



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Dr. Merve KAPLAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA, 2023

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ İNTERN HEKİMLERİNİN PREKONSEPSİYONEL
BAKIM HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve KAPLAN

UZMANLIK TEZİ

Danışman
PROF. DR. FATMA GÖKŞİN CİHAN

KONYA, 2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi ve tez hazırlama sürecimin her aşamasında engin bilgilerini, deneyimlerini paylaşan ve hiçbir zaman desteğini esirgemeyen tez danışmanım sayın hocam Prof. Dr. Fatma Gökşin Cihan'a teşekkürlerimi sunarım. İyi bir uzmanlık eğitimi almamız için çabalayan, bize aile sıcaklığında bir eğitim ortamı sunan Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Nazan Karaoğlu'na, anlayışı ve güler yüzlülüğü ile sıkıştığımız her konuda yardımımıza koşan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Nur Demirbaş'a, sahadaki bilgi ve tecrübelerini her daim bizimle paylaşan hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hatice Küçükceran'a teşekkürlerimi sunarım.

Asistanlığım süresince birlikte görev yaptığım tüm asistan arkadaşlarıma; enerjisi ve güler yüzlülüğü ile bizi motive eden, her problemimizi çözmeye çalışan bölüm sekreterimiz Birsen BATAŞ' a ayrıca teşekkürlerimi sunarım.

Tüm hayatım boyunca en büyük destekçim sevgili aileme fedakarlıkları ve emekleri için teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

NEÜ MERAM TIP FAKÜLTESİ İNTERN HEKİMLERİNİN PREKONSEPSİYONEL BAKIM HAKKINDAKİ FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Merve KAPLAN

UZMANLIK TEZİ

KONYA 2023

Amaç: Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım gebelik, anne ve çocuk sağlığı için risk oluşturabilecek faktörlerinin gebelik öncesi dönemde tespit edilip en aza indirilmesi için uygun müdahalelerin sağlanmasıdır. Bireylerin sağlıklı yaşam tarzı edinmesi, gelecek nesillerin ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasına katkıda bulunur. Prekonsepsiyonel bakım koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır ve hekimlere bu bakımın sağlanmasında büyük görev düşmektedir. Bu çalışmada Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin prekonsepsiyonel bakım hakkındaki bilgi, tutum ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini 2022-2023 akademik yılı Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6 öğrencileri oluşturmaktadır. Belirtilen sürede Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6'da 227 öğrenci mevcuttu. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 208 öğrenci (%91,6'sı) çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan ilk bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerini sorgulayan, ikinci bölümünde ise prekonsepsiyonel bakım hakkında soruların olduğu bir anket uygulandı. Elde edilen verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 programı kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların %59,1'i kadın olup yaş ortalaması $23,83 \pm 1,24$ (min=22; maks=32) yılı. Katılımcıların %96,6'sı bekar, %99'u çocuksuzdu. İntern hekimlerin %78,8'i prekonsepsiyonel bakım kavramını duymamış, %21,2'si duymuştu; prekonsepsiyonel bakım kavramını duyanların %79,5'i fakülte derslerinde duyduğunu belirtmiştir. İntern hekimlerin %91,8'i prekonsepsiyonel bakım hakkında daha önce eğitim almamış, %8,2'si eğitim almıştı; eğitim alanların %94,1'i fakülte derslerinde eğitim aldığını belirtmiştir. Cinsiyet ile prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitim alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,858$, $p=0,067$). Katılımcıların %48,1'i prekonsepsiyonel bakım tanımını doğru bilmıştır. Prekonsepsiyonel bakımı duyma ile prekonsepsiyonel bakımın tanımını doğru bilme arasında anlamlı ilişki saptanmış olup daha önce prekonsepsiyonel bakım kavramını duyanlar duymayanlara göre prekonsepsiyonel bakım tanımının sorulduğu soruya daha çok doğru cevap vermişlerdir ($p < 0,001$). Prekonsepsiyonel bakımda ele alınan konulardan en çok doğru bilinenler sırasıyla beslenme-egzersiz-kilo yönetimi (%82,2), sigara-alkol-madde kullanımı (%77,9), aile öyküsü-genetik hastalıklar (%76,0), aile planlaması (%75,0), ilaç kullanımı (%71,6), kronik hastalıklar (%71,6), enfeksiyonlardır (%65,9). Katılımcıların %79,3'ü folik asit desteğine ideal başlama zamanının gebelik öncesi olduğunu bilmıştır.

Sonuç: Çalışmanın sonuçlarına göre intern hekimlerin prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitim almış olma oranları oldukça düşüktür. İntern hekimler olumsuz gebelik sonuçlarına neden olabilecek risk faktörlerinin genel olarak farkındadırlar fakat prekonsepsiyonel bakımın önemi, risk faktörlerine sadece gebelikte değil gebelik öncesi dönemde de önlem alınması gerektiği ve nasıl müdahale edilmesi gerektiği konusunda bilgi ve farkındalıklarının artırılmasına ihtiyaçları vardır.

Anahtar kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım, intern hekim, gebelik öncesi dönem, tıp fakültesi

ABSTRACT

EVALUATION OF THE AWARENESS OF NEU MERAM FACULTY OF MEDICINE INTERN DOCTORS ABOUT PRECONCEPTIONAL CARE

Dr. Merve KAPLAN

THE MASTER THESIS

KONYA 2023

Aim: Preconceptional care is the provision of appropriate interventions to identify and minimize the factors that may pose a risk to pregnancy, maternal and child health in the preconception period. Acquiring a healthy lifestyle of individuals contributes to the formation of healthy individuals for future generations and society. Preconceptional care is a part of preventive health services and physicians have a great role in providing this care. In this study, it was aimed to evaluate the knowledge, attitudes and awareness of the last year students of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine about preconceptional care.

Materials and methods: The population of this descriptive and cross-sectional study consisted of Term 6 students of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine in the 2022-2023 academic year. During the specified period, there were 227 students in Term 6 of Necmettin Erbakan University Faculty of Medicine. 208 students (91.6%) who agreed to participate in the study voluntarily and met the inclusion criteria were included in the study. The participants were administered a questionnaire created by the researchers by reviewing the literature, the first part of which questioned the sociodemographic information of the participants, and the second part included questions about preconceptional care. SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 20.0 program was used to analyze the data obtained. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: 59.1% of the participants were women and the average age was 23.83 ± 1.24 (min=22; max=32) years. 96.6% of the participants were single and 99% were childless. 78.8% of the intern physicians had not heard of preconceptional care, 21.2% had heard of it; 79.5% of those who had heard of preconceptional care stated that they had heard of it in faculty courses. Of the intern physicians, 91.8% had not received training on preconceptional care, 8.2% had received training; 94.1% of those who had received training stated that they had received training in faculty courses. There was no statistically significant relationship between gender and hearing about preconceptional care and receiving education ($p=0.858$, $p=0.067$). 48.1% of the participants knew the definition of preconceptional care correctly. There was a significant correlation between having heard of preconceptional care and knowing the definition of preconceptional care correctly, and those who had heard of preconceptional care before gave more correct answers to the question about the definition of preconceptional care than those who had not. ($p=?$) Among the topics covered in preconceptional care, the most correctly known topics were nutrition-exercise-weight management (82.2%), smoking-alcohol-substance use (77.9%), family history-genetic diseases (76.0%), family planning (75.0%), drug use (71.6%), chronic diseases (71.6%), infections (65.9%). 79.3% of the participants knew that the ideal time to start folic acid supplementation is before pregnancy.

Conclusion: According to the results of the study, the rate of intern physicians hearing about preconception care and receiving training is quite low. Intern physicians are generally aware of the risk factors that may cause negative pregnancy outcomes, but they need to increase their knowledge and awareness about the importance of preconception care, the need to take precautions against risk factors not only during pregnancy but also in the pre-pregnancy period, and how to intervene.

Key words: Preconceptional care, intern physician, pre-pregnancy period, medical school

İÇİNDEKİLER

1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2.1.Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı, Amacı ve Önemi.....	3
2.2.Prekonsepsiyonel Bakımın Faydaları.....	3
2.3.Aile Hekimliği ve Prekonsepsiyonel Bakım	4
2.4.Prekonsepsiyonel Bakımın Kapsamı-Ele Alınan Konular	5
2.4.1.Beslenme	6
2.4.2.Folik asit takviyesi.....	7
2.4.3.Kilo yönetimi-egzersiz	8
2.4.4.Aşılama-bağışıklama	9
2.4.5.Sigara- alkol-madde kullanımı	10
2.4.6.Aile öyküsü-genetik hastalıklar-obstetrik öykü.....	11
2.4.7.Çevresel toksin maruziyeti	12
2.4.8.Aile planlaması.....	13
2.4.9.Psikososyal faktörler.....	14
2.4.10.Erkek sağlığı	15
2.4.11.Kronik hastalıkların yönetimi	15
2.4.12.İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi	18
2.4.13.Bulaşıcı Hastalıklar.....	19
3.GEREÇ VE YÖNTEM	20
3.1.Araştırmanın Tipi	20
3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı	20
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.4.Çalışmaya Alınma Kriterleri	20
3.5.Etik Kurul Onayı ve Onam.....	20
3.6.Veri Toplama Araçları	20
3.6.1.Sosyodemografik bilgi formu.....	21
3.6.2.Prekonsepsiyonel bakım hakkında bilgi ve farkındalık durumunu değerlendiren form	21
3.7.İstatistiksel Analiz	21
4.BULGULAR.....	22
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	22
4.2.Prekonsepsiyonel Bakım ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi.....	23
5.TARTIŞMA.....	31
6.SONUÇLAR.....	37
7.ÖNERİLER.....	39

8.KAYNAKLAR.....40

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri	22
Tablo 2.İntern hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma isteği ve istenilen uzmanlık dalı.....	23
Tablo 3.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım kavramını duyma ve eğitimi alma durumu	24
Tablo 4.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili yaklaşım ve yönetim şekilleri	25
Tablo 5.İntern hekimlerin üreme çağındaki kadınlarda bağışıklık durumu değerlendirilmesi gereken enfeksiyonlarla ilgili yanıtları	26
Tablo 6.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımın kapsadığı konularla ilgili yanıtları.....	27
Tablo 7.İntern doktorların prekonsepsiyonel bakımla ilgili diğer çoktan seçmeli sorulara verdikleri yanıtlar.....	28
Tablo 8.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili önermeli ifadelere verdikleri yanıtlar.....	29

SİMGELER VE KISALTMALAR

NEÜ: Necmettin Erbakan Üniversitesi

ÇEP: Çekirdek Eğitim Programı

NTD: Nöral tüp defektleri

CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar

T4: Tiroksin

T3: Triiyodotironin

DNA: Deoksiribonükleik asit

mcg: Mikrogram

VKİ: Vücut kitle indeksi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

Tdap: Tetanoz- difteri- aselüler boğmaca

HBV: Hepatit B Virüsü

KKK: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak

HbsAg: Hepatit B yüzey antijeni

HbeAg: Hepatit B e-Antijeni

EKG: Elektrokardiyografi

LT4: Levotiroksin

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

ACE: Anjiotensin dönüştürücü enzim

ARB: Anjiotensin reseptör blokörleri

HIV: İnsan immün yetmezlik virüsü

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım, gebelik öncesi dönemde kadınların ve çiftlerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi ve kötü anne-çocuk sağlığı sonuçlarına neden olabilecek davranışların, bireysel ve çevresel faktörlerinin azaltılması amacıyla biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahalelerinin sağlanmasıdır (1-3). Olumsuz gebelik sonuçlarıyla ilişkili tıbbi durumların, kişisel davranışların, psikososyal risklerin ve çevresel risklerin birçoğu, klinik müdahaleler yoluyla gebe kalmadan önce belirlenebilir ve değiştirilebilir (2). Risk faktörlerinin uygun şekilde tanımlanması ve hafifletilmesiyle gebelik komplikasyonları azaltılabilir (4). Prekonsepsiyonel bakım bireylerin sağlık durumlarını iyileştirmeyi ve kötü anne ve çocuk sağlığı sonuçlarına katkıda bulunan davranışları ve bireysel ve çevresel faktörleri azaltmayı amaçlar (5).

Daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerle sonuçlanan geniş bir sağlık hizmeti modelinin parçasıdır. Gebelik öncesi sağlığı iyileştirmek için hem erkekler hem de kadınlar arasında üreme sağlığı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarda değişiklikler yapılmalıdır (2). Prekonsepsiyonel bakımın bir amacı da adolesanlar dahil tüm kadın ve erkeklere sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının kazandırılmasıdır. Bu sebeple bu hizmetler yalnız gebelik planlayan çiftler ile sınırlandırılmamalı; bireylerin bütün yaşam dönemlerini kapsayacak şekilde bütünsel bir yaklaşımla sunulmalıdır (6). Üreme çağındaki herhangi bir kadın veya erkek hasta ile karşılaşma, üreme ve obstetrik sonuçları iyileştirebilecek sağlık ve sağlıklı alışkanlıklar hakkında danışmanlık yapma fırsatı sunar (4). Prekonsepsiyonel bakımda ele alınan başlıca konular aile öyküsü- genetik riskler, aile planlaması, kronik hastalıkların ve enfeksiyon hastalıklarının yönetimi, ilaç kullanımı, bağışıklama, sigara-alkol-madde kullanımı, beslenme-fiziksel aktivite, mental sağlık, şiddet ve çevresel toksin maruziyetidir (2-4, 7).

Gebelik öncesi bakım, birincil ve koruyucu bakımın önemli bir parçası olmalıdır (2). Bu koruyucu hizmette, tüm sağlık profesyonellerine görev düşmektedir (8-10). Ülkemizde, doğum öncesi bakım hizmetleri standardize edilip aktif olarak uygulanmasına rağmen prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ile ilgili standart uygulamalar ve hizmetler mevcut değildir (8, 10). Prekonsepsiyonel bakımın içeriğinin çok geniş kapsamlı olması, koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olması ve başta birinci basamak hekimlerine olmak üzere her branştan hekime görev düşmesine rağmen Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (ÇEP)'nda gebelik süreci, evlilik öncesi tarama, üreme sağlığı vb. ile ilgili bilgi becerilere yer verilirken "Prekonsepsiyonel Bakım" kavramı ile ilgili yeterliliklere yer verilmemiştir (8,11,12). Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde daha çok kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki risk

faktörleri ve bu dönemde bakım alma durumları incelenmiş olup bu hizmeti sunacak olan sağlık profesyonellerinin bu konudaki farkındalık, bilgi ve tutumlarını inceleyen çalışmalar çok kısıtlıdır.

Tüm bu nedenlerden dolayı bu çalışmada hekimlik hayatına yakın zamanda adım atacak, sağlık sistemin farklı yerlerinde görev alacak olan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin prekonsepsiyonel bakım hakkındaki bilgi, tutum ve farkındalıklarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Prekonsepsiyonel Bakımın Tanımı, Amacı ve Önemi

Prekonsepsiyonel bakım kötü anne-çocuk sağlığı sonuçlarına neden olabilecek davranışların, bireysel ve çevresel faktörlerinin azaltılması ve bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi amacıyla gebelik öncesi dönemde biyomedikal, davranışsal ve sosyal sağlık müdahalelerinin sağlanmasıdır (1-3). Bireylerin gebeliğe hazır hale gelmesini, gebelik döneminin sağlıklı bir biçimde sürdürülmesi ve sonuçlanmasını, bu şekilde gelecek nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşmasını amaçlayan koruyucu sağlık hizmetidir (10, 13).

Amacı kadın ve erkeklerin gebelik öncesi sağlık durumlarını optimize etmek, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek, olumsuz gebelik sonuçlarına neden olabilecek risk faktörlerini tespit edip gerekli müdahaleleri sağlayarak gebelikte ilgili sonuçları iyileştirmek, anne ve doğacak çocukları için oluşabilecek sağlık sorunlarını önlemek ya da en aza indirmek; nihayetinde her kadının, çocuğunun ve ailesinin sağlığını iyileştirerek daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerden oluşan bir toplum oluşturmaktır (1-4). Aslında prekonsepsiyonel bakım tek bir poliklinik vizitinden ziyade; bireylere hayat boyu sağlıklı davranış biçimleri kazandırılmasını, tüm kadınların ve erkeklerin sağlık bilinçlerinin geliştirilmesini, hayat boyu sağlıklı davranışlar kazandırarak sağlık durumlarının iyileştirilmesini ve bunların sürekliliğini sağlamayı hedef alan bir süreçtir (1-3, 10, 12).

