



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL  
DÖNEM SAĞLIK DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ**

ELİF KARAMAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ TEZLİ YÜKSEK  
LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi TUĞBA DUYGU ÖZMET

İSTANBUL – 2025

## TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi

Programın Seviyesi: Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı : Hemşirelik

Tez Sahibi : Elif KARAMAN

Tez Başlığı : Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi

Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi

Sınav Tarihi : 09.07.2025

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman

Dr.Öğr.Üyesi Tuğba Duygu ÖZMET

### Kurumu

İstanbul Medipol Üniversitesi

### İmza

### Sınav Jüri Üyeleri

Prof.Dr. Sema KUĞUOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi

Doç.Dr. Yeliz YILDIRIM

İstanbul Üniversitesi

VARIŞOĞLU

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü**

## ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Elif KARAMAN

## TEŞEKKÜR

Tez sürecim boyunca yardımını esirgemeyen ve değerli katkılarıyla beni yönlendiren danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Tuğba Duygu ÖZMET'e, eğitim sürecimdeki desteklerini esirgemeyen Doç. Dr. Pınar Irmak VURAL ve Doç. Dr. Yeliz YILDIRIM VARIŞOğLU'na, jüri üyesi olarak katkı sağlayan ve aynı zamanda hemşirelik bölüm başkanımız olan Prof. Dr. Sema KUğUOğLU'na, beni her daim destekleyen aileme ve bu akademik yolculukta yanımda olan sevgili arkadaşım Gökçem YANIK'A teşekkür ederim.

Elif KARAMAN

# İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI .....	I
ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANI.....	II
TEŞEKKÜR .....	III
İÇİNDEKİLER .....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ .....	VI
TABLolar LİSTESİ .....	VII
1. ÖZET .....	1
2. ABSTRACT .....	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ .....	3
4. GENEL BİLGİLER .....	5
4.1. Prekonsepsiyonel Bakım .....	5
4.1.1. Dünya’da prekonsepsiyonel bakım ve gelişimi .....	6
4.1.2. Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım ve gelişimi .....	8
4.1. Prekonsepsiyonel Bakımın Önemi ve Yararları .....	9
4.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Kapsamı .....	10
4.3.1. Beslenme .....	10
4.3.2. Demir kullanımı .....	12
4.3.3. Folik asit kullanımı .....	12
4.3.4. Fiziksel aktivite .....	13
4.3.5. Yaş faktörü .....	13
4.3.6. Çalışma koşulları ve ev ortamı .....	14
4.3.7. Aşılama durumu .....	15
4.3.8. İlaç kullanımı .....	18
4.3.9. Alkol, sigara ve madde bağımlılığı.....	19
4.3.10. Genetik geçişli hastalıklar ve akraba evliliği .....	19
4.3.11. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar .....	21
4.3.12. Kronik hastalıklar .....	23
4.3.13. Psikiyatrik hastalıklar .....	25
4.3.14. Aile içi şiddete maruz kalma .....	25
4.3.15. Doğurganlık bilinci kazanma .....	26

4.3.16. Erkekler .....	27
4.3. Prekonsepsiyonel Bakım Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü .....	28
<b>5. MATERYAL VE METOD .....</b>	<b>29</b>
5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü .....	29
5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer .....	29
5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....	29
5.4. Veri Toplama Araçları .....	30
5.4.1. Tanıtıcı bilgi formu .....	30
5.4.2. Prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışları ölçeği .....	30
5.5. Verilerin Analizi .....	30
5.6. Araştırmanın Etik Yönü .....	31
5.7. Araştırmanın Soruları .....	31
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	32
<b>6. BULGULAR .....</b>	<b>33</b>
<b>7. TARTIŞMA .....</b>	<b>50</b>
<b>8. SONUÇ .....</b>	<b>65</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>67</b>
<b>10. EKLER .....</b>	<b>88</b>
<b>11. ETİK KURUL ONAYI .....</b>	<b>94</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>98</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

**AB:** Avrupa Birliği

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**ACOG:** American College of Obstetricians and Gyneacologists (Amerikan Kadın Doğum Uzmanları ve Jinekologlar Birliği)

**AÇS/AP:** Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri

**AIDS:** Acquired Immune Deficiency Syndrome (Kazanılmış Bağışıklık Yetersizliği Sendromu)

**BKİ:** Beden Kitle İndeksi

**CDC:** Centers of Disease Control and Prevention (Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi)

**CYBE:** Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

**DDA:** Düşük Doğum Ağırlığı

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**FA:** Fiziksel Aktivite

**FIGO:** International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu)

**HIV:** Human immunodeficiency virüs (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)

**HPV:** Human Papilloma Virus (İnsan Papilloma Virüsü)

**İYE:** İdrar Yolu Enfeksiyonu

**KKK:** Kızamık-kabakulak-kızamıkçık

**PDSÖ:** Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışları Ölçeği

**PSB:** Prekonsepsiyonel bakım

**SGA:** Small for Gestational Age

**SPSS:** Statistical Package For Social Science (Sosyal Bilimler İstatistik Paket)

**SMA:** Spinal Musküler Atrofi

**Tdap:** Tetanoz-difteri-boğmaca

**TNSA:** Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

**TÜİK:** Türkiye İstatistik Kurumu

## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 4.3.7.</b>	Prekonsepsiyonel Dönemde Yapılması Önerilen Aşılar.....	17
<b>Tablo 4.3.10.</b>	Genetik ve Multifaktöriyel Risk Parametreleri.....	21
<b>Tablo 5.5.1.</b>	Normal Dağılım.....	31
<b>Tablo 6.1.</b>	Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı.....	33
<b>Tablo 6.2.</b>	Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puan Ortalamaları.....	39
<b>Tablo 6.3.</b>	Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu.....	40
<b>Tablo 6.4.</b>	Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puanları ile Bazı Değişkenler Arasında Korelasyon Analizi.....	48

## 1. ÖZET

### ÜREME ÇAĞINDAKİ KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL DÖNEM SAĞLIK DAVRANIŞLARININ BELİRLENMESİ

Bu çalışmanın amacı, üreme çağındaki ve gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarını belirlemektir. Tanımlayıcı türdeki bu araştırma, Şubat–Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul’da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi’nin Kadın Doğum Polikliniği’ne başvuran 18–45 yaş arası kadınlar ile yürütülmüştür. Herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 400 kadın örnekleme dâhil edilmiştir. Katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışları Ölçeği (PDSÖ) ile toplanmıştır. Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 22.0 programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler frekans ve yüzde ile; ölçek puanları ise ortalama, standart sapma, çarpıklık ve basıklık değerleriyle değerlendirilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalarda Student’s t-testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve post hoc Tukey testi; değişkenler arası ilişkilerde ise Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır. PDSÖ toplam puan ortalaması  $25,30 \pm 6,11$  olup, kadınların genel olarak olumlu sağlık davranışlarına sahip oldukları görülmüştür. Alt boyut analizlerinde; hazırlık ( $11,64 \pm 3,29$ ) ve beslenme-uyku ( $5,47 \pm 2,21$ ) puanlarının yüksek olduğu, baş etme becerileri ( $3,85 \pm 1,72$ ) ile riskli davranışlardan kaçınma ( $4,33 \pm 1,63$ ) düzeylerinin ise orta seviyede kaldığı saptanmıştır. Kadınların sağlık davranışları ile BKİ, eş yaşı, sigara kullanımı, diyet yapma durumu, yeterli ve dengeli beslenme ile fiziksel aktivite arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bunun yanında PDSÖ hazırlık alt boyutunda meslekler arası farklılık saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Sonuç olarak, kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarının genel anlamda olumlu olduğu belirlenmiş; bu davranışların geliştirilmesine yönelik eğitim ve farkındalık çalışmalarının artırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik, prekonsepsiyonel bakım, prekonsepsiyonel dönem, riskli davranışlar, sağlık davranışları.

## 2. ABSTRACT

### DETERMINATION OF PRECONCEPTIONAL PERIOD HEALTH BEHAVIORS OF WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

The aim of this study is to determine the preconception health behaviors of women of reproductive age who are planning pregnancy. This descriptive study was conducted between February and June 2024 with women aged 18–45 who applied to the Obstetrics and Gynecology Outpatient Clinic of a Women’s and Children’s Hospital in Istanbul. No sampling method was used; the sample consisted of 400 women who voluntarily agreed to participate. Informed consent was obtained after explaining the purpose of the study. Data were collected using a Descriptive Information Form and the Preconception Health Behavior Scale (PHBS). Data were analyzed using IBM SPSS Statistics 22.0. Descriptive data were evaluated with frequencies and percentages; scale scores were analyzed with mean, standard deviation, skewness, and kurtosis. Student’s t-test, one-way ANOVA, and post hoc Tukey test were used for group comparisons; Pearson correlation coefficient was used to examine relationships between variables. The mean total PHBS score was  $25.30\pm 6.11$ , indicating that the women generally had positive health behaviors. In subdimension analysis, preparation ( $11.64\pm 3.29$ ) and nutrition-sleep ( $5.47\pm 2.21$ ) scores were high, while coping skills ( $3.85\pm 1.72$ ) and avoidance of risky behaviors ( $4.33\pm 1.63$ ) remained at a moderate level. Significant relationships were found between health behaviors and BMI, spouse’s age, smoking, dieting, adequate and balanced nutrition, and physical activity. In addition, a significant difference was found between occupations in the preparation subdimension ( $p<0.05$ ). In conclusion, women’s preconception health behaviors were generally positive, and it is recommended to increase training and awareness efforts to further support these behaviors.

**Keywords:** Health behaviors, nurse, preconception care, preconception period, risky behaviors.

### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Eşlerin sağlık durumu, sağlık davranışları ve gebelik planlaması hem maternal hem de fetal sağlığı doğrudan etkilemektedir. Gebelik öncesinde eşlerin bedensel ve zihinsel hazırlık süreci ile riskleri yönetmesi, sağlıklı bir gebelik sürecine ulaşmalarını sağlamaktadır. Bu nedenle potansiyel bir gebelikten önce çiftlere uygulanan bütüncül yaklaşım, prekonsepsiyonel bakım (PSB) olarak adlandırılmaktadır (1).

Birleşmiş Milletler, sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda, 2030 yılı itibarıyla önlenebilir yenidoğan ölümlerinin önüne geçmeyi ve anne ölüm oranını her 100.000 canlı doğumda 70'in altına düşürmeyi amaçlamaktadır (2). Ancak 2020 yılı verilerine göre, yenidoğanın önlenebilir ölümleri arasında yer alan prematüre doğum oranı %37, doğum asfiksisi ve travma oranı %23, konjenital anomalilerin oranı %10 ve anne ölüm oranı her 100.000 canlı doğumda 223 olarak belirlenmiştir (3,4). Bu veriler, maternal ve fetal sağlığın iyileştirilmesi için PSB'in önemli bir rol oynadığını göstermektedir (5).

Kadınların gebeliği riskli hâle getirebilecek sağlık sorunlarına sahip olması veya olumsuz sağlık davranışlarını benimsemesi hem maternal hem de fetal mortalite oranlarının artışına neden olmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalar, gebeliğe bağlı ölümlerin %49,3'ünde ve anne ölümlerinin %61,6'sında bir veya daha fazla endikasyon bulunduğunu göstermektedir (6). Gebelik öncesi dönemde belirlenen endikasyonlar arasında ileri yaş (%20,6), sigara kullanımı (%23,1), kronik hastalık varlığı (%23,6) ve fazla kilolu olma (%26,7) yer almaktadır (7).

Gebelik öncesi risk faktörleri yaygındır ve bireyler genellikle aynı anda birden fazla risk faktörüyle yaşamaktadır. Amerika'daki dört eyalette (Maine, Michigan, Oklahoma ve Batı Virginia) Gebelik Risk Değerlendirme ve İzleme Sistemi'nden elde edilen verilere göre, gebelik planlayan kadınların %38'inin ve gebelik planlamayan kadınların %30'unun gebelik öncesi bakım için bir veya daha fazla endikasyona sahip olduğu görülmektedir. Bu endikasyonlar arasında tütün/alkol kullanımı ve düşük kilolu olma gibi risk faktörleri yer almaktadır (8).

PSB, anne ve çocuk sağlığını iyileştirmeye yönelik önlemler içermesinin yanı sıra tüm çiftlere yaşam boyu sağlıklı davranışlar kazandırmayı ve bu davranışları

sürdürmeyi amaçlamaktadır. Bu sebeple, üreme çağındaki tüm bireylere gebelik öncesi bakımın verilmesi önem arz etmektedir (8,9). Özellikle önümüzdeki bir yıl içerisinde gebelik planlayan çiftler için gebelik öncesi bakım daha öncelikli olmakta ve en az üç ay önce PSB almaya başlamaları gerekmektedir (9,10).

Bu konuyla ilgili yapılan araştırmalar, PSB'ın yeterince yaygınlaşmadığını ortaya koymaktadır. Çevik Ergi ve Şahin'in (2023) 280 gebe üzerinde çevrimiçi olarak yürüttüğü araştırmada, gebelerin %31,4'ünün ve eşlerin %11,8'inin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hizmeti aldığı belirlenmiştir (11). Kaplan'ın (2023), intern hekimlerin PSB hakkındaki farkındalıklarını ölçmek amacıyla yaptığı tez çalışmasında ise intern hekimlerin %78,8'inin gebelik öncesi bakım kavramını bilmediği rapor edilmiştir (12).

Gelişmiş ülkelerde PSB'ın sağlık hizmetleri sistemine daha iyi entegre edildiği görülmektedir. Amerika'da yapılan bir çalışmada, kadınların %53,8'inin PSB ve danışmanlık almak amacıyla sağlık profesyonellerine başvurduğu tespit edilmiştir (13). Birleşik Krallık, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD) gibi ülkelerde, PSB hizmetlerini sağlayan farklı kliniklerin aktif olarak faaliyet gösterdiği bilinmektedir (14).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, gebeliklerin %15'inin istenmediği ve %11'inin planlanmadığı belirlenmiştir (15). Gebelik öncesi dönem, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için en önemli zamandır. Aynı zamanda, istenen bir gebeliğin sağlıklı şekilde başlaması da gebelik öncesi bakım ile mümkündür. Planlanmış gebelikler, prematüre doğum riskini azaltır, anne sağlığını iyileştirir, bebeklerin doğum ağırlığını artırır ve doğum sonrası depresyon riskini düşürür. Bu nedenle bireylerle en çok iletişim kuran ve birincil bakım sağlayıcıları olarak hemşireler, PSB ve danışmanlık hizmetlerinin her aşamasında yer almakta ve gebelik öncesi dönemde sunulan hizmetlerin entegrasyonunda öncü bir rol üstlenmektedir (16,17).

Gebelik planlayan kadınların hastalık durumu ve sağlık davranışları, gebelik süreci için kritik öneme sahiptir; bu nedenle daha olumlu bir gebelik dönemi sağlamak amacıyla sağlık davranışlarında değişiklik yapmaları beklenmektedir. Gebelik öncesi

dönemle ilgili yapılan çalışmalar, bilgi, tutum, danışmanlık ve bakım yönleriyle sınırlıdır. Bu çalışmalar, kadınların gebelik öncesi dönemle ilgili bilgi ve tutumlarını farklı açılardan değerlendirmektedir; ancak davranışsal değişiklikler üzerine yapılan araştırmalar daha sınırlıdır (18,19). Bu araştırma, önümüzdeki bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların gebelik öncesi dönem sağlık davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

## **4. GENEL BİLGİLER**

### **4.1. Prekonsepsiyonel Bakım**

PSB, çiftlerin üreme sağlığını korumak ve iyileştirmek amacıyla, gebelik öncesinde çevresel, biyomedikal, davranışsal ve sosyal risk faktörlerini belirleyip bu faktörlere yönelik uygun müdahalelerle riskleri azaltmayı hedefleyen kapsamlı bir sağlık hizmetidir (20). Gebelik öncesi bakım, doğum öncesi bakımla entegre edilen önemli bir unsurdur. Gebeliğin planlanmasından genetik hastalıklara, kronik hastalık yönetiminden sağlıklı yaşam tarzı edinmeye kadar geniş bir perspektife sahiptir. Bu girişimler için doğum öncesi dönem geç olabileceğinden, PSB'nin göz ardı edilmemesi gerekmektedir (21,22).

Gebelik öncesi dönem, çiftlerin ebeveyn olmaya karar verdiği anda başlar ve yaşam tarzı bu kararlar uyumlu olmalıdır. Teratojenik çevresel tehlikelerin, toksinlerin ve ilaçların azaltılması; beslenme, kilo yönetimi, genetik durumlar ve aile geçmişi ile ilgili sorunların belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca madde bağımlılığı, kronik ve bulaşıcı hastalıklar, aşılama, aile planlaması, psikososyal durum, aile içi şiddet ve ekonomik durum da sorgulanmalıdır (23).

PSB uygulamaları bilinen faydalarına rağmen, ülkeler arasında çeşitlilik göstermektedir (21). ABD'nde klinik yönergeler, çocuk sahibi olmayı düşünen çiftlerin gebe kalmadan önce sağlık muayenesi yaptırmalarını önermekte ve sağlıklı yaşamın teşvik edilmesini, kadınların gebe kalma isteğinden bağımsız olarak, rutin sağlık hizmetlerine entegre edilmesini tavsiye etmektedir. Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda, İsveç ve Birleşik Krallık gibi Avrupa ülkelerinde, gebe kalmadan önceki sağlık hizmetleri yüksek risk taşıyan kadınlara sunulmaktadır (24).

2010 yılında Çin Halk Cumhuriyeti Ulusal Sağlık ve Aile Planlama Komisyonu, üreme çağındaki bireylere yönelik ücretsiz gebelik öncesi bakım hizmeti sunmayı amaçlayan Ulusal Prekonsepsiyonel Sağlık Bakım Projesi'ni hayata geçirmiştir. Bu program, özellikle altı ay içinde gebe kalmayı planlayan çiftlerin %80'inden fazlasını kapsayacak şekilde geniş bir erişim sağlamaktadır (21,24). Avustralya'da ise 2021 yılında Gebelik Öncesi Sağlık Ağı kurulmuştur. Bu ağ, gebelik öncesinde sağlığı optimize ederek gebelik sonuçlarını, ebeveynlerin ve çocukların gelecekteki sağlığını iyileştirmeyi amaçlamakta ve gebelik öncesi sağlık hizmetleri ile araştırmalarında en iyi uygulamaları teşvik etmektedir (25).

Farklı ülkelerdeki PSB kılavuzları incelendiğinde, bu kılavuzların içeriklerinin çeşitlilik gösterdiği görülmektedir. Kronik hastalıklar için verilen öneriler genellikle benzer olsa da beslenme ve yaşam tarzı tavsiyeleri, özellikle balık, kafein ve alkol tüketimi ile vitamin takviyesi konularında farklılık göstermektedir. Bu durum, gebelik öncesi bakım uygulamalarının ülkeler arasında nasıl değişiklik gösterdiğini ve standart bir rehberin oluşturulmasının önemini vurgulamaktadır (21,26).

Gebelik öncesi bakım hizmeti alan kadınlar, sağlıklı yaşam alışkanlıklarını benimseme eğilimindedir (19). ABD, Vietnam, Çin, İran ve Hollanda'nın dahil olduğu bir sistematik inceleme, gebelik öncesi bakımın kadınların beslenme alışkanlıklarını iyileştirdiğini; alkol ve tütün tüketimini azalttığını, folik asit alımını artırdığını ortaya koymuştur. Bu değişiklikler, gebelik süreçlerinin daha sağlıklı geçmesine katkı sağlamaktadır (27).

#### **4.1.1. Dünya'da prekonsepsiyonel bakım ve gelişimi**

PSB, 1980 yılında Chamberlain tarafından, olumsuz gebelik sonuçlarını iyileştirmek ve fetal mortaliteyi azaltmak amacıyla koruyucu bir sağlık hizmeti olarak tanıtılmıştır. Chamberlain'ın çalışmaları, gebelik öncesi dönemde kadınların sağlık durumlarını iyileştirmenin gebelik ve doğum sonuçlarını olumlu yönde etkileyebileceğini ortaya koymuştur. Bu dönemde PSB'nin önemi daha fazla anlaşılmış ve bu alanda yapılan araştırmalar hız kazanmıştır (1,9,28).

Amerika'da "2000 Yılında Herkese Sağlık" programı kapsamında, sağlıklı davranışların teşvik edilmesi ve PSB hizmetleri ile sağlık personeli sayısının

artırılması önerilmiştir (20,28,29). 2004 yılında Amerikan Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından düzenlenen panelde, anne adaylarına gebelik öncesinde bakım sağlanmadığında doğum öncesi bakımın yetersiz kalacağı sonucuna varılmış ve doğum öncesi bakım rehberlerinin prekonsepsiyonel dönemi de kapsayacak şekilde genişletilmesi önerilmiştir (9).

ABD, 2012-2014 yılları arasında prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için ulusal düzeyde bir eylem planı oluşturmuştur. Bu plan, kişisel sağlık sonuçlarına dayalı olarak dört ana hedef belirlemiştir. İlk hedef, kadın ve erkeklerin gebelik öncesi sağlık bilgilerini, tutumlarını ve davranışlarını iyileştirmektir. İkinci hedef, ABD'deki üreme çağındaki kadınların gebeliğe en iyi sağlık koşullarında başlamalarını sağlamak için gebelik öncesi bakım hizmetlerini (kanıta dayalı risk taraması, sağlık teşviki ve müdahaleler) sunmaktır. Üçüncü hedef, gebelik öncesi dönemde yapılan müdahalelerle olumsuz gebelik sonuçlarına bağlı riskleri azaltmak ve anne ile gelecekteki çocuklar için sağlık sorunlarını önlemektir. Son olarak, dördüncü hedef, olumsuz gebelik sonuçlarındaki eşitsizlikleri azaltmaktır (20).

DSÖ, 2012 yılında gerçekleştirdiği bir toplantıda, kadınların gebeliği risksiz bir şekilde başlatabilmesi için mevcut halk sağlığı programlarının yetersiz olduğunu vurgulamış ve bu nedenle gebelik öncesi bakım hizmetlerinin sağlık politikalarına entegre edilmesi gerektiğini önermiştir (20). Bu alandaki ilerlemelere rağmen, gebelik öncesi bakım hizmeti sunan kliniklerin sayısı hâlâ oldukça sınırlıdır (14). PSB hizmetleri, genellikle gelişmiş ülkelerde daha yaygın olarak sunulmaktadır. ABD, Kanada, Birleşik Krallık ve bazı Avrupa ülkeleri bu alanda daha ileri düzeyde hizmet sunmaktadır. Bu ülkelerde PSB, sağlık politikalarının bir parçası olarak rutin uygulamalara entegre edilmiştir (25).

Gelişmekte olan ülkelerde PSB hizmetleri genellikle sınırlı kalmaktadır. Bu ülkelerde sağlık sistemlerinin altyapısı, gelişmiş ülkelere göre daha yetersiz olduğundan, gebelik öncesi bakımın yaygınlaştırılması ve rutin uygulamalara entegre edilmesi zor olabilmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim, eğitim düzeyleri ve ekonomik koşullar gibi faktörler de bu süreci önemli ölçüde etkilemektedir.

Günümüzde, gelişmiş ülkeler de dâhil olmak üzere dünya genelinde gebelik öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma oranları %27 ile %39 arasında değişmektedir (30).

#### **4.1.2. Türkiye’de prekonsepsiyonel bakım ve gelişimi**

Ülkemizde maternal-fetal ölümleri azaltmak amacıyla doğum öncesi ve sonrası bakım hizmetlerine öncelik verilmiştir. Standart bir doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yönetim rehberleri mevcuttur. Bu rehberler, gebelik sürecinde ve sonrasında maternal-fetal sağlığı korumak (folik asit desteğinin verilmesi, sigara/alkolün bırakılması vb.) için gerekli müdahaleleri kapsamaktadır. Ancak, rehberde yer alan bazı müdahaleler gebelik öncesi bakıma değinse de yeterli olmamaktadır (25,31).

Türkiye’de PSB hizmetlerinin gelişimine bakıldığında, 1930 yılında evlilik öncesi sağlık raporu alma yükümlülüğünün getirildiği; 2002 yılında ise “Evlilik Öncesi Danışmanlık” hizmetlerinin uygulanmaya başladığı görülmektedir. 1930’da yürürlüğe giren Umumi Hıfzısıhha Kanunu ile Türk Medeni Kanunu, evlenecek çiftlerin “evlenmeye engel teşkil eden hastalıklarının olmadığını gösteren sağlık raporu” almasını zorunlu kılmış ve bu raporun düzenlenme esaslarını belirlemiştir. 2002 yılındaki düzenleme ile evlilik raporları, sağlık ocakları ve AÇS/AP merkezlerinde düzenlenmektedir. Ayrıca hepatit B ve C, AIDS ve genetik hastalıkların değerlendirilmesi ile genel muayenenin zorunlu tutulması da bu düzenlemeye dâhil edilmiştir. 1 Kasım 2018 itibarıyla Hemoglobinopati Kontrol Programı, evlilik öncesi tarama kapsamına alınarak “Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı” adı altında Türkiye’nin 81 ilinde uygulanmaya başlanmıştır. 2021 yılında ise Evlilik Öncesi Spinal Musküler Atrofi (SMA) Taşıyıcı Tarama Programı da bu kapsamda yerini almıştır (31,32).

