULAR

4.1. Birinci bölümde kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri (Tablo 4.1 ve 4.2),

4.2. İkinci bölümde kadınların prekonsepsiyonel ve gebelik dönemlerindeki yaşam tarzı özellikleri ve tıbbi sorunları (Tablo 4.3 ve 4.4),

4.3. Üçüncü bölümde kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişiklikleri ve gebelikle ilgili bilgi edinme durumlarına yönelik bulgular yer almıştır (Tablo 4.5, 4.6).

4.4. Dördüncü bölümde kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre gebelik sonuçlarının (yenidoğanın özellikleri, doğum memnuniyeti, gebelik ve doğumda komplikasyon yaşama) dağılımını gösteren bulgulara yer verilmiştir (Tablo 4.7, 4.8, 4.9).

4.1. Kadınların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikleri

Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir. Kadınların (n=480) yaş ortalaması 28.91 ± 5.74 'tür. Kadınların %41.7'sinin üniversite, %32.3'ünün lise, %10.2'sinin orta öğretim, %5.4'ünün ilköğretim mezunu olduğu belirlenmiştir. Okur -yazar olmayanlar %1.3 oranında saptanmıştır. Kadınların eşlerinin %58.3'ünün üniversite, %22.5'inin lise, %2.5'inin orta öğretim, %2.3'ünün ilköğretim düzeyinde eğitiminin olduğu bulunmuştur. Kadınların %62.7'sinin çalıştığı görülmüş, gelir durumları incelendiğinde, gelir düzeylerini giderlerine denk olarak belirtenlerin oranı %71.5 olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.1. Kadınların bazı sosyo-demografik özellikleri (n=480)

<i>Sosyo-demografik özellikler</i>	<i>Ortalama±SS Medyan (25-75)</i>	
Yaş	28.91 ± 5.74 28 (25-32)	
	n	%
<i>Öğrenim düzeyi</i>		
Okur-yazar değil	6	1.3
Okur-yazar	16	3.3
İlköğretim	26	5.4
Ortaöğretim	49	10.2
Lise	155	32.3
Üniversite	200	41.7
Yüksek lisans/doktora	28	5.8
<i>Eş öğrenim düzeyi</i>		
Okur-yazar değil	9	1.9
Okur-yazar	3	0.6
İlköğretim	11	2.3
Ortaöğretim	12	2.5
Lise	108	22.5
Üniversite	208	58.3
Yüksek lisans/doktora	57	11.9
<i>Çalışma durumu</i>		
Çalışmıyor	179	37.3
Çalışıyor	301	62.7
<i>Gelir durumu</i>		
Gelir giderden az (düşük gelir düzeyi)	69	14.4
Gelir gidere denk (orta gelir düzeyi)	343	71.5
Gelir giderden fazla (yüksek gelir düzeyi)	68	14.1

Kadınların bazı obstetrik özelliklerinin dağılımı Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Kadınların gebelik haftası ortalaması 38.32±1.12’dir. Kadınlar arasında ilk gebeliği olanların oranı %51.3’tür. Daha önceki gebeliğinde düşük yapan kadınların oranı %18.5, ölü doğum yapan kadınların oranı %3.1’dir. Çocuğu bulunmayanların oranı %58.3, bir çocuğa sahip olanların oranı %31.3’tür. Doğum şekli incelendiğinde kadınların %65.2’si vajinal doğum, %30.4’ü sezaryen doğum, %4.4’ü müdahaleli vajinal doğum yapmıştır.

Tablo 4.2. Kadınların bazı obstetrik özellikleri (n=480)

<i>Obstetrik özellikler</i>	<i>Ortalama±SS; Medyan (25-75)</i>	
<i>Gebelik süresi (hafta)</i>	38.32 ± 1.12; 38 (38-39)	
	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Gebelik sayısı</i>		
1	246	51.3
2	132	27.5
3	63	13.1
4 ve üzeri	39	8.1
<i>Daha önceki gebeliklerde düşük yapma durumu</i>		
Evet	89	18.5
Hayır	391	81.5
<i>Daha önceki gebeliklerde ölü doğum yapma durumu</i>		
Evet	15	3.1
Hayır	465	96.9
<i>Yaşayan çocuk sayısı</i>		
Yok	280	58.3
1	150	31.3
2	39	8.1
3 ve üzeri	11	2.3
<i>Doğum şekli</i>		
Vajinal doğum	313	65.2
Müdahaleli vajinal doğum	21	4.4
Sezaryen	146	30.4

4.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem ve Gebeliklerindeki Yaşam Tarzı Özellikleri, Risk Oluşturabilecek Faktörler

Kadınların prekonsepsiyonel dönem ve gebeliklerinde yaşam tarzına ilişkin özellikleri Tablo 4.3'te verilmiştir. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde kilo ortalaması 60.03±9.12, gebelikte 76.16±10.26 olarak belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanan kadınların oranı %15.6, gebelikte %8.3'tür. Kadınların eşlerinin sigara kullanma oranı prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte değişiklik göstermemekte olup %29.8'dir. Sigara içilen ortamda bulunan kadınların oranı prekonsepsiyonel dönemde %27.7, gebelikte %18.5'tir. Çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekleri tüketenlerin oranı prekonsepsiyonel dönemde %84.4, gebelikte %53.3'tür. Kadınlarda prekonsepsiyonel dönemde alkol tüketmeyenlerin oranı %94.6,

gebelikte %96.9 olarak saptanmıştır. Dengeli beslendiğini ifade edenlerin oranı ise prekonsepsiyonel dönemde %47.5, gebelikte %71.3'tür.

Tablo 4.3. Kadınların prekonsepsiyonel dönem ve gebeliklerinde yaşam tarzlarına ilişkin özellikleri (n=480)

<i>Yaşam tarzı değişiklikleri</i>	<i>Prekonsepsiyonel Dönem</i>		<i>Gebelik Dönemi</i>	
	<i>Ortalama±SS Medyan (25-75)</i>		<i>Ortalama±SS Medyan (25-75)</i>	
<i>Kilo durumu</i>	60.03 ± 9.12		76.16 ± 10.26	
	n	%	n	%
<i>Sigara kullanma durumu</i>				
Evet	75	15.6	40	8.3
Hayır	405	84.4	440	91.7
<i>Eşin sigara kullanma durumu</i>				
Evet	143	29.8	143	29.8
Hayır	337	70.2	337	70.2
<i>Sigara içilen ortamda kalma durumu</i>				
Evet	133	27.7	89	18.5
Hayır	347	72.3	391	81.5
<i>Kafein tüketimi (çay, kahve, kola)</i>				
Evet	405	84.4	256	53,3
Hayır	75	15.6	224	46.7
<i>Alkol tüketimi</i>				
Evet	26	5.4	15	3.1
Hayır	454	94.6	465	96.9
<i>Dengeli beslenme (3 ana öğün ve 3 ara öğün)</i>				
Evet	228	47.5	342	71.3
Hayır	252	52.5	138	28.8

Kadınların gebelik öncesi ve gebeliklerinde tıbbi sorun yaşama durumu Tablo 4.4'te verilmiştir. Gebelik öncesi kronik hastalığı olan kadınların oranı %22.7'dir. Bu kadınlar arasında enfeksiyon hastalığı %3.3, astım %17.5, tiroit problemi %48.3, diyabet %22.5, epilepsi %4.2, hipertansiyon %2.5, psikiyatrik rahatsızlıklar %1.6 olarak saptanmıştır. Daha önceki gebeliğinde sorun yaşayan kadınların oranı %12.9 olarak bulunmuştur. Bu kadınlar arasında %69.7'si düşük, %15.1'i aşırı bulantı kusma ve %15.2'si de diğer sorunları yaşamışlardır. Şu andaki gebeliğinde sorun yaşayan kadınlar %18.3 oranındadır. Bu kadınların %14.9'u düşük riski, %28.1'i aşırı bulantı

kusma, %8.8'i erken doğum tehdidi, %27.1'i erken membran rüptürü ve %21.1 ise diğer sorunları yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 4.4. Kadınların gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde tıbbi sorun yaşama durumları (N=480)

<i>Tıbbi sorun</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Gebelikten önce kronik hastalık varlığı</i>		
Evet	109	22.7
Enfeksiyonel hastalık	4	3.3
Astım	21	17.5
Tiroid	58	48.3
Diyabet	27	22.5
Epilepsi	5	4.2
Hipertansiyon	3	2.5
Psikiyatrik rahatsızlıklar	2	1.6
Hayır	371	77.3
<i>Daha önceki gebeliklerde sorun yaşama durumu</i>		
Evet*	62	12.9
Düşük	69	69.7
Aşırı bulantı-kusma	15	15.1
Diğer **	15	15.2
Hayır	418	87.1
<i>Son gebeliğinde sorun yaşama durumu</i>		
Evet*	88	18.3
Düşük riski	17	14.9
Aşırı bulantı ve kusma	32	28.1
Erken doğum	10	8.8
Erken membran rüptürü	31	27.1
Diğer***	24	21.1
Hayır	392	81.7

* Evet yanıtını veren katılımcılar birden çok sorun işaretlemiştir.

** Daha önceki gebeliklerinde diğer sorunlar ---3 kişi erken doğum, 1 kişi dış gebelik, 3 kişi hipertansiyon, 3 kişi diyabet, 1 kişi erken membran rüptürü, 3 kişi enfeksiyon hastalığı, 1 kişi yenidoğan ölümü

*** Bu gebelik ve doğumunda diğer sorunlar----- 1 kişi diyabet, 1 kişi gebelik hipertansiyonu, 1 kişi enfeksiyon hastalığı, 5 kişi bebekte gelişme geriliği, 1 kişi plasenta previa, 5 müdahaleli vajinal doğum, 6 kişi omuz takılması, 4 kişi doğum sonu kanama

4.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemde Gebeliğe Hazırlık İçin Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Gebelikle İlgili Bilgi Edinme Durumları

Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişiklikleri Tablo 4.5'te verilmiştir. Sağlıklı bir gebelik için herhangi bir girişimde bulunan kadınların oranı %27.5'tir. Gebelikten önce ve gebeliklerinde sigara kullanmayan gebelerin oranı %84.4'tür. Gebeliğe hazırlık için prekonsepsiyonel

dönemde sigarayı bırakan gebeler %7.3, sigarayı azaltan gebeler %5.2, aynı sayıda kullanmaya devam eden gebeler ise %3.1 oranında saptanmıştır. Gebelikten önce ve gebeliklerinde kafeinli içecek tüketmeyenler %15.6, daha önce tükettiği halde bırakanlar %18.7, tüketimini azaltanlar %59.1, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %6.5 oranında belirlenmiştir. Gebelikten önce ve gebeliklerinde alkol tüketmeyenler %92.5, daha önce tükettiği halde bırakanlar %4.4, daha önce tüketen ve azaltanlar %2.5, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %0.6 olarak bulunmuştur. Prekonsepsiyonel dönemde sürekli kullandığı ilacı olanlar %16.5, ilaç kullanmayanlar %83.5 oranındadır. Gebelik öncesi reçetesiz hekime danışmadan ilaç kullanım durumu incelendiğinde, reçetesiz ilaç kullananlar %28.8, kullanmayanlar %71.3 olarak saptanmıştır. Gebelik öncesi iş yerinde herhangi bir kimyasal /zararlı madde ile karşılaşanlar %1.5, karşılaşmayanlar %98.5 oranındadır. Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı %49.8, kullanmayanların oranı %50.2'dir. Gebelik öncesi multivitamin kullananlar %34.6, kullanmayanların oranı %65.4'tür. Gebelik öncesi üç aylık dönemde sağlık personelinin danışmanlık almadan bitkisel tedavi ürünleri kullananlar %9.0, kullanmayanların oranı ise %91.0'dır. Prekonsepsiyonel dönemde koruyucu olarak aşı yaptıran (tetanoz, hepatit b) kadınların oranı % 14.2, yaptırmayanların oranı %85.8'dir.