Embriyonik gelişim ve plasentasyon döneminin gebelik sonuçları için kritik bir dönem olması prekonsepsiyonel bakımı önemli hale getirmektedir (14). 4-12.gebelik haftalarında embriyonik gelişme çok hızlıdır, bu dönem embriyo-fetüsün zararlı etkenlere en açık olduğu dönemdir ve genelde kadınlar embriyonik gelişme için kritik olan bu dönemde gebeliklerinin farkında değildir(15, 16). Bu dönemde fetal gelişimi etkileyebilecek risk faktörleri bulunabilir, fakat kadın gebeliğinin farkında olmadığı için bu riskler kontrol edilemeyebilir (9). Gebe bir kadın ilk gebelik muayenesine geldiğinde, fetüs organlarının çoğu zaten oluşmuştur ve doğum kusurlarını ve diğer olumsuz anne-bebek sonuçlarını önlemek için yapılan birçok müdahale, istenilen herhangi bir etkiye sahip olmak için çok geç kalmış olabilir (3). Gebelik öncesi dönemde risk faktörlerine müdahale edilmesi durumunda gebelikte yapılan müdahalelere kıyasla kötü gebelik sonuçları daha büyük oranda azalmaktadır (17). Bu sebeple ilk prenatal bakımın gebelikten önce başlatılması anne - bebek sağlığı açısından oldukça önem arz etmektedir (9).

2.2.Prekonsepsiyonel Bakımın Faydaları

Sağlık sonuçları açısından bakıldığında, kısa vadede prekonsepsiyonel bakım annenin sağlığı yanı sıra, perinatal ve neonatal sağlığın iyileştirilmesini sağlar. Çok erken gebelikleri, çok

yakın gebelikleri, planlanmamış gebelikleri ve düşükleri azaltabilir. Daha az sayıda ölü doğum, erken doğum, daha az düşük doğum ağırlıklı bebek görülmesine katkıda bulunabilir. Genetik bozukluklar ve çevresel maruziyet riskini azaltmaya, anne ve çocuk ölümlerini azaltmaya ve anne-çocuk sağlığı sonuçlarını iyileştirmeye katkıda bulunur. Ayrıca beslenme, infertilite, ruh sağlığı, şiddet, madde kullanımı gibi diğer alanlarda da kadınların sağlığını ve esenliğini iyileştirmeye katkıda bulunabilir. Kadınların doğurganlıkları ve sağlıkları hakkında iyi bilgilendirilmiş ve iyi düşünülmüş kararlar almalarını destekleyerek, ailelerin ve toplulukların sosyal ve ekonomik gelişimine katkıda bulunabilir. Erkek sağlığının ve erkek davranışlarının anne-çocuk sağlığı sonuçları üzerindeki önemi konusunda farkındalık yaratarak erkeklerin bakıma katılımını teşvik eder, bu konuya daha fazla önem verilmesini sağlar. Kronik hastalıkların tespiti ve tedavisi yoluyla yaşamın ilerleyen dönemlerinde sağlığın iyileştirilmesi sağlar. Bunların yanında, kadınların güçlendirilmesi ve çiftler arası daha iyi iletişim ve çiftler tarafından daha fazla ortak karar alma gibi sosyal faydaları da olabilir. Uzun vadede bebeklerin ve çocukların ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde sağlıklarının iyileştirilmesine katkıda bulunur (3). Çiftlerin sosyal, fizyolojik, psikolojik açılardan ebeveyn olmaya hazır hale gelmelerine katkı sağlar (10).

2.3.Aile Hekimliği ve Prekonsepsiyonel Bakım

Prekonsepsiyonel bakım sağlamak sadece doğum öncesi veya üreme sağlığı hizmeti verenlerin değil, tüm birinci basamak hekimlerinin de sorumluluğudur (18). Gebelik öncesi bakım koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır (2, 18). Aile hekimleri, üreme çağındaki hastalara koruyucu sağlık hizmetleri sunar ve kronik hastalık bakımı sağlarlar (18). Bu nedenle kadınların değiştirilebilir ve değiştirilemez prekonsepsiyonel risklerini belirlemelerine, gebeliği planlama veya hamilelikten kaçınma konusunda bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olmada kilit bir role sahiptirler (18, 19).

Aile hekimleri kapsamlı, hasta merkezli, kaliteli gebelik öncesi bakım sağlamak için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Prekonsepsiyonel bakım birinci basamak klinisyenleri için bir öncelik olmalıdır ve rutin birinci basamak hizmetlerine dahil edilmelidir. Tüm hastalara kapsamlı bakım sunabilmek için aile hekimleri, aile kurmayı planlayan bireylere yüksek kaliteli, hasta merkezli gebelik öncesi bakım sağlamak için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Başarılı bir şekilde prekonsepsiyonel bakım sağlayabilmeleri için istenmeyen gebeliğin risk faktörlerini ve gerçeklerini anlamaları; riskleri azaltmada aile planlamasının değerini kabul etmeleri, akut ve kronik hastalık muayeneleri ile gebe kalmadan önceki riskleri değerlendirmeleri gerekmektedir (18).

2.4.Prekonsepsiyonel Bakımın Kapsamı-Ele Alınan Konular

Prekonsepsiyonel bakımın içeriği çok geniştir (12). Temel bileşenleri risk analizi, tespit edilen risk faktörlerinin azaltılması için medikal, psikososyal, davranışsal müdahalelerin sağlanması ve gebelik öncesinde sağlık durumunun iyileştirilmesidir (20). Anne ve çocuk sağlığı sonuçlarını etkileyen başlıca risk faktörleri beslenme-kilo durumu, çevresel toksinler, aşı ile önlenbilir hastalıklar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, genetik hastalıklar-aile öyküsü, kişilerarası-aile içi şiddet, sigara–psikoaktif madde kullanımı, akıl-ruh sağlığı, çok erken gebelikler, istenmeyen veya hızlı ardışık gebelikler, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, önceki gebelik komplikasyonları, ebeveyn yaşı olarak sayılabilir (1, 2, 4, 21, 22).

Her bireyin gebelik istemi sorgulanarak, doğum kontrol uygulamaları ve ihtiyaçları ele alınmalıdır. Böylelikle kadınların istenmeyen gebelikler yaşama olasılığı azaltılabilir ve kadınlar planlı ve iyi zamanlanmış gebelikler elde etme konusunda desteklenebilir (7). Bilinen genetik bozuklukların, konjenital malformasyonların tanımlanması amacıyla, çiftlerin aile öyküsü alınmalıdır. Öykü, genetik bir hastalık olasılığını gösteriyorsa genetik danışmanlık için yönlendirilmelidir (23). Optimal kiloya ulaşma, sağlıklı beslenme ve diyet takviyelerinin kullanımı ele alınmalıdır. Günlük olarak meyve ve sebzeler, kalsiyumdan zengin besinler ve protein içeren besinlerden oluşan dengeli bir diyet tüketmeleri ve bunların tüketimini artırmaları önerilmelidir (24). Nöral tüp defektleri (NTD) riskini azaltmak için kadın gebelik öncesi folik asit takviyesi alması teşvik edilmelidir (1, 4, 24). Sigara, alkol-uyuşturucu madde kullanımı varsa gebelik öncesi dönemde bırakılması için teşvik edilmeli ve bu konuda destek olunmalıdır(25). Daha önceki gebeliklere ait öykü alınmalı düşük, ölü doğum vs. gibi olumsuz gebelik sonuçları mevcutsa tekrarının önlenmesi için mümkün olan müdahaleler yapılmalıdır (26). Hepatit B, tetanoz-difteri-boğmaca, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, suçiçeğine yönelik bağışıklık durumları değerlendirilmeli; eksik aşılar tamamlanmalıdır (4, 27). Risk durumuna göre gerekirse cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) ve diğer enfeksiyöz hastalıkların taraması yapılmalı tedavi ve bulaşın önlenmesine yönelik girişimlerde bulunulmalıdır (4, 28). Kronik hastalık durumu gözden geçirilmeli; gebelik öncesinde kronik hastalıkların uygun yönetimi yapılmalı, hastalıklar kontrol alınmalıdır (29). Bireylerin ruhsal sağlığı değerlendirilmeli; psikososyal risk faktörleri, stresörler, fiziksel-cinsel şiddet gibi durumlar varsa profesyonel destek sağlanmalıdır (4, 30). Reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımı gözden geçirilmeli, gebelik için güvenli olup olmadığı değerlendirilmelidir (4, 31).Çevresel toksik ajanlara maruziyet durumu sorgulanmalı, maruziyetin engellenmesi ya da en aza indirilmesine yönelik önlemler alınmalıdır (3, 4, 32). Erkeklerin de sağlığı değerlendirilmeli, risk faktörleri tespit edilmeli; gebelik öncesi bakıma dahil edilmelidirler (33).

2.4.1.Beslenme

Annenin beslenme durumu embriyonik ve fetal büyümenin önemli bir belirleyicisidir (24). Plasental ve fetal büyüme, peri-implantasyon döneminde ve hızlı plasental gelişim döneminde (gebeliğin ilk üç aylık dönemi) annenin beslenme durumuna karşı en hassastır. Çoğu organ son adet döneminden 3-7 hafta sonra oluşur ve herhangi bir teratojenik etki bu zamana kadar ortaya çıkabilir, bu kritik dönemde annenin yetersiz besin seviyeleri çocuk sağlığını etkilemektedir (34). Çocuk doğurma çağındaki kadınlar, hem anneler hem de bebekler için sağlık risklerini en aza indirmeye yardımcı olmak için gebe kalmadan önce iyi bir beslenme durumuna ulaşmalı ve bunu sürdürmelidir (24). Beslenme ve kilo ile ilgili davranışlarının iyileştirilmesine üreme çağının erken dönemlerinde başlanması önerilmektedir (35).

Antropometrik verilerin analizi ve yorumlanması yapılmalı, beslenme alışkanlıklarının yeterliliği ve niteliği değerlendirilmelidir. Obezite, yeme bozuklukları gibi beslenme ile ilgili sorunları veya risk faktörlerinin belirlenmesi tavsiye edilmektedir. Sorunların çözümü için bireysel beslenme hedefleri belirlenmeli ve beslenme planı oluşturulması önerilmektedir (24). Hastalar, kalsiyum, demir, A vitamini, B12 vitamini, B vitamini, D vitamini ve diğer besinler için önerilen günlük miktarları karşıladıklarını doğrulamak için diyetleri ve vitamin takviyeleri açısından taramalıdır (4). Bileşenleri günlük önerilen alım miktarını aşmayan bir multivitamin önerilebilir (36).

Diyet öyküsü alınırken, kadının genel kalsiyum alımını değerlendirmek için diyetle kalsiyum tüketimi, kalsiyum takviyesi hakkında sorular sormak önemlidir. Diyet kaynakları yetersizse kalsiyum takviyeleri önerilebilir. Kalsiyum emilimini kolaylaştırmak için D vitamini alımı gereklidir. Hekimler D vitamini eksikliği için risk faktörlerinin farkında olmalıdır. D vitamini eksikliği olan kadınlar için diyetle D vitamini ve takviyesi konusunda eğitim, gebelik öncesi bakımın bir parçası olmalıdır (24) .

Demir eksikliği, dünya çapında en yaygın beslenme eksikliğidir ve gebelikte aneminin en yaygın nedenidir. Üreme çağındaki kadınlar, menstrüasyondan kaynaklanan kan kaybı, kötü beslenme ve sık gebelikler nedeniyle demir eksikliği riski altındadır (24). Anne yetersiz beslenmesi ve demir eksikliği anemisi, anne ölümü riskini artırmakta ve dünya genelinde anne ölümlerinin en az %20'sini oluşturmaktadır (5). Demir eksikliği anemisine bağlı potansiyel fetal komplikasyonlar arasında prematüre doğum, intrauterin büyüme geriliği, düşük doğum ağırlığı yer almaktadır (3). Gebelik öncesi dönemde kadınlar demir eksikliği anemisi açısından değerlendirilmeli, demir eksikliği varsa takviye verilmelidir.(5, 24) Konsepsiyon öncesi dönemde kadınlar, omega 3 ve omega 6 yağ asitleri de dahil olmak üzere esansiyel yağ asitleri açısından zengin bir diyetle

beslenmeye teşvik edilmelidir (24), fakat yüksek cıva içeren balıkların tüketimi önerilmemelidir (4).

İyot, tiroksin (T4) ve triiyodotironin (T3) üretimi için gereklidir ve diyetle sağlanmalıdır. Gebelikte iyot eksikliği yetersiz tiroid hormonu üretimine ve düşük, ölü doğum, zekâ geriliği, kretenizm, yenidoğan ve bebek ölümlerinde artış, guatr ve hipotiroidizm gibi bir dizi hastalığa, iyot eksikliği bozukluklarına yol açar. İyot fetüse kolaylıkla aktarılır ve fetal tiroid 10-12 haftalık gebelik döneminde iyot konsantrasyonu sağlar ve tiroid hormonları sentezler. (24). Gebelik planlayan kadınlara tiroid hormonu kullansa da 100-150 µg/gün iyot desteği verilmelidir (37). Endemik iyot eksikliği olan bölgelerde yaşayan tüm kadınlar için tuz iyotlama programlarının uygulanmasına yönelik halk sağlığı çabaları teşvik edilmelidir (5, 24).

2.4.2.Folik asit takviyesi

Folik asit (B9 vitamini) suda çözünen temel bir vitamindir (38).Özellikle gebe kadın ve fetüs fizyolojisinde deoksiribonükleik asit (DNA) sentezi, metilasyon reaksiyonları ve hücre bölünmesi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (39). Folatın başlıca besin kaynakları baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler, turunçgiller ve meyve suları ile folik açısından zenginleştirilmiş un içeren ekmekler ve tahıllardır (24).

Nöral tüp defektleri anensefali, ensefalosel ve spina bifidayı içeren, normalde gebe kalındıktan sonraki 22. ve 28. günler arasında (son adet döneminin ilk gününden sonra ortalama 40-42. günde) kapanan nöral tüpün füzyonunun başarısız olmasından kaynaklanan konjenital malformasyonlardır (40). Nöral tüp defektleri hamileliğin çok erken dönemlerinde çoğu kadın hamile olduğunu bilmeden önce ortaya çıkar (41). Gebe kalmadan önce ve ilk trimesterde folik asit eksikliği, daha yüksek NTD prevalansı ile ilişkilidir. Hamilelikten önce ve hamileliğin erken döneminde yeterli folik asit takviyesi, nöral tüp defektinden etkilenmiş hamilelik riskini azaltmaya yardımcı olur (3). Gebelik öncesi dönemde folik asit takviyesinin diğer faydaları arasında preeklampsi, düşük, düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, yenidoğan ölümü ve çocuklarda otizm riskinin azalması sayılabilir (42-44). Konjenital kalp defektleri, yarı dudak ve uzuv eksiklikleri gibi diğer malformasyonlar da büyük olasılıkla folik asit takviyesi ile azaltılabilir (40).

Üreme çağındaki tüm kadınlar folik asit takviyesi alması önerilir. (4, 41). Özellikle çiftler bebek sahibi olmaya karar vermeye başladığında anne adayları folik asit takviyesi almaya başlamalıdır (40). Ortalama riskli kadınlar için günde 400 mikrogram(mcg) folik asit takviyesi yeterlidir (4). Daha önce NTD'li çocuk doğurma öyküsü olan, obez, kontrolsüz Tip 1 veya Tip 2 Diyabetes Mellitus' u bulunan, sigara içen, antiepileptik ilaçlar (karbamazepin, valproat, barbitüratlar), sülfonamidler ve metotreksat dahil olmak üzere anti-folik asit etkili ilaçlara maruz

kalan, oral kontraseptif kullanan, Çölyak veya Chron hastası olan kadınların NTD'li çocuk doğurma riskinde artış görülmüştür (4, 24, 45). Bu kadınlara hamile kalmadan bir ay önce ve hamileliğin ilk 3 ayı boyunca her gün 4 mg folik asit takviyesi önerilmektedir (1, 4, 24, 41).