2014 yılında Sağlık Bakanlığı, “Evlilik Öncesi Danışmanlık” genelgesini yayımlayarak, danışmanlık hizmetlerinin rehberler doğrultusunda yürütülmesini bildirmiştir. Bu genelgeye göre, sağlık raporu almak için sağlık kurum veya kuruluşlarına başvuran çiftlere sağlık personeli tarafından danışmanlık sağlanmakta ve “Evliliğe Sağlıklı Başlangıç” kitabı verilerek çiftlerin bilgi sahibi olması hedeflenmektedir (32,33). Ayrıca, aile sağlığı merkezleri tarafından yürütülen “15–49 Yaş Kadın İzlem Programı” kapsamında; yılda en az iki kez takip edilmesi gereken

üreme sağlığı, aile planlaması, gebelik öncesi danışmanlık ve sağlıklı yaşam tarzı müdahaleleri gibi hizmetler sunulmaktadır (33). PSB hizmetleri, bireysel talepler doğrultusunda sağlanmakta olup; henüz ülke genelinde standart bir sistem veya kurumsal yapıya dayalı bir uygulama oluşturulmamıştır (31).

#### **4.2. Prekonsepsiyonel Bakımın Önemi ve Yararları**

Gebeliklerin çoğunun plansız olması nedeniyle, birçok kadın gebe kaldığını fark edene kadar riskli davranışlarını ve ilaç kullanımını sürdürmektedir. Ülkemizde bir kadının gebeliğini fark etmesi ve ilk prenatal kontrol amacıyla sağlık kuruluşuna başvurması ya da sağlık personeli tarafından gebeliğin tespit edilmesi genellikle 2–3 ay içerisinde gerçekleşmektedir (9,31). Bu süreç boyunca fetüsün organogenez aşamasını tamamladığı ve temel organlarının oluştuğu bilinmektedir (34). Araştırmalar, 12. gebelik haftasından sonra başlayan antenatal bakımın, olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede etkili olmadığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, erken dönemde yapılan PSB'nin önemi daha da vurgulanmaktadır (35).

PSB, planlı doğurganlık bilinci oluşturmak, maternal ve fetal mortaliteyi azaltmak, sağlıklı gebelik için çiftleri hazırlamak, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlamak ve komplikasyonları önlemek açısından önemlidir (36). Gebelik öncesi dönemde gerçekleştirilen müdahaleler, gebelik sırasında yapılanlara nazaran; kronik hastalıkların, olumsuz sağlık davranışlarının ve enfeksiyonların etkilerini büyük ölçüde azaltmaktadır (1). Suto ve arkadaşlarının (2021) Japonya'da yaptığı sistematik inceleme, gebelik öncesi dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının benimsenmesinin gebelik sürecini olumlu etkilediğini ve komplikasyon riskini azalttığını göstermektedir (36).

Üreme çağındaki İtalyan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların yarısından fazlası folik asit kullanmadığını; %70'i alkol içtiğini; %16,9'u sigara kullandığını ve %15'i altta yatan bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Ayrıca %21,2'si kızamıkçık ve %43,7'si hepatit B aşısına ihtiyaç duyuyordu. Bakımdan altı ay sonra, alkol tüketimi %46,4; folik asit takviyesi %23,4; hepatit B duyarlılığı %22,3 ve kızamıkçık duyarlılığı %13,8 oranında azalmıştır. Takip edilen kadınların %70,9'u gebelik öncesi muayeneye gittiğini, %36,2'si ise gebe kaldığını bildirmiştir. Bu

sonuçlar, PSB’ın kadınların sağlık davranışlarını olumlu yönde değiştirdiğini ve gebelik öncesi dönemde yapılan müdahalelerin önemini vurgulamaktadır (37).

ACOG’a göre, sağlık durumu ve risk faktörleri zamanla değişebileceği için danışmanlık fırsatlarının artırılması ve üreme sağlığı ile gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi amacıyla bir kadının üreme yaşamı boyunca birkaç kez PSB alması önerilmektedir (38). Gebelik planı olsun ya da olmasın, PSB yalnızca kadınlara değil; çiftlere birlikte bakım sağlanması, olumsuz davranışların sağlıklı davranışlarla değiştirilmesi için destek verilmesi, eğitim ve danışmanlık sunulması açısından da büyük önem taşımaktadır. Birinci basamak koruyucu sağlık hizmetlerinin bütüncül değerlendirme yaklaşımlarından biri olan PSB, çiftlerin sağlığını korumanın yanı sıra toplumdaki gelecek kuşakların sağlığını etkileyebilecek konuların kapsamlı bir Şekilde ele alınması açısından önemli bir rol oynamaktadır (30,39).

### **4.3. Prekonsepiyonel Bakımın Kapsamı**

#### **4.3.1. Beslenme**

Gebelik ncesi dönemde beslenme, fetal sağlığın sürdürülmesinde etkili genetik olmayan faktörler arasında yer almaktadır (40). Sağlıklı bir gebelik için anne adayının normal kiloda olması tek başına yeterli değildir; aynı zamanda yeterli ve dengeli beslenme alışkanlıklarına sahip olması da önemlidir (41). Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO), sağlıklı ve dengeli beslenmenin kadın sağlığı ve gelecek nesiller üzerindeki önemini vurgulamaktadır. İdeal beslenmenin sağlanmaması, kadınların doğurganlığının azalmasına, bağışıklık sisteminin zayıflamasına, enfeksiyonlara yatkınlığın artmasına, yaşam boyu zayıflık ve kaşeksi, aşırı kilo veya obezite gibi sağlık sorunlarına yol açabilir. Bu nedenle, kadınların beslenme alışkanlıklarını iyileştirmek hem kendi sağlıklarını korumak hem de gelecek nesillerin sağlıklı bir Şekilde dünyaya gelmesini sağlamak açısından kritik öneme sahiptir (42).

Uygun maternal beslenme, olası bir gebeliğin sürdürülmesinde, plasenta ve erken embriyonik gelişimin desteklenmesinde hayati bir rol oynamaktadır (41,43). Chahal ve arkadaşlarının (2025) gerçekleştirdiği araştırmada, gebelik öncesi düşük kilolu kadınların preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı (DDA) bebek insidansının, normal kilolu kadınlara göre yüksek olduğu bulunmuştur. Düşük kilolu kadınların

bebeklerinde SGA oranı %23, DDA bebek oranı ise %15 olarak belirtilmiştir. Bu oranlar, normal kilolu kadınların bebeklerinde sırasıyla %13,5 ve %9'dur (44).

Gebelik öncesi beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek olması, annede beslenme yetersizliği kadar önemli bir sağlık sorunudur (45). 2022 yılı verilerine göre, dünya genelinde her sekiz kişiden biri obezite ile yaşamaktadır (46). Obezitenin yaygınlaşması endişe verici bir durumdur; ancak doğurganlık çağındaki kadınlarda obezite seviyelerinin artması daha ciddi bir endişe yaratmaktadır (47). Koçak ve Bingöl'ün (2019) çalışmasında, obezitenin gebelikte gestasyonel diyabet, hipertansiyon, preeklampsi ve sezaryen doğum gibi komplikasyonlara yol açabileceği belirtilmiştir (48). Kirit ve Bilgin'in (2023) çalışmasında ise obezitenin gebelik komplikasyonlarını artırdığı ve fetüs üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği ifade edilmiştir. Obez annelerden doğan bebeklerde beslenme sorunları, hastanede daha uzun yatış süresi ve konjenital anomaliler gibi olumsuz sonuçların görülebileceği belirtilmiştir (49).

Aşırı miktarda A vitamini, D vitamini ve kafein tüketimi toksik etkilere yol açabilir. Günlük 300 mg'a kadar kafein tüketiminin (yaklaşık iki bardak kahve veya altı bardak çay ya da soda) güvenli olduğu bilimsel verilerle desteklenmektedir. Ancak, aşırı kafein tüketimi abortus riskini yükseltirken, DDA bebek sahibi olma olasılığını da artırmaktadır (50). Prekonsepsiyonel dönemde yetersiz iyot alımı; doğum defektleri, mental retardasyon ve beyin hasarı riskini artırabilmektedir. Bu nedenle yaşam döngüsü boyunca, özellikle prekonsepsiyonel dönemde yeterli iyot alımı, erken fetal gelişimi destekleyerek bu riskleri azaltabilir; ancak bu süreçte iyot takviyesinin etkisine dair çalışmalar halen sınırlıdır (51).

Aynı zamanda civa maruziyeti de gebeliği etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Gebelik öncesi günlük 1 µg veya daha fazla civa maruziyetinin, bebekte sinir sistemi bozuklukları ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Gebe kalmayı planlayan kadınların, yüksek metil civa içeriği nedeniyle ton balığı, kılıç balığı, kiremit balığı ve orkinos tüketimini haftada iki porsiyonla sınırlandırmaları önerilmektedir (11,38). Ayrıca, doğurganlık çağındaki tüm kadınların vitaminler, mineraller, bitkisel ürünler ve zayıflama ürünleri gibi çeşitli besin takviyelerini kullanma durumları ve beslenme ile ilgili riskleri değerlendirilmelidir (20,52).

#### 4.3.2. Demir kullanımı

Demir eksikliği, dünya genelinde en yaygın beslenme yetersizliklerinden biri olup, gebelikte görülen aneminin başlıca nedenlerinden biridir. Üreme çağındaki kadınlar, menstrüasyondan kaynaklanan kan kaybı, yetersiz beslenme ve sık gebelikler nedeniyle demir eksikliği riski altındadır (40). Dünya nüfusunun yarısına yakını; ülkemizde ise her dört kişiden biri anemiktir. DSÖ, 2025 yılına kadar doğurganlık çağındaki kadınlarda görülen aneminin %50 oranında azaltılması gerektiğini bildirmektedir (53).

Üreme çağındaki kadınların, gebelik sırasında artan demir ihtiyacını karşılayabilmeleri için konsepsiyon öncesinde vücut demir depolarının en az 300 mg seviyesinde olması önerilmektedir (54). Gebelik öncesinde demir depolarının yetersiz olması; prematüre doğum, gelişme geriliği ve DDA bebek gibi olumsuz perinatal sonuçlara yol açabilir. Bu nedenle, üreme çağındaki kadınlar demir eksikliği anemisi açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Demir eksikliği tespit edilirse, uygun demir takviyeleri ile bu eksiklik giderilmelidir (20,55).

#### 4.3.3. Folik asit kullanımı

Kanıt temelli yaklaşımlarda, gebelik öncesi dönemde folik asit kullanımının öneri düzeyi “A” olarak kabul edilmekte ve randomize kontrollü çalışmalarla kanıt derecesi iyi olarak değerlendirilmektedir. Gebelik öncesi dönemde kullanılan folik asitin, nöral tüp defektlerini, konjenital anomalileri, spontan abortus ve preeklampsi gibi komplikasyonları azalttığı bilinmektedir. CDC tarafından, folik asitin etkili olabilmesi için gebelikten üç ay önce başlaması önerilmektedir. DSÖ, üreme çağındaki tüm kadınların günlük 0,4 mg (400 mcg) folik asit almasını önermektedir. Sağlık Bakanlığı ise folik asit kullanımının gebelikten en az bir ay önce başlamasını ve gebelik gerçekleşikten sonra 10–12 hafta boyunca günlük 0,4–1,0 mg olarak devam edilmesini önermektedir (56,57,58,59).

Üreme çağındaki kadınlarda folik asit kullanımı teşvik edilmesine rağmen, prenatal dönemde kullanım oranları yüksekken prekonsepsiyon döneminde yeterince kullanılmadığı gözlemlenmektedir. Üreme çağındaki kadınlar için günlük diyetle alınan folik asitin yeterli olmadığı ifade edilmektedir. Folik asit; ısı, ışık ve asidik

ortamlara karşı hassas olduğundan, pişirme işlemi sırasında besinlerin folik asit içeriği azalmaktadır. Ülkemizde, günlük besinlerle yaklaşık 350 mcg folik asit alındığı tahmin edilmektedir (60). Oysa gebelikte günlük folik asit ihtiyacı 600 mcg'dır. Bu nedenle, yalnızca folik asitten zengin bir diyet yeterli değildir. Üreme çağındaki kadınların folik asit takviyesi kullanması, nöral tüp defektlerinin önüne geçmek açısından önem arz etmektedir (61).

#### **4.3.4. Fiziksel aktivite**

Gebelik öncesinde düzenli fiziksel aktivite (FA) alışkanlığı oluşturmak, olumsuz maternal-fetal sonuçları önleyerek sağlıklı gebelik planlamasının önemli bir parçasıdır (5). Gebelik öncesi dönemdeki kadınların FA oranları, dünya genelinde değişiklik göstermektedir. DSÖ'nün 2022 Global Status Report on Physical Activity raporuna göre, kadınların %31'i fiziksel olarak inaktifken; erkeklerde bu oran %23'tür. Bu durum, kadınların FA seviyelerinin erkeklere göre daha düşük olduğunu göstermektedir (62). Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (2017) verilerine göre, kadınların %53,1'i ve erkeklerin %31,7'si yeterli düzeyde FA'de bulunmamaktadır (63).

Yapılan araştırmalarda, gebelik öncesi dönemde edinilen FA alışkanlığının; preeklampsi ve gestasyonel diyabet oranlarının azalması, gebelikte kilo kontrolü sağlanması ve sezaryen ile operatif vajinal doğum oranlarının düşmesiyle ilişkili olduğu belirtilmiştir (64,65). ACOG, FA'nin obezite ve ilişkili tıbbi hastalıkların azalmasına katkı sağladığını ve yaşam süresini uzattığını ifade etmektedir. Kadınların haftada en az beş gün, günde en az 30 dakika orta derecede egzersiz yapmaları ve bu alışkanlığı gebelik öncesinde, gebelik süresince ve doğum sonrasında sürdürmeleri önerilmektedir. Hamile kadınların genellikle yeterli fiziksel aktivitede bulunmadığı göz önüne alındığında, bu öneri özellikle önem taşımaktadır (62).

#### **4.3.5. Yaş faktörü**

Dünyadaki gebeliklerin yaklaşık yarısı planlanmamış gebeliklerdir. Özellikle adolesan ve ileri yaş dönemlerinde yaşanan gebeliklerin büyük bir kısmı plansızdır. Dünya çapında, 18 yaşından önce evlendirilen kadınların sayısı 15 milyonu aşmakta olup; bu kadınların %90'ı henüz 18 yaşına ulaşmadan gebe kalmaktadır. Ayrıca, 15–19 yaş

aralığındaki iki ila üç milyon kadının planlanmayan ve istenmeyen gebelikler yaşadığı belirtilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre, adölesan doğurganlık hızı 2013 yılında binde 29 iken, 2018 yılında binde 19'a düşmüştür. Adölesan gebeliğin sıklığı; ülkenin sosyokültürel yapısı, gelişmişlik düzeyi, ailevi ve bireysel birçok faktörden etkilenmektedir. Adölesan gebelikler; erken doğum, DDA, baş-pelvis uygunsuzluğu ve abortus gibi risklerin artmasına neden olmaktadır (66,67,68).

Gelişmiş ülkelerde sosyoekonomik ve eğitim düzeyleri gibi nedenlerle birçok kadın, çocuk sahibi olmayı kırklı yaşlara ertelemektedir. 35 yaşın üzerindeki kadınlarda, yaşa bağlı sağlık sorunları ve kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta; bu durum, söz konusu bireylerin yüksek riskli gebelik grubuna dahil edilmesine yol açmaktadır (36). Lean ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışma, ileri anne yaşının (35 yaş ve üzeri) çeşitli gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu komplikasyonlar arasında; preeklampsi, gestasyonel diyabet, ablasyo plasenta, erken doğum, perinatal morbidite ve mortalite artışı ile sezaryen oranlarında yükselme yer almaktadır. Çalışma, ileri yaş gebeliklerin belirli riskler taşıdığını ve bu risklerin yönetilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (66). Adölesan ve ileri yaş gebeliklerde artan maternal ve neonatal riskler nedeniyle, en düşük riskin bulunduğu 20–30 yaş aralığında gebelik önerilmektedir (69). Ayrıca, babanın ileri yaşta (55 ve üzeri) olması; bebekte Down sendromu, otizm spektrum bozuklukları, doğuştan anomaliler ve ekstremitelerde konjenital malformasyon riskini artırmaktadır (36).

#### **4.3.6. Çalışma koşulları ve ev ortamı**

Gebelik öncesinde çalışma koşulları ve ev ortamı, anne adayının sağlığını ve gebelik sürecinin sağlıklı ilerlemesini önemli ölçüde etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Düşük sosyoekonomik durum, anne ve eşinin mesleği, olumsuz çalışma koşulları, yoğun stres faktörleri ve ev ortamında yer alan böcek ilacı kullanımı, temizlik ürünleri, güvenli olmayan su kaynakları, gıda saklamak için kullanılan plastikler gibi maddeler ile teratojenlere maruziyet; çevresel risk faktörleri arasında sayılmaktadır (40,70).

Birçok kadın, gebe olduklarını fark etmeden önceki ilk trimester döneminde zararlı maddelere maruz kalmaya devam etmekte ve bu durum, fetüsün organogenez döneminde toksik etkilere maruz kalmasına sebep olmaktadır (11). Çevresel kimyasallara maruz kalma; gebelik kayıpları, spontan abortus, preterm doğum, mikrosefali ve konjenital malformasyonlarla ilişkilendirilmektedir. Marcho ve arkadaşlarının (2020) yaptığı çalışma, prekonsepsiyonel dönemdeki çevresel maruziyetlerin sperm epigenetiği üzerinde de olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir (70).

DSÖ, çevresel tehlikeler ve bunların önlenmesi konusunda eğitim ve danışmanlık sağlanmasını önermektedir. Ayrıca meslek kaynaklı gereksiz radyasyonun önlenmesi, pestisit kullanımının azaltılması, kurşun maruziyetinden korunma ve üreme çağındaki kadınların balıklardaki metil civa düzeyleri hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bunlara ek olarak; kimyasal temizlik ürünleri, kişisel bakım ürünleri ve kozmetiklerin de toksik ve teratojen etkiler gösterebileceği belirtilmektedir (20). Bu nedenle, prekonsepsiyonel dönemde kadınların ve eşlerinin çevre sağlığına yönelik bilgi edinmesi, ev ve iş ortamındaki yaşam koşullarını iyileştirmesi, çevresel kimyasallara karşı farkındalık kazanması ve potansiyel maruziyet durumlarını azaltmaya yönelik planlamalar yapması önemlidir (19,70).

#### **4.3.7. Aşılama durumu**

Prekonsepsiyonel dönemde uygulanan aşılama, anne adayının sağlığını desteklerken doğacak bebeğin korunmasına da önemli katkı sağlar. Gebelik döneminde uygulanan aşılama, fetüste konjenital malformasyon, büyüme geriliği gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilecek enfeksiyonlara karşı koruma sağlar. Ayrıca preterm doğum riskini azaltmaya ve gebelikte daha ağır seyreden influenza gibi hastalıklardan korunmaya yardımcı olur. Gebelik öncesi, gebelik süresince ve doğum sonrası dönemde uygulanan aşı önerileri; ülkelerin sağlık politikaları ve enfeksiyon risklerine bağlı olarak farklılık göstermektedir. Bazı aşılama gebelik sürecinde rutin olarak uygulanırken, bazıları ek risk faktörlerine bağlı olarak önerilmemektedir. Ayrıca bazı aşılama özellikle doğum sonrası dönem için öngörülmektedir (71,72).

ACOG, üreme çağındaki kadınların tetanoz, difteri, aselüler boğmaca (Tdap), kızamık (rubeola), kabakulak, kızamıkçık (rubella), hepatit B ve suçiçeği (varisella zoster) aşılanma durumlarının değerlendirilmesini önermektedir (73).

**Tdap Aşısı:** Tdap, difteri, tetanoz ve boğmacaya karşı koruma sağlayan karma bir aşıdır. Ülkemizde Td aşısı gebelikte rutin olarak uygulanmaktadır. Bebeğe ikinci ayda yapılan boğmaca aşısı, ancak dördüncü ayda uygulanan ikinci dozdan sonra etkili olmakta; yani yaklaşık beş aylıkken koruma sağlamaktadır. Bu nedenle gebeliğin üçüncü trimesterinde yapılan boğmaca aşısı, iki aylıktan küçük bebeklerde boğmacayı önlemede %88 oranında etkilidir. 2 Nisan 2025 tarihinden itibaren ülkemizde gebelere Tdap aşısı uygulanmaya başlanmıştır. Hiç aşılanmamış gebeler için öneri:

- 18–24 hafta aralığında bir doz Tdap aşısı yapılır.
- 4 hafta sonra bir doz Td (difteri-tetanoz) aşısı uygulanır (72,73) (Tablo 4.3.7).

**Kızamık (Rubeola), Kabakulak, Kızamıkçık (Rubella) Aşısı:** Bu enfeksiyonların gebelikte geçirilmesi, abortus ve ölü doğum gibi riskleri artırır. KKK karma aşısı zayıflatılmış canlı virüs içerdiğinden fetüs üzerindeki olası etkileri nedeniyle gebelikte kontrendikedir (74) (Tablo 4.3.7).

**Suçiçeği (Varicella) Aşısı:** Gebelikte geçirildiğinde; pnömoni, abortus, konjenital suçiçeği sendromu ve sinir sistemi anomalilerine yol açabilir. Canlı virüs içerdiğinden gebelikte uygulanmamalıdır. Çocuklukta hastalığı geçirmemiş kadınlara, gebelik öncesinde iki doz uygulanmaktadır. CDC, aşı sonrası kadınların 1 ay boyunca gebelikten kaçınmasını önermektedir (72,75).

**Hepatit A Aşısı:** İnaktive bir aşı olduğundan gebelikte riski düşüktür; ancak güvenliği net değildir. Maruz kalma riski yüksek olan kadınlarda, aşının potansiyel riski hastalık riskiyle karşılaştırılarak karar verilmelidir (72).

**Hepatit B Aşısı:** Gebelikte kontrendike değildir. Ancak invaziv işlemler göz önünde bulundurularak gebelikten önce uygulanması önerilir. Temas riski olan bireylerde (taşıyıcılarla temas, sağlık çalışanları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyona sahip kişiler vb.) gebelik öncesinde aşı dozlarının tamamlanması tavsiye edilir (8,75).

**Grip (İnfluenza) Aşısı:** Özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde influenza enfeksiyonları daha ağır seyredebilir ve hastaneye yatış oranları artar. Bu nedenle, Ekim ayından önce hamile olan kadınların grip aşısı ile bağışıklanması önerilir (74).

**HPV Aşısı:** Genellikle 11–12 yaşlarında uygulanması önerilen HPV aşısı; 11–26 yaş aralığındaki bireylere yöneliktir. Aşı 2 veya 3 doz hâlinde uygulanır. Gebelikte uygulanmaz; ancak aşı sırasında gebelik oluşursa, kalan dozlar doğum sonrası tamamlanabilir. HPV aşısı, servikal yetmezliğe bağlı erken doğum oranlarını azaltabilir (74,76). (Tablo 4.3.7)

Gebelik öncesi dönemde bağışıklama, maternal ve fetal sağlık açısından kritik öneme sahiptir. Günümüzde artan aşı karşıtlığı, gebelikte bağışıklık kazanılmasının önünde bir engel oluşturmakta ve ciddi sağlık sorunlarına yol açabilmektedir. Aşıların güvenliği ve etkinliği konusundaki yanlış inanışlar, en yaygın karşıtlık nedenlerindedir. Bu bağlamda sağlık profesyonelleri, toplumun doğru bilgilendirilmesini sağlayarak aşı karşıtlığını azaltmada önemli bir rol üstlenmelidir (72). Bu nedenle önerilen aşıların zamanında ve doğru biçimde uygulanması son derece önemlidir. Önerilen aşı takvimi Tablo 4.3.7’de belirtilmiştir.

**Tablo 4.3.7. Prekonsepsiyonel Dönemde Yapılması Önerilen Aşılar**

Aşı	Gebelik Öncesi	Gebelikte	Gebelik Sonrası	Tipi
<b>Tdap</b>	Evet, gerekli ise	Evet, ideal olanı, her gebeliğin 27-36 haftalar arasında	Evet, daha önce yapılmamışsa doğumdan hemen sonra	Toksoid/İnaktif
<b>MMR</b>	Evet, gerekli ise (4 hafta gebelik önerilmez)	Hayır	Evet, gerekli ise, duyarlılık var ise doğum sonu hemen uygulanmalı	Canlı
<b>Varicella</b>	Evet, gerekli ise (4 hafta gebelik önerilmez)	Hayır	Evet, gerekli ise, duyarlılık var ise doğum sonu hemen uygulanmalı	Canlı

<b>Hepatit A</b>	Evet, gerekli ise	Evet, gerekli ise	Evet, gerekli ise	İnaktif
<b>Hepatit B</b>	Evet, gerekli ise	Evet, gerekli ise	Evet, gerekli ise	İnaktif
<b>İnfluenza</b>	Evet	Evet	Evet	İnaktif
<b>HPV</b>	Evet, gerekli ise (26 yaşına kadar)	Hayır, çalışma aşamasında	Evet, gerekli ise (26 yaşına kadar)	İnaktif

(77).