Tablo 4.5. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişikliklerinin dağılımı

<i>Yaşam tarzı değişiklikleri</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Sağlıklı gebelik geçirmek için herhangi bir girişimde bulunma</i>		
Evet	132	27.5
Hayır	348	72.5
<i>Gebeliğe hazırlık için sigarayı bırakma durumu</i>		
Kullanmıyordum	405	84.4
Kullanıyordum bıraktım	35	7.3
Kullanıyordum azalttım	24	5.2
Aynı sayıda içmeye devam ettim	16	3.1
<i>Gebeliğe hazırlık için kafein tüketimini değiştirme durumu</i>		
Tüketmiyordum	75	15.6
Tüketiyordum bıraktım	90	18.7
Tüketiyordum azalttım	284	59.1
Aynı miktarda tüketmeye devam ettim	31	6.5
<i>Gebeliğe hazırlık için alkol tüketimini değiştirme durumu</i>		
Tüketmiyordum	444	92.5
Tüketiyordum bıraktım	21	4.4
Tüketiyordum azalttım	12	2.5
Aynı miktarda tüketmeye devam ettim	3	0.6
<i>Gebelik öncesi sürekli kullanılan ilaç varlığı</i>		
Evet	79	16.5
Hayır	401	83.5
<i>Gebelik öncesi reçetesiz/hekime danışmadan ilaç (ağrı kesici, ateş düşürücü, öksürük şurubu, antibiyotik vs.) kullanım durumu</i>		
Evet	138	28.8
Hayır	342	71.3
<i>Gebelik öncesi iş verinde herhangi bir kimyasal/zararlı madde (kursun, radyoaktif madde v.b) ile karşılaşma durumu</i>		
Evet	7	1.5
Hayır	473	98.5
<i>Gebelik öncesi üç aylık dönemde folik asit kullanımı</i>		
Evet	239	49.8
Hayır	241	50.2
<i>Gebelik öncesi multivitamin kullanımı</i>		
Evet	166	34.6
Hayır	314	65.4
<i>Gebelik öncesi üç aylık dönemde sağlık personelinin danışmanlık almadan bitkisel tedavi ürünleri kullanımı</i>		
Evet	43	9.0
Hayır	437	91.0
<i>Gebelik öncesi koruyucu olarak aşı yaptıırma durumu</i>		
Evet	68	14.2
Hayır	412	85.8

Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebelikle ilgili bilgi edinme durumları Tablo 4. 6’da verilmiştir. Bu dönemde gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alanlar %54.6, almayanlar %45.4 oranındadır. Gebeliğe hazırlık için sağlık personelinde bilgi alanların oranı %44.2’dir. Gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alınan konular incelendiğinde genetik hastalıklarla ilgili danışmanlık alanlar %20.2, tıbbi bir sorun olduğunda gebeliğe etkisi ve yapılması gerekenlerle ilgili bilgi alanlar %21.5, sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılmaması gerektiği ile ilgili bilgi alanlar %29.2, sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılması gerektiği konusunda bilgi edinenler %34.4, planlı bir gebeliğin nasıl sağlandığı hakkında bilgi alanların oranı %34.4’tür.

Tablo 4.6. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebelikle ilgili bilgi edinme durumları

<i>Prekonsepsiyonel dönemde bilgi alma</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alma</i>		
Evet	262	54.6
Hayır	218	45.4
<i>Gebeliğe hazırlıkla ilgili sağlık personelinde (ebe, hemşire, doğum ve kadın hastalıkları hekimi) bilgi alma*</i>		
Evet	212	44.2
Hayır	268	55.8
<i>Gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alınan konular*</i>		
Genetik hastalıklarla ilgili danışmanlık	97	20.2
Tıbbi bir sorun varsa/olduğunda gebeliğe etkisi ve yapılması gerekenler	103	21.5
Sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılmamalıdır	140	29.2
Sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılmalıdır	165	34.4
Planlı bir gebelik nasıl sağlanır	199	41.5

*Birden fazla işaretleme yapılmıştır.

4.4. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Bazı Yaşam Tarzı Değişikliklerine Göre Gebelik Sonuçlarının (Yenidoğanın Özellikleri, Doğum Memnuniyeti, Gebelik Ve Doğumda Komplikasyon Yaşama) Dağılımı

Kadınların sağlıklı gebelik geçirmek için yaşam tarzlarında değişiklikler yapma durumlarına göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı Tablo 4.7’de verilmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, doğum memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), bebeğin kilosu ve boyu anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Multivitamin kullanmayanlarda bebeğin boy ve kilo ortalaması daha fazla bulunmuştur. Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, boy ve kilo ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum memnuniyeti anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Folik asit kullananlarda doğum memnuniyeti ortalaması daha yüksektir. Prekonsepsiyonel dönemde koruyucu aşı yaptıranlarda bebeğin boy ve kilosu ile doğum haftası ortalaması anlamlı farklılık göstermekteyken ($p<0.05$), doğum memnuniyeti farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Aşı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre bebeğin kilo ve doğum haftası ortalaması yüksek, boy ortalaması düşüktür. Gebelikle ilgili bilgi alma ve sağlıklı gebelik için herhangi bir girişimde bulunma durumuna göre bebeğin boy ve kilosu, doğum haftası ile doğum memnuniyeti ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.7. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı

<i>Yaşam Tarzı Değişikliği ve Doğum Sonuçları</i>	<i>Uygulama</i>		<i>Test</i>	
	<i>Evet</i> <i>X±SS</i>	<i>Hayır</i> <i>X±SS</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Folik Asit Kullanma</i>				
Bebeğinizin Kilosu	3443.20±1840.12	3467.71±1965.49	-.141	.888
Bebeğinizin Boyu	49.51±1.43	49.65±3.582	-.557	.578
Doğum Haftası	38.33±1.03	38.16±2.63	.922	.357
Doğum Memnuniyetiniz	9.46±1.21	9.07±1.51	3.172	.002
<i>Multivitamin Kullanma</i>				
Bebeğinizin Kilosu	3354.13±360.51	3509.10±2336.71	1.404	0.041
Bebeğinizin Boyu	49.61±2.027	49.71 ±1.69	-1.788	0.044
Doğum Haftası	38.32 ±1.11	38.32 ±1.13	-1.557	0.12
Doğum Memnuniyetiniz	9.27±1.39	9.26±1.38	0.006	0.996
<i>Aşı Yaptırma</i>				
Bebeğin Kilosu	3659.55±3399.76	3421.83±1524.65	-1.889	0.06
Bebeğin Boyu	48.98±2.75	49.79±1.58	-3.05	0.003
Doğum Haftası	38.64±1.19	38.27±1.10	1.988	0.024
Doğum Memnuniyetiniz	9.61±0.84	9.12±1.45	1.226	0.221
<i>Gebelik İlgili Bilgi Alma</i>				
Bebeğin Kilosu	3591.12±2542.20	3292.52±405.67	1.74	0.083
Bebeğin Boyu	49.65±2.02	49.69±1.53	-0.752	0.453
Doğum Haftası	38.26±1.03	38.39±1.22	-0.829	0.408
Doğum Memnuniyeti	9.50±1.13	8.98±1.59	1.805	0.072
<i>Sağlıklı Gebelik İçin Herhangi bir Girişimde Bulunma</i>				
Bebeğin Kilosu	3499.59±2466.92	3438.79±1641.96	-0.982	0.326
Bebeğin Boyu	49.48±2.11	49.75±1.65	-0.755	0.450
Doğum Haftası	38.41±1.17	38.29±1.10	-0.883	0.377
Doğum Memnuniyeti	9.34±1.24	9.24±1.44	-0.719	0.472

Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre doğum sonuçlarının dağılımı Tablo 4.8’de verilmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Bebeğinin Apgar skoru 4-6 arasında olanlarda 7-10 olanlara

göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Müdahaleli vaginal doğum yapanlarda vajinal doğum ve sezaryen doğum yapanlara göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre bebeğin boyu ve doğum memnuniyeti ortalaması anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Sigara kullanmayı azaltanlarda sigara kullanmayanlar, sigarayı bırakanlar ve aynı sayıda içmeye devam edenlere göre boy ortalaması daha kısa saptanmıştır. Sigarayı aynı miktarda devam edenler ve azaltanlarda doğum memnuniyet ortalaması kullanmayanlar ve bırakanlara göre daha düşüktür.

Tablo 4.8. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre doğum sonuçlarının dağılımı

Doğum sonuçları	Sigara kullanma durumu				Test	
	Kullanmayan Lar n (%)	Kullanırken Bırakanlar n (%)	Kullanmayı Azaltanlar n (%)	Aynı sayıda içmeye devam edenler n (%)	X ²	p
Apgar Skoru						
4-6	11 (64.7)	1 (5.9)	1 (5.9)	4 (23.5)	24.453	0.001
7-10	385 (83.2)	45 (9.7)	22 (4.8)	11 (2.4)		
Doğum Şekli						
Vajinal doğum	270 (86.3)	26 (8.3)	11 (3.5)	6 (1.9)	28.593	0.001
Müdahaleli vajinal doğum	15 (71.4)	0 (0.0)	2 (9.5)	4 (19.0)		
Sezaryen	111 (76.0)	20 (13.7)	10 (6.8)	5 (3.4)		
Bebeğinizin Kilosu	3512.38±2080.72	3204.13±438.14	3163.91±480.83	3172.00±370.15	.676	0.567
Bebeğinizin Boyu	49.64±2.74	49.61±1.76	48.04±4.09	50.26±1.33	2.846	0.037
Doğum Haftası	38.25±2.14	38.50±1.04	37.56±.99	38.46±1.24	1.194	0.312
Doğum Memnuniyetiniz	9.32±1.32	9.30±1.42	8.78±1.47	8.40±2.19	3.176	0.024

Kadınların sağlıklı gebelik geçirmek için yaşam tarzlarında değişiklikler yapma durumlarına göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı Tablo 4.9’da verilmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde kadınların folik asit kullanma durumlarına göre Apgar skoru oranının dağılımı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Folik asit kullanmayanlarda sezaryen oranı düşük, müdahaleli vaginal doğum oranı daha yüksek bulunmuştur. Prekonsepsiyonel dönemde

kadınların multivitamin kullanma, aşı yaptırma, gebelikle ilgili bilgi alma, sağlık personelinin bilgi alma, sağlık personelinin gebelikle ilgili bilgi alma, sağlıklı gebelik için girişimde bulunma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Tablo 4.9. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı

Yaşam Tarzı Değişikliği ve Doğum Sonuçları	Uygulama		Test	
	<i>Evet n (%)</i>	<i>Hayır n (%)</i>	X^2	<i>P</i>
<i>Folik Asit Kullanma</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	5 (2.1)	12 (5.0)	2.928	0.087
7-10	234 (97.9)	229 (95.0)		
Doğum Şekli			Haz.45	0.040
Vajinal doğum	151 (63.2)	162 (67.2)		
Müdahaleli vajinal doğum	6 (2.5)	15 (6.2)		
Sezaryen	82 (34.3)	64 (26.6)		
<i>Multivitamin Kullanma Durumu</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	3 (1.8)	14 (4.5)	2.235	0.135
7-10	163 (98.2)	300 (95.5)		
Doğum Şekli			2.353	0.308
Vajinal doğum	110 (66.3)	203 (64.6)		
Müdahaleli vajinal doğum	4 (2.4)	17 (5.4)		
Sezaryen	52 (31.3)	94 (29.9)		
<i>Aşı Yaptırma</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	2 (2.9)	15 (3.6)	1.000	0.558
7-10	66 (97.1)	397 (96.4)		
Doğum Şekli			3.636	0.162
Vajinal doğum	46 (67.6)	267 (64.8)		
Müdahaleli vajinal doğum	-	21 (5.1)		
Sezaryen	22 (32.4)	124 (30.1)		

Tablo 4.9. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre bazı gebelik sonuçlarının dağılımı (devamı)

