

**T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI**

**GEBELERDE PREKONSEPSİYONEL BAKIM  
ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

**Dr. Sultan ZORTUL**

**UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR**

**ERZURUM 2015**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

AİLE HEKİMLİĞİ  
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

**GEBELERDE PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA  
DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER**

Dr. Sultan ZORTUL

Uzmanlık Eğitime Başlama Tarihi : 09.08.2012

Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi : 11.12.2015

Uzmanlık Sınavı Tarihi : 11.01.2016

Tez Danışmanı : Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR

Jüri üyesi : Doç. Dr. Memet IŞIK

Jüri üyesi : Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR

Jüri üyesi : Yrd. Doç. Dr. Sergülen AYDIN

Doç. Dr. Memet IŞIK  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı

OCAK - 2016  
ERZURUM

## İÇİNDEKİLER

ONAY .....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET .....	vi
ABSTRACT .....	viii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ .....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ .....	xii
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER .....</b>	<b>3</b>
2.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı ve Epidemiyoloji.....	3
2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Dünya daki Gelişimi.....	4
2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Türkiye'deki Gelişimi .....	6
2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Çekirdek Unsurları .....	7
2.4.1. Öykü Alma .....	8
2.4.1.1. Tıbbi Özgeçmiş.....	10
<i>Geçirilmiş Ameliyatlar .....</i>	<i>10</i>
<i>Geçirilmiş ve mevcut hastalıklar .....</i>	<i>11</i>
<i>Hematolojik sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>11</i>
<i>Renal sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>14</i>
<i>Kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>15</i>
<i>Pulmoner sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>17</i>
<i>Endokrin ve metabolik sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>19</i>
<i>Nörolojik sistemin değerlendirilmesi .....</i>	<i>22</i>
<i>Otoimmün hastalıklar .....</i>	<i>23</i>
<i>Genetik hastalıklar .....</i>	<i>25</i>
<i>Ağız ve diş sağlığı .....</i>	<i>26</i>
<i>Bağışıklanma öyküsü.....</i>	<i>26</i>
2.4.1.2. Psikososyal Özgeçmiş.....	27
<i>Psikiyatrik değerlendirme .....</i>	<i>27</i>
<i>Sigara ve alkol bağımlılığı .....</i>	<i>29</i>
<i>Çevresel maruziyetler.....</i>	<i>30</i>
2.4.2. Fizik Muayene .....	30

2.4.3. Laboratuvar Testleri .....	30
2.4.4. Risk Değerlendirmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi .....	31
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM .....</b>	<b>32</b>
3.1. Çalışma Tasarımı.....	32
3.2. Örneklem ve Seçimi .....	32
3.3. Anket Tasarımı.....	32
3.4. Etik Onay.....	33
3.5. Veri Analizi ve İstatistik .....	33
<b>4. BULGULAR .....</b>	<b>34</b>
<b>5. TARTIŞMA .....</b>	<b>54</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>60</b>
<b>7. KAYNAKLAR.....</b>	<b>61</b>
<b>8. EKLER.....</b>	<b>66</b>
<b>EK-1 .....</b>	<b>66</b>

## ONAY



### ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU



**Bölümü :** Dekanlık  
**Servisi :** Klinik Araştırmalar Etik Kurulu  
**Sayı :** B.30.2.ATA.0.01.00/127  
**Konu :** Etik Kurul Kararı

02.06.2015

**Sayın:Arş.Gör.Dr.Sultan ÖKSÜZ ZORTUL**  
**Aile Hekimliği Anabilim Dalı**  
**Araştırma Görevlisi**

Değerlendirilmek üzere Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruda bulunduğunuz "Gebe Kadınlarda Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu ve İlişkili Faktörler" isimli bilimsel tez çalışmasına ait Kurul Kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

  
**Doç.Dr.Hamit ACEMOĞLU**  
**Etik Kurul Başkan V.**

**Eki** \_\_\_\_\_ :  
1 Adet Etik Kurul Kararı



ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP  
FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU



KARAR

ETİK KURULU BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Arş.Gör.Dr.Sultan ÖKSÜZ ZORTUL	
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI	Gebe Kadınlarda Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu ve İlişkili Faktörler	
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 4 Karar No: 14	Tarih: 02.06.2015
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin Kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi.  Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	

Doç.Dr.Hamit ACEMOĞLU  
Etik Kurul Başkanı V.

Doç.Dr.Hamit ACEMOĞLU  
Etik Kurul Başkanı V.

Prof.Dr.Mustafa GÜL  
Üye

Prof.Dr.Zekai HALICI  
Üye

Doç.Dr.Hamidullah UYANIK  
Üye

Doç.Dr.Zeynep ÇAKIR  
Üye

Doç.Dr.Atilla ÇAYIR  
Üye

Yrd.Doç.Dr.M.Erdem SAĞSÖZ  
Üye

Uz.Dr.Sevilay AKALP  
ÖZMEN  
Üye

Op.Dr.Binali FIRINCI  
Üye

Av.Kamil DURMUŞ  
Üye

Gülten TEK  
Üye

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimim sırasında bilimsel desteklerinden ve yakın ilgilerinden dolayı asistanı olarak çalışmaktan onur duyduğum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı hocalarım; Anabilim Dalı Kurucusu ve Eski Başkanı Sayın Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK hocam başta olmak üzere, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. Memet IŞIK ile Doç. Dr. Ümit AVŞAR, Yrd. Doç. Dr. Kenan TAŞTAN, Yrd. Doç. Dr. Coşkun ÖZTEKİN, Yrd. Doç. Dr. Murat NAVRUZ ve ihtisasım süresince her an yakın desteğini hissettiren tezimin hazırlanmasında yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR hocama,

Atatürk Üniversitesi'nde yaptığım rotasyonlar sırasında emeği geçen Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı başkanı Sayın Prof. Dr. Yakup KUMTEPE, Kardiyoloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Prof. Dr. Şule KARAKELLEOĞLU, Dahiliye Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mehmet GÜNDOĞDU, Pediatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Cahit KARAKELLEOĞLU, Nöroloji Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Hızır ULVİ, Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi sayın Prof. Dr. Metin GÖRGÜNER, Genel Cerrahi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. İlhan YILDIRGAN hocalarıma, Psikiyatri Anabilim Dalı öğretim üyesi Sayın Doç. Dr. Elif ORAL'a teşekkür ederim.

Ayrıca ihtisasımın acı ve tatlı günlerinde birlikte birçok şeyi paylaştığımız asistan arkadaşlarıma, hemşiremize ve yardımcı personelimize, asistanlık eğitimim sırasında desteklerini esirgemeyen, her an yanımda olan ve sürekli desteğini hissettiğim annem Risalet, babam Veli, kardeşlerim Gönül, Cihangir, Sibel, Elanur, Muhammet Emre ÖKSÜZ ve sevgili eşim Abdulsamet ZORTUL'a ve hayatıma renk katan minik oğlum Muhammed Efe'ye en içten teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Sultan ZORTUL  
ERZURUM 2015

## ÖZET

### GEBELERDE PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA DURUMU VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

**Giriş ve Amaç:** Prekonsepsiyonel bakım anne ve baba adayından kaynaklanarak bebek için risk oluşturabilecek biyolojik, davranışsal, psikososyal etkenleri gebelikten önce saptayan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir. Prekonsepsiyonel bakımın hem anne hem de bebek üzerine olumlu etkileri gösterilmiştir. Fakat ülkemizde prekonsepsiyonel bakım antenatal bakım kadar hekimler tarafından ilgi görmemektedir. Bu durum anne-çocuk sağlığını koruyup geliştirmenin önündeki en önemli engellerden biridir. Ülkemizde gebelerin prekonsepsiyonel bakım alıp almadığı ve prekonsepsiyonel bakımla ilgili düşüncelerinin sorgulandığı yeterince araştırma yoktur. Bu çalışmada gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamıza Mart ve Mayıs 2015 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 527 gebe alındı. Gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri kaydedildi. Prekonsepsiyonel bakım alıp almadıkları ve prekonsepsiyonel bakımla ilgili düşünceleri araştırmacı tarafından geliştirilen bir anket ile sorgulandı. Veriler SPSS 20.0.0 paket programı ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistiklerin yanısıra hipotez testi olarak Ki-kare ve Student-t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmamıza katılan gebelerin yaş ortalaması  $29,9 \pm 6$  idi. Gebelerin %88,8'i (n=445) kadınların, %69,8'i (n=344) ise eşlerin prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünüyordu. Buna karşın gebelerin kendilerinin ve eşlerinin prekonsepsiyonel bakım alma durumları analiz edildiğinde; kadınların %45,8'inin (n=233) kendisinin, %17,7'sinin (n=89) eşlerinin prekonsepsiyonel bakım aldığı görüldü. Prekonsepsiyonel bakım alan gebelerin %66,2'sinin (n=149) mevcut gebeliğinin planlı olduğu görüldü. Mevcut gebeliğin planlı olmasını etkileyen faktörlerin ise; eşin prekonsepsiyonel bakım almış olması, çiftlerin üniversite mezunu olması ve gebelerin profesyonel meslek sahibi olmalarının olduğu görüldü. Prekonsepsiyonel bakım veren hekimlerin prekonsepsiyonel bakım komponentlerinden hangisi üzerinde durduğu incelendiğinde hastalara en çok sorulan sorunun %67,7 oranı ile gebelerin sigara içip içmediği sorusu, en az ise %15,8 ile gebelerin diyeti olduğu görüldü.

**Sonuç:** Bu çalışmada çiftlerin prekonsepsiyonel bakım almak için hekime başvurma oranlarının düşük olduğu görüldü. Prekonsepsiyonel bakım alan çiftlerin ise gebeliklerini planladıkları ve eğitim düzeylerinin almayanlardan yüksek olduğu görüldü. Hekimlerin çiftleri prekonsepsiyonel bakımın tüm komponentleri açısından sorgulamadıkları görüldü. Hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimlerle prekonsepsiyonel bakım hakkında daha fazla bilgi sahibi olması sağlanmalıdır. Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar eşleriyle birlikte prekonsepsiyonel bakım açısından değerlendirilmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** prekonsepsiyonel bakım, antenatal bakım, gebelik, anne çocuk sağlığı



## ABSTRACT

### RECEIVING PRECONCEPTION CARE STATUS OF PREGNANT WOMEN AND RELATED FACTORS

**Introduction and Aim:** Preconception care is primary preventive health care which determines biologic, psychosocial and behavioral risk factors for infant due to parents before pregnancy. Positive effects of preconception care was shown both on mother and infant. However doctors are not interested in preconception care as antenatal care in our country. This is one of the significant barrier for development and protection of mother and infant health status. We have not enough researches about pregnant women get preconception care or not and what are their idea about preconception care. We aimed to research receiving preconception care and related factors about preconception care among pregnant women.

**Materials and Methods:** 527 pregnant women who referred to Ataturk University Gynecology and Obstetrics outpatient department between March and May 2015 and voluntary to join our study were enrolled. Sociodemographic characteristics of pregnant women and their husbands were recorded. Receiving preconception care status and thoughts related to preconception care were asked by a questionnaire that developed by researcher. The data were analyzed with SPSS 20.0 package program (Statistical Package for Social Sciences). Chi-square and Student t-test were used as hypothesis test in addition to descriptive statistics. Statistical significance level was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** Mean age of pregnant women was  $29.9 \pm 6$  years. 88.8% of pregnant women suppose necessity of receiving preconception care for women, and 69.8% for men. However, when pregnant women and their husbands were analyzed about receiving preconception care status, we determined that 45.8% (n=233) of pregnant women, and 17.7% of their husbands received preconception care. 66.2% of pregnant women who received preconception care were seen of their current pregnancy was planned. The factors affecting the status of planned current pregnancy were seen as to receive preconception care of husband, to be university graduates of couples and to have professional occupation of pregnant women. Doctors who gave preconception care were analyzed in terms of components of preconception care, and it was

seen the most frequently asked question was about smoking (rate is 67.7%) and the least one is about patients diet (rate is 15.8%).

**Conclusion:** In this study, it was seen that rates of receiving preconception care of couples were low. Also, the couples who received preconception care were seen to have planned pregnancy and high education level than others. It was shown doctors do not evaluate the patients in terms of all preconception care components. Doctors should be supplied to have more knowledge about preconception care before and after graduation. Women at reproductive age and their husbands should be evaluated in terms of preconception care together.

**Key Words:** preconception care, antenatal care, pregnancy, mother and infant health



## KISALTMALAR DİZİNİ

<b>DSÖ.</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>HBV</b>	: Hepatit B virusu
<b>CMV</b>	: Sitomegalovirus
<b>HIV/AIDS</b>	: Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
<b>DNA</b>	: Deoksiribo Nükleik Asit
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>NAEPP</b>	: Ulusal Astım Eğitim ve Önleme Programı
<b>GnRH</b>	: Gonadotropin Salgılatıcı Hormon
<b>TSH</b>	: Tiroid Stimulan Hormon
<b>sT4</b>	: Serbest Tiroksin Hormonu
<b>TPO</b>	: Tiroid Per Oksidaz
<b>CRF</b>	: Kortizol Salgılatıcı Faktör
<b>GH</b>	: Büyüme Hormonu
<b>HbA1c</b>	: Glikozile Hemoglobin
<b>EEG</b>	: Elektro Ensefalo Grafi
<b>MR</b>	: Manyetik Rezonans görüntüleme
<b>TORCH</b>	: Toksoplazma-Diğer-Rubella-Sitomegalovirus-Herpes simpleks-tip2
<b>ELISA</b>	: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay
<b>IgG</b>	: İmmün globulin G
<b>IgM</b>	: İmmün globulin M
<b>PPD</b>	: Saflaştırılmış Protein Türevi
<b>MS</b>	: Multiple Skleroz
<b>RA</b>	: Romatoid Artrit
<b>SLE</b>	: Sistemik Lupus Eritematozis
<b>PRAMS</b>	: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System
<b>BRFSS</b>	: Behavioral Risk Factor Surveillance System

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo 1.</b> 2003 Avrupa Kardiyoloji Derneği gebelikte kardiyovasküler hastalıklar klavuzu... 17	17
<b>Tablo 2.</b> Gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri..... 35	35
<b>Tablo 3.</b> Gebelerin sağlık özgeçmişı ..... 37	37
<b>Tablo 4.</b> Hekimlerin prekonsepsiyonel bakım kapsamında gebelere yönelttiği sorular..... 39	39
<b>Tablo 5.</b> Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-1..... 41	41
<b>Tablo 6 .</b> Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-2..... 43	43
<b>Tablo 7.</b> Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-3..... 44	44
<b>Tablo 8.</b> Prekonsepsiyonel bakım almayı etkileyen faktörler-4 ..... 45	45
<b>Tablo 9.</b> Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-1..... 46	46
<b>Tablo 10.</b> Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-2..... 47	47
<b>Tablo 11.</b> Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-3..... 49	49
<b>Tablo 12.</b> Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-4..... 50	50
<b>Tablo 13.</b> Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-1 ..... 51	51
<b>Tablo 14.</b> Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-2 ..... 52	52
<b>Tablo 15.</b> Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-3 ..... 53	53

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil-1 TNSA 1993-2013 yılları arasında yaşam boyu düşük ve ölü doğumlar .....	4
Şekil-2 TNSA 1993-2013 yılları arası görülen düşük ve ölü doğum oranları .....	4
Şekil-3 TNSA 2013 istenen ve toplam doğurganlık hızları .....	8
Şekil-4. Gebe kadınların akciğer hacimlerinin normale göre değişimi .....	18



## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Prekonsepsiyonel bakım anne ve baba adayından kaynaklanarak bebek için risk oluşturabilecek biyolojik, davranışsal, psikososyal etkenleri gebelikten önce saptayıp uygun şekilde çözen ya da yönlendirme esasına dayanan birinci basamak koruyucu sağlık hizmetidir (1).

Ana çocuk sağlığını koruyup geliştirmede doğum öncesi bakım ve gebelik öncesi bakım (prekonsepsiyonel bakım) olmak üzere iki temel ve birbirini tamamlayıcı yaklaşımdan söz edilir. Doğum öncesi (prenatal/antenatal) bakım, kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede anneyi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa uygun çözümleri sunmayı hedefleyen sağlık hizmetleridir (2).

Prekonsepsiyonel bakım ise bir takım enfektif, metabolik, kronik hastalıkların önceden belirlenerek erken müdahale edilmesini ve gebeliğin daha rahat koşullarda takip edilmesini sağlar. Ülkemizde bir kadının gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen süre yaklaşık olarak kentsel alanda iki ay, kırsal alanda üç aydır (3). Bu süreçte fetus, organ gelişim sürecini tamamlamış olmaktadır, dolayısıyla yaygın ve kaliteli uygulandığında bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yetersiz olduğu prekonsepsiyonel bakım ile birlikte verilmesi gerektiği görülmektedir (4, 5).

Prekonsepsiyonel bakım yalnızca fiziksel sağlığa değil, aynı zamanda psikososyal sağlığa, iş/çevre sağlığına odaklanan ve danışmanlık kavramını da içeren bütüncül bir yaklaşımdır. Prekonsepsiyonel bakım, anne ve baba adayını 4 temel yaklaşımla ele alır; fiziksel değerlendirme, risk taraması, aşılama ve danışmanlık (5). Bu kapsamda ebeveyn adaylarının özgeçmişi; annenin önceki doğum öyküsü, soygeçmişi, kızamıkçık, HBV, tüberküloz, CMV, toksoplazmozis, HIV, sifiliz, gonore, klamidya gibi enfeksiyon hastalıklarının taranması, fetus için risk taşıyan isotretinoin, warfarin, antiepileptikler, kemoterapotikler, lityum (teratojen) gibi ilaçların tespiti, beslenme ve fizik aktivite durumu, folik asit kullanımı, fenil alanin kan düzeyi kontrolü, gebelikte kullanılması kontrendike multivitamin ya da bitkisel preparat tespiti, alkol, tütün ya da bağımlılık yapıcı bir madde kullanımı tespiti, kimyasal üretildiği ve/veya açığa çıktığı ya da işyerinde radyasyona maruz kalan iş kollarında çalışma durumunun tespiti gibi gebelik ve fetusu riske edebilecek durumları ele alır (6).

Prekonsepsiyonel bakımın, gebelik düşünüyör olsun olmasın doğurganlık çağındaki her bireye verilmesinin; planlı olmayan gebelik, erken ya da ileri yaşta gebelik, genetik aile öyküsü gibi kendi önündeki bariyerleri de aşacağı görölmektedir (7).

Ülkemizde hekimler tarafından prenatal bakıma gösterilen ilgi ve alaka, prekonsepsiyonel bakıma yeteri kadar gösterilmemektedir. Ebeveynler gebelik öncesinde yeterli bir prekonsepsiyonel bakım alamamaktadır. Bu durum anne-çocuk sağlığını koruyup geliştirmenin önündeki en önemli engellerden biridir.

Ülkemizde temel ilkelerinden birinin bütüncül yaklaşım olduğu aile hekimliğinde prekonsepsiyonel bakımla ilgili yeterince araştırma yoktur. Bu çalışmada gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı ve Epidemiyoloji

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre prekonsepsiyonel bakım, konsepsiyon öncesi kadınlara ve çiftlere sosyal, davranışsal ve tıbbi müdahale desteği sağlayan sağlık hizmetidir (8).

Bireysel sağlığı geliştirirken anne ve çocuk sağlığına zararlı olabilecek bireysel, davranışsal ve çevresel faktörleri azaltmayla amaçlar. Nihai hedefi ise sadece o döneme münhasır değil yaşamın tümünde anne ve çocuk sağlığını iyileştirmektir.