#### 4.3.8. İlaç kullanımı

Plansız gebelik, mevcut kronik hastalıklar veya gebelik döneminde yeni teşhis edilen hastalıklar, anne adayının ilaç kullanmasını gerektirebilir (78). Gebelik sürecinde ilaç kullanımına en sık rastlanan dönem, genellikle gebelik fark edilmeden önceki dönemdir. Özellikle kronik hastalıklara sahip kadınlar, gebeliklerinden haberdar olmadan ilaç kullanımına maruz kalabilmektedir. Öztürk'ün (2024) yaptığı araştırmada, kadınların %83,3'ünün gebelik sırasında ilaç kullandığı; %13,1'inin ise gebe olduğunu fark etmeden ya da ilaçların fetüse zarar vermeyeceğini düşünerek bilinçsizce ilaç kullandığı ortaya koyulmuştur. Gebelikte bilinçsizce kullanılan ilaçlar arasında ilk üç sırada analjezikler, antibiyotikler ve gastrointestinal sistem ilaçları yer almaktadır (79).

Gebelikte kullanılan ilaçların teratojenik riskleri hâlâ tam olarak bilinmemektedir (80). İlacın etkileri; doza, kullanım dönemine ve maruziyet süresine göre değişmektedir. Araştırmalar, ilaç kullanımının konjenital defektlere, prematüre doğuma ve abortusa yol açabileceğini göstermektedir (81). Bu nedenle gebelik planlayan çiftler, maternal-fetal sağlığı olumsuz etkileyebilecek hastalıklar açısından mutlaka değerlendirilmelidir. Anne ve fetüs sağlığı üzerindeki etkileri en aza indirmek için ilaçlar dikkatle seçilmeli ve uygulanmalıdır. Gebelik sürecinde kullanılan ilaçların güvenliği, dozu ve zamanlaması hem annenin sağlığını korumak hem de fetüsün gelişimini desteklemek açısından büyük önem taşımaktadır (80). ACOG, gebelik öncesi dönemde kullanılan reçeteli ve reçetesiz ilaçların yanı sıra; üreme sağlığı ve gebelik üzerinde etkili olabilecek takviyeler ile bitkisel ürünlerin de dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (38).

#### **4.3.9. Alkol, sigara ve madde bağımlılığı**

Gebelikte olumsuz fetal ve maternal sonuçlar için en önemli değiştirilebilir risk faktörlerinden biri sigara kullanımıdır (64). Türkiye'de gerçekleştirilen bir araştırmada, gebelik sürecinde sigara kullanan kadınların oranı %11,9; gebelik öncesinde sigara içen kadınların oranı ise %26,6 olarak tespit edilmiştir (82). Sigara içmenin ve pasif sigara içiciliğine maruziyetin; ani bebek ölümü sendromu, DDA, solunum yolu enfeksiyonları, orta kulak iltihabı, astım, çocukluk çağı kanseri, işitme kaybı, metabolik sendrom, davranış bozukluğu ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (38,72).

Alkol, gebelik boyunca merkezi sinir sisteminin gelişimini olumsuz etkileyerek konjenital kalp defektleri ve bilişsel gelişim bozukluklarına yol açabilmektedir (12). Kanada Prekonsepsiyon Bakım Rehberi, kadınlara gebelik öncesinde alkolün zararları hakkında bilgi verilmesini ve gebelik sırasında alkol kullanımından kaçınmaları konusunda bilinçlendirilmesini önermektedir (83).

Anne adayının madde kullanımı; gebelikte komplikasyonlara, DDA'na, yenidoğan yoksunluk sendromuna ve HIV bulaşma riskinin artmasına neden olabilir (19). Madde bağımlılığı bulunan bireyler, tedavi ve rehabilitasyon programlarına yönlendirilerek desteklenmeli ve sağlıklı bir gebelik süreci için madde kullanımını bırakıncaya kadar gebelik planlarını ertelemeleri önerilmelidir (81). Gebelik planlayan kadınlar ve erken gebelik dönemindeki tüm anne adayları, sigara, alkol ve diğer madde kullanımı açısından dikkatle değerlendirilmelidir. Bu maddelerin kullanımının bırakılması, gebelikten önce sağlanmalıdır (36).

#### **4.3.10. Genetik geçişli hastalıklar ve akraba evliliği**

Akraba evliliği, aynı soydan gelen bireylerin evlenmesi durumudur (84). Dünya genelinde akraba evliliklerinin oranı yaklaşık %20 iken; Türkiye'de bu oran %8,2 civarındadır. Özellikle geleneksel yaşam tarzına sahip bölgelerde, akraba evliliklerinin en yaygın nedenleri arasında mal paylaşımı yapılmaması, görücü usulü evlilik, yabancı bireylerin aileye dâhil edilmek istenmemesi gibi sebepler sayılmaktadır (85).

Akraba evliliği, genetik hastalıkların görülme sıklığını etkileyen önemli bir durumdur. Toplumda dünyaya gelen her 100 çocuktan yaklaşık %2–3’ünde çeşitli doğumsal anomaliler görülmektedir. Bu oran; genetik, çevresel etkiler ve gebelik sürecindeki sağlık koşullarına bağlı olarak değişkenlik gösterebilirken, akraba evliliği yapan çiftlerde risk %4–5 seviyelerine yükselmektedir. Genetik benzerlik nedeniyle kalıtsal hastalıkların ortaya çıkma olasılığı artmakta, bu nedenle akraba evliliği yapmış kadınlara genetik danışmanlık verilmesi büyük önem taşımaktadır (85,86).

Şen ve Aksu’nun (2015) 310 evli kadın üzerinde gerçekleştirdiği çalışmada, akraba evliliği yapanların oranı %23,9 olarak belirlenmiştir. Bu evliliklerin %45,9’u birinci derece, %24,3’ü ikinci derece kuzenler arasında ve %29,8’i uzak akrabalar arasında gerçekleşmiştir. Ayrıca, akraba evliliği yapan kadınların %86,5’inin danışmanlık hizmeti almadığı tespit edilmiştir (87). Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) 300 evli kadınla gerçekleştirdiği araştırmada, kadınların %14,3’ü doğumsal anomali olduğunu bilerek doğum yapmış; %4,3’ünde ise kan uyuşmazlığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularına göre, akraba evliliği yapan ailelerde mental retardasyon, psikiyatrik rahatsızlıklar, doğumsal defektler, yapısal anomaliler ve metabolik hastalıkların görülme sıklığında artış olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kadınların %63’ü düşük, %64,7’si ise ölü doğum yapmıştır. Bu durum, genetik faktörlerin rolünü ve akraba evliliklerinin sağlık üzerindeki olası etkilerini açıkça ortaya koymaktadır (85). Sağlıklı ailelerin oluşumunda ve morbidite ile mortalite oranlarının azaltılmasında, gebelik öncesi genetik danışmanlık hizmetleri kritik bir öneme sahiptir (87).

Gebelik öncesi genetik açıdan başlıca risk faktörleri arasında; ebeveynlerde kromozom anomalilerinin bulunması, ailede tekrarlayan abortus ve ölü doğumların yaşanması, akraba evliliği, ileri anne yaşı ( $\geq 35$ ) ve ileri baba yaşı ( $\geq 55$ ) yer alır. Ayrıca, gebelik öncesi veya gebelik sırasında şüpheli ilaç kullanımı ve radyasyona maruz kalınması da önemli risk faktörlerindedir. Genetik risk taşıyan durumlarda dikkate alınması gereken üç temel parametre bulunmaktadır (Tablo 4.3.10).

**Tablo 4.3.10. Genetik ve Multifaktöriyel Risk Parametreleri**

<b>Parametre</b>	<b>Açıklama</b>	<b>Örnek Hastalıklar</b>
Çiftlerde Mevcut Olan Genetik Hastalıklar	Bireyin ebeveynlerinden kalıtım yoluyla geçen genetik hastalıklar	Hemofili, Kistik Fibrozis, Orak Hücre Anemisi vb.
Multifaktöriyel Konjenital Anomaliler	Çevresel faktörler ve genetik yatkınlık kombinasyonu ile ortaya çıkan doğumsal anomaliler	Spina Bifida, Anensefali, Yarık Damak ve Dudak, Konjenital Kalça Çıkığı vb.
Genetik Kökenli Kronik Hastalıklar	Genetik yatkınlık sonucu gelişen uzun süreli hastalıklar	Diyabet, Hipertansiyon, Epilepsi vb.

(88,89)

DSÖ, gebelik öncesinde genetik hastalıkların belirlenmesi amacıyla; kapsamlı aile öyküsünün alınmasını, genetik danışmanlık sağlanmasını, tarama testlerinin uygulanmasını ve genetik bozuklukların tespit edilmesi durumunda uygun tedavinin başlatılmasını önermektedir (90). Genetik hastalıklar, toplumda yaygın olarak görülen ve nesilden nesile geçen rahatsızlıklardır. Gebelik öncesinde verilen genetik danışmanlık; morbidite ve mortalite oranlarını azaltmada, sağlıklı ailelerin oluşmasında ve toplum sağlığının korunmasında önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye’deki sağlık profesyonelleri, özellikle genetik hastalıkların yaygın olduğu bölgelerde yaşayan bireylere; akraba evliliğinin bu tür hastalıkların görülme riskini artıran önemli bir etken olduğunu vurgulamalı ve bilinçlendirme çalışmaları yapmalıdır. Ayrıca risk taşıyan bireyler için genetik danışmanlık hizmetleri sunulması, olası sağlık sorunlarının erken tespiti ve uygun yönlendirme sağlanmalıdır (91).

#### **4.3.11. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE)**

CYBE, genellikle cinsel temas yoluyla bulaşan; bakteri, virüs, mantar veya parazit gibi etkenlerden kaynaklanan, önlenemez nedenlere sahip ve ciddi komplikasyonlara yol açabilen enfeksiyonlardır (19,92). Dünya genelinde, yaklaşık 110 milyon kişinin bu enfeksiyonlardan etkilendiği; her gün ise 1 milyondan fazla yeni CYBE vakası

görüldüğü tahmin edilmektedir. En yaygın enfeksiyonlar arasında klamidya, Human Papilloma Virüsü (HPV), gonore, sifiliz ve HIV/AIDS bulunmaktadır (92).

Tedavi edilmeyen CYBE; erken doğum, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, ektopik gebelik, erken membran rüptürü ve spontan abortus gibi maternal-fetal komplikasyonlara yol açabilmektedir. Bu nedenle gebe kalmadan önce yapılacak taramalar, anne ve fetüs açısından olası sorunların önüne geçilmesini sağlayabilir (20). Güvenli cinsel davranışlara sahip olmayan kadınlar, yaşamlarının herhangi bir döneminde CYBE'na yakalanma riski taşımaktadır. Özellikle adölesanlar; çoklu cinsel partner, korunmasız cinsel ilişki, yüksek riskli partner seçimi ve ileri yaş partnerlerle ilişki gibi etkenler nedeniyle, yetişkinlere kıyasla daha yüksek risk grubunda yer almaktadır (92).

DSÖ, bireylerin yaşlarına uygun kapsamlı cinsellik eğitimi ve cinsel sağlık hizmetlerine erişimin sağlanmasını önermektedir. Bu doğrultuda; güvenli cinsel ilişki uygulamalarının teşvik edilmesi, istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla prezervatif kullanımının yaygınlaştırılması, düzenli CYBE taramalarının yapılması, etkili tedavi süreçlerinin geliştirilmesi ve bu hizmetlerin erişilebilirliğinin artırılması teşvik edilmektedir (20). Ancak gebelik öncesi dönemde yapılan CYBE tarama ve tedavileri, riskli cinsel davranışlar (korunmasız seks, çok eşlilik vb.) sürdüğü sürece yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle HIV/AIDS dâhil olmak üzere tüm CYBE türlerinde odak noktası; güvenli cinsel davranışların yaygınlaştırılması ve doğum kontrol hizmetlerinin erişilebilirliğinin artırılması olmalıdır. Bu kapsamda sunulabilecek hizmetler arasında cinsel sağlık eğitimi, prezervatif dağıtımı, doğum kontrol danışmanlığı ve HIV/AIDS test hizmetleri yer almaktadır (76,92).

Toksoplazma enfeksiyonuna yönelik rutin tarama önerilmemekle birlikte; eti yeterli sıcaklıkta pişirme, meyve ve sebzeleri tüketmeden önce soymak veya iyice yıkamak, çiğ et, kümes hayvanları veya deniz ürünleriyle temas sonrası yüzeyleri ve ekipmanları dikkatlice temizlemek, kedi kumunu değiştirirken eldiven kullanmak ve sonrasında elleri yıkamak, ayrıca kedilere çiğ veya az pişmiş et vermemek gibi hijyen önlemleri önerilmektedir (93,94).

#### 4.3.12. Kronik hastalıklar

DSÖ, prekonsepsiyonel bakımda, gebelik planlanmadan veya gerçekleşmeden önce çiftlerin ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla mevcut sağlık sistemindeki eksikliklere odaklanmaktadır. Çiftlerin mevcut hastalıklarının yanı sıra, farkına varmadıkları sağlık sorunlarının da tanınıp tedavi edilmesi önemlidir (90). Koyucu ve arkadaşlarının (2017), üreme çağındaki kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerine yönelik gerçekleştirdiği çalışmada; kadınların %31,8'inin kronik hastalıklara sahip olduğu belirlenmiştir. En yaygın hastalıklar arasında diyabet (%7,8) ve hipertansiyon (%7,2) yer almaktadır. Gebelik öncesi dönemde, kronik hastalıklar ve tedavilerin potansiyel riskleri değerlendirilip uygun tedavi planlanmalıdır (95).

Kadın sağlığını ciddi şekilde tehdit eden ve gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyen hipertansif hastalıklar, fetal morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde artırmaktadır. Bu nedenle, üreme çağındaki bireylerde rutin kontrollerde kan basıncı ölçümü yapılması hayati öneme sahiptir (95–97). Kronik hipertansiyonla komplike olan gebelikler; preeklampsi, eklampsi, santral sinir sistemi kanaması, kardiyak dekompanseasyon ve böbrek fonksiyon bozuklukları gibi komplikasyonlar açısından dikkatle izlenmelidir (12). Bu riskleri en aza indirmek için FA, sağlıklı beslenme ve ideal kilo konusunda bilgilendirme yapılmalı; antihipertansif ilaçlar ise maternal ve fetal sağlığa göre düzenlenmelidir (98).

Diyabet, obeziteyle birlikte tüm dünyada hızla yayılmakta ve 2030 yılına kadar 300 milyon kadının diyabetik olacağı öngörülmektedir. Kontrol altına alınamayan diyabet; preeklampsi, diyabetik nefropati, retinopati, nöropati, ketoasidoz ve enfeksiyon gibi maternal; makrozomi, preterm doğum, hidroamnioz ve hiperbilirubinemi gibi fetal-neonatal etkiler yaratmaktadır (99).

Gebelik öncesi dönemde epilepsisi olan kadınların kullandıkları antiepileptik ilaçlar, hormonal kontraseptiflerin etkinliğini azaltarak gebelik olasılığını artırabilir. Bu nedenle bu ilaçların teratojenik etkileri dikkatle değerlendirilmelidir (100). Antinöbet ilaçlarının kullanımı, fetal anomalilerde %4–9 oranında artışa yol açabilmektedir (99). En sık görülen fetal kusurlar arasında dudak-damak yarıkları, kalp anomalileri ve spina bifida yer almaktadır (11). Nöbetlerin fetüs üzerindeki etkisi

belirsiz olduğundan, minimum dozla kontrol sağlanana kadar gebeliğin ertelenmesi önerilir. Ayrıca, yapılan çalışmalarda epilepsili gebelerde nöbet sıklığında artış oranının %15–33 arasında değiştiği bildirilmiştir (101).

Türkiye, endemik iyot yetersizliği bölgesinde yer almakta ve tiroit hastalığı prevalansı yüksektir. Tiroit fonksiyon bozuklukları; abortus, ölü doğum, infertilite ve menstrüel düzensizlik gibi olumsuz etkilerle ilişkilidir (101). Gebelikte hipotirodizm sıklıkla Hashimoto hastalığından kaynaklanmakta ve her 100 gebelikten yaklaşık %2–3’ünü etkilemektedir. Tedavi edilmediğinde; preeklampsi, anemi, abortus, düşük doğum ağırlığı ve nadiren konjestif kalp yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olabilir. Ayrıca, tiroit hormonlarının beyin ve sinir sistemi gelişimindeki rolü nedeniyle, hipotirodizm düşük IQ ve gelişim sorunlarıyla ilişkilidir (102). Gebelikte hipertirodizm, artmış infertilite ve abortus riski taşımaktadır. Tiroit hormonlarının plasentadan geçişi nedeniyle fetüste hipertirodizm gelişebilir. Fetal hipertirodizm ise taşikardi, kalp yetmezliği, fetal guatr ve prematürite ile ilişkilidir (102).

Talasemi, genetik bir hastalık olmakla birlikte, uygun tarama ve koruyucu önlemlerle önlenabilir. Hastalığın sık görüldüğü Akdeniz bölgesinde tarama testleriyle risk azaltılabilmektedir. Türkiye’de evlilik öncesi taramalar, Hemoglobino-pati Kontrol Programı kapsamında yapılmaktadır (38,103). Ruangvutlert ve arkadaşlarının 2007–2018 yılları arasında antenatal bakım kliniğine başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışmaya göre, talasemi taşıyıcısı olan kadınların gebeliklerinde preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği ve DDA gibi sonuçların görülme riski artmaktadır (104).

Periodontal hastalık; dişleri çevreleyen dokuların iltihaplanması ve destek yapılarının zarar görmesiyle karakterize, erişkinlerde yaygın görülen bir kronik enfeksiyondur. Risk faktörleri arasında yaş, cinsiyet, etnik köken, sigara kullanımı ve yetersiz ağız hijyeni yer alır. Periodontal hastalık, prematüre doğum, DDA, abortus, gestasyonel diyabet ve preeklampsi gibi obstetrik komplikasyonlarla ilişkilidir. Bu nedenle gebelik öncesi dönem, periodontal rahatsızlıkların tedavisi için uygun bir zaman aralığıdır (105).

Kronik hastalığı olan kadınlar için PSB; hastalığın kontrolünü optimize etmeyi, tedaviyi fetüs için güvenli hâle getirmeyi ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi için

etkili aile planlaması sunmayı hedefler. Bu yaklaşım, maternal ve fetal sağlığın korunmasında temel bir rol oynamaktadır (12).

#### **4.3.13. Psikiyatrik hastalıklar**

Üreme çağındaki kadınların yalnızca fiziksel sağlığı değil, ruhsal iyilik hâli de hem anne hem de çocuk açısından sağlıklı sonuçlar elde edilmesi için kritik bir rol oynamaktadır (100). Kadının gebelik öncesi ve sonrasındaki ruhsal sağlığı; eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyi, geçmiş gebelik deneyimleri, ruhsal hastalıkları, benlik saygısı, sosyal çevre desteği ve eğiyle olan ilişkisi gibi birçok faktörden etkilenmektedir (106,107). Öztürk ve Aydın'ın (2018) anne ruh sağlığının önemini incelediği çalışmada; ruh sağlığı bozukluklarının gebelik ve doğum sürecinde prematüre doğum, DDA, doğum sonrası depresyon ve anne-bebek bağlanmasında sorunlar gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceği belirlenmiştir (104). Bu nedenle, gebelik döneminde ruh sağlığı problemlerinin erken tanı ve tedavisi büyük önem taşımaktadır (44).

PSB; depresyon ve anksiyete bozukluklarının tanımlanması, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi ve gerekiyorsa gebelik sırasında daha güvenli bir tedaviye geçilmesi için kritik bir dönem sunar (52). Bu zamanlama, fetüsün ilaçlara maruz kalma riskini azaltır (108). Bu nedenle gebelik öncesi dönemde çiftlerin ruhsal ve sosyal sağlık durumlarının iyileştirilmesi, gebelik sürecine adaptasyonlarını kolaylaştırmak ve daha sağlıklı gebelik sonuçları elde etmek açısından önemlidir (109).

#### **4.3.14. Aile içi şiddete maruz kalma**

DSÖ'nün tahminlerine göre, dünya genelinde kadınların yaklaşık üçte biri (%30) hayatları boyunca fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmakta, bu durum partnerleri tarafından ya da partner dışı saldırılar şeklinde gerçekleşebilmektedir (110). 2023 yılında dünya çapında yaklaşık 51.000 kadın ve kız çocuğu, yakın partnerleri veya aile bireyleri tarafından yaşamını yitirmiştir. Bu, her gün ortalama 140 kadının veya kız çocuğunun aile içi şiddet sonucu hayatını kaybettiği anlamına gelmektedir (111).

Tel ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, kadınların %69,5'i görücü usulü ile evlendiğini, evli kadınların %30,5'inin eşlerinden şiddet gördüğünü ve şiddet gören kadınların %49,3'ü herhangi bir neden olmaksızın şiddete maruz kaldığını ifade etmiştir (112). Taşpınar ve arkadaşlarının (2021) yaptığı bir çalışmada, kadınların %14,8'inin gebelik dönemlerinde en az bir tür şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir. Bu kadınların %13,9'u sözlü, %4'ü fiziksel, %7,6'sı ekonomik ve %6,4'ü cinsel şiddete maruz kalmıştır (113). Eş veya partner tarafından uygulanan şiddet, üreme çağındaki kadınların fiziksel ve ruhsal sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratmaktadır. Araştırmalar, eş veya partner tarafından uygulanan şiddetin, fiziksel yaralanmaların yanı sıra psikolojik stres, gastrointestinal rahatsızlıklar, jinekolojik problemler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve istenmeyen gebelikler gibi çeşitli sağlık sorunlarına yol açabileceğini ortaya koymaktadır (114,115).

DSÖ, gebelik öncesi dönemde kişilerarası şiddete yönelik müdahaleler olarak toplumsal cinsiyet eşitliğini, insan hakları ve cinsel ilişkileri kapsayan yaşa uygun kapsamlı cinsellik eğitimi verilmesini önermektedir. Ayrıca, kadına yönelik şiddetin belirtilerinin tanınması, sağlık profesyonelleri için önemlidir. Şiddet mağdurlarına sağlık hizmetleri ve psikososyal destek sağlanması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını korumak için kritik öneme sahiptir. DSÖ ayrıca, doğum öncesi bakım veren sağlık profesyonellerinin aile içi şiddet için rutin tarama yapmasını önermektedir. Şiddetin sıklıkla gözden kaçırılması nedeniyle, rutin taramalar şiddet mağdurlarının tespit edilmesine ve gerekli müdahalelerin yapılmasına yardımcı olmaktadır. Ancak, DSÖ evrensel tarama veya rutin sorgulama yöntemlerini (eş veya partner şiddeti için) önermemektedir (110).

#### **4.3.15. Doğurganlık bilinci kazanma**

Gebelik öncesi dönemde çiftlerin doğurganlık bilinci kazanmaları, sağlıklı bir gebelik süreci için büyük önem taşımaktadır. Çiftlerin üreme sistemlerinin yapı ve işlevlerini anlamak, doğurganlık işlevlerinin farkında olmalarını sağlamaktadır (116). Doğurganlığın planlanması, ebeveynlerin istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olma olasılığını artırırken, aynı zamanda kadın sağlığını da korumaktadır (15).

İstenmeyen ve planlanmamış gebelikler, anne ile çocuk sağlığı açısından olumsuz doğum sonuçları ile ilişkilendirilmekte olup, DDA, prematüre doğum gibi komplikasyonlara yol açmaktadır. Ayrıca, planlanmamış gebelikler annenin fiziksel ve psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilmekte, depresyon ve anksiyete gibi sorunların doğum sonrası dönemde daha yaygın olmasına neden olabilmektedir (52,116). Güvenilir aile planlaması yöntemlerinin yeterince kullanılmaması, kürtaj vakalarının artmasına neden olmaktadır. Planlanmayan gebelikler sonucunda en yüksek kürtaj oranı 20-24 yaş grubunda görülmekte olup, her 1000 kadından 27'si kürtaj olmaktadır. Bu nedenle çiftlerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemlerini kullanmaları büyük önem taşımaktadır (101).

DSÖ, prekonsepsiyonel dönemde çok erken, istenmeyen ve sık aralıklı gebelikleri önlemek için çeşitli önerilerde bulunmuştur. Bu kapsamda, kısa doğum aralıklarının anne ve bebek üzerindeki riskleri konusunda çiftlerin eğitilmesi, erken gebeliklerin önlenmesi amacıyla aile planlaması ve toplum desteğinin sağlanması, ayrıca adölesanlara kontraseptif hizmetlerin sunulması önerilmektedir (20).