Yaşam Tarzı Değişikliği ve Doğum Sonuçları	Uygulama		Test	
	<i>Evet n (%)</i>	<i>Hayır n (%)</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
<i>Gebelikle İlgili Bilgi Alma</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	9 (3.4)	8 (3.7)	0.019	0.890
7-10	253 (96.6)	210 (96.3)		
Doğum Şekli			0.671	0.715
<i>Vajinal doğum</i>	1121 (65.6)	141 (64.7)		
<i>Müdahaleli vajinal doğum</i>	13 (5)	8 (3.7)		
<i>Sezaryen</i>	77 (29.4)	69 (31.7)		
<i>Sağlık Personelinden Gebelikle İlgili Bilgi Alma</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	208 (98.1)	255 (95.1)	3.044	0.081
7-10	4 (1.9)	13 (4.9)		
Doğum Şekli			0.256	0.880
Vajinal doğum	136 (64.2)	177 (66.0)		
Müdahaleli vajinal doğum	9 (4.2)	12 (4.5)		
Sezaryen	67 (31.6)	79 (29.5)		
<i>Sağlıklı Gebelik İçin Girişimde Bulunma</i>				
Apgar Skoru (n, %)				
4-6	6 (4.5)	11(3.2)	0.580	0.314
7-10	126 (95.5)	337(96.8)		
Doğum Şekli			2.636	0.268
Vajinal doğum	83 (62.9)	230 (66.1)		
Müdahaleli vajinal doğum	9 (6.8)	12 (3.4)		
Sezaryen	40 (30.3)	106 (30.5)		

5. TARTIŞMA

Gebelik, kadın fizyolojisi için ne kadar doğal bir süreç olsa da üreme çağındaki tüm kadınlar için fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum gerektiren karmaşık bir dönemdir (Demirbaş ve Kadioğlu, 2014, s. 200-206; Hu Rang vd., 2015; Lee vd., 2011, s. 363-369). Planlı gebeliği olan tüm çiftler sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek ister. Sağlıklı bir bebek dünyaya getirmek ise anne ve baba adayının sağlıklı olmasını gerektirir. Prekonsepsiyonel dönem, çiftlerin gebelik öncesi sağlıklı bir gebeliğe hazırlanmak için yaşam tarzlarında değişiklikler yapmasına olanak sağlayan bir fırsat dönemidir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde gebelerin tamamına yakınının doğum öncesi bakım aldığı ancak prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alanların sayısının çok sınırlı olduğu görülmektedir (Özkan & Arslan, 2007; Genç Koyucu, Tosun & Katran, 2017).

Planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin gebelik sonuçlarına etkisinin incelendiği bu çalışmada bulguların tartışılması üç bölümde sunulmuştur.

- Birinci bölümde kadınların prekonsepsiyonel ve gebelik dönemlerindeki yaşam tarzı özellikleri, tıbbi sorunlarıyla ilgili verilerin tartışılması,
- İkinci bölümde kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişiklikleri ve gebelikle ilgili bilgi edinme durumlarına yönelik bulguların tartışılması yer almıştır.
- Üçüncü bölümde kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre gebelik sonuçlarının (yenidoğanın özellikleri, doğum memnuniyeti, gebelik ve doğumda komplikasyon yaşama) dağılımını gösteren bulguların tartışılmasına yer verilmiştir

5.1. Kadınların Prekonsepsiyonel ve Gebelik Dönemlerindeki Yaşam Tarzı Özellikleri, Tıbbi Sorunlarıyla İlgili Verilerin Tartışılması

Çok sayıda çalışmada anne adayının kilosu ve beslenme durumunun gebelik sonuçlarına etkisi olduğu saptanmıştır (Kabaran ve Samur, 2010; Sirimi ve Goulis, 2010; Akgün, 2013; Ferrari vd., 2013; Wennberg vd., 2013). Gebelikte fazla kilo alımı obeziteye neden olmakta, obezite sonucu gestasyonel hipertansiyon, diyabet, sezaryenle doğum, makrozomik ve doğuştan malformasyonlu bebek, anne ve bebek

ölüm oranları artmaktadır (DSÖ, 2013, Akarsu vd., 2008; Körükçü ve Kukulu, 2011; Arslan ve Başgül Yiğiter, 2012; Ergin, 2014). Diğer taraftan gebelik öncesi zayıf kadınlarda ise artmış IUGG, düşük doğum ağırlığı ve anemi riski artmıştır (ACOG, 2011, Ağralı, 2005, Bulut ve Mihmanlı, 2014). Bu nedenle anne adayının çok düşük ya da çok fazla kilo ile gebeliğe başlaması önerilmez. Ayrıca annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazanması da sağlıklı bir gebelik için prekonsepsiyonel dönemde başlamalıdır (Köken vd., 2013; Aydemir, 2014; Kabaran, 2014; Kermack vd., 2014). Araştırmaya katılan kadınların prekonsepsiyonel dönem ve gebeliklerinin son aylarındaki kilo ortalamaları incelendiğinde; kadınların gebelik boyunca ortalama 16,3 kilogram aldıkları saptanmıştır (Tablo 4.3). Akgün'ün (2013) çalışmasında bu değer 14.22, Ata Kaptı'nın (2014) çalışmasında ise 15.68 kilogram olarak bulunmuştur. Bu değerler çalışma bulgumuzdan daha düşüktür. Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında yayımlanan "*Gebelik ve Emzicilik Döneminde Beslenme*" modülüne göre sağlıklı kadınlar için gebelikte normal kilo alımı 10-14 kg arasında olmalıdır (Samur, 2012). Buna göre çalışma grubundaki kadınlar gebeliklerinde normalden ortalama 2 kg daha fazla kilo almışlardır.

Prekonsepsiyonel dönem ve gebelikte sigara içilmesi ya da sigara dumanlı havanın solunması; fertilité, fetüs gelişimi, gebelik ve doğumu olumsuz etkilemekte ve düşük tartılı doğum, erken doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarına neden olmaktadır. Bu çalışmada gebelik öncesi üç ayda sigara kullanan kadınlar %15.6, gebeliğinde kullananlar %8.3 oranında belirlenmiştir (Tablo 4.3). Bu sonuç kadınların yaklaşık yarısının gebelik dönemlerinde sigarayı bıraktığını göstermektedir. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebeliğinde sigara içen kadınların oranı %3 ile % 23.1 arasında değişmektedir (Engin, 2020; Cömert ve Çayır, 2019). Çalışmamızda kadınların eşlerinin sigara kullanma oranı prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte değişiklik göstermemekte olup %29.8'dir. Sigara içilen ortamda bulunan, pasif içiciliğe maruz kalan kadınların oranıysa prekonsepsiyonel dönemde %27.7, gebelikte %18.5'tir (Tablo 4.3). Her dört ya da beş kadından biri pasif içiciliğe maruz kalmaktadır. Tarhan ve Yılmaz'ın çalışmasında (2016) gebelik dönemlerinde pasif içiciliğe maruz kalan gebelerin oranı çok daha yüksek %63 olarak belirlenmiştir. Pasif içiciliğe maruz kalmanın en önemli nedeni eşlerin kullandıkları sigara dumanına maruziyettir. Ülkemizde İzmir'de yapılan bir çalışmada eşlerin gebenin yanında sigara içme durumları değerlendirilmiş, gebelerin eşlerinin %21.8'inin gebenin yanında

sigara içtiği sonucuna ulaşılmıştır (Şeker, Aydoğdu & Akgür, 2019). Farklı çalışmalarda eşlerin gebelerin yanında sigara içme oranı, 2008 yılı Kocaeli çalışmasında %53.6, 2009 yılı Manisa çalışmasında %70.2, 2011 yılı Çankırı çalışmasında ise %55.4 olarak daha yüksek oranda saptanmıştır (Altıparmak vd., 2009; Doğu ve Ergin, 2008; Durualp, 2011). Kadir vd. tarafından 2010 yılında Latin Amerika, Afrika ve Güney Asya ülkelerinde gebe kadınların pasif etkilenim durumları araştırılmış, ev içinde sigara içmeye izin verme oranının en fazla Pakistan’da (%91,6) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Daha sonra sırasıyla Arjantin (%55.3), Uruguay (%54.4), Belçika (%43.3), Brezilya (%36.2), Ekvator (%26.9), Zambiya (%20.5), Guetemala (%17.4) ve Kongo (%17.1) ülkeleri bu sıralamayı takip etmiştir. Sonuçlar ülkeye ve kültüre göre farklılık gösterse de gebelik döneminde pasif sigara içiciliği yaygındır. Gebelerin sigara dumanına maruziyeti en çok evdeki kişiler ve özellikle eşler tarafından oluşturulduğu için bu konuda ev içi kuralların belirlenerek uygulanması etkili önlemlerden birini oluşturacaktır.

Gebelikte yüksek miktarda kafein alımının (günde 6 fincandan daha fazla kahve) özellikle ikinci trimester düşüklerine neden olduğu bildirilmektedir (Morgan, Koren, Bozzo P, 2013). Danimarka’da 1989-1996 yılları arasında yapılan çalışmada, günde 8 bardak ve üzeri kahve içen annelerin içmeyen annelere göre “ölü doğum” oranının yüksek olduğu bulunmuştur (Wisborg, 2003). Yüksek düzeyde kahve veya kafein tüketiminin (400-800mg/gün) konsepsiyonda gecikmede etkili olduğu saptanmıştır. Bu nedenle 300mg./gün kafein limitinin uygun olacağı belirtilmiştir. Günlük 6 çay bardağı çay, 3 fincan kahve tüketiminin prekonsepsiyonel dönemde limit tüketim olması gerektiği bildirilmiştir (Kanımtürk, 2016). Maslo ve ark. tarafından yapılan bir meta analize göre gebelikte kafein alımı ve erken doğum arasında anlamlı düzeyde ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Maslova, 2010). Danimarka’da 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise kafein ile doğurganlık arasında ilişki bulunamamıştır (Soylu, 2018). Literatür incelendiğinde ülkemizde gebelikte kafein kullanım durumu hakkında kapsamlı bir araştırma olmadığı görülmektedir. Araştırmamız sonucunda, prekonsepsiyonel dönemde kadınların kafein tüketimi %84.4, gebeliklerinde %53.3’tür (Tablo 4.3). Çalışma verilerimize göre, gebelikten önce kafein kullanımının gebelik sırasında kafein kullanımından fazla olduğu belirlenmiştir. Bu veriler araştırmaya katılan kadınların bir bölümünün gebeliklerini öğrendikten

sonra kafein kullanımını konusunda daha özenli olduklarını düşündürmektedir. Şeker vd.'nin (2019) çalışmasında da çalışma bulgumuza benzer bir sonuç elde edilmiştir.

Prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımının germ hücrelerine zarar vererek genetik problemleri artırma riski vardır. Gebelik sırasında kullanımı ise spontan abortus ve fetal hipoksi riskini artırmaktadır (Vielwerth, Jensen, Larsen & Greisen, 2006). Çalışmamızda gebelik öncesi üç aylık dönemde alkol kullanım oranı %5.4 iken gebelikte bu oran 3.1'e düşmüştür (Tablo 4.3). Genç Koyucu vd.'nin (2017) yapmış oldukları çalışmada prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımını daha düşük %1.6, Cömert ve Çayır'ın çalışmasında daha yüksek, %15.2 olarak bulunmuştur (Genç Koyucu, Tosun & Katran, 2017; Cömert ve Çayır, 2019).