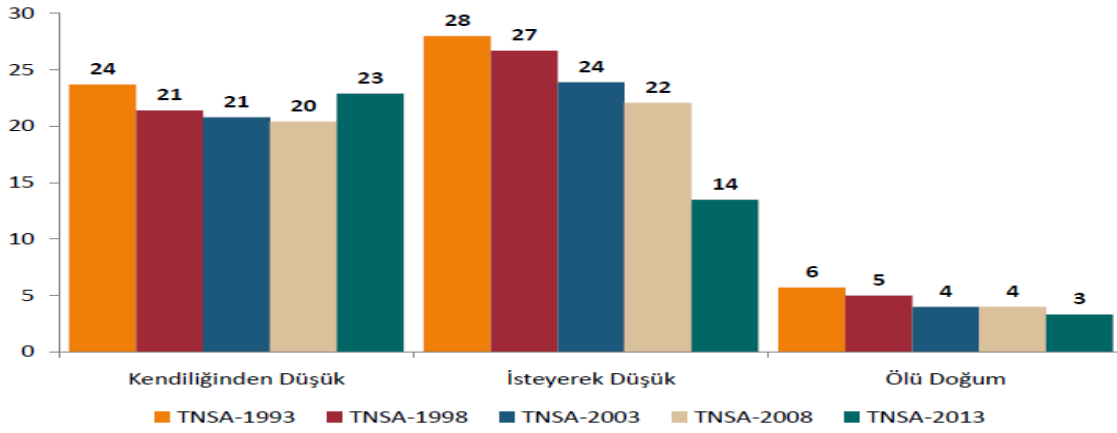
Prekonsepsiyonel bakımın temel sorusu “önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?” sorusudur. Böylece kadınların annelik için önceden hazırlık yapmaya teşvikleri planlanmaktadır.

Gebelik bir kadın için sağlıksız alışkanlıklarından kurtulma fırsatıdır. Ülkemizde özellikle kırsal alanda prenatal bakım, kadın sağlığını iyileştirmede bir dönüm noktasıdır. Ancak oranı azalmış da olsa ölü doğum, prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumlarının varlığı prenatal bakım kaliteli bir biçimde verilse bile yetersizliğini gözler önüne sermektedir (Şekil 1).

TNSA 2013 verilerinde spontan abortus oranlarının giderek arttığı görülmektedir, bu da kadınların gebelik öncesi bakım almadığını göstermesi açısından anlamlıdır (Şekil 2). Dolayısıyla gebelikten önce yapılandırılmış bir sağlık hizmetinin verilmesi gelişebilecek problemlerin çözümünde anahtar rol oynayacaktır.

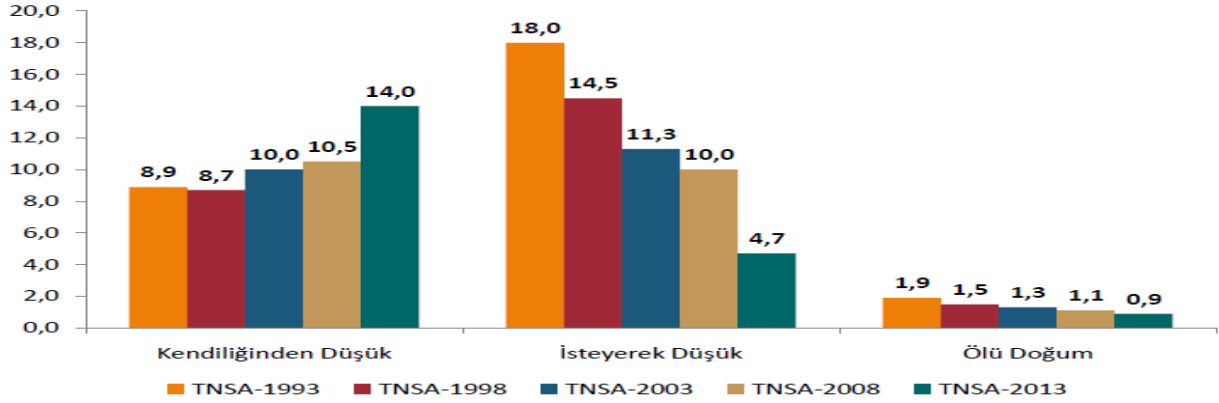
İçeriği prenatal bakım ile paralellik gösterecek olan prekonsepsiyonel bakım; risk değerlendirmesi ve önlenmesi, sağlığın iyileştirilmesi, tıbbi ve psikososyal girişimler için en uygun bakım olacaktır. Sağlığın sürekliliği için yapılan bu bakım; evlilik öncesi ve aile planlaması ziyaretleri sırasında, negatif gebelik testi sonrasında veya sağlam çocuk bakımı sırasında diğer aile bireylerine de verilebilir.

## Düşükler ve Ölü Doğumlar (Yaşam Boyu)



Şekil-1 TNSA 1993-2013 yılları arasında yaşam boyu düşük ve ölü doğumlar

## Düşükler ve Ölü Doğumlar (100 Gebelikte)



Şekil-2 TNSA 1993-2013 yılları arası görülen düşük ve ölü doğum oranları

### 2.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Dünya daki Gelişimi

Dünya da gebelik öncesi bakıma ait bilinen en eski bilgiler; İncil eski ahitte geçtiği iddia edilen henüz doğum yapmamış ve gebe olduğu bilinmeyen ancak bir melek tarafından gebe kalacağı müjdelenen bir kadına yapılan tavsiye niteliğindeki“ şarap içme ve temiz olmayan bir şeyi yeme” cümlesi kabul edilirken islamiyette gerek oksitosin gerek özellikle folik asit

bakımından zengin hurma tüketiminin tavsiyesine ilişkindir. Çoğu ülkede prekonsepsiyonel bakım içeriği olan uygulamalar farklı başlıklar altında kadınlara uygulanmıştır (9).

1979 yılında çocuk sağlığına ilişkin verilen bakımın nasıl olması gerektiği konusunda Amerika Birleşik Devletleri'nde oluşturulan bir sağlık komitesi tarafından belirlenmiş çeşitli komponentleri içeren bir bakım paketi hazırlanmıştı. Bu pakette yer alan komponentler arasında interkonsepsiyonel bakım da yer almaktaydı. İnterkonsepsiyonel bakım teriminin neden tercih edildiği açık olmamakla birlikte; o dönemde prekonsepsiyonel bakım denildiğinde çocuk sağlığından ziyade anne sağlığının akla gelmesi ve bu bakımın sadece ilk çocuk öncesinde verilebileceğinin düşünülmesi olabilir.

1980 yılında İngiltere'de Chamberlain tarafından prekonsepsiyonel bakım ile ilgili ilk yayın yayınlanırken o dönemlerde perikonsepsiyonel yani organogenezin hemen öncesi bakım verilmesinin gerekliliği vurgulanıyordu. Bu dönemde folik asit kullanımı ile ilgili önemli gelişmeler elde edildi.

Hollanda'da 1984'de genetik taramaya önem veren bir çalışma başlatıldı. Bu tarama İsrail gibi dini etki altında kalıp akraba evliliği yapan ırklarda sık görülen hastalıklar açısından önemli bir gelişme olarak önem arz ediyordu.

Macaristan'da 1984 ile 2012 yılları arasında prekonsepsiyonel bakım ile ilgili gebelik öncesi bakım modeli konulu bir çalışma yapıldı. Uzun soluklu bu çalışmanın sonuçlarına yönelik düzenlemeler başlatıldı (10).

1985 yılı ile birlikte Washington'da Sağlık Enstitüsü Komitesi toplanarak düşük doğum ağırlıklı gebelikleri önlemek için prenatal ve antenatal bakımın yetersiz olduğunu, gebelik sürecine müdahale edilemeyeceğini, bunun yerine gebelik öncesinde risk tanımlama ve bu riskleri elimine etmenin en doğru bakım olacağı belirtildi (11). Kanada'da benzer komite kararları alındı (12).

1989 yılında bir komite daha toplanarak prekonsepsiyonel bakımın sınırları; gebelik öncesi risk değerlendirmesi, sağlığın iyileştirilmesi, gerekli müdahaleler ve takip olarak belirlendi.

American Obstetrik ve Jinekoloji Derneği prekonsepsiyonel bakım hakkındaki ilk teknik bültenini 1995 tarihinde yayınladı (13).

Birçok ülkenin prekonsepsiyonel bakımı keşifleri çeşitli nedenlerle olmuştur. 1998 Hong Kong ve 2004 Güney Kore’de prekonsepsiyonel bakımın keşfine; düşen doğum oranları ve gebelik komplikasyonlarına yol açan risk faktörleri hakkında bilgi artışı yol açmıştır. Bu sayede gebelik öncesi dönemde bu risk faktörlerinden gebeleri koruma ve düşmüş olan doğum oranlarını artırmaya yönelik önlemlerin alınması hedeflenmiştir (14).

Mısır’da ön yargılar olmasına rağmen 2001 yılında ilk check-up merkezi statüsünde klinik açılmış ve çiftlere evlilik öncesi danışmanlık hizmeti vermeye başlanmıştır (15).

### **2.3. Prekonsepsiyonel Bakımın Türkiye’deki Gelişimi**

Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım ile ilgili gelişmelerin ilk adımları 1994 yılı Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD), Pekin Eylem Platformu gibi uluslararası sözleşmeler ve uluslararası belgeler ile anne sağlığının iyileştirilmesi, çocuk ölümlerinin azaltılması, HIV/AIDS, kızamık ve diğer hastalıklarla mücadele edilmesi, kadınların eşit hak ve imkanlara ulaşmaları için toplumsal cinsiyet eşitliği, kadının güçlendirilmesi, üreme hakları ve üreme sağlığı gibi konularda önerilerden oluşan eylem programlarının Türkiye tarafından imzalanması ile başlamıştır (16).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda anne ve çocuklara özel önem verilmesi imzalanan sözleşmelerin gereği olarak öncelikli konular arasında yer almıştır. Bu çerçevede yapılan çalışmalar sonucunda anne ve bebek ölümlerinde önceki yıllara göre çok daha yüksek oranlarda azalmalar sağlanmıştır. 2002 yılında anne ölüm oranı yüzbini canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28,5’a, 2012 yılında 15,4’e 2013 verilerinde ise bu oran 15,9 olarak tespit edilmiştir. Bebek ölüm hızı ise 2002 yılında binde 31,5 iken 2012 yılında 7,4’e düşürülmüştür. Bu başarı prenatal bakıma gösterilen rağbeti arttırmış ve sık sık güncellenen doğum öncesi bakım yönetim rehberlerinin hazırlanmasını tetiklemiştir (17).

Yukarıda belirtilen sözleşmelerin paralelinde “Sağlık Sektörü İçin Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Ulusal Stratejik Eylem Planı 2005- 2015” kapsamında 2007 yılında 15- 49 yaş kadın

izlemleri, evlilik ve gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakım hizmetleri, gebelere demir desteği, anne dostu hastane, doğum sonrası bakım, acil obstetrik (gebelikle ilgili) bakım, anne ölümleri izleme, aile planlaması, üreme sağlığı hizmetlerine erkek katılımının sağlanması programları başlatılmıştır. 2008 yılında da “misafir anne” uygulaması eklenmiştir. Bu uygulama ile iklim ve ulaşım şartlarının imkansız olduğu bölgelerdeki gebeler tespit edilerek doğum zamanlarına yakın şehir merkezlerine getirilmeleri konaklatılmaları ve doğumlarının uygun ortamlarda sağlanması hedeflenmiştir.

Sağlık bakanlığı kadınlara yönelik bu düzenlemeleri diğer bakanlıklar ile birlikte çalışarak hayata geçirmeye başlamıştır. Örneğin; 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu çerçevesinde çıkarılan “Kadın Çalışanların Gece Postalarında Çalıştırılma Koşulları Hakkında Yönetmelik”, gebelik ve analık halinde olan kadınların gece postalarında çalıştırılma koşullarını düzenlemektedir. Ayrıca aynı kanuna dayanılarak “Gebe ve Emziren Kadınların Çalıştırılma Şartlarıyla Emzirme Odaları ve Çocuk Bakım Odaları ve Çocuk Bakım Yurtlarına Dair Yönetmelik” çıkarılmıştır (16).

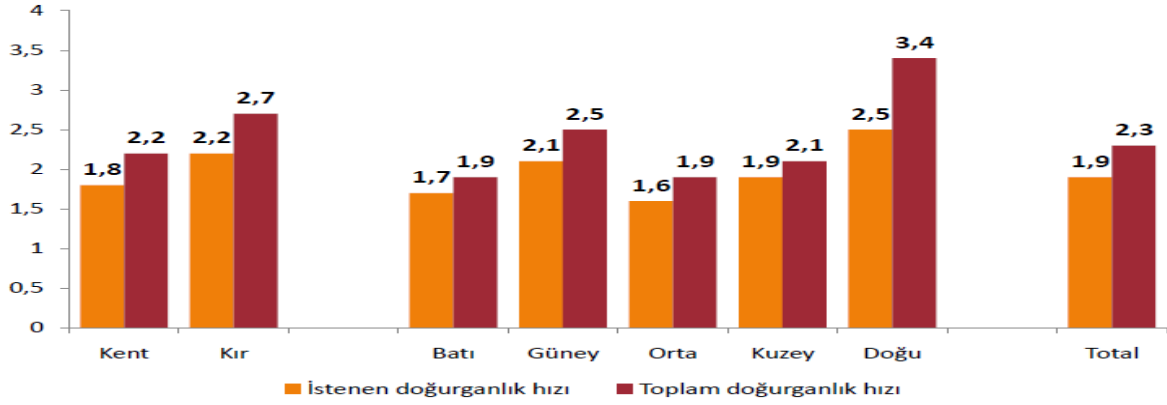
Aslında evlilik öncesi muayeneler, umumi hıfzıssıhha kanununda “Frengi, belsoğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulunduğu dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları aktolunmaz” ibaresi, genetik taramalar ( talasemi v.b.), sigara ve alkolün bırakılmasına teşvik, aile planlaması, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma gibi konularda yapılan çalışmaların her biri prekonsepsiyonel bakım adına atılmış adımlardır (18). Sağlık bakanlığının yanı sıra prekonsepsiyonel bakım ile ilgili akademik çalışmalar 2001 yılında folik asit kullanımının sorgulanması ile başlamış 2004 ve 2007 yıllarında yapılan çalışmalar gibi muhtelif çalışmalarla adı konmadan genişletilmiştir (19, 20)

#### **2.4. Prekonsepsiyonel Bakımın Çekirdek Unsurları**

Gebeliklerin çoğunlukla plansız olması (Şekil 3) gebelik öncesi sürece müdahale şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu özellikle ilk trimester yani fetusun teratojenik maruziyetlere en duyarlı olduğu dönemin bilinçsiz geçirilmesine, dolayısıyla döneme özgü teratojen olabilecek ilaçların, geçirilen enfektif hastalıkların, radyasyon ve zararlı alışkanlıkların devam etmesi gibi etkenlerin fetusun organ gelişimini tehlikeye sokmasına ve geri dönüşsüz sekeller

bırakmasına neden olacaktır (5). Bu sorunların yaşanmaması ancak yeterli bir prekonsepsiyonel bakım alımı ile mümkündür.

## İstenen ve Toplam Doğurganlık



Şekil-3 TNSA 2013 istenen ve toplam doğurganlık hızları

Yeterli bir prekonsepsiyonel bakım için aşağıdaki aşamalar uygulanmalıdır;

### 2.4.1. Öykü Alma

Öykü alma sadece prekonsepsiyonel bakımın değil genel tıp nosyonunun en önemli aşamasıdır. Kadının gebeliğinden önceki ve sonraki süreçlerin gebelik süreci ile birlikte değerlendirilmesi hedeflenir.

Kişinin mevcut biyolojik, psikososyal-seksüel, obstetrik, menstrüel, bağışıklanma öyküsünü kapsayan özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulanır. Elde edilen veriler aile hekimliğinin çekirdek yeterlilikleri kapsamında değerlendirilir.

Kapsamlı yaklaşımla kişinin akut ve kronik sağlık sorunları belirlenir, böylece annenin sağlık durumuyla ilgili (epilepsi, enfeksiyon, astım, kronik kardiyovasküler hastalıklar gibi) tedavi ihtiyacı belirlenebilir, gerekirse ilaç değişimi mümkün olabilir.

Bağışıklanma durumu ile ilgili de eksik aşısı varsa özellikle konjenital hastalıklara yol açan enfeksiyöz durumlar belirlenerek, tamamlanır.

Bütüncül yaklaşım ile gebe adayının içinde bulunduğu fiziksel, biyolojik, psikososyal, kültürel ve varoluşsal durumu değerlendirilerek sağlık riskleri tespit edilebilir.

Toplum yönelimli yaklaşımla kişinin gebe kalma durumu değerlendirildiğinde gerek psikososyal gerek toplum sağlığı açısından danışmanlık önemlidir. Psikososyal açıdan gebeliğin toplum tarafından kabulü toplumsal cinsiyet kavramı kapsamında olmaktadır. Toplumsal cinsiyet kadın ve erkek için tanımlanmış o toplumda onaylanmış tutumlar, davranışlar, beklentiler ve sorumluluklardır (21).

Evlilik kurumu olmadan çocuk doğurmanın yol açacağı sorunları bu kapsamda değerlendirmek mümkündür. Bunun yanında konjenital hastalık nedeniyle malformasyonlu bebek doğurmanın yaratacağı sorunlar ya da engelli bir annenin gebe kalması durumunda yaşayacakları yine aynı kapsamda değerlendirilmesi gereken durumlardır.

Bu çerçevede gebe adayı ele alınıp değerlendirildikten sonra verilecek prekonsepsiyonel bakım mutlaka kişi merkezli olmalıdır. Bireye yönelik sürekli sağlık hizmeti çerçevesinde, hastanın ortamı da dikkate alınarak ve hastayla ortak kararların verildiği prekonsepsiyonel bakım aile hekimliği uygulamalarında yer almalıdır.

Prekonsepsiyonel bakımda öykü alırken kayıtlar gebe adayının biyopsikososyal tüm verilerinin içerek şekilde tutulmalıdır. Bu değerlendirme yapılırken kişinin hayatı ile ilgili tüm detaylar uygun koşullar altında uygun sorular eşliğinde öğrenilir. Kişinin kendini güvende ve rahat hissedebileceği ortamda herhangi bir baskıya maruz kalmadan kendisi ile ilgili bilgiler alınır.

Kişinin geçirmiş olabileceği mental hastalık öyküsü ya da akli melekelerini kullanmasını engelleyici ilaç kullanımı gibi durumları varsa öğrenilerek gerekirse yakınlarının da özgeçmiş değerlendirmesine katkıda bulunması istenir.

Ayrıca kişinin kendisinin vereceği bilgiler gereklidir. Bu bilgiler; daha önce geçirmiş olduğu ameliyatlar, hastalıklar, tıbbi gereklilik nedeniyle kullanmakta olduğu ilaçlar, beslenme

öyküsü, sigara, alkol ya da madde kullanımı gibi alışkanlıkları, halihazırda maruz kaldığı ya da kalabileceği psikososyal riskler, stresler, sağlık güvencesinin varlığı, barınma yetersizliği, kişisel destek varlığı ve sorunlarla başa çıkma yeteneği, engellilik öyküsü, aile içi şiddet veya kötü muameleye maruz kalma, medeni durumun bekar olması, düşük gelir, en az orta öğrenimden daha düşük eğitim almış olma durumu, egzersiz ve günlük aktivite durumu, kişinin cinsel sağlık durumu öğrenilir.

Kişinin cinsel yönelimi, cinsel kimliği, cinsel davranışları, üreme sağlığı konusunda bilgi düzeyi hakkında bilgi edinilir. Böylece kişi biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel bakış açılarından değerlendirilmiş olur (21) .

#### **2.4.1.1. Tıbbi Özgeçmiş**

##### ***Geçirilmiş Ameliyatlara***

Jinekolojik, obstetrik, ürolojik ya da batın içi bir takım problemler ameliyatlara ile düzeltilmesi gereken durumlara yol açabilir. Kadınlarda operasyonlar korku kaynağıdır. Operasyon sonrası en büyük korkular; bir daha hiç çocuğunun olmayacağı ya da sonraki gebeliklerinin de düşükle sonuçlanabileceği düşüncesidir. Özellikle ilk gebeliği düşükle sonuçlanan kadınlar da bu korku daha fazladır.

Bu operasyonlar hem yapılış nedenleri hem yapılış biçimleri hem de sonuçları itibariyle risk oluşturabilirler. Bu operasyonların yapılmasına yol açan nedenler arasında endometrium çıkarılması, uterus içine yerleştirilmiş kayıp spiralın çıkarılması, uterustaki yapışıklıkları kesme, uterus içindeki yaygın yapışıklıkların ayrılması, asherman sendromu, over kistleri; dermoid ve paraovarian, kist adenom, fimbrioplasti ve adezyolizis, tubaların açılması veya bağlanması, tanısal infertilite cerrahisi, herhangi bir nedene özellikle düşüklerle bağlı dilatasyon küretaj, ektopik gebelikler, uterin polipler, myoma uteri, endometriozis, endometrioma gibi patolojiler, karsinomlar, uterin anomalileri (septum gibi) düzeltme, cerrahiye bağlı servikal yetmezlik ya da önceki doğumlara bağlı travmalar sayılabilir. Laparoskopi, laparoskopik cerrahi, histeroskopi, adezyolizis, salpingostomi, ve fimbrioplasti gebelik durumunu etkileyebilecek operasyonlara örnek verilebilir. Ameliyat sonrasında sineşi, uterin duvar yapı bozukluğu, asherman sendromu gibi komplikasyonlar ortaya çıkabilir (22).