#### **4.3.16. Erkekler**

PSB, sadece maternal-fetal sağlığı geliştirmeye yönelik bakımı değil aynı zamanda paternal bakımı da içermekte ve çiftlere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasını sağlamaktadır (117). Fertilite yeteneği sadece kadına ait değildir; erkek üreme yeteneğini olumsuz yönde etkileyebilecek birçok faktör bulunmaktadır. Çalışmalar, erkek üreme sağlığının ve özellikle sperm kalitesinin, ilerleyen yaş, obezite, diyabet, hipertansiyon gibi sağlık sorunları, sigara, alkol ve madde kullanımı gibi alışkanlıklar ve yaşam tarzı davranışlarından etkilendiğini göstermektedir (117,118).

Erkeklerin üreme sağlığı ve gebelik öncesi bakım gereksinimleri çoğu zaman ihmal edilmekte, aile planlaması ve gebelik öncesi bakım programlarına yönelik araştırmalar ile klinik uygulama kılavuzları ağırlıklı olarak kadın merkezli bir yaklaşım benimsemektedir. Ancak, sağlıklı bir gebelik sürecinin desteklenmesi ve üreme sağlığının bütüncül bir şekilde ele alınması için erkeklerin de bu süreçte aktif olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Erkekler için prekonsepsiyonel

sağlığın hedefleri kadınlar ile benzerdir. Genel amaç, olumsuz yaşam tarzı tercihleri ve korunmasız cinsel hayatın önlenmesini yönelik girişimler planlayarak üreme ve cinsel davranışlara yönelik olumlu sonuçlar elde etmektir. Erkeğe verilecek olan prekonsepsiyonel bakımda, gebeliğin planlanması ve kadının oluşabilecek doğurganlık sorunlarında ve gebelik sonrası bebek ve anneye destek olma konularını içermelidir (19,118).

#### **4.4. Prekonsepsiyonel Bakım Hizmetlerinde Hemşirenin Rolü**

Gebelik öncesi sağlık hizmetleri, çiftlerin doğurganlık bilincini artırarak sağlıklı bir gebelik sürecine başlamalarını desteklemektedir (80). Bu hizmetler, bireyin genel sağlık durumunu iyileştirmek ve olası riskleri azaltmak amacıyla multidisipliner bir yaklaşımla sunulmalıdır. Aile hekimleri, kadın doğum uzmanları, hemşireler ve ebeler koordineli çalışarak kapsamlı bakım sağlamalıdır. Özellikle primer bakım sağlayıcıları olan hemşireler, çiftleri bilinçlendirme ve yönlendirme süreçlerinde kritik rol üstlenmektedir. Gebeliğin sağlıklı ilerleyebilmesi için bireysel sağlık değerlendirmeleri yapılmalı, risk faktörleri belirlenmeli ve koruyucu sağlık hizmetleri sunulmalıdır (119).

Hemşireler, yaşam tarzı, beslenme, ilaç kullanımı, kilo kontrolü, sigara/alkol tüketimi, genetik hastalıklar, teratojen maddeler, aşılama ve kronik hastalıklar konularında sağladıkları eğitim ve danışmanlık hizmetleriyle anne ve bebeğin sağlığını desteklemektedir. Gebelik öncesi bakımın önemini vurgulamak ve sağlıklı yaşam alışkanlıklarının benimsenmesini teşvik etmek, bireysel ve toplumsal sağlık açısından büyük önem taşımaktadır (9,119,120).

Hemşirelerin topluma nitelikli hizmet sunabilmesi için gebelik öncesi sağlık bakımı alanındaki bilimsel gelişmeleri takip etmesi, mesleki yetkinliklerini artırması ve hizmet içi eğitim programlarına katılması gerekmektedir. Ulusal sağlık programları kapsamında sağlanan bakım ve danışmanlık hizmetleri ile potansiyel risklerin erken tespiti sağlanabilir, konjenital anomaliler önlenebilir ve gebelik, doğum ile doğum sonrası komplikasyonların görülme sıklığı azaltılabilir (119).

## 5. MATERYAL VE METOT

### 5.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırma, tanımlayıcı nitelikte olup, bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarını belirlemeyi amaçlamaktadır.

### 5.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma, 1 Şubat 2024- 1 Haziran 2024 tarihleri arasında İstanbul'da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, 18-45 yaş arası üreme çağındaki kadınlar üzerinde gerçekleştirilmiştir.

### 5.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul'da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, 18-45 yaş arası üreme çağındaki kadınlar meydana getirmektedir. Kadınlara öncelikle gönüllü bilgilendirilmiş onam formu imzalatılarak, araştırma hakkında gerekli açıklamalar yapılmış ve onamları alınmıştır. Onam sonrasında, kişisel bilgilerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu ve PDSÖ kullanılmıştır. Araştırmamızda herhangi bir örnekleme yöntemi kullanılmamış olup araştırmaya katılmayı kabul eden 400 kadın örnekleme oluşturmuştur.

Bu araştırmada, bağımsız gruplar arasındaki ortalama farkın belirlenmesi amacıyla güç analizi yapılmıştır. Güç analizinde, etki büyüklüğü Cohen'in  $d = 0.35$  olarak alınmıştır. Çalışmada tek kuyruklu hipotez testi tercih edilmiş olup, anlamlılık düzeyi ( $\alpha = 0.05$ ) ve testin güç değeri ( $1-\beta = 0.95$ ) olarak belirlendiğinde toplam örneklem büyüklüğü 372 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın planlanan güç değeri 0.95 iken, gerçekleşen güç değeri 0.9514 olarak elde edilmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, belirlenen örneklem büyüklüğünün araştırma hipotezlerini test etmek için yeterli olduğu değerlendirilmiştir.

#### **5.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri, Tanıtıcı Bilgi Formu ve Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışları Ölçeği (PDSÖ) kullanılarak, katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

##### **5.4.1. Tanıtıcı bilgi formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan Tanıtıcı Bilgi Formu, sosyodemografik özellikler ile sağlık durumu ve davranışlarına ilişkin 26 soru/ifadeyi içermektedir.

##### **5.4.2. Prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışları ölçeği (PDSÖ)**

Turan ve ark. tarafından (2022) geliştirilmiş olan PDSÖ'nün kullanılmıştır. PDSÖ'nün toplam madde sayısı 18, dört alt boyutta toplanmıştır. Alt boyutlar, 'Hazırlık' (1,2,3,4,5,6,7 ve 8. madde), 'Baş etme Becerileri' (9,10 ve 11.madde), 'Riskli Davranışlar' (12,13 ve 14. madde) ve 'Beslenme ve Uyku' 15,16,17 ve 18. madde) alt boyutlarıdır. PDSÖ, ölçeğe ait olan 18 ifadeye verilen cevaplara verilen puanların toplanması ile hesaplanmıştır. Madde cevapları 'Evet', 'Kısmen' ve 'Hayır' şeklindedir. 'Evet' için "2" puan, 'Kısmen' için "1" puan ve 'Hayır' için "0" puan verilmiştir. Buna göre, toplam ölçekten elde edilen en yüksek puan 36, en düşük puan 'sıfır'dır. Alt boyutları için minimum maksimum puanlar sırasıyla; 0-16, 0-6, 0-6 ve 0-8 puandır. Ölçek ve alt boyut puanlarının yüksek olması, kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarının olumlu yönde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin güvenilirliği yüksek olup, Cronbach alfa değeri 0.867 olarak hesaplanmıştır.

#### **5.5. Verilerin Analizi**

Araştırmada elde edilen veriler bilgisayar ortamında IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0 (SPSS INC., Chicago, IL, USA) istatistik programı aracılığıyla değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılan kadınların tanımlayıcı özelliklerinin belirlenmesinde frekans ve yüzde analizlerinden, ölçeğin incelenmesinde ortalama ve standart sapma istatistiklerinden faydalanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek üzere Kurtosis (Basıklık) ve Skewness (Çarpıklık) değerleri incelenmiştir (Tablo 5.5.1).

**Tablo 5.5.1. Normal Dağılım**

	<b>Basıklık</b>	<b>Çarpıklık</b>
Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Toplam	0,85	-0,51
Hazırlık	0,04	-0,57
Başetme Becerileri	-0,95	-0,24
Riskli Davranışlar	-0,33	-0,67
Beslenme ve Uyku	-0,51	-0,56

İlgili literatürde, değişkenlerin basıklık çarpıklık değerlerine ilişkin sonuçların +1.5 ile -1.5 (120), +2.0 ile -2.0 (121) arasında olması normal dağılım olarak kabul edilmektedir. Değişkenlerin normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Verilerin analizinde parametrik yöntemler kullanılmıştır.

Kadınların ölçek düzeylerini belirleyen boyutlar ve sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon analizleri aracılığıyla incelenmiştir. Kadınların tanımlayıcı özelliklerine göre ölçek düzeylerindeki farklılaşmaların incelenmesinde bağımsız gruplar t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova) ve post hoc (Tukey, LSD) analizlerinden faydalanılmıştır.

## **5.6. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın uygulama aşamasına başlanmadan önce, PDSÖ geliştiricisi Doç. Dr. Zekiye Turan'dan (Ek-3), İstanbul'da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Etik Kurul izin No: E-10840098-202.3.02-612) izin alınmıştır.

## **5.7. Araştırmanın Soruları**

Bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların PDSÖ toplam puan ortalamaları nasıldır?

- Bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların PDSÖ Hazırlık alt boyutu puan ortalaması nasıldır?

- Bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların PDSÖ Baş etme Becerileri alt boyutu puan ortalaması nasıldır?
- Bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların PDSÖ Riskli Davranışlar alt boyutu puan ortalaması nasıldır?
- Bir yıl içinde gebelik planlayan kadınların PDSÖ Beslenme Uyku alt boyutu puan ortalaması nasıldır?

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma, İstanbul'da bir Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran, 18-45 yaş arası üreme çağındaki kadınlarla sınırlıdır.

## 6. BULGULAR

Kadınların tanımlayıcı özelliklerine yönelik bulgular aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 6.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklere Göre Dağılımı**

Gruplar	Frekans(n)	Yüzde (%)
<b>Yaş</b>		
20-25	140	35,0
26-30	232	58,0
31 ve Üzeri	28	7,0
<b>Bki Kategori</b>		
Zayıf	28	7,0
Normal Kilolu	289	72,2
Fazla Kilolu ve Üzeri	83	20,8
<b>Eş Yaş</b>		
20-25	45	11,2
26-30	231	57,8
31 ve Üzeri	124	31,0
<b>Evlenme Yaşı</b>		
18-25	220	55,0
26 ve Üzeri	180	45,0
<b>Eğitim Durumu</b>		
Ortaokul ve Altı	27	6,8
Lise	111	27,8
Üniversite ve Üstü	262	65,5
<b>Eş Eğitim Durumu</b>		
Ortaokul ve Altı	23	5,8
Lise	129	32,2
Üniversite ve Üstü	248	62,0
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	281	70,2
Hayır	119	29,8
<b>Meslek</b>		
Sağlık Çalışanları	138	49,1
Öğretmen	57	20,3
Emniyet	10	3,6
Serbest	51	18,1
Mühendis	12	4,3

Hukuk	9	3,2
Gıda Sektörü	4	1,4
<b>Eş Çalışma Durumu</b>		
Evet	398	99,5
Hayır	2	0,5
<b>Eş Meslek</b>		
Sağlık Çalışanları	47	11,8
Öğretmen	32	8,0
Emniyet	40	10,1
Sanayi	26	6,5
Serbest	133	33,4
Tekstil	20	5,0
Mühendis	59	14,8
Hukuk	15	3,8
İnşaat	15	3,8
Gıda Sektörü	11	2,8
<b>Gelir Durumu</b>		
Gelir Giderden Az	64	16,0
Gelir Gidere Denk	265	66,2
Gelir Giderden Fazla	71	17,8
<b>Sosyal Güvence</b>		
Evet	378	94,5
Hayır	22	5,5
<b>Akraba Evliliği</b>		
Evet	26	6,5
Hayır	374	93,5
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	47	11,8
Hayır	353	88,2
<b>Kronik Hastalıklar (n=47) *</b>		
Diyabet	4	8,5
Kalp Hastalığı	1	2,1
Astım	16	34,0
Hipertansiyon	4	8,5
Epilepsi	8	17,0
Tiroid	15	31,9
<b>Genetik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	8	2,0

Hayır	392	98,0
<b>Genetik Hastalıklar (n=8)*</b>		
Akdeniz Anemisi	7	87,5
Sma Taşıyıcılığı	1	12,5
<b>Aile Genetik Hastalık Varlığı</b>		
Evet	135	33,8
Hayır	265	66,2
<b>Aile Genetik Hastalıklar (n=135)*</b>		
Akdeniz Anemisi	6	4,4
Sma Taşıyıcılığı	2	1,5
Diyabet	57	42,2
Kalp Hastalığı	25	18,5
Astım	18	13,3
Hipertansiyon	45	33,3
Epilepsi	11	8,1
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>		
Evet	40	10,0
Hayır	360	90,0
<b>İlaç Türü (n=40)</b>		
Demir İlacı	16	40,0
Tiroid İlacı	13	32,5
Hipertansiyon İlacı	4	10,0
Diyabet İlacı	1	2,5
Epilepsi İlacı	6	15,0
<b>Vajinal Enfeksiyon Geçirme</b>		
Evet	100	25,0
Hayır	300	75,0
<b>İdrar Yolu Enfeksiyon Geçirme</b>		
Evet	182	45,5
Hayır	218	54,5
<b>Sigara Kullanımı</b>		
Evet	127	31,8
Hayır	273	68,2
<b>Eş Sigara Kullanımı</b>		
Evet	182	45,5
Hayır	218	54,5
<b>Alkol Kullanımı</b>		
Evet	61	15,2

Hayır	339	84,8
<b>Diyet Yapma Durumu</b>		
Evet	162	40,5
Hayır	238	59,5
<b>Diyet Türü (n=162)</b>		
Aralıklı Oruç	130	80,2
Tek Öğün Beslenme	24	14,8
Zayıflama Çayı	8	4,9
<b>Yeterli Dengeli Beslenme</b>		
Evet	323	80,8
Hayır	77	19,2
<b>Fiziksel Aktivite</b>		
Evet	136	34,0
Hayır	264	66,0
	<b>Ort</b>	<b>Ss</b>
<b>Yaş</b>	26,87	3,02
<b>Boy</b>	164	5,51
<b>Kilo</b>	61,46	10,17
<b>Bki</b>	22,80	3,30
<b>Eş Yaş</b>	29,62	3,69
<b>Evlenme Yaşı</b>	25,48	2,99
<b>Sigara Miktarı</b>	8,76	4,98
<b>Eş Sigara Miktarı</b>	14,63	6,31
<b>Günlük Çay Tüketimi</b>	2,50	1,79
<b>Günlük Kahve Tüketimi</b>	1,32	1,05

\*Birden fazla seçilen madde

Kadınların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin bulgular incelendiğinde, yaş dağılımına göre kadınların %35'inin 20-25 yaş arasında, %58'inin 26-30 yaş arasında ve %7'sinin 31 yaş ve üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bki kategorisine göre kadınların %7'sinin zayıf, %72,2'sinin normal kilolu ve %20,8'inin fazla kilolu ve üzerinde olduğu saptanmıştır. Eşlerin yaş dağılımına bakıldığında, %11,2'sinin 20-25 yaş arasında, %57,8'inin 26-30 yaş arasında ve %31'inin 31 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Kadınların evlenme yaşına göre dağılımı incelendiğinde, %55'inin 18-25 yaş arasında evlendiği, %45'inin ise 26 yaş ve üzerinde evlendiği belirlenmiştir (Tablo 6.1).

Eğitim durumuna bakıldığında, kadınların %6,8'inin ortaokul ve altı, %27,8'inin lise, %65,5'inin ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu tespit edilmiştir. Eşlerin eğitim durumu incelendiğinde, %5,8'inin ortaokul ve altı, %32,2'sinin lise ve %62'sinin üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu görülmüştür. Çalışma durumu açısından kadınların %70,2'sinin çalıştığı, %29,8'inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde, kadınların %49,1'inin sağlık çalışanı, %20,3'ünün öğretmen, %3,6'sının emniyet mensubu, %18,1'inin serbest meslek, %4,3'ünün mühendis, %3,2'sinin hukuk, %1,4'ünün ise gıda sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1).

Eşlerin çalışma durumu incelendiğinde, %99,5'inin çalıştığı, %0,5'inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Eşlerin meslek gruplarına göre dağılımına bakıldığında, %11,8'inin sağlık çalışanı, %8'inin öğretmen, %10,1'inin emniyet mensubu, %6,5'inin sanayi sektöründe, %33,4'ünün serbest meslek, %5'inin tekstil, %14,8'inin mühendis, %3,8'inin hukuk, %3,8'inin inşaat ve %2,8'inin gıda sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir. Gelir durumuna göre kadınların %16'sı gelirinin giderinden az olduğunu, %66,2'si gelirinin giderine denk olduğunu, %17,8'i ise gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtmiştir. Sosyal güvence durumu açısından kadınların %94,5'inin sosyal güvencesi olduğu, %5,5'inin ise sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 6.1).

Kadınların %6,5'inin eşleriyle arasında akraba evliliği olduğu, %93,5'inin ise akraba evliliği yapmadığı tespit edilmiştir. Kronik hastalık varlığı açısından bakıldığında, %11,8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu, %88,2'sinin ise herhangi bir kronik hastalığı olmadığı görülmüştür. Kronik hastalığa sahip olan kadınların %34'ünün astım, %31,9'unun tiroid hastalığı, %17'sinin epilepsi, %8,5'inin diyabet ve %8,5'inin hipertansiyon hastası olduğu belirlenmiştir. Genetik hastalık varlığı açısından kadınların %2'sinin genetik bir hastalığı olduğu, %98'inin ise genetik hastalığa sahip olmadığı saptanmıştır. Genetik hastalığa sahip olan kadınların %87,5'inin Akdeniz anemisi, %12,5'inin ise SMA taşıyıcısı olduğu görülmüştür (Tablo 6.1).

Ailede genetik hastalık varlığı açısından kadınların %33,8'inin ailesinde genetik hastalık bulunduğu, %66,2'sinin ise ailesinde herhangi bir genetik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Ailede en sık görülen genetik hastalıkların %42,2 ile diyabet, %33,3 ile hipertansiyon, %18,5 ile kalp hastalıkları, %13,3 ile astım, %8,1 ile epilepsi, %4,4 ile Akdeniz anemisi ve %1,5 ile SMA taşıyıcılığı olduğu görülmüştür. Sürekli ilaç kullanımı açısından kadınların %10'unun sürekli ilaç kullandığı, %90'ının ise sürekli ilaç kullanmadığı belirlenmiştir. Sürekli ilaç kullanan kadınların %40'ünün demir ilacı, %32,5'inin tiroid ilacı, %10'unun tansiyon ilacı, %2,5'inin diyabet ilacı ve %15'inin epilepsi ilacı kullandığı saptanmıştır (Tablo 6.1).

Kadınların %25'inin vajinal enfeksiyon geçirdiği, %75'inin ise geçirmediği; %45,5'inin idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği, %54,5'inin ise geçirmediği belirlenmiştir. Sigara kullanımı açısından kadınların %31,8'inin sigara kullandığı, %68,2'sinin ise sigara kullanmadığı tespit edilmiştir. Eşlerin sigara kullanımı incelendiğinde, %45,5'inin sigara içtiği, %54,5'inin ise sigara kullanmadığı belirlenmiştir. Alkol kullanımı açısından bakıldığında, kadınların %15,2'sinin alkol kullandığı, %84,8'inin ise alkol kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 6.1).

Diyet yapma durumu açısından kadınların %40,5'inin diyet yaptığı, %59,5'inin ise yapmadığı belirlenmiştir. Diyet yapan kadınların %80,2'sinin aralıklı oruç, %14,8'inin tek öğün beslenme ve %4,9'unun zayıflama çayı yöntemini tercih ettiği görülmüştür. Kadınların %80,8'inin yeterli ve dengeli beslendiği, %19,2'sinin ise yeterli ve dengeli beslenmediği belirlenmiştir. FA durumları incelendiğinde, kadınların %34'ünün düzenli FA yaptığı, %66'sının ise yapmadığı saptanmıştır (Tablo 6.1).

Ayrıca, kadınların yaş ortalaması  $26,87 \pm 3,02$  (Min=20; Maks=39), boy ortalaması  $164 \pm 5,51$  (Min=151; Maks=178), kilo ortalaması  $61,46 \pm 10,17$  (Min=40; Maks=95), BKI ortalaması  $22,80 \pm 3,30$  (Min=15,06; Maks=33,06), eş yaş ortalaması  $29,62 \pm 3,69$  (Min=22; Maks=42), evlenme yaşı ortalaması  $25,48 \pm 2,99$  (Min=18; Maks=37), sigara miktarı ortalaması  $8,76 \pm 4,98$  (Min=1; Maks=20), eş sigara miktarı ortalaması  $14,63 \pm 6,31$  (Min=1; Maks=40), günlük çay tüketimi ortalaması  $2,50 \pm 1,79$  (Min=0; Maks=10) ve günlük kahve tüketimi ortalaması  $1,32 \pm 1,05$  (Min=0; Maks=4) olarak saptanmıştır (Tablo 6.1).

**Tablo 6.2. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puan Ortalamaları**

	N	Ort	Ss	Min.	Maks.	Ölçek Ranjı
<b>Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Toplam</b>	400	25,30	6,11	0,00	36,00	0-36
<b>Hazırlık</b>	400	11,64	3,29	0,00	16,00	0-16
<b>Başetme Becerileri</b>	400	3,85	1,72	0,00	6,00	0-6
<b>Riskli Davranışlar</b>	400	4,33	1,63	0,00	6,00	0-6
<b>Beslenme ve Uyku</b>	400	5,47	2,21	0,00	8,00	0-8

Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Ölçeği (PDSÖ) toplam puan ortalaması  $25,30 \pm 6,11$  olup, minimum 0 ve maksimum 36 arasında değişmektedir. Bu değer, kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarının genel olarak olumlu olduğunu göstermektedir (Tablo 6.2).

Alt boyutlar incelendiğinde, Hazırlık alt boyutunun ortalaması  $11,64 \pm 3,29$  olup, 0-16 arasında değişmektedir. Bu sonuç, kadınların gebelik öncesi hazırlık süreçlerinde orta-yüksek düzeyde bilinçli olduğunu göstermektedir. Başetme Becerileri alt boyutu için ortalama  $3,85 \pm 1,72$  bulunmuş olup, ölçek aralığı 0-6 arasındadır. Bu durum, kadınların stresle baş etme becerilerinin orta seviyede olduğunu göstermektedir (Tablo 6.2).

Riskli Davranışlar alt boyutunda ortalama  $4,33 \pm 1,63$  olarak hesaplanmıştır (0-6 aralığında). Bu puanın yüksek olması, kadınların prekonsepsiyonel dönemde riskli davranışlardan kaçındığını düşündürmektedir. Beslenme ve Uyku alt boyutunda ise ortalama  $5,47 \pm 2,21$  olup, 0-8 arasında değişmektedir. Bu sonuç, kadınların gebelik öncesi beslenme ve uyku düzenine genellikle dikkat ettiğini göstermektedir (Tablo 6.2).