Gebelik öncesinde ve gebelik dönemindeki beslenme şekli anne ve fetüsün sağlığı üzerinde büyük etkiler oluşturabilmektedir. Yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile birlikte başarılı bir laktasyon dönemi geçirilmesi olasılığını artırırken; postpartum obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını olumlu yönde etkiler. Aynı zamanda gebelik ve emzirme döneminde enerji ve besin alımının yeterli olması, fetüsün sağlıklı bir yaşama başlaması ve sürdürmesi, yetişkinlik dönemindeki hastalıklardan korunması için de önemlidir (Api vd., 2005; Noğay, 2011). Gebelikte beslenme düzeninin üç ana, iki ara öğün olması önerilmektedir. Özellikle konsepsiyondan önce yeterli miktarda vitamin ve mikro besin alımı için tüm üreme yaşındaki kadınlar günlük olarak bir multivitamin kullanmalıdır (Barger, 2010). Sayal (1992), gebe kadınların beslenmeye ilişkin bilgi ve alışkanlıklarının sağlık durumları üzerine etkisi ile bebek doğum ağırlığını etkileyen faktörler üzerine yaptığı araştırmasında, gebelikleri süresince 7 kg ve daha az ağırlık kazanan kadınların ortalama 2700 g ağırlığında, 8-15 kg arasında ağırlık kazananların ortalama 3400 g ağırlığında, 16 kg ve daha fazla ağırlık kazananların ise ortalama 3600 g ağırlığında bebek doğurduklarını belirlemiştir. Gebelikte kazanılan ağırlık ile bebek doğum ağırlığı arasındaki ilişki zayıf olarak bulunmuştur. Sağlam (1981), Ankara'da gebelik döneminde annenin beslenme durumu ve bunun yeni doğan bebeğin sağlığı üzerine yaptığı araştırmasında, gebelikte kazanılan ağırlık ile bebek doğum ağırlığı arasındaki istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulamamıştır. Çalışmamızda dengeli beslendiğini ifade eden kadınların oranı prekonsepsiyonel dönemde %47.5, gebelikte %71.3'tür (Tablo 4.3). Bu sonuca göre gebelerin gebeliklerinde prekonsepsiyonel dönemden daha fazla dengeli ve sağlıklı

beslenmeye dikkat ettikleri görülmektedir. Ancak yeterli ve dengeli beslenme durumu bu çalışmada öğün sayısı baz alınarak sadece kadınların ifadelerine dayanılarak değerlendirildiği için ayrıntılı olmayan, sübjektif bir değerlendirmedir.

Kronik hastalığı olan kadınlar için gebelik öncesi bakım çok önemlidir. Gebelikte anne ve fetal sağlığa olabilecek olumsuz etkilerinin azaltılması için kronik hastalıkların gebelik öncesinde teşhis edilip tedavi yönetiminin yapılması önemlidir. Araştırmaya katılan kadınların gebelik öncesi ve gebelik dönemlerinde tıbbi sorun yaşama durumlarını incelediğimizde; gebelikten önce kronik hastalığı olan kadınların oranı %27.7 olup en sık görülen kronik hastalıklar sırasıyla tiroit, diyabet ve astım hastalıklarıdır (Tablo 4.4). Genç Koyucu vd.'nin (2017) çalışmasında üreme çağındaki kadınlarda kronik hastalık oranı çalışmamıza yakın oranda %31,8 olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada en sık görülen kronik hastalıklar diyabet ve hipertansiyondur. Tiroit hormonu dengesizlikleri, gebelik döneminde gebelik hipertansiyonu, preterm doğum, doğum sonu kanama, anemi, intrauterin gelişme geriliği, çocuklarda zeka geriliği gibi sorunlara yol açabilmektedir (Casey vd., 2005). Gebelikte diyabet, düşük, ölü doğum, makrozomi ve obstetrik komplikasyonlar, intrauterin gelişim ve büyüme anormallikleri, doğum ve neonatal komplikasyonlar için artmış risk ile ilişkilidir. Gebelik öncesi dönemde danışmanlık, diyet değişikliği ve sıkı glisemik kontrol anne ve yenidoğan sonuçlarına daha fazla fayda sağlayacaktır (Lassi vd., 2014). Araştırmalar, hamilelikten önce şiddetli astımı olan kadınların hamilelik sırasında kötüleşme olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bu, gebe kalmadan önce astım kontrolünün sağlanmasının önemini güçlendirmektedir (Kircher, Schatz & Long, 2002)

5.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemde Gebeliğe Hazırlık İçin Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Gebelikle İlgili Bilgi Edinme Durumlarına Yönelik Bulgular

Sağlıklı yaşam tarzı, insanların sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol ederek, günlük aktivitelerinde kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmaktadır (Bozhüyük ve Özcan, 2012). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'herkes için sağlık' kavramını hedefleyerek, insanların sağlık düzeyi arttığında, aileler, toplumlar ve ülkelerin de refahının artacağını belirtmiştir (WHO, 2019a). Anne adayının gebelik öncesi dönemde ve tüm gebelik süresince, sağlıklı yaşam davranışları

sergilemesi, yaşamdan ve gebeliğinden keyif alması, gebelik sürecini olumlu etkileyecektir (Yılmaz ve Karahan, 2019). Bu dönemde prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebeye verilen bakım anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Perinatal bakım alan kadınlarda fetal ve maternal komplikasyonlar bakım almayanlara göre çok daha düşüktür (Sevil ve Erten, 2016). Araştırmaya katılan kadınların prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için yaşam tarzı değişikliklerini incelediğimizde; sağlıklı bir gebelik geçirmek için herhangi bir girişimde bulunan kadınlar tüm araştırmaya katılan kadınların %27.5'ini kapsamaktadır (Tablo 4.5). Kadınların %72.5'i gebeliğe hazırlık için herhangi bir girişimde bulunmadığını ifade etmesine karşın araştırmamızdaki kadınların neredeyse yarısının gebelik öncesi üç aylık dönemde folik asit kullandığı, daha önce sigara içen kadınların önemli bir bölümünün sigarayı bıraktığı ya da azalttığı, kafein tüketiminde de azalma olduğu saptanmıştır.

Sigarada 2000'den fazla kimyasal madde bulunmaktadır. Bu maddeler içinde karbonmonoksit ve nikotin, olumsuz fetal etkinin birinci derecede sorumlularıdır. Nikotinin plasentayı geçişi çok yüksek orandadır. Bununla birlikte karbonmonoksit fetüsün oksijen kullanımını azaltmaktadır. Sigara kullanan gebelerin kendi dokularında ve fetüste oksijen kullanımı ciddi engellemektedir. Bu durum, düşük doğum ağırlıklı bebek, plasenta previa, ablasyo plasenta, perinatal kayıp, erken membran rüptürü, yenidoğanda işitme sorunları, astım gibi birçok riskleri de beraberinde getirmektedir (Coşkun, 2008; Cullum, 2003; Hillemerier, 2008). Gebeliğe hazırlık için sigarayı bırakma durumu incelendiğinde kadınların %84.4'ünün sigara kullanmadığı, %7.3'ünün daha önce sigara kullandığı ancak gebeliğe hazırlık için bıraktığı, %5.2'sinin sigara kullanımını azalttığı, %3.1'inin ise aynı miktarda devam ettiği saptanmıştır. Kadınların eşlerinin sigara kullanma oranı ise prekonsepsiyonel ve gebelik döneminde değişiklik göstermemiş %29.8 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu sonuç gebelik planlayan kadınların eşlerinin prekonsepsiyonel dönemde davranış değişikliği yapmaya gerek duymadıklarını göstermektedir. Cömert ve Çayır'ın çalışmasında prekonsepsiyonel dönemde kadın ve eşlerinde sigara içme oranı daha yüksek olup kadınlarda %23.1, eşlerinde %51 olarak bulunmuştur (Cömert ve Çayır, 2019). Genç Koyucu vd.'nin (2017) çalışmasında da kadınların gebelik öncesi üç ay içinde sigara içme oranı %19.3 olarak bulunmuştur (Genç vd., 2017).

1980 yılında Birleşik Devletler Yiyecek ve İlaç İdaresi kadınları gebelik esnasında kafein kullanımı konusunda uyarmıştır. Fazla miktarda kafein alımının fetal gelişimi önleyerek defektler oluşturabileceği ve spontan abortusa neden olabileceği belirtilmektedir (Signorello vd., 2001). Konuya yönelik yapılan çalışmaların bir meta analizinin sonuçlarına göre gebelikte 150mg/gün üzerinde tüketilen kafeinin 1.23-2.89 arasında değişen oranlarda spontan abortus riskini yükselttiği belirtilmiştir (Fernandes, 1998). Gebelik esnasında 300mg/ gün üzerinde kafein tüketiminin intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığı oluşturduğuna dair çalışma sonuçları bulunmaktadır (Wu vd., 2015). Çalışmamızda gebeliğe hazırlık için kafein tüketim durumu incelendiğinde; gebelikten önce ve gebeliklerinde kafeinli içecek tüketmeyenler %15.6, daha önce tükettiği halde bırakanlar %18.7, tüketimini azaltanlar %59.1, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %6.5 oranında belirlenmiştir (Tablo 4.5). Bu çalışmada aynı miktarda kafeinli içecek tüketmeye devam edenlerin günlük ne kadar kafein aldıklarına yönelik bir saptama yapılmamıştır. Araştırma bulguları kadınlarda kafein tüketiminin azaltılması ya da bırakılması konusunda hassasiyetin olduğunu göstermektedir. Gebeliğe hazırlık için alkol tüketim durumu incelediğinde kadınların çoğunun alkol tüketmediği (%92.5) belirlenmiştir. Bazı Avrupa ve ABD literatürlerinde de, gebeliği planlayan kadınların sigarayı bırakma ve alkol tüketimini azaltma gibi daha sağlıklı prekonsepsiyonel davranışlarını benimseme olasılıklarının yüksek olduğu gösterilmiştir (Backhenson vd., 2014; Green-Raleigh vd., 2005; Stephenson vd., 2014; Stern vd., 2016; Tyden vd., 2011).

Yenidoğanda meydana gelen anomalilerin %2-5 oranında ilaçların teratojenik etkisine bağlı olduğu bildirilmektedir (Ergün, 2016). Gebelik öncesi sürekli kullandığı ilacı olan kadınların oranı %16.5 olarak saptanmıştır. Reçetesiz ilaç kullanan kadınlar %28.8, gebelik öncesi iş yerinde herhangi bir kimyasal/zararlı maddeye maruz olan kadınlar %1.5 oranında saptanmıştır (Tablo 4.5). Bu sonuçlar prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte ilaç kullanımının yaygın olduğunu gösteren diğer çalışmalar ile uyum göstermektedir (Arslan ve Özkan, 2005; Miral ve Beji, 2017). Kadınlar planlı olmayan gebeliklerde gebe olduklarını bilmedikleri için ilaç alabilmekte, bu durum fetal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ebeler planlı gebeliklerin oluşumunu sağlamalı ve verdikleri prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti ile ilaçlar konusunda bilgilendirme yaparak ilaç kullanımına bağlı ortaya çıkan teratojenik etkilerin minimal düzeye indirilmesine katkı vermelidirler.

