



T.C.

**İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE AKDENİZ TİPİ DİYETE UYUMUN VE
KAFEİN TÜKETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DİLARA ALEYNA KARACA

DANIŞMAN

Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Beslenme ve Diyetetik Programı

İSTANBUL, 2024



T.C.

**İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE AKDENİZ TİPİ DİYETE UYUMUN VE
KAFEİN TÜKETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

DİLARA ALEYNA KARACA

222108017

DANIŞMAN

Prof. Dr. Müveddet Emel ALPHAN

Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı

Beslenme ve Diyetetik Programı

İSTANBUL, 2024

T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
TEZ ONAY SAYFASI

ÖĞRENCİ ADI -SOYADI	Dilara Aleyna KARACA		
ÖĞRENCİ NUMARASI	222108017		
PROGRAM ADI	Beslenme ve Diyetetik Tezli Yüksek Lisans		
İstanbul Atlas Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalında Dilara Aleyna KARACA tarafından hazırlanan “ Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyetle Uyumun ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışması jüri tarafından Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. Tez Savunma Tarihi: 10/09/2024			
Jüri Üyesinin Unvanı, Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	İmzası	
Prof. Dr. M. Emel ALPHAN (Danışman)	İstanbul Atlas Üniversitesi		
Dr. Öğr. Üyesi Sevil NAS	İstanbul Kültür Üniversitesi		
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Betül DEMİRBAŞ	İstanbul Atlas Üniversitesi		

İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca bu tez jüri tarafından onaylanmış ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Hafize UZUN

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmamın İstanbul Atlas Üniversitesinde kullanılan “bilimsel intihal tespit programı” ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Dilara Aleyna KARACA

İTHAF

Kıymetli aileme ithaf ediyorum.



BÜTÇE DESTEKLERİ

PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE AKDENİZ TİPİ DİYETE UYUMUN VE KAFEİN TÜKETİMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım tez danışman hocam Beslenme ve Diyetetik Bölüm Başkanımız Sayın Prof. Dr. Müveddet Emel Alphan'a, desteklerini esirgemeyen Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Betül Demirbaş'a, Dr. Öğr. Üyesi Bilge Nur Çöl Çetinkaya'ya, hayatımda en çok sevdiğim hocam, en çok örnek aldığım, en güzel kalpli, vefatıyla beni çok derinden etkileyen genç yaşta kaybettiğim canımın içi Ayşe Betül Dölek'e, başta bana okumayı-yazmayı sevdiren ve öğreten, hiç bağlarımızın kopmadığı ilk öğretmenim Nilüfer Çakır'a, tek tek yazamadığım ama üzerimde emeği olan tüm kıymetli hocalarıma, dünyada hala iyi insanlar olduğunu hatırlatan, desteğini hiç unutmayacağım Arş. Gör. Dr. Emine Gülen Ulusoy'a, lise yıllarında hayatıma girip bana kız kardeş olan, varlığıyla hayatımı güzelleştiren, hayatımın birçok alanında olduğu gibi yüksek lisans eğitimimi de birlikte devam ettirip her anında yanımda olan, dostum, yoldaşım, ortağım, çok kıymetli meslektaşım Merve Sultan Badur'a, bu günlere gelmemde en büyük desteği ve emeği olan, hayattaki en büyük mutluluk sebeplerim, en büyük şükür sebeplerim, varlıklarıyla hayatımı güzelleştiren, beni en güzel şekilde yetiştiren, benim en büyük destekçim olan canım annem Zehra Karaca'ya, canım babam Fatih Karaca'ya, canım kardeşim Ahmet Mete Karaca'ya, hayatıma güzellik katan tüm danışanlarıma, arkadaşlarıma, herkese sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Eylül, 2024

Dilara Aleyna KARACA

İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
İÇ KAPAK.....	-
ONAY SAYFASI	-
BEYAN	III
İTHAF	IV
BÜTÇE DESTEKLERİ	V
TEŞEKKÜR.....	VI
İÇİNDEKİLER.....	VII
KISALTMALAR LİSTESİ.....	VIII
ŞEKİL VE RESİMLER LİSTESİ	IX
TABLolar LİSTESİ.....	X
ÖZET	XI
ABSTRACT	XII
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN TANIM VE AMACI.....	5
2.2. PREKONSEPSİYONEL BAKIMIN VE DANIŞMANLIĞIN ÖNEMİ.....	5
2.3. PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ	5
2.4. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE BEDEN KÜTLE İNDEKSİ....	6
2.5. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE EGZERSİZİN ÖNEMİ.....	6
2.6. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE SİGARA VE ALKOL KULLANIMI.....	7
2.7. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE SAĞLIKLI BESLENMENİN ÖNEMİ.....	8
2.8. AKDENİZ TİPİ DİYET.....	11
2.8.1. Akdeniz Diyeti Tanımı ve Genel Bilgiler.....	12

2.9. KAFEİN TÜKETİMİ	14
2.9.1. Kafein Ürünlerinin Tarihçesi.....	14
2.9.2. Kafein Kaynakları (çay, kahve, kakao, enerji içecekleri, diğer kafein kaynakları)	15
2.9.3. Kafeinin Genel Sağlık Üzerine Etkileri.....	16
2.9.4. Kafeinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	18
3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ.....	18
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	18
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM YÖNTEMİ VE SAYISI..	18
3.4. ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ.....	19
3.5. ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	19
3.5.1. Genel Bilgiler Formu.....	19
3.5.2. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ).....	19
3.5.3. 14 Maddeli Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği	20
3.5.4. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği.....	21
3.6. VERİLERİN İSTATİKSEL ANALİZİ	21
4. BULGULAR.....	22
5. TARTIŞMA.....	36
5.1. TARTIŞMA	36
5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI	42
5.3. SONUÇ.....	42
5.4. ÖNERİLER	44
6. KAYNAKLAR	45
7. EKLER	55
EK-1: İNTİHAL RAPORU.....	55
EK-2: ETİK KURUL İZNİ.....	56
EK-3: KURUM İZNİ.....	57
EK-4: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	58
EK-5: GENEL BİLGİLER FORMU.....	59
EK-6: PREKONSEPSİYONEL BİLGİ VE TUTUM ÖLÇEĞİ	60
EK-7: 14 MADDELİ AKDENİZ DİYETİ UYUM ÖLÇEĞİ	62
EK-8: KAFEİN KULLANIM BOZUKLUĞU ÖLÇEĞİ.....	63
8.ÖZGEÇMİŞ	64

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ	Beden Kütle İndeksi
CYP1A2	Kafein Temizliğinden Sorumlu Hepatik Enzim Olan Sitokrom P450 1A2
ÇSOÖYK	Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar
DP	Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar
FIGO	International Federation of Gynaecology and Obstetrics Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu
M.Ö.	Milattan Önce
ω	Omega
PDKGD	Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar
PKTÖ	Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği
PRF	Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar
PSD	Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar
PSİD	Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu
PSKG	Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar

TABLÖLER LİSTESİ

Sayfa no

Tablo 2.1: Katılımcıların BKİ Sınıflandırması.....	6
Tablo 2.2: Kafein İçeren Yiyecek ve İçecekler ve Kafein Miktarları (mg)	15
Tablo 3.1: PKTÖ ve Alt Boyutlarının Minimum ve Maksimum Puan Dağılımları.....	20
Tablo 4.1: Katılımcılara Ait Genel Bilgiler.....	22
Tablo 4.2: Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri.....	23
Tablo 4.3: Katılımcıların Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puanları ve Normallik Değerlendirilmesi.....	24
Tablo 4.4: Katılımcıların Medeni Duruma Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	26
Tablo 4.5: Katılımcıların Sigara Tüketimine Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	28
Tablo 4.6: Katılımcıların Alkol Tüketimine Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	30
Tablo 4.7: Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	32
Tablo 4.8: Katılımcıların Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	34
Tablo 4.9: Katılımcıların Doğum Sayısı, Düşük Sayısı, BKİ, Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki.....	35

ÖZET

Karaca, D. (2024). Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyetle Uyumun ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı, İstanbul.

Prekonsepsiyonel dönem, bir kadının gebelik öncesi sağlık ve yaşam tarzı alışkanlıklarının gelecekteki gebelik ve bebek sağlığı üzerindeki etkilerini kapsayan kritik bir süreçtir. Bu dönemde annenin sağlığını optimize etmek, doğacak bebeğin de sağlıklı bir başlangıç yapmasına katkıda bulunmaktadır.

Bu araştırma ile prekonsepsiyonel dönemde Akdeniz diyetine uyumun ve kafein tüketiminin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kasım 2023 – Ocak 2024 tarihleri arasında bir sağlık kurumunun kadın doğum polikliniğine başvuran 18-49 yaş arasındaki prekonsepsiyonel dönemde olan kadınlar ile yüz yüze anket yöntemi ile yapılan bu çalışmaya 327 kişi katılmıştır. Araştırmaya katılan hastaların demografik özellikleri “Genel Bilgiler Formu” ile, Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği, 14 Maddeli Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği, Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği araştırmacı tarafından katılımcılar ile soru cevap yapılarak kaydedilmiştir. Araştırmaya katılan prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların boy uzunluğu ortalaması 163.6 ± 5.75 cm, ağırlık ortalaması 64.7 ± 14.48 kg, doğum sayısı ortalaması 0.62 ± 1.03 adet, düşük sayısı ortalaması 0.13 ± 0.52 adet ve BKİ ortalaması 24.18 ± 5.36 kg/m² olduğu görülmüştür. Katılımcıların 138’i (%42.2) evli ve 189’u (%57.8) bekarıdır. Evlilerin Akdeniz diyeti puan ortalaması bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksekken; bekarların ise kafein tüketimi puan ortalamasının evlilerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Katılımcıların 61’i (%18.7) düzenli egzersiz yaparken 266’sı (%81.3) egzersiz yapmamaktadır.

Bu çalışmada, prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların büyük bir çoğunluğunun yeterli düzeyde beslenme bilgisine sahip olmadığı ve çoğunluğunun Akdeniz diyetine uyumunun düşük seviyede olduğu sonucuna varılmıştır. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların beslenme bilgi seviyelerinin artırılması ve beslenme tedavisinin önemi konusunda bilinçlendirilmesi, toplum sağlığı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel, Akdeniz Diyeti, Kafein, Gebelik, Bebek

ABSTRACT

Karaca, D. (2024). Compliance with the Mediterranean-Type Diet during the Preconceptional Period and Evaluation of Caffeine Consumption, Istanbul Atlas University Postgraduate Education Institute, Department of Nutrition and Dietetics, Istanbul.

The preconceptional period is a critical process that covers the effects of a woman's pre-pregnancy health and lifestyle habits on future pregnancy and infant health. Optimizing the health of the mother during this period also contributes to the healthy start of the baby to be born.

With this research, it was aimed to evaluate compliance with the Mediterranean diet and caffeine consumption during the preconceptional period. November 2023 – January 2024 327 people participated in this study conducted by face-to-face survey method with women who are in the preconceptional period between the ages of 18-49 who applied to the obstetric clinic of a health institution. The demographic characteristics of the patients participating in the study were recorded using the “General Information Form”, the Preconceptional Knowledge and Attitude Scale, the 14-Item Mediterranean Diet Compliance Scale, the Caffeine Use Disorder Scale by the researcher by making questions and answers with the participants. The average height length of the women in the preconceptional period participating in the study was 163.6 ± 5.75 cm, the average weight was 64.7 ± 14.48 kg, the average number of births was 0.62 ± 1.03 pieces, the average number of miscarriages was 0.13 ± 0.52 pieces and the average BMI was 24.18 ± 5.36 kg/m². 138 of the participants (42.2%) are married and 189 (57.8%) are single. While the average Mediterranean diet score of married people was statistically significantly higher than singles, it was found that the average caffeine consumption score of singles was statistically significantly higher than married people. While 61 (18.7%) of the participants exercised regularly, 266 (81.3%) did not exercise.

In this study, it was concluded that the vast majority of women in the preconceptional period do not have an adequate level of nutritional knowledge and the majority of them have a low level of compliance with the Mediterranean diet. Increasing the nutritional knowledge levels of women in the preconceptional period and raising awareness about the importance of nutritional treatment is important for public health.

Key Words: Preconceptional, Mediterranean Diet, Caffeine, Pregnancy, Baby

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik öncesi sağlıklı yaşam fertilitateyi, gebelik sonuçlarını ve bebek sağlığını hem uzun hem de kısa vadede etkilemektedir (1).

Prekonsepsiyonel dönemde (gebelik öncesi) sağlık durumlarının incelenmesi sağlıklı bir gebelik süreci sağlayarak kadının, eşlerin, gelecek nesillerin ve toplum sağlığını etkileyen, hayatın tüm yönlerini kapsayan çok kıymetli bir dönemdir. Prekonsepsiyonel bakım, gebelik öncesi hem anne hem de babanın kısa ve uzun vadede mevcut sağlık durumlarını iyileştirir, anne ve çocuk sağlık durumlarında iyileşme sağlar. Bu süreç, kişiden ve çevreden kaynaklanan biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri tespit etmeyi ve bu riskleri azaltmayı amaçlayan sağlık müdahaleleri olarak tanımlanabilir (2).

Milattan önce (M.Ö.) 9. yüzyılda prekonsepsiyonel bakımla ilgili ilk bilgilere rastlanmıştır. Geçmiş dönemlerde anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerde genellikle gebelik, doğum ve doğum sonrasına odaklanılmış; prekonsepsiyonel dönem ise yeterince dikkate alınmamıştır. Gelecekte çocuk sahibi olmayı planlasınlar ya da planlamasınlar, doğurganlık çağındaki tüm bireylerin prekonsepsiyonel dönemi dikkate alması sağlık açısından önemlidir. (3).

Plansız veya istenmeyen gebelikler; bazı olumsuz durumların oluşmasına sebep olabilir. Düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, istemli veya spontan düşük riskini artırır. Plansız gebeliklerde, gebelik sürecinde bakım alma oranlarını düşmektedir. Hem ruh hem de beden sağlığı yönünden anne-çocuk ilişkisini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Genellikle planlanan ve istenen gebelikler, hem anne hem de bebeğin daha sağlıklı olmasıyla sonuçlanmaktadır. Gebeliğin önceden planlı olması büyük önem taşır. Yaşam tarzı faktörlerinden sigara kullanımı, alkol tüketimi, sağlıksız beslenme alışkanlıkları doğurganlık ve gebelik sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye sahiptir. Gebeliği planlarken, kişinin sonuçlarını iyileştirmek için sağlıklı bir yaşam tarzını alışkanlık haline dönüştürmek en uygun yöntemdir (1).

Gebelikte hipertansiyonun patogeneğinde gebelik öncesi dönem önemlidir. Riskli sağlıklı kadınlar arasında, gebelik öncesi dönemde kan basıncındaki küçük artışlar, hipertansif gebelik bozukluğu geliştirme riskindeki anlamlı farklılıklar oluşturur. Önceden var olan vasküler disfonksiyon, hem gebeliğin son dönemlerinde kalp debisindeki artışa cevaben artan periferik vasküler dirence hem de preeklampside plasental yetmezliğe anormal vasküler cevaba neden olabilir (4).

Yeterli ve dengeli beslenmek prekonsepsiyonel dönemde oldukça etkilidir (2). Akdeniz diyeti düzenli olarak zeytinyağı (diyet yağının ana kaynağı), bitkisel besinleri (meyveler, sebzeler, baklagiller, kabuklu yemişler, tohumlar, vb.) ve ölçülü deniz ürünleri tüketimini içerirken fermente süt ürünleri, kırmızı ve işlenmiş et, şeker ve işlenmiş gıdaların sınırlı alımını önerir. Batı diyeti rafine karbonhidratlar, doymuş yağ ve hayvansal proteinlerin aşırı tüketimi ile karakterize olup tipik olarak daha yüksek inflamasyon seviyeleri ile ilişkilidir. İnflamasyon, prekonsepsiyonel dönemde olumsuz etkilere neden olabilir. Akdeniz diyeti anti-inflamatuar etkisiyle doğurganlığı kısmen veya tamamen arttırabilir. Kronik hastalıkların önlenmesinde ve tedavisinde sağlığa olumlu katkılar sunar (5).

Bir çalışmada Akdeniz diyeti (doğrulanmış MedDietScore'a göre) uygulayan çiftlerde uygulamayanlara kıyasla klinik gebelik oranının önemli ölçüde arttığını ve canlı doğum oranının neredeyse iki katına çıktığı gösterilmiştir (6).

Gebelikte hipertansiyonun patogeneğinde gebelik öncesi dönem önemlidir. Riskli sağlıklı kadınlar arasında, gebelik öncesi dönemde kan basıncındaki küçük artışlar, hipertansif gebelik bozukluğu geliştirme riskindeki anlamlı farklılıklar oluşturur. Önceden var olan vasküler disfonksiyon, hem gebeliğin son dönemlerinde kalp debisindeki artışa cevaben artan periferik vasküler dirence hem de preeklampside plasental yetmezliğe, anormal vasküler cevaba neden olabilir (4).

Gebelikte ve gebelik öncesinde kafein dikkatli tüketilmelidir ancak kafein oldukça yaygın tüketilen ksenobiotiktir. Kafein ve metabolitleri fetüse plasenta yoluyla serbestçe difüze olur. Fetüsün olumsuz gelişmesine neden olarak abortus (düşük) riskini artırabilir. Anne kafein alımıyla ilgili 1974 yılından bu yana yapılan çeşitli çalışmalar, kafeinin hücre fonksiyonu üzerine direkt toksik etkisinden dolayı fetal büyüme geriliği ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. Kafein alımının yüksek dozda olması, intrauterin gelişme geriliği, spontan abortus, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum ve fetal ölüm riski gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmektedir. İnfertilite, herhangi bir patoloji olmadan kafein tüketiminin yüksek dozda olması sebebiyle de olabilmektedir. Kafein tüketimi erken foliküler fazda estradiol (E2) seviyesini yükseltir. Amerika' da günde 300 mg'nin üzerinde kafein tüketen sigara kullanmayan 430 kadın ile yapılan bir çalışmada, kadınların fertilité seviyesinin düştüğü bulunmuştur. Amerika'da 1909 yılında yapılan bir başka çalışmada, günde 300 mg ve daha fazla kafein tüketen kadınların her döngüde hamile kalma olasılıklarının %27 oranında azaldığını göstermiştir (7).

Bu çalışma ile prekonsepsiyonel dönemdeki bireylerin gebelik öncesi sağlıkla ilgili bilgi ve tutumlarını, Akdeniz tipi diyetle uyumlarını ve kafein tüketimini değerlendirmek hedeflenmektedir. Gebelik öncesi sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlar geliştirmek, kadın sağlığını iyileştirmek, dünyaya gelecek bebeklerin ve gelecekteki gebeliklerin iyilik hâlinin sağlanmasını hedeflemek prekonsepsiyonel dönemin hedeflerinden olmalıdır.