**Tablo 6.3. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puanlarının Tanımlayıcı Özelliklere Göre Farklılaşma Durumu**

Demografik Özellikler	n	Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Toplam	Hazırlık	Başetme Becerileri	Riskli Davranışlar	Beslenme ve Uyku
<b>Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
20-25	140	25,80±5,64	12,05±2,78	3,98±1,66	4,32±1,74	5,42±2,23
26-30	232	24,93±6,30	11,37±3,49	3,72±1,73	4,34±1,57	5,49±2,22
31 ve Üzeri	28	25,85±6,73	11,89±3,86	4,25±1,83	4,17±1,63	5,53±2,04
F=		0,99	1,98	1,85	0,13	0,05
p=		0,37	0,13	0,15	0,87	0,95
<b>Bki Kategori</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Zayıf	28	27,82±6,71	12,821±3,27	4,17±1,72	4,89±1,42	5,92±2,21
Normal Kilolu	289	24,83±6,17	11,471±3,42	3,65±1,64	4,22±1,66	5,49±2,30
Fazla Kilolu ve Üzeri	83	26,07±5,43	11,86±2,74	4,42±1,86	4,51±1,55	5,26±1,87
F=		3,93	2,39	7,14	2,87	0,96
p=		<b>0,02</b>	0,09	<b>0,00</b>	0,05	0,38
PostHoc=		1>2 (p<0.05)		3>2 (p<0.05)		
<b>Eş Yaş</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
20-25	45	27,15±5,51	12,75±2,69	4,13±1,63	4,46±1,59	5,80±2,01
26-30	231	24,82±6,06	11,65±3,05	3,71±1,68	4,17±1,62	5,28±2,31
31 ve Üzeri	124	25,51±6,31	11,23±3,81	4,00±1,81	4,56±1,65	5,71±2,06
F=		2,87	3,56	1,89	2,45	2,03
p=		0,05	<b>0,02</b>	0,15	0,08	0,13
PostHoc=			1>2, 1>3 (p<0.05)			

<b>Evlenme Yaşı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
18-25	220	25,10±6,14	11,64±3,06	3,84±1,75	4,22±1,71	5,39±2,27
26 ve Üzeri	180	25,53±6,08	11,65±3,56	3,86±1,69	4,45±1,52	5,57±2,14
t=		-0,69	-0,01	-0,11	-1,39	-0,79
p=		0,48	0,98	0,90	0,16	0,42
<b>Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ortaokul ve Altı	27	21,51±5,48	9,63±1,75	3,25±2,06	4,25±1,67	4,37±1,86
Lise	111	24,29±5,85	10,83±3,49	3,91±1,44	4,34±1,53	5,19±2,29
Üniversite ve Üstü	262	26,11±6,08	12,19±3,18	3,88±1,78	4,33±1,67	5,70±2,17
F=		9,39	12,77	1,72	0,02	5,78
p=		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,18	0,97	<b>0,00</b>
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)			3>1, 3>2 (p<0.05)
<b>Eş Eğitim Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Ortaokul ve Altı	23	21,17±5,67	9,69±2,32	3,08±1,95	4,43±1,64	3,95±1,96
Lise	129	24,20±6,17	10,92±3,33	3,76±1,63	4,30±1,61	5,22±2,17
Üniversite ve Üstü	248	26,25±5,88	12,20±3,22	3,96±1,73	4,33±1,64	5,74±2,19
F=		10,82	11,25	3,03	0,06	8,38
p=		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,04</b>	0,93	<b>0,00</b>
PostHoc=		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1, 3>2 (p<0.05)	3>1 (p<0.05)		2>1, 3>1, 3>2 (p<0.05)
<b>Çalışma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	281	25,89±6,03	12,01±3,30	3,96±1,73	4,35±1,63	5,56±2,19
Hayır	119	23,89±6,09	10,78±3,13	3,58±1,69	4,26±1,64	5,26±2,26

t=		3,01	3,46	2,04	0,48	1,21
p=		<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,04</b>	0,62	0,22
<hr/>						
<b>Sağlık Çalışan Olma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<hr/>						
Evet	138	24,98±6,15	11,35±3,35	3,82±1,79	4,28±1,66	5,51±2,28
Hayır	143	25,83±6,07	12,19±3,24	3,93±1,69	4,29±1,60	5,42±2,14
F=		0,85	3,11	0,26	0,27	0,07
p=		0,42	<b>0,04</b>	0,76	0,76	0,92
PostHoc=			3>1,2 (p<0.05)			
<hr/>						
<b>Gelir Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<hr/>						
Gelir Giderden Az	64	24,84±6,01	11,03±3,46	4,29±1,54	4,40±1,50	5,10±1,98
Gelir Gidere Denk	265	25,42±6,26	11,73±3,38	3,86±1,71	4,39±1,62	5,43±2,25
Gelir Giderden Fazla	71	25,26±5,64	11,88±2,73	3,40±1,84	4,02±1,75	5,94±2,22
F=		0,23	1,39	4,55	1,47	2,51
p=		0,79	0,24	<b>0,01</b>	0,23	0,08
PostHoc=				1>3, 2>3 (p<0.05)		
<hr/>						
<b>Sosyal Güvence</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
<hr/>						
Evet	378	25,49±6,07	11,75±3,28	3,84±1,74	4,33±1,63	5,55±2,20
Hayır	22	22,04±5,94	9,86±2,96	3,90±1,41	4,22±1,74	4,04±1,91
t=		2,59	2,63	-0,16	0,30	3,14
p=		<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	0,86	0,76	<b>0,00</b>
<hr/>						

<b>Akraba Evliliği</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	26	22,15±7,48	10,23±3,40	3,15±1,80	4,07±1,99	4,69±2,20
Hayır	374	25,52±5,95	11,74±3,27	3,89±1,71	4,34±1,60	5,529±2,208
t=		-2,73	-2,27	-2,13	-0,81	-1,86
p=		<b>0,00</b>	<b>0,02</b>	<b>0,03</b>	0,50	0,06
<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	47	23,63±6,75	10,55±3,64	3,87±1,78	3,93±1,81	5,27±2,28
Hayır	353	25,52±5,99	11,79±3,22	3,84±1,71	4,38±1,60	5,50±2,20
t=		-1,99	-2,43	0,09	-1,76	-0,65
p=		<b>0,04</b>	<b>0,01</b>	0,92	0,07	0,51
<b>Aile Genetik Hastalık Varlığı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	135	24,25±6,84	11,33±3,40	3,52±1,80	4,11±1,61	5,27±2,29
Hayır	265	25,83±5,64	11,80±3,23	4,01±1,66	4,43±1,63	5,57±2,17
t=		-2,47	-1,36	-2,70	-1,85	-1,29
p=		<b>0,01</b>	0,17	<b>0,00</b>	0,06	0,19
<b>Sürekli İlaç Kullanımı</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	40	23,72±7,49	10,62±4,06	4,02±1,67	4,00±1,84	5,07±2,41
Hayır	360	25,47±5,92	11,76±3,18	3,83±1,73	4,36±1,60	5,51±2,19
t=		-1,72	-2,07	0,67	-1,34	-1,20
p=		0,08	<b>0,03</b>	0,49	0,17	0,22
<b>Vajinal Enfeksiyon Geçirme</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	100	24,29±5,89	11,01±3,32	3,49±1,58	4,15±1,47	5,64±2,01

Hayır	300	25,64±6,15	11,86±3,26	3,97±1,75	4,39±1,68	5,42±2,27
t=		-1,91	-2,24	-2,42	-1,27	0,86
p=		0,05	<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	0,17	0,39

#### İdrar Yolu Enfeksiyon Geçirme

		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	182	25,28±6,30	11,78±3,38	3,76±1,67	4,05±1,72	5,69±2,08
Hayır	218	25,31±5,96	11,53±3,22	3,92±1,76	4,56±1,52	5,29±2,30
t=		-0,05	0,73	-0,91	-3,17	1,79
p=		0,96	0,46	0,36	<b>0,00</b>	0,07

#### Sigara Kullanımı

		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	127	26,08±6,36	11,90±3,21	3,96±1,69	4,40±1,57	5,81±2,01
Hayır	273	24,93±5,96	11,52±3,33	3,79±1,73	4,29±1,66	5,31±2,28
t=		1,75	1,06	0,93	0,59	2,07
p=		0,08	0,28	0,34	0,55	<b>0,03</b>

#### Eş Sigara Kullanımı

		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	182	25,23±6,483	11,53±3,46	3,89±1,57	4,37±1,60	5,43±2,19
Hayır	218	25,35±5,79	11,73±3,15	3,81±1,84	4,29±1,65	5,50±2,23
t=		-0,19	-0,60	0,42	0,48	-0,33
p=		0,84	0,55	0,66	0,62	0,73

#### Alkol Kullanımı

		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	61	24,70±6,76	11,13±3,58	3,91±1,79	4,67±1,50	4,98±2,60
Hayır	339	25,41±5,99	11,74±3,23	3,83±1,71	4,26±1,65	5,56±2,13
t=		-0,82	-1,33	0,33	1,78	-1,88
p=		0,40	0,18	0,73	0,07	0,10

<b>Diyet Yapma Durumu</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	162	24,46±6,47	11,14±3,30	3,53±1,82	4,34±1,68	5,45±2,43
Hayır	238	25,87±5,79	11,98±3,25	4,06±1,62	4,32±1,60	5,49±2,05
t=		-2,26	-2,51	-3,08	0,09	-0,18
p=		<b>0,02</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	0,92	0,86
<b>Yeterli Dengeli Beslenme</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	323	25,60±6,12	11,87±3,21	3,85±1,69	4,39±1,58	5,47±2,22
Hayır	77	24,05±5,92	10,68±3,49	3,81±1,86	4,06±1,82	5,48±2,18
t=		2,00	2,86	0,18	1,58	-0,02
p=		<b>0,04</b>	<b>0,00</b>	0,85	0,11	0,98
<b>Fiziksel Aktivite</b>		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Evet	136	25,64±6,86	11,69±3,55	3,97±1,69	4,58±1,60	5,39±2,47
Hayır	264	25,12±5,68	11,62±3,16	3,78±1,73	4,19±1,63	5,51±2,07
t=		0,80	0,19	1,06	2,27	-0,55
p=		0,41	0,84	0,28	<b>0,02</b>	0,60

F: Anova Testi; t: Bağımsız Gruplar T-Testi; PostHoc:Tukey, LSD

Yaş gruplarına göre PDSÖ toplam puanı ve alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). BKİ kategorisine göre incelendiğinde, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,020$ ) ve başatme becerileri alt boyutu ( $p=0,001$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Post-hoc analizine göre, zayıf kadınların toplam PDSÖ puanı normal kilolu kadınlara kıyasla anlamlı derecede yüksektir ( $p<0,05$ ). Başatme becerileri açısından ise fazla kilolu ve üzeri kadınların puanları normal kilolu kadınlardan anlamlı olarak yüksektir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3).

Eş yaşına göre hazırlık alt boyutunda anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ( $p=0,029$ ). Post-hoc analizi, 20-25 yaş grubundaki bireylerin, 26-30 ve 31 yaş üzeri

eşlere sahip bireylere kıyasla daha yüksek hazırlık puanına sahip olduğunu göstermektedir ( $p<0,05$ ). Evlilik yaşına göre PDSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3).

Eğitim durumu açısından incelendiğinde, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,000$ ), hazırlık alt boyutu ( $p=0,000$ ) ve beslenme ve uyku alt boyutu ( $p=0,003$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Post-hoc analizine göre üniversite mezunları, lise ve ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksek PDSÖ toplam ve hazırlık puanlarına sahiptir ( $p<0,05$ ). Eş eğitim durumuna göre de benzer şekilde PDSÖ toplam puanı, hazırlık, başatma becerileri ve beslenme ve uyku alt boyutlarında anlamlı farklılıklar saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3).

Çalışma durumu, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,003$ ), hazırlık alt boyutu ( $p=0,001$ ) ve başatma becerileri alt boyutunda ( $p=0,041$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Çalışan kadınların PDSÖ toplam puanlarının ve hazırlık puanlarının çalışmayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gelir durumu açısından, başatma becerileri alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p=0,011$ ), yüksek gelire sahip kadınların başatma becerileri puanı düşük gelirlilere göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3).

Sağlık çalışanı olma durumu, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,424$ ), gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Alt boyutlar incelendiğinde hazırlık alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p=0,046$ ). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, diğer meslek grubunda yer alan bireylerin hazırlık puanları sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, başatma becerileri ( $p=0,769$ ), riskli davranışlar ( $p=0,760$ ) ve beslenme ve uyku ( $p=0,929$ ) alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3).

Sosyal güvenceye sahip olan kadınların PDSÖ toplam puanı ( $p=0,010$ ) ve hazırlık alt boyut puanı ( $p=0,009$ ) sosyal güvencesi olmayan kadınlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Akraba evliliği yapan kadınların PDSÖ toplam puanı ve alt boyut puanları, akraba evliliği yapmayan kadınlara kıyasla anlamlı olarak

daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3).

Kronik hastalık varlığı, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,047$ ) ve hazırlık alt boyutunda ( $p=0,015$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Kronik hastalığı olmayan kadınların toplam ölçek puanı ve hazırlık puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Ailede genetik hastalık varlığı da PDSÖ toplam puanı ( $p=0,014$ ) ve başatme becerileri alt boyutunda ( $p=0,009$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Ailesinde genetik hastalık öyküsü olmayan kadınların, başatme becerileri açısından daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.3).

Sürekli ilaç kullanımı, hazırlık alt boyutunda anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p=0,039$ ). Sürekli ilaç kullanan kadınların hazırlık alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur. Vajinal enfeksiyon geçirme durumu, hazırlık ( $p=0,025$ ) ve başatme becerileri ( $p=0,016$ ) alt boyutlarında anlamlı bir farklılık göstermektedir. Vajinal enfeksiyon geçiren kadınların, hazırlık ve başatme becerileri puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme, riskli davranışlar alt boyutunda anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p=0,002$ ), enfeksiyon geçiren kadınların puanı daha düşük bulunmuştur (Tablo 6.3).

Sigara kullanan bireyler, beslenme ve uyku alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptir ( $p=0,031$ ). Diyet yapma durumu, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,024$ ), hazırlık ( $p=0,012$ ) ve başatme becerileri alt boyutunda ( $p=0,003$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Diyet yapmayan kadınların bu alanlarda daha yüksek puan aldığı görülmüştür. Yeterli ve dengeli beslenme, PDSÖ toplam puanı ( $p=0,046$ ) ve hazırlık alt boyutunda ( $p=0,004$ ) anlamlı farklılık göstermektedir. Yeterli beslenen kadınların puanları daha yüksektir. FA, riskli davranışlar alt boyutunda anlamlı bir farklılık göstermektedir ( $p=0,023$ ), düzenli FA yapan kadınların puanı daha yüksektir (Tablo 6.3).

**Tablo 6.4. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Puanları ile Bazı Değişkenler Arasında Korelasyon Analizi**

		<b>Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Toplam</b>	<b>Hazırlık</b>	<b>Başetme Becerileri</b>	<b>Riskli Davranışlar</b>	<b>Beslenme ve Uyku</b>
<b>Yaş</b>	r	-0,02	-0,06	0,00	0,00	0,03
	p	0,68	0,20	0,99	0,91	0,49
<b>Bki</b>	r	-0,06	-0,10*	0,03	-0,04	-0,00
	p	0,23	0,04	0,54	0,41	0,87
<b>Eş Yaş</b>	r	-0,00	-0,07	0,03	0,05	0,03
	p	0,94	0,15	0,54	0,27	0,50
<b>Evlenme Yaşı</b>	r	0,02	0,01	0,00	-0,01	0,04
	p	0,67	0,81	0,95	0,83	0,36
<b>Sigara Miktarı</b>	r	0,20*	0,19*	0,18*	0,22*	0,00
	p	0,01	0,02	0,03	0,01	0,96
<b>Eş Sigara Miktarı</b>	r	0,12	0,06	0,05	0,19**	0,08
	p	0,09	0,37	0,44	0,00	0,27
<b>Günlük Çay Tüketimi</b>	r	0,01	0,01	0,03	-0,08	0,05
	p	0,75	0,79	0,45	0,10	0,27
<b>Günlük Kahve Tüketimi</b>	r	0,04	0,03	-0,05	0,01	0,09
	p	0,42	0,46	0,26	0,77	0,07

\*<0,05; \*\*<0,01; Pearson Korelasyon Analizi

Yaş, eş yaş ve evlenme yaşı değişkenleri ile PDSÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir korelasyon bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu durum, kadınların yaşlarının prekonsepsiyonel sağlık davranışlarını belirlemede etkili olmadığını göstermektedir (Tablo 6.4).

BKI ile hazırlık alt boyutu arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur

( $r=-0,101$ ,  $p=0,043$ ). Bu bulgu, BKI arttıkça hazırlık alt boyut puanının azaldığını, yani kadınların prekonsepsiyonel sağlık konusunda daha az hazırlıklı olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.4).

Sigara miktarı, PDSDÖ toplam puanı ( $r=0,207$ ,  $p=0,019$ ) ve tüm alt boyutlar ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkili bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Özellikle riskli davranışlar alt boyutu ile en güçlü korelasyon görülmüştür ( $r=0,227$ ,  $p=0,010$ ). Bu sonuç, sigara içen kadınların prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına daha fazla dikkat ettiğini veya risk faktörlerinin farkında olabileceğini düşündürmektedir (Tablo 6.4).

Eş sigara miktarı ile riskli davranışlar alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,197$ ,  $p=0,008$ ). Bu bulgu, eşlerin sigara tüketiminin, kadınların riskli davranışlarla ilişkili sağlık tutumlarıyla bağlantılı olabileceğini göstermektedir (Tablo 6.4).

Günlük çay ve kahve tüketimi ile PDSDÖ toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Bu durum, çay ve kahve tüketiminin prekonsepsiyonel sağlık davranışları üzerinde belirgin bir etkisi olmadığını düşündürmektedir (Tablo 6.4).

## 7. TARTIŞMA

PSB, sağlığı geliştirici davranışları teşvik etmek, kapsamlı taramalarla bireysel risk faktörlerini belirlemek ve uygun önlemleri almak gibi hizmetleri iğerir (26). Gebelik öncesi dönem, maternal ve fetal sağlığı etkileyebilecek risk faktörlerinin yönetimi aısından oldukça önemlidir (29). Bu bakım, gebelik öncesi risk faktörlerini değiştirerek DDA, spontan abortus, preterm doğum gibi olumsuz gebelik sonuçlarının yükünü azaltmayı ve potansiyel bir gebelikten önceki yaşam sürecinde çiftlerin genel sağlık durumunu korumayı hedefler (36).

### 7.1. Sosyodemografik Özelliklerinin Tartışılması

Çalışmamızda, kadınların yaş ortalamasının  $26,8\pm 3,02$  olduğu saptanmıştır (Tablo 6.1). Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada yaş ortalaması  $26,0\pm 4,0$  olarak bulunurken (122), bazı çalışmalarda daha yüksek yaş ortalamaları saptanmıştır. Türkiye’de 2024 yılında yapılan bir çalışmada kadınların yaş ortalaması  $29,0\pm 6,18$  olarak belirlenmiştir (123). Bu farklılık, eğitim düzeyi, sosyoekonomik koşullar ve kültürel faktörlerle ilişkilendirilebilir (124,125). Bu çalışmada, gebe kalmayı planlayan kadınların 18 yaş altı olmadığı, ancak %7’sinin 31 yaş ve üzeri olduğu görölmektedir. Literatürde, 18 yaşın altındaki ve 35 yaşın üzerindeki gebeliklerin perinatal risk taşıdığı belirtilmektedir. Buna karşılık, 20-29 yaş aralığındaki gebeliklerin en düşük perinatal mortalite ve morbidite riskine sahip olduğu vurgulanmaktadır (11). Bu bulgu, özellikle ileri yaş gebeliklerinde, kadınların yaş faktörünü göz önünde bulundurarak gebelik planlamalarını daha bilinçli şekilde yapmaları gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda, kadınların BKİ dağılımı incelendiğinde, %7’sinin zayıf, %72,2’sinin normal kilolu, %20,8’inin ise fazla kilolu ve obez olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Bu bulgular, Türkiye’de 2019 yılında yapılan bir çalışmada bildirilen BKİ dağılımıyla benzerlik göstermektedir. Söz konusu çalışmada kadınların %8,8’inin zayıf, %72,5’inin normal kilolu, %15,4’ünün fazla kilolu ve %3,3’ünün obez olduğu saptanmıştır (125). AB ülkelerini kapsayan bir diğer çalışmada, üreme çağındaki kadınların %50,6’sının aşırı kilolu veya obez olduğu belirlenmiştir (126). Bu

farklılıklar, beslenme alışkanlıkları, yaşam tarzı ve sosyoekonomik koşulların BKİ üzerinde önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda, eşlerin yaş dağılımı incelendiğinde %11,2'sinin 20-25 yaş arası, %57,8'inin 26-30 yaş arası ve %31'inin 31 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2022 yılında yapılan bir çalışmada ise eşlerin %45,4'ünün 25 yaş ve altı, %32,1'inin 26-30 yaş arası ve %22,5'inin 31 yaş ve üzeri olduğu bildirilmiştir (127). Eşlerin yaş dağılımındaki bu farklılıkların demografik ve sosyoekonomik faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmamızın İstanbul'da, diğer çalışmanın ise Kahramanmaraş'ta yürütülmesi, bu farklılığı açıklayabilecek önemli bir unsur olabilir.

Çalışmamızda, kadınların evlenme yaşı ortalaması  $25,4 \pm 2,99$  olarak belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2019 yılında yapılan bir çalışmada,  $23,7 \pm 4,56$  olarak bulunurken (81), Türkiye genelini kapsayan çalışmada 21 olarak saptanmıştır (15). Bulgular karşılaştırıldığında, kadınların evlenme yaşının zamanla arttığı görülmektedir. Eğitim düzeyinin yükselmesi, kariyer hedeflerinin ön plana çıkması, ekonomik belirsizlikler ve işsizlik gibi faktörlerin evliliği daha ileri bir yaşa erteleme eğilimine katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca, toplumsal ve kültürel değişimler de bu eğilimi destekleyen önemli unsurlar arasında yer almaktadır (124).

Çalışmamızda, kadınların eğitim durumu incelendiğinde %6,8'inin ortaokul ve altı, %27,8'inin lise, %65,5'inin ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Bu bulgular, Türkiye'de 2022 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %14,8'inin ortaokul, %26,9'unun lise, %58,3'ünün ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğunu göstermektedir (19). Benzer şekilde, Avustralya'da 2020 yılında yapılan bir diğer çalışmada, %4'ünün ortaokul ve altı, %25,6'sının lise, %70,4'ünün ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu saptanmıştır (128). Bulgular, çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Eşlerin eğitim durumu incelendiğinde, %5,8'inin ortaokul ve altı, %32,2'sinin lise, %62'sinin ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2022 yılında yapılan bir çalışmada, eşlerin %35,4'ünün ortaokul ve altı, %28,7'sinin lise, %35,9'unun ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu

bulunmuştur (127). Türkiye’de 2019 yılında yapılan bir diğer çalışmada eşlerin %47,3’ünün ortaokul ve altı, %31,1’inin lise, %21,6’sının ise üniversite ve üstü eğitim seviyesinde olduğu saptanmıştır (129). Eğitim seviyesindeki bu farklılıkların, çalışmaların yürütüldüğü bölgeler arasındaki sosyoekonomik ve demografik değişkenlerden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma durumu incelendiğinde, kadınların %70,2’sinin çalıştığı, %29,8’inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde, kadınların %49,1’inin sağlık çalışanı, %20,3’ünün öğretmen, %3,6’sının emniyet mensubu, %18,1’inin serbest meslek sahibi, %4,3’ünün mühendis, %3,2’sinin hukukçu ve %1,4’ünün ise gıda sektöründe çalıştığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Brezilya’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların %64’ünün çalıştığı belirlenmişken (130), Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada kadınların %65,5’inin çalıştığı, %34,5’inin ise çalışmadığı saptanmıştır. Bulgular, çalışmamızla benzerlik göstermektedir (131).

Bu çalışmada, eşlerin çalışma durumu incelendiğinde %99,5’inin çalıştığı, %0,5’inin ise çalışmadığı belirlenmiştir. Meslek gruplarına göre dağılım incelendiğinde, eşlerin %11,8’inin sağlık çalışanı, %8’inin öğretmen, %10,1’inin emniyet mensubu, %6,5’inin sanayi sektöründe, %33,4’ünün serbest meslek sahibi, %5’inin tekstil sektöründe, %14,8’inin mühendis, %3,8’inin hukuk, %3,8’inin inşaat, %2,8’inin ise gıda sektöründe çalıştığı saptanmıştır (Tablo 6.1). Türkiye’de 2019 yılında yapılan bir çalışmada, eşlerin %98,6’sının çalıştığı bildirilmiştir (81). Türkiye’de 2019 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise bu oranın %91,8 olduğu saptanmıştır (129). Çalışmamızdaki bulgular, önceki araştırmalarla karşılaştırıldığında, eşlerin çalışma oranının beklenildiği gibi yüksek olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızda, gelir durumu incelendiğinde kadınların %16’sının gelirinin giderinden az, %66,2’sinin gelirinin giderine denk ve %17,8’inin ise gelirinin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye’de 2019 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %14,8’inin gelirinin giderinden az, %82,8’inin giderine denk ve %2,4’ünün giderinden fazla olduğu saptanmıştır (132). Türkiye genelinde 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise %10,4’ünün gelirinin giderinden az, %44,6’sının

giderine denk ve %45'inin giderinden fazla olduğu belirlenmiştir (11). Bulgular karşılaştırıldığında, gelir-gider dengesi oranlarının bölgesel ve sosyoekonomik faktörlerden etkilenebileceği görülmektedir. Özellikle, 2019 yılındaki çalışmanın Eskişehir'de yürütülmesi ve 2021 yılında gerçekleştirilen araştırmanın Türkiye genelinde çevrimiçi katılımı ile gerçekleştirilmesi, bu farklılaşmanın önemli nedenlerinden biri olabilir.

94,5'inin sosyal güvencesinin bulunduğu belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2016 yılında yapılan bir çalışmada bu oran %96 olarak saptanmıştır (133). Literatürde, düşük eğitim seviyesi, sosyoekonomik düzey ve sosyal güvence eksikliğinin, gebelikte ortaya çıkabilecek çeşitli sağlık sorunları açısından önemli risk faktörleri arasında yer aldığı vurgulanmaktadır (134).