2.4.3.Kilo yönetimi-egzersiz

Anormal yüksek veya düşük vücut kitle indeksi (VKİ) infertilite, maternal ve fetal gebelik komplikasyonları ile ilişkili olduğundan, hastalar gebelik girişiminde bulunmadan önce normal aralıkta bir VKİ elde etmeye teşvik edilmelidir (4). Küresel olarak yetişkin kadınların %35'inin fazla kilolu olduğu tahmin edilmektedir (3). Hamilelikten önce fazla kilolu ($VKİ \geq 25 \text{ kg/m}^2$) veya obez ($VKİ > 30 \text{ kg/m}^2$) olan kadınların hamilelik sırasında eklampsi veya preeklampsi gibi hipertansif bozukluklar, gestasyonel diyabet geliştirme riski daha yüksektir. Maternal obezite düşük, doğum kusurları, erken doğum, sezaryen doğum, tromboembolik olaylar, doğum sonrası kanama ve anemi riskini de artırır (3, 4). Ayrıca hamile kalmadan önce obez olan kadınlar, hamilelik sırasında daha fazla kilo alma ve koruma eğilimindedir (46). Gebelik öncesi kilo ne olursa olsun, hiçbir gebelikte kilo kaybı önerilmemektedir. Bu nedenle, obezitenin üreme sonuçları üzerindeki risklerini en aza indirmek için, müdahaleler gebelikten önce yapılmalıdır (24). Tüm kadınların vücut kitle indeksleri en az yılda bir kez hesaplanması önerilir. VKİ'si 25 kg/m^2 veya daha fazla olan üreme çağındaki tüm kadınlara kendi sağlıklarına yönelik riskler ve infertilite de dahil olmak üzere gelecekteki gebelik riskleri konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Diyetin dengesini ve kalitesini iyileştirecek, kalori alımını azaltacak ve fiziksel aktiviteyi artıracak özel stratejiler önerilmesi, beslenme ve diyet uzmanına yönlendirilmesi yapılabilecek müdahaleler arasındadır. (3, 24).

Düşük VKİ'li ($< 18,5 \text{ kg/m}^2$) hamile kadınlar, gebelik yaşına göre küçük fetüslere ve düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma riski altındadır; bu da yenidoğan ölüm riskini, düşüklüğü artırabilir (3, 4, 24). Bu çocukların daha sonraki yaşamlarında tip 2 diyabet ve kardiyovasküler hastalık gibi hastalıklara yakalanma olasılığı daha yüksektir (3). Düşük kilolu olmanın diğer sağlık riskleri arasında besin eksiklikleri, osteoporoz, amenore ve infertilite sayılabilir (24). Düşük VKİ'li kadınlar yeme bozuklukları açısından değerlendirilmeli ve zayıf olmanın sağlıklarını ve hamileliklerini nasıl etkileyebileceği konusunda danışmanlık yapılması tavsiye edilmektedir (3, 24). Enerji ve besin açısından yoğun ek gıdaların sağlanması amacıyla beslenmeleri düzenlenmeli ve izlenmelidir (3).

Düzenli fiziksel egzersiz, kardiyovasküler sağlığı iyileştirir, obeziteyi ve ilişkili tıbbi komorbiditeleri azaltır. Hastalar haftada 5 gün, günde en az 30 dakika, haftada en az 150 dakika orta düzeyde egzersiz yapmalıdır. Bu egzersiz seviyeleri hamilelik öncesi, hamilelik sırasında ve

doğum sonrası kadınlarda önerilir (4). Gebelik öncesi dönemde kadınlar egzersiz için teşvik edilmelidir (3).

2.4.4.Aşılama-bağışıklama

Aşı ile önlenabilir birçok hastalığın gebelik sırasında hem anne hem de fetüs için ciddi sonuçları olabilir, bu da doğurganlık çağındaki kadınların aşılama durumunu gebelik öncesi bakım için önemli bir odak noktası haline getirir (27). Prekonsepsiyonel dönem kadınların aşılama-bağışıklama durumlarını değerlendirmek ve gerekli taramaları yapmak için ideal bir zamandır (47). Gebelik öncesi tarama, bulaşıcı hastalıkların bulaşmasını önlemek, anne ve yenidoğan sonuçlarını iyileştirmek için bağışıklama kapsamını artırma fırsatı sunar. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık hizmeti sunucularının ergenlik çağındaki kızların ve kadınların aşılama durumlarını kontrol etmesini ve tam aşılanmamış olanların aşılama sürecini tamamlamasını önermektedir (3). Bazı aşılamalar konjenital enfeksiyonu önleyerek, diğerleri perinatal bulaşmayı önleyerek etki eder (27). American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) üreme çağındaki tüm kadınların tetanoz- difteri- aselüler boğmaca (Tdap), kızamık (rubeola), kabakulak, kızamıkçık (rubella), hepatit B ve suçiçeği(varisella zoster) için aşılama durumlarının değerlendirilmesini önermektedir (4). DSÖ de gebelik öncesi dönemde kadınların tetanoz, kızamıkçık ve hepatit B aşılama durumlarının değerlendirilip eksik aşuların tamamlanmasını önermektedir (3, 5).

Suçiçeği oldukça bulaşıcı bir hastalıktır; 1. veya 2. trimesterin başlarında aktif hastalığı olan kadınların bebekleri ekstremitelerde atrofisi, ciltte skarlaşma, merkezi sinir sistemi anormallikleri ve göz problemleri açısından risk altındadır (48). Suçiçeği aşısı hamilelik sırasında kontrendike olduğundan, suçiçeği bağışıklığı prekonsepsiyonel bakımın bir parçası olarak yapılmalıdır (27). Suçiçeği bağışıklığı kanıtı olmayan doğurganlık çağındaki gebe olmayan tüm kadınlar suçiçeği aşısı olmalıdır (27, 49). Aşı yapılan kadınlarda gebelik bir ay süre ile ertelenmelidir (4, 49, 50).

Hamilelik sırasında kızamık düşük, prematürite ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilendirilmiştir. Gebeliğin ilk üç ayında kabakulak gelişen kadınlar arasında fetal ölüm riskinde artış gözlenmiştir. Hamilelik sırasında, özellikle ilk 16 hafta boyunca kızamıkçık enfeksiyonu, spontan düşük, ölü doğum veya Konjenital Rubella Sendromu'na neden olabilir (51). Konjenital Rubella Sendromu'nda sık görülen defektler arasında katarakt, konjenital kalp hastalığı, işitme bozukluğu ve nörolojik anomaliler yer alır (51, 52). Ayrıca bu bebekler sıklıkla hem intrauterin hem de postnatal büyüme geriliği gösterir (51). Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar kızamıkçık bağışıklığı açısından taranmalı ve bağışık değilse aşılanmalıdır. Kızamık veya kızamıkçık aşısı olduğuna veya hastalık geçirdiğine dair kayıt bilgisi olmayan veya serolojik olarak antikorları negatif olan yetişkinlere en az bir doz kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı yapılır(27, 49). KKK aşısı yapıldıktan sonra 1 ay hamile kalmamaları tavsiye edilir (50).

Hiç Tdap aşısı olmamış veya Tdap aşılama durumu bilinmeyen yetişkin kadınlara neonatal tetanoz ve yeni doğan bebekte boğmaca komplikasyonlarını önlemek için tek doz Tdap aşısı yapılmalıdır(3, 4, 27). Ek olarak, gebelik öncesi bağışıklama öyküsüne bakılmaksızın tüm kadınlara her gebelikte 27-36. haftalar arasında Tdap aşısı yapılmalıdır(4).

Doğurganlık çağındaki kadınlarda hepatit B virüsü (HBV) enfeksiyonunun önlenmesi enfeksiyonun bebeklere bulaşmasını önler ve kadında hepatik yetmezlik, karaciğer kanseri, siroz ve ölüm dahil olmak üzere HBV enfeksiyonu ve sekel riskini ortadan kaldırır (3). Kronik olarak enfekte ve hem Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg) hem de Hepatit B e-Antijeni (HBeAg) için seropozitif ise, fetüse bulaşma riski yaklaşık %90'dır. Enfekte bebeklerin %90'ında kronik enfeksiyon görülür, kronik enfeksiyon siroz ve hepatoselüler karsinom riski taşır (27). Gebelik öncesi dönemde bağışıklığı olmayan kadınlara Hepatit B aşısı önerilmektedir (3, 5).

2.4.5.Sigara- alkol-madde kullanımı

Alkol, tütün uyuşturucu kullanımı doğurganlık çağındaki kadınların ve çocuklarının sağlığı için önemli sağlık riskleri oluşturmaktadır. Hamilelik öncesi dönemde bu maddelerin kullanımını erken belirlenmesi, kadınlara önemli sağlık risklerini azaltmada yardımcı olma fırsatı sağlar (25). Hamilelik öncesinde ve sırasında sigara içmenin başlıca zararları arasında infertilite, intrauterin büyüme geriliği, plasenta previa, plasenta dekolmanı, erken membran rüptürü, düşük doğum ağırlığı, spontan abortus ve dış gebelik yer alır (3, 4, 25). Hamilelik sırasında sigara içen kadınlardan doğan çocuklar astım, infantil kolik ve çocuklukta obezite riski altındadır (4). Ebeveynlerin bebeklerin yanında sigara içmesi, astım, bronşit, kulak enfeksiyonları ve ani bebek ölümü sendromu gibi solunum yolu hastalıklarına neden olur (3). Bu olumsuz sonuçlar kadınların gebelikten önce sigarayı bırakmaları halinde önlenebilir. Kadınların sadece %20'si gebelik sırasında tütün bağımlılığını başarılı bir şekilde kontrol edebildiğinden, gebelikten önce sigaranın bırakılması önerilmektedir (2). Kadınlarda tütün kullanım yaygınlığı erkeklere göre daha düşük olmasına rağmen dünya genelinde kadınların üçte birinden fazlası pasif içiciliğe maruz kalmakta ve bu maruziyet gebelik süresince de devam etmektedir (3). Hem aktif hem pasif içiciliği önlemek için tüm klinik ziyaretlerde erkekler ve kadınların tütün kullanımı sorgulanmalı, sigara içmekten kaynaklanan zararlar anlatılmalı, pasif içiciliğin tehlikeleri ve hamile kadınlar ile doğmamış çocuklar üzerindeki zararlı etkileri hakkında bilgiler verilmelidir. Sigara içen bireyler farmakoterapi ve bilişsel-davranışsal sigara bırakma tedavileri için ilgili birimlere yönlendirilmelidir (3, 4, 25).

Gebelik öncesi dönemde alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kullanımı sıklıkla gebelikte de devam etmekte ve fetüsün gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir (3). Alkol, gebelik boyunca

merkezi sinir sisteminin gelişimi için ciddi risk oluşturduğu bilinen bir teratojendir. Doğum öncesi alkol maruziyeti düşük, büyüme geriliği, doğum kusurları ve zekâ geriliği dahil olmak üzere nörogelişimsel eksiklikler dahil olmak üzere önemli anne ve fetus sağlığı riskleri ile ilişkilidir (3, 4, 25). Hamilelik sırasında alkol tüketimi, genellikle yaşam boyu sakatlıkla ilişkilendirilen fetal alkol spektrum bozukluklarına neden olabilir (3, 25). Fetal alkol spektrum bozuklukları, doğum öncesi alkol kullanmanın en ciddi sonucudur ve merkezi sinir sistemi anormallikleri, büyüme kusurları ve yüz dismorfisi ile ilişkilidir. Alkol maruziyetinden kaynaklanan bilişsel kusurlar ve davranış sorunları ömür boyu sürer (4). Hamilelik sırasında belirlenmiş güvenli alkol tüketimi düzeyi yoktur. Hamilelik öncesi alkol kullanım seviyeleri, hamilelik sırasında alkol kullanımının en güçlü göstergesidir. Yaygın olarak kullanılan yasa dışı uyuşturucular arasında esrar, kokain, uçucu maddeler, halüsinojenler ve eroin yer almaktadır (25). Ayrıca bu dönemde alkol-madde kullanan kadınlarda istenmeyen gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık, karaciğer hastalıkları, depresyon, şiddet-taciz gibi kişilerarası-sosyal sorunlar riskinde artış vardır (3, 25). Doğum öncesi alkol ve uyuşturucuya sürekli maruz kalma, yenidoğanda yoksunluk sendromuna neden olabilir (3). Bir kadın hamile olduğunu veya olabileceğini fark etmeden önce erken dönemde alkol ve ya madde kullanımına bağlı zararlar ortaya çıkabileceğinden, müdahale için en uygun zaman gebe kalmadan öncesidir(2, 3).

Çocuk doğurma çağındaki tüm kadınlar alkol kullanımı açısından taranmalı, madde kullanımını tespit etmek için dikkatli bir öykü alınmalıdır. Gebelik öncesinde ve sırasında uyuşturucu madde ve alkol kullanımının riskleri hakkında danışmanlık verilmelidir (25). Farmakolojik ve psikolojik yöntemlerle madde kullanım bozukluklarının tedavisi sağlanmalı, madde kullanım bozukluğu olan bireylere aile planlaması hizmetleri sunulmalı ve bireyler uyuşturucudan arınana kadar gebelik ertelenmelidir (3, 5, 25). Ergenlerde alkol-madde kullanımını azaltmak için önleme programları geliştirilebilir (5).

2.4.6. Aile öyküsü-genetik hastalıklar-obstetrik öykü

Gebeliği etkileyen genetik durumların yaygınlığı, ebeveyn yaşı, tıbbi geçmiş ve aile öyküsü gibi birçok faktöre göre değişmektedir (23). Genetik bozukluklar tek gen kusurlarından, kromozom bozukluklarından ve çoklu gen kusurlarından kaynaklanabilir (3). Gebe kalma öncesi dönemde olası genetik sorunları öğrenmek idealdir, çünkü bu bilgi hastaların bilinçli üreme kararları almasına izin verir (23).

Genetik durumlar için risk faktörlerini belirlemek amacıyla hastanın ve partnerinin kapsamlı genetik ve aile öyküsü alınması önerilir (3, 4, 23). İdeal olarak; bilinen genetik bozuklukları, konjenital malformasyonları tanımlamak amacıyla çiftlerin 3 nesillik aile öyküsü alınmalıdır (23). Ebeveynlerin yaşı, etnik köken, akrabalık ve geçmiş tıbbi ve obstetrik geçmiş

hakkında da sorular sorularak kapsamlı bir öykü elde edilmelidir (3). Bu tarama öyküsü, genetik bir hastalık olasılığını gösteriyorsa; ailesinde gelişim geriliği, doğumsal anomaliler veya diğer genetik bozukluklar olduğu tespit edilen bireyler potansiyel gebelik riskini daha iyi ölçmek için uygun bir uzmana sevk edilir (23). Eşlerden birinde veya her ikisinde herhangi bir genetik hastalık taşıyıcılığı teşhis edildiğinde, hastayı hastalığın etkileri ve gebelik öncesi ve erken gebelik taraması için potansiyel seçenekler konusunda eğitmek için genetik danışmanlık önerilmektedir (4). Tekrarlayan gebelik kaybı öyküsü her iki ebeveynin de kromozomal anomaliler ve kalıtsal trombofili gibi genetik durumlar için test edilmesini gerektirir. Bilinen genetik rahatsızlıkları olan bireylere, durumlarının optimal kontrolü ve çocukları etkileme olasılığı konusunda danışmanlık yapılmalıdır; bu kişiler, genetik bir bozukluğun varlığının hem kendi sağlıklarını hem de fetüsün sağlığını nasıl etkileyebileceğinin farkında olmalıdır (23).

Daha önceki bir gebelikte olumsuz bir sonuç, sonraki gebeliklerde olumsuz sonuçlar için artmış risk ile ilişkili olduğundan daha önceki gebelik sonuçları kapsamlı bir şekilde değerlendirilmelidir. Daha önceki spontan düşük, erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, ölü doğum, sezaryen, gebeliğe bağlı diyabet ve hipertansiyon gibi risk faktörleri sorgulanmalıdır. Maternal otoimmün hastalık ve uterus malformasyonları dahil olmak üzere belirli durumların gebelik öncesi tanı ve tedavisi, tekrarlayan gebelik kayıpları riskini azaltabilir (26).

2.4.7.Çevresel toksin maruziyeti

Artan sağlam kanıtlar, çevresel toksin maruziyeti ilişkili üreme ve gebelik riskleri olduğunu göstermektedir (4, 32). Bir kadın gebelik ile başvurduğunda, organogenezde bozulmalar çoktan meydana gelmiş olabilir (4). Bu nedenlerle, gebelik öncesi çevresel toksin maruziyetlerinin tanımlanması sağlanmalıdır. Maruziyetler belirlenirse, hastalar toksik ajanlara maruz kalmaktan kaçınma konusunda eğitilebilir (4, 32). Maruziyetler hem evde hem de işyerinde meydana gelebilir. (4, 32). Bu ortamlar gebelik sonucuna yönelik tehlikeleri belirlemek için sorgulanmalıdır (32). Evde bisfenol-A içeren plastikler, kurşun boya, asbest, yağ bazlı boyalar gibi solventler, vitray işlerinde kullanılan kurşun gibi ağır metaller ve genellikle karbon monoksit metabolize olan ve fetüs için toksik olabilen metilen klorür içeren boya sıyırıcıları içeren hobi malzemelerine maruz kalınabilir (4, 32). Pestisitler, herbisitler ve rodentisitler evde karşılaşılması en muhtemel kimyasal tehlikeler arasındadır. Bunlardan herhangi birinin uygulanmasından önce hasta tarafından kaçınılması önerilir (32).