Hastanın yaşına bağlı olarak miyomektomi sonrası gebelik oranı %22- 66 arasında değişmekte olup; hastaların ortalama %55'i hamile kalmaktadır. Bu oran 35 yaşından genç kadınlarda anlamlı olarak daha yüksektir. Hamile kalan hastaların %80'inde herhangi ek bir tedaviye gerek kalmadan hamilelik gerçekleşmektedir. Ayrıca miyomektomi öncesi %60 olan düşük oranı, operasyon sonrası %24'e inmektedir (22).

Postoperatif gebelik düşünen kişilere verilecek prekonsepsiyonel bakımda özellikle uterus yapısı bozulduğundan doğumun sezaryan ile gerçekleşmesi gerektiği bilgisi verilmelidir. Jinekologların fikir birliği üzerinde oldukları bu karar uterusün rüptürü önlemek amacıyla.

### ***Geçirilmiş ve mevcut hastalıklar***

Geçirilmiş ve mevcut hastalıkların sorgulanması, prekonsepsiyonel bakım verilecek kişide ayrıntılı sistemlerin gözden geçirmesi şeklinde yapılır. Sistematik bir değerlendirme ile kişinin geçirmiş olduğu ve hali hazırdaki hastalıklarının tespiti gereklidir.

Prekonsepsiyonel bakım verilecek kişinin genel sağlık değerlendirmesi yapılır. Hematolojik, nefrolojik, kardiyovasküler, pulmoner, endokrin, nöral ve duyu sistemi gibi sistemler, ayrı ayrı ele alınır.

### ***Hematolojik sistemin değerlendirilmesi***

Hematolojik sistem ile ilgili hastalıklarda kişilere prekonsepsiyonel bakım verilirken kan grubu tayini ve kanla ilgili patolojiler tetkik edilir. Maternal anemi, hemoglobinopatiler, trombositopeni gibi durumlar tespit edilerek düzeltililebilecek olanlara müdahale edilir. Bu patolojilere müdahale edilerek gebelikte ilerlemeleri önlenir.

Gebelerde fizyolojik olarak kan volümü artış gösterdiğinden anemi gözlenir. Patolojik olarak ise hemoglobin düzeyi birinci ve üçüncü trimesterde 11 gr/dl'nin ve ikinci trimesterde 10,5 gr/dl'nin altında ise anemi olarak tanımlanmaktadır. Gebelikte %36- 80 oranında görülür. D.S.Ö. verilerine göre üçüncü dünya ülkelerinde anne ölümlerinin %40'lara varan kısmında ölüm nedeni anemidir (23).

Preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve neonatal sağlık ve iyilik halinin düşüklüğü gibi komplikasyonlardan da sorumludur (24).

Anemide tedavi altta yatan nedene göre yapılmaktadır. Gebelikte en sık gözlenen anemi nedenleri; demir eksikliği anemisi, kan kaybına bağlı anemi, megaloblastik anemi, hemolitik anemi, aplastik ya da hipoplastik anemi, talasemi ve orak hücreli anemidir (25).

Anemi nedenlerinden talasemiler hemoglobinin alfa veya beta zincirini kodlayan genlerde mutasyon sonrası ortaya çıkmaktadır. D.S.Ö. verilerine göre, dünya daki taşıyıcılık oranı %5,1 olup; ülkelere ve ülkeler içindeki farklı yerleşim birimlerine göre değişiklik göstermektedir (26). Türkiye genelinde her 50 kişiden birinin Antalya, Adana ve Güneydoğu Anadolu bölgesinde ise her 10 kişiden birinin taşıyıcı olduğu belirlenmiştir.

Prekonsepsiyonel bakım bağlamında anne adayını taşıyıcı olarak belirlenmişse eşine test önerilir. Anne ve baba adayının her ikisinin de taşıyıcı olması hasta bir çocuk doğurma riskini önemli oranda artırır. Riskli ailelerin doğum öncesi tanı olanağından yararlanabilmeleri için DNA testi ile anne ve babanın mutasyonlarının gebelikten önce belirlenmiş olması gerekir. (27).

Talasemili hastalarda artmış eritropoeze bağlı relatif folat eksikliği nedeni ile nöral tüp defekti riski artmıştır. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde ve birinci trimesterde 4 mg/gün folik asit önerilmektedir (25).

Anemi nedenlerinden olan orak hücreli anemi hemoglobin molekülünde glutaminin yerine valinin geçmesi ile ortaya çıkar. Orak hücreli anemi de belirli ırklarda yaygın görülen bir hastalıktır. Anemi ve vazo-oklüziv hastalık karakterlidir. Dolayısıyla kontrasepsiyonda oral kontraseptifler potansiyel vasküler etkilerinden dolayı önerilmemektedir. Orak hücreli anemi preeklampsi, preterm eylem, prematür membran rüptürü, intrauterin büyüme geriliği, spontan abortus ve ölü doğum gibi komplikasyonların artışından sorumlu tutulmaktadır (28). Orak hücreli anemide eritrositler hipoksik koşullarda oraklaşır. Gebelikte kan vizkozitesinde artışa eğilim olduğu için vazo-oklüziv krizler ortaya çıkabilir. Orak hücreli anemili hastalar genellikle gebeliği tolere edebilirler. Bu hastaların %47'si gebelikte kriz yaşar. Gestasyonel hipertansiyon, preeklampsi, preterm doğum, gebelik haftasına göre düşük ağırlıklı bebek doğum riski artar. Gebelerin %30-50'si 36. haftadan önce doğum yapar (25).

Orak hücreli anemide doğum ve doğum şekli obstetrik endikasyona göre belirlenmelidir. İndüksiyondan kaçınılmalıdır. Prostaglandinler oraklaşmayı artırır. Bu hastalarda

prekonsepsiyonel danışma önemlidir. Orak hücreli anemili gebeler günde 1 mg folat almalıdır (29).

Orak hücreli anemi için yönetim protokolü şu şekilde uygulanır; tanı doğrulanınca eş için test önerilmelidir. Gebeliğin hastalık açısından beklenen seyri kişiye anlatılmalıdır. Konsepsiyon öncesi 3- 6 ay öncesinde gebelik kategorisi D olan hidrokşiüre kesilmelidir. İki haftada bir kişinin tam kan sayımı ve demir düzeyi görülmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde son 5 sene içinde pnömokok aşısı yaptırdığı doğrulanmalı, influenza ve hepatit aşısı sorgulanmalıdır (28).

İzoimmün trombositopeni (ITP) gebelikte anemiden sonra en sık gözlenen hematolojik patolojidir. Gebelikle ilişkili venöz tromboembolizm annede mortalite ve morbidite artışına neden olan önemli risk faktörlerinden biridir. ITP gebeliğin herhangi bir zamanında ortaya çıkabilir (30). Tüm gebelerin % 6-10'unda trombositopeni görülür. (trombosit sayısı  $<150.000/mm^3$ ) Trombosit sayısının  $< 50.000/mm^3$  olması ise gebelerin % 0,1'inde görülür (25). Trombosit sayısı  $50.000/mm^3$  altında ise immün trombositopeni (ITP) düşünülmelidir. Her 1000 gebenin bir ya da ikisinde ITP görülür. Gebelikte en sık karşılaşılan otoimmün hastalıktır ve ilk trimesterde trombositopeninin en sık nedenidir. Trombositopeni izole olabileceği gibi, hipertansiyon, mikroanjiopatik hemolitik anemi, karaciğer enzim yüksekliğine eşlik edebilir. Dolayısıyla prekonsepsiyonel dönemde kan parametrelerinin düzeltilmesi gereklidir.

Gebelikte pıhtılaşmaya eğilim söz konusudur. Gebede 7/100.000'de tromboembolik olay gözlenir. Risk oranı gebe olmayan popülasyona göre beş kat fazladır. Gebelikteki derin ven trombozu sıklıkla stazın en fazla olduğu üçüncü trimesterde ve postpartum dönemde gözlenir. Gebelerin 1/100'de derin ven trombozu, 1/1000'de pulmoner emboli ortaya çıkar. Sezaryandan sonra tromboz riski 3- 16 kat artmaktadır. Venöz tromboembolizm sıklıkla alt ekstremitededir. Arteriyel tromboz ve kardiyovasküler olaylar da görülebilir.

Gebelikte tromboz için risk faktörleri aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- 1-Geç yaşta gebelik (>30 yaş)
- 2-İmmobilizasyon
- 3-Obezite

4-Tromboz öyküsü (risk %7- 15 oranında artar)

5-O kan grubu dışındaki kan grubu

6-Herediter trombofili

Gebe adayları hematolojik değerlendirme sırasında hemofili açısından da sorgulanmalıdır. Gebelikte hemofilide tüm yenidoğan erkek çocuklarına hastalık geçer, kızlar ise taşıyıcıdır. Eğer anne taşıyıcı ise erkek çocukların yarısına hastalık geçer, kızların ise yarısı taşıyıcıdır. Faktör 13 eksikliği uterus kanamasına ve tekrarlayan düşüklere yol açabilir. Gebelik halinde düzenli olarak üç hafta aralıklarla verilen taze donmuş plazma düşüklere önleyebilir. Tekrarlayan düşüklere, açıklanamayan fetal ölümler, intrauterin gelişme geriliği, preterm doğumlar ve preeklampsinin izlendiği durumlardan biri de antifosfolipid sendromudur (31).

Prekonsepsiyonel bakım sırasında gebe adayı ayrıntılı olarak hematolojik açıdan incelenmeli ve gebeliğe hazırlarken yukarıda özetlenen durumlar göz önünde bulundurularak ön hazırlık yapılmalıdır.

### ***Renal sistemin değerlendirilmesi***

Tüm diğer sistem hastalıklarında olduğu gibi renal sistem hastalıkları da gebeliği gerek hastalık boyutu gerek teratojen olan ilaç kullanımı yönüyle ve gerekse anne mortalite ve morbiditesi ve/veya bebek mortalite ve morbiditesi yönüyle etkilemektedir. Gebelik, vücudun her sisteminde olduğu gibi renal sistemde de birçok fizyolojik değişikliğe yol açmaktadır. Efektif renal kan akımı %50- 70 artar, glomeruler filtrasyon hızı artar, tubuler fonksiyonlar etkilenir. Kardiyak debi dolayısıyla süzülen volüm yükü göreceli olarak artmakta ve böbreklere düşen iş yükü dolayısıyla da böbrek volümü %30 artmaktadır.

Gebelerin %10'unda hipertansiyon saptanmakta, özellikle ilk gebelik ve yaşlı multipar gebeliklerde daha sık görülmektedir. Gebelik hipertansiyonu öyküsü mevcut olan gebeliğin kliniğini ağırlaştırmaktadır. Bu kadınların preeklampsi riskleri de artmıştır. Preeklampsi hipertansiyon ve proteinürininin 20. haftadan sonra görülmesi ile karakterizedir. Preeklampsik hastaların ise %20'sinde HELLP sendromu (Hemoliz, Elevated Liver enzyme ve Low Platelets) ve serebral hemoraji, preterm eylem, ablasyo plasenta, akut renal yetmezlik, subkapsüler hemoraji, postpartum hemoraji ve fetal ölüm gözlenebilir. Kardiyopulmoner arrest, yaygın damar içi pıhtılaşma sendromu, akut respiratuar distres sendromu, sepsis,

hepatik kanama, hipoksik iskemik ensefalopati, vaginal ve labial hematoma nedeniyle fetal ya da maternal mortalite görülebilmektedir (32).

Renal sistem hastalıkları, gebelikte ilerlemesi durumunda ölüme yol açabilecek patolojilere dönüşme potansiyeli olduğu için tehlikelidir. Anne ölümleri orta ya da ağır şiddette kronik böbrek hastalığı mevcut olan gebelerde preeklampsi, anemi ve kronik hipertansiyon gelişmesi ya da doğumun sezeryan ile gerçekleşmesi durumunda görülür. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve aile planlaması bu açıdan reproduktif dönemdeki kadın sağlığı için önemlidir. Bu dönemde verilen danışmanlık, kadınları gebelik döneminde sağlıklarını etkileyecek riskler konusunda bilgilendirmeyi ve kan basıncı kontrolü başta olmak üzere gebelik üzerine etki edebilecek renal sistemle ilgili riskleri azaltmayı hedefler.

Renal sistem hastalıklarını değerlendirmek için serum kreatinin değeri, proteinüri ve yukarıda da bahsedildiği gibi kan basıncı kontrolü oldukça büyük önem taşımaktadır. Böbrek hastalığı olan gebelerde yapılan çalışmalarda gebelik öncesi renal hastalık tanısı konma yüzdesi yaklaşık %0,03 tür. Orta şiddette böbrek hastalığı görülme oranı ise 6- 12/10.000 arasında değişmektedir. Kan basıncı normal sınırlarda olan hafif böbrek hastalığı mevcut gebenin başarılı bir doğum süreci ihtimali %90'dır. Diğer taraftan orta ve ağır böbrek hastalığı olan gebelerde hastalığın ağırlaşma ihtimali yüksektir.

Renal sistem hastalıkları başta da belirtildiği gibi sadece gebe üzerinde değil bebek üzerinde de etkisi olan durumlardır. Preterm doğum, fetal büyümenin durması, artmış fetal kayıp ya da ölü doğumlar bu etkiler arasında sayılabilir. Özellikle orta ve ağır renal yetmezlik çoğunlukla preterm doğumla sonuçlanmaktadır. Hipertansiyonu mevcut olan gebelerin fetal kayıp ihtimali normotansiflere göre on kat artmıştır (33). Proteinürinin mevcudiyeti ise uzun dönem böbrek hastalığının ilerleyişi ile ilişkilidir.

### ***Kardiyovasküler sistemin değerlendirilmesi***

Gebelikte vücuttaki kan volümü özellikle gebeliğin sonuna doğru %30- 50 oranında artmakta, düşük dirençli uteroplental dolaşımı etkin bir şekilde sağlayabilmek için sistemik damar direnci azalmakta ve kalp atım sayısı 10-20 atım kadar artmaktadır. Bunların sonucunda kalbin iş yükü artmakta fizyolojik olarak kardiyovasküler sistemde kompanzatuvar

değişiklikler ortaya çıkmaktadır. Kalp hastalığı olan bir gebede bu değişiklikler mortalite ve morbiditeyi artıracak şekilde değişebilmektedir.

Kalp hastalıkları ve gebelik, tüm gebeliklerin yaklaşık %0,4- 4,1'ini kapsamaktadır(34). Bunun yanında 18- 44 yaş kadınların %3'ünde kardiyak bir hastalık mevcut iken; gebelerin %1'inde kardiyak bir hastalık görülür (33). Bunların %90'ı romatizmal kapak hastalıkları, %5'i konjenital kalp hastalıkları, %5'i myokard tutumlu ve diğer hastalıklardan oluşmuştur (34).

Amerika'da maternal mortalite nedenlerinin %10-25'ini kalp hastalıkları oluşturmaktadır ve pulmoner hipertansiyon, endokardit, koroner arter hastalığı, kardiyomyopati, ani aritmilerle birlikte görülmektedir (33). Son yıllarda romatizmal ateşin önlenmesi ve tedavisi, gebelikten önce ve hatta gebelik esnasında yapılan başarılı kalp ameliyatları sonucu gebelerde görülen kalp hastalıklarının oranları değişmiş ve konjenital kalp hastalıkları ön plana gelmiştir. Konjenital kalp hastalıkları için prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık verilerek kadın yaşamını tehdit eden durumlara bile müdahale edilmesini sağlayabiliriz (35).

Kalp hastalığı olan kadınlarda maternal mortaliteyi etkileyen; kalp hastalığının türü, anestezi alıp almama gibi durumlar iken bunlara ilaveten prematürelilik, bebek ağırlığı, doğum haftası, neonatal enfeksiyonlar gibi birçok faktör de perinatal mortaliteyi etkilemektedir. Diğer sistem hastalıkları gibi kalp hastalıkları da hastalık yönüyle olduğu gibi kullanılan ilaç yönüyle de teratojen olabilir. Özellikle kapak hastalıkları, prostetik kalp kapakları ve dilate kardiyomyopatide kullanılan varfarin en bilinen teratojenlerdendir. Varfarin özellikle ilk trimester için teratojenik bir ilaç olmakla birlikte maruziyetinde santral sinir sistemi anomalileri ve fetal kanama görülebilir. Bunun aksine heparinin böyle bir etkisi mevcut değildir, çünkü plasentadan geçmemektedir. Dolayısıyla sık uygulanan 2 yaklaşım mevcuttur hastalar riskler konusunda bilgilendirilirler ve kendilerine uygun yaklaşımı tercih edebilirler. Sık uygulanan birinci yaklaşım erken ve sık gebelik testi yaparak test pozitifleştiği anda oral antikoagülandan heparine geçmek iken ikinci yaklaşım ise konsepsiyondan hemen önce heparine geçmektir. En geç 6. gebelik haftasından önce oral antikoagülan yerine heparin tedavisi verilmesi sayesinde embriyo varfarinin teratojenik etkilerinden korunabilir (36).

Gebelik planlayan kadınlarda kan basıncının kontrol altına alınması gerekli ve önemlidir. Hipertansiyonla komplike bir gebelik preeklampsi, eklampsi, santral sinir sistemi kanaması, kardiyak dekompanzasyon ve renal hastalığa yol açabilir. Bu nedenle uzun süreli

hipertansiyonu mevcut bir kadında hedef organ hasarının var olup olmamasına göre de tedavi yeniden düzenlenerek konsepsiyon önerilir.