Prekonsepsiyonel dönemde başlanan ve gebeliğin ilk 3 ayında alınan folik asitin nöral tüp defekt gelişimini %70'e varan oranlarda azalttığı randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir (Başlı, & Aksu, 2019). Gebelik öncesi üç aylık dönemde folik asit ve multivitamin kullanımı incelendiğinde kadınların %49.8'inin folik asit, %34.6'sının ise multivitamin kullandığı saptanmıştır (Tablo 4.5). Çin'de yürütülen bir çalışmada gebelik öncesi dönemde tıbbi muayene olan ve muayeneden sonraki 6 ay içinde gebeliğin gerçekleştiği çiftler ile çalışılmıştır. Çalışmaya alınan kadınlar arasında perikonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı %76,8 olarak bulunmuştur. Folik asit kullanan kadınların %50'den fazlasının folik asit kullanımına gebelik öncesi başladığı belirlenmiştir (Wang Y, 2015). Goossens vd.'nin çalışmasında (2018), planlı gebeliği olan kadınların gebelik öncesi dönemde en yaygın yaşam tarzı değişikliğinin folik asit (%76) ve çoklu vitamin alımı olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucu bizim sonucumuz ile uyum sağlamaktadır. Çalışmamızda da kafein alımının azaltılmasından (%59.1) sonra prekonsepsiyonel dönemde en yaygın olan yaşam tarzı değişikliği folik asit ve multivitamin kullanımı olmuştur. Ülkemizde konuyla ilgili 2006-2007 yıllarında yapılan iki çalışmada folik asit kullanım oranları sırasıyla %8 ve %10.9 olarak belirlenmiştir (Çakmak vd., 2006; Somunkıran, Arıcan & Yücel, 2007). Bu oranlar çalışmamızda belirlenen orandan oldukça düşüktür. Bunun olası nedenlerinin; diğer iki çalışmayla karşılaştırıldığında çalışma grubumuzu oluşturan kadınların sosyo-ekonomik düzeylerinin daha yüksek ve çalışmanın yıl olarak daha yeni tarihli olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda folik asit kullanımına ilişkin bilgiler haber kaynaklarında daha fazla yer almaktadır. Gebelik öncesi üç aylık dönemde sağlık personelinin danışmanlık almadan bitkisel tedavi ürünleri kullanan kadınların oranı çalışmamızda %9.0'dur (Tablo 4.5). Son yıllarda ülkemizde basında bitkisel tedavi ürünlerinin arttığına yönelik bilgiler vardır (Karataş vd., 2019). Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlık verilirken bu konuya yönelik te bilgi verilmeli, ciddi yan etkilerinin olabileceği ve sağlık profesyonellerine danışmadan bu ürünlerin alınmaması gerektiği belirtilmelidir. Doğurgan çağıdaki kadınlarda tetanoz-difteri toksoidi/difteri-tetanoz-boğmaca; kızamık, durumu kabakulak, kızamıkçık; suçiçeği bağışıklıkları yıllık olarak kontrol edilmeli ve güncellenmelidir. Kadınların, yaşam tarzları ve mesleki riskleri göz önünde bulundurularak gerekli aşılama yapılmalıdır (Baysoy & Özkan, 2012). Çalışmamızda gebelik öncesi koruyucu olarak aşı yaptırma durumu incelendiğinde aşı yaptıran kadınların oranı %14.2 olarak düşük düzeyde bulunmuştur (Tablo 4.5).

Fetal gelişim için önemli olan ilk haftaların gebelik sonuçlarına etkisi, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığı önneimli hale getirmektedir (Van Voorst vd., 2015). Gebeliğin 4-12. haftaları embriyo-fetüsün zararlı etkenlere en açık olduğu dönemlerdir. Genelde gebeliğin bu döneminde kadınlar gebeliklerinin farkında değildir (Shannon vd., 2014a). Kanıtlar, 12. Gebelik haftasından sonra başlayan antenatal bakımda gebeliğin ilk trimesterinin ihmal edildiğini, antenatal bakımın olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede yetersiz olduğunu göstermektedir. Kötü gebelik sonuçlarının önüne geçmek ve maternal ve fetal sağlığını korumak için gebelik öncesi danışmanlık ve bakımın önemi vurgulanmaktadır (Temel vd., 2013, Van der Zee vd., 2013). Araştırmamızda kadınların gebelik öncesi gebelikle ilgili bilgi edinme durumu incelendiğinde; prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alan kadınların oranı %54.6, sağlık personelinden bilgi alanların oranı ise %44.2 olarak saptanmıştır. Gebe kalmadan önce gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alınan konularsa şunlardır: genetik hastalıklar ile ilişkin danışmanlık alan kadınlar (%20.2), tıbbi bir sorun olduğunda gebeliğe etkisi ve yapılması gerekenler hakkında bilgi alanlar (%21.5), sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılması hakkında bilgi alan kadınlar (%34.4), planlı gebelik hakkında bilgi alanlar ise %41.5 olarak saptanmıştır (Tablo 4.6). Amanak ve Karaçam' ın kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, kadınların %71.3'ünün gebelik öncesi danışmanlık aldığı belirlenmiştir. Bu oran çalışmamızda belirlenen orandan yüksektir. Çalışmalarında kadınların %51.3'ünün danışmanlık almak için ebeye, %38.7'sinin ise aile büyüklerine başvurdukları saptanmıştır. Kadınların gebelik öncesi gebelik ile ilgili; gebelikte yaşanan sorunlar ve dikkat etmeleri gereken durumlar (%15.3), gebeliğin oluşumu ve bebeğin anne karnındaki gelişimi (%15.3), aile planlaması hakkında (%34) danışmanlık aldıkları saptanmıştır (Amanak & Karaçam, 2019). Ülkemizde 2005 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %59.2'sinin prekopsepsiyonel danışmanlığı gerekli görmelerine karşın yalnızca %2.8'inin danışmanlık aldığı belirlenmiştir (Arslan & Özkan, 2005). Yıllar içerisinde prekonsepsiyonel danışmanlık alanların sayısında görülen artış kadın ve çocuk sağlığı adına önemli bir gelişmedir.

5.3. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerine göre gebelik sonuçlarının (yenidoğanın özellikleri, doğum memnuniyeti, gebelik ve doğumda komplikasyon yaşama) dağılımını gösteren bulgular

Gebelik öncesi ve erken gebelik haftalarında multivitamin kullanımının, non-sendromik ekstremite anomalilerini azalttığı gösterilmiştir. Folik asit içeren multivitamin desteğinin sadece nöral tüp defektine değil kardiyovasküler sistem defektleri, yarık damak ve/veya yarık dudak, izole yarık damak, üriner sistem anomalileri ve konjenital hidrosefali gibi diğer sistemlere ait konjenital anomalilere karşı koruyucu etkisinin olduğu belirlenmiştir (Goh, Bollano, Einarson, Koren, 2006). Bir başka çalışmada, perikonsepsiyonel multivitamin kullanımının 34. gestasyonel haftanın altında preterm doğum oranı ile obez olmayan gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek oranlarını azalttığı belirlenmiştir (Catov, 2007). Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, boy ve kilo ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum memnuniyeti anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Folik asit kullananlarda doğum memnuniyeti ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanan kadınlardaysa kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, doğum memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), bebeğin kilosu ve boyu anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.7). Dorum vd.'nin (2009) annenin vitamin B12 ve folat düzeylerinin bebek doğum ağırlığı üzerine etkisi başlıklı çalışmalarında, çalışma bulgumuzdan farklı olarak gebelikte multivitamin kullanma öyküsü olan annelerden doğan bebeklerin ortalama doğum ağırlıkları ile gebelikte multivitamin kullanma öyküsü bulunmayan annelerden doğan bebeklerin doğum ağırlıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (Dorum vd., 2009). Bir başka çalışmada gebeliğin erken dönemlerinde kontrol amaçlı hastaneye başvuran 2644 kadında folik asit desteğinin doğum ağırlığı üzerine etkileri araştırılmıştır. Kadınlar 4 grup halinde incelenmiştir. 1. Grup (n: 2188) 2. ve 3. trimesterler boyunca hiç folik asit desteği almayan, 2. Grup (n: 109) 2. trimesterde folik asit desteğine devam eden ancak 3. trimesterde destek kullanmayan, 3. Grup (n: 223) 2. trimesterde folik asit desteği almayan ancak 3. trimesterde yeniden başlayan ve 4. Grup (n: 131) tüm trimesterler boyunca folik asit desteği alan katılımcılardan meydana getirilmiştir. Araştırma sonucunda

çalışmamızdan farklı olarak düzenli olarak folik asit kullanan kadınların doğumlarında LGA (Gestasyonel yaşa göre büyük- Large for gestational age) bebeklerin oranı daha yüksek çıkmıştır. Öte yandan SGA (Gestasyonel yaşa göre küçük - Small for gestational age) bebek görülme sıklığını azaltan bir etki gözlemlenmemiştir (Wang vd., 2016). Dokuz çalışmanın meta-analizinin yapıldığı çalışmada, 707 katılımcıda birinci trimesterden sonra folik asit desteği kullanımının doğum ağırlığı üzerindeki etkileri incelenmiş, folik asit desteği alan gebe grubunda kontrol gruplarına kıyasla daha yüksek doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme oranının yaklaşık iki kat daha fazla olduğu, bebeklerdeki doğum ağırlığının %2 oranında arttığı saptanmıştır (Fekete vd., 2012). Bizim çalışmamızda ise tam tersine gebelik öncesi ve gebeliğinde folik asit kullanan annelerden doğan bebeklerin doğum haftası boyu ve kilosu anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu sonuç araştırma grubumuzdaki kadınların folik asit ve multivitamin kullanımına yönelik kullanım dozu, devam etme süresi gibi ayrıntıların sorgulanmamasıyla ilişkili olabilir.

Aşılamanın başlıca amaçları; kadını gebelik esnasında fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varisella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan korumaktır (Başgöl ve Oskay, 2012). Bu çalışmada prekonsepsiyonel dönemde koruyucu aşı yaptıranlarda bebeğin boy ve kilosu ile doğum haftası ortalaması anlamlı farklılık göstermekteyken ($p < 0.05$), doğum memnuniyeti farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$). Aşı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre bebeğin kilo ve doğum haftası ortalaması yüksek, boy ortalaması düşüktür. Gebelikle ilgili bilgi alma ve sağlıklı gebelik için herhangi bir girişimde bulunma durumuna göre bebeğin boy ve kilosu, doğum haftası ile doğum memnuniyeti ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Bu bulgu, doğum öncesinde yapılan bilgilendirmenin ve sağlıklı bir gebelik için girişimde bulunmanın doğum sonuçlarında anlamlı bir fark oluşturmamasını göstermesi açısından önemlidir. Yapılan bilgilendirme ve davranış değişikliğinin etkili olmaması, her iki girişimin istenilen düzeyde, nitelikli yapılmamasıyla ilişkili olabilir.

Gebelik ve öncesinde sigara kullanılmasının maternal ve fetal sağlığa zararlı olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir. Sigara kullanımı düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, erken membran rüptürü, ablasyo plasenta, plasenta previa, perinatal kayıp ve ani bebek ölümleri gibi birçok riski beraberinde getirmektedir (Oncken & Kranzler, 2003; Dempsey & Benowitz, 2001). Tarhan ve Yılmaz'ın 2016 yılında gebelikte sigara

kullanımını ve etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmada, gebelikte sigara kullanma oranı %11,9, gebelik öncesinde sigara kullanma oranı %26,6 olarak bulunmuştur. Gebelerin %49,5'inin sigaranın anneye olan zararlarını, %31'inin ise bebeğe olan zararlarını bilmedikleri belirlenmiştir (Tarhan & Yılmaz, 2016). Doğu ve arkadaşlarının 2011 yılında sigara kullanan 30 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, kadınların %3,3'ünde preeklampsi-eklampsi, %3,3'ünde düşük doğum ağırlığı bebek doğumu, %3,3'ünde ise oligohidroamniyos olduğu belirlenmiştir (Doğu vd., 2011). Vielwerth ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada, pasif içiciliğe maruz kalan kadınlarda erken doğum oranının %23 oranında arttığı saptanmıştır. Aynı çalışmada pasif sigara içiciliğine maruz kalan annelerin maruz kalmayan annelere oranla doğan bebek ağırlığının 40-70 gram daha düşük ağırlıklı doğduğu belirlenmiştir (Vielwerth vd., 2006). Ko vd.'nin yaptıkları çalışmada yenidoğanın doğum ağırlığı ile annenin gebelikte içtiği günlük sigara adedi arasında ters korelasyon olduğu bildirilmiş; bu çalışmada günde >20 sigara içen annelerin çocuklarının, annenin sigara içtiği gebelik trimesterinden bağımsız olarak, en fazla düşük doğum ağırlığına maruz kaldığı bildirilmiştir. Berlin vd.'nin çalışmasında gebelikte sigaranın dozuna bağlı olarak doğum ağırlığındaki değişim değerlendirilmiş, günde 0-5 adet sigara içenlerde doğum ağırlığındaki azalmanın sigaranın adedi günde >5 üzerine çıktığında kademeli olarak arttığı görülmüştür (Berlin I, 2017). Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.001$). Bebeğinin Apgar skoru 4-6 arasında olanlarda 7-10 olanlara göre gebeliğinde sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Müdahaleli vaginal doğum yapanlarda vajinal doğum ve sezaryen doğum yapanlara göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksektir. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre bebeğin boyu ve doğum memnuniyeti ortalaması anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0.05$) (Tablo 4.8). Sigara kullanmayı azaltanlarda sigara kullanmayanlar, sigarayı bırakanlar ve aynı sayıda içmeye devam edenlere göre boy ortalaması daha kısa saptanmıştır. Bu sonuçlar diğer araştırma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Doğum memnuniyeti açısından incelendiğinde sigaraya aynı miktarda devam edenler ve azaltanlarda doğum memnuniyet ortalaması kullanmayanlar ve bırakanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bu durum sigara kullanımıyla ilişkili risk faktörleriyle bağlantılı olabilir. Bu çalışmada literatürden farklı olarak sigara kullanma durumuna göre bebeğin kilosu ve doğum

haftası anlamlı farklılık göstermemiştir. Bu sonuç çalışma grubunda içilen sigara adedinin ve kullanma süresinin ayrıntılı sorgulanmamasıyla ilişkili olabilir.