İşyeri, üreme ve gelişim üzerinde net etkileri olan toksik maddelere maruz kalmanın başlıca kaynağıdır (32). Hamilelik sırasında potansiyel olarak tehlikeli maruziyet riski taşıyan istihdam sektörleri arasında tarım (pestisitler), imalat (organik çözücüler ve ağır metaller), kuru temizleme (çözücüler) ve sağlık hizmetleri (biyolojikler ve radyasyon) bulunmaktadır (4, 32). Radyasyon

maruziyeti ilk trimesterde düşük, fetal büyüme geriliği, çocuklarda bozulmuş bilişsel fonksiyona, mikrosefali, çocukluk çağı kanserlerine neden olabilir. Tarım ilaçları spontan düşük ve çocukluk çağı kanserlerine; kurşun ve cıva kirliliği düşük, ölü doğum, erken doğum, maternal anemi, fetal büyüme geriliği, çocukta merkezi sinir sistemi hasarına sebebiyet verebilir. Kapalı mekan hava kirliliği ölü doğum, maternal kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve akciğer kanserine yanı sıra çocukta pnömoni ya da fetal büyüme geriliğine yol açabilir (3).

Gebelik öncesi ziyaretlerde kadınlara ev ve çalışma ortamı hakkında soru sorulmalıdır. Potansiyel riskli toksik madde maruziyeti tespit edilirse işyeri hekimliğine danışmak, iş değişikliği önerileriyle ilgili daha ayrıntılı bir araştırma yapılmasına yardımcı olabilir (32). DSÖ prekonsepsiyonel dönemde çevresel toksin maruziyetlerinin önlenmesi için çevresel tehlikeler ve önleme konusunda bireylere rehberlik ve bilgi sağlanmasını; mesleki, çevresel ve tıbbi ortamlarda gereksiz radyasyon maruziyetinden korunmayı, gereksiz pestisit kullanımından kaçınmayı, pestisitlere alternatifler sağlamayı, kurşun maruziyetinden korunmayı, doğurganlık çağındaki kadınların balıklardaki metil cıva seviyeleri hakkında bilgilendirilmesini, temiz sıvı/gaz yakıtların kullanımının teşvik edilmesini önermektedir (5).

2.4.8.Aile planlaması

Aile planlaması, gebelik öncesi danışmanlığın temel bir unsurudur (4). Bir kadının veya çiftin ilk ve sonraki gebeliklerine ilişkin üreme planı hakkında konuşulmalı, üreme çağındaki tüm hastalara gebelik isteği, planı olup olmadığı sorulmalı ve buna uygun danışmanlık sağlanmalıdır (7, 19, 53).

Çok erken, istenmeyen ve hızlı ardışık gebeliklerden sakınılması önerilmektedir (3). İstenmeyen gebelik, gebelik komplikasyonları riskini artırır(3, 4). Gebeliklerin büyük bir çoğunluğunu planlanmamış gebelikler oluşturmaktadır (2, 4, 54). İstenmeyen gebelikler güvenli olmayan kürtaj komplikasyonlarına bağlı ölümlere, psikososyal sonuçlara yol açabilir. Hamilelik sırasında kendine ve doğmamış çocuğa daha az özen gösterilmesine bu da bebek ve çocuk sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (3, 7). Ayrıca planlanmamış gebelikler, gebelik öncesi sağlığı optimize etmek için kaçırılmış bir fırsatı da temsil eder (22). Yirmi dört aydan kısa doğum aralıklarının prematüre doğum, fetal ölüm, düşük doğum ağırlığı, artmış neonatal ve postneonatal bebek ölüm riski, annede artmış depresyon olasılığı gibi riskleri vardır (3). Kadınlara tekrar gebe kalmadan önce, canlı doğumla sonuçlanan gebeliklerinden sonra 18-24 ay, kürtajdan sonra ise en az 6 ay beklemeleri tavsiye edilmeli, kısa gebelik aralıklarının riskleri hakkında bilgi verilmeli ve uygun doğum kontrol danışmanlığı sağlanmalıdır (3, 55). ACOG da 6 aydan daha kısa gebelik aralıklarından kaçınılmasını önermektedir (4).

Erken yaşta çocuk doğurmak, anne için artmış sağlık riskleri ile ilişkilidir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde gebelik komplikasyonları ve doğum, 15-19 yaş arası genç kadınlarda önde gelen ölüm nedenidir. Ergen yaşta çocuk doğurmanın olumsuz etkileri, bebeklerin sağlığını da etkiler. 20 yaş altı annelerden doğan bebeklerde perinatal ölümler, 20-29 yaş arası annelerden doğan bebeklere göre %50 daha fazladır. Ergenlik çağındaki annelerin bebeklerinin düşük doğum ağırlıklı olma olasılığı daha yüksektir. (3) Ayrıca ebeveyn yaşı ilerledikçe de gebe kalma şansının azalmakta ve kromozomal anormallik riskinin artmaktadır (19).

Yaşın doğurganlık üzerindeki etkisi, aile büyüklüğü planlaması konusunda eğitim ve farkındalığın artırılması sağlanmalı, gebelikler arasındaki en uygun aralıklar hakkında bilgilendirme yapılmalı, hamilelik istemeyenler için uygun doğum kontrol yöntemleri hakkında danışmanlık verilmelidir (3, 4, 19).

2.4.9.Psikososyal faktörler

Gebelik öncesi ve gebe kalma döneminde kadınlarla etkileşim halinde olan sağlık profesyonelleri, hastaların olası psikososyal risklerini sorgulamalıdır (3, 30).Yakın partner şiddeti, özellikle depresyon gibi duygudurum bozuklukları, anksiyete bu bağlamda değerlendirilebilir(3-5, 30, 55).

Yakın partner şiddeti, yakın bir ilişkide fiziksel saldırganlık, cinsel baskı, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar dahil olmak üzere fiziksel, cinsel veya psikolojik zarara neden olan davranışları ifade eder ve oldukça yaygındır. DSÖ çok ülkeli bir çalışma da 15-49 yaş arası kadınların %15-71'inin hayatlarının bir noktasında yakın bir partner tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Kadınlara yönelik yakın partner şiddeti ve cinsel şiddet kadınlarda istenmeyen gebelik, jinekolojik sorunlar, kürtaj, CYBH, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, duygusal sıkıntı, intihar girişimleri, uyku güçlüğü, yeme bozukluklarına; çocuklarda davranışsal ve duygusal rahatsızlıklar, artan çocukluk çağı ölüm oranı, morbidite (yetersiz beslenme-ishal vb.) gibi bir dizi soruna yol açabilmektedir. Yakın partner şiddetinin yaşandığı bir ailede büyümek ve çocukken kötü muameleye maruz kalmak, yaşamın ilerleyen dönemlerinde şiddetle ilişkilendirilerek, şiddetin nesiller arası aktarımına neden olur (3).DSÖ prekonsepsiyonel dönemde kişilerarası şiddete yönelik müdahaleler olarak toplumsal cinsiyet eşitliğini, insan hakları ve cinsel ilişkileri ele alan yaşa uygun kapsamlı cinsellik eğitimi verilmesini, kadına yönelik şiddetin belirtilerini tanınmasını, şiddet mağdurlarına sağlık hizmetleri ve psikososyal destek sağlanmasını, sorunlu içici olan kişilerin taranması ve danışmanlık hizmeti verilmesini, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin tedavi edilmesini önermektedir (3, 5).

Depresyon ve anksiyete bozukluklarının, bebek gelişimi, emzirme, bebek beslenme durumu ve çocuk büyümesi üzerinde olumsuz etkileri vardır (3, 55). Doğurganlık çağındaki kadınlar duygudurum bozuklukları için psikososyal açıdan taranmalı ve risk altında olanlar belirlenmeli; depresyon ve anksiyete bozuklukları olan kadınlara tedavi ve danışmanlık sağlanmalı, tedavi edilmemiş hastalığın potansiyel riskleri ve bununla ilişkili olumsuz sağlık sonuçları hakkında danışmanlık verilmeli ve potansiyel annelere gebe kalmadan önce ve gebelik sırasında çeşitli tedavi seçeneklerinin riskleri ve faydaları hakkında bilgilendirilme yapılmalıdır (3, 5, 55).

2.4.10. Erkek sağlığı

Erkekler için prekonsepsiyonel bakım; aile planlamasını ve gebelik sonuçlarını iyileştirmek, kadın partnerlerin üreme sağlığını ve sağlık davranışlarını geliştirmek ve erkekleri babalığa hazırlamak için önemlidir. Prekonsepsiyonel bakımın kadınlara sunduğu fırsata benzer şekilde, erkeklerde hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi için bir fırsat sunar. Erkeklerin gebe kalma öncesi sağlığını iyileştirmek, erkeklerin gebelik anlayışına biyolojik ve genetik katkılarını artırarak gebelik sonuçlarının iyileşmesine neden olur. Sperm DNA'sı tütün, alkol, ilaçlar (örn. anabolik steroidler), kafein, kötü beslenme, radyasyon ve kemoterapi ve testis hipertermisi dahil olmak üzere birçok şekilde hasar görebilir. Diyabet, varikosel ve epididimit gibi tıbbi durumlar da tedavi edilmezse sperm sayısını ve kalitesini azaltabilir. Bu tür hasarlar genellikle infertilite, subfertilite veya spontan düşükle sonuçlanır. Erkekler için gebelik öncesi bakım cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taranması ve tedavisi için bir fırsat sunar. Eşlerinin tedavisi olmadan sadece kadınların cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlarının tedavisi başarısızlığa neden olur. Gebelik öncesi bakım, diğerlerinin yanı sıra yakın partner şiddeti, tecavüz, içki/uyuşturucu kullanımı ve birden fazla cinsel partner dahil olmak üzere istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerle sonuçlanabilecek erkek davranışlarını ele alma fırsatı da sağlar. Bu nedenlerden dolayı erkeklerin de beslenme-kilo durumu, kronik hastalık, sigara-alkol-madde kullanımı, aile öyküsü-genetik riskler, ilaç kullanımı, ruh sağlığı gözden geçirilmesi risk faktörleri mevcutsa uygun müdahalelerin yapılması önerilir (33).

2.4.11. Kronik hastalıkların yönetimi

Önceden var olan hastalıkların yönetimi gebelik öncesi dönemde optimize edilebilir ve gebelikle ilgili komplikasyon olasılığını azaltır (4). Kronik hastalığı olan kadınlar için olası gebelik öncesi bakım, gebeliğe hazırlanırken hastalık kontrolünü optimize etmeyi, potansiyel olarak teratojenik bir tedavi rejimini fetüs için daha güvenli olana değiştirmeyi ve gebeliği geciktirmek veya önlemek için aile planlaması hizmetlerinin sağlanmasını içerir(29). Diyabet, hipertansiyon,

psikiyatrik hastalık ve tiroid hastalığı gibi birçok kronik tıbbi durumun gebelik sonuçları üzerinde etkileri vardır ve gebelikten önce en uygun şekilde yönetilmesi önerilmektedir(4).

Diyabetes Mellitus

Gebelik, diyabetik kadınlarda insülin duyarlılığını bozup kan şekeri regülasyonunu zorlaştırarak önemli sorunlara neden olabilmektedir. Glisemik kontrolü kötü tip 1 ve tip 2 diyabet hastası kadınlar gebelik sürecinde önemli sağlık problemleriyle karşılaşabilirler (56). Bu sorunların başlıcaları spontan düşük, mevcut mikrovasküler komplikasyonların kötüleşmesi, tekrarlayan idrar yolu ve diğer enfeksiyonlar, erken doğum, ölü doğum, doğum travması, sezaryen doğum, hipertansiyon, preeklampsidir. Ayrıca bebekte sakral agenezi, kompleks kardiyak defektler, spina bifida ve anensefali gibi konjenital anomalilere, intrauterin gelişme geriliği ve makrozomi başta olmak üzere birçok sorunlara neden olabilir (3, 29, 56). Gebelik öncesi glisemik kontrolün sağlanmasının maternal ve fetal riskleri azaltabileceği gösterilmiştir.

Doğurganlık çağındaki tüm tip 1 ve tip 2 diyabet hastalarına planlı gebelik önerilmeli, plansız gebeliklerin önlenmesi için güvenli bir doğum kontrol yöntemi uygulanmalı; bu konuda danışmanlık ve eğitim verilmelidir. Glisemik kontrol iyi sağlanmalı, glisemik kontrolün önemi konusunda bilgilendirilmelidir. Kapiller glukoz ölçümlerinde açlık glukozu 80-110 mg/dl, tokluk glukozu <155 mg/dl ve A1C \leq %6,5 (48 mmol/mol) olarak hedeflenmektedir. Folat replasmanı yapılmalı, diyabet komplikasyonları (nöropati, nefropati, retinopati, gastroparezi vb.) açısından tarama yapılmalı, mevcut komplikasyonlar yönetilmelidir. Sigara bırakılmalı, potansiyel teratojenik ilaçlar kesilmeli ve anne adayları eğitilmelidir. Uygun doğum kontrol yöntemi kullanmayan diyabet hastalarında teratojenik riske sahip ilaçların kullanılmasından kaçınılması önerilmektedir. Gebelik planlayan kadınların kullanmakta olduğu insülin dışı antihiperglisemik ilaçlar kesilmeli, insülin tedavisine başlanır. Yaşa uygun diyabetik aşı takvimi gözden geçirilmeli, eksik aşular tamamlanmalıdır. Ayrıca 35 yaş üstü kadınlarda elektrokardiyografi (EKG) ve diğer ileri tetkiklerle kardiyak değerlendirme yapılması tavsiye edilmektedir (56).

Tiroid hastalıkları

Tiroid hormonunun fetüsün nöral ve somatik gelişimi üzerine önemli etkileri vardır. Fetal tiroid bezi, gebeliğin 10 ila 12. haftalarında çalışmaya başlar. İlk trimesterde maternal T4 fetüste tek tiroid hormonu kaynağıdır (57).

Tiroid disfonksiyonu üreme çağındaki kadınları etkileyen ikinci en yaygın endokrin hastalıktır (29). Tiroid patolojisi, kadın doğurganlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve annede tedavi edilmemiş tiroid hastalığı fetal gelişimi ve gebelik sonucunu etkileyebilir (37).

Maternal ve neonatal morbidite insidansı, hipertiroidizmi tıbbi olarak kontrol altına alınamayan hastalarda anlamlı olarak daha yüksektir. Maternal morbiditenin nedenleri arasında artmış preeklampsi insidansı, konjestif kalp yetmezliği, tiroid krizi ve plasenta dekolmanı yer alır. Neonatal morbiditenin nedenleri arasında fetal büyüme geriliği, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve ölü doğumun yanı sıra neonatal immün aracılı hipo/hipertiroidizm yer alır. Hamile kalmak isteyen kadınlar için hipertiroidizmin ideal tedavi şekli tanımlanmamıştır, tedavi hastanın her bir seçeneğin avantaj ve dezavantajlarını anlamasına ve hasta ve hekim tercihine bağlıdır.

Özellikle ilk trimesterde aşıkâr hipotiroidizmin, çocuklarda zihinsel bozuklukların yanı sıra annede hipertansiyon ve preeklampsi, plasenta dekolmanı, anemi, doğum sonrası kanama, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve fetal ölüm gibi gebelik komplikasyonlarıyla ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Bununla birlikte, tedavi edilmemiş hipotiroidili kadınlarda en sık görülen jinekoendokrin anomali anovülasyondur, bu nedenle hipotiroidizmi olan kadınlarda gebelik daha az sıklıkta olabilir (29). Gebelik planlayan hipotiroidizmi olan kadın hastalarda, levotiroksin (LT4) tedavisi altında Tiroid Stimülan Hormon (TSH) değerinin $<2,5$ mU/L tutulması önerilmektedir (37). Subklinik hipotiroidi tanısı üst sınırı aşmış TSH ($\geq 4-5$ mU/mL) ve normal sT4 seviyeleri varlığında konur. Bu seviyedeki TSH yüksekliklerinin bir kısmı kendiliğinden düzelebileceğinde 1-3 ay içinde tetkik tekrarlanmalı, benzer bir sonuçla teyit edilmesi gerekir. Ancak gebelik planı olanlarda teyit etmek bu süreler beklenilmez. Gebelik planı subklinik hipotiroidide LT4 tedavisi başlama lehine değerlendirilebilecek olan faktörlerdendir(58).