**Tablo 1.** 2003 Avrupa Kardiyoloji Derneği gebelikte kardiyovasküler hastalıklar klavuzu

Avrupa Kardiyoloji Derneği 2003 yılı gebelikte kardiyovasküler hastalıkları klavuzu
<b>Yüksek risk taşıyan durumlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pulmoner hipertansiyon:</b> Septal defektlerle birlikte olan (Eisenmenger sendromu) veya olmayan, ciddi pulmoner damar hastalığı mevcut olan hastalar</li><li>• <b>Ciddi sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu:</b> Sabit bir akım yolu direnci ve artmış plazma hacmi, artmış kalp debisini ayarlayamayabilir. Bu durum sol ventrikül ve pulmoner basınçlarda artışa, düşük debi ve pulmoner konjestiyon ile kalp yetersizliğine yol açar</li><li>• <b>Siyanotik kalp hastalığı:</b> Genel maternal mortalite %2 civarındadır. Ayrıca enfektif endokardit, aritmi ve konjestif kalp yetersizliği gibi sorunların gelişme riski yüksektir (%3). Anneye ait hipoksemi fetal gelişmeyi engellediği için bu gebelerde düşük (%50), erken doğum (%30-50) ve düşük doğum ağırlığı riski yüksektir. Ayrıca tromboemboli de gebelik sırasında görülebilen önemli bir risktir</li></ul>
<b>Düşük risk taşıyan durumlar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Pulmoner hipertansiyonu olmayan, küçük/orta derecede şanti bulunan veya kalp kapaklarında hafif/orta derecede kaçak bulunan hastalar. Bu kişiler gebelikte ortaya çıkan sistemik damar direncinin azalmasından yarar görürler</li><li>• Hafif/orta dereceli sol ventrikül çıkış yolu obstrüksiyonu olan hastalar da gebeliği iyi tolere ederler</li><li>• Orta şiddette pulmoner darlıkta da gebelik iyi tolere edilir ve nadiren müdahale gerektirir</li></ul>

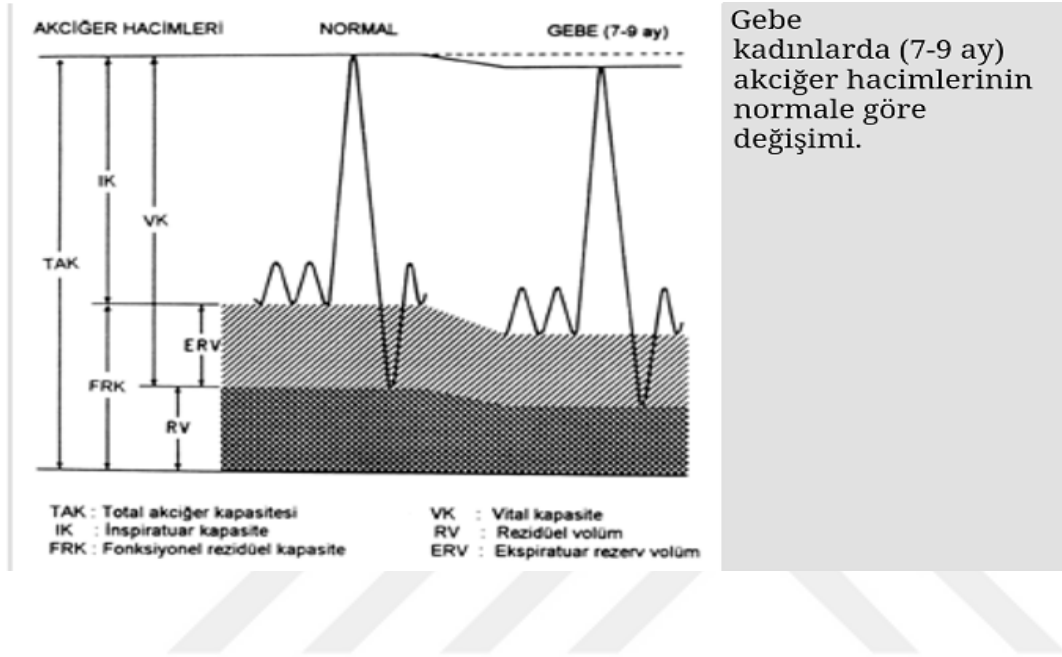
### ***Pulmoner sistemin değerlendirilmesi***

Solunum sistemi de gebelikte kompanzatuvar değişikliklere uğrar. Bu değişiklikler hem mekanik hem hormonal değişikliklere sekonder olarak ortaya çıkar. Artmış östrojen düzeyine sekonder olarak hyaluronik asit komponenti artar, dokuda hidrasyon ve ödem gelişir. Hiperplastik ve hipersekretuar mukus bezleri gelişir. Havayolu mukozasında bu etkiler nazal obstrüksiyon, epistaksis, öksürük nöbetleri, ses tonunda değişiklik şeklinde kendini gösterir. Kişinin alerjik rinit ve nazal sinüs mukozasında polipleri mevcut ise şikâyetlerinin artmasına yol açar.

Gebelik esnasında genişleyen uterus diyafragma seviyesinde 4 cm yükselmeye sebep olur. Diyafragmanın yükselmesi normal şartlarda herhangi bir fonksiyon bozukluğuna yol açmaz. Göğüs kafesinin antero-posterior ve transvers çaplarındaki 2 cm'lik artış diyafragma yüksekliğini kompanze eder.

Tüm bunlar sonucunda solunum fonksiyonlarında da değişiklik izlenir. Ekspiratuvar rezerv volüm %8-40 ve rezidüel volüm %7-22 arasında değişir. Gebeliğin 6. ayından itibaren fonksiyonel rezidüel kapasitede %10-25 azalma olur. Vital kapasite ve total akciğer kapasitesi genellikle değişmez. Tidal volüm ise %30-35 artar, bu da ventilasyon artışına yol açar. Total

pulmoner rezistans %50 oranında azalır. Gebelikte karbondioksite karşı hassasiyet artışı mevcuttur. Böylece gebede dakikadaki ventilasyon sayısında artış görülür. (Şekil 4) Bunun sebebi ise azalmış plazma ozmolalitesi, azalmış serebrospinal sıvı ile dolaşımda yükselen progesteron seviyesidir (37).



Şekil-4. Gebe kadınların akciğer hacimlerinin normale göre değişimi

Fizyolojik olan bu değişiklikler daha önce astım, KOAH, amfizem gibi kronik hastalığı ya da sıklıkla karaciğer ve akciğer nadiren de tiroid gibi diğer organlarda gözlenen kist hidatik gibi enfektif hastalığı mevcut olan gebelerde patolojik değişiklikler oluşmasına yol açarak hayati tehdit oluşturabilir (38). Kist hidatik hastalığı gebelikte salınan hormonlar nedeniyle büyüyüp rüptüre olabilir, anafaktik şok ve kanamaya yol açabilir (39).

Yukarıdaki fizyolojik değişikliklerin restriktif ve obstrüktif hastalığı mevcut olan bir gebeyi olumsuz yönde etkilemesi kaçınılmazdır. Özellikle astım gebe yaşamını tehdit edecek ölçüde olumsuz etkilenmektedir. Astımın genel popülasyonda görülme prevalansı %4-5 iken gebelikte görülme prevalansı %1-4 aralığındadır. Yapılan çalışmalarda kontrolsüz astımın, astım tedavisinde kullanılan ilaçlardan daha tehlikeli olduğu görülmektedir. Kontrolü sağlanamayan astımın anne ve fetus açısından birçok komplikasyonu mevcuttur. Annede meydana gelebilecek komplikasyonlar preeklampsi, hipertansiyon ve hiperemezis gravidarum

iken; fetal komplikasyonlar; ölü doğum, neonatal hipoksi, intrauterin büyüme geriliği, prematür doğum, düşük doğum ağırlığıdır.

Astımı kontrol altına almak için tedavide antiinflamatuvar ajanla kombine edilmiş inhale bir beta adrenerjik agonist ya da inhale kortikosteroidler önerilir. Magnezyum sülfat yine gebelikte güvenle kullanılan havayolunu düz kasını gevşeten iyi bir tedavi seçeneğidir. NAEPP'in önerisi ile inhale kortikosteroidler gebelerde hafif, orta ve ağır astma için profilaktik tedavi seçeneğidir. Elde edilen cohort verilerine bakıldığında maternal inhale beta agonist, kromolin, inhale kortikosteroid ya da teofilin maruziyeti ile artmış preeklampsi riski, total konjenital malformasyon, preterm doğum ya da düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu arasında ilişki saptanmamıştır. Gebelikte ilk trimesterde oral kortikosteroid kullananlarda ise düşük doğum ağırlıklı ve yarı damaklı bebek doğurma ve preeklampsi riski vardır.

### ***Endokrin ve metabolik sistemin değerlendirilmesi***

Gebelikte endokrin sistemde görülen fizyolojik adaptasyonlar fetoplental birim ile maternal endokrin sistem arasındaki ilişki sonucu ortaya çıkar. Değişen hormonal dengeler sonucu daha önceden var olan endokrin sistem hastalığı ilerleyebilir ve hastanın aldığı tedavi yetersiz hale gelebilir. Prekonsepsiyonel dönemde özellikle iyi tedavi edilen tiroid hastalıkları gebelik sonuçlarını olumlu etkilemekte ve diabetes mellituslu hastalardaki iyi glisemik kontrol sayesinde her yıl 113000 canlı doğumdaki düşük ve konjenital malformasyon riski azalmaktadır (33).

Gebe adayları endokrin sistem değerlendirmesinde hipofizer hastalıklar açısından ele alınmalıdır. Hipofizer hastalıklar arasında en çok prolaktinomalara rastlanır. Prolaktin hipotalamustan pulsatil GnRH salınımını inhibe eder. Hiperprolaktinemi kadın infertilitesinin en sık nedenlerinden biridir. Dolayısıyla gebelik planlayan bir kadında hiperprolaktinemi tedavi edilmelidir. Dopamin agonisti ile müdahale edildiğinde fertilité ve konsepsiyon sağlanabilir. Diğer hipofizer hastalıklar akromegali, pituiter yetmezlik, lenfositik hipofizitis, diabetes insipidus ve gebelikten nadiren etkilenirler. Ancak gebelik düşünen kadınların izlemelerinin dikkatli yapılması gerekir.

Diabetes insipidus, arka hipofizin salgılama bozukluğudur. Azalmış oksitosin salınımı sonucu başlayan doğum eylemini geciktirerek ilerlemesini durdurur ve uterus atoniye gitme riskini artırır.

Adrenal bez hem korteks hem meduller salguları yoluyla gebeliği etkiler. Adrenal bez yetersizliği; en sık nedeni otoimmün adrenalittir. Etyolojisini oluşturan antikorlar plasentadan geçebilir ancak nadiren fetüste hastalık yapar. Konjenital adrenal hiperplazi ise genetik danışmanlık verilmesi gerektiğinden önemlidir.

Cushing sendromu, gebelik öncesi tamamen tedavi edilmiş ise gebelikle değişime uğramaz. Tüm semptomları gebelikle örtüşürken sadece mor stria görünümü fazladan kliniğe eklenebilir.

Primer hiperaldosteronizm nadir görülen bir durumdur. Görüldüğünde gebede hipertansiyon ve proteinüriye yol açtığı için plasental abrupsiyo ve preterm doğuma yol açtığı için öncesinde prekonsepsiyonel danışmanlık çok büyük önem taşımaktadır. Feokromasitoma, hipertansiyon açısından dikkat edilmesi gerekli bir adrenal bez hastalığıdır. Doğum boyunca genel anestezi ile indüksiyon esnasında hatırlanmayan bir feokromasitoma krizi %50 mortaldir. Katekolaminler uteroplasental vazokonstrüksiyonu tetikleyerek plasental yetmezlik ve abrupsiyoya yol açarken tanı almamış olgularda fetüs mortalitesini artırır.

Gebelikte human koryonik gonadotropin (hcg) artışı tiroid bezini uyarır. Hcg 12-14. haftalarda en üst düzeye ulaşır ve daha sonra azalarak 20. haftalarda en düşük düzeyine ulaşır. Bu haftaların paralelinde TSH düşüş ve yükseliş gösterir. Dolayısıyla ilk trimesterde TSH düzeyi azalırken diğer dönemlerde artış gösterir.

Öyküsünde tiroid otoantikoru mevcut olan hastalarda hipotiroidi gelişebileceği ve bu hastaların düşük riskinin arttığı akılda tutulmalı. Hipotiroidinin gebelikte görülme sıklığı %0,3- 0,5 arasındadır. Subklinik hipotiroidi sıklığı ise %2,5'tir. Özellikle fetüste meydana getirdiği bozukluklar yüzünden takibi önemli olan bir hastalıktır. Etiyolojisinde iyot eksikliği, diğer otoimmün hastalıklar, antitiroid ve amiodaron gibi ilaç kullanımı olabilir. Maternal hipotiroidi spontan düşüğe, gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsi, anemi, kardiyak disfonksiyon, preterm eylem, abrupsiyo plasenta, nöropsikiyatrik etkilere yol açabilir. Fetüste beyin gelişiminde bozukluk, nöropsikiyatrik gelişim bozukluğu, fetal distres, prematürite, düşük doğum ağırlığı, konjenital malformasyonlar, ölü doğum ve perinatal ölüm görülebileceğinden dikkatli olunması gereklidir. Bu nedenle gebelik öncesi sT4, TSH, anti-TPO düzeyleri görülmeli, gebelik gerçekleşirse her trimesterde ayrıca kontrol edilmeli ilk trimesterde TSH 2,5 mIU/L diğer trimesterlerde 3 mIU/L in altında tutulmalıdır. Hedefe ulaşmaya kadar dört haftada bir, hedefe ulaştıktan sonra 4-6 haftada bir takip yapılmalıdır.

Tiroid hastalıkları açısından prekonsepsiyonel bakım döneminde dikkat edilmesi gereken durumlar; gebelik öncesi hipotiroidi öyküsü, guatr öyküsü, ailede tiroid hastalığı varlığı, otoimmün hastalık öyküsü, tiroid otoantikör pozitifliği, baş boyun bölgesine radyasyon öyküsü, anemi, kolesterol yüksekliği ve hiponatremi gibi tiroid fonksiyon bozukluğunu düşündürecek parametre ve bozukluklar ve bunların haricinde tip 1 diabetes mellitus hastalığı varlığıdır.

Kadın hastalıkları arasında tiroid hastalıkları açısından dikkat edilmesi gereken grup ise yaygın görülen jinekolojik endokrin patoloji olan müdahale edilmemiş hipotiroidiye bağlı anovulasyondur.

Hipertiroidi, tiroid bezinin aşırı çalışmasıdır. Bazen gebedeki fizyolojik TSH supresyonundan ayırt etmek zordur. TSH düzeyinin 0,01 mIU/L değerinin altında olması anlamlıdır. Maternal, fetal ve obstetrik komplikasyonlara yol açabileceğinden yakın takibi önemlidir. Konsepsiyon öncesi dönemde hipertiroidi tedavisinde hedefimiz en küçük dozda ilaç ile en yüksek dozda sT4 düzeyini yakalamak ve gebelikte bunu korumaktır. Gebelikte hipertiroidi tedavisinde thionamid grubunun iki üyesi olan propiltiyourasil ve metimazol verilir ancak metimazol ile fetal malformasyonlar rapor edildiği için özellikle ilk trimesterde propiltiyourasil tedavisi önerilmekte ancak propiltiyourasil kullanımı sonrası da karaciğer yetmezliğinde artış rapor edildiği için 13. haftadan sonra metimazol kullanımı önerilmektedir. Dolayısıyla konsepsiyon öncesi propiltiyourasil ile tedaviye başlanıp sonra hastanın mevcut durumuna göre 13. haftadan sonra metimazol ya da propiltiyourasil ile devam edilmesi düşünülebilir (40).

Bir gebe adayında endokrin sistem değerlendirmesinde sorgulanacak en önemli hastalık kuşkusuz diyabettir. Diabetes mellitus kişide gebelikten önce tip 1 ya da tip 2 diyabet şeklinde olabileceği gibi gebelik zemininde de gelişebilir. Pregestasyonel diabeti olan bir kadını gebeliğe hazırlarken öncelikle hedef HbA1c (%7) değerine ulaşılmalıdır. Ayrıca nöral tüp defektini önlemek için üç ay öncesinden folik asit başlanmalıdır. Gestasyonel diabet, makrozomi, ölü doğum riski, konjenital anomaliler, respiratuar distres sendromu, hiperbilirubinemi gibi fetal durumlar ve polihidramniyoz, üriner sistem enfeksiyonları, renal yetmezlik, spontan abortus gibi maternal durumlarla ilişkilidir. Gestasyonel diabetinin gelişimindeki temel faktör insülin direncidir. Plasentadan salınan progesteron, plasental laktojen, CRH ve GH gibi hormonların da katkısı ile gestasyonel diabet ortaya çıkar. Dolayısıyla obezite, insülin direnci ve diyabet için aile öyküsü olan gebe adaylarında ideal

kiloya ulaşma ve insülin direncinin tedavisi gestasyonel diyabet gelişmesinin önlemek açısından önemlidir.

Obez ve aşırı kilolu hastalarda prekonsepsiyonel danışmanlığın hedefi gebelikle ilişkili riskleri tanımlayarak onları kontrol altına almak ve anneyi bu konularda bilgilendirmektir. Obezite gestasyonel komplikasyonları önleme açısından modifiye edilebilir bir risk faktörüdür. Gebelik esnasında kilo verme önerilmediği için öncesinde kilo verilmesi, doğum sonrası diyabet, hipertansiyon, tromboembolik olay, preterm doğum ve sezeryan riskini azaltmaktadır (41).

Kadınlar için gebe kalma isteği ve gebelik yaşamlarında sağlık alanında kaliteli bakım almak için değerlendirebilecekleri iyi bir fırsattır. Gebelik öncesinde başvuran kadınların diğer tetkikleri yanında vücut kitle indeksleri hesaplanarak  $25 \text{ kg/m}^2$  ve üzerinde olanlar için bir bakım planı hazırlamak gerekir. Hastanın diyetinin düzenlenmesi yanında fizik aktivitesinin artırılması, kısacası hastaya yeni bir yaşam tarzı oluşturması yönünde destek verilmeli ve teşvik edilmelidir.

### ***Nörolojik sistemin değerlendirilmesi***

Gebelik öncesinde her sistemde olduğu gibi nörolojik hastalıklar için danışmanlık verilmesi büyük önem taşımaktadır. Birçok nörolojik hastalık etkili aile planlamasının kullanılmasının gerek şart olduğu gerek hastalık gerekse kullandıkları ilaçlar bazında teratojen olabileceği hastalık grubudur. Bu nedenle gebe adayları prekonsepsiyonel bakım için değerlendirilerek ayrıntılı nörolojik muayeneden geçmeli ve nörolojik sistem hastalıkları açısından taranmalıdır.

Preeklampsi, eklampsi, posterior reversible ensefalopati sendromu, serebral venöz tromboz, sırt ve posterior pelvik ağrı, karpal ya da tarsal tunel gibi sendromlar, migren ve diğer tipte baş ağrıları, epilepsi ve nöbete sebep olan diğer nörolojik hastalıklar gebelikte görülen ya da gebelikte şiddetlenen ve tehlikeli sonuçlanabilecek hastalıklardır. Karpal tunel ve tarsal tunel gibi sendromlar gebelikteki ödem ve şişmeye bağlı ataklarını sıklaştıracığından gebelik öncesinde tam tedavi edilmiş olmalı.

Migren hastalarının % 60- 70 kadarında gebelik boyunca özellikle de üçüncü ve dördüncü ayda migren ağrılarında ve auralarında iyileşme gözlenir. Ancak bunun aksine bazı gebeliklerde ilk trimesterde ilk migren atağı 2. ya da 3. Trimesterde ise ilk migren aurası ortaya çıkabilir. Burada dikkat edilmesi gereken husus kullanılan ilaçların teratojen olabileceğidir. Bu nedenle parasetamol, kafein ve opioidler tedavi için uygunken üçüncü trimester öncesinde ibuprofen ve naproksen de tedavide tercih edilebilir (42).

Epilepside gerek genetik yapı, gerekse kullanılan antiepileptiklerin teratojen etkisiyle konjenital anomali riski artar. Genel populasyonun yaklaşık %1'inde nöbet atakları ile karakterize bir hastalık mevcuttur. Daha önce nöbetli hastalığı olan kadınların üçte birinin gebeliği boyunca atakları sıklaşır ve şiddetlenir (33).

Gebeliğinde nöbet geçiren kadınların bebeklerinde artmış konjenital anomali riski mevcuttur. Spontan düşükler, düşük doğum ağırlıklı bebek, kafa çevresi geriliği, gelişimsel kısıtlılıklar, neonatal kanama bozukluğu (antiepileptiklerin K vitamin eksikliğini tetiklemesi nedeniyle) ve perinatal ölümler de görülebilecek diğer riskli durumlardır. Fenitoin, barbitürat, karbamazepin ve valproat insanda teratojen olduğu; nöral tüp defekti, yarı damak dudak, kardiyak anomali, fasiyal anomali, iskelet anomalisine yol açtıkları bilinen ve nöbet bozukluklarının tedavisinde kullanılan antiepileptiklerdir. Bu teratojen etkilere maruz kalınmaması açısından gebelik oluşmadan önce nöbetlerin kontrol altına alınması ve konsepsiyondan en az 6 ay önce antiepileptik ilaçların kesilmesi gerekir (43).

Epilepsili bir kadında gebelik öncesinde antiepileptiklerin kesilebilmesi için son iki yıldır hastalığı nöbetsiz devam ediyor olması ve tedavi ile EEG ve MR bulguları ile nörolojik muayene normale dönmüş olması gereklidir. Ayrıca konsepsiyondan 3 ay önce günlük 4 mg folik asit replasmanı prekonsepsiyonel bakımda uygulanması gereken değişikliklerdendir.

### ***Otoimmün hastalıklar***

Otoimmün hastalıkların seyri etiyolojilerinin multifaktöryel olması nedeniyle her hastada farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır dolayısıyla kişilere verilecek olan prekonsepsiyonel bakım da buna göre değişmektedir. Bu hastalıkların tedavilerinde kullanılan ilaçların çoğunlukla teratojenik olması ve sıklıkla ilaçların bırakılması durumunda hastalık komplikasyonlarının hızla olumsuz yönde ilerlemesi söz konusu olduğundan prekonsepsiyonel dönemde ilgili

bölgelere konsulte edilmesi teratojenik ilaçların kesilmesi, gerekirse ilaç değişikliğine gidilmesi ya da doz ayarlaması önemlidir. Otoimmün hastalıklar çeşitli klinik durumlar ihtiva etmektedir. Otoimmüniteye yol açan tetikleyici faktörlerin içinde östrojenler gibi hormonal faktörlerin de rolü vardır. Gebelik ve stres gibi hormonal faktörleri etkileyen durumların da bu hastalıkların seyrinde önem taşıdığı bilinmektedir (44). Bu durumlar, immün sistemi çeşitli düzeylerde etkileyerek otoimmüniteye yol açabilirler.