Folik asit desteği kullanımının nöral tüp defekti ve megaloblastik anemi üzerinde olumlu etki gösterdiği yönünde azımsanmayacak sayıda çalışma mevcuttur. Bazı çalışmalarda ise uzun dönem yüksek doz folik asit desteği kullanımının doğum ağırlığını arttırabildiği söylenmektedir. Folik asit desteği ve postpartum depresyon, konjenital kalp hastalıkları, alerjik hastalıklar ve otizm üzerinde yapılan araştırmalar ise çift yönlüdür. Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde kadınların folik asit kullanma durumlarına göre Apgar skoru oranının dağılımı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Folik asit kullanmayanlarda sezaryen oranı düşük, müdahaleli vajinal doğum oranı daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Birçok çalışmada prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanımının nöral tüp defekti insidansını azaltmakta olduğu ama gebelik sonuçlarına belirgin bir etkisi söylenmemiştir (Czeizel AE, 1993). Bizim çalışmamızda da prekonsepsiyonel dönemde multivitamin Apgar skoru ve doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). Gebelikte kalp hızında ve oksijen tüketiminde artış, akciğer kapasitesinde azalma, immünolojik işlevlerde değişme görüldüğü için anne adayları aşı ile önlenebilir bazı enfeksiyon hastalıkları ve bunlara bağlı komplikasyonlara (hastane yatışı, ölüm, gebelikle ilgili olumsuzluklar gibi) normal popülasyona göre daha yatkındır (WHO, 2012b; Rasmussen SA, Jamieson DJ & Uyeki TM, 2012). Anneyi bunlardan korumayı hedefleyen maternal bağışıklama erken doğumların önlenmesine katkı sağlar ve bu yolla intrauterin gelişme geriliği olasılığını azaltır. Çalışmalar, bunun aşının direkt koruyucu etkisinden çok annenin ateşli hastalıktan korunması sonucu olduğunu düşündürmektedir (Fell DB vd, 2012). Çalışma sonucumuzda prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik döneminde aşı yaptıran anne adaylarının doğum sonrası yenidoğan apgar skoru ve doğum şeklide anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p<0.05$). Çalışmamızda gebelikle ilgili bilgi alma, sağlık personelinde bilgi alma, sağlık personelinde gebelikle ilgili bilgi alma, sağlıklı gebelik için girişimde bulunma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.9).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- Kadınların prekonsepsiyonel dönemde kilo ortalaması 60.03 ± 9.12 , gebelikte 76.16 ± 10.26 olarak belirlenmiştir.
- Prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanan kadınların oranı %15.6, gebelikte %8.3'tür. Kadınların eşlerinin sigara kullanma oranı prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte değişiklik göstermemekte olup %29.8'dir. Sigara içilen ortamda bulunan kadınların oranı prekonsepsiyonel dönemde %27.7, gebelikte %18.5 olarak bulunmuştur.
- Çay, kahve, kola gibi kafeinli içecekleri tüketenlerin oranı prekonsepsiyonel dönemde %84.4, gebelikte %53.3 saptanmıştır.
- Kadınlarda prekonsepsiyonel dönemde alkol tüketmeyenlerin oranı %94.6, gebelikte %96.9 olarak saptanmıştır.
- Dengeli beslendiğini ifade edenlerin oranı ise prekonsepsiyonel dönemde %47.5, gebelikte %71.3'tür.
- Gebelik öncesi kronik hastalığı olan kadınların oranı %22.7'dir. Daha önceki gebeliğinde sorun yaşayan kadınların oranı %12.9 olarak bulunmuştur.
- Sağlıklı bir gebelik için herhangi bir girişimde bulunan kadınların oranı %27.5'tir.
- Gebelikten önce ve gebeliklerinde sigara kullanmayan gebelerin oranı %84.4'tür. Gebeliğe hazırlık için prekonsepsiyonel dönemde sigarayı bırakan gebeler %7.3, sigarayı azaltan gebeler %5.2, aynı sayıda kullanmaya devam eden gebeler ise %3.1 oranında saptanmıştır.
- Gebelikten önce ve gebeliklerinde kafeinli içecek tüketmeyenler %15.6, daha önce tükettiği halde bırakanlar %18.7, tüketimini azaltanlar %59.1, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %6.5 oranında belirlenmiştir.
- Gebelikten önce ve gebeliklerinde alkol tüketmeyenler %92.5, daha önce tükettiği halde bırakanlar %4.4, daha önce tüketen ve azaltanlar %2.5, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %0.6 olarak bulunmuştur.
- Prekonsepsiyonel dönemde sürekli kullandığı ilacı olanlar %16.5, ilaç kullanmayanlar %83.5 oranındadır.
- Gebelik öncesi reçetesiz hekime danışmadan ilaç kullanım durumu incelendiğinde, reçetesiz ilaç kullananlar %28.8, kullanmayanlar %71.3 olarak saptanmıştır.

- Gebelik öncesi iş yerinde herhangi bir kimyasal /zararlı madde ile karşılaşanlar %1.5, karşılaşmayanlar %98.5 oranındadır. Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımını %49.8, kullanmayanların oranı %50.2'dir.
- Gebelik öncesi multivitamin kullananlar %34.6, kullanmayanların oranı %65.4'tür. Gebelik öncesi üç aylık dönemde sağlık personelinin danışmanlık almadan bitkisel tedavi ürünleri kullananlar %9.0, kullanmayanların oranı ise %91.0'dır.
- Prekonsepsiyonel dönemde koruyucu olarak aşı yaptıran (tetanoz, hepatit b) kadınların oranı % 14.2, yaptırmayanların oranı %85.8'dir.
- Bu dönemde gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alanlar %54.6, almayanlar %45.4 oranındadır. Gebeliğe hazırlık için sağlık personelinin bilgi alanların oranı %44.2'dir. Gebeliğe hazırlıkla ilgili bilgi alınan konular incelendiğinde; genetik hastalıklarla ilgili danışmanlık alanlar %20.2, tıbbi bir sorun olduğunda gebeliğe etkisi ve yapılması gerekenlerle ilgili bilgi alanlar %21.5, sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılmaması gerektiği ile ilgili bilgi alanlar %29.2, sağlıklı bir gebelik için gebelik öncesi neler yapılması gerektiği konusunda bilgi edinenler %34.4, planlı bir gebeliğin nasıl sağlandığı hakkında bilgi alanların oranı %34.4'tür.
- Prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, doğum memnuniyeti istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), bebeğin kilosu ve boyu anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Multivitamin kullanmayanlarda bebeğin boy ve kilo ortalaması daha fazla bulunmuştur.
- Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, boy ve kilo ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum memnuniyeti anlamlı farklılık göstermiştir ($p<0.05$). Folik asit kullananlarda doğum memnuniyeti ortalaması daha yüksektir.
- Prekonsepsiyonel dönemde koruyucu aşı yaptıranlarda bebeğin boy ve kilosu ile doğum haftası ortalaması anlamlı farklılık göstermekteyken ($p<0.05$), doğum memnuniyeti farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Aşı yaptıranlarda yaptırmayanlara göre bebeğin kilo ve doğum haftası ortalaması yüksek, boy ortalaması düşüktür. Gebelikle ilgili bilgi alma ve sağlıklı gebelik için herhangi

bir girişimde bulunma durumuna göre bebeğin boy ve kilosu, doğum haftası ile doğum memnuniyeti ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

- Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Bebeğin Apgar skoru 4-6 arasında olanlarda 7-10 olanlara göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Müdahaleli vaginal doğum yapanlarda vajinal doğum ve sezaryen doğum yapanlara göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek saptanmıştır. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre bebeğin boyu ve doğum memnuniyeti ortalaması anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Sigara kullanmayı azaltanlarda sigara kullanmayanlar, sigarayı bırakanlar ve aynı sayıda içmeye devam edenlere göre boy ortalaması daha kısa saptanmıştır. Sigarayı aynı miktarda devam edenler ve azaltanlarda doğum memnuniyet ortalaması kullanmayanlar ve bırakanlara göre daha düşüktür.
- Prekonsepsiyonel dönemde kadınların folik asit kullanma durumlarına göre Apgar skoru oranının dağılımının farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum şeklinin anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0.05$). Folik asit kullanmayanlarda sezaryen oranı düşük, müdahaleli vajinal doğum oranı daha yüksek bulunmuştur. Prekonsepsiyonel dönemde kadınların multivitamin kullanma, aşı yaptırma, gebelikle ilgili bilgi alma, sağlık personelinden bilgi alma, sağlık personelinden gebelikle ilgili bilgi alma, sağlıklı gebelik için girişimde bulunma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli oranları anlamlı farklılık göstermemiştir ($p>0.05$).

Sonuç olarak prekonsepsiyonel dönemde kadınların yarısına yakını sağlıklı bir gebelik geçirmek için sağlık profesyonellerinden bilgi almıştı. Gebeliğe hazırlık için sağlıklı yaşam tarzı değişikliği yapan kadınların oranı düşüktü. Yaşam tarzı değişikliklerinin doğum sonuçlarına etkisi değerlendirildiğinde, doğum sonuçlarını en fazla etkileyen faktör sigara kullanımıydı. Sınırlı etkisi olan faktörler multivitamin ve folik asit alınması ve aşı uygulamasıydı.

Çalışmada elde edilen bulgular neticesinde aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

- Prekonsepsiyonel bakımdan yararlanan kadın ve çiftlerin oranının artırılması için kapsamlı prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin kamu tarafından verilen

sağlık hizmetleri proramlarına dahil edilmesi; kadın, çocuk ve toplum sağlığına katkıda bulunacaktır. Bu şekilde koruyucu sağlık hizmetlerinin geliştirilmesiyle aynı zamanda sağlık harcamalarının azalması sağlanabilecektir.