2.GENEL BİLGİLER

2.1. PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN TANIM VE AMACI

Anne ve bebek için fiziksel, tıbbi ve psikososyal risk durumlarını gebelik öncesi saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan koruyucu hizmete gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım denmektedir. Gebelik öncesinde öneri, tedavi ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi her türlü müdahale prekonsepsiyonel bakım olarak adlandırılmaktadır. Gebelik öncesi bakım, gebelik oluşmadan önce anne- baba adaylarının sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahalelerinin sağlanmasıdır. Gebelik öncesi bakım hem fetal gelişimi ve sonraki sonuçları hem de anne sağlığını etkileyebilen çeşitli riskli durumları azaltmak veya ortadan kaldırmak için büyük bir titizlikle planlanması amaçlanan bir süreçtir. Bu planlama üreme sistemi sorunlarına yönelik, çevresel tehlikeleri, toksinleri ve teratojenik etkisi olduğu bilinen ilaçları azaltacak, yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlayacak, folik asit alımını teşvik edecek, ağırlık yönetimi konusunda tavsiyelerde bulunacak, kronik hastalıklara ve bulaşıcı hastalıklara karşı önlem alınacak, genetik durumlara, aile geçmişine bağlı sorunları tespit edecek şekilde gerçekleştirilmelidir (8).

İnfertilite (kısırlık), korunmasız cinsel ilişkinin en az bir yıl boyunca gerçekleştirilmesine rağmen başarılı bir şekilde gebeliğin olmaması olarak tanımlanmaktadır (9). Günümüzde infertilite görülme sıklığı hızla artmakta olup dünyada 48 milyon çiftin problemidir ve 186 milyon kişinin hayatını etkilemektedir (10).

İnfertilitenin %50'si kadın faktörlüken %20-30'u ise hem erkek hem de kadın faktörlü kısırlığın birleşimi sebebiyle yaşanmaktadır. İnfertilite, çocuk sahibi olmayı arzulayan çiftlerde kaygı, depresyon ve stres gibi olumsuz psikolojik etkiler ortaya çıkabilmesine sebep olmaktadır (11).

En önemli anne sağlığı hizmeti gebelik öncesi bakımdır. Hastalık risklerini erken dönemde tanımlayıp tedavi ve önlem alınmasını sağlamasının yanında sağlığı geliştirerek

anne -çocuk ölümlerini azaltan sağlık hizmetidir. Anne ve çocuk sağlığının iyileştirilmesinde temel depo olan doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin kullanımının artmasıyla yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur (8).

2.2. PREKONSEPSİYONEL BAKIMIN VE DANIŞMANLIĞIN ÖNEMİ

Prekonsepsiyonel dönemde bilinç düzeyinin arttırılması hem anne hem de bebek sağlığında oldukça önemlidir. Sağlıklı beslenme konusu, gelecek nesillerin sağlıklı olması için gebelik öncesi dönemde de dikkat edilmesi gereken mühim bir konudur (12).

Global sağlık hedeflerinden biri çocuklarda görülebilen bulaşıcı olmayan hastalıklar riski ile gebelikten sonra annelerin yetersiz beslenme durumlarıyla ilişkisine gereken önem verilmelidir. Beslenme konusunda anne olacak yaşa gelmiş kadınların gelişmesi için faaliyetler düzenlenmelidir. Anne olabilecek yaşa gelmiş kadınlar için sağlıklı bir gebelik dönemi geçirebilmek ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirebilmek amacıyla gebelik öncesi hizmetlere erişimin kolaylaştırılması sağlanmalıdır. Yaşam boyu sağlık için genç yetişkinlik, ergenlik ve gebelik öncesi dönemlerin önemi, sağlıklı yaşam biçimleri aracılığıyla gelecek nesillerde sağlıklı bireylerin yetiştirilmesi açısından vurgulanmaktadır. Bu bağlamda FIGO (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu), genç yetişkinlik ve adölesan dönemindeki kadınlarda beslenmenin düzenlenebilir olduğunu vurgulamaktadır. Gebelik öncesi beslenme durumuna çok dikkat edilmelidir ve gebelikte de sağlıklı bir diyet ve yaşam biçimi önerilmektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenme (enerji ve proteinin yetersiz olması/ vitamin-minerallerin eksik olması/ makro besinlerin aşırı tüketimi vb.) enfeksiyon- büyüme sebebiyle vücuttaki ihtiyaçların yol açtığı yetersiz beslenme ile aynı düzlemde kabul edilmektedir. Gebelik öncesi dönemde mikro besin ögesi eksikliğinin tespitinin yapılması ve bunun sonucunda besinlerle eksikliğin desteklenmesi, gerekirse takviye alınması gibi müdahalelerle beden sağlığının korunması kritik öneme sahiptir (13).

2.3. PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE DANIŞMANLIĞIN DÜNYADAKİ GELİŞİMİ

Dünyanın çeşitli yerlerinde prekonsepsiyonel bakım bilinci farklı gelişmeler göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde üreme çağındaki kadınlarda, sıklıkla mikro besin öğeleri açısından fakir diyetler uygulanmaktadır ve gebelik sürecine yetersiz beslenmiş olarak

girilmektedir. Gebelikte artan beslenme ihtiyaçları, mevcut mikro besin ögesi eksikliklerini daha da şiddetlendirmekte ve hem anne hem de çocuk için sağlığı olumsuz etkilemektedir. Çeşitli randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre düşük doğum ağırlığı ve gebelik yaşının küçük olması da dahil olmak üzere, gebelik sırasında çoklu mikro besin ögesi takviyesinin fetüs sağlığı açısından faydalarını desteklemektedir. Dünyada gebelik öncesi beslenme durumunun optimize edilmesine yönelik ilgi de artmaktadır, çünkü özellikle kaynakların kısıtlı olduğu ortamlardaki çoğu kadın genellikle gebeliğin ortasına kadar doğum öncesi bakım almamaktadır ve olumsuz sonuçlarla karşılaşmaktadır (14).

2.4. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE BEDEN KÜTLE İNDEKSİ

Prekonsepsiyonel dönemde beden kütle indeksinin (BKİ) ideal aralıkta olması sağlık açısından büyük bir öneme sahiptir. Gebelik öncesi obezite varlığı, anne ve çocuk sağlığını derinden etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalarda gebelik öncesinde kadının obez olması gebelik komplikasyonları riskini artırır (15).

Aynı zamanda olumsuz neonatal sonuçlarla da karmaşık bir şekilde bağlantılıdır. Erken motor gelişim bozukluğu, çocukluk ve yetişkinlik dönemindeki metabolik sendrom riski de dahil olmak üzere uzun ve kısa vadeli olarak çocuk sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir. Gebelik öncesi obezitenin tedavi edilmesi, genel anne ve çocuk sağlığı sonuçlarının iyileştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir (16). DSÖ'ye göre yetişkin BKİ sınıflandırması Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1. DSÖ'ye Göre BKİ Sınıflandırması (17)

BKİ (kg/m ²)	Sınıflandırma
<18.50	Zayıf
18.50-24.99	Normal
25.00-29.99	Hafif Şişman
30.00-40.00	Obez

BKİ: Beden Kütle İndeksi

2.5. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE EGZERSİZİN ÖNEMİ

Prekonsepsiyonel dönemde egzersizin sağladığı yararlar, hem anne adayının hem de potansiyel bebeğin sağlıklı olabilmesi için çok fazla önem taşımaktadır. Bu dönemde fiziksel

aktivitenin düzenli olması, gebelik öncesi sağlık durumunu iyileştirerek sağlıklı bir gebelik süreci için zemin hazırlamaktadır. Egzersizin fiziksel sağlık üzerindeki etkileri oldukça geniştir. Ağırlık yönetimi açısından egzersizin olumlu etkileri dikkat çekicidir. Düzenli fiziksel aktivite, vücut ağırlığının kontrol altında tutulmasına ve obezite riskinin azaltılmasına yardımcı olabilir. Obezitenin gebelik sırasında çeşitli komplikasyonlara yol açabileceği bilindiğinden, egzersiz bu riskleri azaltmaktadır (18).

Egzersiz, kalp ve damar sisteminin güçlenmesini sağlayarak, sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci için gerekli olan kardiyovasküler desteği sağlamaktadır. Ayrıca, egzersizin metabolik sağlık üzerindeki olumlu etkileri de göz ardı edilmemelidir (19). Egzersiz, insülin duyarlılığını artırarak insülin direncini azaltmaktadır ve kan şekerini düzenleyerek, özellikle prekonsepsiyonel dönemde diyabet riskini azaltabilmektedir (20).

Psikolojik ve ruhsal sağlık üzerinde de egzersizin önemli etkileri bulunmaktadır. Egzersiz, endorfin salgılar ve stres düzeylerini azaltarak ruh halini iyileştirebilmektedir. Stresin yönetilmesi, gebelik öncesi dönemde anne adayının genel sağlık durumunu destekler ve gebelik sürecine hazırlık açısından önemlidir (21). Ayrıca, egzersizin ruh hali üzerindeki olumlu etkileri ve depresyon semptomlarını azaltma potansiyeli, psikolojik iyi oluşun sağlanmasına katkıda bulunmaktadır (22).

Egzersiz, üreme sağlığı açısından adet döngüsünü düzenleyebilir ve hormonal dengesizlikleri minimize edebilir, bu da özellikle düzensiz adet döngüsüne sahip olan bireyler için faydalıdır. Egzersiz ayrıca üreme sağlığını destekleyerek gebelik şansını artırabilmektedir (23).

Prekonsepsiyonel dönemde egzersiz yapmanın önerilen süreleri orta yoğunlukta fiziksel aktiviteyi haftanın en az 150 dakikası yapmayı içerir. Yürüyüş, yüzme veya bisiklet sürme gibi düşük etkili aktiviteler genellikle güvenli ve etkili seçeneklerdir. Ayrıca, kas gücünü artırıcı direnç egzersizleri de fayda sağlamaktadır (24).

2.6. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE SİGARA VE ALKOL KULLANIMI

Prekonsepsiyonel dönemde alkol tüketimi, düşük riskini %30 oranında arttırmaktadır. Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetinin sağlanması gebeliğin ilk trimester döneminde alkol tüketiminin azalmasında önemli düzeyde etki sağlayabilmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanmak, konjenital kalp defektleri riskini neredeyse 3 kat arttırmaktadır (25). Sigara

kullanımı, hem erkek hem de kadın üreme sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sigara içen kadınlarda yumurtlama sorunları ve hormonal değişimler olurken, erkeklerde sperm kalitesinde ve hareketliliğinde azalmalar görülebilmektedir (26).

Alkol kullanımı da üreme sağlığını olumsuz etkiler ve besin emilimini bozabildiği için vitamin ve mineral eksikliklerine yol açabilmektedir. Besin emiliminin bozulması da gebelik öncesi ve sırasında sağlıklı bir vücut için gerekli olan besin öğelerinin eksikliğine neden olabilmektedir (27). Doğum öncesi alkol maruziyeti, gebelik ve doğum sonuçlarını olumsuz yönde etkileyen önemli bir faktördür. Araştırmalar, gebelik süresince alkol tüketiminin düşük, ölü doğum, erken doğum ve ani bebek ölümü sendromu gibi riskleri arttırabileceğini ortaya koymuştur. Bu riskler, hem anne hem de bebek sağlığı açısından ciddi sonuçlara sebebiyet verebilmektedir (28,29).

Mevcut literatürde, doğum öncesi alkol maruziyeti ile ilgili çalışmaların çoğu hayvan modelleri üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmalar, alkolün gebelik sonuçları üzerindeki olumsuz etkilerini doğrulayan bulgular sunmaktadır. Örneğin, hayvan çalışmalarında alkol maruziyetinin fetal gelişimi nasıl etkilediğine ve belirli biyolojik mekanizmaların bu etkileri nasıl yönlendirdiğine dair çeşitli kanıtlar elde edilmiştir (30). Ancak, bu bulguların insanlarda benzer sonuçlar doğurup doğurmadığını kontrol etmek zor olabilir, çünkü insan çalışmaları bu tür kontrollü deneysel koşulları sağlamada genellikle sınırlı kalmaktadır (31).

2.7. PREKONSEPSİYONEL DÖNEMDE SAĞLIKLI BESLENMENİN ÖNEMİ

Sağlıklı beslenme, sağlıklı olabilmek için önemli bir etmendir. Anne ve anne adayı beslenmesinin bebek sağlığı açısından etkileri günümüzde büyük ilgi görmeye başlamıştır. Epigenetik çalışmalardan elde edilen çok sayıda kanıt, anne beslenmesinin doğumda ve sonraki yaşamda gelişmekte olan bebeğin vücut kompozisyonunu ve metabolik sağlığını etkileyebileceğini ileri sürmektedir (32).

Annede obezite varlığı ve gebelikte aşırı ağırlık kazanımı düşük sebebi, ölü doğum, gestasyonel diyabet, preeklampsi ve hipertansif bozukluklar, acil sezaryen, makrozomi, erken doğum dahil olmak üzere bir dizi olumsuz gebelik komplikasyonu ile ilişkilidir. Gebelik komplikasyonlarında oranlar son yirmi yılda yaklaşık iki katına çıkmıştır. Komplikasyonları azaltmak veya engellemek, anne ve bebek sağlığını iyileştirmek ve gebelikte normal artışını

sağlamak için gebelikte beslenmeyi iyileştirmek amacıyla farklı müdahaleler geliştirilmiştir ancak sağlık ve beslenmeyi optimize etmek için gebelik öncesi dönemde ek müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (33).

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik sürecinde diyet, plasenta gelişimi, gestasyonel diyabet oluşumu, doğum sırası komplikasyonları, bebek doğum ağırlığı, çocukluk çağı alerjisi gibi anne ve bebek sağlığı üzerinde uzun vadeli etkileri bulunmaktadır. Gebeliğin 1. trimester döneminde çevresel faktörlerin olumsuz olması, bebeğin yetişkinlik sürecindeki hastalık risklerini önemli ölçüde arttırmaktadır. Bu çevresel faktörlerin en önemli kısmı annenin beslenmesidir (34).

Beslenme, gebelik komplikasyonlarında azalma sağlama potansiyeli olan büyük ölçüde değiştirilebilir bir faktördür. Sağlıklı beslenme, hem anne hem de bebeğin sağlığında kısa ve uzun vadede olumlu ve kalıcı etki sağlamaktadır (35).

Araştırmalarda gebelik öncesinde beslenmenin optimize edilmesi, diyet kalitesi ve sağlık durumunun gelecekteki bebeklerin sağlığını ve gebelik sonuçlarını etkileyebileceği anlaşılmaktadır. Son kanıtlara göre doğurganlık çağındaki kadınların beslenme açısından gebeliğe hazır olmadıkları anlaşılmaktadır. 10 kişiden 9'unun günde beş porsiyondan az meyve ve sebze yediği, lif tüketiminin 17 g olup günlük ihtiyacın altında olduğu, ortalama 50 g rafine şeker tükettiği, folat seviyeleri klinik eşiğin altında olanların 10'da 6'sının takviye kullandığı bilinmektedir (36).

Ayrıca gebelik sürecinin konsepsiyondan yıllar önce planlanması pek mümkün olmadığından anne adayının optimal olmayan beslenme durumuna sebebiyet vermektedir. Prekonsepsiyonel dönemde olan kadınların beslenme sağlığını optimize etmek için destekleyici, kanıta dayalı ve pragmatik bir beslenme modeline karar verilmelidir (37). Prekonsepsiyonel dönemde yapılan araştırmalar sebze, meyve, tam tahıllı besinler, protein ve balıktan zengin, kırmızı ve işlenmiş et ile rafine şekerli gıdalardan fakir bir beslenme modelinin anne ve bebek sağlığı için olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (33).

Gebelik öncesi annenin zayıf olması veya mikro besin ögesi eksiklikleri yaşaması düşük doğum ağırlığı, nöral tüp defektleri ve erken doğum gibi çeşitli olumsuz doğum sonuçlarıyla ilişkilidir. Annenin gebelik öncesi aşırı besin tüketimi ise olumsuz doğum sonuçlarından özellikle erken doğuma neden olabilir. Hem gebelik sürecinde (örn. preeklampsi, gebelik diyabeti) hem de gebelikten sonra (örn. tip 2 diyabet, kardiyovasküler hastalık) kardiyometabolik bozukluk riskinde artışa neden olabilmektedir (38). Annenin

gebelik öncesi BKİ, gebelikte ağırlık artışı ve doğum sonrası 6 ila 7. yaşlardaki çocuk ve anne vücut yağ yüzdesi ile pozitif ilişkili bulunmuştur ve prekonsepsiyonel dönemde annenin ideal ağırlık aralığında olması çocukluk çağı obezitesinin engellenmesinde etkilidir (39).

Prekonsepsiyonel dönem, bulaşıcı olmayan hastalıkların nesiller arası aktarımını ve artışını önlemek için kıymetli bir fırsattır. Prekonsepsiyonel dönem beslenmesi araştırmalarının çoğunda bebeğin doğum sonuçları değerlendirilmiştir ancak gebelik öncesi beslenme müdahalelerinin uzun vadeli anne sağlığı ve refahı üzerindeki etkisi hakkında çok az şey bilinmektedir. Anne sağlığını etkileyen sonuçlarda anemi, preeklampsi ve zorunlu sezaryen gibi gebelik komplikasyonlarıyla sınırlı kalmıştır. Günümüze kadar yapılan prekonsepsiyonel dönem ve gebelik dönemi çalışmalarında BKİ ve vücut kompozisyonu gibi antropometrik ölçümler kullanılarak annenin beslenme durumu üzerindeki uzun vadeli etkilerini değerlendiren hiçbir müdahale çalışması bulunmamaktadır (14).

Prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıkları; infertilite, obezite, anksiyete gibi olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilebilmektedir (40). Prekonsepsiyonel dönemde diyet, infertilite için önemli bir değiştirilebilir risk faktörüdür ancak birçok kadın, bu dönemde yetersiz ve dengesiz beslenme alışkanlıklarına sahiptir (41). Farklı coğrafi popülasyonlarda gerçekleştirilen kesitsel ve ileriye dönük çalışmalar, uluslararası gıda bazlı beslenme kurallarına uyum sağlamak için gebelik öncesi beslenme alışkanlıklarının değiştirilmesinin, doğurganlık, yumurtlama ve adet düzeni gibi üreme sonuçları üzerinde olumlu etkiler oluşturabileceğini göstermektedir. (11).

Üreme başarısını artırmak için trans yağ asitleri ve doymuş yağ asitleri tüketimi azaltılmalıdır. sodyum ve şeker içeren besinlerin alımı sınırlandırılmalıdır. Doymamış yağ içeren besinler, tam tahıllar, süt ürünleri, balık, meyve ve sebzeler gibi temel besinlerin alımını teşvik etmek de üreme sağlığını iyileştirmeye katkı sağlamaktadır (42).

temel gıda bileşenlerinin doğurganlığı arttırıp azalttığının mekanizması büyük ölçüde bilinmemekle birlikte trans yağ asitleri, doymuş yağ asitleri, sodyum ve şeker içeren besinlerin daha yüksek miktarda alınmasından kaynaklanan artan inflamasyon ve oksidatif stresin doğurganlık sonuçlarında kötü rol oynadığı düşünülmektedir (11).

Doymuş yağ asitlerinin diyetle fazla tüketilmesi, TLR-4 üzerinden inflamatuvar yanıt oluşmasına sebep olabilmekte ve adipoz dokuda inflamasyon oluşmasında rol oynayabilmektedir. Diyetle tüketilen yağ miktarı inflamasyon ve oksidatif stres üzerinde etkilidir. İşlenmiş besinlerle birlikte fazlaca alınan doymuş yağ asitleri, kronik düşük derecede inflamasyona yol açarak uzun vadede kronik hastalıkların etiyolojisinde yer almaktadır. Bu

noktada dikkat edilmesi gereken bir önemli husus da diyetteki yağ asitleri örüntüsüdür. Yağ asitlerinin doymuşluk oranı arttıkça inflamasyon da artmaktadır (43).