Hipertansiyon

Kronik hipertansiyon ile komplike olan gebelikler, özellikle şiddetliyse, preeklampsi ve eklampsi, merkezi sinir sistemi kanaması, kardiyak dekompanasyon ve böbrek fonksiyonlarında bozulma ile ilişkili olabilir. Hamilelik sırasında hipertansiyon ayrıca erken doğum, intrauterin büyüme kısıtlaması, plasentanın ayrılması ve fetal ölümü içeren önemli fetal riskler oluşturur(29).

Kronik hipertansiyonu olan kadınlar, gebelik öncesi dönemde değerlendirilmelidir. Gebelikte oluşabilecek riskler ve bunları azaltmak için yapılabilecek girişimler hakkında danışmanlık sağlanmalıdır. Kronik hipertansiyonu olan doğurganlık çağındaki kadınların çoğunda primer hipertansiyon mevcuttur fakat sekonder sebeplerin gözden kaçırılmaması, lüzum halinde gebelikten önce bu konunun değerlendirilmesi önemlidir. Gebelik öncesi hipertansiyon tedavisinin düzenlenirken gebelik için güvenli antihipertansif ilaçların seçilmesine özen gösterilmelidir. Özellikle anjiotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri (ACE inhibitörleri) ve anjiotensin reseptör blokörlerinden (ARB) fetüste büyüme geriliği, oligohidroamnioz, renal disgenezi gibi fetal malformasyonlar yapabildikleri için kaçınılması tavsiye edilmektedir. Metildopa, nifedipin ve

labetolol fetüs açısından güvenir ilaçlardır. Gebelik öncesi; bireylerin egzersiz yapmaya teşvik edilmesi, sigaranın bırakılması, aşırı kilolu hastaların kilo vermelerinin sağlanması, diyet değişiklikleri (tuz kısıtlaması gibi) kan basıncını düzenlemek için uygulanabilecek nonfarmakolojik tedavi seçeneklerindedir(59).

Astım

Astımı olan kadınların yaklaşık %30'unda hastalığın şiddeti gebelik sırasında kötüleşir. Hamilelik sırasında yeterince kontrol altına alınmayan astım hem anne hem de fetüs için ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Hamilelik sırasında astımlarında kötüleşme yaşama olasılığı en yüksek olan kadınlar, hamilelikten önce şiddetli veya kötü kontrol edilen astımı olan kadınlardır. Üreme çağındaki astımı olan kadınlara, astım kontrolünün hamilelikle birlikte kötüleşme potansiyeli ve uygun tıbbi tedavi ve tetikleyicilerden kaçınma yoluyla hamilelikten önce astım kontrolünü sağlamanın önemi konusunda danışmanlık yapılmalıdır. Gebe kalmayı planlayan veya gebe kalma olasılığı bulunan astımlı kadınlar hamileler için önerilen farmakolojik basamaklı tedavi önerilerine dayalı olarak tedavi edilir. Astım kontrolü zayıf olanlar, semptom kontrolü sağlanana kadar etkili doğum kontrolü kullanmaya teşvik edilmelidir (29).

Epilepsi

Epilepsisi olan kadınlar, hamilelik sırasında nöbet sıklığında artış riski altındadır. Hamilelik sırasında nöbet geçiren kadınların ve antikonvülzan ilaç kullananların bebeklerinde doğumsal anomali görülme sıklığı artmaktadır. Epilepsisi olan üreme çağındaki kadınlara, gebelikte nöbet sıklığının artma riski, nöbetlerin ve antikonvülzan ilaçların gebelik sonuçları üzerindeki potansiyel etkileri ve gebeliklerini sağlık uzmanıyla planlamaları gerektiği konusunda danışmanlık verilmelidir. Karaciğer enzimini indükleyen antikonvülzanları alanlara hormonal kontraseptif başarısızlık riskinin arttığı konusunda bilgi verilmelidir. Mümkün olduğunda, üreme çağındaki kadınların nöbetlerini kontrol etmek için en düşük etkili dozda antikonvülzan monoterapi şeklinde verilmelidir. Gebelik planlayanlar, gebe kalmadan önce antikonvülzan rejiminin değiştirilmesi veya geri çekilmesi açısından tam olarak değerlendirilmeli ve nöral tüp defektlerini önlemek için gebe kalmadan en az 1 ay önce ve ilk trimesterin sonuna kadar günde 4 mg folik asit takviyesine başlamalıdır (29).

2.4.12.İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi

Kullanılan tüm reçeteli ve reçetesiz ilaçlar gebelik öncesi dönemde gözden geçirilmelidir(4, 31, 60). ACE inhibitörleri, ARB'ler, statinler, karbamazepin, valproik asit, fenitoin, coumadin

türevleri, folik asit antagonistleri, izotretinoin teratojen olduğu bilinen başlıca ilaçlardır. Kadınların hamilelik planlarken karşı karşıya kalabilecekleri kronik ve akut sağlık durumlarını tıbbi olarak yönetirken, ilaçları "temel" veya "gerekli olmayan" olarak sınıflandırmak yararlıdır. Temel ilaçlar, kadın ve/veya fetüsü için ciddi morbiditeye sahip hastalıkları tedavi etmek için gerekli olan ilaçlardır. Gerekli olmayan ilaçlar, ciddi morbidite olmaksızın durumları tedavi etmek için kullanılan ilaçlardır(31).

Gerekli olmayan ilaçları kullanmaktan kaçınmaları konusunda tavsiyede bulunulmalıdır. Temel ilaçların kullanımı, kadının veya fetüsün sağlığını tehlikeye atmadan anne hastalığını etkili bir şekilde tedavi edecek mümkün olan en az sayıda ve en düşük dozda ilaçla sınırlanması öneriler arasındadır. Kronik sağlık durumlarının ve ilaçların anne ve çocuk için hamilelik sonuçları üzerindeki potansiyel etkisi konusunda bilgilendirme yapılmalıdır(31, 60). Teratojenik ilaçların kullanımı açısından taranmalı; potansiyel olarak teratojenik ilaçlar alıyorsa, güvenilir kontrasepsiyonun önemi vurgulanmalı, mümkün olduğunda potansiyel olarak teratojenik ilaçlar gebe kalmadan önce daha güvenli ilaçlara değiştirilmelidir(4, 31).

Ayrıca birçok kadın hamilelik öncesinde ve sırasında sağlık profesyoneli gözetimi olmadan multivitaminler, tek vitaminler, bitkisel ürünler, geleneksel ilaçlar, halk ilaçları, kilo verme veya spor takviyeleri ve diğer diyet takviyelerini kullanmaktadır. Bu takviyeleri kullanımları sorulmalı, yüksek düzeyde tüketilip tüketilmediği değerlendirilmeli; bunların etkisi, güvenliği ve etkinliği hakkında bilinenler ve bilinmeyenlerle ilgili bilgi verilmelidir(24).

2.4.13.Bulaşıcı Hastalıklar

Tedavi edilmeyen CYBH'lerin üreme, anne ve yenidoğan sağlığı üzerinde erken doğum, kronik pelvik ağrı, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, dış gebelik, erken membran rüptürü, spontan düşük, fetal kayıp, düşük doğum ağırlığı gibi birçok olumsuz etkisi olabilir (3, 28). CYBH taraması ihtiyacının değerlendirilmesi gebelik öncesi yapılmalıdır. ACOG gonore, klamidya, sifiliz ve insan immün yetmezlik virüsü (HIV) gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların yaş ve risk faktörlerine göre taranmasını önermektedir (4). Hastaların CYBH riskleri düzenli ve rutin olarak değerlendirmeli, bulaşı önlemek için danışmanlık sağlanmalı ve hastalık mevcut ise tedavisi sağlanmalıdır (7). Toxoplazma için rutin tarama önerilmemekte olup, eti güvenli bir sıcaklıkta pişirme, meyve ve sebzeleri tüketmeden önce soyma veya iyice yıkama ve yıkanmamış meyve veya sebzeler veya çiğ et, kümes hayvanları veya deniz ürünleri ile temas ettikten sonra kapları ve pişirme yüzeylerini uygun şekilde temizleme, kedi kumunu değiştirmekten kaçınmaları veya eldiven takıp sonrasında ellerini iyice yıkamaları, kedilere çiğ veya az pişmiş et vermemeleri gibi bulaşı önleyici tavsiyeler verilmesi önerilmektedir(28, 61).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırmadır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Eylül 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında öğrenim gören son sınıf öğrencilerinin anket sorularını cevaplayabilecekleri uygun kliniklerde ve sınıflarda yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi 2022-2023 akademik yılı Dönem 6 öğrencileri oluşturmaktadır. Belirtilen sürede Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 6'da 227 öğrenci olup öğrencilerin hepsine ulaşılması planlandı. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma kriterlerini karşılayan 208 öğrenci (%91,6'sı) çalışmaya dahil edildi.

3.4.Çalışmaya Alınma Kriterleri

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi 2022-2023 akademik yılı Dönem 6 öğrencisi olmak
2. Katılımcının soruları anlayıp cevap verebilecek düzeyde Türkçe 'ye hâkim olması

3.5.Etik Kurul Onayı ve Onam

Çalışma 09.09.2022 tarih ve 2022/3955 sayı ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Etik Kurulu onaylıdır (EK-1'de sunulmuştur).

3.6.Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür taranarak oluşturulan ve ilk bölümünde katılımcıların sosyodemografik bilgilerini sorgulayan, ikinci bölümünde prekonsepsiyonel bakım hakkında soruların olduğu bir anket formu kullanıldı. Gönüllü katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilip anket sorularını doldurmaları istendi.

3.6.1.Sosyodemografik bilgi formu

Formda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma durumu ve mesleki kariyer planı ile ilgili sorular bulunmaktadır.

3.6.2.Prekonsepsiyonel bakım hakkında bilgi ve farkındalık durumunu değerlendiren form

Konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Prekonsepsiyonel bakım hakkında daha önce bilgisi olup olmadığını, bu konuda eğitim alıp almadığını sorgulayan sorulardan ve prekonsepsiyonel bakımda ele alınan temel konular ve bu konularda klinik pratikte yapılması önerilen temel yaklaşımlar hakkında bilgileri sorgulayan çoktan seçmeli, açık uçlu ve önermeli sorulardan oluşmaktadır.

3.7.İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package For Social Sciences) Windows 20.0 programı kullanıldı. Açık uçlu sorulara verilen cevaplar kategorize edildi. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma cinsinden, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde cinsinden analiz edildi. Kategorik yapıdaki veriler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Çalışmada $p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4.BULGULAR

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya katılan 208 intern hekimin yaş ortalaması $23,83 \pm 1,24$ (min=22; maks=32) yıldı. Katılımcıların %59,1'i (n=123) kadın, %96,6'sı (n=201) bekar, %99'u (n=206) çocuksuzdu. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n	
Yaş	208	$23,83 \pm 1,24$ Min:22-Maks:32
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	123	59,1
Erkek	85	40,9
Medeni durum		
Evli	7	3,4
Bekar	201	96,6
Çocuk sahibi olma		
Evet	2	1,0
Hayır	206	99,0

Mezuniyetten sonra intern hekimlerin %71,1'i (n=148) uzman hekim olmak, %9,6'sı (n=20) yurtdışında çalışmak, %6,3'ü (n=13) pratisyen hekim olarak çalışmak istiyordu; %1,4' ü (n=3) mezuniyet sonrası hekimlik yapmak istemiyordu, %13,5'i (n=28) kararsızdı. İtern hekimlerin %52'si (n=108) uzmanlık alanı olarak dahili bilimler, %24'ü (n=50) cerrahi bilimler seçmek istiyordu; %24'ü (n=50) uzmanlık alanı konusunda kararsızdı. Katılımcıların mezuniyet sonrası çalışma isteği ve uzmanlık dalı seçimine ait özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2.İntern hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma isteği ve istenilen uzmanlık dalı

	n	%
Mezuniyet sonrası çalışma isteği*		
Uzman hekim olmak istiyor	148	71,1
Kararsızım	28	13,5
Yurtdışında çalışmak istiyor	20	9,6
Pratisyen hekim olarak çalışmak istiyor	13	6,3
Hekimlik yapmak istemiyor	3	1,4
İstenilen uzmanlık dalı		
	n	%
Dahili Bilimler	108	52,0
Cerrahi Bilimler	50	24,0
Kararsız	50	24,0

*Birden fazla cevap verilmişti

4.2.Prekonsepsiyonel Bakım ile İlgili Sorulara Verilen Yanıtların Değerlendirilmesi

İntern hekimlerin %78,8'i (n=164) prekonsepsiyonel bakım kavramını duymamıştı ; prekonsepsiyonel bakım kavramını duyduğunu belirten 44 intern hekimin %79,5'i (n=35) fakülte derslerinde, %9,1'i (n=4) Tıpta Uzmanlık Sınavı (TUS) dershanesinde, %20,5'i (n=9) arkadaş ortamı vs. gibi diğer şekillerde duymuştu. Cinsiyet ile prekonsepsiyonel bakımı duyma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,858).

İntern hekimlerin %91,8'i (n=191) prekonsepsiyonel bakım hakkında eğitim almamıştı; eğitim aldığını belirten 17 hekimin %94,1'i (n=16) fakülte derslerinde, %5,9'u (n=1) TUS dershanesinde eğitim aldığını belirtmiştir. Cinsiyet ile prekonsepsiyonel bakım eğitimi alma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır(p=0,067). Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitim alma durumlarına ait özellikler Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların prekonsepsiyonel bakım kavramını duyma ve eğitimini alma durumu

	n	%
Prekonsepsiyonel bakım kavramını duydunuz mu?		
Evet	44	21,2
Hayır	164	78,8
Duyduysanız, nerede duydunuz? *		
Fakülte derslerinde	35	79,5**
TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) dershanesinde	4	9,1**
Diğer	9	20,5**
Prekonsepsiyonel bakım hakkında eğitim aldınız mı?		
Evet	17	8,2
Hayır	191	91,8
Eğitim aldıysanız, nerede aldınız? *		
Fakülte derslerinde	16	94,1***
TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) dershanesinde	1	5,9***
Diğer	1	5,9***

*Birden fazla seçenek işaretlenmişti

**Prekonsepsiyonel bakımı duyan 44 kişi içinde yüzdesi alınmıştır.

***Prekonsepsiyonel bakım eğitimi alan 17 kişi içinde yüzdesi alınmıştır.

Katılımcılara gebelik öncesi dönemde danışmanlık için başvuran bir çifte anamnez, fizik muayene- tetkik ve öneri aşamalarında neler yapacaklarına dair yöneltilen açık uçlu soruya verilen cevaplar Tablo 4’te belirtilmiştir.

Tablo 4.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili yaklaşım ve yönetim şekilleri(n=208)

	n	%
Prekonsepsiyonel bakımda anamnezde neleri sorgularsınız?		
Aile öyküsü-kalıtsal hastalık	114	54,8
Kronik hastalık	102	49,0
İlaç-sigara-alkol-madde kullanımı	67	32,2
Kimlik bilgileri (yaş, evlilik süresi vs.)	32	15,4
Akraba evliliği olup olmadığı	64	30,8
Önceki gebelik öyküsü	77	37,0
Bulaşıcı hastalık bulunma durumu	36	17,3
Kan grubu	17	8,2
Aşılama-bağışıklama durumu	13	6,3
Kontrasepsiyon-aile planlaması	15	7,2
Yaşam tarzı (beslenme, spor vs.)	7	3,4
Mens düzeni	14	6,7
Diğer	13	6,3
Prekonsepsiyonel bakımda hangi fizik muayene ve tetkikleri yaparsınız?		
Hemogram	78	37,5
Biyokimya	71	34,1
Seks hormonları	39	18,8
TFT (Tiroid Fonksiyon Testleri)	29	13,9
TİT (Tam İdrar Tetkiki)	10	4,8
Bulaşıcı hastalık taraması	41	19,7
Vitamin-mineral düzeyi	30	14,4
USG (Ultrasonografi)	26	12,5
Kan grubu tayini	17	8,2
Genetik analiz	24	11,5
Semen analizi	5	2,4
Antropometrik ölçüm (boy, kilo vs.)	22	10,6
Vital bulgu ölçümü	16	7,7
Genel inspeksiyon	16	7,7
Genitoüriner muayene	23	11,1
Diğer	33	15,9

(Birden fazla cevap verilmişti)

Tablo 5.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili yaklaşım ve yönetim şekilleri (n=208)(Devamı)

	n	%
Prekonsepsiyonel bakımda hangi önerilerde bulunursunuz?		
Sağlıklı yaşam önerileri (beslenme, egzersiz, kilo kontrolü vs.)	105	50,5
Kronik hastalık yönetimi-kontrolü	10	4,8
Akılcı ilaç kullanımı	21	10,1
Folik Asit takviyesi	33	15,9
Vitamin-mineral takviyesi	12	5,8
Psikolojik destek alma	6	2,9
Stresten uzak kalma	9	4,3
Genetik danışmanlık alma	5	2,4
Kontrasepsiyon-aile planlaması-ovulasyon takibi	37	17,8
Rutin doktor kontrolü	20	9,6
Aşılama-bağışıklama	6	2,9
Diğer	35	16,8

(Birden fazla cevap verilmişti)

Katılımcılara prekonsepsiyonel bakımla ilgili 6 adet çoktan seçmeli soru sorulmuş olup verilen yanıtlar Tablo 5 ,6 ve 7’de incelenmiştir.