- Prekonsepsiyonel dönemde kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç olmak zorunda kalan kadınların tespit edilmesi ve gebeliğe hazırlık için gerekli tedavi ve izlemlerin yapılması gerekmektedir.
- Çiftlerin prekonsepsiyonel dönemde gebeliği etkileyebilecek ve risk oluşturabilecek sağlıksız yaşam tarzı davranışlarının belirlenmesi gerekir. Özellikle sigaranın bırakılması, sağlıklı ve dengeli beslenmenin sağlanması, kafein alımının azaltılması, folik asit kullanılması, aşılama gibi girişimlerin uygulanması önerilmektedir.
- Prekonsepsiyonel dönem, kadınların ve çiftlerin sağlıklı yaşam tarzı değişikliği oluşturabilmeleri açısından bir fırsat dönemi olarak değerlendirilmeli, çiftler bu konuda desteklenmelidirler.
- Ebeler ve koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan diğer sağlık profesyonellerinin, fertil çağda bulunan kadınları ve çiftleri prekonsepsiyonel bakımın önemi konusunda bilgilendirmeleri önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

- AAP, & ACOG. (2012). Guidelines for Perinatal Care L. E. S. Riley, A.R. (Ed.) (pp. 95-168).
- ACOG Committee Opinion. (2018). Well-woman visit. DOI: [10.1097/AOG.0000000000002897](https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002897)
- ACOG. (2005). ACOG Committee Opinion number 313, The Importance of Preconception Care in the Continuum of Women's Health Care. *Obstet Gynecol*, 106(3), 665-666. DOI: [10.1097/00006250-200509000-00052](https://doi.org/10.1097/00006250-200509000-00052)
- ADA Report. (2008). Position of the American Dietetic Association: Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome *J Am Diet Assoc*; 108:553-61.
- Akgün N. (2013). Maternal beden kütle indeksi ve gebelikte vücut ağırlığı artışı takibinin perinatal sonuçlar ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Aksoy M. (2007). *Ansiklopedik Beslenme, Diyet ve Gıda Sözlüğü*. (300-1). Ankara: Hatipoğlu Yayınları.
- Aksu H & Yurtsev E., (2009), “ Gebelik, Diyabet ve Hemşirelik Bakımı” *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, (50-58)
- Altıparmak, S., Altıparmak, O., & Avcı, H. D. (2009). Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Türk Toraks Dergisi/Turkish Thoracic Journal*, 10(1).
- Amanak, K., & Karaçam, Z. (2019). Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 9(1), 8-12.
- American Academy of Family Physicians. (October 2, 2015). Neural tube defects, Prevention, Folic Acid Supplementation, Women. Clinical Preventive Service Recommendation Available from: <http://www.aafp.org/patientcare/clinicalrecommendations/all/neural-tube-defects.html>.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı ve Egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 13(2):71-79.
<https://www.perinataldergi.com/Archive/Article/20050132001>
- Arslan, H., & Özkan, A. (2005). Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 36(2), 65-71.
- Ata, K. K., & Şahin, N. H. (2015). The Effect of Pregestational Body Mass Index on Prenatal And Neoanatal Outcomes. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 46(4), 112- 117.
- Aynioğlu Ö. (2014). 35 yaş üzeri doğum yapan gebelerin demografik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Kocatepe Medical Journal*, 15(2):152-5
- Barone, JJ., & Roberst, H. (1996). Caffeine consumption. *Food Chem Toxicol*,34:119-29.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel Dönemde ve Gebelikte Kanıt Temelli Yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences*, (9)2:1524-1534
- Başlı, M., & Aksu H. (2019). Kadınların Folik Asit Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Prenkonsepsiyonel Dönemde Folik Asit Kullanımları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 220-226.
- Baştürk, A., Kutlucan, L., Kutlucan, A., Pekin, A. T., & Akıncı, S. (2016). Evaluation of Pregnant Women Awareness About Anemia and Factors Affecting the Development of Anemia. *European Journal of Health Sciences*, 2(1), 1-4.
- Baysoy, N. G., Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23:77-90.
- Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, Chopra M, Ebrahim S., & Kidd M. (2008). Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: A priority for primary health care. *Lancet*, (372):940-949.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Berglund, A., & Lindmark, G. (2016). Preconception health and care (PHC)—a strategy for improved maternal and child health. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 121(4), 216–21. <https://doi.org/10.1080/03009734.2016.1191564>
- Berlin I, Golmard JL, Jacob N, Tanguy ML, Heishman SJ. (2017). *Ci garette Smoking During Pregnancy: Do Complete Abstinence and Low Level Cigarette Smoking Have Similar Impact on Birth Weight? Nicotine Tob Res;19(5):518-524.*
- Bhutta, Z. A., Das, J. K., Bahl, R., Lawn, J. E., Salam, R. A., Paul, V. K., ... Walker N. (2014). Can available interventions end preventable deaths in mothers, newborn babies, and stillbirths, and at what cost? *Lancet*, 384(9940), 347-370. doi:10.1016/S0140-6736(14)60792-3.
- Bilir, N., (2002). Çalışma Hayatı ve Üreme Sağlığı, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (STED)*, Cilt: 11, Sayı:3, ss:86
- Boulet, SL., Parker, C., & Atrash H. (2006). Preconception Care in International Settings. *Matern Child Health J*, 10 (Suppl 1): 29-35.
- Carlsen, E., Giwercman, A., Keiding, N., & Skakkbaek, N.E. (1992). Evidence for Decreasing Quality of Semen During Past 50 Years; *Brit. Med.J*,305: 609-13.
- Casey, B. M., Dashe, J. S., Wells, C. E., McIntire, D. D., Byrd, W., Leveno, K. J., & Cunningham, F. G. (2005). Subclinical hypothyroidism and pregnancy outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 239-245.
- Chor, J, Rankin, K, Harwood, B., & Handler A. (2011) Unintended pregnancy and postpartum contraceptive use in women with and without chronic medical disease who experienced a live birth. *Contraception*, 84:57-63.
- Coşkun, A. (2011). Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3), 8–15.
- Coşkun, A. (2012). *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İçinde: Genetik Danışmanlık ve Prekonsepsiyonel Bakım*. Coşkun, A., Güngör, İ., (eds.), 1. Baskı, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları., s:122-128.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Coşlkun A, Rathfisch G. (2009). *Doğurganlık bilinci geliştirme ve infertilite açısından önemi*. İçinde: Kızılkaya Beji N. Editör. İnfertilite hemşireliği (s. 33-48). İstanbul: Acar Basımevi.
- Czeizel, A. E. (1993). Controlled studies of multivitamin supplementation on pregnancy outcomes. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 678, 266-275.
- Cömert, M. (2019). Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi (Master's thesis, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Cullum AS. (2003). Changing provider practices to enhance preconceptional wellness. *JOGNN*. 32(4):543-9. doi: 10.1177/0884217503255016
- Çakmak P, Minareci Y, Yuvaç O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. (2006). Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. *Turk J Obstet Gynecol.*;3:157-161.
- Daly S, Mills J, Molley AM, et al. (1997). Minimum effective dose of folic acid for food fortification to prevent neural-tube defects. *Lancet*,350:1666-1669.
- Darmstadt, G. L., Bhutta, Z. A., Cousens, S., Adam, T., Walker, N., de Bernis, L., & Lancet Neonatal Survival Steering, T. (2005). Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? *Lancet*, 365(9463), 977-988. doi:10.1016/S0140-6736(05)71088-6.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S1>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S3>
- Dempsey, D. A., & Benowitz, N. L. (2001). Risks and benefits of nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug safety*, 24(4), 277-322.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: promoting reproductive planning. *Reproductive Health*, 11(Suppl 3), 1-17. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S2>
- De-Regil LM, Fernandez-Gaxiola AC, Dowswell T & Pena-Rosas JP. (2010). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects . *Cochrane Database Syst Rev* (10): CD007950
- Doğan Pekince, G., & Ertem, G. (2016) *Doğum öncesi dönem*. Perinatoloji. 1st ed. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, p. 127-68.
- Doğaner, G., Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel Danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 20 (5):215-221.
- Doğu, S., & AB, E. (2008). Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgiler. *Maltepe Üniv Hemşirelik Bilim ve Sanat Derg*, 1(1), 12-7.
- Doğu, S., Koç, K., Aslan, Z., Türker, S., İhtiyar, N. (2011). Özel Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebe Kadınlarda Sigara Kullanımı İle İlgili Verilen Eğitimin Anne Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Ölçülmesi. 2. Ulusal 1. Uluslar arası Ebelik Kongresi.
- Dorum BA, Şilfeler İ, Dorum S, Şilfeler DB, Canbak Y, Kurnaz H. (2009) Anne vitamin B12 ve folat düzeylerinin bebek doğum ağırlığı üzerine etkisi. *J Kartal TR*,; 20 (3): 121-9.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Drake JK. The growing chronic disease burden: implications for reproductive health. Outlook. 2009; 26(1):8.
- DSÖ. (2013). http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/
- Durmaz, B., Durmaz, AA., Özkınay, F., & Çoğulu, Ö. (2011). Genetik danışmanlık ve önemi, *Cumhuriyet Tıp Dergisi.*, 33: 259-265.
- Durmaz, E. & Özmert, E.N. (2010). Fitalatlar ve çocuk sağlığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 53, 305-317.
- Durualp, E., Bektaş, G., Ergin, D., Karaca, E., & Topçu, E. (2011). Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal Of Ankara University Faculty of Medicine*, 64(3).
- Ebrahim, SH., Lo, SST., Zhuo, J., Yeol, Han J., Delyove, P., & Zhu, L. (2006). Models of preconception care implementation in selected countries. *Matern Child Health J.10(Suppl.1):37-42.* doi: 10.1007/s10995-006-0096
- Ergin, A., Til, A., Kasal, H., & Erken, R. R. (2020). Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(1), 23-31.
- Ergün, Y. (2016). Teratolojik İlaçlara Maruziyet ve Risk Analizi. *Kahramanmaraş Sütcü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1):37-48.
- Ersoy, E., Karasu, Y., Çelik, E. Y., Ersoy, A. Ö., & Tokmak, A. (2015). Individual features and contraceptive attitudes of women who had unintended pregnancy. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*, 6(3), 250-5.
- Escamilla RP. (1995). Periconceptional folic acid and neural tube defects: Public health issues. *Bulletin of PAHO*, 29:250-263

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Fehring, R.J., Schneider, M., & Raviele, K. (2007). Efficacy of cervical mucus observations plus electronic hormonal fertility monitoring as a method of natural family planning. *JOGNN*, 36(2): 152-160.
- Fekete, K., Berti, C., Trovato, M., Lohner, S., Dullemeijer, C., Souverein, O.W. Cetin, I., Decsi, T. (2012). Effect of folate intake on health outcomes in pregnancy: a systematic review and meta-analysis on birth weight, placental weight and length of gestation. *Nutrition Journal*, 11(75), 1-8.
- Fell, D. B., Sprague, A. E., Liu, N., Yasseen III, A. S., Wen, S. W., Smith, G., ... & Better Outcomes Registry & Network (BORN) Ontario. (2012). H1N1 influenza vaccination during pregnancy and fetal and neonatal outcomes. *American journal of public health*, 102(6), e33-e40.
- Fraser DM., & Cooper MS. (2003). Preconception care. *Myles Textbook for Midwives*. 14:174-80.
- Freda, M. C., Moos, M. K., & Curtis, M. (2006). The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Matern Child Health J*, 10(5 Suppl), S43- 52. doi:10.1007/s10995-006-0087-x.
- Gautam, P., & Dhakal, R. (2016). Knowledge on Preconception Care among Reproductive age Women. *Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences*, 2 (1), 1-6.
- Gedikbaşı, A., Akyol, A., Mağar, V., Ark, C., & Ceylan, Y., (2006). 40 yaş üstü gebeliklerin perinatal sonuçları. *Perinatoloji Dergisi*, 14(1):1-6.
- Genç Koyucu, R., Tosun, Y., & Katran, B. (2017). Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(3), 116-121.
- Goossens, J., Beekman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*, 56, 112-120.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Haller CA. Caffeine. In: Olson KR, ed. (2006). *Poisoning & Drug Overdose*. 5th ed. San Francisco: McGraw-Hill. p.254-5.
- Hassan MAM., & Killick RS. (2004). Negative lifestyle is associated with a significant reduction in fecundity. *Fertility and Sterility*, 81:384- 92.
- Health, 11(Suppl 3), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S3-S8>
- Hekim, M. (2015). Tip II Diyabet, Hipertansiyon ve Obezitenin Önlenmesinde Fiziksel Aktivitenin Önemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(8):1081-1086.
- Hill, D. O. (2019). Prepregnancy counseling. *Fertility and Sterility*, 111(1).
- Hillemeier, ML., Weisman, CS., Chase, GA., & Dyer Shaffer, ML. (2008). Women's preconceptional health and use of health services: Implications for preconception care. *HSR: Health Services Research*.43(1):54-75. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00741.x.
- International food Information Council Foundation. (March 2008). *Caffeine & Health: Clarifying The Controversies*. Washington DC.
- Jack, B. W., Atrash, H., Bickmore, T & Johnson, K. (2008). The future of preconception care: a clinical perspective. *Womens Health Issues*, 18(6):19-25.
- Jack, BW., Atrash, H., Coonrod, DV., Moos, MK., O'donnell, J., & Johnson, K. (2008). The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *American journal of obstetrics and gynecology*. Dec 1;199(6): S266-79.
- Jacob, AR. (2000). Folate, DNA methylation, and gene expression: factors of nature and nurture. *Am J Clin Nutr*, 72:903-904.
- Johnson, K., Posner, SF., Biermann, J. (2006). Recommendations to improve preconception health and health care –United States. A report of the

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care . MMWR Recomm Rep , 55(RR-6) : 1 – 23 .