Diyet kadınlarda üreme sonuçlarıyla ilişkilidir. Gebelik öncesi optimal doğurganlık için hangi diyet veya beslenme yaklaşımlarının izlenmesi gerektiğine dair resmi bir kılavuz mevcut değildir. Bu alandaki bilgiyi geliştirmek ve gebelik planlayan çiftler için kanıta dayalı beslenme önerileri oluşturmak amacıyla ilgili kanıtların bir araya getirilmesi ve temel beslenme kalıplarının belirlenmesi önemlidir. Doğurganlık sonuçlarını iyileştirmeyi hedefleyen çalışmalarda, belirli diyet bileşenleri veya kalıplarını inceleyen randomize kontrollü çalışmalar bulunmamaktadır (11).

2.8. AKDENİZ TİPİ DİYET

Akdeniz tipi diyet; diyet lifi, omega-3 (ω -3) yağ asitleri, bitki bazlı protein, vitaminler ve mineraller açısından zengin bir beslenme modelidir. Kadınların doğurganlığında olumlu etki sağlamaktadır (44).

Prekonsepsiyonel dönemde Akdeniz tipi diyet, anne obezitesini önlerken bebek sağlığını da optimize eder. Akdeniz diyeti, prekonsepsiyonel dönemde de beslenme stratejisi olarak önerilmiştir. Akdeniz diyeti; tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı ve felç, bilişsel hastalıklar ve obezite dahil olmak üzere kronik inflamasyonla ilişkili hastalıkları önlediği kanıtlanmıştır. Araştırmalara göre prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte hipertansif bozukluk riskinin azalması, gestasyonel diyabet riskinin azalması, glikoz toleransında iyileşme, gebelikte ağırlık artışının azalması, annede depresif belirtilerde azalma ve doğum sonrası depresyon riskinde azalma, bebeklerde homosistein ve lipoprotein düzeylerinde iyileşme gibi çok sayıda fayda sağladığı bilinmektedir. Akdeniz diyeti, prekonsepsiyonel dönemde kadın sağlığını iyileştirme potansiyeline sahiptir. Gebelik komplikasyon risklerini azaltır. Gelecekte gebelik gerçekleştiğinde hem annenin hem de bebeğin sağlığını optimize etmektedir (33).

Akdeniz diyeti müdahalesi annenin kaygısını ve stresini önemli ölçüde azaltırken aynı zamanda gebelik sırasında refahı ve uyku kalitesini de artırmaktadır (45). Prospektif bir gözlemsel çalışma, düşük karbonhidrat içeren ancak bitkisel yağlar, balık, sebze ve baklagiller açısından zengin Akdeniz tarzı beslenmenin, kandaki ve foliküler sıvıdaki kırmızı kan hücresi folat ile B₆ vitamini düzeyleriyle pozitif bir ilişkisi olduğunu göstermiştir. Ayrıca, sağlıklı beslenmenin %40 oranında gebelik elde etme olasılığını arttırdığı bulgusuna da ulaşılmıştır.

Yeni yapılan bir kohort çalışmasında, Akdeniz diyetini (onaylanmış MedDietScore'a göre) daha fazla tüketen çiftlerde, Akdeniz diyeti tüketmeyenlere kıyasla klinik gebelik oranının önemli ölçüde arttığı ve canlı doğum oranının neredeyse iki katına çıktığı bulunmuştur (11).

2.8.1. Akdeniz Diyeti Tanımı ve Genel Bilgiler

Akdeniz Diyeti; çok miktarda sebze, meyve tam tahıllı tahıllar, balık, baklagiller ve sert kabuklu yemişlerin tüketimiyle karakterizedir. Diyetin özellikleri arasında düşük- orta miktarda süt ürünleri tüketimi ve kısıtlı miktarda kırmızı et ve kırmızı şarap bulunur. Ayrıca, doymuş yağlar açısından düşüktür ve antioksidanlar ile lifler bakımından zengindir. Özellikle, sızma zeytinyağı (extra virgin olive oil – EVOO) içeren tekli doymamış yağ asitler ve yağlı balıklardan elde edilen çoklu doymamış yağ asitleri bakımından yüksektir (46).

Akdeniz Diyeti, birçok yüksek kaliteli çalışma, inceleme ve meta-analiz sonucuna göre uzun ömür, hastalıkların önlenmesi, kaliteli yaşam için birçok faydaya sahiptir. Sağlıklı beslenme ve hastalıkların önlenmesi konusunda en yaygın olarak araştırılan ve kanıta dayalı diyet yaklaşımı Akdeniz diyetidir (34).

Gebelikte diyetin sağlığa etkilerine dair kanıtlar, özellikle folik asit gibi spesifik besin öğelerine odaklanmıştır ve nöral tüp defektleri gibi spesifik hastalık sonuçlarına etkileri incelenmiştir. Örneğin, gebelik sırasında yeterli folik asit alımının nöral tüp defektlerini önlemede etkili olduğu iyi belgelenmiş ve bu mekanizma iyi anlaşılmıştır (47).

Akdeniz diyeti, uygun ve gerekli takviyelerle birlikte sağlığı iyileştirmeye yönelik potansiyel bir müdahale olarak önerilmektedir. Bu diyet modeli, besin ögesi eksikliklerini hızlı ve kolay bir şekilde gidermenin yanı sıra sağlıklı bir gebelik için ideal bir beslenme sağlamaktadır. Akdeniz Diyetinin faydalı etkileri literatürde belgelenmiştir (34).

Akdeniz Diyeti'ni yansıtan anne beslenme kalıpları, çocuklarda alerjik hastalık riskinin düşük olması, normal bebek doğum ağırlığı ve preeklampsi ile erken doğum riskinin azalması gibi sonuçlarla tutarlı ilişkiler göstermiştir (48).

Akdeniz Diyetinin anne ve bebek sağlığı üzerinde önemli ölçüde olumlu bir etkiye sahip olduğunu gösteren kanıtlar, yaşam boyunca ve özellikle gebelik sırasında hastalıklara karşı önleyici bir tedbir olarak benimsenmesini teşvik etmektedir. Bu diyetin, özellikle iki

veya daha fazla bireyin sağlık sonuçlarını etkileyebilen gebelik döneminde önemli bir rol oynadığı ve uzun vadeli sağlık faydaları sağlayabileceği görülmektedir (34).

Proteinler, büyüme ve dokuların yapımında önemli olan, aminoasit moleküllerinin birleşmesi sonucu oluşan, hücrelerin temel yapısını oluşturan makro besin öğeleridir. Karbonhidratlardan ve yağlardan farklı olarak yapısında karbon, hidrojen, oksijen dışında azot molekülü de bulundurmaktadır. Lipitlerin taşınmasında, vücut dokularının onarımında, karbonhidrat ve yağdan sonra enerji eldesinde kullanılır ve enzimlerin yapısını oluşturmaktadır. Hücrenin iç ve dış sıvılarının ozmotik dengede kalması için de proteinlerin günlük yeterli miktarda alınması gereklidir. Proteinlerin yapı taşı aminoasitlerdir. Proteinlerin yapı taşı olan aminoasitlerin bazıları elzemdir. Elzem aminoasitler depolanamadığından dışarıdan alınmaya ihtiyaç duyulur ve alınmazsa vücut kendi hücrelerini kullanır. Bunlar Lösin, Lizin, Izolsin, Valin, Metionin, Fenilalanin, Treonin ve Triptofan olmak üzere sekiz tanedir. Proteinler, hayvansal ve bitkisel besinlerde bulunmaktadır ve hayvansal kaynaklı besinlerde bulunan proteinin biyoyararlılığı daha fazladır. Örneğin; hayvan kaynaklı proteinler (yumurta, süt, et vb.) %98 düzeyinde sindirilirken, kuru baklagiller %78, tahıllar %78-85 düzeyinde düzeyinde sindirilmektedir (49).

Üreme ağında olan kadınlara yaklaşık 0.83 gr/kg/gün protein tüketmeleri tavsiye edilmektedir (50). Gebelik öncesinde üreme çağındaki kadınlardan alması gereken protein miktarı 45 gram /gün, gebelik planlayan kadınlardan ise 60 gram/ gündür (51).

Protein ihtiyaını karşılamak için et, yumurta, kümes hayvanları, balık, süt ve süt ürünleri, kuru baklagiller, yağlı tohumlar (fındık, ceviz, badem vb.) ve tahıllar tüketilmelidir. Protein kaynakları, hayvansal ve bitkisel olarak iki gruba ayrılır. Ancak, hayvansal proteinleri aşırı tüketen bireylerde ovulasyona bağlı infertilite riski %20 daha fazla iken, bitkisel protein tüketenlerde bu risk %43 oranında daha azdır (52). Hayvansal proteinin yerine bitkisel protein tüketimi %5 oranında değiştirilerek yumurtlamada infertilite riskinin %50 azalma ile ilişkilendirildiği rapor edilmiştir (53).

Bitkisel protein kaynakları (fasulye, soya ve kabuklu yemişler) ile yapılan bir çalışmada implantasyon, klinik gebelik ve canlı doğum dahil üreme teknolojisi (ART) sonuçları arasında herhangi bir ilişki bulunmadığı belirlenmiştir. Nassan ve diğerleri (2018) tarafından yapılan bir çalışmada, haftada iki porsiyon balık tüketiminin arttırılmasının, klinik

gebelik, implantasyon ve canlı doğum oranlarıyla pozitif olarak ilişkili olduğu bulunmuştur (54).

2.9. KAFEİN TÜKETİMİ

Kafein, adenosin reseptör antagonistidir. Merkezi sinir sistemi üzerinde uyarıcı etki yaparak, insan vücudunda kısa süreli fizyolojik değişikliklere neden olmaktadır (55).

Serum kafein, paraksantin ve teobromin olmak üzere üç ana kafein metaboliti bulunmaktadır. Yarılanma ömürleri yaklaşık olarak sırasıyla 5,5 ve 2-3 saattir. Kafein metabolize olunca paraksantin (% 80), teobromin (% 15) ve teofilin (% 4) gibi pek çok metabolit oluşur. Paraksantin, kafeinin metabolizması sırasında oluşan ve vücutta nispeten kararlı bir madde olarak bilinir. Bu, paraksantin oluşum hızının, normal kafein alımında vücuttan atılma hızına yakın bir seviyede olması sebebiyledir. Bu denge, paraksantin plazmadaki düzeylerinin stabil kalmasını sağlamaktadır (56).

Kafeinin yaklaşık %84'ü CYP1A2 (Kafein temizliğinden sorumlu hepatik enzim olan sitokrom P450 1A2) tarafından birincil metabolit olan paraksantine dönüştürülür ve daha az oranda teobromin (%12) ve teofilin (%4) üretilir (57). Östrojen ve progesteronun luteal faz seviyeleri kafein tüketimiyle düşmektedir ve menstrual döngünün kısalma (<25 gün) riskini arttırabilmektedir. Kafein alımı ve doğurganlık arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda tutarsız sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı prospektif epidemiyolojik çalışmalarda kafein alımı ve doğurganlık arasında çok az ilişki varken bazı çalışmalarda negatif veya pozitif ilişkiler bulunmuştur (55).

Erkekler üzerinde yapılan kesitsel çalışmalara göre kafein alımının azalması sperm konsantrasyonu, toplam sperm sayısı ve daha yüksek testosteron seviyeleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir (58). Hayvan çalışmaları, bazı çaylarda bulunan kateşinler ve tanenler gibi polifenollerin doğurganlık üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini ortaya koymuştur ancak prospektif kohort çalışmaları çay tüketiminin doğurganlık üzerinde olumlu etkiler sağladığını veya doğurganlıkla ilgili bir etkisi bulunmadığını göstermiştir (55).

2.9.1. Kafein Ürünlerinin Tarihçesi

Kafein, önemli bir uyarıcı olup, kimyasal adı 1,3,7-trimetilksantindir. Kafeinin kullanımının ilk kayıtları M.Ö. 2700'lü yıllarda, Çin'de çay yapraklarının kaynatılarak içildiği dönemde rastlanır (7). Ancak kafein, 6. yüzyılda Etiyopyalı çoban Kaldi'nin kahve bitkisini

keşfetmesiyle birlikte günlük hayata daha fazla dahil olmuştur. Kaldi, otlatığı keçilerin koyu yeşil yapraklı bir çalıdaki kırmızı meyveleri yediklerinde daha hareketli olduklarını fark etmiştir. Bu meyvelerin kahve çekirdekleri olduğu anlaşılmış ve kahve, Afrika'da yıllarca kaynatılarak tıbbi amaçlarla veya yiyeceklere eklenerek kullanılmıştır. Kahvenin, kavrulma işlemi sonrası pişirilerek içilmesi ise Arap Yarımadası'na ulaştıktan sonra 11. yüzyılda başlamıştır. Kafein, çeşitli yiyecek ve içecekler tat vermesi amacıyla eklenir ve oldukça yaygın bir şekilde tüketilir. Kafein alımı, kafeinin kaynağına, tüketicinin yaşına, cinsiyetine, beslenme alışkanlıklarına ve iklim koşullarına göre değişiklik gösterir (59).

2.9.2. Kafein Kaynakları (çay, kahve, kakao, enerji içecekleri, diğer kafein kaynakları)

Kafein, bir metilksantin olarak, uyarıcı etkisiyle bilinir ve çeşitli içeceklerde (kahve, çay), çikolata veya kakao içeren ürünlerde ve bazı ilaçlarda bulunur. En yaygın kafein kaynakları arasında çay yaprakları, kahve çekirdekleri, kakao çekirdekleri ve kola tohumları yer alır (7). Kahve, çaya kıyasla %50-70 oranında daha fazla kafein içerir (60). Vücuda alındığında, kafein hızla sindirim sistemi tarafından emilir ve 15-60 dakika içinde plazmada en yüksek konsantrasyonuna ulaşır (61). Kafeinin vücutta hızlı emilimi ve yaygın olarak kullanılması, etkilerini hızla göstermesine neden olur. Bu nedenle, kafein tüketimi, kişinin yaşı, cinsiyeti, beslenme durumu ve diğer faktörlere bağlı olarak değişiklik gösterebilir (7). Tablo 2.2.'de kafein içeren yiyecek ve içecekler ve miktarları verilmiştir.

Tablo 2.2. Kafein İçeren Yiyecek ve İçecekler ve Kafein Miktarları (mg) (7)

Kafein İçeren Maddeler	Miktar	Kafein Miktarı (mg)
Bitter çikolata	1 çubuk (43 g)	31
Sütlü çikolata	1 çubuk (43 g)	10
Neskafe	1 bardak (207 ml)	80-135
Çay	1 bardak (177 ml)	50
Yeşil çay	1 bardak (177 ml)	30
Kola	1 kutu (355 ml)	34
Enerji içeceği	1 kutu (250 ml)	80

2.9.3. Kafeinin Genel Sağlık Üzerine Etkileri

Kafein, vücutta emildikten sonra tüm hücrelere ulaşarak kan-beyin bariyerini hızla geçen uyarıcı bir maddedir. Tarih boyunca, özellikle Taş Devri'nden bu yana tüketilen kafein, adenosin reseptörlerini engelleyerek uyanıklığı arttırmakta, enerji vermekte ve kendini iyi hissettirme gibi olumlu etkiler sağlamaktadır (62).

Alınan kafein miktarının yarısının vücuttan atılma süresi 5-6 saat olmakla birlikte bu süre bazı dönemlerde değişiklik göstermektedir. Kafeinin sadece %10'u metabolize olmadan vücuttan uzaklaştırılmaktadır (7).

Gebelikte kafeinin yarılanma ömrü fetüs veya plasentanın metabolize edememesi sebebiyle 9-11 saatlere ulaşmaktadır. Bu süre, neonatal dönemde karaciğerde sitokrom P450 A2 aktivitesinin düşük olması nedeniyle 23 saate kadar uzamaktadır (63). Ergenlik sürecinde bu süre 2.5-4.5 saat kadar sürmektedir, bu azalma kafeinin hızlı metabolize edilmesinden kaynaklanmaktadır. Kafeinin yarılanma ömrünü oral kontraseptifler iki katına uzatmaktadır (64). Kafein alımı, başlangıçta bireyin daha üretken ve odaklanmış hissetmesini sağlarken, 4-6 hafta boyunca yüksek dozlarda tüketildiğinde konsantrasyonu düşürebilir. Bu durum, nörotransmitterlerin yıkımına neden olarak öğrenme yeteneğini azaltır ve uykusuzluk gibi sorunlara yol açabilir (65).

Kafeinin gün içerisinde 400 mg'den az tüketimi yan etkiye sebep olmazken, gün içerisinde 400 mg'den daha fazla tüketimi, farklı yan etkilere sebep olabilmektedir (64). Yüksek dozda kafein alımı akut olarak baş ağrısına, uykusuzluğa, huzursuzluğa, sinirlilik haline, sindirim sistemi hastalıklarına, poliüriye, yüzde kızarıklığa, kardiyak aritmiye, halüsinasyon ve psikoz gibi birçok hastalıklara sebep olmaktadır (66).

Kafein alımının yüksek seviyelerde olması idrarda magnezyum ve kalsiyum atılımını arttırmaktadır. Bu durum da osteoporoz riskini arttırmaktadır (67). Kafeinizm, aşırı kafein tüketim durumudur. Kas iskelet sisteminin ağrılı patolojileri (trigeminal nevralji ve huzursuz bacak sendromu vb.), yoksunluk sendromu, bulantı, kusma ve kas ağrıları gibi komplikasyonlara yol açabilir. Ayrıca, kafeinin bel ağrısı, temporomandibular eklem disfonksiyonu ve fibromiyalji gibi durumlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Klinik araştırmalarla, günlük tüketilen kafeinin aniden kesilmesi yoksunluk belirtilerini tetikleyebileceği belirlenmiştir (7).

2.9.4. Kafeinin Üreme Sağlığı Üzerine Etkileri

Amerika Birleşik Devletleri'nde en sık kullanılan psikoaktif madde olan kafein, üreme çağındaki kadınların %90'ından fazlası tarafından günlük olarak bir miktar tükettiği bilinmektedir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji, kadınların gebelikte kafein alımını <200 mg/gün ile sınırlamalarını önermektedir; bu, düşük ve erken doğum riskini azaltabilmektedir fakat gebe kalmaya çalışırken kafein kullanımının güvenliği konusunda ortak bir düşünce bulunmamaktadır (68).

Düşük ve orta seviyede kafeinli içecek tüketiminden kaynaklanan kafein maruziyetinin doğurganlığı etkilemediği bilinmektedir (7). Orta seviyede kafein tüketimi (günde 200 mg'ye kadar) erkeklerde veya kadınlarda doğurganlığı etkilememektedir ancak yüksek seviyede kafein tüketimi (günde 400 mg'den fazla) doğurganlığın azalmasıyla ilişkilidir. Gebelik sürecinde yüksek seviyede kafein tüketimi; düşük doğum ağırlıklı bebek ve düşük yapma riskini artırır, erken doğum riskini etkiler, gebelik diyabeti riskini artırır, preeklamps riskini artırır (69,70).