Tablo 6.İntern hekimlerin üreme çağındaki kadınlarda bağışıklık durumu değerlendirilmesi gereken enfeksiyonlarla ilgili yanıtları(n=208)

	n	%
Hepatit B*	179	86,1
Rubella*	160	76,9
Rubeola*	93	44,7
Varisella Zoster*	93	44,7
TBC	79	38,0
Kabakulak*	63	30,3
Neisseria Meningiditis	60	28,8
Polio	47	22,6
Pnömonok	26	12,5

(Birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

*Doğru yanıt

Tablo 7.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımın kapsadığı konularla ilgili yanıtları(n=208)

	n	%
Beslenme, egzersiz, kilo yönetimi*	171	82,2
Sigara, alkol, madde kullanımı*	162	77,9
Aile öyküsü-genetik hastalıklar*	158	76,0
Aile Planlaması*	156	75,0
İlaç kullanımı*	149	71,6
Kronik hastalıklar*	149	71,6
Enfeksiyonlar*	137	65,9
Bağışıklama*	116	55,8
Çevresel Toksin Maruziyeti*	112	53,8
Gestasyonel Diyabet	91	43,8
Fiziksel-cinsel şiddet*	86	41,3
Preeklampsi	84	40,4
Gestasyonel Hipertansiyon	74	35,6
2'li test	62	29,8
3'lü test	62	29,8

(Birden fazla seçenek işaretlenmiştir)

**Doğru yanıt*

Tablo 8.İntern doktorların prekonsepsiyonel bakımla ilgili diğer çoktan seçmeli sorulara verdikleri yanıtlar (n=208)

	Cevap Şıkları	n	%
Aşağıdakilerden hangisi “Prekonsepsiyonel Bakım”ı en iyi tanımlar?	Anne ve fetüsün gebelik boyunca izlenmesi	13	6,2
	Evlilik için hemoglobınopati ve CYBH taraması yapılması	12	5,8
	Gebelik risklerini gebelik öncesinde saptamak ve yönetmek*	100	48,1
	Anne ve bebeğin doğum sonrası izlenmesi	4	1,9
	Fikrim yok	79	38,0
Nöral tüp defekti için artmış risk faktörü olmayan kadınlara önerilen günlük folik asit takviyesi miktarı ne kadardır?	400 mg	45	21,6
	400 mcg*	79	38,0
	4 mg	32	15,4
	Fikrim yok	52	25,0
Nöral tüp defektinden riskini azaltmak için önerilen folik asit desteğine ideal başlama zamanı hangisidir?	Gebelik öncesi*	165	79,3
	Gebe kalındığında	36	17,3
	Fikrim yok	7	3,4
Gebelik planlayan hipotiroid kadın hastalarda LT4 (levotroksin) tedavisi altında hedef TSH değeri kaç olmalıdır?	>2,5 mU/L	36	17,3
	<3,5 mU/L	28	13,5
	<2,5 mU/L*	87	41,8
	>3,5 mU/L	3	1,4
	Fikrim yok	54	26,0

*Doğru yanıt

Prekonsepsiyonel bakımı duyma ile prekonsepsiyonel bakımın tanımını doğru bilme arasında anlamlı ilişki saptanmış olup daha önce prekonsepsiyonel bakım kavramını duyanlar duymayanlara göre prekonsepsiyonel bakım tanımını daha yüksek oranda doğru bilmişlerdir ($p<0,001$).

Prekonsepsiyonel bakım hakkında yöneltilen önermeli sorulara verilen yanıtlar Tablo 8’de gösterilmiştir.

Tablo 9.Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili önermeli ifadelerine verdikleri yanıtlar

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
	n (%)	n (%)	n (%)
Prekonsepsiyonel bakım sadece Kadın Doğum Uzmanları tarafından verilir.	11(5,3)	174(83,6)	23(11,1)
Prekonsepsiyonel bakım koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçasıdır.	191(91,8)	6(2,9)	11(5,3)
Baba adayının sağlık durumunun gebelik oluşumu ve bebeğin sağlığı üzerine etkisi yoktur; bu yüzden erkeklerin prekonsepsiyonel bakım almasına gerek yoktur.	6(2,9)	193(92,8)	9(4,3)
Üreme çağındaki her kadın, gebe kalmayı planlamasa bile prekonsepsiyonel bakım için bir aday olmalıdır.	151(72,6)	23(11,1)	34(16,3)
Bir kadının kronik hastalığı yoksa ve daha önceki gebelik süreci sorunsuz tamamlanmış ise prekonsepsiyonel bakım almasına gerek yoktur.	6(2,9)	190(91,3)	12(5,8)
Bir kadın daha önceki gebeliğinde prekonsepsiyonel bakım aldı ise daha sonraki gebeliklerden önce bakım alması gerekmez.	12(5,8)	184(88,4)	12(5,8)
Gebelik istemeyen çiftlere uygun kontrasepsiyon yöntemi önermek prekonsepsiyonel bakımın bir parçasıdır.	165(79,3)	14(6,7)	29(14,0)
Gebeliğin 12-20. Haftaları arası organogenezin başladığı, gelişimin en hızlı olduğu, fetüsün teratojenlere en duyarlı olduğu dönemdir.	134(64,4)	57(27,4)	17(8,2)
Gebeliklerin tamamına yakını planlı olarak gerçekleşmektedir.	25(12,0)	166(79,8)	17(8,2)
Prekonsepsiyonel bakımın ilk aşaması çiftlerden detaylı anamnez alarak risk faktörlerini tespit etmektir.	192(92,3)	7(3,4)	9(4,3)
Daha önce nöral tüp defekti (NTD) olan çocuk doğurma öyküsü olan kadınlara gebelik öncesi dönemde 400 mcg folik asit başlanmalıdır.	102(49,0)	50(24,0)	56(27,0)
Doğurganlık çağındaki tüm kadınlar anemi açısından taranmalıdır.	173(83,2)	15(7,2)	20(9,6)
Doğurganlık çağındaki tüm kadınların cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) açısından taranması önerilir.	189(90,9)	10(4,8)	9(4,3)
Doğurganlık çağındaki tüm kadınların Toxoplazma açısından taranması önerilir.	151(72,6)	36(17,3)	21(10,1)
Gebelik öncesi dönemde anne adayının kilo, beslenme, egzersiz yönünden değerlendirilmesi gerekmez.	25(12,0)	181(87,0)	2(1,0)
Gebelik öncesi yüksek doz multivitamin takviyesi başlanmalıdır.	52(25,0)	110(52,9)	46(22,1)
Gebelik öncesinde demir eksikliği durumuna bakılmaksızın demir takviyesi başlanmalıdır.	45(21,7)	134(64,4)	29(13,9)
Anne adayının düşük vücut kitle indeksine (VKİ) sahip olmasının gebelik üzerine olumsuz etkisi yoktur.	17(8,2)	181(87,0)	10(4,8)
Anne adayının obez olmasının gebelik için olumsuz sonuçları vardır, anne adayını gebelik öncesi dönemde ideal kiloya ulaştırılmalıdır.	178(85,6)	13(6,2)	17(8,2)
Kronik hastalığı olan kadınların gebelik öncesi dönemde hastalıkları kontrol altında olmalıdır.	201(96,6)	2(1,0)	5(2,4)
Doğurganlık çağındaki kadınların kullandığı reçeteli ve reçetesiz ilaçlar sorgulanmalı, gebelik için güvenilir olup olmadıkları gözden geçirilmelidir.	204(98,1)	1(0,5)	3(1,4)
Doğurganlık çağındaki kadında gebelik için güvenli olmayan ilaç kullanımı varsa bu ilaçların olası bir gebelikte fetus için riskli olabileceği bilgisi verilmelidir.	203(97,6)	3(1,4)	2(1,0)

Doğru yanıtlar koyu renk ile işaretlenmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların prekonsepsiyonel bakımla ilgili önermeli ifadelere verdikleri yanıtlar (Devamı)

	Doğru	Yanlış	Fikrim yok
	n (%)	n (%)	n (%)
Gebelik planlayan bir kadında gebelik için güvenli olmayan ilaç kullanımı varsa, mevcut ilacın daha güvenli bir ilaçla değiştirilmesi hastalığın kontrolünü bozabileceği için hastaya riskler anlatılmalı ve gebe kalınır kalınmaz tedavi değişimi için başvurması söylenmelidir.	185(88,9)	15(7,2)	8(3,9)
Pregestasyonel diyabeti olan kadınların gebelik öncesi glisemik kontrolü sağlanmasının faydası yoktur çünkü gebelik sırasında oluşan metabolik değişikliklerden dolayı glukoz metabolizması bozulacağı için glisemik kontrol zaten bozulacaktır.	16(7,7)	178(85,6)	14(6,7)
Pregestasyonel diyabeti olan kadınlarda glisemik kontrol için HbA1c'nin <7,5 olması hedeflenir.	127(61,1)	37(17,8)	44(21,1)
Oral antidiyabetikler gebelik için güvenli ilaçlardır, pregestasyonel diyabeti olup bu ilaçları kullanan hastalarda gebelik için tedavi değişikliğine gerek yoktur	31(14,9)	126(60,6)	51(24,5)
İnsülin gebelik için güvenli değildir, gebelik öncesi dönemde insülin tedavi alan kadınların insülin tedavisi kesilip uygun oral antidiyabetiklere geçilmesi gerekir.	38(18,3)	112(53,8)	58(27,9)
ACE inhibitörleri, Angiotensin2 reseptör blokörleri (ARB), warfarin, valproik asit, isotretinoin gebelik için güvenli olan ilaçlardır.	15(7,2)	173(83,2)	20(9,6)
Subklinik hipotiroidisi olan, gebelik planı olan bir kadına tedavi başlanmaz, belirli aralıklarla tiroid fonksiyonları kontrol edilir aşikâr hipotroidi oluşursa LT4(levotroksin) tedavisi başlanır.	114(54,8)	37(17,8)	57(27,4)
Üreme çağındaki kadınların tetanoz-difteri-boğmaca (Tdap), kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK), Hepatit B ve suçiçeği bulaşık durumlara değerlendirilmesi gerekir.	185(88,9)	5(2,4)	18(8,7)
Kızamıkçık için bulaşık olmayan kadınlara 1 doz kızamık- kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşısı yapılmalıdır, aşından sonra belirli süre beklemeye gerek yoktur hemen gebe kalınabilir.	38(18,3)	105(50,5)	65(31,2)
Gebelik öncesi dönemde çiftlerin sigara, alkol, madde kullanım durumu sorgulanmalıdır.	195(93,8)	12(5,7)	1(0,5)
Sigara, alkol, madde kullanımı varsa gebe kalındığı zaman bırakılması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.	185(88,9)	17(8,2)	6(2,9)
Baba yaşının ileri olmasının fetal sonuçlar üzerine etkisi yoktur.	20(9,7)	164(78,8)	24(11,5)
Gebelikler arasında optimal aralıkların olması, komplikasyonları azaltmaya yardımcı olur.6 aydan kısa gebelik aralıklarından kaçınmaları tavsiye edilmelidir.	172(82,7)	12(5,8)	24(11,5)
Çiftlerin anamnezi alınırken, aile öyküsü, akraba evliliği ve ailede genetik geçişli hastalık durumu da mutlaka sorgulanmalıdır.	198(95,2)	8(3,8)	2(1,0)
Doğurganlık çağındaki kadınlarda Gonore, Klamidy, Sifiliz ve HIV gibi cinsel yolla bulaşan hastalıkların rutin taraması önerilmez, yaşa ve risk grubuna göre gerekirse tarama yapılır.	92(44,2)	85(40,9)	31(14,9)
Ailede genetik hastalık öyküsü varsa gebelik ertelenmeli veya engellenmelidir.	68(32,7)	95(45,7)	45(21,6)
Gebelik öncesi danışmanlık sırasında partner şiddeti taraması yapılmalıdır.	156(75,0)	16(7,7)	36(17,3)
Gebelik öncesi maruz kalınan çevresel toksinlerin fetus açısından olumsuz sonuçları olmayacağı için gebelik öncesinde bu maddelere maruziyetin sorgulanması ve engellenmeye çalışılması önerilmez.	22(10,6)	175(84,1)	11(5,3)
Gebelik öncesi çiftlerin ruhsal sağlığının, duygudurumunun değerlendirilmesi prekonsepsiyonel bakımın önemli bir parçasıdır.	184(88,4)	5(2,5)	19(9,1)
Gebelik öncesi rutin Toxoplazma taraması önerilmez; bulaşı engellemek için kedi dışkı ile temastan kaçınılması, çiğ veya az pişmiş et yenmemesi önerilir.	77(37,0)	79(38,0)	52(25,0)

Doğru yanıtlar koyu renk ile işaretlenmiştir.

5.TARTIŞMA

Prekonsepsiyonel bakım bireylerin gebelik öncesi sağlık durumlarını optimize ederek kısa vadede perinatal ve neonatal sağlığın iyileştirilmesine, uzun vadede ise her kadının, çocuğunun ve ailesinin sağlığını iyileştirerek daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerden oluşan bir toplum oluşmasına katkı sağlar. Bu süreçte her sağlık profesyoneline görev düşmektedir. Dünyada ve ülkemizde prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri istenilen düzeyde değildir. Sağlık profesyonellerinin bu konudaki bilgi ve ilgi eksikliği prekonsepsiyonel bakım sağlamanın önündeki engeller arasında görülmektedir. Fakat literatür incelendiğinde çalışmalarda daha çok doğurganlık çağındaki kadınların prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bilgi-tutumları ve gebelik öncesi risk faktörleri değerlendirilmiş olup bu hizmeti sağlayacak olan hekimlerin bu konudaki bilgi ve farkındalıklarını ele alan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Bu nedenle bu çalışmamızda hekimlik hayatına yakın zamanda adım atacak, sağlık sisteminin farklı yerlerinde görev alacak olan tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin prekonsepsiyonel bakım hakkındaki bilgi, tutum ve farkındalıklarını değerlendirmeyi amaçladık.

Çalışmaya 208 intern hekim katılmıştır. Çalışmaya katılanların dörtte birinden azı “prekonsepsiyonel bakım” kavramını duymuştur. Tokunbo ve ark.’larının Nijerya’da bir üniversite hastanesinde çalışan 130 hekim ve 109 hemşireden oluşan 239 kişi ile yaptığı çalışmada ise katılımcıların %83,3’ü prekonsepsiyonel bakımı duymuş olup bizim çalışmamızdakine göre oldukça yüksek bir orandır (62). Bahsedilen çalışmada evli katılımcıların oranı bu çalışmadakinden çok daha fazla olduğu için prekonsepsiyonel bakımı duymuş olma durumları farklı bulunmuş olabilir. Evli katılımcıların gebelik planları olabilir ya da daha önce gebelik yaşamış olabilirler bu süreçte prekonsepsiyonel bakım kavramı ile karşılaşmış olabilirler bu nedenle de prekonsepsiyonel bakımı duymuş olma durumları bizim çalışmamızdakinden daha yüksek bulunmuş olabilir.

Çalışmaya katılanların onda birinden azı prekonsepsiyonel bakım hakkında daha önce eğitim aldığını belirtmiştir. Tokunbo ve ark.’larının çalışmasında da katılımcıların %13,4’ü prekonsepsiyonel bakım hakkında eğitim aldığını belirtmiş olup bizim çalışmamızdaki gibi prekonsepsiyonel bakımla ilgili eğitim almış olanlar oldukça düşük seviyededir. Ogunsami ve ark.’larının Nijerya’nın Lagos eyaletinde içinde 116 doktor ve 52 hemşirenin de olduğu toplam 206 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada ise katılımcıların %51’i prekonsepsiyonel bakım ile ilgili daha önce eğitim aldığını belirtmiştir (63).Prekonsepsiyonel bakım kavramını duyanların ve eğitim aldığını belirtenlerin yarısından fazlası fakülte derslerinde duyduğunu ve eğitim aldığını belirtmiştir. Fakat fakülte derslerinde bu konudan bahsedilmesine ve çalışmaya katılanların hepsinin aynı fakültenin öğrencisi olmasına rağmen prekonsepsiyonel bakımı duyduğunu ve eğitim aldığını belirtenlerin oranının çok düşük olması derslerde bu konunun üzerinde çok

durulmamasından, fazla önemsenmemiş olmasından, son sınıfa gelene kadar öğrencilerin birçoğunun bu konuyu unutmuş olmasından kaynaklanmış olabilir.