Kanımtürk S. (2016). Gebelik öncesi dönemde beslenme. <https://www.doktortakvimi.com/blog/gebelik-oncesi-prekonsepsiyonel-donemde-beslenme>

Karakaya, E., & Çoşkun, A. (2013). The Evaluation of Community-Based Safe Motherhood Application Performed in Province of Diyarbakir. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 20-28.

Kircher, S., Schatz, M., & Long, L. (2002). Variables affecting asthma course during pregnancy. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*, 89(5), 463-466.

Lassi, Z. S., Dean, S. V., Mallick, D., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reprod Health*, 11 Suppl 3, S7. doi:10.1186/1742-4755-11-S3-S7.

Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., & Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: screening and management of chronic disease and promoting psychological health. *Reproductive Health*, 11(S3), S5.

Maats, F. H., & Crowther, C. A. (2002). Patterns of vitamin, mineral and herbal supplement use prior to and during pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 42(5), 494-496.

MacDorman, M.F. (2014). International comparisons of infant mortality and related factors: United States and Europe, 2010. *Natl Vital Stat Rep*. 63(5): 1-6.

Manaf, RA., Ismail, IZ., & Latiff, LA. (2012). Contraceptive use among women with chronic medical conditions and factors associated with its non-use in Malaysia. *Global Journal of Health Science*. 4(5):91-99.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Marianne, M., Hillemeier, Carol, S., Weisman & Gary A. (2008). Chase, Anne-Marie Dyer, and Michele L. Shaffer Women's Preconceptional Health and Use of Health Services: Implications for Preconception Care. *HSR: Health Services Research* 43:1, Part I
- Mason E, Chandra-Mouli V, Baltag V, Christiansen C & Lassi Z S. (2014). Preconception care: advancing from 'important to do and can be done' to 'is being done and is making a difference.' *Reproductive*
- Mastroiacovo, P., Nilsen, R.M, Leoncini, E., Gastaldi, P., Allegri, V., Boiani, A., Scarano, G. (2014). Prevalence of maternal preconception risk factors: an Italian multicenter survey. *Ital J Pediatr*, 40, 91. doi:10.1186/s13052-014- 0091-5.
- Mecdi, M., & Rathfisch, G. (2013). Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 21 (2):129-138.
- Mette, G., Backhausen., Maria, Ekstrand., Tanja, Tyd é, n., Jill, Shawe. , Jenny.Stern., & Hanne, K. (2014).Hegaard. Pregnancy planning and lifestyle prior to conception and during early pregnancy among Danish women. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 19: 57–65
- Miral, M., & Beji, N. K. (2017). Gebelikte ilaç kullanımı ve danışmanlık. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4(2), 142-148.
- Mittal, P., Dandekar, A., & Hessler, D. (2014). Use of a modified reproductive life plan to improve awareness of preconception health in women with chronic disease. *The Permanente Journal*. 18(2):28-32.
- Mrugaya, D., Prashant Purohit. (JAN 2017). Reproductive health. Preconception care: dietary and lifestyle advice *The Pharmaceutical Journal*. <https://www.pharmaceutical-journal.com/cpd-and-learning/learning-article/preconception-care-dietary-and-lifestyle-advice/20202157.article?firstPass=false>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Nawrot, P., Jordan, S., Eastwood J, Rotstein, J., Hugenholtz, A., & Feeley, M. (2003). Effect of caffeine on human health. *Food Addit Contam.* 20(1):1-30.
- Negro, R., & Mestman, JH. (2011). Thyroid disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 25:927-43.
- Nojomi, M., Morrovatdar, N., Davoudi, F., & Hosseini, S. (2013) Contraceptive use by Iranian women with hypertension, diabetes or obesity. *Eastern Mediterranean Health Journal.* 19 (7):638-643.
- Oncken, C. A., & Kranzler, H. R. (2003). Pharmacotherapies to enhance smoking cessation during pregnancy. *Drug and Alcohol Review,* 22(2), 191-202.
- Ögel K., & Yücel H. (2005). Sokakta Yaşayan Ergenler ve Sağlık Durumları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 6:11-8.
- Özkan, A., & Arslan, H. (2007) Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni;*38(4):155-61.
- Özsoy., Gökdemirel, S., & Coşkun, A. (2011) Doğal aile planlaması yöntemlerinden Billings ovulasyon yönteminin uygulanması. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2: 33-48.
- Öztopçu, C., Cengiz, H., Dağlar, K., Özdemir, Ö., & Yıldırım, U. (2011). Kadın Hastalıkları ve Doğum. Seri Edt; Selçukbiricik S., Tus-Data A. Ş, İstanbul.
- Öztürk, MO., & Uluğ, B, (Ed). (1992). *Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması.* Dünya Sağlık Örgütü. Ankara, Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.
- Pirkle, CM., de Albuquerque, Sousa, AC., Alvarado, B., & Zunzunegui, MV. (2014). Early maternal age at first birth is associated with chronic diseases and poor physical performance in older age: cross-sectional analysis from the international mobility in aging study. *BMC Public Health.* Dec;14(1):293.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

Poels, M., Koster, MPH., & Franx, A. (2017). Healthcare Providers' Views on the Delivery of Preconception Care in a Local Community Setting in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 17 (1): 92-101.

Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reprod Health*, 11(Suppl 3): S3.

Rasmussen, S. A., Jamieson, D. J., & Uyeki, T. M. (2012). Effects of influenza on pregnant women and infants. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(3), S3-S8.

Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, 29007, 22 Mayıs.2014.

Samur GE. (2012). *Gebelik ve emzicilik döneminde beslenme*. T.C. Sağlık Bakanlığı, TürkiyeHalk Sağlığı Kurumu. Ankara.

Seifert, SM., Schaechter, JL., Hershorin, ER., & Lipshultz SE. (2011). Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. *Pediatrics*. 127(3):511-28.

Shawe, J., Delbaere, I & Ekstrand M. (2015). Reconciliation Care Policy, Guidelines, Recommendations and Services across Six European Countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *Eur J Contracept and Reprod Health Care*. 20 (2): 77-87.

Signorello, L. B., Nordmark, A., Granath, F., Blot, W. J., McLaughlin, J. K., Annerén, G., ... & Cnattingius, S. (2001). Caffeine metabolism and the risk of spontaneous abortion of normal karyotype fetuses. *Obstetrics & Gynecology*, 98(6), 1059-1066.

Somunkıran A, Arıcan AE, Yücel O. (2007). Düzce yöresindeki gebelerde folik asit kullanımını etkileyen faktörler. *TJOD*;4:33- 6.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Soylu LI, Jensen A, Juul K, Kesmodel U, Fredeiksen K, Kjaer SK, et al. (2018). Coffee, tea and caffeine consumption and risk of primary infertility in women: a Danish cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand.*;97(4):570–576).
- Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., & Hutchinson, J. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830–41.
- Şeker, F. D., Aydoğdu, M., & Akgür, S. A. (2019). Gebelerde Sigara ve Kafein Kullanımının Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 20(1), 21-31.
- Şekeroğlu M, Baksu A, İnce Z, Gültekin H, Göker N & Özsoy S. (2009). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde obstetrik sonuçlar. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 43(1):1- 7
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi, Sayı:6111 Tarih: 25 Şubat 2008
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (Sixth edition). United States: Pearson Education.
- Tarhan, P., & Yılmaz, T. (2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 3(3), 140-147.
- Taşcı Duran, E., Atay, E., & İmer, B. (2013). Gebelikte Egzersiz Uygulamaları: Neden? Nasıl? *Uluslararası Hakemli Akademik Spor Sağlık ve Tıp Bilimleri Dergisi*, 6(3):63-74.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Genişletilmiş XIII. Baskı, Ankara. Akademisyen Tıp Kitabevi.
- Tekin, YB., & Güven, ESG. (2014). Gebelikte tiroid hastalıkları ve neonatal sonuçları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 11(4).

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- Tsui, A. O., McDonald-Mosley, R., & Burke, A. E. (2010). Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiologic Reviews*, 32(1), 152–74. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxq012>
- Tyden., T. (2016). Why is preconception health and care important? UPSALA JOURNAL OF MEDICAL SCIENCES, <http://dx.doi.org/10.1080/03009734.2016.1211776>
- U.S. Preventive Task Force. (2009). Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 150:626-31
- Uydeş, S. & Çarçak, N. (2008). Gebelik ve emzirme döneminde ilaç kullanımı. Güvenli annelik ve gebelik. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 47-59.
- Uzdil, Z. & Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte çeşitli besin öğeleri tüketiminin bebek sağlığı üzerine etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 117-121.
- Ünal B, Ergör G, Horasan GD, Kalaça S & Sözman K. (2013). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Van der Zee, B., de Beaufort I., Temel, S., de Wert, G., Denktas, S., & Steegers E. (2011). Preconception care: an essential preventive strategy to improve children's and women's health. *J Public Health Policy*. ;32(3):367-79.
- Van Heesch, P. N., de Weerd, S., Kotey, S., & Steegers, E. A. (2006). Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery*, 22(2), 120-124.
- Vielwerth, E., Jensen, R., Larsen, T., & Greisen, G. (2006). The impact of maternal smoking on fetal and infant growth. *Early Human Development* , 83, 491-495.
- Watnick S. (2007). Pregnancy and contraceptive counseling of women with chronic kidney disease and kidney transplants. *Advances in Chronic Kidney Disease*. 14(2):126-131.

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

WHO (2012a). Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Preconception care presentation slides. Available at: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/consensus_preconception_care/en/

WHO. (2012b) . Weekly epidemiological record Available from: <https://www.who.int/wer/2012/wer8747/en/>

WHO. (2013a). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Retrieved from Geneva:

WHO. (2013b). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health. Retrieved from Switzerland: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf

WHO. (2013c). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child, 1-8.

WHO. (2013d). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva, World Health Organization.

WHO. (2018). Iron with or without folic acid supplementation in women. Available from: http://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/ifa_supplementation/en/
Accessed: 10.05.2018

WHO. (2019a). High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: New WHO study. <https://www.who.int/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>

KAYNAKLAR DİZİNİ (Devam Ediyor)

- WHO. (2019b). Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division.
- Wu YM, Luo HW, Kou H, Wen YX, Shen L, Pei LG, Wang H. (2015). Prenatal caffeine exposure induced a lower level of fetal blood leptin mainly via placental mechanism. *Toxicology and Applied Pharmacology*, 289(1), 109–116
- Yıldız, Y., Yapar Eyi, E. G. (2012). Gebelikte annenin anemisi. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 9(35), 1456–9.
- Yılmaz, T., Dinç, H., Bal, M. D. (2015). Gebelerin Fetal Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar. *Journal of Academic Research in Nursing*, 1(1):21- 29.
- Yurdakul, M., Akçınar, M., & Akan N. (2008). Kronik hastalığı olan doğurgan çağıdaki kadın hastaların aile planlaması danışmanlık gereksinimleri. *İ.Ü.F.N. Hem. Der.* 62:97-110.
- Yürüme ve İdari Bölümü Tüzük. (2014). T.C Resmi gazate. (22 mayıs 2014 Perşembe).
- Zhou, Q, Zhang, S., & Wang, Q. (2016). China's Community- Based Strategy of Universal Preconception Care in Rural Areas at a Population Level Using a Novel Risk Classification System for Stratifying Couples' Preconception Health Status. *BMC Health Serv Res.* 16 (1): 689-695.