Anne ve fetüs sağlığı açısından otoimmün hastalıklar oluşturacakları etki bakımından kontrol edilerek gerekirse takip altına alınmalıdır. Gebelikte en sık karşılaşılan otoimmün hastalıklar sırasıyla; sistemik lupus eritematozus (SLE), romatoid artrit (RA) ve multiple skleroz (MS) gibi kadınlarda erkeklerden yaklaşık 9 kat daha fazla görülen hastalıklardır. Bu hastalıklar ne kadar uzun süredir remisyonda iseler komplikasyonsuz olarak doğuma kadar ulaşma ihtimali o kadar fazladır.

Gebelikte SLE en sık hemolitik anemi, orta derecede trombositopeni, lenfopeni ve lökopeni tabloları ile kendini göstermektedir. Folik asit desteğinin başlanması daha önce tedavide metotreksat almış olan kadının gebeliğinde karşılaşıacağı nöral tüp defektini önlemesi açısından önemlidir. SLE'li hastaların remisyon süreleri ile komplikasyonsuz bir doğuma ulaşma ihtimalleri doğru orantılıdır. Lupus nefritinin 6 aydır remisyonda olması teratojenik ilaç kullanılmaması açısından özellikle önemlidir. Siklofosfamid ve azatioprin gibi SLE tedavisinde kullanılan ve teratojen olduğu bilinen ilaçlar kesilmeli ve bazı durumlar hariç güvenli olan nonsteroid antiinflatuar ilaçlar (geç gebelik hariç) ve antimalaryel ilaçlarla tedavi önerilmelidir. Kortikosteroidler ve küçük moleköl ağırlıklı immüsupresifler de bazı yan etkileri bildirilmiş olsa da tedavide tercih edilebilir.

RA genellikle gebelikte remisyona giren bir hastalık olmasıyla beraber düşük ile arasında ilişki saptanmıştır (45). Tedavisinde kullanılan ilaçlar teratojenik potansiyele sahiptir. Örneğin metotreksat konsepsiyondan üç ay önce, leflunomid ise en az iki yıl önce kesilmiş olmalıdır. Dolayısıyla hastayla iletişim halinde olmak ve hastaya bu risklerin anlatılması ve romatoloji gibi hastanın tedavisini düzenleyen disiplinlerle işbirliği içinde prekonsepsiyonel ve konsepsiyonel dönemi geçirmek önemlidir.

MS'in etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte; östrojenin kadınları otoimmün hastalıklara daha duyarlı kılmasının kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülmesinin nedeni olabileceği

düşünülmektedir. Fertilitenin etkilenmediği ancak üriner sistemde enfeksiyon sıklığının arttığı bilinmektedir. MS'in gebelik esnasında nadiren başlayabileceğini gösteren olgular mevcuttur, ancak buna rağmen gebelik MS için relatif olarak koruyucudur (46).

### ***Genetik hastalıklar***

Tıp alanındaki gelişmeler ile sağlıklı bebek sahibi olmanın önündeki enfektif hastalıklar, beslenme yetersizliği, çevresel etkenler gibi çoğu faktör önlenmektedir. Bu nedenle günümüzde genetik hastalıklar sağlıklı doğumların önündeki temel sorunlardan biri olan hastalık grubu olarak karşımıza çıkmaktadır. Günümüzde düşüklerin en önemli nedenlerinden birini kromozomal bozukluklar oluşturmaktadır; dolayısıyla prenatal dönemde değil de prekonsepsiyon döneminde yapılan genetik risk değerlendirmesi kadınlar ve partnerlerinin sağlıklı çocuk sahibi olabilmesi için gereklidir. Partnerlerde aşağıdaki durumların varlığı durumunda genetik danışmanlık gereklidir. Bu durumlar; 35 yaşından ileri maternal yaş veya 55 yaşından ileri paternal yaş; aile öyküsünde veya önceki çocuklarda nöral tüp defekti, doğumsal anomalili bebek, sık düşük ve ölü doğum olması, talasemi, orak hücreli anemi, tay-sachs hastalığı, konjenital kalp hastalığı, hemofili, kistik fibrozis, huntington koreası, müsküler distrofi, mental retardasyon, down sendromu ve diğer kalıtsal hastalıkların olmasıdır.

Çocukluk çağında bir çok ciddi hastalığın nedenleri arasında genetik yatkınlık rol oynar. Bu hastalıkların bir bölümü prenatal tanı ya da genetik danışma yöntemleri ile önlenmektedir, çok daha az bir bölümü de erken tanı konulduğunda tedavi edilebilmektedir.

Genetik hastalıklar genel olarak üç büyük grupta toplanabilir; ilk grup; nöral tüp defektleri, gelişimsel kalça displazisi, doğuştan kalp hastalıkları, yarı damak ve dudak, pilor stenozu gibi hemen bütün doğumsal anomalilerin kalıtıldığı doğuştan kolaylıkla fark edilebilen fazla parmak gibi oldukça zararsız olabilecek hastalıklardan hayatı ciddi şekilde tehdit eden ağır sakatlıklara varan hastalık grubudur. Multifaktöryel kalıtımla geçen bu hastalıkların aile bireylerinde görülme olasılığı birinci derece akrabalar arasında yaklaşık % 2-10'dur. İkinci grubu down sendromu gibi kromozom hastalıkları ve üçüncü grubu da fenil ketonüri, albinizm, orak hücreli anemi gibi tek gen hastalıkları oluşturmaktadır.

Genetik hastalık tespitinden sonra tüm sağlık çalışanlarının genetik danışmanlık konusunda güncel bilgilere sahip olması, aile planlamasında etkili yöntem kullanımı konusunda prekonsepsiyon döneminde etkin bilgilendirme yapılması, daha önce doğumsal anomalili doğum yapan ya da bilinen bir kalıtsal hastalığı olan ebeveynlerin ilgili merkezlere yönlendirilmesinin sağlanması, ebeveynlerin akraba evliliği, ilaç kullanımı, çevresel maruziyetler hususunda bilgilendirilmesi, annenin konsepsiyondan üç ay öncesinde folik asit kullanmaya başlaması konusunda bilgilendirilmesi, fenil ketonüri ve hipotiroidi gibi yenidoğan hastalıkları açısından kontrollerin yapılması önemlidir (47).

### ***Ağız ve diş sağlığı***

Ağız ve diş hastalıkları her dönemde kişisel hijyen ve bireyin sağlığı açısından önem taşımaktadır. Gebelikte her sistemde olduğu gibi ağız florasında da değişiklikler olmakta, bakteri florası artmakta ve gebe olmayanlara göre çeşit artışı görülmektedir (48).

Yapılan alışmalar maternal periodontal hastalıkların sadece ağız sağlığı değil anne ile ilgili ateroskleroz, enfektif endokardit, romatoid artrit ve diyabet gibi hastalıkların ortaya çıkış riskini artırdığını bazı sistemik hastalıklara yol açtığını, bebekle ilgili ise preterm doğum, preeklampsi gelişimi ve düşük doğum ağırlıklı bebek ile ilişkili olduğunu göstermektedir (49). Periodontal hastalıkların önlenmesi ile preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin azaltılabileceği de yakın zamanda yapılan çalışmalardan bilinmektedir (50).

Dolayısıyla prekonsepsiyonel bakım kapsamında ağız ve diş sağlığı önemli bir yer tutmaktadır. Sağlık profesyonellerinin bu önemi bilmesi ve kadınların bu konuda eğitimi nelenebilir olan bu hastalıklardan korumakla kalmayıp bu hastalıkların risklerini artırdığı diğer hastalıklardan da kişiyi korumaktadır. Gebelik sonuçlarını olumlu etkileyip yeterli ve iyi bir bakım ile preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu gibi fetüs sağlığını etkileyebilecek durumlara karşı da koruyucu olmaktadır.

### ***Bağışıklanma yks***

Bağışıklanma kadın erkek ayırt etmeksizin toplumun geneli için önemli olan bir primer koruma modalitesidir. Yaşlı, gebe, ocuk ve kronik hastalığı mevcut olan özel popülasyonların özel durumlara spesifik aşılarla koruma endikasyonu vardır.

Bağışıklama fetusu preterm ve düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlardan, rubella, varisella gibi patojenlerin yol açtığı konjenital malformasyon, büyüme geriliği, ölü doğum ve

nörolojik sekellerden korumayı, yenidoğan döneminde morbidite ve mortaliteyi azaltmayı ve anneyi ise gebeliği esnasında influenza ve hepatit B gibi hastalıklardan korumayı hedefler (51).

TORCH grubu da gebelikte sekelleri olabilecek bir patojen grubu olmasına rağmen maliyet etkinlik yönüyle üzerinde durulan patojen rubelladır, diğer grup üyelerinin rutin taraması önerilmemektedir (52). Kızamıkçıkta ömür boyu hem sıvısal, hem de hücrel bağışıklık bulunmakla birlikte, nadir de olsa re-infeksiyonlar izlenebilmekte ve bu olgularda IgG düzeyinde yükselme saptanması ile tanıya gidilebilmektedir Kızamıkçık kesin tanısı için virus izolasyonu yapılmakta veya serolojik testlerle özgül kızamıkçık antikoları araştırılmaktadır. Bu amaçla ELISA, rubella IgG ve IgM antikolarının araştırılmasında yaygın olarak kullanılmaktadır (53).

Gebelik esnasında enfeksiyon riski yüksekse influenza, hepatit B, IPV gibi aşılar bazı dönemlerde özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde olmak üzere uygulanabilir, ancak uygun olan bakım şekli prekonsepsiyonel dönemde aşılanmanın bitirilmiş olmasıdır.

Türkiye’de ise, maternal neonatal tetanozu elimine etmek için 1994 yılında başlatılan Genişletilmiş Bağışıklama Programı kapsamında 15-49 yaş grubu kadınlara birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından ücretsiz olarak gebelikte iki doz ve doğum sonrası bir doz olmak üzere toplam üç doz tetanoz aşısı ile bağışıklamanın sağlanması ve daha sonra doğurganlık çağı boyunca koruyuculuk için tetanoz aşısının beş doza tamamlanması amaçlanmaktadır.

#### **2.4.1.2. Psikososyal Özgeçmiş**

##### ***Psikiyatrik değerlendirme***

Aile hekimleri hastalarını biyopsikososyal açıdan ele alır. Bu bağlamda prekonsepsiyonel bakım verirken yalnızca tıbbi değil, psikososyal değerlendirmemiz de önemlidir.

Günümüzde psikiyatrik hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalarak yaşamlarının daha büyük kısmını toplum içinde geçirmelerinin sonucu olarak, evlilik ve doğurganlık oranlarının arttığı söylenebilir.

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin aile planlamasını uygulama açısından başarılı olmaları beklenmemektedir. Hastalık komponentleri dolayısıyla gerek artmış libido gerek yeterli

bilince sahip olmamaları psikiyatrik hastalığı olan kadın hastalarda plansız gebeliklerin sık görülmesine yol açar. Bu hastalar cinsel istismara uğrayabilmeleri nedeniyle istenmeyen gebelikler ve düşük sıklığı artabilir. Psikotik özellikli depresyon ya da disosiyatif epizodları kapsayan mental hastalıklar da ebeveynlerin şiddet içerikli davranışlarına ya da cinayet işlemlerine neden olabilmektedir (54).

Yukarda bahsedilen nedenlerden de anlaşıldığı üzere şizofrenili anneler de plansız gebelikler, istenmeyen gebelikler ve düşükler sık görülür. Ölü doğum ve kürtaj yapma oranının da fazla olduğu gösterilmiştir. Yine evlilik dışı çocuk sahibi olmanın şizofreni hastalarında arttığı bildirilmektedir (55).

Bu aşamada hem aile planlaması, hem de gebelik planlayanlar için prekonsepsiyonel bakım büyük önem arz etmektedir.

Psikiyatrik hastalıklar gebelik döneminde annede bir takım biyokimyasal düzensizliklere neden olabilmektedir. Bu düzensizlikler bebeği etkilemekte ve nöroendokrin bozukluklara yol açabilmektedir. Yapılan araştırmalar stresle ilgili hormonların hamilelik döneminde anormal olarak arttığını göstermektedir. Folik asit kullanımı, hem stresle mücadelede, hem de konjenital bozuklukları önlemede kullanımı önemli ve gereklidir.

Bu olumsuzlukların yanısıra hamile annenin psikiyatrik hastalık nedeniyle olumsuz sağlık davranışları göstermesi, bebeğini ihmal etmesi ve hastalığının genetik riski nedeniyle fetüs fetal yaşamda biyolojik olarak kötü etkilenmektedir. Bu düzensizlikler daha sonraki çocukluk dönemlerinde duygusal ve davranışsal problemlerin gelişmesine neden olabilmektedir (56).

Çocukluk döneminde ise bu ortamda büyüyen çocukların sağlıklı yaşitlarına göre sosyal olarak daha geri oldukları, fiziksel sağlıklarının daha bozuk olduğu, psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığının daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca, kontraseptif kullanımı, benzdamin, inotropolar, amrinon, levodopa, lizurid, pergolid, sentetik kannabinoid reseptör agonisti gibi ilaçların kullanımı depresyon ve psikoz gibi durumlara yol açabildiği için prekonsepsiyonel bakım aşamasında önlem alınması gerekli ilaçlardandır.

## ***Sigara ve alkol bağımlılığı***

Sigaranın bırakılması yaşamın her döneminde yapılması gerekli sağlık davranışıdır. Gebelerde sigara kullanımı nikotin ve karbon monoksit içeriği ile fetüse zarar verir. Nikotin plasentadan geçer, vazokonstriksiyon ve azalmış uterin kan akımına yol açar. Karbonmonoksit de plasentadan geçer ve hemoglobine affinitesi oksijenden daha fazladır. Böylece fetal dokulara oksijen ulaşımını azaltır.

Sigara içenlerde siyanid düzeyi yükselir, siyanid hızlı bölünen hücrelere toksik bir maddedir. Yapılan çalışmalar 5- 15 dakikalık görüşmelerin sigarayı bırakma oranını %20 arttırdığını göstermektedir. Prekonsepsiyonel bakımın bir komponenti olması haricinde birinci basamak sağlık hizmeti kapsamında verilmesi oldukça kolay bir sağlık hizmetidir. Bu kapsamda çeşitli sigara bıraktırma yöntemleri mevcuttur. Nikotin replasman tedavisi, vareniklin, bupropion gibi ajanlar bu doğrultuda kullanılabilir. “5A; ask, advise, assess, assist, arrange” girişim programı sigara bırakma için önerilen müdahaleleri kapsamaktadır. Böylece hastaya sigara içme durumu sorularak kendisine sigara bırakmanın yarar ve zararları anlatılarak sigarayı bırakması önerilir. Hastanın üç ay gibi bir sürede sigarayı bırakması sağlanır, hastaya kararı doğrultusunda destek olunur ve takip edilir. Bu sayede abortus, ektopik gebelik, fetal gelişme geriliği ablasyo plasenta, preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek, ani bebek ölümü sendromu oranlarında da azalma gözlenir. Tüm bu girişimlerin gebelik oluşmadan önce yapılması önemlidir. Çünkü nikotin bağımlılığının tedavisinde kullanılan nikotin replasman ürünleri ve ilaçlar gebelikte kontrendikedir.

Prekonsepsiyonel bakımın bir komponenti de gebe adaylarında alkol tüketimini sorgulamak ve alkol alma alışkanlığı ya da bağımlılığı olanlarda gebelik oluşmadan önce gerekli müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır. Gebelikte alkol tüketimi sonucu bebekte fetal alkol sendromu ortaya çıkmaktadır. Alkolün güvenilir bir maruziyet aralığı olmadığından gebelikte alkol tüketiminden kaçınılmalıdır. Sigaranın bileşimindeki nikotinin metaboliti kotinin kanda tespit edilebilirken alkol için böyle bir gösterge mevcut değildir. Kişisel tarama programı çerçevesinde T-ACE skalası kullanılır. “T-ACE”; tolerans, annoyed, cut down, eye opener aşamaları sorgulanır. Kişinin alkole dayanıklılığı, insanların eleştirip eleştirmediğinin sorgulanması, kişinin alkölü bırakmasının gerekliliğini düşünüp düşünmediği ve güne başlarken ki içki sersemliğinden nasıl kurtulduğu sorgulanır (28).

## ***Çevresel maruziyetler***

Prekonsepsiyonel dönemde dikkat edilmesi gereken önemli faktörlerden bir tanesi de çevresel maruziyetleri fetüsten uzak tutmaktır. Bu çevresel maruziyetler; ısı, iyonize radyasyon, kurşun, kadmiyum gibi ağır metaller, organik çözücüler, pestisit ve herbisitler, anestezi gaz ve kanser ilaçları gibi etkenlerdir. Aslında sadece bu etkenler değil kişisel bakım ürünleri de kozmetik ürünler de aynı şekilde toksik ve teratojen olabilir, hatta üreme organları için dahi zarar verici olabilir. Dolayısıyla ebeveynler, yiyecek içecek tüketimine, çözücü içeren madde kullanımına ve maruz kalınan mikroçevreye dikkat etmelidir (57). Bu maruziyetlerden uzak durarak spontan abortus, preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, gelişme geriliği, konjenital malformasyonlar, karsinogenez, mikrosefali ve mental retardasyon gibi risklerden korunma sağlanabilir.

### **2.4.2. Fizik Muayene**

Bir gebe adayında prekonsepsiyonel bakımın bir komponenti tıbbi ve psikosozal öykünün alınmasından sonra ayrıntılı fizik muayenenin yapılmasıdır. Yukarıda anlatılan sistemik hastalıklar ve sistemlerin gözden geçirilmesi sonrasında endokrin ve metabolik sisteme yönelik, kardiyovasküler sisteme, reproduktif sisteme özgü muayeneler yapılır. Kişinin genel muayenesi; inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon aşamaları ile yapılır. Kişinin gebe kalmasına engel bir durumunun mevcut olup olmadığı fizik muayene ile anlaşılmaya çalışılır. Vücut kitle indeksinin hesaplanması, kan basıncının ölçümü, pelvik muayene, meme muayenesi gibi muayeneleri yapılır, gerekli tetkikler istenerek son aşamaya geçilir.

### **2.4.3. Laboratuvar Testleri**

Yukarıda değinilen öykü ve fizik muayene doğrultusunda gerekli tetkikler istenir. Sırasıyla hematolojik sisteme yönelik; hemoglobin veya hematokrit, bağışıklama taraması açısından; rubella titresi, hepatit B yüzey antijeni, sifiliz ve HIV serolojisi bakılır. Reproduktif sistem taraması açısından ise servikovajinal sürüntü, gonore ve klamidya taraması yapılır. Yüksek risk altında olduğu belirlenen kadınlar için ise tüberküloz varlığına yönelik PPD ve gerekli diğer tetkikler, TORCH grubundan toksoplazmozis, sitomegalovirus, herpes simplex, varisella bakılabilir, hemoglobinopati gibi hematolojik sistem patolojileri için özel tetkikler istenebilir.

#### 2.4.4. Risk Değerlendirmesi ve Sağlığın Geliştirilmesi

Yukarıdaki aşamaların ardından prekonsepsiyonel bakımın önemli bir komponenti risk değerlendirmesi ve sağlığın geliştirilmesidir. Değerlendirme sonucuna göre sağlığın geliştirilmesi ve gerekirse tedavi düzenleme aşamalarına geçilir. Risk değerlendirme aşaması ile değerlendirilen öncelikli alanlar “**SEBAD**” akronimi ile kolayca akılda tutulup sorgulanabilecek olan; **S**tres, **E**nfeksiyon, **B**eslenme, **A**ile içi şiddet ve **D**epresyon tespitine yönelik alanlardır. Bu alanlarda ki genel durum tespit edilerek gerekli görülen müdahaleler bu eksiklik tespitine göre yapılır.