Katılımcıların yarıya yakını prekonsepsiyonel bakım tanımını doğru bilmiştir, yarıya yakını da tanım hakkında fikri olmadığını belirtmiştir. İntern hekimlerin tanımı doğru bilme oranının daha yüksek olması beklenirdi fakat prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitim alma oranları göz önüne alındığında bu sonuç çok da şaşırtıcı görünmemektedir. Tokunbo ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların %91,6'sı, Ogunjami ve ark.'larının çalışmasında ise %82'si prekonsepsiyonel bakımı doğru bir şekilde tanımlamışlardır. Bu çalışmalarda tanımı doğru bilme oranlarının bizim çalışmamızdakinden daha fazla olmasının nedeni bahsedilen çalışmalardaki katılımcıların prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitimini almış olma oranlarının bizim çalışmamızdakine göre daha yüksek olması olabilir.

Üreme çağındaki kadınlarda bağışıklık durumu değerlendirilmesi gereken enfeksiyonların sorulduğu soruda en çok doğru bilinenler Hepatit B ve Rubelladır. Rubeola, varisella zoster ve kabakulağı ise katılımcıların yarısından azı doğru bilmiştir. TBC, N. Meningiditis, Polio ve Pnömonokok gibi şıklarda intern hekimlerin bir kısmı tarafından işaretlenmiştir; bunlar gebelik öncesi dönemde bağışıklık durumu değerlendirilmesi önerilen enfeksiyonlar arasında değildir. Hepatit B, Rubella, Rubeola, Varisella Zoster, Kabakulak gibi enfeksiyonlar gebelikte geçirildiğinde maternal- fetal komplikasyonlara neden olabilir ve aşılama ile büyük oranda engellenebilir bu yüzden gebelik oluşmadan bu enfeksiyonların bağışıklığı durumu değerlendirilmeli ve eksik aşilar tamamlanmalıdır. KKK aşısı canlı aşı olduğu için aşıdan sonra en az 1 ay süre ile gebelik ertelenmelidir. Çalışmaya katılan intern hekimlerin çoğunluğu kızamıkçık için bağışıklık durumunun değerlendirilmesi gerektiğini bilmesine rağmen KKK aşısından sonra bir süre gebeliğin ertelenmesi gerektiğini yarısı bilmektedir. Literatürdeki birçok çalışmada da aşı ile önlenebilir hastalıklara karşı bağışıklamada hekimlere büyük görev düşmekte olduğu, bu konuda eğitimin gerekli olduğu vurgulanmıştır (64,65).

Katılımcılara folik asit takviyesi ile ilgili yöneltilen soruların cevapları değerlendirildiğinde yarıdan fazlası folik asit takviyesine gebelik öncesi dönemde başlanması gerektiğini bilmektedir, yarısından azı NTD için risk faktörü olmayanların günlük alması gereken folik asit miktarını doğru bilmiştir. "Daha önce NTD olan çocuk doğurma öyküsü olan kadınlara gebelik öncesi dönemde 400 mcg folik asit başlanmalıdır" önermesinin yanlış olduğunu yaklaşık dörtte biri bilmiştir. Van da yapılan bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde doktorların %97,3'ü, stajyer doktorların %86'sı folik asitin gebelikten en az 1 ay önce başlanması gerektiğini biliyordu(66). Yine aynı çalışmada doktorların %79,7'si, stajyer doktorların %52,1'i risk faktörü olan ve olmayanların alması gereken folik asit dozunu doğru bilmiş olup çalışmamızdakine göre

folik asit takviye dozu hakkında daha bilgiliydiler. İnan'da yapılan bir çalışmada katılımcı hekimlerin tamamı, folik asidin fetüs gelişimindeki rolü, folik asit uygulaması ve dozu hakkında tam bilgi sahibiyken, Hindistan ve İsrail'de yapılan iki ayrı çalışmada hekimlerin folik asit takviyesinin zamanlaması ve dozu hakkındaki bilgileri eksikti (67-69). Bizim çalışmamızda da intern hekimlerin çoğunluğu folik asit takviyesine gebelik öncesi dönemde başlanmasını gerektiğini bilse de hangi hastada ne kadar dozda kullanılması gerektiği hakkında çoğunun yeterli bilgisi yoktu. Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışmalarda kadınlara folik asit takviyesi almama nedenleri sorulduğunda kadınların yarısından fazlası bu konuda bilgileri olmadığı için takviye almadıklarını belirtmiştir (66,70-72). Yine yapılan çalışmalarda kadınlar prekonsepsiyonel bakımla ilgili bilgileri hekimlerden almak istediklerini belirtmişlerdir (12, 73-75). Hekimleri temel tıp eğitiminde ve mezuniyet sonrası eğitim programlarında eğitmek veya uygulamalı davranış değişikliği ve sağlık eğitimi yöntemlerini kapsayan sürekli eğitim kursları sunmak, sağlık hizmeti sağlayıcılarından folik asit hakkında bilgi alan kadınların sayısını artırmak için yararlı olabilir (76).

Gebelik öncesi dönemde hipotiroidi ve subklinik hipotiroidi yönetimi ile ilgili sorulara katılımcıların yarıya yakınının gebelik planlayan kadınlarda LT4 tedavisi altında hedef TSH değerini doğru bildiği, subklinik hipotiroidinin yönetimi ile ilgili önermeli soruya ise dörtte birinden azının doğru cevap verdiği görülmüştür. Pregestasyonel diyabette hedef HbA1c ile ilgili yöneltilen önermeli soruyu katılımcıların dörtte birinden azı doğru cevaplamıştır. Oral antidiyabetiklerin gebelik için güvenli olmadığını, insülinin güvenilir olduğunu yarısından biraz fazlası doğru bilmiştir. Kassa ve ark.larının Etiyopya' da içinde 51 hekimin bulunduğu 634 sağlık çalışanı ile yaptığı çalışmada neredeyse tüm katılımcılar kronik hastalıkların stabilize edilmesinin faydalarının ve değerinin farkındaydı (77). Bayrami ve ark.'larının sağlık hizmeti sunucularının gebelik öncesi bakım konusundaki bilgi, tutum ve uygulamalarını değerlendirdiği çalışmasında hekimlerin %50'sinden fazlası hastalarla kronik hastalıklar hakkında konuştuğunu belirtmiş, çalışmadaki aile sağlığı ekibinin en yüksek iyi uygulama oranı ilaç tedavisi ve kronik hastalıklar ile ilgiliydi(67). Kizirian ve ark.'larının Sidney' de 110 pratisyen hekimle yaptığı çalışmada katılımcılara belirtilen nüfus grupları için prekonsepsiyonel bakımın ne kadar önemli olduğu sorulduğunda hekimlerin %75'i tarafından diyabeti olan kadınlar prekonsepsiyonel bakımdan en fazla yararlanacak nüfus grubu olarak algılandı (78). Sori ve ark.'larının çalışmasında ise katılımcıların gebe kalmadan önce hipertansiyon, diyabet, astım gibi kronik hastalıkların etkin kontrolünün faydaları konusunda bilgileri ortalamanın altında bulunmuştur(79) .

Tiroid hastalıkları üreme çağındaki kadınlarda yaygındır, klinik pratikte oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Aynı şekilde Diyabetes Mellitus klinik pratikte çok karşılaşılan ve görülme sıklığı giderek artan kronik bir hastalıktır. Koyucu ve ark.'larının üreme çağındaki kadınların

prekonsepsiyonel risklerini belirlemek için yaptıkları çalışmada çalışmaya katılan 446 kadının %7,8'inde Diyabetes Mellitus, %4,3'ünde tiroid hastalığı mevcuttu (12). Bu nedenle hekimler bu hastalıkların tanı, tedavi ve takibi konusunda bilgili olmalıdır. Katılımcılar kronik hastalıkların gebelik öncesi dönemde kontrol altına alınmasının ve pregestasyonel diyabette gebelik öncesi glisemik kontrolün sağlanmasının gerektiğini bilmelerine, tiroid fonksiyon testleri katılımcıların prekonsepsiyonel dönemde hastayı değerlendirirken istediği tetkiklerden biri olmasına rağmen tetkik sonuçlarını nasıl yorumlayacakları, tedavi ve takibi nasıl düzenleyecekleri konusundaki bilgilerinin yeterli olmadığı görülmektedir. Sori ve ark.'larının çalışmasında eğitim ile bilgi düzeyinin güçlü bir şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir (79). İtern hekimlerin tiroid hastalıkları ve Diyabetes Mellitus gibi oldukça sık görülen hastalıkların tedavi ve takibi hakkındaki bilgi ve becerilerinin artırılması gerekmektedir.

İtern hekimlerin tamamına yakını gebelik öncesi dönemde hastaların kullandığı ilaçların gözden geçirilmesi, gebelik için güvenli olmayan ilaç kullanımı varsa hastanın bu konuda bilgilendirilmesi gerektiğini, ACE inhibitörleri, ARB, warfarin, valproik asit, isotretinoin gibi ilaçların gebelik için güvenli olmadığını, sigara- alkol- madde kullanım durumunun sorgulanması gerektiğini bilmiştir. Fakat çoğu gebelik için güvenli ilaçlara geçmenin ve sigara-alkol-madde kullanımının bırakılmasının gebe kaldıktan sonra yapılmasının doğru olacağını belirtmiştir. Kanada' da yapılan bir çalışmada pratisyen hekimler, çocuk doğurma çağındaki herhangi bir kadına ilaç yazarken ilacın hamilelikteki güvenliğinin dikkate alınması gerektiğinin oldukça farkında görünüyordu ve katılımcıların çoğu (%97,6'sı) hastalarla gebe kalmadan önce içki/sigara/uyuşturucu kullanımı hakkında konuştuklarını belirtmiştir(80) Japonya'da aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %60'ı üreme çağındaki kadınlarla sıklıkla veya her zaman sigarayı bırakma konusunu ele aldıklarını bildirdi , %27'si alkol alımını kısıtlama konusunda sağladıklarını bildirmiştir (81).Bahsedilen çalışmalardaki katılımcılar sahada aktif olarak çalışan, klinik deneyimi olan katılımcılardan oluştuğu için gebelik öncesi dönemde ilaç-alkol-madde-sigara kullanımı ile ilgili farkındalıkları daha fazla olmuş olabilir. Sori ve ark.'larının çalışmasında katılımcıların %68'8 'i izotretinoin, valproik asit ve warfarinin gebelik öncesi modifikasyon gerektiren teratojenik etkiler yaratan ilaçlardan olduğunu doğru bilmiş olup bizim çalışmamızdakine göre daha bu bilgiyi daha az oranda doğru bilmişlerdir (79) Tezcan ve ark.'larının gebelik öncesi dönemde sigara içen kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların %68.8'inin gebe kaldıktan sonra sigara içmeye devam ettiği, yalnızca %15.6'sının sigara içmeyi bıraktığı saptanmıştır (82). Gebelik için ilaç -sigara-alkol-madde kullanımı gibi potansiyel risk faktörlerinin gebelik sırasında değil gebelik öncesi dönemde yönetilmesi gerektiği vurgulanmalıdır.

Katılımcıların yarısından fazlası “gebeliğin 12-20. Haftaları arası organogenezin başladığı, gelişimin en hızlı olduğu, fetüsün teratojenlere en duyarlı olduğu dönemdir.” şeklindeki önermenin “doğru” olduğunu belirtmişlerdir. Gebeliğin ilk 12 haftası organogenezin başladığı, fetüsün teratojenlere en duyarlı olduğu fetal gelişim için oldukça önemli bir dönemdir; intern hekimlerin bunu bilmeleri beklenirdi. Bayrami ve ark.’larının çalışmasında da benzer şekilde doktorların çoğunluğu (%88’i) ve diğer sağlık profesyonellerinin %99’dan fazlası fetüs için teratojenik risk faktörleri açısından en önemli dönemin (gebe kaldıktan sonraki 17.- 57. günler) farkında değildi(67).Bu dönemin gebelik sonuçları için kritik bir dönem olduğu bilirse prekonsepsiyonel bakımın önemi daha iyi anlaşılabilir.

Prekonsepsiyonel bakımda ele alınan konuların sorulduğu soruda katılımcıların yarısından fazlası fiziksel-cinsel şiddet seçeneği dışında diğer tüm prekonsepsiyonel bakımda değerlendirilen konu başlıklarını doğru bilmişlerdir. En çok doğru bilinen konular beslenme-egzersiz-kilo yönetimi, sigara-alkol-madde kullanımı, aile öyküsü-genetik hastalıklar, aile planlaması, kronik hastalıklar-ilaç kullanımınıdır. Buna paralel olarak prekonsepsiyonel bakımla ilgili yaklaşım ve yönetim şekillerini belirlemek amacı ile yöneltilen açık uçlu soruda aile öyküsü- kalıtsal hastalık kronik hastalık, önceki gebelik öyküsü, ilaç- sigara-alkol-madde kullanımı, akraba evliliği katılımcıların anamnezde en çok sorgulayacağını belirttikleri konulardır fakat gebelik öncesi dönemde hastalara verecekleri önerilere bakıldığında ise bu konularda tavsiyede bulunma oranları oldukça düşüktür. Katılımcılar gebelik öncesi dönemde hastaları hangi açılardan değerlendirmeleri gerektiğini bilseler de risk faktörü mevcutsa nasıl müdahale edilmesi gerektiği konusunda çok fazla bilgi sahibi değildiler. Fiziksel-cinsel şiddetin prekonsepsiyonel bakımda ele alınan konulardan biri olduğunu ise intern hekimlerin yarısından azı doğru bilmiş olup en az doğru bilinen konudur. Kronik hastalık-ilaç kullanım durumu, sigara-alkol-madde kullanımı, aile öyküsü gibi faktörler prekonsepsiyonel bakım dışında da herhangi bir hasta - hekim görüşmesinde de rutin olarak sorgulandığı için bu maddeler daha çok doğru cevaplanmış olabilir fakat fiziksel-cinsel şiddet psikiyatrik görüşme, adli muayene vb. gibi çok spesifik durumlarda ele alındığı, hasta muayenelerinde rutin olarak sorgulanan bir faktör olmadığı için katılımcılar tarafından en az bilinen prekonsepsiyonel bakım konusu olmuş olabilir. Gestasyonel diyabet, preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, 2’li test, 3’lü test ise gebelik öncesinde değil gebelik sırasında değerlendirilen konular olmasına rağmen katılımcıların bir kısmı bu maddeleri prekonsepsiyonel bakımın bir bileşeni olarak işaretlemişlerdir. Klinik pratikte ve tıp fakültesi derslerinde gebelik öncesi sağlıktan ziyade gebelik sırasında anne ve fetüsün sağlığına ve bakımına daha çok önem verildiği için katılımcılar prekonsepsiyonel bakımı prenatal bakım gibi düşünüp bu şekilde cevap vermiş olabilirler.

Çalışmamızın sonuçlarına göre intern hekimler olumsuz gebelik sonuçlarına neden olabilecek risk faktörlerinin genel olarak farkındadırlar fakat prekonsepsiyonel bakımın önemi, risk faktörlerinin gebelikte değil gebelik öncesi dönemde azaltılması gerektiği ve yönetimi hakkında daha çok eğitime ihtiyaç vardır.