Prekonsepsiyonel dönemde >300 mg/gün kafein alımı, daha sonraki fetal kayıp riskini %31 oranında arttırmaktadır (25). Kafein tüketimi ile doğurganlık, düşük riski, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum ve doğumsal defektler arasındaki ilişkilere dair yapılan araştırmalarda, yüksek miktarda kafein alımının spontan düşüklükler ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirildiği, ancak doğumsal defektler ile bağlantılı olmadığı görülmüştür (7).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ

18-49 yaş arasındaki prekonsepsiyonel dönemde olan bireylerin bu dönemle ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi, Akdeniz tipi diyete uyumunun ve kafein kullanımının belirlenmesi amaçlanan bu tez çalışması tanımlayıcı-kesitsel bir araştırmadır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ ve ZAMANI

“Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyete Uyumun ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi” çalışması etik kurul onayını takiben Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’nde 1 Aralık 2023 - 1 Mart 2024 tarihlerinde gerçekleştirilmiştir (EK 2).

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ, ÖRNEKLEM YÖNTEMİ ve SAYISI

Araştırmanın evreni ve örnekleme; Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ne etik kurul onayını takiben 3 ay içerisinde başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun, gönüllü, prekonsepsiyonel dönemdeki bireyler olarak belirlenmiştir. Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ne 01.12.2022- 01.03.2023 tarihleri arasında başvuran gebelik öncesi dönemde olan hasta sayısı 2200’dür. Araştırmanın örnekleme; Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ ne etik kurul onayını takiben rutin tedavileri sebebiyle başvuran, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun, gönüllü, prekonsepsiyonel dönemdeki bireyler olarak belirlenmiştir. Kesitsel – tanımlayıcı araştırmada, 1 Aralık 2022 – 1 Mart 2023 tarihleri arasında Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği’ne başvurmuş olan 2200 prekonsepsiyonel dönemdeki hasta evren kabul edilmiş örneklem büyüklüğü evreni bilinen örneklem hesaplama formülü ile hesaplanmıştır.

$$n = N * t^2 * p * a / d^2 (N - 1) + t^2 p * q$$

Buna göre toplam örneklem büyüklüğü %95 güç 0.05 alfa anlamlılık seviyesinde 327 olarak saptanmıştır.

Çalışmanın Dahil Edilme Kriterleri: 18-49 yaş arasında olmak, çalışmaya katılmaya gönüllü olmak, evli veya bekar gebelik öncesi dönemde olmak

Çalışmanın Dışlanma Kriterleri: Kadın doğum polikliniğine başvuran gebe kadınlar

3.4 ARAŞTIRMANIN ETİK İZİNLERİ

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 20.11.2023 tarihli E-22686390-050.99-34827 sayılı etik kurul onayı (EK-2) ve Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi'nden kurum izni (EK-3) alınmıştır.

3.5 ARAŞTIRMADAKİ VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara öncelikle Helsinki Bildirgesi kapsamında Gönüllü Onam Formu (EK-4) okutulmuş ve imzalatılmıştır. Araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik özellikler ve yaşam tarzı ile ilgili soruların bulunduğu Genel Bilgiler Formu (EK-5), Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ) (Ek-6), 14 Maddeli Akdeniz Diyet Uyum Ölçeği (Ek-7), Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği (Ek-8) içeren bir form katılım sağlayan hastalar tarafından okunmuş ve cevaplanmıştır. Veriler, araştırmacı tarafından yüz yüze anket yöntemi ile toplanmıştır.

3.5.1. Genel Bilgiler Formu

Araştırmacı diyetisyen tarafından hazırlanan, bireyin genel ve sağlık durumuna ilişkin temel bilgilerini öğrenmek amacıyla doğum tarihi, boy uzunluğu, mevcut ağırlık, BKİ, medeni durum, doğum sayısı, düşük sayısı, sigara kullanımı, alkol kullanımı, düzenli egzersiz gibi 10 sorudan oluşan bir formdur.

3.5.2. Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ)

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği, Gökdemir ve arkadaşları tarafından (70) 2015 yılında geliştirilmiştir. 5'li Likert tipindeki bu ölçek, 18-45 yaş arası evli veya bekar kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarını belirlemek için kullanılabilir geçerli, güvenilir ve standardize bir formdur.

Ölçek 42 olumlu 1 olumsuz toplam 43 madde ve “prekonsepsiyonel sağlığı koruma ve geliştirmeye ilişkin tutumlar (PSKG)”, “doğurganlığın planlanmasına ilişkin tutumlar (DP)”,

“çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlar (ÇSOÖYK)”, “prekonsepsiyonel risk faktörlerine ilişkin tutumlar (PRF)”, “prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına ilişkin tutumlar (PSD)”, “prekonsepsiyonel dönemde kaçınılması gereken davranışlar (PDKGD)” ve “prekonsepsiyonel sağlığa ilişkin duyarlılık durumu (PSİD)” olmak üzere 7 alt boyuttan oluşmaktadır (71).

Cevaplayıcıların, ölçekteki her ifadeyi okumaları ve katılım derecelerini 'X' işareti ile belirtmeleri gerekmektedir. Katılım dereceleri ve puanlama şu şekildedir: 'Hiç Katılmıyorum' için 1 puan, 'Az Katılıyorum' için 2 puan, 'Orta Derecede Katılıyorum' için 3 puan, 'Çok Katılıyorum' için 4 puan ve 'Tamamen Katılıyorum' için 5 puan verilecektir. 47. maddede yer alan olumsuz ifadeye ise ters yönde puanlama uygulanmalıdır. (71).

Ölçekten alınan puan arttıkça, bireyin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının olumlu yönde artışı gerçekleşmektedir. Ölçekten ve alt boyutlarından alınabilecek minimum ve maksimum puanlar Tablo 3.1’de gösterilmiştir (71).

Tablo 3.1. PKTÖ ve Alt Boyutlarının Minimum ve Maksimum Puan Dağılımları

PKTÖ ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum
PKTÖ	43	215
Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar	10	50
Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar	7	35
Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar	5	25
Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar	8	40
Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar	5	25
Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar	5	25
Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu	3	15

3.5.3. 14 Maddeli Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği

14 Maddeli Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği Bekar ve Göktaş (72) tarafından geliştirilmiştir. Sorgulanan sorulara verilen cevaplar; "evet" için +1 puan, "hayır" için ise 0 puan olarak puanlandırılmıştır. Toplanan puanlar üç kategoride değerlendirilmiştir: Akdeniz diyet skorları düşük (≤ 5), orta (6-9) ve yüksek (≥ 10) uyum olarak sınıflandırılmıştır.

3.5.4. Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği

Kafein kullanım bozukluğu ölçeği ilk olarak Agoston ve ark. (73) tarafından geliştirilmiştir. Kaya (74) tarafından bu ölçek 2021 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. 4'lü likert tipteki ölçek 18 yaş üzeri kişilere uygulanabilmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 10 ile 40 arasında değişmektedir ve ölçekte ters madde bulunmamaktadır. Puanlama, "1= Hiçbir zaman, 2= Bazen, 3= Sıklıkla, 4= Çok sık" şeklindedir. Ölçek skoru arttıkça, kafein kullanım bozukluğunun da artması değerlendirilmektedir.

3.6. VERİLERİN İSTATİSTİKSEL ANALİZİ

Tüm Veriler SPSS 22.0 paket programında analiz edildi. Sürekli verilerin gösterimi (ortalama, standart sapma sayısı, yüzde, minimum ve maksimum değerler) ile verildi. Ölçek ve alt boyutlarına ait değerler hesaplanırken toplam puan alınıp madde sayısına bölündü. Veriler normal dağılıma uyduğundan karşılaştırmalarda Bağımsız Örnek T Testi kullanılmıştır. Değerkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde ise Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Korelasyon katsayısı 0,00 – 0,30 arasında ise çok düşük; 0,30 – 0,50 arasında ise düşük; 0,50 – 0,70 arasında ise orta; 0,70 – 0,90 arasında ise yüksek ve 0,90 – 1,00 arası yüksek ilişki olduğunu göstermektedir (75). İstatistiksel anlamlılık $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Araştırma 18-49 yaş aralığında prekonsepsiyonel dönemde olan 327 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların yaş ortalamaları 29 ± 6.18 yıldır.

Katılımcıların 138'i (%42.2) evli, 189'u (%57.8) bekarıdır. Sigara kullanımı açısından, 35'i (%10.7) sigara içerken, 292'si (%89.3) sigara içmemektedir. Alkol tüketimi konusunda, 13 katılımcı (%4.0) alkol tüketirken, 314'ü (%96.0) alkol tüketmemektedir. Düzenli egzersiz yapma oranı 61 katılımcı (%18.7) ile sınırlıyken, 266 katılımcı (%81.3) egzersiz yapmamaktadır. Katılımcıların ortalama doğum sayısı 0.62 ± 1.03 ve ortalama düşük sayısı 0.13 ± 0.52 'dir (Tabloda verilmemiştir). Katılımcılara ait genel bilgiler Tablo 4.1'de ve antropometrik ölçümler Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcılara Ait Genel Bilgiler

Değişken	n	%
Medeni Durum		
Evli	138	42.2
Bekar	189	57.8
Toplam	327	100
Sigara		
Evet	35	10.7
Hayır	292	89.3
Toplam	327	100
Alkol		
Evet	13	4.0
Hayır	314	96.0
Toplam	327	100
Egzersiz		
Evet	61	18.7
Hayır	266	81.3
Toplam	327	100

Tablo 4.2’de katılımcıların antropometrik ölçümleri verilmiştir. Katılımcıların boy, ağırlık ve BKİ ortalamaları verilmiştir. Elde edilen bulgulara göre, Katılımcıların antropometrik ölçümleri incelendiğinde, boy uzunluğu ortalaması 163.6 ± 5.75 cm, vücut ağırlığı ortalaması 64.7 ± 14.48 kg, BKİ ortalaması incelendiğinde 24.18 ± 5.36 kg/m² olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların BKİ verileri zayıf, normal, fazla kilolu/hafif şişman ve şişman olmak üzere dört ana kategori altında incelenmiştir. Zayıf kategorisinde (BKİ <18.50 kg/m²), katılımcıların ortalama BKİ değeri 17.69 ± 0.87 kg/m² olarak belirlenmiştir. Bu kategoride, kadınların BKİ değerleri 15.24 ile 18.40 kg/m² arasında değişmektedir. Normal kategoride (BKİ 18.50-24.99 kg/m²), katılımcıların ortalama BKİ değeri 21.84 ± 1.77 kg/m² olup, 18.56 ile 24.98 kg/m² arasında değişim göstermektedir. Fazla kilolu/hafif şişman kategorisinde (BKİ 25.00-29.99 kg/m²), kadın katılımcıların ortalama BKİ değeri 27.2 ± 1.48 kg/m² olup, BKİ değerleri 25.00 ile 29.74 kg/m² arasında değişim göstermektedir. Şişman kategorisinde (BKİ 30.00-40.00 kg/m²), katılımcıların ortalama BKİ değeri 35.3 ± 6.32 kg/m² olarak belirlenmiştir ve bu kategorideki kadınların BKİ değerleri 30.11 ile 47.7 kg/m² arasında değişim göstermektedir.

Tablo 4.2. Katılımcıların Antropometrik Ölçümleri

	n=327	
	$\bar{X} \pm SS$	Min.-Maks.
Boy uzunluğu (cm)	163.65 ± 5.75	150 – 184
Vücut ağırlığı (kg)	64.71 ± 14.48	42 – 125
BKİ (kg/m²)	24.18 ± 5.36	15.24 – 47.70
Zayıf (<18.50 kg/m²)	17.69 ± 0.87	15.24 – 18.40
Normal (18.50-24.99 kg/m²)	21.84 ± 1.77	18.56 – 24.98
Fazla Kilolu, Hafif Şişman (25.00-29.99 kg/m²)	27.20 ± 1.48	25.00 – 29.74
Şişman (30.00-40.00 kg/m²)	35.30 ± 6.32	30.11 – 47.70

BKİ: Beden Kütle İndeksi

Tablo 4.3.’te Akdeniz diyeti, kafein tüketimi ve PKTÖ ölçeklerinden elde edilen puanların dağılımı incelenmiştir. Bu doğrultuda, ölçme araçlarından elde edilen puan ortalamalarına ait çarpıklık ve basıklık katsayıları hesaplanmıştır. Bu çalışmada yer alan ölçme araçlarından elde edilen puanlar için hesaplanan çarpıklık katsayılarının -1.96 ile 1.45 basıklık katsayılarının ise -0.20 ile 1.95 arasında değiştiği görülmüştür. Elde edilen sonuçlar verilerin normal dağılıma sahip olduğunu göstermiştir. Akdeniz diyeti puan ortalaması 5.80 ± 1.64 ; alınan en düşük puan 1, en yüksek puan 10 ve çarpıklık katsayısı -0.09, basıklık

katsayısı -0.20'dir. Kafein tüketimi puan ortalaması 14.90 ± 5.34 ; alınan en düşük puan 10, en yüksek puan 39 ve çarpıklık katsayısı 1.45, basıklık katsayısı 1.12'dir. PKTÖ'nün puan ortalaması 4.54 ± 0.35 ; alınan en düşük puan 2.67, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.49, basıklık katsayısı 1.13'tür. PSKG'nin puan ortalaması 4.76 ± 0.35 ; alınan en düşük puan 2.30, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.96, basıklık katsayısı 1.23'tür. DP'nin puan ortalaması 4.57 ± 0.46 ; alınan en düşük puan 2.29, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.73, basıklık katsayısı 1.13'tür. ÇSOÖYK'nin puan ortalaması 4.31 ± 0.60 ; alınan en düşük puan 1.60, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.16, basıklık katsayısı 1.95'tir. PRF'nin puan ortalaması 4.49 ± 0.51 ; alınan en düşük puan 2.43, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.37, basıklık katsayısı 1.13'tür. PSD'nin puan ortalaması 4.25 ± 0.64 ; alınan en düşük puan 2.20, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -0.79, basıklık katsayısı 0.05'tir. PDKGD'nin puan ortalaması 4.52 ± 0.53 ; alınan en düşük puan 2.00, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.37, basıklık katsayısı 1.49'dur. PSİD'nin puan ortalaması 4.81 ± 0.37 ; alınan en düşük puan 3, en yüksek puan 5 ve çarpıklık katsayısı -1.95, basıklık katsayısı 1.63'tür.

Tablo 4.3. Katılımcıların Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puanları ve Normallik Değerlendirilmesi

Değişkenler	N	$\bar{X} \pm SS$	Min-Maks	Skewness	Kurtosis
Akdeniz Diyeti	327	5.80 ± 1.64	1.00-10.00	-0.09	-0.20
Kafein Tüketimi	327	14.90 ± 5.34	10.00-39.00	1.45	1.12
PKTÖ	327	4.54 ± 0.35	2.67-5.00	-1.49	1.13
PSKG	327	4.76 ± 0.35	2.30-5.00	-1.96	1.13
DP	327	4.57 ± 0.46	2.29-5.00	-1.73	1.23
ÇSOÖYK	327	4.31 ± 0.60	1.60-5.00	-1.16	1.95
PRF	327	4.49 ± 0.51	2.43-5.00	-1.37	1.13
PSD	327	4.25 ± 0.64	2.20-5.00	-0.79	0.05
PDKGD	327	4.52 ± 0.53	2.00-5.00	-1.37	1.49
PSİD	327	4.81 ± 0.37	3.00-5.00	-1.95	1.63

Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.4. incelendiğinde medeni duruma göre Akdeniz Diyeti, kafein tüketimi, PSKG, DP, ÇSOÖYK, PRF, PSİD ve PKTÖ puan ortalamasının farklılaştığı görülmüştür ($p<0.05$). Evlilerin Akdeniz Diyeti puan ortalamasının (6.04 ± 1.63) bekarların Akdeniz Diyeti puan ortalamasından (5.61 ± 1.63) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Evlilerin kafein tüketimi puan ortalamasının (14.13 ± 5.20) bekarların kafein tüketimi puan ortalamasından (15.47 ± 5.39) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.05$) görülmüştür. Evlilerin PKTÖ puan ortalamasının (4.46 ± 0.42) bekarların PKTÖ puan ortalamasından (4.61 ± 0.28) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.001$) görülmüştür. Evlilerin PSKG puan ortalamasının (4.67 ± 0.43) bekarların PSKG puan ortalamasından (4.82 ± 0.26) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.001$) görülmüştür. Evlilerin DP puan ortalamasının (4.46 ± 0.55) bekarların DP puan ortalamasından (4.65 ± 0.36) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.001$) görülmüştür. Evlilerin ÇSOÖYK puan ortalamasının (4.13 ± 0.69) bekarların ÇSOÖYK puan ortalamasından (4.43 ± 0.48) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.001$) görülmüştür. Evlilerin PRF puan ortalaması ile (4.36 ± 0.62) bekarların PRF puan ortalaması (4.58 ± 0.39) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Evlilerin PSD puan ortalaması ile (4.17 ± 0.68) bekarların PSD puan ortalaması (4.30 ± 0.62) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Evlilerin PDKGD puan ortalamasının (4.57 ± 0.55) bekarların PDKGD puan ortalamasından (4.48 ± 0.52) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu ($p<0.01$) görülmüştür. Evlilerin PSİD puan ortalamasının (4.74 ± 0.45) bekarların PSİD puan ortalamasından (4.86 ± 0.29) istatistiksel olarak anlamlı ölçüde düşük olduğu ($p<0.01$) görülmüştür.