Çalışmamızda, kadınların %6,5'inin eşleriyle akraba evliliği yaptığı, %93,5'inin ise yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2017 yılında yapılan bir çalışmada benzer oranlar belirlenmiştir (95). Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise akraba evliliği oranının %16,4 olduğu bildirilmiştir, bu oran diğer çalışmalara kıyasla daha yüksektir (7). Katar'da 2023 yılında yapılan bir çalışmada akraba evliliği oranının %62,6 olduğu ve kadınların yaklaşık %45'inin bu evliliklere olumlu baktığı saptanmıştır. Bu olumlu bakış açısının en yaygın gerekçesi "alışkanlık ve gelenekler" olarak ifade edilmiştir. Ayrıca, bu evliliklerin %81,7'sinin birinci derece kuzenler arasında gerçekleştiği belirlenmiştir (135). Ürdün'de 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise akraba evliliği yaygınlığı %27,5 olarak saptanmıştır. Akraba evliliği oranlarındaki bu farklılıkların kültürel, sosyoekonomik ve bölgesel faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir (136).

Bu çalışmada kronik hastalık varlığı incelendiğinde, kadınların %11,8'inin kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığa sahip kadınların dağılımı: %34 astım, %31,9 tiroid hastalığı, %17 epilepsi, %8,5 diyabet, %8,5 hipertansiyon şeklindedir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %5,8'inde kronik hastalık öyküsü saptanmıştır (137). Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada kadınların %23,6'sının kronik bir hastalığa sahip olduğu belirlenmiştir (7). Türkiye'de 2022 yılında yapılan bir çalışmada kronik

hastalığı olan kadınların oranı %11,75 olarak belirlenmiştir (18). Bu farklılıkların bölgesel faktörlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmalar arasındaki oran değişiklikleri, bölgesel sağlık hizmetleri erişimi, yaşam koşulları ve genetik faktörler gibi etkenlerle ilişkili olabilir.

Genetik hastalık varlığı açısından kadınların %2'sinin genetik bir hastalığı olduğu, %98'inin ise genetik hastalığa sahip olmadığı saptanmıştır. Genetik hastalığa sahip olan bireylerin %87,5'inin Akdeniz anemisi, %12,5'inin ise SMA taşıyıcısı olduğu görülmüştür. Ailede genetik hastalık varlığı açısından bireylerin %33,8'inin ailesinde genetik hastalık bulunduğu, %66,2'sinin ise ailesinde herhangi bir genetik hastalık olmadığı belirlenmiştir. Ailede en sık görülen genetik hastalıkların %42,2 ile diyabet, %33,3 ile hipertansiyon, %18,5 ile kalp hastalıkları, %13,3 ile astım, %8,1 ile epilepsi, %4,4 ile Akdeniz anemisi ve %1,5 ile SMA taşıyıcılığı olduğu görülmüştür (Tablo 6.1). Özellikle, ailede genetik hastalık öyküsü bulunan bireylerin prekonsepsiyonel dönemde genetik danışmanlık alması ve bu hastalıklarla ilgili risk faktörlerinin erken dönemde değerlendirilmesi önemlidir.

Çalışmamızda kadınların %10'unun düzenli olarak ilaç kullandığı bulunmuştur. Düzenli ilaç kullanan kadınların ilaç türlerine göre dağılımına bakıldığında, %40'ının demir ilacı, %32,5'inin tiroid ilacı, %10'unun tansiyon ilacı, %2,5'inin diyabet ilacı ve %15'inin epilepsi ilacı kullandığı belirlenmiştir (Tablo 6.1). Bu bulgular, farklı sağlık ihtiyaçlarının toplumdaki dağılımını yansıtmaktadır. Türkiye'de 2017 yılında yapılan bir çalışmada, sürekli ilaç kullanan kadınların oranı %11,2 olarak tespit edilmiştir (95). Çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamıza katılan kadınların %25'inin vajinal enfeksiyon geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %42'sinde vajinal enfeksiyon görüldüğü saptanmıştır (138). Uganda'da 2023 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise kadınların %58,4'ünün vajinal enfeksiyona sahip olduğu belirlenmiştir (139). Bulgular karşılaştırıldığında, vajinal enfeksiyon oranlarının bölgesel, sosyoekonomik ve hijyen koşullarına bağlı olarak değişebileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda, kadınların %45,5'inin İYE geçirdiği belirlenmiştir (Tablo 6.1). Benzer şekilde, Türkiye'de yapılan bir çalışmada %40,3'ünde İYE tespit edilmiştir (140). Malawi'de yapılan bir diğer araştırmada İYE'nin genel prevalansının %48,5 olduğu saptanmıştır (141). Bulgular, İYE'nin farklı bölgelerde yaygın bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Bölgesel farklılıklar, hijyen koşulları, sağlık hizmetlerine erişim ve sosyoekonomik faktörlerin bu yaygınlık üzerinde etkili olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda kadınların %31,8'inin sigara kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Bu oran, sigara kullanımının toplum genelindeki yaygınlığını ortaya koymaktadır. Birleşik Krallık'ta 2021 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %20'sinin sigara içtiği bildirilmiştir (142). Türkiye'de 2024 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise kadınların %10'unun sigara içtiği belirlenmiştir (143). Çalışmamızdaki kadınların %49,1'inin sağlık çalışanı olması, sigara kullanım oranlarının diğer çalışmalara göre farklılık göstermesinin önemli bir nedeni olarak değerlendirilebilir. Sağlık çalışanlarının sigara kullanımına yönelik farkındalık düzeylerinin yanı sıra, mesleki stres gibi faktörlerin de bu oranları etkileyebileceği düşünülebilir.

Bu çalışmada, kadınların eşlerinin %45,5'inin sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2022 yılında yapılan bir çalışmada eşlerin sigara kullanımı %41,2 olarak saptanmış olup, bulgular çalışmamızdaki oranla benzerlik göstermektedir (127). Türkiye'de 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise eşlerin %54,3'ünün sigara kullandığı tespit edilmiştir (144). Bu oran, çalışmamızdaki eşlerin sigara içme oranından daha yüksektir ve sigara kullanımının bireysel, demografik ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak değişebileceğini düşünülebilir.

Çalışmamızda, kadınların %15,2'sinin alkol kullandığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Kanada'da 2022 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %19,6'sının alkol kullandığı belirlenmiştir (145). Meksika'da 2024 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise alkol kullanım oranı %77,1 gibi oldukça yüksek bir seviyede kaydedilmiştir (143). Bu farklılık, toplumlarda alkol tüketiminin demografik, kültürel ve sosyoekonomik faktörlere bağlı olarak belirgin değişkenlik gösterdiğini düşünülmektedir.

Çalışmamızda, kadınların %40,5'inin diyet yaptığı, %59,5'inin ise diyet yapmadığı belirlenmiştir. Diyet yapan kadınların tercih ettiği yöntemler incelendiğinde, %80,2'sinin aralıklı oruç uyguladığı, %14,8'inin tek öğün beslenmeyi tercih ettiği, %4,9'unun ise zayıflama çayı kullandığı görülmüştür. Ayrıca, kadınların %80,8'inin yeterli ve dengeli beslendiği, %19,2'sinin ise beslenme düzenlerinin yeterli ve dengeli olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Türkiye'de 2021 yılında yapılan bir çalışmada kadınların %31,6'sının zayıflama çayı, bitkisel ürün veya diğer ilaç dışı takviyeler kullandığı belirlenmiştir (134). Türkiye'de 2019 yılında yapılan bir diğer çalışmada kadınların %30,8'inin zayıflama çayı, bitkisel ürün veya farklı takviyeleri tercih ettiği saptanmıştır (125). Bu bulgular, sağlık davranışlarının kadınla arasında yöntem seçimi açısından benzerlik gösterdiğini ve çevresel, kültürel ve bireysel faktörlerin bu davranışlar üzerinde etkili olabileceğini düşündürmektedir. Özellikle beslenme alışkanlıkları ve diyet tercihlerinin, kişisel sağlık farkındalığı ve sosyal normlarla doğrudan ilişkili olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda, kadınların %34'ünün FA yaptığı, %66'sının ise yapmadığı tespit edilmiştir (Tablo 6.1). Bu oran, kadınlar arasında düzenli FA alışkanlığının sınırlı olduğunu göstermektedir. Türkiye'de 2024 yılında yapılan bir çalışmada, düzenli FA yapma oranı %18,7 olarak belirlenmiş ve kadınların %81,3'ünün düzenli FA yapmadığı saptanmıştır (123). Bu bulgular, çalışmamızdaki oranlara kıyasla daha düşük bir FA alışkanlığını işaret etmektedir. Birleşik Krallık'ta 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada kadınların %42'sinin düzenli FA yaptığı belirlenmiştir (142). Bu oran, çalışmamızdaki kadınların düzenli FA yapma oranından daha yüksektir ve farklı kültürel, yaşam tarzı ve çevresel faktörlerin FA alışkanlıkları üzerindeki etkisini düşündürmektedir. Bulgular karşılaştırıldığında, FA alışkanlıklarının toplumlar arasında değişkenlik gösterdiği ve sosyoekonomik koşullar, farkındalık düzeyi ile yaşam tarzı farklılıklarının bu oranları etkileyebileceği düşünülmektedir.

## **7.2. Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Etkisinin Tartışılması**

Üreme çağındaki kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarının belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, kadınların PDSDÖ toplam puan ortalaması  $25,30 \pm 6,11$  olarak hesaplanmıştır. Alt boyutlardan alınan puan ortalamaları ise şu

şekilde bulunmuştur: Hazırlık 11,64±3,29, Baş Etme Becerileri 3,85±1,72, Riskli Davranışlar 4,33±1,63 ve Beslenme ve Uyku 5,47±2,21 (Tablo 6.2). Çalışmamızdaki kadınların olumlu prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Türkiye’de 2022 yılında yapılan bir çalışmada kadınların PDSÖ toplam puanı 29,50±6,57 olarak belirlenmiştir. Alt boyutlar incelendiğinde, Hazırlık 12,87±0,99, Baş Etme Becerileri 4,82±1,49, Riskli Davranışlar 5,30±1,25 ve Beslenme ve Uyku 6,50±1,63 olarak hesaplanmıştır (19). Türkiye’de 2024 yılında yapılan bir diğer çalışmada kadınların PDSÖ puan ortalaması 28,53±4,92 olarak bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarından alınan puan ortalamaları ise şu şekildedir: Hazırlık 11,94±3,24, Baş Etme Becerileri 4,92±1,20, Riskli Davranışlar 5,40±0,94 ve Beslenme ve Uyku 6,27±1,62 olarak saptanmıştır (146). Çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.

Yaş gruplarına göre PDSÖ toplam puanı ve alt boyutları açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Tablo 6.3). Benzer şekilde, PDSÖ ölçeğinin kullanıldığı diğer çalışmalarda da anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (19,146).

BKİ ile PDSÖ toplam puanı arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3; Tablo 6.4). Bu bulgu, BKİ arttıkça kadınların prekonsepsiyonel sağlık davranışları konusunda daha az hazırlıklı olabileceğini düşündürmektedir. Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada yüksek BKİ’nin kadınların sağlık hizmetlerine erişimini ve sağlık bilincini olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir (147). Japonya’da 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada yüksek BKİ’ye sahip kadınların gestasyonel diyabet, gebelik kaynaklı hipertansiyon ve preeklampsi gibi olumsuz gebelik ve doğum sonuçları yaşama olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (36). Hollanda’da 2024 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise, kadınlarda ve erkeklerde BKİ’nin artmasının doğurganlık oranını düşürdüğü gösterilmiştir. Kadınlarda her BKİ birimi artışı, doğurganlık oranını %2 azaltırken, erkeklerde ise %1 azalmaktadır. Normal BKİ’ye sahip kadınlara kıyasla, düşük veya yüksek BKİ’ye sahip kadınların subfertilite olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (148).

Evlilik yaşına göre PDSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3). Evlilik yaşının prekonsepsiyonel sağlık

davranışları üzerindeki etkisi, literatürde sınırlı olarak ele alınmış olsa da yaşın bireyin sağlık bilinci, sosyoekonomik durumu ve sağlık hizmetlerine erişimi üzerinde dolaylı etkileri olduğu görülmektedir. Daha erken yaşta evlenen kadınların, sağlık kararlarını alırken özellikle adölesan gebeliklerde görülen sağlık riskleriyle birleştiğinde, gebelik sürecinde yeterli bilgi ve bakım alamama ihtimali artmaktadır (149). Adölesan gebelikler, genç yaşta gebelik yaşayan kadınların sağlık davranışlarını doğrudan etkileyen önemli bir faktördür. Yapılan araştırmalar, bu dönemde gebelik yaşayan kadınların prenatal bakım alma oranlarının düşük olduğunu ve sağlık davranışlarını sürdürmede zorluk yaşadıklarını göstermektedir. Özellikle erken yaşta gebelik yaşayan kadınlarda, DDA, erken doğum ve gebelik komplikasyonları gibi sağlık risklerinin daha yaygın olduğu tespit edilmiştir (149,150).

Eğitim durumu açısından incelendiğinde, PDSÖ toplam puanı, hazırlık alt boyutu ve beslenme ve uyku alt boyutu anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Üniversite mezunları, lise ve ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksek puanlara sahiptir. Benzer şekilde, eş eğitim durumu da PDSÖ toplam puanı, hazırlık, baş etme becerileri ve beslenme ve uyku alt boyutlarında anlamlı farklılıklar göstermektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu sonuçlar, eğitim seviyesinin sağlık bilinci ve davranışları üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Literatürdeki çalışmalar da araştırmamızın bulgularını desteklemektedir. Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada üniversite mezunu kadınların lise ve ortaokul mezunlarına kıyasla daha yüksek sağlık davranışı puanlarına sahip olduğu belirlenmiştir (134). Benzer şekilde, Çin’de 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada yüksek eğitim seviyesine sahip kadınların prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıkları ve daha sağlıklı davranışlar sergiledikleri gösterilmiştir (152). Bu bulgular, eğitilmiş bireylerin sağlık bilinci ve davranışlarının daha yüksek olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde daha olumlu sağlık davranışları sergilediklerini ortaya koymaktadır. Eğitim düzeyinin, sağlık hizmetlerine erişim ve bilinçli karar alma süreçleri üzerinde belirgin bir etkisi olduğu düşünülebilir.

Bu çalışmada, çalışan kadınların PDSÖ toplam puanlarının, hazırlık ve baş etme becerileri açısından çalışmayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada iş

hayatının getirdiği zorlukların çalışan kadınları daha aktif baş etme stratejileri geliştirmeye yönlendirdiği saptanmıştır (153). Hindistan'da 2024 yılında yapılan bir çalışmada çalışan ve çalışmayan kadınlar arasındaki stres seviyeleri ve baş etme mekanizmaları karşılaştırılmıştır. Çalışmayan kadınların finansal güvensizlik gibi stres faktörleriyle daha fazla karşılaştığı ve bu durumla daha çok duygu odaklı baş etme stratejileri kullanarak mücadele ettiği görülmüştür (154). Hindistan'da 2016 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise çalışan kadınların psikolojik iyi oluşlarının çalışmayan kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu ve çalışan kadınların sağlık bilincinin daha gelişmiş olduğu ortaya konmuştur (155). Bu bulgular, çalışma hayatının kadınların sağlık davranışlarını olumlu yönde etkileyebileceğini göstermektedir.

PDSDÖ toplam puanı mesleklere göre incelendiğinde gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3). Alt boyutlar incelendiğinde hazırlık alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Post-hoc analiz sonuçlarına göre, diğer meslek grubunda yer alan bireylerin hazırlık puanları sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte, baş etme becerileri, riskli davranışlar ve beslenme ve uyku alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu bulgular, literatürde yer alan bazı çalışmalarla benzerlik göstermektedir. ABD'de 2020 yılında yapılan bir çalışmada, mesleğin bireyin sağlık davranışlarını yalnızca bilgi düzeyiyle değil, aynı zamanda yaşam tarzı, iş yükü ve zaman yönetimi gibi çevresel faktörlerle birlikte şekillendirebileceğini göstermektedir (156). Sağlık çalışanlarının yoğun ve stresli çalışma koşulları, düzensiz mesai saatleri ve tükenmişlik düzeyleri, bireysel sağlık planlaması yapma konusunda sınırlayıcı bir etken olabilir. Ayrıca 2015 yılında yapılan bir sistematik derlemede, sağlık profesyonellerinin prekonsepsiyonel bakımın önemini farkında oldukları ancak uygulamaya geçişte çeşitli engeller yaşadıkları ve bilgi-davranış arasında bir boşluk bulunduğu bildirilmiştir (157).

Gelir durumu açısından baş etme becerileri alt boyutunda anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu bulgu, bazı literatürlerde görülen genel eğilimin aksine, baş etme davranışlarının sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak bireysel ve kültürel faktörlerle şekillenebileceğini düşündürmektedir. Hindistan'da

2020 yılında yapılan bir çalışmada, düşük gelir düzeyine sahip bireylerin baş etme stratejilerini daha yaygın ve aktif kullandığı belirlenmiştir (158). Türkiye’de 2020 yılında yapılan bir diğer çalışmada ise, kadınların hastalıkla baş etme süreçlerinde dini ve sosyal destek odaklı aktif stratejilere başvurdukları ortaya konmuştur (159).

Sosyal güvenceye sahip kadınların PDSÖ toplam puanı, hazırlık alt boyut puanı ve beslenme ile uyku puanı, sosyal güvencesi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Ayrıca, sosyal güvencesi olan kadınlar, olmayanlara kıyasla daha yüksek prekonsepsiyonel sağlık davranışı puanlarına sahiptir. Brezilya’da 2024 yılında yapılan bir çalışmada sosyal güvencesi olan kadınların önleyici sağlık kontrollerine daha fazla katıldığı, sağlık hizmetlerini daha sık kullandığı ve genel sağlık farkındalığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (160). Bu bulgular, sosyal güvencenin kadınların sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırarak sağlık farkındalıklarını artırdığını ve koruyucu sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediğini göstermektedir.

PDSÖ sonuçlarına göre, akraba evliliği yapan kadınların toplam puanı, hazırlık puanı ve baş etme becerileri puanı, akraba evliliği yapmayan kadınlara kıyasla anlamlı derecede düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu sonuçlar, akraba evliliğinin sağlık farkındalığını ve kadınların gebelik öncesi sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Pakistan’da 2022 yılında yapılan bir çalışmada akraba evliliği yapan kadınların sağlık hizmetlerine erişim oranlarının daha düşük olduğu ve doğum öncesi bakım ziyaretlerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir (161). Ayrıca, bu kadınların gebeliklerini daha erken yaşta yaşama olasılıklarının yüksek olduğu, çoklu doğum yapma oranlarının arttığı ve gebelik sonlandırma oranlarının anlamlı şekilde yüksek olduğu ortaya konmuştur. Benzer şekilde, ABD’de 2023 yılında yapılan bir diğer çalışmada birinci derece kuzenler arasında yapılan evliliklerin sağlık sonuçları değerlendirilmiş ve bu evliliklerden doğan çocukların yaşam ömrünün ortalama üç yıl daha kısa olduğu belirlenmiştir. Bu etki, farklı ekonomik koşullarda ve zaman içinde tutarlı bir şekilde gözlemlenmiştir (162). Bu bulgular, akraba evliliğinin yalnızca kadının kendi sağlık davranışlarını değil, gelecek nesillerin sağlık sonuçlarını da etkileyebileceğini göstermektedir.

Kronik hastalık varlığı, PDSÖ toplam puanı ve hazırlık alt boyutunda anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Kronik hastalığı olmayan kadınlar, kronik hastalığı olanlara kıyasla daha yüksek sağlık davranışı puanlarına sahiptir (Tablo 6.3). Türkiye’de 2022 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olmayan ve sürekli ilaç kullanmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (163). Bu bulgu, kronik hastalıkların kadınların sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Ailede genetik hastalık öyküsünün varlığı, PDSÖ toplam puanı ve baş etme becerileri alt boyutunda anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Genetik hastalık öyküsü bulunmayan kadınların, stresle başa çıkma becerilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum, genetik yatkınlığın kadınların psikolojik dayanıklılığı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Ayrıca, genetik hastalık öyküsü olan kadınların sağlık davranışları ve yaşam biçimi üzerinde risk faktörü oluşturabileceği düşünülmektedir. Kanada’da 2019 yılında yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi genetik danışmanlığa katılan akraba çiftlerin anksiyete düzeylerinin azaldığı ve karar alma süreçlerinde daha güçlü hissettikleri ortaya konmuştur (164).

Çalışmamızda sürekli ilaç kullanan kadınların hazırlık alt boyut puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Türkiye’de 2024 yılında yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan kadınların sağlık anksiyetesi düzeylerinin daha yüksek olduğu ve ilaç kullanımının sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceği belirlenmiştir (165). Ayrıca, sürekli ilaç kullanan kadınların yaşam kalitelerinin ve sosyal katılımlarının ilaç kullanımına bağlı olarak değiştiği belirlenmiştir (166). Bu sonuçlar, ilaç kullanımının kadınların yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda psikososyal iyi oluşlarını da etkilemiş olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda, vajinal enfeksiyon geçiren kadınların hazırlık ve baş etme becerileri puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu bulgu, enfeksiyon yönetimi açısından kadınların sağlık davranışlarının yeterli seviyede olmadığını göstermektedir. Türkiye’de 2021 yılında yapılan bir çalışmada kadınların genital hijyen alışkanlıklarının enfeksiyon riskiyle doğrudan ilişkili olduğu belirlenmiştir. Yanlış uygulamalar, enfeksiyon riskini artırarak kadınların baş etme

süreçlerini olumsuz yönde etkileyebilir (167). Belçika’da 2023 yılında yapılan bir diğer çalışmada enfeksiyon geçiren kadınların özgüven azalması, sosyal aktivitelerden kaçınma ve sağlık kaygılarının artması gibi sonuçlara dikkat çekilmiştir (168).

İYE geçiren kadınlarda riskli sağlık davranışları alt boyutu puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Hindistan’da 2022 yılında yapılan bir çalışmada kadınların kamuya açık tuvaletlerin yetersiz hijyen koşulları nedeniyle idrar tutma eğiliminde olduğu ve bunun enfeksiyon riskini artırabileceği ortaya konmuştur (169). Benzer şekilde, Romanya’da 2024 yılında yapılan bir diğer çalışmada idrar yolu enfeksiyonlarının belirli yaş gruplarında daha yaygın görüldüğü ve kadınların enfeksiyon riskini artıran davranışlar sergilediği gösterilmiştir. Çalışmada, özellikle genç yetişkinlerde İYE görülme sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir (170).

Sigara kullanan bireyler, beslenme ve uyku alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Ayrıca sigara miktarı PDSÖ toplam puan, riskli davranışlar; eş sigara miktarı ile riskli davranışlar alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.4). Çalışmamızda pozitif korelasyon çıkmasının sebebi, kadınların %49,1’inin sağlık çalışanı olması olabilir. Bu sonuç, sigara içen bireylerin prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına daha fazla dikkat ettiğini veya risk faktörlerinin farkında olabileceğini düşündürmektedir. Sağlık çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmada, sağlık çalışanları arasında sigara içme oranı %49,3 olarak bulunmuştur. Bu oran, Türkiye genelinde yetişkin nüfusun sigara içme oranından (yaklaşık %43,5) daha yüksektir (171). Bu durum hem sigara içme oranının yüksekliğini hem de sağlık bilinci sebebiyle alt boyutlarda pozitif bir anlam çıkmasının sebeplerinden biri olabilir.

Çalışmamızda, alkol kullanımına göre PDSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.3). Türkiye’de 2024 yılında yapılan bir çalışmada alkol tüketiminin sağlık davranışları üzerinde belirgin bir etkisinin olmadığı belirtilmiştir (172). Bu bulgu, çalışma sonucumuzla benzerlik göstermektedir ve alkol tüketiminin kadınların genel sağlık alışkanlıkları üzerindeki etkisinin sınırlı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, diyet yapma durumu, PDSÖ toplam puanı, hazırlık ve baş etme becerileri alt boyutunda anlamlı farklılık göstermektedir ( $p<0,05$ ). Diyet yapmayan kadınların puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Literatürde, diyet yapmanın sağlık davranışları üzerindeki etkisi konusunda farklı bulgular yer almaktadır. Bazı çalışmalar, diyetin sağlık yönetimi üzerinde olumlu etkiler sunduğunu öne sürerken, bazıları beslenme kısıtlamalarının sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkileyebileceğini göstermektedir. Diyet yapmayan kadınların sağlık davranışı puanlarının daha yüksek olmasının nedenlerinden biri, bazı diyet seçeneklerinin (aralıklı oruç, tek öğün beslenme ve zayıflama çayı gibi) yeterli ve dengeli beslenmeyi engelleyebilmesi olabilir. Çin’de 2024 yılında yapılan bir çalışmada sağlıklı beslenme biçimlerinin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir (173).