Sağlığın geliştirilmesi için ise “**SEFEPİM**” ile kolaylıkla akılda tutulabilecek öneri ve uygulamalar mevcuttur. Bu uygulamalar; Anne Sütü ile beslenme, **E**gzersiz, **F**olat desteği, aile **P**lanlaması, **İ**stirahat ve **M**aruziyetlerdir. Bunun haricinde kişinin ihtiyaı belirlenip öykü alma kısmında belirtilen sistem gözden geçirmesi ile endokrin metabolizma hastalıkları, kardiyovasküler hastalıkların mevcudiyetinde bu tıbbi durumların yönetimi sağlanabilir, kişilere beslenme ve kilo denetimi, emzirme eğitimi, egzersiz, folat desteği, uygun bağışıklama nerileri, güvenilir aile planlaması yöntemleri, sigara, alkol ve yasadışı ilaçlardan kişinin uzaklaştırılması, genetik risklerin belirlenerek uygun danışmanlık ve tedavi verilmesi ve gerekiyorsa önlem alınması, çevresel maruziyetlerin minimalize edilmesi, anneye gebelik için sosyal destek takviyesi verilebilir.

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Tasarımı

Bu tez çalışması Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'nde yürütüldü. Araştırmanın yapısı kesitsel çalışma olarak planlandı. Araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket aracılığıyla gebelerin ve eşlerinin prekonsepsiyonel bakım alıp almama durumları ve ilişkili faktörler sorgulandı. Mart 2015 ile Mayıs 2015 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran gebelerden poliklinik sırasına göre anket formlarını doldurmaları istendi. Başvuran her hastaya prekonsepsiyonel bakım alıp almadıklarını sorgulayan sorular yöneltildi.

#### 3.2. Örneklem ve Seçimi

Çalışmanın örneklemini Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin Gebe Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya dahil edilme kriterleri olan 18-45 yaş arasında olmak, Türkçe bilmek ve okuma yazması olup çalışmaya katılmaya gönüllü olmak şartlarını taşıyan gebelerden oluşmaktaydı. Çalışmaya bu kriterleri karşılayan toplam 527 kişi katıldı.

#### 3.3. Anket Tasarımı

Ankette toplam 37 soru mevcuttu (Ek 1). Anketin ilk 24 sorusu çoktan seçmeli, sonraki 12 sorusu evet ya da hayır cevaplı sorular iken; son soru açık uçlu bir soruydu. Bu anket ile hastaların sosyodemografik bilgileri, gebelik öncesi ameliyat geçirip geçirmediği, kronik bir hastalıklarının olup olmadığı, düzenli olarak ilaç kullanıp kullanmadıkları, sigara yada alkol kullanımı, meslekleri ve ruhsal sağlık durumları, aile içi şiddet maruziyetleri, gebelik öncesi cinsel yolla bulaşan bir hastalık olup olmadığı, kişilerin soygeçmişlerinde genetik bir hastalık olup olmadığı, eşler arasında akrabalık olup olmadığı, kişinin mevcut gebeliğinden önceki obstetrik öyküsü ve başarılı bir konsepsiyonu etkilemesi yönüyle prekonsepsiyonel bakım açısından önemli bir faktör olan eşin sosyodemografik özellikleri, tütün bağımlılığı, kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü ve ailenin aylık gelir miktarı, prekonsepsiyonel bakımın gerekliliği hakkındaki görüşleri, prekonsepsiyonel bakımda babanın rolü ve aile

hekimi ya da kadın doğum doktorundan prekonsepsiyonel bakımla ilgili bilgi alıp almadığı sorgulandı.

### **3.4. Etik Onay**

Çalışmaya başlamadan önce Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Komitesi'nden onay alındı (B.30.2.ATA.0.01.00/127, 02.06.2015) (etik onay).

### **3.5. Veri Analizi ve İstatistik**

Cevaplanan anketlerden elde edilen veriler SPSS 20.0.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programına aktararak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama  $\pm$  standart sapma ve n (%) olarak verildi. Eğitim düzeyi, ilaç kullanımı, kronik hastalık varlığı gibi özelliklere göre oluşturulan gruplar arasında prekonsepsiyonel bakım alma durumu ya da prekonsepsiyonel bakımla ilgili görüşleri karşılaştırılırken Ki-kare testi kullanıldı. Ayrıca gruplar arasında doğum sayısı, düşük sayısı, gelir düzeyi gibi numerik verilerle prekonsepsiyonel bakım alma durumu ya da prekonsepsiyonel bakımla ilgili görüşleri karşılaştırılırken Student-t testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edildi.

#### 4. BULGULAR

Çalışmamıza toplam 527 gebe katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $29,9\pm 6$  yıl, eşlerinin yaş ortalaması ise  $34,1\pm 6,8$  yıl idi. Kadınların %53,1'inin (n=276) ilköğretim mezunu, eşlerinin ise %42,7'sinin (n=222) ilköğretim mezunu olduğu belirlendi. Gebelerin %85'inin (n=443) ev hanımı, eşlerinin ise %49,6'sının (n=259) profesyonel meslek sahip olduğu saptandı.

Olgularımızın ortalama gelir düzeyi  $1593\pm 1549,3$  Türk Lirası idi. Katılımcıların %15'inin (n=77) en az bir kronik hastalığı ve %13,5'inin (n=70) ilaç kullanımı varken; eşlerinin %19,7'sinin (n=102) en az bir kronik hastalığı ve %19,8'inin (n=103) ilaç kullanımı olduğu tespit edildi. Kadınların %10,3'ünün (n=53) sigara kullandığı, %0,4'ünün (n=2) alkol kullanmakta iken gebelik döneminde bıraktığı, eşlerinin ise % 49,2'sinin (n=257) sigara kullanmakta olduğu saptandı. Katılımcıların diğer özellikleri ayrıntılı olarak Tablo 2'de görülmektedir.

**Tablo 2.** Gebelerin ve eşlerinin sosyodemografik özellikleri

		Gebeler (n,%)	Eşleri (n,%)
Eğitim	Okula gitmeyen	83, (16)	19, (3,7)
	İlköğretim	276 (53,1)	222, (42,7)
	Lise	88, (16,9)	154, (29,6)
	Üniversite	73, (42)	125, (24)
Meslek	Ev hanımı/çalışmıyor	443, (85)	36, (6,9)
	Profesyonel meslek	9, (1,7)	259, (49,6)
	Diğer	69, (13,2)	227, (43,5)
İlaç kullanımı	Evet	70, (13,5)	103, (19,8)
	Hayır	447, (86,5)	418, (80,2)
Sigara kullanımı	Evet	53, (10,3)	257, (49,2)
	Hayır	428, (83,4)	222, (42,5)
	Bıraktım	32, (6,2)	43, (8,2)
Kronik hastalık	Evet	77, (15)	102, (19,7)
	Hayır	436, (85)	415, (80,3)

Katılımcıların sağlık 6zgeçmişi değerlendirildiğinde; gebelerin %33,6'sının (n=171) bir cerrahi operasyon geçirdiği, %10'unun (n=47) kendisinin ya da yakın akrabalarının en az bir 6z6rl6 çocuğu olduğu, %0,8'inin (n=4) cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirdiği, %3,1'inin (n=16) aile içi şiddete maruz kaldığı, %18'inin (n=93) doktora başvurmasını gerektirecek d6zeyde bir stres yaşadığı, %16,1'inin (n=73) mevcut gebeliğinden 6nceki obstetrik 6yk6s6nde 6l6 çocuğunun var olduğu, %14,7'sinin (n=77) eşiyle akraba olduğu, %10,4'6n6n (n=55) d6zenli egzersiz yaptığı, %51,4'6n6n (n=271) ise mevcut gebeliğinin planlı olduğu g6r6ld6 (Tablo 3).

Kadınların ortalama gebelik sayısı  $3,2\pm 2,2$ , doğum sayısı  $1,7\pm 1,7$ , d6ř6k sayısı  $0,7\pm 1$ , k6rtaj sayısı ise  $0,4\pm 0,9$  idi.

**Tablo 3.** Gebelerin sağlık 6zgeçmişi

	Evete (n,%)	Hayır (n,%)
Ameliyat olma durumu	171 (33,6)	338, (66,4)
Egzersiz yapma durumu	55, (10,7)	461, (89,3)
Stres maruziyeti	93, (18)	424, (82)
Aile içi şiddet maruziyeti	16, (3,1)	503, (96,9)
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme	4, (0,8)	516, (99,2)
6z6rl6 çocuk varlığı	47, (10)	423, (90)
Eşler arası akrabalık	77, (14,6)	446, (85,3)
Mevcut gebeliği planlı olma	271, (53,2)	238, (46,8)
6l6 çocuk varlığı	73, (16,1)	381, (83,9)

Çalışmamızda gebelerin prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve prekonsepsiyonel bakım hakkındaki g6r6şleri soruldu. Katılımcıların %45,8'inin (n=233) kendisinin , %17,7'sinin (n=89) ise eşinin gebelik 6ncesi bakım aldığı saptandı. Buna karşın gebelerin %88,8'i (n=445) kadınların gebelik 6ncesi bakım alma gerekliliği olduğunu d6ř6n6rken, eşlerinin %69,8'i (n=344) gebelik 6ncesi bakım alma gerekliliği olduğunu d6ř6nd6đ6 tespit edildi.

Gebelik 6ncesi bakım almış olan kadınların hekimleri tarafından hangi prekonsepsiyonel bakım komponentleri açısından değerlendirildiği ayrıntılı olarak sorgulandı. Buna g6re %67,7'si (n=155) başvurdukları hekimin kendilerine sigara içip içmediğini, %30,3'6 (n=70)

egzersiz yapıp yapmadığını, %52,6'sı (n=120) alkol kullanıp kullanmadığını, %28,1'i (n=65) aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığını, %41,4'ü (n=94) doktora başvuracak derecede ağır bir stres yaşayıp yaşamadığını, %28,8'i (n=66) cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirip geçirmediğini, %32,6'sı (n=73) folik asit kullanıp kullanmadığını, %15,8'i (n=36) diyet yapıp yapmadığını sorduğunu belirtti (Tablo 4).



**Tablo 4.** Hekimlerin prekonsepsiyonel bakım kapsamında gebelere yönelttiği sorular

	Evet (n,%)	Hayır (n,%)
Sigara kullanım durumu sorusunun sorulup sorulmadığı	155, (67,7)	74, (32,3)
Egzersiz durumu sorusunun sorulup sorulmadığı	70, (30,3)	161, (69,7)
Alkol kullanım sorusunun sorulup sorulmadığı	120, (52,6)	108, (47,4)
Aile içi şiddet maruziyeti sorusunun sorulup sorulmadığı	65, (28,1)	166, (71,9)
Stres maruziyeti sorusunun sorulup sorulmadığı	94, (41,4)	133, (58,6)
Cinsel yolla bulaşan hastalık sorusunun sorulup sorulmadığı	66, (28,8)	163, (71,2)
Folik asit kullanım durumu sorusunun sorulup sorulmadığı	73, (32,6)	151, (67,4)
Diyet uygulama sorusunun sorulup sorulmadığı	36, (15,8)	192, (84,2)

Prekonsepsiyonel bakım almayan kadınlara ise bakım almama nedenleri hakkındaki düşünceleri açık uçlu bir soru ile öğrenildi. Bu soruyu katılımcıların %77,7'si (n=212) bilinçsizlik, %0,4'ü (n=1) aile baskısı, %22'si (n=60) ihmal şeklinde yanıtladı.

Çalışmamızda gebeler prekonsepsiyonel dönemde taşımış oldukları riskler açısından incelendi ve yukarıda elde edilen bulgular ile prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı alma durumu karşılaştırıldı. Mevcut kronik hastalık ile prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlemlendi. Mevcut gebeliği planlı olanlarda prekonsepsiyonel bakım alma oranı anlamlı derecede yüksekti ( $p=0,00$ ). Buna göre mevcut gebeliği planlı olanların %56,2'si (n=149) prekonsepsiyonel bakım almıştı. Ayrıca kronik hastalığı olan gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma oranı da anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,01$ ). Eşinin kronik hastalığı olan gebelerin de prekonsepsiyonel bakım alma oranı anlamlı derecede düşük bulundu ( $p=0,01$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5.** Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-1

		Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu		P
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu	Evet	149, (56,2)	116, (43,8)	<i>p=0,00</i>
	Hayır	76, (33,2)	153, (66,8)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	26, (33,8)	51, (66,2)	<i>p=0,01</i>
	Hayır	198, (47,4)	220, (52,6)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	32, (47,1)	36, (52,9)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	194, (44,9)	238, (55,1)	
Ameliyat olma durumu	Evet	78, (47)	88, (53)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	145, (44,6)	180, (55,4)	
Sigara kullanma durumu	Evet	17, (32,7)	35, (67,3)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	193, (46,6)	221, (53,4)	
	Bıraktım	18, (58,1)	13, (41,9)	
Alkol kullanma durumu	Evet	0	0	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	228, (45,5)	273, (54,5)	
	Bıraktım	2, (100)	0	
Egzersiz yapma durumu	Evet	26, (48,1)	28, (51,9)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	201, (45,2)	244, (54,8)	
Stres maruziyeti	Evet	42, (47,7)	46, (52,3)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	187, (45,3)	226, (54,7)	
Aile içi şiddet maruziyeti	Evet	5, (31,2)	11, (68,8)	<i>p&gt;0,05</i>

	Hayır	223,(46)	262, (54)	
Cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme durumu	Evet	2, (50)	2 , (50)	$p>0,05$
	Hayır	228, (45,8)	270, (54,2)	
Özürlü çocuk varlığı	Evet	20, (42,6)	27, (57,4)	$p>0,05$
	Hayır	189, (46,1)	221, (53,9)	
Eşler arası akrabalık	Evet	36, (47,4)	40, (52,6)	$p>0,05$
	Hayır	195, (45,5)	234, (54,5)	
Ölü çocuk varlığı	Evet	32, (44,4)	40, (55,6)	$p>0,05$
	Hayır	168, (45,5)	201, (54,5)	
Eşin ilaç kullanımı	Evet	36, (36,7)	62, (63,3)	$p>0,05$
	Hayır	191,(47,2)	214, (52,8)	
Eşin sigara kullanımı	İçiyor	108, (43,4)	141, (56,6)	$p>0,05$
	İçmiyor	104, (48,6)	110, (51,4)	
	Bıraktı	18, (43,9)	23, (56,1)	
Eşin kronik hastalığı	Evet	34, (34,7)	64, (65,3)	$p=0,01$
	Hayır	193, (48,1)	208, (51,9)	
Kadınların gebelik öncesi bakım alma gerekliliği durumu düşüncesi	Evet	216, (48,5)	229, (51,5)	$p=0,00$
Erkeklerin gebelik öncesi bakım alma gerekliliği durumu düşüncesi	Hayır	15, (26,8)	41, (73,2)	
Eşin prekonsepsiyonel bakım alma durumu	Evet	169, (49,1)	175, (50,9)	$p=0,00$
	Hayır	55, (36,9)	94, (63,1)	
	Evet	89, (100)	0	$p=0,00$
	Hayır	139, (33,5)	276, (66,5)	

Gerek gebenin gerekse eşlerin eğitim ve meslek gibi diğer sosyodemografik özellikleri ile prekonsepsiyonel bakım alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ( $p>0,05$ ). Verilerin ayrıntıları Tablo 6 ve Tablo 7’de görülmektedir.

**Tablo 6 .** Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-2

		Prekonsepsiyonel bakım alma durumu		P
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Gebe eğitim düzeyi	Okula gitmedim	39, (49,4)	40, (50,6)	
	İlköğretim	115, (43,6)	149, (56,4)	
	Lise	42, (48,8)	44, (51,2)	
	Üniversite	35, (47,9)	38, (52,1)	
Eş eğitim düzeyi	Okur yazar değil	12, (66,7)	6, (33,3)	$p>0,05$
	İlköğretim	91, (42,5)	123, (57,5)	
	Lise	74, (49,3)	76, (50,7)	
	Üniversite	53, (43,8)	68, (56,2)	

**Tablo 7.** Prekonsepsiyonel bakım alma durumunu etkileyen faktörler-3

		Prekonsepsiyonel bakım alma Durumu		Toplam (n)	p
		Evet (n)	Hayır (n)		
Eşinin mesleği	Profesyonel meslek	114, (45,4)	137, (54,6)	251	p>0,05
	Çalışmıyor	19, (54,3)	16, (45,7)	35	
	Diğer	96, (43,8)	123, (56,2)	219	
Gebenin mesleği	Ev hanımı	195, (45,8)	231, (54,2)	426	p>0,05
	Profesyonel meslek	4, (44,4)	5, (55,6)	9	
	Diğer	32, (47,1)	36, (52,9)	68	

Katılımcılar gebelik, doğum, düşük ve küretaj sayıları ile yaş ortalamaları, eşlerinin yaş ortalamaları ve aylık gelir düzeyleri ortalamaları ile prekonsepsiyonel bakım alma durumları açısından karşılaştırıldı. Gebelik sayısı ve doğum sayısı ile prekonsepsiyonel bakım alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptandı. Buna göre gebelik sayısı ve doğum sayısı yüksek olanların prekonsepsiyonel bakım alma oranları daha azdı ( $p=0,02$ ,  $p=0,03$ ). Diğer faktörlerle ise prekonsepsiyonel bakım alma arasında anlamlı bir ilişki gözlenmedi ( $p>0,05$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8.** Prekonsepsiyonel bakım almayı etkileyen faktörler-4

	Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumu		P
	Evet (ortalama±SS)	Hayır (ortalama±SS)	
Gebelik sayısı	2,9±2	3,5±2,5	0,02
Doğum sayısı	1,1±1,4	1,6±1,6	0,004
Düşük sayısı	0,4±0,9	0,5±0,9	>0,05
Küretaj sayısı	0,3±0,7	0,3±0,9	>0,05
Gebe yaşı (yıl)	30±6	30±6	>0,05
Eş yaşı (yıl)	33,7±5,9	35±7,5	>0,05
Aylık gelir (Türk Lirası)	1705,9±1671,4	1747±1651,9	>0,05

Çalışmamıza katılan gebe kadınların %88,8'inin (n=445) kadınlar için prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık almayı gerekli gördüğü, %69,8'inin (n=344) ise eşlerin de prekonsepsiyonel dönemde bakım danışmanlığı almasını gerekli gördüğü tespit edildi. Karşılaştırma yapıldığında ise prekonsepsiyonel bakım alma oranları ile prekonsepsiyonel dönem danışmanlığını gerekli görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı. Prekonsepsiyonel dönemde bakım almanın gerekli olduğunu düşünen gebelerin %48,5'inin (n=216) kendisinin prekonsepsiyonel bakım danışmanlığı aldığı, %19,2'sinin (n=85) ise eşinin prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı görüldü. Eşi prekonsepsiyonel bakım almış olan gebelerin tamamının prekonsepsiyonel bakım aldığı görüldü. Kadınların prekonsepsiyonel dönemde bakım almasının gerekli olduğunu düşünen gebelerin ve eşlerinin eğitim durumları ve meslek profilleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05). Diğer ayrıntılar Tablo 9 ve 10'da görülmektedir.