Tablo 4.4. Katılımcıların Medeni Duruma Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Medeni Durum	n	$\bar{X} \pm SS$	T	p
Akdeniz Diyeti	Evli	138	6.04±1.63	2.356	0.010*
	Bekar	189	5.61±1.63		
Kafein Tüketimi	Evli	138	14.13±5.20	2.245	0.025*
	Bekar	189	15.47±5.39		
PKTÖ	Evli	138	4.46±0.42	3.896	<0.001
	Bekar	189	4.61±0.28		
PSKG	Evli	138	4.67±0.43	3.854	<0.001
	Bekar	189	4.82±0.26		
DP	Evli	138	4.46±0.55	4.579	<0.001
	Bekar	189	4.65±0.36		
ÇSOÖYK	Evli	138	4.13±0.69	3.867	<0.001
	Bekar	189	4.43±0.48		
PRF	Evli	138	4.36±0.62	1.845	0.066
	Bekar	189	4.58±0.39		
PSD	Evli	138	4.17±0.68	1.569	0.118
	Bekar	189	4.30±0.62		
PDKGD	Evli	138	4.57±0.55	2.841	0.005*
	Bekar	189	4.48±0.52		
PSİD	Evli	138	4.74±0.45	3.928	<0.001
	Bekar	189	4.86±0.29		

* $p < 0.05$, Bağımsız Örnek T Testi, Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.5.'te sigara tüketimine göre Akdeniz Diyeti, kafein tüketimi, PKTÖ toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre sigara tüketimi ile Akdeniz Diyetine Uyum, Kafein Tüketimi, PKTÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksek olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Sigara tüketenlerin Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması ile (5.74±1.80) sigara tüketmeyenlerin Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması (5.80±1.62) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Sigara tüketenlerin kafein tüketimi puan ortalaması ile

(16.54±6.73) sigara tüketmeyenlerin kafein tüketimi puan ortalaması (14.71±5.13) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PKTÖ puan ortalaması ile (4.52±0.37) sigara tüketmeyenlerin PKTÖ puan ortalaması (4.55±0.35) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PSKG puan ortalaması ile (4.67±0.39) sigara tüketmeyenlerin PSKG puan ortalaması (4.77±0.34) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin DP puan ortalaması ile (4.43±0.52) sigara tüketmeyenlerin DP puan ortalaması (4.59±0.45) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin ÇSOÖYK puan ortalaması ile (4.44±0.61) sigara tüketmeyenlerin ÇSOÖYK puan ortalaması (4.29±0.59) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PRF puan ortalaması ile (4.53±0.56) sigara tüketmeyenlerin PRF puan ortalaması (4.48±0.51) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PSD puan ortalaması ile (4.29±0.69) sigara tüketmeyenlerin PSD puan ortalaması (4.24±0.64) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PDKGD puan ortalaması ile (4.47±0.50) sigara tüketmeyenlerin PDKGD puan ortalaması (4.52±0.54) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Sigara tüketenlerin PSİD puan ortalaması ile (4.79±0.40) sigara tüketmeyenlerin PSİD puan ortalaması (4.81±0.36) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Katılımcıların Sigara Tüketimine Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Sigara	N	$\bar{X} \pm SS$	T	P
Akdeniz Diyet Uyumu	Evet	35	5.74±1.80	0.199	0.842
	Hayır	292	5.80±1.62		
Kafein Tüketimi	Evet	35	16.54± 6.73	1.930	0.054
	Hayır	292	14.71±5.13		
PKTÖ	Evet	35	4.52±0.37	0.419	0.676
	Hayır	292	4.55±0.35		
PSKG	Evet	35	4.67±0.39	1.593	0.112
	Hayır	292	4.77±0.34		
DP	Evet	35	4.43±0.52	1.936	0.054
	Hayır	292	4.59±0.45		
ÇSOÖYK	Evet	35	4.44±0.61	1.404	0.161
	Hayır	292	4.29±0.59		
PRF	Evet	35	4.53±0.56	0.550	0.583
	Hayır	292	4.48±0.51		
PSD	Evet	35	4.29±0.69	0.369	0.713
	Hayır	292	4.24±0.64		
PDKGD	Evet	35	4.47±0.50	0.564	0.573
	Hayır	292	4.52±0.54		
PSİD	Evet	35	4.79±0.40	0.304	0.761
	Hayır	292	4.81±0.36		

* $p < 0.05$, Bağımsız Örnek T Testi, Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlık Korumaya ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.6.'da alkol tüketimine göre Akdeniz Diyeti, kafein tüketimi, PKTÖ toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Buna göre alkol tüketimi ile Akdeniz Diyetine Uyum, Kafein Tüketimi, PKTÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin Akdeniz Diyetine uyum puan ortalaması ile (5.77 ± 1.96) alkol tüketmeyenlerin Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması (5.80 ± 1.63) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin kafein tüketimi puan ortalaması ile (15.31 ± 3.84) alkol tüketmeyenlerin kafein tüketimi puan ortalaması (14.89 ± 5.40) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PKTÖ puan ortalaması ile (4.54 ± 0.38) alkol tüketmeyenlerin PKTÖ puan ortalaması (4.54 ± 0.35) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PSKG puan ortalaması ile (4.66 ± 0.36) alkol tüketmeyenlerin PSKG puan ortalaması (4.76 ± 0.35) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin DP puan ortalaması ile (4.52 ± 0.56) alkol tüketmeyenlerin DP puan ortalaması (4.58 ± 0.45) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin ÇSOÖYK puan ortalaması ile (4.42 ± 0.69) alkol tüketmeyenlerin ÇSOÖYK puan ortalaması (4.30 ± 0.59) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PRF puan ortalaması ile (4.69 ± 0.37) alkol tüketmeyenlerin PRF puan ortalaması (4.48 ± 0.52) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PSD puan ortalaması ile (4.28 ± 0.73) alkol tüketmeyenlerin PSD puan ortalaması (4.25 ± 0.64) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PDKGD puan ortalaması ile (4.38 ± 0.49) alkol tüketmeyenlerin PDKGD puan ortalaması (4.52 ± 0.54) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Alkol tüketenlerin PSİD puan ortalaması ile (4.69 ± 0.69) alkol tüketmeyenlerin PSİD puan ortalaması (4.81 ± 0.35) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 4.6. Katılımcıların Alkol Tüketimine Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve PKTÖ Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Alkol	N	$\bar{X} \pm SS$	T	p
Akdeniz Diyet Uyumu	Evet	13	5.77±1.96	0.058	0.447
	Hayır	314	5.80±1.63		
Kafein Tüketimi	Evet	13	15.31±3.84	0.279	0.390
	Hayır	314	14.89±5.40		
PKTÖ	Evet	13	4.54±0.38	0.070	0.944
	Hayır	314	4.54±0.35		
PSKG	Evet	13	4.66±0.36	1.038	0.300
	Hayır	314	4.76±0.35		
DP	Evet	13	4.52±0.56	0.457	0.324
	Hayır	314	4.58±0.45		
ÇSOÖYK	Evet	13	4.42±0.69	0.671	0.502
	Hayır	314	4.30±0.59		
PRF	Evet	13	4.69±0.37	1.460	0.145
	Hayır	314	4.48±0.52		
PSD	Evet	13	4.28±0.73	0.166	0.868
	Hayır	314	4.25±0.64		
PDKGD	Evet	13	4.38±0.49	0.909	0.364
	Hayır	314	4.52±0.54		
PSİD	Evet	13	4.69±0.69	1.163	0.246
	Hayır	314	4.81±0.35		

* $p < 0.05$, Bağımsız Örnek T Testi, Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlık Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.7.'de düzenli egzersiz yapma durumuna göre Akdeniz Diyeti, kafein tüketimi, PKTÖ toplam puan ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Düzenli egzersiz yapanların Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması ile (5.90 ± 1.52) düzenli egzersiz yapmayanların Akdeniz diyetine uyum puan ortalaması (5.77 ± 1.67) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların kafein tüketimi puan ortalaması ile (14.30 ± 4.48) düzenli egzersiz yapmayanların kafein tüketimi puan ortalaması (15.04 ± 5.52) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PKTÖ puan ortalaması ile (4.60 ± 0.33) düzenli egzersiz yapmayanların PKTÖ puan ortalaması (4.53 ± 0.36) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PSKG puan ortalaması ile (4.76 ± 0.35) düzenli egzersiz yapmayanların PSKG puan ortalaması (4.76 ± 0.35) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların DP puan ortalaması ile (4.58 ± 0.39) düzenli egzersiz yapmayanların DP puan ortalaması (4.57 ± 0.47) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların ÇSOÖYK puan ortalaması (4.46 ± 0.55) düzenli egzersiz yapmayanların ÇSOÖYK puan ortalamasından (4.27 ± 0.60) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PRF puan ortalaması ile (4.57 ± 0.46) düzenli egzersiz yapmayanların PRF puan ortalaması (4.47 ± 0.52) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PSD puan ortalaması ile (4.33 ± 0.61) düzenli egzersiz yapmayanların PSD puan ortalaması (4.23 ± 0.65) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PDKGD puan ortalaması ile (4.58 ± 0.48) düzenli egzersiz yapmayanların PDKGD puan ortalaması (4.50 ± 0.55) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Düzenli egzersiz yapanların PSİD puan ortalaması ile (4.83 ± 0.31) düzenli egzersiz yapmayanların PSİD puan ortalaması (4.80 ± 0.38) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$).

Tablo 4.7. Katılımcıların Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarına Göre Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Egzersiz	N	$\bar{X} \pm SS$	T	p
Akdeniz Diyet Uyumu	Evet	61	5.90±1.52	0.562	0.575
	Hayır	266	5.77±1.67		
Kafein Tüketimi	Evet	61	14.30±4.48	0.984	0.326
	Hayır	266	15.04±5.52		
PKTÖ	Evet	61	4.60±0.33	1.272	0.204
	Hayır	266	4.53±0.36		
PSKG	Evet	61	4.76±0.35	0.051	0.960
	Hayır	266	4.76±0.35		
DP	Evet	61	4.58±0.39	0.100	0.920
	Hayır	266	4.57±0.47		
ÇSOÖYK	Evet	61	4.46±0.55	2.277	0.023*
	Hayır	266	4.27±0.60		
PRF	Evet	61	4.57±0.46	1.345	0.179
	Hayır	266	4.47±0.52		
PSD	Evet	61	4.33±0.61	1.077	0.282
	Hayır	266	4.23±0.65		
PDKGD	Evet	61	4.58±0.48	1.082	0.280
	Hayır	266	4.50±0.55		
PSİD	Evet	61	4.83±0.31	0.395	0.693
	Hayır	266	4.80±0.38		

* $p < 0.05$, Bağımsız Örnek T Testi, Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlık Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.8.'deki değişkenler arası Pearson korelasyon katsayıları incelendiğinde, Akdeniz Diyet Uyumunun ve kafein tüketiminin diğer değişkenlerle arasındaki ilişkiler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$). PKTÖ ile PSKG alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek ilişki ($r = 0.846$; $p < 0.001$); DP alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzey ilişki ($r = 0.680$; $p < 0.001$); ÇSOÖYK alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek ilişki ($r = 0.722$; $p < 0.001$); PRF alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek ilişki ($r = 0.810$; $p < 0.001$); PSD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzey ilişki ($r = 0.627$; $p < 0.001$); PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak

anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.684$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve yüksek ilişki ($r=0.734$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün PSKG alt boyutu ile DP alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.557$; $p<0.001$); ÇSOÖYK alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.466$; $p<0.001$); PRF alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.613$; $p<0.001$); PSD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.390$; $p<0.001$); PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.616$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve yüksek ilişki ($r=0.716$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün DP alt boyutu ile ÇSOÖYK alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.464$; $p<0.001$); PRF alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.449$; $p<0.001$); PSD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve çok düşük ilişki ($r=0.164$; $p<0.001$); PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.321$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.518$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün ÇSOÖYK alt boyutu ile PRF alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve yüksek ilişki ($r=0.551$; $p<0.001$); PSD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.393$; $p<0.001$); PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.339$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.426$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün PRF alt boyutu ile PSD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.442$; $p<0.001$); PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.455$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve orta düzey ilişki ($r=0.522$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün PSD alt boyutu ile PDKGD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.367$; $p<0.001$) ve PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.412$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

PKTÖ'nün PDKGD alt boyutu ile PSİD alt boyutu arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamli ve düşük ilişki ($r=0.435$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

Tablo 4.8. Katılımcıların Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Akdeniz Diyet Uyumu	Kafein Tüketimi	PKTÖ	PSKG	DP	ÇSOÖYK	PRF	PSD	PDKGD	PSİD
Akdeniz Diyet Uyumu	1									
Kafein Tüketimi	-0.055	1								
PKTÖ	0.027	0.013	1							
PSKG	0.069	-0.002	0.846*	1						
DP	0.022	-0.035	0.680*	0.557*	1					
ÇSOÖYK	-0.076	0.088	0.722*	0.466*	0.464*	1				
PRF	-0.022	-0.024	0.810*	0.613*	0.449*	0.551*	1			
PSD	0.044	0.073	0.627*	0.390*	0.164*	0.393*	0.442*	1		
PDKGD	0.086	-0.057	0.684*	0.616*	0.321*	0.339*	0.455*	0.367*	1	
PSİD	0.023	0.051	0.734*	0.716*	0.518*	0.426*	0.522*	0.412*	0.435*	1

*p<0.001; Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlıkta Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD

Tablo 4.9.'daki değişkenler arası Pearson korelasyon katsayıları incelendiğinde, doğum sayısı ile düşük sayısı arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=0.232$; $p<0.001$); BKİ arasında pozitif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=0.279$; $p<0.001$); Akdeniz diyet uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki ($p>0.05$); kafein tüketimi arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.149$; $p<0.01$); PKTÖ arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.295$; $p<0.001$); PKTÖ'nün PSKG alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.242$; $p<0.001$); DP alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.284$; $p<0.001$); ÇSOÖYK alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzey ilişki ($r=-0.347$; $p<0.001$); PRF alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.277$; $p<0.001$); PSD alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.151$; $p<0.01$); PDKGD alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki ($p>0.05$) ve PSİD alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.184$; $p<0.001$) bulunmaktadır.

Düşük sayısı ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki ($p>0.05$) bulunmaktadır.

BKİ ile PKTÖ'nün DP alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.142$; $p<0.05$); ÇSOÖYK alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.116$; $p<0.05$) ve PRF alt boyutu arasında negatif yönlü, istatistiksel olarak anlamlı ve çok düşük ilişki ($r=-0.159$; $p<0.05$) bulunmaktadır. BKİ ile diğer değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan ilişki ($p>0.05$) bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Katılımcıların Doğum Sayısı, Düşük Sayısı, BKİ, Akdeniz Diyeti, Kafein Tüketimi, PKTÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Değişkenler	Doğum Sayısı	Düşük Sayısı	BKİ
Doğum Sayısı	1		
Düşük Sayısı	0.232***	1	
BKİ	0.279***	0.067	1
Akdeniz Diyet Uyumu	0.068	-0.041	0.067
Kafein Tüketimi	-0.149**	0.078	-0.014
PKTÖ	-0.295***	-0.013	-0.098
PSKG	-0.242***	-0.002	-0.064
DP	-0.284***	-0.085	-0.142*
ÇSOÖYK	-0.347***	-0.045	-0.116*
PRF	-0.277***	0.021	-0.159**
PSD	-0.151**	0.008	0.029
PDKGD	0.033	0.052	0.040
PSİD	-0.184***	-0.020	-0.056

* $p<0.05$; ** $p<0.001$; *** $p<0.001$; *Beden Kütle İndeksi (BKİ), Prekonsepsiyonel Bilgi Ve Tutum Ölçeği (PKTÖ), Prekonsepsiyonel Sağlığı Koruma ve Geliştirmeye İlişkin Tutumlar: PSKG, Doğurganlığın Planlanmasına İlişkin Tutumlar: DP, Çocuk Sahibi Olmadan Önceki Yaşam Koşullarına İlişkin Tutumlar: ÇSOÖYK, Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerine İlişkin Tutumlar: PRF, Prekonsepsiyonel Sağlık Davranışlarına İlişkin Tutumlar: PSD, Prekonsepsiyonel Dönemde Kaçınılması Gereken Davranışlar: PDKGD, Prekonsepsiyonel Sağlığa İlişkin Duyarlılık Durumu: PSİD*

5. TARTIŞMA

5.1. TARTIŞMA

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik sürecinde uygulanan diyetin, plasenta gelişimi, gestasyonel diyabet oluşumu, doğum sırası komplikasyonları, bebek doğum ağırlığı, çocukluk çağı alerjisi gibi anne ve bebek sağlığı üzerinde uzun vadeli etkileri bulunmaktadır (34). Prekonsepsiyonel dönem, hem anne hem de bebek sağlığı açısından anne ve baba adaylarının yaşam tarzlarında değişiklik yapılmasına imkan sağlayan önemli bir dönemdir. Literatüre göre ülkemizde prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alan çift sayısı çok yetersizdir (76).

91 girişim ve 89 kontrol grubu ile toplamda 180 katılımcısı bulunan Erkal Aksoy ve Özentürk'ün (77) prekonsepsiyonel dönemdeki kadınlarla ilgili araştırmasında katılımcıların çoğunun 18-35 yaş grubunda oldukları bildirilmiştir. Arslan ve Özkan (78) tarafından prekonsepsiyonel dönemle ilgili yapılan çalışmada 142 katılımcının yaş ortalaması 26.3 ± 5 yıl bulunmuştur. Koyucu ve ark. (79)'nın yaptığı 446 katılımcının bulunduğu çalışmada yaş ortalaması 31.1 ± 6.53 yıl bulunmuştur. Araştırmamızdaki katılımcıların yaş ortalaması ise 29 ± 6.18 yıl olup daha fazla katılımcıya sahip olan Koyucu ve ark.'nın katılımcılarının yaş ortalamasına çok yakın ve Erkal Aksoy ve Özentürk'ün çalışmasındaki çoğunluğun yaş aralığının içerisinde çıkmıştır.

Prekonsepsiyonel dönemde sigara ve alkol kullanımı gebeliğin planlı olup olmamasına göre etkilenmektedir. Planlı gebelik yaşayan kadınlar, plansız gebelik yaşayanlara göre %68 daha az sigara kullanmaktadır ve alkol kullanma olasılığı %44 daha azdır. Planlanmamış gebeliği olan kadınların gebelik öncesi ve sırasında sigara ve alkol tüketimi gibi sağlıksız davranışları izleme olasılığı daha yüksektir (80). Doğum öncesi alkol maruziyeti ile kötü gebelik sonuçları arasında nedensel bir ilişki olduğunu gösteren hayvan çalışmasından elde edilen bulgular, bu konuda daha fazla insan araştırması yapılmasının önemini vurgulamaktadır (81). Alkol tüketiminin ve sigara kullanımının gebelik süresince potansiyel risklerini anlamak ve önlemek, hem anne hem de bebek sağlığı açısından kritik bir öneme sahiptir (82). Yapılan çalışmalarda sigara kullanım oranları Cömert (83) tarafından %23.1, Yılmaz ve ark. (84) tarafından %18, Koyucu ve ark. (85) tarafından da %19.3 olarak bulunmuştur. Çalışmalarda alkol kullanım oranlarını da Anderson et al. (86) %53.9, Gelder et al. (87) %38 olarak bulunmuştur. Araştırmamızdaki bulguları

incelediğimizde de katılımcıların %10.7'si sigara içerken %4'ü de alkol kullanmaktadır (Tablo 4.1). Bu oranlar diğer araştırmalardaki oranlarla göre daha düşük bulunmakta ve sağlık açısından olumlu sonuçlar oluşturacağını düşündürmektedir.

Bir çalışmada, prekonsepsiyonel dönemde sigara ve alkol tüketiminin gebelik sağlığı üzerinde önemli etkileri olabileceği belirtilmektedir (88). Ancak bu çalışmada sigara ve alkol tüketiminin Akdeniz diyetine uyum ve kafein tüketimini etkilemediği bulunmuştur. Bunun sebebi katılımcılarda sigara ve alkol tüketen/tüketmeyen kişi sayısı arasındaki fark çok fazladır. Dengeli bir dağılım olmamasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. (Tablo 4.5, Tablo 4.6).

12 hafta boyunca haftada üç kez, 45 dakika süren orta yoğunlukta egzersiz müdahalesi uygulanan kadınların %60'ında adet döngüsü ve/veya yumurtlama sıklığında iyileşme gözlemlenmiştir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji, kontrendikasyon bulunmadığı sürece, haftanın çoğu veya tüm günlerinde 20-30 dakika orta yoğunlukta fiziksel aktivite yapılmasını önermektedir. Ayrıca, 2015 yılında yapılan ve 3401 katılımcıyı içeren bir sistematik incelemede, standart bakımla karşılaştırıldığında artmış fiziksel aktivitenin gestasyonel diyabet gelişim riskini %28 oranında azalttığı bulunmuştur. Bu inceleme, 10 randomize kontrollü çalışmanın verilerini analiz etmiştir (89). Katılımcılarımızda da egzersiz yapmayanların oranı %81.3 iken düzenli egzersiz yapanların oranı %18.7 bulunmuştur (Tablo 4.1.). Düzenli egzersiz yapanların oranının egzersiz yapmayanların oranından çok daha düşük olması çoğunluğun egzersizin faydalarından yararlanamayacağını düşündürmektedir.