Çalışmamızda yeterli ve dengeli beslenen kadınların prekonsepsiyonel sağlık davranışları puanlarının, yeterli ve dengeli beslenmeyen kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.4). ABD’de 2024 yılında yapılan bir çalışmada maternal prekonsepsiyonel beslenme dengesizliklerinin DDA ve metabolik hastalık riskini artırabileceği belirlenmiştir (174).

Çalışmamızda, düzenli FA yapan kadınların riskli sağlık davranışları alt boyutunda anlamlı derecede daha yüksek puan aldığı belirlenmiştir ( $p<0,05$ ) (Tablo 6.3). Bu bulgu, düzenli FA prekonsepsiyonel sağlık yönetimi üzerinde olumlu bir etkisi olduğunu göstermektedir. Türkiye’de 2017 yılında yapılan bir çalışmada düzenli FA yapan kadınların prekonsepsiyonel bakım alma olasılığının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir (175). Benzer şekilde, Slovenya’da 2021 yılında yapılan bir diğer çalışmada düzenli FA’nın fertilitiyi artırabileceği ve gebelik öncesi sağlık yönetimini iyileştirebileceği gösterilmiştir (176). Bu sonuçlar, prekonsepsiyonel dönemde düzenli FA alışkanlığı kazanmanın, riskli sağlık davranışlarının azalmasına ve üreme sağlığının desteklenmesine önemli katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Günlük çay ve kahve tüketimi ile PDSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 6.4). ABD’de 2022 yılında yapılan

bir çalıřmada dūřuk ve orta dūzeyde kafein tūketiminin doęurganlık ūzerinde belirgin bir etkisinin olmadıęı saptanmıřtır (177).



## 8. SONUÇ

Bu bölümde araştırma bulgularının değerlendirilmesinden elde edilen sonuçlar özetlenmiştir.

- Kadınların yaş ortalaması  $26,8\pm 3,02$ , eşlerin yaş ortalaması  $29,6\pm 3,69$ , evlenme yaşı ortalaması  $25,4\pm 2,99$  olarak belirlenmiştir.
- Gebelik planlayan kadınların PDSÖ toplam puan ortalaması  $25,30\pm 6,11$  olarak belirlenmiştir. Hazırlık alt boyutu ortalaması  $11,64\pm 3,29$ , baş etme becerileri  $3,85\pm 1,72$ , riskli davranışlar  $4,33\pm 1,63$  ve beslenme ile uyku  $5,47\pm 2,21$  olarak tespit edilmiştir. Kadınların genel olarak olumlu prekonsepsiyonel sağlık davranışlarına sahip olduğu görülmüştür.
- Yaş grupları, evlilik yaşı, çay, kahve ve alkol tüketimi ile PDSÖ toplam ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ).
- Araştırma bulgularına göre, BKİ ile PDSÖ puanı arasında negatif bir ilişki belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). BKİ arttıkça prekonsepsiyonel sağlık puanı düşmektedir.
- Çalışmamıza göre, eğitim durumu ve eşin eğitim düzeyinin PDSÖ puanını pozitif yönde etkilediği belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Çalışmamıza göre, çalışmayan ve akraba evliliği yapan kadınların PDSÖ toplam, hazırlık ve baş etme becerileri puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- PDSÖ toplam puanları sağlık çalışanı olma durumuna göre incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Hazırlık alt boyutunda gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- Araştırma bulgularına göre, gelir durumu açısından baş etme becerileri puanlarında anlamlı farklılıklar gözlemlenmiş, yüksek gelir düzeyine sahip kadınların baş etme becerileri puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Sosyal güvenceye sahip kadınların PDSÖ toplam puanı, hazırlık alt boyut puanı ve beslenme ve uyku puanı, sosyal güvencesi olmayan kadınlara kıyasla daha yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

- Kronik hastalığı olan ve sürekli ilaç kullanan kadınların PDSÖ toplam ve hazırlık alt boyut puanları daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ).
- Ailesinde genetik hastalık öyküsü bulunmayan kadınların PDSÖ toplam puanı ve baş etme becerileri alt boyutunda daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Araştırma bulgularına göre, vajinal enfeksiyon geçiren ve diyet yapan kadınların hazırlık ve baş etme becerileri puanları daha düşük saptanmıştır ( $p<0,05$ ).
- İYE olan ve düzenli FA yapmayan kadınlarda riskli sağlık davranışları alt boyutu puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ).
- Sigara kullanan kadınların beslenme ve uyku alt boyutunda anlamlı olarak daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ayrıca, eşin sigara tüketim miktarı ile riskli sağlık davranışları alt boyutu arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ).

Prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışlarını geliştirmek ve danışmanlık süreçlerinin bilimsel ve etkili yürütülmesini sağlamak amacıyla hem toplum genelinde bilgilendirme kampanyaları hem de sağlık profesyonellerine yönelik özel eğitim programları oluşturulması önerilmektedir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde prekonsepsiyonel bakım süreçlerinin kapsamı genişletilerek, multidisipliner yaklaşımla çiftlerin sağlık davranışlarını iyileştirmeye yönelik bütüncül sağlık geliştirme programları uygulanması önerilmektedir.

Sağlık teknolojileri, kadınların prekonsepsiyonel sağlık süreçlerini daha etkin takip etmelerini sağlayabilir. Mobil uygulamalar ve dijital sağlık platformları aracılığıyla beslenme düzeni, fiziksel aktivite ve sağlık geçmişinin izlenmesiyle bilinç düzeyi artırılabilir.

Prekonsepsiyonel bakımın daha geniş kitlelere ulaşmasını sağlamak için kamu politikaları geliştirilmeli ve dezavantajlı gruplara ücretsiz danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır. Multidisipliner ekiplerin yürüttüğü bu süreç, kadınların sağlık okuryazarlığını artırarak bilinçli kararlar almalarını destekleyecek ve bakım hizmetlerini daha bütüncül ve etkili hâle getirecektir.

## 9. KAYNAKLAR

1. Aslantekin-Öz Çoban, F., & Sayiner, F. D. (2020). Prekonsepsiyonel bakımın, danışmanlığın kapsamı, yararları ve önemi. İçinde G. Demirel & F. D. Sayiner (Eds.), Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık (s. 1). Akademisyen Kitabevi. World Health Organization.
2. World Health Organization. (2020). Number of neonatal deaths—by cause. World Health Organization.  
<https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/number-of-neonatal-deaths---by-cause> (Erişim tarihi: 8 Şubat 2025).
3. World Health Organization. (2020). Maternal mortality ratio (per 100,000 live births). World Health Organization.  
[https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://platform.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/MCA/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births)) (Erişim tarihi: 8 Şubat 2025).
4. UNESCO Türkiye Millî Komisyonu. (2022). Sürdürülebilir Kalkınma 2030 Hedefleri İhtisas Komitesi.  
<https://www.unesco.org.tr/Pages/108/219/S%C3%BCrd%C3%BCr%C3%BClebilir-Kalk%C4%B1nma-2030-Hedefleri-%C4%B0htisas-Komitesi> (Erişim Tarihi: 8 Şubat 2025).
5. Benedetto, C., Borella, F., Divakar, H., O'Riordan, S. L., Mazzoli, M., Hanson, M., O'Reilly, S., Jacobsson, B., Conry, J. A., McAuliffe, F. M., & FIGO Committee on Well Woman Healthcare, FIGO Committee on the Impact of Pregnancy on Long-Term Health. (2024). FIGO preconception checklist: Preconception care for mother and baby. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, 165(1), 1–8.
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2006). Ulusal anne ölümleri çalışması 2005. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, ICON-Institute Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık.

7. Gurkan, O. C., & Abbasoglu, D. (2021). Preconception risk factors and preconception care practices in a hospital-based Turkish sample. *Clinical and Experimental Obstetrics & Gynecology*, 29, 5–7.
8. Johnson, K., Posner, S. F., Biermann, J., Cordero, J. F., Atrash, H. K., Parker, C. S., & Curtis, M. G. (2006). Recommendations to improve preconception health and health care—United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55(4), 1–23.
9. Baysoy, N. G., & Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23(3).
10. Gökdemir, F., & Eryılmaz, G. (2017). Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 3(3), 204-212.
11. Çevik Ergi, E., & Şahin, M. K. (2021). Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler. *TJFMPC*, 17(1), 139-144.
12. Kaplan, M. (2023). NEÜ Meram Tıp Fakültesi intern hekimlerinin prekonsepsiyonel bakım hakkındaki farkındalıklarının değerlendirilmesi.
13. Lammers, C. R., Hulme, P. A., Wey, H., Kerkvliet, J., & Arunachalam, S. P. (2017). Understanding women’s awareness and access to preconception health care in a rural population: A cross-sectional study. *Journal of Community Health*, 42, 489–499.
14. Doğaner, G., & Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 20(5), 215-221.
15. TNSA 2018. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.  
[https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019\\_tnsa\\_anarapor\\_compressed.pdf](https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2019_tnsa_anarapor_compressed.pdf) (Erişim tarihi: 9 Şubat 2025).
16. Taner, S. ve Çalışır, H. (2021). Planlanmamış Gebeliğin Doğum Sonrası Erken Dönemdeki Annelik Davranışına Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(1), 37-50.

17. Moos, M. K. (2006). Preconception health: Where to from here? *Women's Health Issues*, 16(4), 156–158.
18. Gökçe Tütüncü, S. (2022). Üniversite öğrencilerinin prekonsepsiyonel bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi).
19. Turan, Z., Ozdemir, K., Baskaya, Y. H., Tarus, H. A., & Kurt, G. (2022). Preconception health behaviours of women planning a pregnancy: A scale development study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 279, 19–26.
20. World Health Organization. (2013). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6–7 February 2012: Meeting report. World Health Organization.  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/78067/9789241505000_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
21. Amanak, K., & Karaçam, Z. (2019). Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges*, 9(1), 8-12. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/834360> (Erişim Tarihi: 10 Mart 2025)
22. Xu, J., Li, X., & Zhou, Q. (2022). Nationwide-free preconception care strategy: Experience from China. *Frontiers in Public Health*, 10, 934983.
23. Gökdemir, F., & Eryılmaz, G. (2018). Üreme Çağındaki Bireylerde Prekonsepsiyonel Beslenme. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, 14, 79–105.
24. Dorney, E., & Black, K. (2024). Preconception care. *Australian Journal of General Practice*, 53(11), 805–812.
25. Shawe, J., Delbaere, I., Ekstrand, M., Hegaard, H. K., Larsson, M., Mastroiacovo, P., Stern, J., Steegers, E., Stephenson, J., & Tydén, T. (2015). Preconception care

policy, guidelines, recommendations and services across six European countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception*, 20(2), 77–87.

26. Withanage, N. N., Botfield, J. R., Srinivasan, S., Black, K. I., & Mazza, D. (2022). Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 72(725), e865–e872.

27. Freda, M. C., Moos, M. K., & Curtis, M. (2006). The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Maternal and Child Health Journal*, 10, 43-52.

28. Atrash, H., Jack, B. W., & Johnson, K. (2008). Preconception care: a 2008 update. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 20(6), 581–589.

29. Jack, B. W., Atrash, H., Bickmore, T., & Johnson, K. (2008). The future of preconception care: A clinical perspective. *Women's Health Issues*, 18(6), S19-S25.

30. Poels, M., Koster, M. P., Franx, A., & van Stel, H. F. (2017). Healthcare providers' views on the delivery of preconception care in a local community setting in the Netherlands. *BMC health services research*, 17(1), 92.

31. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Genelgesi 2010/13. Ana çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü <https://www.saglik.gov.tr/TR-11145/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi-genelgesi-2010--13.html> (Erişim Tarihi: 13 Mart 2025)

32. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2014). 2014-24 Sayılı Evlilik Öncesi Danışmanlık Genelgesi. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2014-24\\_Sayili\\_Evlilik\\_Oncesi\\_Danismanlik\\_Genelgesi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2014-24_Sayili_Evlilik_Oncesi_Danismanlik_Genelgesi.pdf) (Erişim Tarihi: 13 Mart 2025)

33.Sağlık Bakanlığı (2015). 15-49 yaş kadın izlemleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar-2/15-49yas-kadin-izlem-programi.html>

(Erişim Tarihi: 13 Mart 2025)

34. Yurtsever, C., & Set, V. (2018). Relationship between preconception care and pregnancy planning status with folic acid and smoking: A cross-sectional study. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 12(1), 43-48.

35. Temel, S., Birnie, E., Sonneveld, H. M., Voorham, A. J., Bonsel, G. J., Steegers, E. A., & Denктаş, S. (2013). Determinants of the intention of preconception care use: Lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International Journal of Public Health*, 58(2), 295-304.

36. Suto, M., Mitsunaga, H., Honda, Y., Maeda, E., Ota, E., & Arata, N. (2021). Development of a health literacy scale for preconception care: a study of the reproductive age population in Japan. *BMC public health*, 21(1), 2057.

37. Agricola, E., Pandolfi, E., Gonfiantini, M. V., Gesualdo, F., Romano, M., Carloni, E., Mastroiacovo, P., & Tozzi, A. E. (2014). A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC medical informatics and decision making*, 14, 33.

38. ACOG Committee Opinion No. 762. (2019). Prepregnancy counseling. *Obstetrics and Gynecology*, 133(1), e78–e89.

39. Gönenç, I., & Tuzcular Vural, E. Z. (2022). Bir gebeliğe hazırlanmak: Prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 26(3), 77-87.

40. Gardiner, P. M., Nelson, L., Shellhaas, C. S., Dunlop, A. L., Long, R., Andrist, S., & Jack, B. W. (2008). The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(6 Suppl 2), S345–S356.

41. Koletzko, B., Godfrey, K. M., Poston, L., Szajewska, H., van Goudoever, J. B., de Waard, M., Brands, B., Grivell, R. M., Deussen, A. R., Dodd, J. M., Patro-Golab, B., Zalewski, B. M., & EarlyNutrition Project Systematic Review Group (2019). Nutrition During Pregnancy, Lactation and Early Childhood and its Implications for Maternal and Long-Term Child Health: The Early Nutrition Project Recommendations. *Annals of nutrition & metabolism*, 74(2), 93–106.
42. Hanson, M. A., Bardsley, A., De-Regil, L. M., Moore, S. E., Oken, E., Poston, L., ... Morris, J. L. (2015). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First". *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 131, S213-S253.
43. Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D. A. J. M., Hutchinson, J., Cade, J. E., Poston, L., Barrett, G., Crozier, S. R., Barker, M., Kumaran, K., Yajnik, C. S., Baird, J., & Mishra, G. D. (2018). Before the beginning: Nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *Lancet (London, England)*, 391(10132), 1830–1841.
44. Chahal, N., Qureshi, T., Eljamri, S., Catov, J. M., & Fazeli, P. K. (2024). Impact of low maternal weight on pregnancy and neonatal outcomes. *Journal of the Endocrine Society*, 9(1), bvae206.
45. Rasmussen, K. M., & Yaktine, A. L. (Eds.). (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. National Academies Press.
46. Dünya Sağlık Örgütü. (2024). Obesity and overweight. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (Erişim Tarihi: 15 Mart 2025)
47. Yanikkerem, E., & Mutlu, S. (2012). Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(3), 353-364.

48. Koçak, D. Y., & Bingöl, D. (2019). Obezitenin Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkileri, Hemşirelik Yaklaşımı. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 2(2), 110-119.
49. Kirit E, Bilgin L. Maternal obezitenin fetal ve neonatal etkileri. İnce EZ, editör. Annenin Hastalıkları ve Yenidoğanın Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.46-9.
50. Klebanoff, M. A., Levine, R. J., DerSimonian, R., Clemens, J. D., & Wilkins, D. G. (1999). Maternal serum paraxanthine, a caffeine metabolite, and the risk of spontaneous abortion. *The New England journal of medicine*, 341(22), 1639–1644.
51. Dutucu, N., & Yazıcı, S. (2020). Beslenme ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In G. Demirel & F. D. Sayiner (Eds.), *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık* (s. 47). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
52. Hasdemir, Ö. (2023). Web tabanlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlığın kadınlarda risk farkındalığına ve sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi (Doktora tezi, Ebelik Anabilim Dalı). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi.
53. World Health Organization (WHO). (2017). Global targets 2025 to improve maternal, infant and young children nutrition <https://iris.who.int/handle/10665/259188> (Erişim Tarihi: 15 Şubat 2025)
54. Hallberg, L. (2001). Perspectives on nutritional iron deficiency. *Annual Review of Nutrition*, 21(1), 1-21.
55. Breyman, C., Bian, X. M., Blanco-Capito, L. R., Chong, C., Mahmud, G., & Rehman, R. (2011). Expert recommendations for the diagnosis and treatment of iron-deficiency anemia during pregnancy and the postpartum period in the Asia-Pacific region. *Journal of perinatal medicine*, 39(2), 113–121.
56. World Health Organization. (2018). Iron with or without folic acid supplementation in women. *World Health Organization*.

[https://www.who.int/elena/titles/full\\_recommendations/ifa\\_supplementation/en](https://www.who.int/elena/titles/full_recommendations/ifa_supplementation/en)

(Erişim Tarihi: 15 Şubat 2025)

57. U.S. Preventive Services Task Force. (2009). Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 150(9), 626–631.

58. De Santis, M., Quattrocchi, T., Mappa, I., Spagnuolo, T., Licameli, A., Chiaradia, G., & De Luca, C. (2013). Folic acid use in planned pregnancy: An Italian survey. *Maternal and Child Health Journal*, 17(4), 661–666.

59. T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetimi rehberi. [https://hsgm.saglik.gov.tr/Depo/Birimler/Kadin\\_Ve\\_Ureme\\_Sagligi\\_Db/Dokumanlar/Rehbler/Dogum\\_Oncesi\\_Bakim\\_08-01-2019\\_1.Pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/Depo/Birimler/Kadin_Ve_Ureme_Sagligi_Db/Dokumanlar/Rehbler/Dogum_Oncesi_Bakim_08-01-2019_1.Pdf).

60. Budak, N. (2002). Folik asitin kadın ve çocuk sağlığında önemi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 24(4), 209-214.

61. Kabaran S, Ayaz A. Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg.* 2013; 70:103-12.

62. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstetrics and Gynecology*, 135(4), e178–e188.

63. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması (TBSA) 2017. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/dep0/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/TBSA\\_2017\\_Ozet\\_Bulgular.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/dep0/birimler/saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-db/Dokumanlar/Kitaplar/TBSA_2017_Ozet_Bulgular.pdf)

64. Baptiste-Roberts, K., Ghosh, P., & Nicholson, W. K. (2011). Pregravid physical activity, dietary intake, and glucose intolerance during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1847–1851.

65. Başkaya, Y., & Sayiner, F. D. (2020). Yaş faktörü ve prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık. In G. Demirel & F. D. Sayiner (Eds.), *Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık* (s. 121). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
66. Lean, S. C., Derricott, H., Jones, R. L., & Heazell, A. E. P. (2017). Advanced maternal age and adverse pregnancy outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS one*, *12*(10), e0186287.
67. Çabuk Aİ, Açıkgöz K, Akpınar E. Adölesan gebeliklere yaklaşım ve koruyucu hekimlik. Artıran İğde FA, editör. Birinci Basamakta Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığına Yaklaşım. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.55- 9.
68. Türkiye İstatistik Kurumu. (2019). Doğum istatistikleri, 2018. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2018-30696>
69. Liu, X., & Zhang, W. (2014). Effect of maternal age on pregnancy: a retrospective cohort study. *Chinese medical journal*, *127*(12), 2241–2246.
70. Marcho, C., Oluwayiose, O. A., & Pilsner, J. R. (2020). The preconception environment and sperm epigenetics. *Andrology*, *8*(4), 924–942.
71. Pan American Health Organization & World Health Organization. (2017). *Maternal and neonatal immunization field guide*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34150>
72. Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *About vaccines and pregnancy*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/index.html> (Erişim Tarihi 18 Mart 2025).
73. Arslan, T., & Başgül Yiğiter, A. (2012). Gebelik takibinde güncel yaklaşımlar: New aspects of the routine prenatal care. *Turkish Family Physician*, *3*(2), 1–13.
74. Coonrod, D. V., Jack, B. W., Boggess, K. A., Long, R., Conry, J. A., Cox, S. N., Cefalo, R., Hunter, K. D., Pizzica, A., & Dunlop, A. L. (2008). The clinical content of

preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 199(6 Suppl 2), S290–S295.

75. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care, American College of Obstetricians and Gynecologists' Immunization, Infectious Disease, and Public Health Preparedness Expert Work Group (2020). Human Papillomavirus Vaccination: ACOG Committee Opinion, Number 809. *Obstetrics and gynecology*, 136(2), e15–e21.

76. Petrosky, E., Bocchini, J. A., Jr, Hariri, S., Chesson, H., Curtis, C. R., Saraiya, M., Unger, E. R., Markowitz, L. E., & Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2015). Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 64(11), 300–304.

77. Witt, K., & Huntington, M. K. (2016). Preconception Counseling. *South Dakota medicine: the journal of the South Dakota State Medical Association*, 69(3), 103–107.

78. Öztürk, Z. (2018). Gebelikte ilaç kullanımını ve risk değerlendirmesi: Beni kategorize etme. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 109–112.

79. Öztürk, Y. (2024). Önemli Bir Sorun: Gebelikte Bilinçsizce İlaç Kullanımı. *Health Academy Kastamonu*, 9(2), 271-287.

80. Gökdemir, F. (2015). Prekonsepsiyonel bilgi ve tutum ölçeğinin geliştirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

81. Cömert, M. (2019). Gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi (Master's thesis, Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü).

82. Yılmaz T, Tarhan P. Gebelikte sigara kullanımını ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*. 2016:140-147.

83. TÜİK. (2023). İstatistiklerle aile. Erişim adresi:

<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Aile-2023-53784>.

84. Ayan, D., Şen, R. B., Yurtkuran, S., & Ünal, G. (2002). Akraba evliliğinin kültür birikiminde ve toplum hayatındaki bazı görünümüleri: dil, din ve tıp. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 5(5).

85. Yılmaz, A., Dayıoğlu, H., & Bulut, E. (2019). Kütahya ilinde akraba evliliği sıklığı ve sonuçları. *Journal of Science and Technology of Dumlupınar University*, (043), 53-73.

86. Çakır, D., Erbaş Demirel, N., & Sayiner, F. D. (Eds.). (2021). *Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık*. Akademisyen Kitabevi.

87. Şen, Ş. R., & Aksu, H. (2015). The Incidence of Consanguineous Marriages and Affecting Factors in Women Aged 15-49 Years in Aydın, Turkey. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 23(2), 126-135.

88. Güner, S., & Saydam, B. K. (2018). Prekonsepsiyonel bakım ve genetik danışmanlık. In N. Soğukpınar & B. K. Saydam (Eds.), *Doğum öncesi bakım*. Ankara: Vize Basın Yayıncılık.

89. Zortul, S. (2015). *Gebelerde prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörler* (Uzmanlık tezi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye). Tez danışmanı: Y. Çayır.

90. World Health Organization. (2013). Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health- Policy brief.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-13.02>

91. Tuncer Yılmaz, B. (2023). Prekonsepsiyonel bakımda genetik danışmanlık, risk faktörlerinin belirlenmesi ve yönetimi. In N. Özerdoğan (Ed.), *Prekonsepsiyonel bakımda güncel yaklaşımlar* (1. baskı, pp. 20–25). Ankara: Türkiye Klinikleri.

92. World Health Organization. (2024). Sexually transmitted infections (STIs). *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-%28stis%29>
93. Megli, C. J., & Coyne, C. B. (2022). Infections at the maternal-fetal interface: An overview of pathogenesis and defence. *Nature Reviews Microbiology*, 20(2), 67–82.
94. Taşkın L. Riskli Gebelikler. Taşkın L, editör. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 17. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi: 2021. p. 277.
95. Genç Koyucu, R., Tosun, Y., & Katran, B. (2017). Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri: Preconceptional counselling needs among women of reproductive age. *JAREN*, 5(1), 20–30.
96. Demir, E., Toker, E., Demirel, G., & Sayiner, F. D. (Eds.). (2021). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Akademisyen Kitabevi.
97. Bramham, K., Parnell, B., Nelson-Piercy, C., Seed, P. T., & Poston, L. (2014). Chronic hypertension and pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 348, g2301.
98. Health Agency of Canada. (2017). Chapter 2: Preconception care. In *Public family-centred maternity and newborn care: National guidelines*. Ottawa, ON: PHAC.
99. Battino, D., Tomson, T., Bonizzoni, E., et al. (2024). Risk of major congenital malformations and exposure to antiseizure medication monotherapy. *JAMA Neurology*, 81(5), 481–489.
100. Tantik Pak, A., Bozdemir, H., Aslan, K., Peköz, T., Ünal, İ., & Büyükkurt, S. (2017). Epilepsili kadınların gebelik ve doğum sonuçları. *Türkiye Klinikleri Journal of Neurology*, 12(3), 64–70.
101. Dumitrascu, M. C., Nenciu, A. E., Florica, S., Nenciu, C. G., Petca, A., Petca, R. C., et al. (2021). Hyperthyroidism management during pregnancy and lactation (Review). *Experimental and Therapeutic Medicine*, 22(3), 960.