**Tablo 9.** Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-1

Kadınların gebelik öncesi bakım alma gerekliliğini düşünme durumu		n	Ortalama±SS	P
Gebenin yaşı (yıl)	Evet	420	29,9±6,0	p>0,05
	Hayır	51	30,1±6,1	
Eşinin yaşı (yıl)	Evet	432	34,16±6,9	p>0,05
	Hayır	53	33,81±6,5	
Gebelik sayısı	Evet	386	3,2±2,2	p>0,05
	Hayır	49	3±2,2	
Doğum sayısı	Evet	370	1,6±1,7	p>0,05
	Hayır	44	1,7±1,5	
Düşük sayısı	Evet	294	0,7±0,9	p>0,05
	Hayır	30	0,6±1	
Küretaj sayısı	Evet	243	0,4±0,9	p>0,05
	Hayır	28	0,4±0,9	
Aylık gelir (TL)	Evet	350	1634,7±1619	p>0,05
	Hayır	42	1398±1014,5	

**Tablo 10.** Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-2

		Kadınların Gebelik Öncesi Prekonsepsiyonel Bakım Alma gerekliliğini düşünme durumu		p
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Gebenin kronik hastalık varlığı	Evet	73 , (94,8)	4, (5,2)	<i>p=0,04</i>
	Hayır	361, (87,6)	51, (12,4)	
Eşin kronik hastalık varlığı	Evet	81, (85,3)	14, (14,7)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	356, (89,7)	41, (10,3)	
Ameliyat olma durumu	Evet	149, (89,8)	17, (10,2)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	284, (88,2)	38, (11,8)	
Gebenin ilaç kullanma durumu	Evet	63, (94)	4, (6)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	375, (87,8)	52, (12,2)	
Gebenin sigara kullanma durumu	Evet	48, (96)	2, (4)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	363, (88,3)	48, (11,7)	
	Biraktım	28, (90,3)	3, (9,7)	
Gebenin alkol kullanım durumu	Evet	0	0	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	439, (88,9)	55, (11,1)	
	Biraktım	1, (50)	1, (50)	
Gebenin egzersiz yapma durumu	Evet	50, (92,6)	4, (7,4)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	388, (88,4)	51, (11,6)	
Gebenin stres maruziyeti	Evet	81, (94,2)	5, (5,8)	<i>p=0,04</i>
	Hayır	357, (87,5)	51, (12,5)	
Aile içi şiddet maruziyeti	Evet	15, (93,8)	1, (6,2)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	425, (88,7)	54, (11,3)	
Cinsel yolla bulaşan hastalık durumu	Evet	4, (100)	0	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	436, (88,6)	56, (11,4)	
Özürlü çocuğu olma durumu	Evet	40, (85,1)	7, (14,9)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	364, (90,1)	40, (9,9)	
Eşler arası akrabalık durumu	Evet	64, (86,5)	10, (13,5)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	377, (89,1)	46, (10,9)	
Mevcut gebeliğin planlı olma durumu	Evet	230, (88,5)	30, (11,5)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	203, (89,8)	23, (10,2)	
Ölü çocuğu olma durumu	Evet	65, (90,3)	7, (9,7)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	323, (89,2)	39, (10,8)	
Eşin sigara kullanma durumu	Evet	226, (91,9)	20, (8,1)	<i>p=0,01</i>

Eşin ilaç kullanma durumu	Hayır	176, (83,8)	34, (16,2)	$p>0,05$
	Bıraktım	39, (95,1)	2, (4,9)	
	Evet	81, (85,3)	14, (14,7)	
	Hayır	359, (89,5)	42, (10,5)	
Erkeklerin gebelik öncesi bakım alma gerekliliği durumu düşüncesi	Evet	336, (98,5)	5, (1,5)	$p=0,00$
	Hayır	99, (66,4)	50, (33,6)	
Eşin prekonsepsiyonel bakım alma durumu	Evet	85, (95,5)	4, (4,5)	$p=0,02$
	Hayır	357, (87,5)	51, (12,5)	
Gebenin prekonsepsiyonel bakım almış olma durumu	Evet	216, (93,5)	15, (6,5)	$p=0,001$
	Hayır	229, (84,8)	41, (15,2)	

---

**Tablo 11.** Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-3

		Kadınların Gebelik Öncesi Prekonsepsiyonel Bakım Alma gerekliliğini düşünme durumu		P
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Gebe eğitim düzeyi	Okula gitmedim	72, (92,3)	6, (7,7)	p>0,05
	İlköğretim	228, (87,7)	32, (12,3)	
	Lise	75, (90,4)	8, (9,6)	
	Üniversite	65, (89)	8, (42)	
Eş eğitim düzeyi	Okur yazar değil	18, (100)	0	p>0,05
	İlköğretim	194, (92,4)	16, (7,6)	
	Lise	127, (85,2)	22, (14,8)	
	Üniversite	104, (87,4)	15, (12,6)	

**Tablo 12.** Kadınların prekonsepsiyonel bakım almasının gerekli olduğunu düşünme durumunu etkileyen faktörler-4

		Kadınların Gebelik Öncesi Prekonsepsiyonel Bakım Alma gerekliliğini düşünme durumu		Toplam (n)	p
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)		
Eşinin mesleği	Profesyonel meslek	221, (89,5)	26, (10,5)	251	p>0,05
	Çalışmıyor	29, (85,3)	5, (14,7)	35	
	Diğer	192, (88,9)	24, (11,1)	219	
Gebenin mesleği	Ev hanımı	372, (88,8)	47, (11,2)	426	p>0,05
	Profesyonel meslek	7, (77,8)	2, (22,2)	9	
	Diğer	61, (91)	6, (9)	68	

Mevcut gebelikleri planlı olan çiftlerin %74,1'inin (n=63) prekonsepsiyonel bakım aldığı tespit edildi. Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler prekonsepsiyonel bakımı dolaylı olarak etkileyeceğinden ayrıca istatistiksel analize tabi tutuldu. Buna göre mevcut gebeliğin planlı olma durumu ile gebe ve eşinin prekonsepsiyonel bakım alma durumu, gebenin ve eşinin eğitim durumu, gebenin meslek durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo13,14,15).

Çiftlerin eğitim düzeyinin artışı ile gebeliklerinin planlı olma oranlarının arttığı saptandı. Katılımcıların mesleklerinin profesyonelleşmesi ile gebeliklerinin planlı olma oranlarının da arttığı tespit edildi (Tablo 15).

**Tablo 13.** Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-1

		Mevcut gebeliğin planlı olma		P
		Durumu		
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)	
Eşin prekonsepsiyonel danışmanlık alması	Evet	63, (74,1)	22, (25,9)	<i>p=0,00</i>
	Hayır	200, (49,4)	205, (50,6)	
Kronik hastalık varlığı	Evet	37, (48,1)	40, (51,9)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	226, (53,8)	194, (46,2)	
Düzenli ilaç kullanımı	Evet	37, (53,6)	32, (46,4)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	228, (53)	202, (47)	
Ameliyat olma durumu	Evet	91, (56,2)	71, (43,8)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	174, (52,6)	157, (47,4)	
Sigara kullanma	Evet	31, (60,8)	20, (39,2)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	223, (53,9)	191, (46,1)	
	Bıraktım	12, (38,7)	19, (61,3)	
Alkol kullanma	Evet	0	0	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	268, (53,4)	234, (46,6)	
	Bıraktım	1, (50)	1, (50)	
Egzersiz yapma	Evet	29, (53,7)	25, (46,3)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	239, (53,6)	207, (46,4)	
Stres maruziyeti	Evet	43, (47,3)	48, (52,7)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	224, (54,8)	185, (45,2)	
Aile içi şiddet maruziyeti	Evet	7, (43,8)	9, (56,2)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	261, (53,8)	224, (46,2)	
Cinsel yolla bulaşan hastalık varlığı	Evet	2, (50)	2, (50)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	267, (53,6)	231, (46,4)	
Özürlü çocuk varlığı	Evet	25, (53,2)	22, (46,8)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	218, (53,4)	190, (46,6)	
Eşler arası akrabalık	Evet	44, (58,7)	31, (41,3)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	226, (52,6)	204, (47,4)	
Ölü çocuk öyküsü	Evet	31, (43,7)	40, (56,3)	<i>p&gt;0,05</i>
	Hayır	203, (54,6)	169, (45,4)	

**Tablo 14.** Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-2

		Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		Toplam	P
		Evet (n,%)	Hayır(n,%)		
Gebe eğitim düzeyi	Okula gitmedim	36, (44,4)	45, (55,6)	81	<i>0,004</i>
	İlköğretim	132, (50)	132, (50)	264	
	Lise	49, (57,6)	36, (42,4)	85	
	Üniversite	51, (70,8)	21, (29,2)	72	
Eş eğitim düzeyi	Okur yazar değil	10, (55,6)	8, (44,4)	18	<i>0,003</i>
	İlköğretim	93, (43,7)	120, (56,3)	213	
	Lise	87, (58,4)	62, (41,6)	149	
	Üniversite	77, (62,6)	46, (37,4)	123	

**Tablo 15.** Mevcut gebeliğin planlı olma durumunu etkileyen faktörler-3

		Mevcut gebeliğin planlı olma durumu		Toplam	P
		Evet (n,%)	Hayır (n,%)		
Gebe meslek	Ev hanımı	220, (51,2)	210, (48,8)	430	<i>0,012</i>
	Profesyonel meslek	2, (28,6)	5, (71,4)	7	
	Diğer	46, (68,7)	21, (31,3)	67	
Eş meslek	Profesyonel meslek	126(50,4)	124, (49,6)	250	>0,05
	Çalışmıyor	14(42)	21, (60)	35	
	Diğer	129(58,6)	91, (41,4)	220	

## 5. TARTIŞMA

Ana çocuk sağlığı birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında önemli bir yere sahiptir, çünkü özellikle gebelik dönemi kadın hayatını biyopsikososyal olarak etkileyen tıbbi bakım ve destek gerektiren aile yaşam döngüsünde yaşanan karmaşık ve doğal bir süreçtir. Bu süreç normal bir evre olmasına karşın çocukların %10-20'si, gebelerin ise %20-30'u risk grubu içinde yer almaktadır (58). Bu risklerin azaltılmasında prenatal/antenatal bakım yetersiz kalmaktadır. Dolayısıyla reproduktif dönemdeki her kadının prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı alması gereklidir. Böylece temelde maternal ve fetal sağlığı tehdit eden riskler kontrol altına alınıp önlenir.

Bu çalışmada katılımcı gebelerin yarıya yakını, eşlerinin ise çok daha az bir kısmı prekonsepsiyonel bakım almıştı. Eşlerin prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı almasını etkileyen çeşitli faktörler olabilir. Daha önce yapılan çalışmalara bakıldığında çiftlerin infertilite ya da riskli gebelik deneyimi nedeniyle gebelik öncesi danışmanlık aldıkları görülmüştü (59). Çalışmamızda prekonsepsiyonel bakım alan gebelerin ve eşlerinin çeşitli özellikleri analiz edildiğinde çiftlerin prekonsepsiyonel bakım alması ile bu özellikler arasında indirekt bir ilişki olduğu görüldü. Oklahoma'da yapılan bir çalışma gebelerin özellikleri ve mevcut gebeliklerinin planlı olma oranı dahil çoğu özellikleriyle bizim bulgularımızla örtüşmektedir (60). Yale Üniversitesi'nin prekonsepsiyonel dönem açısından eşlerin özelliklerini ve gebelik açısından sperm bankasını incelediği bir çalışmada prekonsepsiyonel bakım almış erkeklerin sperm kalitesinin yüksek olduğu ve gebelik için en çok bu spermelerin tercih edildiği tespit edilmiştir (61). Mevcut gebeliği planlı olan çiftlerin çoğu prekonsepsiyonel bakım almıştı. Ayrıca prekonsepsiyonel bakım için hekime başvuran eşlerin eğitim düzeyleri almayanlara göre daha yüksekti ve profesyonel meslek sahibiydiler. Eğitim düzeyinin artması ile çiftlerin gebelikten korunma yöntemlerini doğru uygulamaları ilişkili idi. Aile planlaması yöntemlerini doğru uygulayan kişilerin gebeliklerini planlamalarını ve oluşabilecek riskleri önlemek için prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı alacaklarını öngörmek zor değildir. Çalışma grubumuzu incelediğimizde yaş ortalamasının TNSA 2013 yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek düzeye eriştiği 25-29 yaş grubu ortalaması ile uyumlu olduğu görüldü. Dolayısıyla bu yaş grubu kadınların gebelik düşünüp düşünmediğine bakılmaksızın prekonsepsiyonel bakım için aday olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde bakım almış olan gebelerin çoğunluğunun sigarayı ve alkolü bıraktığı ve sigarayı bırakanların da çoğunun üniversite mezunu olduğu görüldü. Eğitim düzeyinin artmış olması gebeliği ve fetusu alkol ve sigaranın olumsuz etkilerinden korumaktadır. Arslan ve arkadaşları ile Czeizel tarafından yapılan çalışmalardaki bulgular bizim bulgularımızla benzerdir. Arslan ve arkadaşlarının çalışmasında anne adaylarının %17'sinin, eşlerinin ise %57'sinin sigara kullanımı olduğu tespit edilmiş bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Czeizel tarafından yapılan çalışmada ise prekonsepsiyonel danışmanlık sonrasında kadınların %10'unun sigarayı bıraktığı, %0,2'sinin alkol kullanımını bıraktığı gözlenmiş ve bizim çalışmamızda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (58).

Çalışmamızda çiftlerin az bir kısmında diyabet, astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve hipertansiyon gibi kronik bir hastalık mevcuttu. Bu çiftlerin mevcut gebelikleri planlı değildi. Ayrıca çiftlere hastalıkları dolayısıyla herhangi bir danışmanlık alıp almadıkları sorulduğunda görüldü ki, gebelerin üçte biri prekonsepsiyonel bakım almıştı. Prekonsepsiyonel bakım alımı ve kronik hastalık mevcudiyeti arasında negatif bir ilişki vardı. Herhangi bir kronik hastalığı olmayan gebelerin ise mevcut gebelikleri planlı değildi ve prekonsepsiyonel bakım alma oranları hastalığı olanlardan daha fazlaydı. Amerika'da hastalık önleme merkezinin yaptığı prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bir panelde 2002 yılında 18-44 yaş arası kadınların %6'sının astım %3'ünün kardiyak bir hastalık, %9'unun diyabet ve %1'inin tiroid ile ilgili bir kronik hastalığı olduğu ancak bunlara rağmen gebelik planı yapmadan gebe kaldıkları ve riskli davranışlarını sürdürdüklerine ilişkin çalışmalar rapor edilmiştir ve çalışmamıza benzer sonuçlar yayınlanmıştır (62). Kronik bir hastalığı var olan gebelerin daha az prekonsepsiyonel bakım almalarını gebelik planının olmadığına ve bu nedenle istemsiz gebeliklerin meydana gelmesine bağlayabiliriz. Burada gebelerden ziyade, onların kronik hastalıklarının varlığını bilen hekimlerin gebelik ve aile planlaması konusunda gebelere destek vermesi ve yeterli derecede bilgilendirmesi gereklidir. Ancak bu sayede gerek mevcut kronik hastalığın komplikasyonlarından gerekse buna yönelik kullanılan ilacın fetal etkilerinden korunma mümkün olabilir.

Çalışmamızda gebeler egzersiz ve fiziksel aktivite durumu açısından incelendiğinde yarıdan çok daha azının fiziksel aktivite yaptığı görüldü. Fiziksel aktivite yapan bireylerin yaş ortalaması çalışmamızın yaş ortalaması ile uyumlu olmakla birlikte aynı grup prekonsepsiyonel bakım almıştır ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. Daha önce yapılan yaklaşık yüzbinin üzerinde gebe olmayan kadının prekonsepsiyonel dönemdeki

gebeliği etkileyecek organik ve davranışsal risk faktörlerini araştıran PRAMS ve BRFSS çalışmasında da katılımcıların yarısından fazlası fiziksel aktivite yapmaktaydı (63). Toplumlarda fiziksel aktivite durumu yaşam stilinin bir parçasıdır. Bu nedenle sosyo-entellektüel ve kültürel açılardan farklılık göstermektedir. Kaldı ki çalışmamızın örneklem grubu olan Doğu Anadolu Bölgesi'nde yaşayan bireylerin yaşam tarzı batıda yaşayan bireylerden farklıdır.

Çalışmamızda katılımcılar daha önce geçirmiş oldukları stres durumu açısından analiz edildiğinde gebelerin yarıdan daha azı hekime başvuracak kadar ağır bir stres geçirmişti. Prekonsepsiyonel bakım almış olan gebelerin ise yarıya yakını hekime başvuracak kadar ağır bir stres yaşamıştı. Bu gebelerin prekonsepsiyonel dönemde yakalanması ile gerekli tedavilerin gebelik öncesinde düzenlenmesi gebe adayını gebelik döneminde değişen hormon dengelerinin kişinin ruhsal sağlığını tehlikeye sokmasını ve çoğu teratojen olan ilaçların gebelik döneminde kullanımını önleyebilir.

Çalışmamızda değerlendirdiğimiz bir başka parametre katılımcıların aile içi şiddet mağduriyetleri idi. Gebelerin çok az bir kısmı aile içi şiddete maruz kalmıştı. TNSA 2013 verileri ile oranlarımız karşılaştırıldığında benzer sonuçlar elde edilmişti. Şiddet görmüş olan kadınların eğitim düzeylerinin hemen hemen tamamı ilköğretim iken; eşleri ilköğretim ve lise mezunu idi. Ancak aile içi şiddete maruziyet ile eğitim düzeyi arasında doğrudan bir ilişki yoktu. Aile içi şiddete maruz kalan gebelerin mesleklerine bakıldığında hemen hemen tamamı ev hanımı eşleri ise profesyonel meslek sahibiydi. Prekonsepsiyonel bakım alan gebelerin yarıya yakını aile içi şiddet görmüştü. Aile içi şiddetin gerek fiziksel gerek ruhsal etkilerini önlemek için prekonsepsiyonel dönemde mutlaka hekimler tarafından sorgulanması ve maruziyetinin ortadan kaldırılmasına yönelik müdahalelerin yapılması önemlidir.

Çalışmaya katılan gebelerin mevcut gebeliklerinden önceki jinekolojik ve obstetrik öykü analiz edildiğinde, gebelerin yok denecek kadar az bir kısmı cinsel yolla bulaşan bir hastalık geçirmişti. Arslan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada cinsel yolla bulaşan hastalık geçirme oranı oldukça fazlaydı (58). Gebelerin sosyal ve ahlaki değerleri yüzünden geçirdikleri enfeksiyonu sakladıkları düşünülebilir. Katılımcıların yarısından daha azında mevcut gebeliğinden önce ya da yakın akrabalarında özürlü çocuk doğurma hikayesi vardı. Özürlü çocuk doğurma öyküsünün meslek ya da yaşla bağlantısı görülmezken, büyük kısmının ilköğretim mezunu olduğu dikkat çekiyordu. Bakıldığında ilköğretim mezunu olanlar gebeliklerini planlamadığından ve gebeliklerinin planlamayanların da daha az prekonsepsiyonel bakım aldığı görüldüğünden, bu sonuç normal karşılanabilir.

Çalışmamızda gebelerin yarısından daha azında eşler arası akrabalık mevcuttu. Eşler arası akrabalığı mevcut olan katılımcıların büyük çoğunluğu ilköğretim mezunuydu. Ancak gebelerin yaşı, eğitim düzeyi ya da meslek profilleri ile eşler arası akrabalık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu. Akrabalığı olan gebelerin çoğunluğu ilköğretim mezunu idi ve ilköğretim mezunu olan gebelerin çoğunluğunun mevcut gebelikleri planlı değildi. Planlama yapmayan gebelerin prekonsepsiyonel bakım alma oranları düşük olduğundan akrabalık gibi genetik hastalıklar açısından risk oluşturabilecek bir durum göz ardı edilmemeli ve kişilerin taşıyıcı olabilecekleri göz önünde bulundurularak prekonsepsiyonel bakım verilmelidir.

Çalışmamıza katılan gebelerin yarısından fazlasının gebelikleri planlıydı. Mevcut gebeliği planlı olan çiftler analiz edildiğinde gebelerin ve eşlerinin hemen hemen tamamı prekonsepsiyonel bakım almıştı. Buradan anlaşılacağı üzere gebeliğini planlayan çiftler prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı almaktadır. Eğitim düzeyi yüksek çiftler ve mesleği profesyonel olan gebeler aile planlamasına daha fazla önem vermişti ve buna bağlı olarak prekonsepsiyonel bakımı, diğer katılımcılara göre daha fazla almıştı. Dolayısıyla hekim dahil tüm sağlık personelinin anne ve çocuk sağlığı yüksek bir toplum için evli çiftlere prekonsepsiyonel bakımın önemini kavratması gereklidir.

Çalışmamızda katılımcılar gebelik ve doğum sayıları açısından analiz edildi. Gebelik ve doğum sayısı arttıkça katılımcıların prekonsepsiyonel bakım alma ve mevcut gebeliklerinin planlı olma durumunu azalmıştı. Bu azalma gebeliklerin plansız olması ile doğrudan ilişkilidir. TNSA 2013 verileri de bu gerçeği gözler önüne sermekte ve bulgularımızı desteklemektedir (64). Ülkemizde kadınların istenen gebelik sayısı ortalaması 1,9 iken; toplam doğurganlık hızı 2,3 olarak saptanmıştır. Bu oran çalışmamızı yürüttüğümüz Doğu Anadolu Bölgesi'nde değişmekte ve istenen gebelik sayısı ortalaması 2,5 iken; toplam doğurganlık hızı 3,4 olarak görülmektedir. Bu veriler bizim verilerimizle de benzerdir. Çalışmamızda düşük ve küretaj sayısı analiz edildiğinde bu oran çok düşük çıkmakla birlikte prekonsepsiyonel bakım ya da mevcut gebeliğin planlı olması arasında bir ilişki yoktu. Obstetrik öykülerinde daha önce ölü çocuk öyküsü olan gebelerin yarıya yakını prekonsepsiyonel bakım almıştı ve gebelikleri planlıydı. Eşlerin böyle bir deneyimden sonra aynı üzüntü ve kederi deneyimlememek için prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı alması olağandır.