Birçok çalışma, anne adayının ağırlığı ve beslenme durumunun gebelik sonuçları üzerinde önemli etkileri olduğunu ortaya koymuştur (90-93). Gebelikte aşırı ağırlık artışı obeziteye yol açabilmekte ve bu durum, gestasyonel hipertansiyon, diyabet, sezaryenle doğum, makrozomik bebekler ve doğuştan malformasyonlar gibi çeşitli komplikasyonlarla ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, obezite anne ve bebek ölüm oranlarını artırmaktadır. Diğer taraftan, gebelik öncesinde düşük kilolu olan kadınlarda ise artmış intrauterin büyüme geriliği (IUGG), düşük doğum ağırlığı ve anemi risklerinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Bu nedenle, anne adaylarının gebeliğe başlamadan önce normal ağırlıkta olmaları önerilmektedir (77). Prekonsepsiyonel dönemde kadınlarda, diğer yaş gruplarındaki bireylere göre daha hızlı ağırlık artışı olur ve Gomersall (94)'ın çalışmasına göre 18-50 yaş arasındaki kadınların, 50 yaş ve üzeri kadınlara kıyasla 10 yılda daha fazla ağırlık artışı (6.3 kg) yaşadıkları belirlenmiştir (95).

Çalışmamızda bu bilgiler anne adaylarının prekonsepsiyonel dönemde normal ağırlıkta olmalarının gerekliliğini yeniden vurgulamaktadır. Katılımcılarımızın vücut ağırlığı ortalaması 64.7 ± 14.48 kg bulunmuştur (Tablo 4.2).

Annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarını prekonsepsiyonel dönemde kazanmaları, sağlıklı bir gebelik için kritik öneme sahiptir gebelik öncesi BKİ değerinin normal sınırlar içinde olması, üreme fonksiyonlarının sağlıklı bir biçimde devam edebilmesini ve gebelikte olası sorunların çıkmasını önlemektedir (77). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yetişkin bireylerde BKİ ortalaması $18.50-24.99 \text{ kg/m}^2$ olup çalışmamızda ise katılımcıların BKİ ortalaması $24.18 \pm 5.36 \text{ kg/m}^2$ normal aralıkta çıkmıştır ancak kişinin vücut kompozisyonunun da değerlendirilmesi gerektiği unutulmamalıdır. BKİ verilerine göre, katılımcıların %6.7'si zayıf, %61.5'i normal kilolu, %20.5'i fazla kilolu (hafif şişman) ve %11.3'ü obez (şişman) kategorisinde yer almaktadır (Tablo 4.2). Amerika Birleşik Devletleri'nde gebelik öncesi obezite oranları, 2016 yılında %26.1 iken, 2019 yılına gelindiğinde %29.0'a çıkmıştır. Bu dönemde tüm yaş gruplarındaki kadınlar arasında BKİ değerlerinde artış gözlenmiştir (96). Bu veriler, kadın sağlığı açısından obezitenin artan bir endişe kaynağı olduğunu göstermekte ve gebelik öncesi dönemde bu durumun kontrol altına alınmasının önemini vurgulamaktadır. Bu çalışmadaki bulgular, katılımcıların önemli bir kısmının normal ağırlık aralığında olduğunu ancak fazla kilolu ve obez aralıkta olan kadınların da oranının önemsenecek seviyede yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum gebelik sonuçları açısından potansiyel riskler taşımaktadır (Tablo 4.2).

Frederick ve ark. (97)'nin araştırmasına göre, gebelik öncesi BKİ 19.8 kg/m^2 'nin altında olan kadınların, BKİ'si $19.8-20.6 \text{ kg/m}^2$ arasında olan kadınlara kıyasla düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma olasılığının %51 daha fazla olduğu bulunmuştur. Bu araştırma, katılımcıların ağırlık ve BKİ verileri ile gebelik öncesi normal BKİ aralığında olmasının ve dengeli beslenmenin önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu bulgular, gebelik planlaması yapan kadınların sağlık eğitimi ve bilinçlendirilmesi açısından da önemli bir kaynak teşkil etmektedir.

İnfertil olmayan 18.555 kadının muayenesi incelendiğinde de toplam karbonhidrat tüketiminin çok yüksek olan kadınların %78'inin daha yüksek anovulatuvar kısırlık riski altında olduğu bulunmuştur. Diyetteki karbonhidrat miktarı ve çeşidi yumurtlama ve doğurganlıkta etkilidir (98). Günlük enerji ihtiyacının %5'ini hayvansal protein yerine bitkisel

protein olarak tüketmek, yumurtlama bozukluklarını %50 oranında azaltmaktadır (53). Hayvansal protein kaynakları yerine bitkisel protein tüketimi teşvik edilmelidir. Araştırmalarda gebelik öncesinde beslenmenin optimize edilmesi, diyet kalitesi ve sağlık durumunun gelecekteki bebeklerin sağlığını ve gebelik sonuçlarını etkileyebileceği anlaşılmaktadır (99-102). Son kanıtlara göre doğurganlık çağındaki kadınların beslenme açısından gebeliğe hazır olmadıkları anlaşılmaktadır (33). 10 kişiden 9'unun günde beş porsiyondan az meyve ve sebze yediği, lif tüketiminin 17 g/gün olup günlük ihtiyacın altında olduğu, ortalama 50 g eklenmiş şeker tükettiği, folat seviyeleri klinik eşiğin altında olanların 10'da 6'sının takviye kullandığı bilinmektedir (36). Prekonsepsiyonel dönemde olan kadınların beslenme sağlığını optimize etmek için destekleyici, kanıta dayalı ve pragmatik bir beslenme modeline karar verilmelidir. Prekonsepsiyonel dönemde yapılan araştırmalar sebze, meyve, tam tahıllı besinler, protein ve balıktan zengin, kırmızı ve işlenmiş et ile rafine şekerli gıdalardan fakir bir beslenme modelinin anne ve bebek sağlığı için olumlu sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir (33,100).

Parlapani ve arkadaşlarına göre Akdeniz diyetine uyumu düşük olan annelerin bebekleri anlamlı derecede daha yüksek intrauterin büyüme kısıtlamasına ve daha düşük doğum ağırlığına sahip olduğu belirlenmiştir (103). Parlapani ve ark. (103), Akdeniz diyetinin gestasyonel hipertansiyon ve preeklampsinin bağımsız bir belirleyicisi olduğunu belirtmiştir. Smith ve ark. (104) tarafından 922 geç ve orta preterm doğumu kapsayan popülasyona dayalı bir kohort çalışmasına göre gebelik sırasında Akdeniz diyetine uymayan kadınların, uyumu daha yüksek olan annelere kıyasla erken doğum riskini neredeyse iki kattan daha fazla arttırdığını belirlemişlerdir. Yapılan prospektif, randomize girişimsel bir çalışmaya göre 874 kadından 177'sine gestasyonel diyabet tanısı konulmuştur ve Akdeniz diyet modeli uygulanarak yapılan erken müdahalenin gebelik sonuçlarını iyileştirdiği bulunmuştur (105). Literatürde, birçok çalışmanın, anne adaylarının beslenme durumunun gebelik sonuçları üzerinde kritik bir rol oynadığını ortaya koyduğu görülmektedir (103-105). Araştırmamızda elde edilen verilere göre, katılımcıların Akdeniz diyetine uyum puanı ortalama 5.80 ± 1.64 olarak bulunmuş, bu da literatürde belirtilen sağlıklı beslenme davranışlarının altında kalabileceğini göstermektedir (Tablo 4.3). Bu durum, özellikle prekonsepsiyonel dönemde kadınların beslenme alışkanlıklarını gözden geçirmelerinin önemini ortaya koymaktadır. 10 kişiden 9'unun günde beş porsiyondan az meyve ve sebze tüketmesi ve lif tüketiminin günlük ihtiyaçların altında kalması (17 g) dikkate alındığında, prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi gerekliliği net bir şekilde ortaya çıkmaktadır (36).

Prekonsepsiyonel dönemde uygun diyet modeli belirlenmemiş olsa da bu tez çalışmasında Akdeniz diyetine uyumun anne ve bebek sağlığı açısından önemine dikkat çekmek istenmiştir. Literatür verileri ile çalışmamız kıyaslandığında, anne adaylarının beslenme alışkanlıklarını prekonsepsiyonel dönemde geliştirmeleri, sağlıklı bir gebelik süreci için kritik öneme sahiptir.

Prekonsepsiyonel dönemde kafein tüketiminin doğurganlık üzerindeki etkileri konusunda yapılan çalışmaların sonuçları çelişkilidir (7). Günde 300 mg'den fazla kafein tüketiminin, fetüse yeterli besin ve oksijen ulaşımını engelleyerek fetal gelişim geriliği, düşük doğum ağırlığı ve spontan abortus ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (61). 1909 kadınla yapılan bir diğer çalışmada, günde 300 mg ve üzerinde kafein tüketimi olan kadınların her siklusta gebe kalma şanslarının %27 oranında azaldığı tespit edilmiştir (106). Bununla birlikte, düşük miktarda kafein alımının doğurganlık üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı bildirilmektedir (7). Bazı çalışmalar, yüksek kafein alımının spontan düşük riskini artırma olasılığını artırabilir (107,108).

Gaskins ve ark. (108) tarafından yapılan bir çalışmada gebelik öncesinde günde >400 mg kafein tüketen kadınların, günde <50 mg kafein tüketen kadınlara kıyasla 1.11 kat daha fazla spontan düşük riski olduğu bulunmuştur. Gebelik öncesinde kahve tüketimi ≥ 4 porsiyon/gün olan kadınlarla kahve tüketimi gerçekleştirmeyen kadınlar kıyaslandığında spontan düşük riski 8-19. gebelik haftalarında %20 arttığı bulunmuştur. Louis ve ark. (109)'nın çalışmasının sonucu da benzer sonuçları vermektedir. Bu çalışma prekonsepsiyonel dönemde kafein alımının, gebelik kaybı ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Çalışma, çiftlerin kafein alımını günde üç içeceklerle sınırlamalarını önermektedir (109). Danimarka'da 1989-1996 yılları arasında yapılan bir çalışmada, günde 8 bardak ve üzeri kahve içen annelerin, içmeyen annelere göre ölü doğum riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (110). Yüksek kafein tüketimiyle fetal sağlığı da etkilenmektedir. Ayrıca, kafein alımının doğum ağırlığı ile ters ilişkili olduğu ve yüksek dozda kafein tüketiminin, patolojisi olmayan infertilite nedenlerinden biri olabileceği öne sürülmüştür (111). Huang ve ark. (112), kafein maruziyetinin plasenta üzerindeki olumsuz etkilerini ve fetal gelişim üzerindeki potansiyel riskleri incelemişlerdir. Kafein, plasental ağırlığı azaltmakta ve fetal büyüme geriliğine neden olabilmektedir. Niedbał (113), evli kadınların prekonsepsiyonel dönemde kafein alımını azaltmalarının, düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum riskini azaltabileceğini belirtmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde kafein tüketimi, kadınların üreme sağlığı ve gebelik sonuçları üzerinde önemli etkilere sahip olabilir. Kafein alımının sınırlandırılması,

sağlıklı bir gebelik için önerilmektedir. Bu bağlamda, kadınların kafein tüketimlerini gözden geçirmeleri ve gerekli önlemleri almaları önemlidir. Kafein tüketiminin etkileri üzerine daha fazla araştırma yapılması, bu konuda daha net önerilerin geliştirilmesine yardımcı olabilecektir. Çalışmamız, kafein tüketimi ile doğurganlık ve gebelik sonuçları arasındaki ilişkilerin daha derinlemesine incelenmesi gerektiğini vurgulamakta olup, bu alanda yapılacak ek araştırmalar hem doğurganlık hem de genel gebelik sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Kafein tüketiminin doğurganlık üzerindeki olası etkilerini net bir şekilde ortaya koyabilmek için, daha geniş kapsamlı ve çeşitli popülasyonları içeren çalışmaların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu tür araştırmalar, kafein alımının gebelik sürecine olan etkilerini daha iyi anlamamıza yardımcı olacak ve klinik uygulamalara yönelik değerli bilgiler sağlayacaktır (114).

Bu çalışmada; katılımcıların Akdeniz diyeti uyum ortalama puanı 5.80 ± 1.64 olarak belirlenirken, kafein tüketimi ortalaması 14.90 ± 5.34 olarak tespit edilmiştir. Bu veriler, kafein tüketiminin katılımcılar arasında değişkenlik gösterdiğini ve ortalamanın kafein tüketiminin belirli bir seviyede yoğunlaştığını göstermektedir (Tablo 4.3). Literatürdeki bilgiler doğrultusunda çalışmamız kıyaslandığında; prekonsepsiyonel dönemde kadınların beslenme sağlığını optimize etmek için, Akdeniz diyetine uyumun artırılması ve kafein tüketiminin izlenmesi gibi stratejilerin benimsenmesi önem arz etmektedir. Bu bulgular, gebelik öncesi dönem için diyet önerilerinin gözden geçirilmesi ve bu alanda daha fazla araştırma yapılmasının gerekliliğini göstermektedir. Prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı beslenme alışkanlıklarının benimsenmesi hem anne hem de bebek sağlığı açısından olumlu sonuçlar doğuracağı düşünülebilir. Bu çalışmada evli olan bireylerin Akdeniz Diyeti'ne uyumu bekarlara göre daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.4). Bekar bireylerin de Akdeniz Diyeti'ne uyumu teşvik edilmelidir.

ABD'de sigara içiminin 430 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, günlük 300 mg'nin üzerinde kafein tüketiminin doğurganlık oranlarını düşürdüğü bulunmuştur (115). Lassi ve ark. (105) tarafından yapılan bir çalışmada gebelik öncesi sigara içmenin, konjenital kalp defektleri riskini neredeyse 3 kat arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Kafein tüketimi açısından, sigara içen kadınların puan ortalaması 16.54 ± 6.73 , sigara içmeyenlerin puan ortalaması ise 14.71 ± 5.13 'tür. Bu fark, istatistiksel anlamlılık sınırında kalmıştır ($t=1.930$, $p=0.054$) ve sigara kullanımının kafein tüketimi üzerinde düşük bir etkisi olabileceğine işaret etmektedir (Tablo 4.5). Sigara kullanımı ile PKTÖ puanları arasında da anlamlı bir fark bulunmamıştır ($t=0.419$, $p=0.676$). Sigara kullanan kadınların PKTÖ puan ortalaması 4.52 ± 0.37 , sigara

kullanmayanların ise 4.55 ± 0.35 olarak belirlenmiştir, bu da iki grup arasında belirgin bir farklılık olmadığını göstermektedir (Tablo 4.5). Sigara kullanımı ile PKTÖ puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. PKTÖ puan ortalaması her iki grup için de yüksektir. Ölçek sonucunda alınan puan yükseldikçe, katılımcının prekonsepsiyonel bilgi ve tutumlarının da olumlu yönde arttığı söylenebilir. Puanın yüksek olması, prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların sağlık bilgisine önem verdiklerini ve bu konularda bilinçli olduklarını gösterir. Bu farkındalık, gebelik sürecinde ve sonrasında olumlu sağlık sonuçlarına katkıda bulunabilir.

191 üniversite öğrencisine prekonsepsiyonel bilgi ve tutum ölçeği uygulandığında düzenli egzersiz yapan öğrencilerin puan ortalamaları, düzenli egzersiz yapmayan öğrencilerin puan ortalamalarından daha yüksek bulunmuştur (116). Bu çalışmada da benzer şekilde düzenli egzersiz yapanların ÇSOÖYK puan ortalaması egzersiz yapmayanlardan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 4.7).

Bu çalışma Akdeniz diyeti uyumu, kafein tüketimi, PKTÖ ve PSD puanları anlamlı çıkmamış olup, sadece ÇSOÖYK puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Düzenli yapılan egzersizin bazı sağlık değişkenleri üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini, ancak bu etkinin her zaman istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığını göstermektedir. Özellikle yaşam kalitesi açısından egzersizin pozitif bir etkisinin olduğu, diğer değişkenlerde ise farkların anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu durum, egzersizin bireylerin yaşam kalitesini artırabileceğini, ancak bazı spesifik sağlık ve davranışsal göstergeler üzerinde sınırlı etkisi olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 4.7).

5.2. ÇALIŞMANIN SINIRLILIĞI

Besin tüketim kaydının alınmamış olması bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.

5.3. SONUÇ

Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü'ne başvuran prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumunun, Akdeniz diyetine uyumunun ve kafein kullanımının değerlendirilmesinden aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Araştırmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 29 ± 6.18 yıl, boy ortalaması 163.6 ± 5.75 cm, vücut ağırlıkları ortalaması 64.7 ± 14.48 kg, BKİ ortalaması 24.18 ± 5.36 kg/m²'dir.
- Bireylerin büyük çoğunluğunun sigara ve alkol kullanmadığı, egzersiz yapmadığı, yarısına yakın katılımcının evli olduğu ve doğum sayılarının ortalama 2'den az olduğu bulunmuştur.
- Katılımcıların Akdeniz diyeti puan ortalaması 5.80 ± 1.64 'tür. Akdeniz diyetine uyum yüksek değildir. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların Akdeniz diyetine yönelik farkındalıkları düşük bulunmuştur.
- Katılımcıların kafein tüketimi puan ortalaması 14.90 ± 5.34 'tür. Kafein tüketim düzeyleri düşük bulunmuştur.
- PKTÖ'nün puan ortalaması 195.22 olup yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yüksek olması katılımcıların çoğunun prekonsepsiyonel dönemle ilgili bilgili ve sağlıklı tutumlara sahip olduklarını göstermektedir.
- Akdeniz diyetine uyum ve kafein tüketimi ile PKTÖ arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.
- Akdeniz diyetiyle doğum ve düşük sayısının ilişkili olmadığı bulunmuştur.
- Evli katılımcıların Akdeniz Diyeti puan ortalaması bekarlardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür. Evliler bekarlara göre daha fazla sağlıklı beslenme davranışı gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.
- Bekar katılımcıların kafein tüketimi evli bireylerden istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür.
- Düzenli egzersiz yapan katılımcıların egzersiz yapmayanlara göre ÇSOÖYK puan ortalaması daha yüksek çıkarak düzenli egzersiz yapanların çocuk sahibi olmadan önceki yaşam koşullarına ilişkin tutumlarının daha iyi olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.4. ÖNERİLER

Prekonsepsiyonel dönem, kadınların ve çiftlerin sağlıklı yaşam tarzı değişikliği oluşturabilmeleri açısından bir fırsat dönemi olarak değerlendirilmeli, çiftler bu konuda desteklenmeli ve bilgilendirilmelidir.