102. Ruangvutilert, P., Phatihattakorn, C., Yaiyiam, C., & Panchalee, T. (2023). Pregnancy outcomes among women affected with thalassemia traits. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 307(431–438).
103. Öztürk, N., & Aydın, N. (2018). The importance of maternal mental health. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 2(29-36).
104. Jiang, H., Su, Y., Xiong, X., Harville, E., Wu, H., Jiang, Z., et al. (2016). Prevalence and risk factors of periodontal disease among pre-conception Chinese women. *Reproductive Health*, 13(1), 141.
105. Körükcü, Ö., Deliktaş, A., Aydın, R., & Kabukcuoğlu, K. (2017). Gebelikte psikososyal sağlık durumu ve doğum korkusu. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 7(2), 152–158.
106. Şahin, E. M., & Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Balkan Medical Journal*, 27(1), 515–518. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/bmj/issue/3764/50054>
107. Yalnız Dilcen, H., Karaca Saydam, B., Demirel, G., & Sayiner, F. D. (Eds.). (2021). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Akademisyen Kitabevi.
108. Catalao, R., Mann, S., Wilson, C., & Howard, L. M. (2020). Preconception care in mental health services: Planning for a better future. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 180–181.
109. World Health Organization. (2024). Violence against women. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women#:~:text=Estimates%20published%20by%20WHO%20indicate,violence%20i%20intimate%20partner%20violence.>
110. UN Women. (2024, November 25). Facts and figures: Ending violence against women. *UN Women*. <https://www.unwomen.org/en/articles/facts-and-figures/facts-and-figures-ending-violence-against-women>

111. Tel, H., Kocataş, S., Güler, N., Tel Aydın, H., & diğerleri. (2019). Evli kadınların aile içi şiddete maruz kalma durumu ve etkileyen faktörler. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, 256-264.
112. Taşpınar, A., Karabudak, S. S., Çoban, A., & Adana, F. (2021). Gebelikte aile içi şiddete maruz kalmanın postpartum depresyon ve maternal bağlanmaya etkisi. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 94–102.
113. Pallitto, C. C., García-Moreno, C., Jansen, H. A., Heise, L., Ellsberg, M., & Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3–9.
114. Miller, E., McCauley, H. L., Tancredi, D. J., Decker, M. R., Anderson, H., & Silverman, J. G. (2014). Recent reproductive coercion and unintended pregnancy among female family planning clients. *Contraception*, 89(2), 122–128.
1115. Özerdoğan N., Yılmaz B. (2017). Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Dergisi, 3(3), 198-203.
116. Bodin, M., Kall, L., Tyden, T., Stern, J., Drevin, J., & Larsson, M. (2017). Exploring men's pregnancy-planning behaviour and fertility knowledge: A survey among fathers in Sweden. *Upsala Journal of Medical Sciences*, 122(2), 127–135.
117. Bülez, A., Demirel, G., & Sayiner, F. D. (Eds.). (2021). Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Akademisyen Kitabevi.
118. Aksoy, A., Yılmaz, D. V. (2019). Toplum Sağlığını Arttırmada Yeni Bir Hizmet Modeli: Prekonsepsiyonel Bakım ve Hemşirenin Rolü. Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 16(1), 60-67.
119. Ünal E, Yağmur Y. Prekonsepsiyonel bakımda kanıta dayalı yaşam tarzı müdahaleleri. Özerdoğan N, editör. Prekonsepsiyonel Bakımda Güncel Yaklaşımlar. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2023. p.26-33.

120. Tabachnick and Fidell, 2013 B.G. Tabachnick, L.S. Fidell Using Multivariate Statistics (sixth ed.) Pearson, Boston (2013)
121. George, D., ve Mallery, M. (2010). SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 update (10a ed.) Boston: Pearson
122. Güner, S., Karaca Saydam, B., Çeber Turfan, E., Soğukpınar, N., & Ekti Genç, R. (2021). The importance of pre-marriage preconceptional care and the counseling role of midwives. *Gevher Nesibe Journal of Medical & Health Sciences*, 6(11), 79-85.
123. Karaca, D. A. (2024). Prekonsepsiyonel dönemde Akdeniz tipi diyete uyumun ve kafein tüketiminin değerlendirilmesi/Compliance with the mediterranean-type diet during the preconceptional period and evaluation of caffeine consumption (Master's thesis, İstanbul Atlas Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü).
124. Eralp, A. (2020). Ortalama evlilik yaşının yükselmesini etkileyen faktörler ve cinsiyete göre farklılıklar. *Optimum Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 7(2), 395–412.
125. Erkal Aksoy, Y. (2019). Prekonsepsiyonel dönemde verilen eğitimin kadınların sağlık davranışları değişim aşamalarına (Transtheoretik Model) etkisi (Doktora tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir).
126. Eurostat. (2022). Overweight and obesity - BMI statistics. *Statistics Explained*. <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?oldid=650232>
127. Ceren, M. (2022). Evlilik hazırlığı yapan çiftlerin prekonsepsiyonel bakım farkındalığı ve bilgisinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Tokat.
128. Chivers, B. R., Boyle, J. A., Lang, A. Y., Teede, H. J., Moran, L. J., & Harrison, C. L. (2020). Preconception health and lifestyle behaviours of women planning a pregnancy: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6), 1701.

129. Benli, M. (2019). Primigravidaların prekonsepsiyonel bakıma ilişkin bilgi düzeyleri ve bakım alma durumları (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
130. Nascimento, N. C., Borges, A. L. V., & Fujimori, E. (2019). Preconception health behaviors among women with planned pregnancies. *Revista brasileira de enfermagem*, 72(suppl 3), 17–24.
131. Can Gürkan, Ö., & Ertuğrul Abbasoğlu, D. (2021). Türk Kadın Örnekleminde Gebelik Öncesi Risk Faktörleri ve Gebelik Öncesi Bakım Uygulamaları. *Klinik ve Deneysel Sağlık Bilimleri*, 11(3), 547-553.
132. Aydın Emre, M. (2019). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Eskişehir Devlet Hastanesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi (Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
133. Barutçu, S. (2016). Adana il merkezinde aile hekimleri ve gebelerde prekonsepsiyonel bakımın değerlendirilmesi
134. Karataş, M., & Gölbaşı, Z. (2021). Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık riskleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(2), 151-158.
135. Abdu, Y., Ahmed, K., Ibrahim, M. I. M., Abdou, M., Ali, A., Alsiddig, H., Selim, N. A., & Yassin, M. A. (2023). Perception of consanguineous marriage among the qatari population. *Frontiers in public health*, 11, 1228010.
136. Islam M. M. (2021). Consanguineous marriage and its relevance to divorce, polygyny and survival of marriage: evidence from a population-based analysis in Jordan. *Annals of human biology*, 48(1), 30–36.
137. Cihan, E. G., Özçırpıcı, B., & Özgür, S. (2021). Son bir yıl içinde gebeliği sonlanmış olan tüm kadınların gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Zeugma He-alth Res*, 3(1), 11-19.

138. Rahman, S., & Ozan, A. T. (2020). Vajinal Akıntı Şikâyeti Olan Kadınlarda Sık Görülen Genital Yol Enfeksiyonlarının İncelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(4), 469-475.
139. Mujuzi, H., Siya, A., & Wambi, R. (2023). Infectious vaginitis among women seeking reproductive health services at a sexual and reproductive health facility in Kampala, Uganda. *BMC Women's Health*, 23(1), 677.
140. Yıldırım, F. (2009). Kırsal veya kentsel bölgede yaşayan kadınlarda genital hijyen davranışları ve ilişkili faktörler.
141. Kumwenda, P., & Semu, P. (2025). Characterization of urinary tract infections among females at a tertiary hospital in Malawi: a retrospective study. *BMC Infectious Diseases*, 25(1), 466.
142. McDougall, B., Kavanagh, K., Stephenson, J., Poston, L., Flynn, A. C., & White, S. L. (2021). Health behaviours in 131,182 UK women planning pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 530.
143. Hernández-Martínez, N., Pérez-Chablé, A. P., Cárdenas-Villarreal, V. M., Cruz-Chávez, N. E., & Santos-Flores, J. M. (2024). Knowledge and practice of preconception care among women in southeastern Mexico. *Revista Cuidarte*, 15(2), e3512.
144. Özcan, H., Arar, İ. ve Çakır, A. (2018). Babalar ve Gebelik Süreci. *Zeynep Kâmil Tıp Bülteni*, 49(1), 72–6.
145. Dennis, C. L., Brennenstuhl, S., Brown, H. K., Bell, R. C., Marini, F., & Birken, C. S. (2022). High-risk health behaviours of pregnancy-planning women and men: Is there a need for preconception care?. *Midwifery*, 106, 103244.
146. Özden, Y. (2024). Fiziksel engelli kadınların prekonsepsiyonel dönem sağlık davranışları ile sağlık hizmetlerine erişim durumlarının belirlenmesi (Yüksek lisans tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Ana Bilim Dalı).

147. Aksoy, Y. E., & Özentürk, M. G. (2021). Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların sağlık davranışları değişim aşamaları (transteoretik model): randomize kontrollü çalışma. *Genel Tıp Dergisi*, 31(4), 330-338.
148. Boxem, A. J., Blaauwendraad, S. M., Mulders, A. G. M. G. J., et al. (2024). Kadınlarda ve erkeklerde gebelik öncesi ve erken gebelik vücut kitle indeksi, gebelik süresi ve düşük riski. *JAMA Network Open*, 7(9), e2436157.
149. Özarslan, S. (2020). Evlilik yaşı ve içerdiği sorunlar. *Bartın Üniversitesi İslami İlimler Fakültesi Dergisi*, (14), 249-259.
150. Akgün, Z. G., Çevirme, A., Küçük, H. İ., & Gökçay, G. (2023). Adölesan Gebelikler ve Halk Sağlığı Hemşireliği Yaklaşımları. *Euroasia Journal of Mathematics, Engineering, Natural & Medical Sciences*, 10(29), 96-101.
151. Koçak, K. (2019). *Adölesanlarda sağlık okuryazarlığının riskli sağlık davranışları üzerindeki etkisi* (Master's thesis, Necmettin Erbakan University (Turkey)).
152. Du, L., La, X., Zhu, L., Jiang, H., Xu, B., Chen, A., & Li, M. (2021). Utilization of preconception care and its impacts on health behavior changes among expectant couples in Shanghai, China. *BMC pregnancy and childbirth*, 21(1), 491.
153. Karaçam, Z., Dönmez, A., Üstündağ, H., & Doğan, H. (2021). Kadınların kaygı düzeyleri ve stres ile baş etme yöntemlerinin incelenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 60-69.
154. Fatima, M. (2024). A comparative analysis of stress and coping mechanisms among working and non-working women. *Assistant Professor, Department of Home Science, Aligarh Muslim University, Aligarh*.
155. Deshpande, S., Lavalekar, A., & Janrao, S. (2016). Comparison of psychological well-being of women across working and non-working status. In Proceedings of the 26th Annual Conference of the National Academy of Psychology (NAOP), IIT

Madras, 29-31 December, Chennai, Dept. of Management Studies, IIT Madras, Chennai.

156. Zaganjor, I., Carmichael, S. L., Agopian, A. J., Olshan, A. F., & Desrosiers, T. A. (2020). Differences in pre-pregnancy diet quality by occupation among employed women. *Public Health Nutrition*, 23(11), 1974–1981.

157. Steel, A., Lucke, J., Reid, R., & Adams, J. (2016). A systematic review of women's and health professional's attitudes and experience of preconception care service delivery. *Family practice*, 33(6), 588–595. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmw094>

158. Mehta, R., Mittal, A., Singh, D., & Patel, C. (2020). Impact of income on perceived stress, coping, and family functioning in Indian females with pseudoseizures. *International Journal of Epilepsy*, 6, 43–49.

159. Lotfi, S., & Karataş, K. (2020). Meme kanseri hastası yoksul kadınlarda baş etme süreçlerinin incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 16, 23–42.

160. De Oliveira Teixeira, L. M., Uribe, F. A. R., Moreira, H. L. F., & da Silva Pedrosa, J. (2024). Associations between retirement, social security policies and the health of older people: a systematic review. *BMC public health*, 24(1), 2473.

161. Iqbal, S., Zakar, R., Fischer, F., & Zakar, M. Z. (2022). Consanguineous marriages and their association with women's reproductive health and fertility behavior in Pakistan: secondary data analysis from Demographic and Health Surveys, 1990-2018. *BMC women's health*, 22(1), 118.

162. Hwang, S., Jakob, D., & Squires, M. (2023). Health effects of cousin marriage: Evidence from US genealogical records. *Available at SSRN 4632501*.

163. Çiftçi kıraç, f., & ertaş, h. (2022). Yetişkin bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının ve hasta aktivasyonunun değerlendirilmesi: kesitsel bir araştırma. *Türkiye klinikleri journal of health sciences/türkiye klinikleri sağlık bilimleri dergisi*, 7(1).

164. Thain, E., Shuman, C., Miller, K., Sappleton, K., Myles-Reid, D., Chitayat, D., Gibbons, C. (2019). Prenatal and preconception genetic counseling for consanguinity: Consanguineous couples' expectations, experiences, and perspectives. *Journal of Genetic Counseling*, 28(5): 982-992.
165. Kalmaz, A., & Temel, M. (2024). Kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerde akılcı ilaç kullanımı, sağlık anksiyetesi ve siberkondri. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 8(1), 42-54.
166. Altuntaş, O., Akı, E., & Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 3(2), 79-86.
167. Akca, D., & Türk, R. (2021). Kadınların genital hijyene ilişkin davranışlarının belirlenmesi. *Kafkas Journal of Medical Sciences*, 11(1), 1-9.
168. Brusselmans, J., De Sutter, A., Devleeschauwer, B., Verstraelen, H., & Cools, P. (2023). Scoping review of the association between bacterial vaginosis and emotional, sexual and social health. *BMC Women's Health*, 23(1), 168.
169. Jagtap, S., Harikumar, S., Vinayagamorthy, V., Mukhopadhyay, S., & Dongre, A. (2022). Comprehensive assessment of holding urine as a behavioral risk factor for UTI in women and reasons for delayed voiding. *BMC Infectious Diseases*, 22(1), 521.
170. Mititelu, M., Olteanu, G., Neacşu, S. M., Stoicescu, I., Dumitrescu, D. E., Gheorghe, E., ... & Lupu, C. E. (2024). Incidence of urinary infections and behavioral risk factors. *Nutrients*, 16(3), 446.
171. Talay, F., Altın, S., & Çetinkaya, E. (2007). İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi*, 55(1), 43-50.
172. Sayili, U., Sak, K., Aydın, S. N., Kara, B., Turgut, D., & Bisgin, O. (2024). Development, validity and reliability of the healthy lifestyle behavior scale. *Discover Public Health*, 21(1), 62.

173. Pu, F., Lin, J., Wei, Y., Li, J., Liao, X., Shi, L., ... & Hu, W. (2024). Association of dietary behavior patterns of middle-aged and older adults with their obesity metabolic phenotype: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 24(1), 2311.
174. Jahan-Mihan, A., Leftwich, J., Berg, K., Labyak, C., Nodarse, R. R., Allen, S., & Griggs, J. (2024). The Impact of Parental Preconception Nutrition, Body Weight, and Exercise Habits on Offspring Health Outcomes: A Narrative Review. *Nutrients*, 16(24), 4276.
175. Özonur, O. Y. (2017). Hatay ili birinci basamakta üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel bakım alma durumu ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tez Danışmanı: Prof. Dr. Cahit Özer, Hatay.
176. Prosen, M., Žvanut, B., Pucer, P., Mivšek, A. P., Petročnik, P., & Tuomi, J. (2021). The importance of physical activity in improving preconception health. *KONTAKT- Journal of Nursing & Social Sciences Related to Health & Illness*, 23(4), 247–255.
177. Purdue-Smithe, A. C., Kim, K., Schliep, K. C., DeVilbiss, E. A., Hinkle, S. N., Ye, A., & Mumford, S. L. (2022). Gebelik öncesi kafein metabolitleri, kafeinli içecek alımı ve doğurganlık. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 115(4), 1227–1236.

## 10. EKLER

### EK-1: Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcı;

Bu çalışma “Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi” amacıyla planlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda, sizlerin cevaplama için ekte Tanıtıcı Bilgi Formu ve Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışları Ölçeği bulunmaktadır. Gebe kalmadan önce yapmanız gerekenleri düşünerek; formdaki size uygun olan ifadelere ‘‘X’’ işareti koyunuz. Soruları cevaplamak ortalama 15 dakikanızı alacaktır. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. İstedığınız zaman herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkınızı kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutularak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayınlanması halinde dahi kimliğiniz gizli tutulacaktır. İçtenlikle vereceğiniz cevaplar çalışmanın güvenilirliği açısından oldukça önemlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

“Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.”

Katılımcının Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı soyadı: Elif KARAMAN

Tarih:

İmza:

Anket Formu

## EK-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

Anket No:

1. Kaç yaşındasınız? .....

2. Boyunuz ve kilonuz? .....

3. Eşiniz kaç yaşında? .....

4. Kaç yaşında evlendiniz? .....

5. Eğitim durumunuz nedir?

İlkokul ve altı ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü ( )

6. Eşinizin eğitim durumu nedir?

İlkokul ve altı ( ) Ortaokul ( ) Lise ( ) Üniversite ve üstü ( )

7. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz? (Evetse mesleğiniz nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

8. Eşiniz çalışıyor mu? (Evetse mesleği nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

9. Ailenizin gelir durumunu giderinizle karşılaştırdığınızda nasıl değerlendirirsiniz?

Gelir giderden az ( ) Gelir gidere denk ( ) Gelir giderden fazla ( )

10. Sosyal güvenceniz var mı?

Evet ( ) .... Hayır ( )

11. Eşiniz ile gebelik planlıyor musunuz?

Evet ( ) .... Hayır ( )

12. Eşiniz ile aranızda akrabalık var mı? (Evetse neyiniz oluyordu?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

13. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Evetse hangisi?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

Diyabet ( ) Kalp Hastalığı ( ) Astım ( ) Hipertansiyon ( ) Epilepsi ( )

14. Herhangi bir genetik/kalıtsal hastalığınız var mı? (Evetse hangisi?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

Akdeniz Anemisi ( ) Akdeniz Ateşi ( ) SMA Taşıyıcılığı ( )

15. Ailenizde/eşinizin ailesinde herhangi bir genetik/kalıtsal hastalık (Aileden geçen hastalıklar) var mı?

Evet ( ) .... Hayır ( )

Akdeniz Anemisi ( ) Akdeniz Ateşi ( ) SMA Taşıyıcılığı ( )

Diyabet ( ) Kalp Hastalığı ( ) Astım ( ) Hipertansiyon ( ) Epilepsi ( )

16. Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (Evetse ismi nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

17. Vajinal enfeksiyon geçirme durumunuz?

Evet ( ) .... Hayır ( )

18. İdrar yolu enfeksiyonu geçirme durumunuz?

Evet ( ) .... Hayır ( )

19. Sigara kullanıyor musunuz? (Cevap evetse miktarı nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

20. Eşiniz sigara kullanıyor mu? (Cevap evetse miktarı nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

21. Alkol kullanıyor musunuz? (Cevap evetse miktarı nedir?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

22. Diyet yapıyor musunuz? (Cevap evetse hangisi?)

Evet ( ) .... Hayır ( )

Aralıklı Oruç ( ) Tek Öğün Beslenme ( ) Zayıflama Çayı ( )

23. Yeterli ve dengeli besleniyor musunuz?

Evet ( ) .... Hayır ( )

24. Düzenli fiziksel aktivitede bulunuyor musunuz?

Evet ( ) .... Hayır ( )

25. Günlük çay tüketme sıklığınız nedir?

Günlük .... Çay bardağı

26. Günlük kahve içme sıklığınız nedir?

Günlük .... Fincan türk kahvesi

## EK-3: Ölçek İzni

Zekiye Turan <...@...edu.tr>

Alıcı: Hamide, gönül, Yasemin, Keşer, İben

28 Kas 2023 Sal 17:44



Sayın Karaman,

Ölçeğimizin adı "Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışları Ölçeği (PDSDÖ)" dir.

Geleştirdiğimiz ölçeği çalışmanızda kullanmanız bizi mutlu eder. Ölçek maddeleri ve yönergesi ile kaynakça bilgisi ekteki dosyada paylaşılmıştır. Kaynak olarak göstereceğiniz makalemizin tam metnini de ekliyorum.

Çalışmalarınızda başarılar dilerim.



#### EK-4: Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışı Ölçeği

Aşağıda gebelik öncesi sağlık açısından etkili olabileceği düşünülen davranış ifadeleri

	<b>MADDELER</b>	<b>Evet</b>	<b>Kısmen</b>	<b>Hayır</b>
1	Gebeliğe eşim ile birlikte karar verdik			
2	Gebelik ile ilgili araştırma yaptım.			
3	Gebeliğe hazırlık için genetik taramalarımı yaptırdım/yaptırmayı planlıyorum			
4	Gebeliğe hazırlık için kan testlerimi (kan sayımı, demir, bulaşıcı hastalıklar vb) yaptırdım/yaptırmayı planlıyorum			
5	Eşim gebeliğe hazırlık için genetik taramalarını yaptırdı/yaptırmayı planlıyor			
6	Yıllık jinekolojik muayenemi yaptırdım/yaptırmayı planlıyorum			
7	Ağız ve diş muayenelerimi yaptırdım/yaptırmayı planlıyorum			
8	Bugüne kadar geçirmediğim bulaşıcı hastalıklar (Kızamık, kızamıkçık, kabakulak, suçiçeği, hepatit B vb.) için aşılarımı gebe kalmadan en az 3 ay önce yaptırdım/yaptırmayı planlıyorum			
9	Normal kilodayım/Gebe kalmadan önce normal kilo sınırlarına gelmek için çaba harcıyorum			
10	Gebeliği olumsuz etkileyebilecek hastalıklar ve durumlar (troid, hipertansiyon, diabet vb.) hakkında bilgi edindim.			
11	Gebeliği olumsuz etki edebilecek ortamlara (stres, radyasyon vb.) girmemeye dikkat ediyorum			
12	Reçetesiz ilaç kullanmıyorum			
13	Kimyasal madde içeren ürünler ve tarımsal ilaçlardan uzak duruyorum			
14	Etkisini bilmediğim bitki çaylarını tüketmiyorum			
15	Günde ortalama 7-8 saat uyuyorum			
16	Gebe kalmadan en az 3 ay öncesinde folik asit kullanmaya başladım/kullanmayı planlıyorum			
17	Haftada en az 1 porsiyon et tüketiyorum			
18	Mevsimine uygun sebze ve meyve tüketiyorum			

verilmiştir. Maddeler halinde yazılan ifadelere katılma derecenizi "X" işaretiyle belirtiniz.

## 11. ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : E-10840098-202.3.02-612  
Konu: Etik Kurulu Kararı

24/01/2024

**Sayın Elif KARAMAN**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi" isimli başvurunuz Etik Kurulumuzca değerlendirilerek uygun görülmüş olup Etik Kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	<b>ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI</b>	Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI</b>	Elif KARAMAN			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI</b>	Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği			
	<b>KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ</b>	İstanbul			
	<b>DESTEKLEYİCİ</b>	-			
	<b>ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER</b>	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

<b>Değerlendirilen Belgeler</b>	<b>Belge Adı</b>	<b>Tarihi</b>	<b>Versiyon Numarası</b>	<b>Dili</b>
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
<b>Karar Bilgileri</b>	<b>Karar No: 39</b>	<b>Tarih: 18.01.2024</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna <b>“oybirliği”</b> ile karar verilmiştir.			

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrajınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 7C4D3F16X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR**  
**ETİK KURULU KARAR FORMU**

<b>İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU</b>	
<b>BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI</b>	Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
			E	K	E	H	E	H	
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut TOKAÇ	Tıp Tarihi ve Etik	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Prof. Dr. Mete ÜNGÖR	Endodonti	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Prof. Dr. Ilknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Nezih HACIHASANOĞLU ÇAKMAK	Biyokimya	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır
Dr. Öğr. Üyesi Erman GEDİKLİ	Sağlık Yönetimi	İstanbul Medipol Üniversitesi	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E imzalıdır

\* :Toplantıda Bulunma

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.  
Evrakınızı <https://turkiye.gov.tr/istanbul-medipol-universitesi-ebys> linkinden 7C4D3F16X1 kodu ile doğrulayabilirsiniz.



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01-239642243  
Konu : Elif KARAMAN' ın Araştırma İzni Hk.

20.03.2024

ESENLER KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİNE

İlgi : 21.02.2024 tarihli ve 82281487-199.01-1522 sayılı yazı.

İstanbul Medipol Üniversitesi Rektörlüğü' nün ilgi sayılı yazısı ile Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Elif KARAMAN' ın "**Üreme Çağındaki Kadınların Prekonsepsiyonel Dönem Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi**" başlıklı çalışmasını hastanenizde yapma talebi Birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu **13.03.2024 tarih ve 2024/05 sayılı kararınca uygun görülmüştür**. Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun sağlanması gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uzm. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU  
Başkan