Çalışmamıza katılan gebelerin eşleri analiz edildiğinde sigara kullanan, kronik bir hastalığı olan ve düzenli ilaç kullanan çiftlerin mevcut gebelikleri planlı değildi ve prekonsepsiyonel

bakım almamışlardı. Bu çiftlerin aile planlaması uygulamadıkları ve gebeliğin beklenmeyen hatta belki de istenmeyen plansız bir gebelik olduğunu görülmekteydi. Prekonsepsiyonel bakımın en önemli ayağı çiftlerin önlerindeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmak isteyip istemediklerine karar vermeleridir. Dolayısıyla gebeliklerin planlı olması prekonsepsiyonel bakım almayı kolaylaştırmaktadır. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında kronik hastalığı olan ve sigara içen çiftlerin prekonsepsiyonel bakım açısından daha yakın takibi gerekmekte olduğu görülmektedir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu; çiftlerin her ikisinin de prekonsepsiyonel bakım alması gerekliliğini düşünürken çiftlerin ancak yarısının prekonsepsiyonel bakım aldığı görülmektedir. Arslan ve arkadaşları bu oranı daha da düşük bulmuştur. Arslan ve arkadaşlarının çalışma gruplarındaki katılımcı çiftlerin eğitim düzeylerinin bizim çalışma grubumuzdaki katılımcılardan daha düşük olduğu görülmektedir. Dolayısıyla daha önce de belirttiğimiz gibi eğitim düzeyinin düşüklüğüne paralel olarak prekonsepsiyonel bakım alımının azalması karşımıza çıkmıştır.

Bu çalışmada prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı alan gebelere, başvurdukları hekim tarafından prekonsepsiyonel bakımın temel komponentleri olan başlıklardan hangileri hakkında değerlendirme yapıldığı soruldu. Buna göre çiftlerin büyük çoğunluğu kendilerine sigara ya da alkol kullanıp kullanmadığı sorusunun sorulduğunu belirtirken; egzersiz yapıp yapmadığı sorusunun, aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığı sorusunun, cinsel yolla bulaşan hastalık geçirip geçirmediikleri sorusunun, folik asit kullanıp kullanmadıkları sorusunun daha düşük oranlarda sorulduğu görüldü. En düşük oranda ise gebelere diyetle ilgili sorgulamanın yapıldığı kaydedildi. Bu değerlendirmelerin yapılmadığı çiftler, prekonsepsiyonel dönem danışmanlığının bu komponentleri açısından bilgilendirilmemiş ve yeterli hizmet alımı gerçekleşmemiştir. Sigara ve alkol sorusunun çoğunlukla sorulmuş olması özellikle fetal malformasyonlardan koruyucu olması açısından önemli olsa da diğer komponentler olmadan eksik olduğu görülmektedir. Gebelerin diyetlerinin ya da fiziksel aktivitelerinin sorgulandığı sorunun çiftlere çok az sorulduğu görülmektedir. Sağlıklı beslenme ve yeterli düzeyde fiziksel aktivite anne çocuk sağlığı üzerine olan olumlu etkileri ile sağlıklı bir gebelik geçirmek için gereklidir. Katılımcılara gebelik öncesi folik asit kullanımı ile ilgili yapılan bilgilendirme ve verilen hizmet de bu çalışmada yeterli bulunmamıştır. Nitekim Danimarka'da yapılan 7 yıllık bir çalışma sonucunda da gebelik öncesinde folik asit alımının düşük olduğu gösterilmiştir. Özellikle eğitim düzeyi düşük ve plansız gebelik riski olan gruplarda prekonsepsiyonel bakım sırasında folik asit desteği daha da önem arz etmektedir. Etkin folik asit desteği ile nöral tüp defektinin önlenebileceği bilinmektedir (65).

Çiftlerin birlikte prekonsepsiyonel bakım alması önemlidir. Böylece baba adayları da sürece dahil edilerek sağlıklı bir gebelik için gerekli şartların oluşturulması kolaylaştırılacaktır. Bireyler prekonsepsiyonel dönemde çocuklarının sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek faktörler ve gerekli sağlık hizmetini nereden alacakları konusunda bilgilendirilmiş olacaktırdır. Aile planlaması gibi uygulamalarda kadın yalnız kalmayacak ve istenilmeyen plansız gebeliklerin de önüne geçilebilecektir. Daha önce yapılan prekonsepsiyonel bakımla ilgili çalışmalar daha çok kadınları ele alırken; bizim çalışmamız prekonsepsiyonel bakım açısından erkekleri de ele alması yönüyle farklıdır. Nitekim çalışmamızda erkeklerin prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık hizmetlerine dahil edilme oranlarının çok düşük olduğu görülmüştür. Hekimler prekonsepsiyonel bakım verirken erkekleri de sürece dahil etmelidir.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz veriler gösteriyorki, hekimlerin prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti konusunda bilgisi ve uygulaması yeterli değildir. Dolayısıyla bu konuya daha fazla dikkat çekilmesi gerekmektedir. Özellikle bütüncül ve koruyucu sağlık hizmeti ilkesi olan aile hekimliğinde prekonsepsiyonel bakım daha da önemlidir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Prekonsepsiyonel bakım, kadını gebelik sürecine hazırlayıp, süreci ve bebek sağlığını olumsuz etkileyebilecek risk faktörlerini en aza indirmeyi hedefler. Etkin bir prekonsepsiyonel bakım uygulaması ana çocuk sağlığının iyileştirilmesini sağlayacak en önemli koruyucu sağlık hizmetlerinden biridir. Bu uygulamaların yapılabilmesi hekimleri prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı vermeye teşvik etmek ve kadınları bu süreçle ilgili eğitmekle mümkündür. Bu bağlamda; aile planlaması kapsamında gebeliklerin arasının açılması, gebelikten korunmak için yöntemler kullanmak, nöral tüp defekti gibi diğer anomalilerin önlenmesi için folik asit kullanımının teşvik edilmesi, gebelikte şiddetli geçebileceği öngörülen enfeksiyonlara karşı kadınları aşılama, genetik danışmanlık hizmetinin doğru bir şekilde verilmesi, çeşitli kronik hastalık mevcudiyetinde gerekli önlemlerin alınması ve ilaç kullanımının ayarlanması, teratojen olabilecek ilaçların tespiti ve değiştirilmesi, çevresel maruziyetlerin tespit edilerek teratojen olabilecek olanların önlenmesi ya da ortadan kaldırılması, kişilerin psikososyal risklere karşı sosyal destek alabilecekleri birimlere yönlendirilmesi, beslenme ve fiziksel aktivitenin artırılması yoluyla ideal kilonun korunmasına teşvik edilmesi, tütün ve alkol bağımlılığı gibi durumlarda bu maddelerin bırakılmasına teşvik edilmesi gibi bir seri uygulamalarla prekonsepsiyonel dönem danışmanlığı verilmesi mümkündür. Tüm bu uygulama ve değerlendirmelerin hayata geçebilmesi için öncelikle hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde prekonsepsiyonel bakımla ilgili yeterli bilgi ve beceri düzeyine ulaştırılması gerekmektedir. Özellikle aile hekimliği uygulamalarında prekonsepsiyonel bakımın ön plana çıkması ve etkin uygulanması toplum sağlığı açısından daha da önemlidir. Bu bağlamda bu çalışmada da görüldüğü gibi aile hekimlerinin özellikle eğitim düzeyi düşük, kronik hastalığı olan, plansız gebelik oranı yüksek olan risk gruplarına yönelik eğilim daha da önemli görünmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

1. Andersen R. A behavioral model of families' use of health services. *Research Ser.* 1968(25).
2. Kitabı GAMK. TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara; 2009.
3. Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. *Obstetrics and gynecology.* 2005;106(3):665.
4. Green-Raleigh K, Carter H, Mulinare J, Prue C, Petrini J. Trends in folic Acid awareness and behavior in the United States: the Gallup Organization for the March of Dimes Foundation surveys, 1995–2005. *Maternal and child health journal.* 2006;10(1):177-82.
5. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal.* 2012;23(3).
6. Lu MC. Recommendations for preconception care. *American family physician.* 2007;76(3):397-400.
7. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: Implications for preconception care. *Health services research.* 2008;43(1p1):54-75.
8. D'Angelo D, Williams L, Morrow B, Cox S, Harris N, Harrison L, et al. Preconception and Interconception Health Status of Women who Recently Gave Birth to a Live-born Infant: A Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), United States, 26 Reporting Areas, 2004: US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
9. Bible. Old testament 3-4 p.
10. Czeizel A. Experience of the Hungarian Preconception Service between 1984 and 2010. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology.* 2012;161(1):18-25.
11. Behrman RE. Preventing low birth weight: A pediatric perspective. *The Journal of pediatrics.* 1985;107(6):842-54.
12. Freda MC, Moos M-K, Curtis M. The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Maternal and Child Health Journal.* 2006;10(1):43-52.

13. American College of Obstetricians and Gynecologists A. Preconception Care. ACOG Technical Bulletin number 2051995.
14. Ebrahim SH, Lo SS-T, Zhuo J, Han J-Y, Delvoeye P, Zhu L. Models of preconception care implementation in selected countries. Maternal and child health journal. 2006;10(1):37-42.
15. Al Azeem STA, Elsayed ET, El Sherbiny NAEK, Ahmed L. Promotion of knowledge and attitude towards premarital care: An interventional study among medical student in Fayoum University. Journal of Public Health and Epidemiology. 2011;3(3):121-8.
16. BAKANLIĞI TCAVSP. TÜRKİYE'DE KADIN aile.gov.tr.2015 [cited 2015 19.06.2015]. Available from: <http://kadininstatusu.gov.tr/uygulamalar/turkiyede-kadin>.
17. Bakanlık TS. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010. Erişim adresi: <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-10162/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html> Erişim tarihi. 2013;5(03).
18. Geçen fasıllar arasında müşterek hükümler, 123. Sect. 7 (1930).
19. Yüce M, Candaş T, Sayın N, Balkanlı-Kaplan P, Güçer F, Yardım T. Olgularımızda gebelik öncesi ve gebelikte folik asit kullanımı. Türk Fertilite Dergisi. 2001;9:251-7.
20. Unusan N. Assessment of Turkish women's knowledge concerning folic acid and prevention of birth defects. Public health nutrition. 2004;7(07):851-5.
21. Bozdemir N, Özcan S. Cinselliğe ve Cinsel Sağlığa Genel Bakış. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2011;5(4).
22. <http://www.baskent-adn.edu.tr/kadin-hastaliklari/>. [cited 2015 10.10.2015,20:30].
23. <http://www.mchip.net/node/28>. [cited 2015 10.10.2015,22:00].
24. Allen LH. Anemia and iron deficiency: effects on pregnancy outcome. The American journal of clinical nutrition. 2000;71(5):1280s-4s.
25. Küçük M, Yavaşoğlu İ, Kadıköylü G, Bolaman Z. Gebelik ve hematoloji. RISK. 2011;66:71.
26. Yaprak I. Beta talasemi tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar. Sted. 2004;13(2):58-9.
27. Sağlığı K, Planı APUF. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Tisamat Basım San, Ankara. 1998.
28. Queenan JT, Hobbins JC, Spong CY. Protocols for high-risk pregnancies: Wiley Online Library; 2010.

29. Rappaport VJ, Velazquez M, Williams K. Hemoglobinopathies in pregnancy. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. 2004;31(2):287-317.
30. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy. *Basic And Clinical Oncology*. 2006;33:265.
31. CİNEMRE H, Yıldız Ö. Antifosfolipid Antikor Sendromu. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*. 2004;2:39-47.
32. McCrae KR. Thrombocytopenia in pregnancy: differential diagnosis, pathogenesis, and management. *Blood reviews*. 2003;17(1):7-14.
33. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008:S310-S8.
34. Durukan T, Güven S, Güvendağ Güven ES, ÖNDEROĞLU L, Deren Ö. Kalp Hastalığı Olan Gebelerde Maternal ve Perinatal Mortaliteyi Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji ve Obstetri*. 2003(13):S425-S30.
35. Oksuz S, Yılmaz EPT, Pirim ABG, Cayir Y. A Case with Double Outlet Right Ventricle Caught Pre-Pregnancy Care [Gebelik Öncesi Bakımda Yakalanan Bir Çift Çikimli Sağ Ventrikül Olgusu]. *Medicine Science| International Medical Journal*. 2014;3(4):1685-90.
36. van Driel D, Wesseling J, ter Huurne K, Geven-Boere LM, Rosendaal FR, van der Vee E. Adherence to a guideline for coumarins in pregnancy. *Pharmacy World and Science*. 2004;26(5):297-300.
37. Tetikkurt C. Respiratory Physiology in Pregnancy. *Cerrahpaşa Journal Medicine*. 2000;31(2):S118-S22.
38. Oksuz S, Pektaş E, Yavuz M, Aksungur N, Cayir Y, Akçay M. An unusual cause of hoarseness: hydatid cyst of the thyroid. *Trop Biomed*. 2013;30(4):642-4.
39. Tertemiz KC, Gökçen B, Önen A, Akkoçlu A. Gebelik ve Kist Hidatik. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*. 2008;56(1):S96-S9.
40. aydoğan Ü, koç, B., sarı, O. Gebelik ve Endokrin Bozukluklar. In: aydoğan Ü, koç, B., sarı, O., editor. *Temel Aile Hekimliği: güneş tıp kitabevleri*; 2016. p. s266-s8.
41. Paden MM, Avery DM. Preconception Counseling to Prevent the Complications of Obesity During Pregnancy. *American Journal of Clinical Medicine*. 2012;9(1):S30-S5.
42. <http://emedicine.medscape.com/article/1149405-overview#a4>. 2015 [cited 2015 22.11.2015,22:00].
43. Aubé M. Migraine in pregnancy. *Neurology*. 1998;53(4 Suppl 1):S26-8.

44. GÖKSU AY. Otoimmün Hastalıkların Patogenezinde Mikrokimerizmin Olası Rollerini? Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences. 2006;26(2):163-8.
45. Gayed M, Gordon C. Pregnancy and Rheumatic Disease. Oxford, Rheumatology 2007;46(11):S1634-S40.
46. SARAÇ E, ÖNDEROĞLU L. Multiple skleroz ve gebelik. Perinatoloji Dergisi. 1994;2:240-2.
47. Tunçbilek E, Özalp İ, Teziç T, Köse MR, Münip E, Üstündağ D, et al. SAĞLIK PERSONELİ İÇİN EL KİTABI.
48. Fujiwara N, Tsuruda K, Iwamoto Y, Kato F, Odaki T, Yamane N, et al. Significant increase of oral bacteria in the early pregnancy period in Japanese women. Journal of investigative and clinical dentistry. 2015.
49. Boggess KA, Edelstein BL. Oral health in women during preconception and pregnancy: implications for birth outcomes and infant oral health. Maternal and child health journal. 2006;10(1):169-74.
50. López NJ, Smith PC, Gutierrez J. Periodontal therapy may reduce the risk of preterm low birth weight in women with periodontal disease: a randomized controlled trial. Journal of periodontology. 2002;73(8):911-24.
51. Yenicesu C, Demirel Y. Gebelerde Aşılar. Türkiye Klinikleri Journal of Family Medicine Special Topics. 2011;2(5):75-81.
52. Duran B, Toktamış A, Erden Ö, Demirel Y, Mamik BA, Çetin M. Doğum öncesi bakımda tartışmalı bir konu: TORCH taraması. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2002;24(4):185-90.
53. Cengiz SA, Cengiz L, Ebru U, Cengiz At, Fakültesi Güt. Gebe Kadınların Serumlarında Rubella IgG Ve Igm'nin Elisa İle Araştırılması. İnfeksiyon Dergisi (Turkish Journal of Infection). 2005;19(1):19-24.
54. Başcı AB, Koçak DY, Yılmazel G, Duman NB. Doğuma hazırlık sınıfına katılan gebelerin tetanoza karşı aşılama sıklığı ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2015:94-8.
55. Bourget D, Bradford, J.M.W. . Homicidal parents. Canadian Journal of Psychiatry. 1990(35):S233-S8.
56. Cinsel PKKPH, Yaşam E, Planlaması A, Kontrasepsiyon G, Olma ÇS. AIDS ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Açısından Riskli Davranışlarının Genel Populasyonla Karşılaştırmalı Çalışması (tez). İstanbul: Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. 2004.

57. ERDİM L, Sevil İ, BOZKURT G. Psikiyatrik Hastalığı Olan Ebeveynle Yaşamın Çocuklar Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi. 2015;2(2):233-40.
58. McDiarmid MA, Gehle K. Preconception brief: occupational/environmental exposures. Maternal and child health journal. 2006;10(1):123-8.
59. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2005;36(2):65-71.
60. Yumru AE, Öndeş B. İnfertil Çifte Yaklaşım ve İn Vitro Fertilizasyon'a Doğru Hasta Seçimi. 2011.
61. [https://www.ok.gov/health2/documents/PRAMS\\_Preconception%20Care\\_08.pdf](https://www.ok.gov/health2/documents/PRAMS_Preconception%20Care_08.pdf). 2008 [cited 2015 25.12.2015].
62. Almeling R, Waggoner MR. More and Less than Equal How Men Factor in the Reproductive Equation. Gender & Society. 2013:0891243213484510.
63. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care—United States. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006;55(4):1-23.
64. Robbins CL, Zapata LB, Farr SL, Kroelinger CD, Morrow B, Ahluwalia I, et al. Core state preconception health indicators—pregnancy risk assessment monitoring system and behavioral risk factor surveillance system, 2009. MMWR Surveill Summ. 2014;63(3):1-62.
65. TNSA. Türkiye Nüfus ve Sağlık Arastirmasi(TNSA-2013). 2013.
66. Temel S, Erdem Ö, Voorham TA, Bonsel GJ, Steegers EA, Denктаş S. Knowledge on preconceptional folic acid supplementation and intention to seek for preconception care among men and women in an urban city: a population-based cross-sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015;15(1):1.



**Aşağıdaki soruları evet-hayır şeklinde cevaplayınız.**

<b>SORULAR</b>	<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>
1. Sizce her kadın gebe kalmadan önce doktora başvurmalı mı?		
2. Sizce her erkek eşi gebe kalmadan önce doktora başvurmalı mı?		
3. Gebelik öncesinde aile hekimi yada kadın doğumcunuza danışmanlık ve kontrol amaçlı başvurduğunuz mu ?		
4. Eşiniz siz gebelik planlamadan önce doktor kontrolünden geçti mi ?		
5. Gebelik öncesinde aile hekiminiz yada kadın doğum doktorunuz sigara içip içmediğinizi sordu mu ?		
6. Gebelik öncesinde aile hekiminiz yada kadın doğum doktorunuz egzersiz yapıp yapmadığınızı sordu mu ?		
7. Gebelik öncesinde aile hekiminiz yada kadın doğum doktorunuz alkol alıp almadığınızı sordu mu ?		
8. Gebelik öncesinde aile hekiminiz yada kadın doğum doktorunuz aile içi şiddete maruz kalıp kalmadığınızı sordu mu ?		
9. Gebelik öncesinde aile hekiminiz yada kadın doğum doktorunuz stresli olup olmadığınızı sordu mu ?		
10. Gebelik öncesinde aile hekiminiz ya da kadın doğumcunuz cinsel yolla bulaşan hastalıklarla ilgili soru sordu mu?		
11. Gebe kalmadan önce vitamin kullandınız mı?		
12. Gebe kalmadan önce kilo vermek, kilo almak ya da gebe kalmak için herhangi bir diyet uyguladınız mı?		

**Hamile kalmadan önce doktorunuzdan danışmanlık almadıysanız nedenini açıklayınız?**

**a)Bilinçsizlik b)Aile baskısı c)Diğer**

.....  
.....  
.....  
.....