Randomize kontrollü çalışmalar için mevcut gözlemsel kanıtların kullanılması, gelecekte yapılacak müdahale çalışmalarında değerlendirilecek hedeflerin belirlenmesine yardımcı olabilir.

Prekonsepsiyonel dönemle ilgili yapılan çalışmalar yetersizdir ve bu konuda daha fazla çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Prekonsepsiyonel bilgi ve tutum ölçeği ile 14 maddeli Akdeniz diyeti uyum ölçeği sonuçlarının çelişkili çıkmasının sebebi bu çalışmada bekar bireylerin oranının yüksek olması olarak düşünülmektedir. Prekonsepsiyonel bilgi ve tutum ölçeğinin yalnızca evli bireyler üzerinde uygulanması daha doğru sonuçlar oluşturabilir.

Bu araştırmanın gelecekte prekonsepsiyonel dönem üzerinde yapılacak çalışmalara öncü olabileceği ve bu konu ile ilgili daha geniş örneklemeler üzerinde çalışılması gerektiği düşünülmektedir.

6. KAYNAKLAR

1. Skogsdal Y, Fadl H, Cao Y, Karlsson J, Tydén T. An intervention in contraceptive counseling increased the knowledge about fertility and awareness of preconception health-a randomized controlled trial. *Upsala Journal of Medical Sciences* 2019; 124(3): 203–212.
2. Gönenç I, Tuzcular Vural EZ. Bir gebeliğe hazırlanmak: prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2022; 26(3): 77-87.
3. Gökdemir F, Eryılmaz G. Gebelik Öncesi Sağlık Hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics* 2017; 3(3): 204-212.
4. Nobles CJ, Mendola P, Mumford SL, Silver RM, Kim K, Andriessen VC, Connell M et al. Preconception blood pressure and its change into early pregnancy: early risk factors for preeclampsia and gestational hypertension. *Hypertension* 2020; 76(3), 922-929.
5. Alesi S, Villani A, Mantzioris E, Takele WW, Cowan S, Moran LJ, Mousa A. Anti-Inflammatory Diets in Fertility: An Evidence Review. *Nutrients* 2022; 14(19): 3914.
6. Kermack AJ, Lowen P, Wellstead SJ, Fisk HL, Montag M, Cheong Y, Osmond C et al. Effect of a 6-week "Mediterranean" dietary intervention on in vitro human embryo development: the Preconception Dietary Supplements in Assisted Reproduction double-blinded randomized controlled trial. *Fertility and Sterility* 2020; 113(2): 260–269.
7. Deniz A, Taş F, Tomur A, Koç A. Kafeinin Gebelikteki Toksik Etkileri. *ISJMS* 2015; 1(3): 59-63.
8. Ayalew Y, Mulat A, Dile M, Simegn A. Women's knowledge and associated factors in preconception care in Adet, West Gojjam, Northwest Ethiopia: A community based cross sectional study. *Reproductive Health* 2017; 14: 15.
9. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and Management of Infertility: A Review. *JAMA* 2021; 326(1): 65-76.
10. Karadeniz H, Gündüz CS, Can Gürkan Ö. İnfertilitede kanıta dayalı biyolojik temelli geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi* 2023; 5(2): 181-192.

11. Alesi S, Habibi N, Silva TR, Cheung N, Torkel S, Tay CT, Quinteros A et al. Assessing the influence of preconception diet on female fertility: a systematic scoping review of observational studies. *Human Reproduction Update* 2023; 29(6): 811–828.
12. A Aksoy, D Vefikuluçay Yılmaz. Toplum Toplum Sağlığını Arttırmada Yeni Bir Hizmet Modeli: Prekonsepsiyonel Bakım ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019; 16(1): 60-67.
13. Çalışkan E, Yıldızhan R, Demir C. FIGO Adölesan, Gebelik öncesi ve Maternal Beslenme önerileri: “Önce Beslenmeyi Düşün”. İstanbul: *International Journal Of Gynecology And Obstetrics* 2017; 1: 1-20.
14. Ramakrishnan U, Wimalasena ST, Young MF, Khuong LQ, Tran LM, Hoffman DJ, Martorell R et al. Preconception micronutrient supplementation affects maternal BMI and body composition postpartum: A randomized controlled trial in Vietnam. *The Journal of Nutrition* 2024; 154(4): 1440–1448.
15. Ersoy E, Saatçı E, Ardiç C. Gebelik planlayan kadınların beden kitle indeksi, obezite ve gebelik ilişkisi farkındalıkları. *Türk Aile Hek Derg.* 2021; 25(1): 15-20.
16. Lackovic M, Nikolic D, Milicic B, Dimitrijevic D, Jovanovic I, Radosavljevic S, Mihajlovic S. Pre-Pregnancy Obesity and Infants' Motor Development within the First Twelve Months of Life: Who Is Expected to Be the Ultimate Carrier of the Obesity Burden?. *Nutrients* 2024; 16(9): 1260.
17. Ertem M, Obezite Epidemiyolojisi ve Korunma, *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi* 2017; 5: 21- 30.
18. Wiklund P. The role of physical activity and exercise in obesity and weight management: Time for critical appraisal. *Journal of Sport and Health Science* 2016; 5(2): 151-154.
19. Agarwal SK. Cardiovascular benefits of exercise. *International Journal of General Medicine* 2012; 5: 541-545.
20. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, Chasan-Taber L et al. Exercise and type 2 diabetes: the American College of Sports Medicine and the American Diabetes Association: joint position statement. *Diabetes Care* 2010; 33(12): 147-167.
21. Stults-Kolehmainen MA, Sinha R. The effects of stress on physical activity and exercise. *Sports Medicine* 2014; 44(1): 81-121.

22. Granero-Jiménez J, López-Rodríguez MM, Dobarrío-Sanz I, Cortés-Rodríguez AE. Influence of Physical Exercise on Psychological Well-Being of Young Adults: A Quantitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(7): 4282.
23. Sharma R, Biedenharn KR, Fedor JM, Agarwal A. Lifestyle factors and reproductive health: taking control of your fertility. *Reproductive Biology and Endocrinology* 2013; 11: 66.
24. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period, Retrieved from ACOG Exercise Guidelines 2020; 4: 178-188.
25. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive Health* 2014; 11(Suppl 3): S6.
26. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Smoking and infertility: a committee opinion. *Fertil Steril* 2018; 110(4): 611-618.
27. Alcohol and Pregnancy, <https://americanpregnancy.org>, [Ziyaret tarihi: 25 Mayıs 2024].
28. Dejong K, Olyaei A, Lo JO. Alcohol use in pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2019; 62(1): 142-155.
29. Jacobson JL, Jacobson SW. Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Research & Health* 2002; 26(4): 282-286.
30. Goodlett CR, Horn KH. Mechanisms of alcohol-induced damage to the developing nervous system. *Alcohol Research & Health* 2001; 25(3): 175-184.
31. Becker HC, Randall CL, Salo AL, Saulnier JL, Weathersby RT. Animal research: Charting the course for FAS. *Alcohol Health & Research World* 1994; 18(1): 10-16.
32. Doğan E, Uncu B. Epigenetik ve Gebelik. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2024; 9(1): 161-165.
33. Kretowicz H, Hundley V, Tsofliou F. Exploring the perceived barriers to following a Mediterranean style diet in childbearing age: A qualitative study. *Nutrients* 2018; 10(11): 1694.
34. Amati F, Hassounah S, Swaka A. The impact of Mediterranean dietary patterns during pregnancy on maternal and offspring health. *Nutrients* 2019; 11(5): 1098.

35. Temizkan Sekizler E, Daşikan Z. Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımı ve Primer Bakımda Danışmanlık. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2021; 4(2): 94–105.
36. Stephenson J, Heslehurst N, Hall J, Schoenaker DAJM, Hutchinson J, Cade JE, Poston L et al. Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet* 2018; 391: 1830–1841.
37. Tobias DK, Zhang C, Chavarro J, Bowers K, Rich-Edwards J, Rosner B, Mozaffarian D et al. Prepregnancy adherence to dietary patterns and lower risk of diabetes mellitus. *Am. J. Clin. Nutr.* 2012; 96: 289–295.
38. Nguyen PH, Gonzalez-Casanova I, Young MF, Truong TV, Hoang H, Nguyen H, Nguyen S et al. Preconception Micronutrient Supplementation with Iron and Folic Acid Compared with Folic Acid Alone Affects Linear Growth and Fine Motor Development at 2 Years of Age: A Randomized Controlled Trial in Vietnam. *The Journal of Nutrition* 2017; 147(8), 1593-1601
39. Sahariah SA, Potdar RD, Gandhi M, Kehoe SH, Brown N, Sane H, Coakley PJ et al. A Daily Snack Containing Leafy Green Vegetables, Fruit, and Milk before and during Pregnancy Prevents Gestational Diabetes in a Randomized, Controlled Trial in Mumbai, India. *The Journal of Nutrition* 2016; 146(7): 1453S-1460
40. Özcan Dağ Z, Dilbaz B. Impact of obesity on infertility in women. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association* 2015; 16: 111-117.
41. Awoke MA, Wycherley TP, Earnest A, Skouteris H, Moran LJ. The profiling of diet and physical activity in reproductive age women and their association with body mass index. *Nutrients* 2022; 14: 2607.
42. Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff E. A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines. *Advances in Nutrition* 2019; 10(4): 590-605.
43. Bodur M, Ünal RN. Kronik hastalıklar ekseninde diyetle yüksek fruktoz ve doymuş yağ asitlerinin kronik düşük derece inflamasyon üzerine etkisi. *Çukurova Medical Journal* 2019; 44: 685-694.
44. Skoracka K, Ratajczak AE, Rychter AM, Dobrowolska A, Krela-Kaźmierczak I. Female fertility and the nutritional approach: The most essential aspects. *Advances in Nutrition* 2021; 12(6): 2372-2386.
45. Casas I, Nakaki A, Pascal R, Castro-Barquero S, Youssef L, Genero M, Benitez L et al. Effects of a Mediterranean diet intervention on maternal stress, well-being, and

- sleep quality throughout gestation - The IMPACT-BCN trial. *Nutrients* 2023; 15(10): 2362.
46. Fischer M, Stronati M, Lanari M. Mediterranean diet, folic acid, and neural tube defects. *Ital J Pediatr.* 2017; 43(1): 74.
 47. Jacobs DR, Gross MD, Tapsell LC. Food synergy: an operational concept for understanding nutrition. *Am. J. Clin. Nutr.* 2009; 89: 1543–1548.
 48. Chen X, Zhao D, Mao X, Xia Y, Baker PN, Zhang H. Maternal Dietary Patterns and Pregnancy Outcome. *Nutrients* 2016; 8(6): 351.
 49. Ünsal A. Beslenmenin önemi ve temel besin öğeleri. *Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 2(3): 1-10.
 50. Türkiye Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme Rehberi. Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2022.
 51. Gebelikte Beslenme, <https://www.perinatoloji.org.tr/gebelikte-beslenme>, [Ziyaret tarihi: 21 Mart 2024].
 52. Akalın H, Eryılmaz G. Beslenmenin üreme sağlığına etkisi. *Türkiye klinikleri J* 2017; 3(3): 185-192.
 53. Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Rosner BA, Willett WC. Protein intake and ovulatory infertility. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2008; 198(2): 210.
 54. Nassan FL, Chiu YH, Vanegas JC, Gaskins AJ, Williams PL, Ford JB, Attaman J et al. Intake of protein-rich foods in relation to outcomes of infertility treatment with assisted reproductive Technologies. *The American Journal of Clinical Nutrition* 2018; 108(5): 1104-1112.
 55. Wesselink AK, Wise LA, Rothman KJ, Hahn KA, Mikkelsen EM, Mahalingaiah S, Hatch EE. Caffeine and caffeinated beverage consumption and fecundability in a preconception cohort. *Reproductive Toxicology* 2016; 62: 39-45.
 56. Purdue-Smithe AC, Kim K, Schliep KC, DeVilbiss EA, Hinkle SN, Ye A, Perkins NJ et al. Preconception caffeine metabolites, caffeinated beverage intake, and fecundability. *American Journal of Clinical Nutrition* 2022; 115(4): 1227-1236.
 57. Lelo A, Miners J, Robson R, Birkett D. Quantitative assessment of caffeine partial clearances in man. *Br J Clin Pharmacol* 1986; 22(2): 183–6.
 58. Jensen TK, Swan SH, Skakkebaek NE, Rasmussen S, Jorgensen N. Caffeine intake and semen quality in a population of 2.554 young Danish men. *Am J Epidemiol* 2010; 171 (8): 883–91.

59. Garipağaoğlu M, Kuyrukçu N. Çocuk Sağlığı ve Kafein. *Journal of Child* 2009; 9(3): 110-115.
60. Fulgoni VL, Keast DR, Lieberman HR. Trends in intake and sources of caffeine in the diets of US adults. *Am J Clin Nutr* 2015; 101(5): 1081-7.
61. Şengül E. Kafein Alımının Gebelik Üzerine Olumsuz Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19(1): 45-9.
62. Fisone G, Borgkvist A, Usiello A. Caffeine as a psychomotor stimulant: mechanism of action. *Cell Mol Life Sci* 2004 ;61(7- 8): 857-72.
63. Donovan JL, DeVane CL. A primer on caffeine pharmacology and its drug interactions in clinical psychopharmacology. *Psychopharmacol Bull* 2001; 35(3): 30-40.
64. Dikici S, Yılmaz L, Aydın, Kutlucan A, Ercan N. Enerji içecekleri hakkında neler biliyoruz ? *DicleTıp Dergisi* 2012; 39(4): 609-613.
65. Pennay AE, Lubman DI. Energy drinks: health risks and toxicity. *Med J Aust* 2012; 196(7): 442-7.
66. Dalvi RR. Acute and chronic toxicity of caffeine: a review. *Vet Hum Toxicol* 1986; 28(2): 144-50.
67. Weng X, Odouli R, Li DK. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 198(3): 279.
68. Ogeil RP, Phillips JG. Commonly used stimulants: Sleep problems, dependence and psychological distress, *Drug and Alcohol Dependence* 2015; 153, 145-151.
69. Kramer MS et al. Caffeine intake during pregnancy and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 2012; 175(11): 1144-1153.
70. Çolak B, Çiftçi S. Polikistik Over Sendromunda Yeme Bozuklukları. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2022; 31(1): 113-119.
71. Gokdemir F, Eryılmaz G. Development and Psychometric Characteristics Evaluation of Preconception Knowledge and Attitude Scale. *International Journal of Caring Sciences* 2022; 15(1): 273.
72. Bekar C, Goktas Z. Validation of the 14-item mediterranean diet adherence screener. *Clinical Nutrition* 2023; 53: 238-243.

73. Ágoston C, Urbán R, Richman MJ, Demetrovics Z. Caffeine use disorder: An item-response theory analysis of proposed DSM-5 criteria. *Addictive Behaviors* 2018; 81: 109–116.
74. Kaya S, Bodur M, Esgin M, Çakıroğlu FP, Özçelik A. Kafein Kullanım Bozukluğu Anketinin Türkçe Versiyonunun Yetişkin Popülasyonda Geçerliliği. *Int J Ment Health Addict* 2021; 1: 1-12.
75. Hinkle DE, Wiersma W, Jurs SG. *Applied Statistics for the Behavioral Sciences*. Boston, MA: Houghton Mifflin Company 2003.
76. Özkan A, Arslan H. Gebeliğe karar verme, fizyolojik yakınmaları algılama ve eğitim gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2007; 38(4): 155-61.
77. Erkal Aksoy Y, Özentürk MG. Prekonsepsiyonel Dönemdeki Kadınların Sağlık Davranışları Değişim Aşamaları (Transteoritik Model): Randomize Kontrollü Çalışma. *Genel Tıp Dergisi* 2021; 31(4): 330-8.
78. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005; 36(2): 65-71.
79. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları. *Journal of Academic Resorch in Nursing* 2017; 3(3): 116-121.
80. Yu P, Jiang Y, Zhou L, Li K, Xu Y, Meng F, Zhou Y. Association between pregnancy intention and smoking or alcohol consumption in the preconception and pregnancy periods: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs* 2022; 31: 1113-1124.
81. Bâ A. Alcohol and B1 vitamin deficiency-related stillbirths. *Journal of Maternal–Fetal & Neonatal Medicine* 2009; 22(5): 452–457.
82. Bailey BA, Sokol RJ. Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrome. *Alcohol Research & Health* 2011; 34(1): 86-91.
83. Cömert M. Gebelik Planlayan Kadınlarda Prekonsepsiyonel Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2019.
84. Yılmaz T, Dinç H, Demirgöz Bal M. Gebelerin Fetal Sağlığının Geliştirilmesine Yönelik Yaptığı Uygulamalar, G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN* 2015; 1(1): 21-29.

85. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları, *Journal of Academic Resorch in Nursing* 2017; 3(3): 116-121.
86. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period--United States, 2002-2004 published correction appears in *Matern Child Health J* 2006; 10(6): 575.
87. Van Gelder MMHJ, Reefhuis J, Caton AR, Werler MM, Druschel CM. Maternal Periconceptional Illicit Drug Use and the Risk of Congenital Malformations. *Epidemiology* 2009; 20(1): 60–6.
88. Mund M, Louwen F, Klingelhofer D, Gerber A. Smoking and pregnancy—a review on the first major environmental risk factor of the unborn. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2013; 10(12): 6485-6499.
89. Harrison CL, Brown WJ, Hayman M, Moran LJ, Redman LM. The Role of Physical Activity in Preconception, Pregnancy and Postpartum Health. *Semin Reprod Med* 2016; 34: 28-37.
90. Ata KK, Şahin NH. Gebelik öncesi beden kitle indeksinin perinatal ve neonatal sonuçlara etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2015; 46(4): 112-117.
91. Duman G, Bayram F. Obezite ve Gebelik. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi* 2018; 2(3): 101-106.
92. Karaağaç Y, Yardımcı H. Yaşam Tarzı Müdahalelerinin Gestasyonel Vücut Ağırlığı Kazanımı ve Gebelik Komplikasyonları Üzerine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2020; 48(1): 107-114.
93. Akalın H, Eryılmaz G. Beslenmenin Üreme Sağlığına Etkisi. *Türkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health and Diseases Nursing-Special Topics* 2017; 3(3): 185-192.
94. Gomersall S, Dobson A, Brown W. Weight gain, overweight, and obesity: determinants and health outcomes from the Australian Longitudinal Study on Women's Health. *Current obesity reports* 2014; 3(1): 46–53.
95. Ng M, Fleming T, Robinson M, Thomson B, Graetz N, Margono C, et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2014; 384(9945): 766–81.
96. Driscoll AK, Gregory EC. Increases in prepregnancy obesity: United States, 2016-2019. *NCHS Data Brief* 2020; (392): 1-8.

97. Yadav H, Lee N. Maternal factors in predicting low birth weight babies. *Med J Malaysia* 2013; 68(1): 44-47.
98. Chavarro JE, Rich-Edwards JW, Rosner BA, Willett WC. Diet and lifestyle in the prevention of ovulatory disorder infertility. *Obstetrics & Gynecology* 2007; 110(5), 1050-1058.
99. Catalano PM, Farrell K, Thomas A, Huston-Presley L, Mencin P, de Mouzon SH, Amini SB Perinatal risk factors for childhood obesity and metabolic dysregulation. *Am. J. Clin. Nutr.* 2009; 90: 1303–1313.
100. Tobias DK, Zhang C, Chavarro J, Bowers K, Rich-Edwards J, Rosner B, Mozaffarian D, Hu F.B. Prepregnancy adherence to dietary patterns and lower risk of diabetes mellitus. *Am. J. Clin. Nutr.* 2012; 96: 289–295.
101. Schoenaker DAJM, Soedamah-Muthu SS, Callaway LK, Mishra GD. Pre-pregnancy dietary patterns and the risk of gestational diabetes mellitus: Results from an Australian population-based prospective cohort study. *Diabetologia.* 2015; 58: 2726–2735.
102. Grieger JA, Grzeskowiak LE, Clifton VL Preconception dietary patterns in human pregnancies are associated with preterm delivery. *J. Nutr* 2014; 144: 1075–1080.
103. Parlapani E, Agakidis C, Karagiozoglou-Lampoudi T, Sarafidis K, Agakidou E, Athanasiadis A, Diamanti E. The Mediterranean diet adherence by pregnant women delivering prematurely: Association with size at birth and complications of prematurity. *J. Mater. Fetal Neonatal Med* 2017; 13: 1–8.
104. Smith LK, Draper ES, Evans TA, Field DJ, Johnson SJ, Manktelow BN, Seaton SE et al. Associations between late and moderately preterm birth and smoking, alcohol, drug use and diet: A population-based case-cohort study. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal* 2015; 100: 486-491.
105. Assaf-Balut C, Garcia de la Torre N, Durán A, Fuentes M, Bordiú E, Del Valle L, Valerio J et al. Medical nutrition therapy for gestational diabetes mellitus based on Mediterranean Diet principles: a subanalysis of the St Carlos GDM Prevention Study. *BMJ Open Diabetes Res Care* 2018; 6(1): 550.
106. Hatch EE, Bracken MB. Association of delayed conception with caffeine consumption. *Am J Epidemiol* 1993; 138(12): 1082-92.

107. Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reprod Health* 2014; 26: 11 Suppl 3(Suppl 3):S6.
108. Gaskins A, Rich-Edwards J, Williams P, Toth T, Missmer S, Chavarro J. Pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake and risk of spontaneous abortion. *European Journal of Nutrition* 2016; 57(1): 107-117.
109. Louis G, Sapra K, Schisterman E, Lynch C, Maisog J, Grantz K, Sundaram R. Lifestyle and pregnancy loss in a contemporary cohort of women recruited before conception: the life study. *Fertility and Sterility* 2016;106(1): 180-188.
110. Wisborg K, Kesmodel U, Bech BH, Hedegaard M, Henriksen TB. Maternal consumption of coffee during pregnancy and still birth and infant death in first year of life: Prospective Study. *BMJ* 2003; 326(7386): 420-2.
111. Cook DG, Peacock JL, Feyerabend C, Carey IM, Jarsiv MJ, Anderson HR et al. Relation of caffeine intake and blood caffeine concentrations during pregnancy to fetal growth: prospective population based study. *BMJ* 1996; 313: 1358-62.
112. Huang J, Zhou S, Ping J, Pan X, Liang G, Xu D, Kou H, Bao C, Wang H. Role of p53-dependent placental apoptosis in the reproductive and developmental toxicities of caffeine in rodents. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2012; 39(4): 357-63.
113. Niedbał Z, Zaborska M, Ogonowska W, Józwiak M, Michalik-Marcinkowska U. Selected aspects of nutritional habits of polish women in the preconception period and during pregnancy. *Journal of Health Study and Medicine* 2023; (1): 443-457
114. Hatch EE, Wise LA, Mikkelsen EM, Christensen T, Riis AH, Sørensen HT, Rothman KJ. Caffeine consumption and time to pregnancy. *Epidemiology* 2012; 23(3): 393-399.
115. Stanton CK, Gray RH. Effects of caffeine consumption on delayed conseption. *Am J Epidemiol* 1995; 142(12): 1322-9.
116. Tütüncü SG. Üniversite öğrencilerinin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans, Biruni Üniversitesi, 2022.

7. EKLER

EK-1

İntihal Raporu

9% Genel Benzerlik

Her veri tabanı için çıkan kaynaklar da dâhil tüm eşleşmelerin kombine toplamı.

Ön Sıradaki Kaynaklar

- 0%  İnternet kaynakları
- 9%  Yayınlar
- 0%  Gönderilen çalışmalar (Öğrenci Makaleleri)

Bütünlük Bayrakları

İnceleme için 0 Bütünlük Bayrağı

Herhangi bir çüpheci metin manipölasyonu belirlenmedi.

Sistemimizin algoritmaları bir belgede, onu normal bir gönderiden ayırmak için her türlü tutarsızlığı derinlemesine inceler. Tuhaf bir şey fark edersek incelemeniz için bayrak ekleriz.

Bir Bayrak mutlaka bir sorun olduğunu göstermez. Ancak daha fazla inceleme için dikkatinizi vermenizi öneririz.



EK-2

Etik Kurul İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 20.11.2023-34827



T.C.
İSTANBUL ATLAS ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : E-22686390-050.99-34827
Konu : 06.11.2023 Tarih ve 09 /10 Sayılı Etik
Kurul Kararı

20.11.2023

Sayın Prof. Dr. M. Emel ALPHAN

İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu tarafından yapmış olduğunuz başvuru incelenmiş olup Diyetisyen Dilara Karaca ile birlikte planladığınız **"Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyete Uyumun Ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi"** isimli araştırmanız kurulumuzun 06.11.2023 tarihli ve 09 sayılı toplantısında etik yönden uygun görülmüştür.
Bilgilerinize sunarım.

Prof. Dr. Ayhan BİLİR
Kurul Başkanı

Belge Doğrulama Kodu :BSN8UMA0P

ATLAS VADI KAMPÜSÜ ANADOLU CAD. NO: 40

34408 KAĞITHANE İSTANBUL

info@atlas.edu.tr

444 34 39 / 0212 761 87 61 (FAX)



Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Takip Adresi : <https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=7570&eD=BSN8UMA0P&eS=34827>

Kep Adresi: istanbulatlasuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Burcu ÜNAL
Unvanı: Sekreter



atlas.edu.tr

EK-3:

Kurum İzni

İLGİLİ MAKAMA

Sorumlu yürütücüsü olduğum “Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyetle Uyumu ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi” isimli çalışma İstanbul Atlas Üniversitesi Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’na sunulacaktır.

Bu araştırmanın Atlas Üniversitesi Medicine Hastanesi’nde yapılabilmesi için gereken iznin verilmesini arz ederim.

Tarih: 17.10.2023

İmza

UYGUNDUR
Tarih

Adı, Soyadı
Dekan / Başhekim / Kurum Yetkilisi

9. Kurum İzni	Belge Kodu	Yayın Trh. / Rev. Trh.	Sayfa
	GOBAEK-A9	04.12.2020 / - GOBAEK	1/1

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Prekonsepsiyonel Dönemde Akdeniz Tipi Diyetle Uyumun ve Kafein Tüketiminin Değerlendirilmesi” adlı tez çalışmamız gözlemsel bir anket çalışmasıdır. Bu tezin konusu, gebelik öncesi dönemde olan yetişkin bireylerin prekonsepsiyonel dönem bilgi ve tutumunu, Akdeniz tipi diyetle uyumunu ve kafein tüketimini ölçmeyi içermektedir çünkü kadınların gebelik öncesi sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışları, kadının sağlığını iyileştirmekle birlikte doğan bebeklerin ve gelecekteki gebeliklerin iyilik hâlini sağlamaktadır. Bu tezin amacı, gebelik öncesi dönemde olan kadınların prekonsepsiyonel bilgi ve tutumunu, Akdeniz tipi diyetle uyumunu ve kafein tüketimini belirleyip değerlendirmektir. Günümüzde prekonsepsiyonel dönem farkındalığı halen yaygın değildir ancak prekonsepsiyonel dönemde beslenme büyük bir öneme sahiptir.

Bu çalışma doğrultusunda, gönüllülere elden verilmiş bir anket uygulanacaktır. Çalışmanın doğurabileceği istenmeyen bir durum ve risk söz konusu değildir. Anket yaklaşık 20 dakika sürmektedir.

Bu girişimsel bir çalışma değildir. Gönüllüler araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahiptir. Gönüllüler istedikleri anda araştırmacıya haber vererek çalışmadan çekilebilir veya araştırmacı tarafından gerekli görüldüğünde araştırma dışında bırakılabilir. Araştırma için gönüllüler parasal bir yükümlülük altına girmeyeceklerdir. Aynı zamanda araştırma için kendilerine de ödeme yapılmayacaktır. Gönüllüden alınan anket yanıtları sadece belirtilen çalışma için kullanılıp başka çalışma veya çalışmalarda kullanılmayacaktır. Gönüllülerin kimlik bilgileri gizli tutulacaktır.

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon no, faks no, ...):

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı-soyadı: Dilara KARACA

İmzası:

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin;

Adı-soyadı:

İmzası:

Görevi:

Genel Bilgiler Formu

Not: Dolduracağınız bu form tamamıyla bilimsel bir amaca hizmet etmek için hazırlanmıştır ve bilgilerin gizliliği ön planda tutulacaktır. Samimi ve doğru cevaplar vermeniz çalışmanın doğru sonuç vermesi açısından önemlidir. Katıldığınız ve zaman ayırdığınız için teşekkür ederiz.

Tarih: / /

1) Doğum Tarihiniz:

2) Boyunuz (m):

3) Mevcut ağırlığınız (kg):

4) Beden Kütle İndeksi (kg/m^2):

5) Medeni Durumunuz: ☐ Evli ☐ Bekar

6) Doğum Sayınız:

7) Düşük Sayınız:

8) Sigara Kullanımı: ☐ Evet ☐ Hayır

9) Alkol Tüketimi: ☐ Evet ☐ Hayır

10) Düzenli egzersiz: ☐ Evet ☐ Hayır

EK-6**Prekonsepsiyonel Bilgi ve Tutum Ölçeği**

Değerli Katılımcı, Ekteki ölçekte birtakım ifadeler yer almaktadır. Gebe kalmadan önce yapmanız gerekenleri düşünerek, formdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Okuduğunuz ifadeye ne derecede katıldığınızı ya da katılmadığınızı o ifadenin karşısındaki alana “X” işareti koyarak belirtiniz. İçtenlikle vereceğiniz yanıtlar çalışmamıza katkı sağlayacaktır. İfadeleri okuduktan sonra aklınıza ilk gelen seçeneği işaretleyiniz ve lütfen işaretsiz ifade bırakmayınız.

MADDELER	Tamamen katılıyorum	Çok katılıyorum	Orta derecede	Az katılıyorum	Hiç katılmıyorum
Anne-baba olacak bireyler, gebelik oluşmadan önce sağlık durumlarını iyileştirmelidir.					
Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce sağlık kontrolünden geçmeleri gerekir.					
Çocuk sahibi olmaya karar verirsem, gebelik öncesi sağlığımı geliştirmek için danışmanlık hizmeti alırım.					
Gebe kalmadan önce, normal kiloda olmam gerekir.					
Ailemde bir hastalık varsa, gebe kalmadan önce bunu doktorumla konuşurum.					
Gebe kalmadan önce diş tedavilerimi yaptırırım.					
Gebe kalmadan önce, kızamıkçık, sarılık, tetanoz gibi bazı aşıları yaptırırım.					
Sakat çocuk doğurma riskim varsa (ailede özürlü birey olması, akraba evliliği yapma gibi), gebelik öncesinde genetik danışmanlık alırım.					
Kalp, şeker, sara gibi bir hastalığım varsa, doktorum izin verinceye kadar gebe kalmam.					
Sürekli kullandığım ilaçlarım varsa, gebelikten önce bunların yeniden düzenlenmesinin gerekip gerekmediğini doktoruma sorarım.					
Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, herhangi bir nedenle ilaç kullanmam gerekirse doktoruma hamile kalmayı planladığımı söylerim.					
Gebe kalmaya karar verdiğim zaman fare zehiri, böcek ilacı ve tarım ilaçları gibi kimyasal maddelerden uzak dururum.					
Çiğ et (çiğ köfte, salam, sosis vb.) yemem.					
Kedi, köpek gibi aşısız hayvanlardan ve bunların atıkları (dışkı vb.) ile temastan kaçınırım.					
Kansızlığım varsa gebelik öncesinde tedavi olurum.					
Gebe kalmaya karar verdiğim zaman, röntgen çekirtmem.					

Gebe kalmayı düşündüğüm zaman, doktoruma danışmadan ilaç kullanmam.					
Sigara içiyorsam, gebelik öncesinde sigara içmeyi bırakırım ve sigara dumanından uzak dururum.					
Eşim sigara içiyorsa, ben gebe kalmadan önce onunsigara içmeyi bırakması ve sigara içilen ortamlardan uzak durması için çaba gösteririm					
Anne-baba olacak bireylerin, stresten uzak durmaları gerektiğine inanıyorum.					
Anne-baba olacak bireylerin, akıl sağlığının yerinde olması gerektiğine inanıyorum.					
Anne-baba olacak bireylerin, cinsel organlarında akıntı, yara gibi belirtileri veya cinsel yolla bulaşan hastalıkları varsa gebelik öncesinde tedavi olmalarının gerekli olduğuna inanıyorum.					
Önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların, tekrargebe kalmadan önce doktorlarına danışmaları gerekir.					
Alkol kullanma alışkanlığı olan anne-baba adaylarının, gebelik öncesinde alkolü bırakmalarının olduğuna inanıyorum.					
Anne-baba olacak bireylerin, uyuşturucu madde veya bağımlılık yapan ilaçları kullanmalarına karşıyım.					
Anne-baba olacak bireylerin, bir çocuğa bakabilecek yeterli zamana sahip olmaları gerekir.					
Çocuk sahibi olmak istediğimde, eşim de isterse gebe alırım.					
Çocuk sahibi olmak için evlendikten sonra en az 1-2 yıl beklemeyi uygun görüyorum.					
Evliliğim kötü giderse, evliliğimi kurtarmak için çocuk doğururum.					
Anne-baba olacak bireylerin, gebelik oluşmadan önce çocuk bakımıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları gerekir.					
Mutlu bir evliliğim varsa çocuk doğurmak isterim.					
Eşimden şiddet görürsem, çocuk doğurmak istemem.					
Çocuk sahibi olmak istemezsem, gebelikten nasıl korunacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
Çocuk sahibi olmadan önce, bir çocuğa bakabilecek kadar yeterli gelire (paraya) sahip olmam gerekir.					
18 yaşından küçüklerin anne-baba olmasına karşıyım.					
İki yıldan kısa aralıklarla, gebe kalmam sakıncalıdır.					
Çocuk sahibi olmadan önce, ne zaman gebe kalacağıma eşimle birlikte karar veririm.					
Kaç tane çocuğa sahip olacağıma eşimle birlikte kararveririm.					
Gebe kaldığım zaman, yakınarımdan destek görürüm.					
Çalışma koşullarımı düzenledikten sonra gebe kalırım.					
Bir çocuğum olursa, iyi bir anne olurum.					
Akrabaların, evli çiftlere çocuk sahibi olmaları için baskı yapmalarını hoş karşılamam.					

14 Maddeli Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği

SORULAR	YANIT
1) Zeytinyağı mutfakta en fazla kullandığınız yağ türü müdür?	
2) Zeytinyağını günde ne kadar kullanıyorsunuz? (kızartma, salata, ev dışı yenen yemekler vs. dahil)	
3) Günde kaç porsiyon sebze tüketiyorsunuz? (1porsiyon= 200g yeşil yapraklı sebze, 150g diğer sebzeler)	
4) Günde kaç porsiyon meyve tüketiyorsunuz? (1 porsiyon= 150g taze meyve, 30g kuru meyve, 100ml taze sıkılmış meyve suyu)	
5) Günde kaç porsiyon kırmızı et, kıyma veya et ürünü (sosis, sucuk, salam vb.) tüketiyorsunuz?(1 porsiyon = 100g)	
6) Günde kaç porsiyon tereyağı, margarin veya krema tüketiyorsunuz? (1porsiyon = 12g)	
7) Günde kaç adet şekerli ve/veya gazlı içecek tüketiyorsunuz?	
8) Şarap tüketiyor musunuz? Evet, ise, haftada ne kadar şarap tüketiyorsunuz?	
9) Haftada kaç porsiyon kurubaklagil tüketiyorsunuz? (1porsiyon= 60g)	
10) Haftada kaç porsiyon balık veya deniz ürünü tüketiyorsunuz? (1porsiyon =150g balık, 200g deniz ürünü)	
11) Haftada kaç kez hazır tatlı veya pastane ürünleri tüketiyorsunuz? (poğaç, bisküvi, kek vb.)	
12) Haftada kaç porsiyon yağlı tohum (fıstık dahil) tüketiyorsunuz? (1porsiyon= 30g)	
13) Kırmızı et, kıyma veya sucuk yerine tavuk veya hindi eti tercih eder misiniz?	
14) Haftada kaç kez zeytinyağında pişirilmiş domates, soğan veya sarımsak ile lezzetlendirilmiş makarna, pilav, sebze yemeği veya diğer yemekleri tüketiyorsunuz?	

Kafein Kullanım Bozukluğu Ölçeği

Kafein tüketiminizi azaltmak veya kontrol etmek için güçlü bir istek duydunuz mu veya başarısız girişimlerde bulundunuz mu?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik sorunlara neden olabileceğini bilmenize rağmen kafein tükettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Bir veya daha fazla kafein yoksunluğu belirtisinden (örneğin baş ağrısı, bulantı, yorgunluk) kaçınmak için kafein tükettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Amaçladığınızdan/hedeflediğinizden daha fazla miktarda ya da daha uzun süre kafein tükettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kafein kullanımı nedeniyle, önemli bir iş, okul veya ev sorumluluğunu (örneğin, kafein tüketimi veya yoksunluğu belirtileri nedeniyle iş veya okulda tekrarlanan devamsızlıklar) yerine getirmediğiniz oldu mu?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kalıcı veya tekrarlayan sosyal sorunlara (örneğin, tıbbi sorunlar ve kafein kullanımından kaynaklanan maliyetler nedeniyle eş ile tartışma) neden olabileceğini veya onları şiddetlendirebileceğini bilmenize rağmen kafein tükettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Aynı etkiye ulaşmak için öncekinden daha fazla kafein tüketmek zorunda kaldınız mı ya da aynı miktarda kafeinin istenen etkiyi göstermediğini fark ettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kafein tüketmek veya almak/temin etmek için önemli ölçüde zaman harcadınız mı?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kafein tüketmek için güçlü bir istek veya dürtü hissettiniz mi?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık
Kafeine bağlı yaşadığınız belirtiler (örneğin baş ağrısı, bulantı, yorgunluk vb) günlük yaşamınızda önemli rahatsızlıklara veya sıkıntılara neden oldu mu?	1= hiçbir zaman	2= Bazen	3= sıklıkla	4= çok sık

8. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Dilara Aleyna KARACA

2. Unvanı: Diyetisyen

3. Öğrenim Durumu: Lisans

Derece	Okul Adı ve Bölümü	Mezuniyet Yılı
Lisans	Demiroğlu Bilim Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü	2021
Yüksek Lisans	İstanbul Atlas Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Anabilim Dalı	Devam