6.SONUÇLAR

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi intern hekimlerinin prekonsepsiyonel bakım hakkındaki farkındalıklarının değerlendirildiği bu çalışmada;

- Çalışmaya katılan 208 kişinin yaş ortalaması $23,83 \pm 1,24$ (min=22; maks=32) yıldı. Katılımcıların %59,1'i (n=123) kadın, %40,9'u (n=85) erkekti. Katılımcıların %96,6'sı (n=201) bekar, %3,4 'ü (n=7) evli idi; %1'i (n=2) çocuk sahibi, %99'u (n=206) çocuk sahibi değildi.
- Mezuniyetten sonra intern hekimlerin %70,7'si (n=147) uzman hekim olmak, %6,3 'ü (n=13) pratisyen hekim olarak çalışmak, %9,6'sı (n=20) yurtdışında çalışmak istiyordu; %13,5 'i (n=28) mezuniyet sonrası çalışma şekli açısından kararsızdı.
- İntern hekimlerin %51,9'u (n=108) uzmanlık alanı olarak dahili bilimler, %24'ü (n=50) cerrahi bilimler seçmek istiyordu; %11,1'i (n=23) uzmanlık alanı konusunda kararsızdı.
- İntern hekimlerin %78,8'i (n=164) prekonsepsiyonel bakım kavramını duymamış, %21,2' si (n=44) duymuştu; prekonsepsiyonel bakım kavramını duyduğunu belirten 44 intern hekimin %79,5'i (n=35) fakülte derslerinde, %9,1'i (n =4) TUS (Tıpta Uzmanlık Sınavı) dershanesinde duymuştu.
- İntern hekimlerin %91,8'i (n=191) prekonsepsiyonel bakım hakkında eğitim almamış, %8,2'si (n=17) eğitim almıştı; eğitim aldığını belirten 17 hekimin %94,1'i (n=16) fakülte derslerinde eğitim almıştı.
- Cinsiyet ile prekonsepsiyonel bakımı duyma ve eğitim alma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmadı.
- Katılımcıların %48'i prekonsepsiyonel bakım tanımını doğru bilmişti.
- Prekonsepsiyonel bakımı duyma ile prekonsepsiyonel bakımın tanımını doğru bilme arasında anlamlı ilişki saptanmış olup daha önce prekonsepsiyonel bakım kavramını uyanlar duymayanlara göre prekonsepsiyonel bakım daha çok doğru bilmişlerdir.
- Katılımcıların yarısından fazlası fiziksel -cinsel şiddet hariç prekonsepsiyonel bakımda ele diğer tüm konuları bilmişti bununla birlikte gestasyonel diyabet, preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, 2'li test, 3'lü test gibi prekonsepsiyonel bakımın konusu olmayan seçenekler de katılımcıların yarıya yakını tarafından işaretlenmiştir.
- Katılımcıların %79,3'ü folik asit desteğine ideal başlama zamanının gebelik öncesi olduğunu bilmiştir; %38'i NTD risk faktörü olmayan, %24'ü NTD risk faktörü olan kadınlara önerilen folik asit takviyesi miktarı ile ilgili sorulara doğru cevap vermiştir.
- Üreme çağındaki kadınlarda bağışıklık durumu değerlendirilmesi gereken enfeksiyonların sorulduğu soruda en çok doğru bilinenler Hepatit B ve Rubelladır. Rubeola, varisella zoster ve kabakulağı ise katılımcıların yarısından azı doğru bilmiştir. KKK aşısında sonra belirli süre

beklemeye gerek yoktur hemen gebe kalınabilir.” ifadesinin yanlış olduğunu katılımcıların %50,5’i doğru bilmiştir.

- “Pregestasyonel diyabeti olan kadınlarda glisemik kontrol için HbA1c’nin $<7,5$ olması hedeflenir” önermesinin yanlış olduğunu %17,8’i doğru bilmiştir.
- Gebelik planlayan hipotiroid kadın hastalarda LT4 tedavisi altında hedef TSH değerinin sorulduğu çoktan seçmeli soruyu %41,8’i doğru bilmiştir.
- “Gebelik planlayan bir kadında gebelik için güvenli olmayan ilaç kullanımı varsa, mevcut ilacın daha güvenli bir ilaçla değiştirilmesi hastalığın kontrolünü bozabileceği için hastaya riskler anlatılmalı ve gebe kalınır kalınmaz tedavi değişimi için başvurması söylenmelidir.” önermesinin yanlış olduğunu %7,2’si bilmiştir.
- “Sigara, alkol, madde kullanımı varsa gebe kalındığı zaman bırakılması gerektiği hakkında bilgilendirilmelidir.” İfadesinin yanlış olduğunu %8,2’si bilmiştir.

7.ÖNERİLER

Prekonsepsiyonel bakım anne-bebek sağlığının iyileştirilmesini sağlar, bireylerin sağlıklı yaşam tarzı edinmesi, gelecek nesillerin ve toplumun sağlıklı bireylerden oluşmasına katkıda bulunur. Prekonsepsiyonel bakım koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır; primordial koruma çerçevesinde bireylere yaşam boyu sağlıklı davranışlar kazandırmayı, primer koruma bağlamında da gebelik için potansiyel risk faktörlerini en aza indirmeyi hedefler. Prekonsepsiyonel bakımın bu özellikleri ve amaçları göz önüne alındığında bireylere kişi merkezli, kapsamlı, sürekli, toplum yönelimli, bütüncül sağlık hizmeti sunan aile hekimliği disiplininin bu hizmette önemli bir yeri olduğu aşikardır. Fakat ülkemizde ve dünyada prekonsepsiyonel bakım hizmetleri yeterli değildir ve klinik pratikte gebelik öncesi dönemdeki sağlık bakımından ziyade gebelik sürecindeki bakıma daha çok önem verilmektedir. Başta yukarıda bahsedilen nedenlerden dolayı aile hekimleri olmak üzere bu bakımın sağlanmasında tüm hekimlere görev düşmektedir. Hekimlerin bu konuda iyi bir hizmet verebilmeleri için öncelikle “prekonsepsiyonel bakım” kavramının farkında olmaları, önemini idrak etmeleri ve bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaları gerekir. Bunun için; Tıp fakültesi derslerinde prekonsepsiyonel bakımın önemi vurgulanmalı, eğitim müfredatına “prekonsepsiyonel bakım” dersi dahil edilmeli,

Hangi branşta olursa olsun her hekim doğurganlık çağındaki bireylerle sıkça karşılaştığı için bu konuda bilgi ve farkındalıklarının artırılması amacıyla mezuniyetten sonra da hizmet içi eğitimlerle bu konuda kendi branşlarına temas eden noktalarda gebelik öncesi bakım hakkında eğitilmeli,

Daha öncede belirttiğimiz gibi literatürde hekimlerin prekonsepsiyonel bakım farkındalığını, yaklaşımlarını ve bilgi durumlarını değerlendirmek için yapılan çalışma yok denecek kadar azdır, hekimlerin bu konudaki mevcut durum ve eksikliklerini belirlemek amacı ile yeni çalışmalar yapılmalı,

Ülkemizin ihtiyaçları göz önüne alınarak, gebe- çocuk izlem protokolleri gibi ülke genelinde uygulanacak ayrıntılı “prekonsepsiyonel bakım” protokolü hazırlanmalıdır.

8.KAYNAKLAR

- 1.Organization WH. Preconception Care: Regional Expert Group Consultation (6-8 August 2013, New Delhi, India). Geneva: World Health Organization; 2014.
- 2.Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and Health Care—United States: report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2006;55(6):1-CE-4.
- 3.Organization WH. 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. 2013.
- 4.ACOG Committee Opinion-Prepregnancy Counseling 2018 [Available from: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2019/01/prepregnancy-counseling>].
- 5.Organization WH. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: policy brief. World Health Organization; 2013.
- 6.Başlı M, Aksu H. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2018;34(3):128-40.
- 7.Moos M-K, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S280-S9.
- 8.Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3).
- 9.Doğaner G, Gölbaş Z. Prekonsepsiyonel Danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. 2011;20(5):215-21.
- 10.Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*. 2017;3(3):204-12.
- 11.Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı, 2020
- 12.Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri. *JAREN*. 2017;3(3):116-21.
- 13.Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2005;36(2):65-71.
- 14.van Voorst SF, Vos AA, de Jong-Potjer LC, Waelput AJ, Steegers EA, Denktas S. Effectiveness of general preconception care accompanied by a recruitment approach: protocol of a community-based cohort study (the Healthy Pregnancy 4 All study). *BMJ open*. 2015;5(3):e006284.
- 15.Korenbrot CC, Steinberg A, Bender C, Newberry S. Preconception care: a systematic review. *Maternal and child health journal*. 2002;6:75-88.
- 16.Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of public health models of preconception care. *Maternal and child health journal*. 2014;18:1512-31.
- 17.Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of Risk Factors for Adverse Pregnancy Outcomes During Pregnancy and the Preconception Period—United States, 2002–2004. *Maternal and Child Health Journal*. 2006;10(1):101-6.
- 18.American Academy of Family Physicians (AAFP), Preconception Care (Position Paper), 2015.
- 19.Dorney E, Black KI. Preconception care. *Australian Journal of General Practice*. 2018;47(7):424-9.
- 20.Poels M, Koster MP, Franx A, van Stel HF. Healthcare providers' views on the delivery of preconception care in a local community setting in the Netherlands. *BMC health services research*. 2017;17:1-10.
- 21.Zhou Q, Zhang S, Wang Q, Shen H, Tian W, Chen J, et al. China's community-based strategy of universal preconception care in rural areas at a population level using a novel risk classification system for stratifying couples preconception health status. *BMC Health Services Research*. 2016;16:1-7.
- 22.England PH. Making the case for preconception care: Planning and preparation for pregnancy to improve maternal and child health outcomes. PHE London; 2018.
- 23.Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S340-S4.
- 24.Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S345-S56.
- 25.Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S333-S9.
- 26.Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, Rychlik DF, et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. *American journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(6):S373-S83.
- 27.Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(6):S290-S5.
- 28.Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S296-S309.
- 29.Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S310-S27.

30. Klerman LV, Jack BW, Coonrod DV, Lu MC, Fry-Johnson YW, Johnson K. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S362-S6.
31. Dunlop AL, Gardiner PM, Shellhaas CS, Menard MK, McDiarmid MA. The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S367-S72.
32. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S357-S61.
33. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2008;199(6):S389-S95.
34. Wu G, Bazer FW, Cudd TA, Meininger CJ, Spencer TE. Maternal nutrition and fetal development. *The Journal of nutrition*. 2004;134(9):2169-72.
35. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive health*. 2014;11(3):1-15.
36. Willett WC, Stampfer MJ. What vitamins should I be taking, doctor? *New England journal of medicine*. 2001;345(25):1819-24.
37. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ), Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2023
38. Minigh J, Folic Acid, 2007.
39. Jing Y, Zheng YZ, Cao LJ, Liu YY, Wen L, Huang GW. Periconceptional folic acid supplementation in Chinese women: a cross-sectional study. *Biomedical and Environmental Sciences*. 2017;30(10):737-48.
40. Mastroiacovo P, Leoncini E. More folic acid, the five questions: why, who, when, how much, and how. *Biofactors*. 2011;37(4):272-9.
41. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Folic Acid 2022 [Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/folicacid/about.html>].
42. Hodgetts V, Morris R, Francis A, Gardosi J, Ismail K. Effectiveness of folic acid supplementation in pregnancy on reducing the risk of small-for-gestational age neonates: a population study, systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2015;122(4):478-90.
43. Gao Y, Sheng C, Xie R-h, Sun W, Asztalos E, Moddemann D, et al. New perspective on impact of folic acid supplementation during pregnancy on neurodevelopment/autism in the offspring children—a systematic review. *PLoS one*. 2016;11(11):e0165626.
44. He Y, Pan A, Hu FB, Ma X. Folic acid supplementation, birth defects, and adverse pregnancy outcomes in Chinese women: a population-based mega-cohort study. *The Lancet*. 2016;388:S91.
45. Chitayat D, Matsui D, Amitai Y, Kennedy D, Vohra S, Rieder M, et al. Folic acid supplementation for pregnant women and those planning pregnancy: 2015 update. *The Journal of Clinical Pharmacology*. 2016;56(2):170-5.
46. Kac G, Benício MH, Velásquez-Meléndez G, Valente JG, Struchiner CuJ. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. *The Journal of nutrition*. 2004;134(3):661-6.
47. Gönenç I, Vural EZT. Bir Gebeliğe Hazırlanmak: Prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık. *TÜRKİYE AİLE HEKİMLİĞİ DERGİSİ*. 2022;26(3):77-87.
48. Paryani SG, Arvin AM. Intrauterine infection with varicella-zoster virus after maternal varicella. *New England Journal of Medicine*. 1986;314(24):1542-6.
49. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği (EKMUD), Erişkin Bağışıklama Rehberi. 2023.
50. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Guidelines for Vaccinating Pregnant Women 2022 [Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/pregnancy/hcp-toolkit/guidelines.html>].
51. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Measles, mumps, and rubella—vaccine use and strategies for elimination of measles, rubella, and congenital rubella syndrome and control of mumps: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *Mmwr*. 1998;47(RR-8):1-57.
52. Lanzi T, Redd S, Abernathy E, Icenogle J, Control CfD, Prevention. Congenital rubella syndrome. *Manual for the surveillance of vaccine-preventable diseases*. 2017;2021.
53. Farahi N, Zolotor A. Recommendations for preconception counseling and care. *American family physician*. 2013;88(8):499-506.
54. Maternity F-C, Care N. National Guidelines. Public Health Agency of Canada <https://www.canada.ca/en/public-health/services/maternity-newborn-care-guidelines.html> Accessed. 2019;16.
55. Lassi ZS, Dean SV, Mallick D, Bhutta ZA. Preconception care: delivery strategies and packages for care. *Reproductive health*. 2014;11(3):1-17.
56. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ), Diyabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu. 2022.
57. Brent GA. Thyroid hormone action [updated Apr 27, 2022. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/thyroid-hormone-action/print>].
58. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ), Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2020.
59. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ), Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2022.
60. Janet D, Cragan JMF, Lewis B, Holmes, Kathleen Uhl, Nancy S. Green, and Laura Riley. Ensuring the Safe and Effective Use of Medications During Pregnancy: Planning and Prevention Through Preconception Care. *Maternal and Child Health Journal* 2006;10(1):129–35.

61. Toxoplasmosis PC, Preventing Congenital Toxoplasmosis
62. Tokunbo OA, Abimbola OK, Polite IO, Gbemiga OA. Awareness and perception of preconception care among health workers in Ahmadu Bello University Teaching University, Zaria. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2016;33(2):149-52.
63. Ogunsanmi Ololade M, Munachimso D, Elebiju Oluwatoyin M, Kukoyi Olasumbo M. Preconception Care: Knowledge, Attitude and Practice among Health Workers in Alimosho Local Government Area, Lagos State, Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*. 2021;14(1):515-24.
64. Gonik, B., Jones, T., Contreras, D., Fasano, N., & Roberts, C. (2000). The obstetrician-gynecologist's role in vaccine-preventable diseases and immunization. *Obstetrics & Gynecology*, 96(1), 81-84.
65. Kernéis, S., Jacquet, C., Bannay, A., May, T., Launay, O., Verger, P., Pulcini, C., & EDUVAC Study Group (2017). Vaccine Education of Medical Students: A Nationwide Cross-sectional Survey. *American journal of preventive medicine*, 53(3), e97–e104.
66. Çakır H, Layık M. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne Başvuran 18-49 Yaş Kadınlar ile Kadın Sağlık Çalışanlarının Prekonsepsiyonel Dönemde Folik Asit Kullanımı Konusunda Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.
67. Bayrami R, Ebrahimipour H, Ebrahimi M, Frouhani MR, Najafzadeh B. Health Care Providers' Knowledge, Attitude and Practice Regarding Preconception Care. 2013.
68. Abu-Hammad T, Dreihier J, Vardy DA, Cohen AD. Physicians' knowledge and attitudes regarding periconceptional folic acid supplementation: a survey in Southern Israel. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*. 2008;14(5):CR262-7.
69. Aggarwal A, Kumhar GD, Harit D, Faridi M. Role of folic acid supplementation in prevention of neural tube defects: physicians yet unaware. *J prev med hyg*. 2010;51(3):131-2.
70. Yücel Y. Gebelerin prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanım yaygınlığı bilgisi ve ilişkili faktörler: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2022.
71. De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I, Spagnuolo T, Licameli A, Chiaradia G, et al. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. *Maternal and child health journal*. 2013;17:661-6.
72. Brough L, Rees G, Crawford M, Dorman E. Social and ethnic differences in folic acid use preconception and during early pregnancy in the UK: effect on maternal folate status. *Journal of human nutrition and dietetics*. 2009;22(2):100-73.
73. Başlı M. Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık İle İlgili Bilgileri ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2020.
74. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Maternal and child health journal*. 2006;10:73-7.
75. Coonrod DV, Bruce NC, Malcolm TD, Drachman D, Frey KA. Knowledge and attitudes regarding preconception care in a predominantly low-income Mexican American population. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2009;200(6):686. e1-. e7.
76. Williams, J.L., Abelman, S.M., Fassett, E.M. et al. Health Care Provider Knowledge and Practices Regarding Folic Acid, United States, 2002–2003. *Matern Child Health J* 10 (Suppl 1), 67–72 (2006).
77. Kassa, A., Human, S. P., & Gameda, H. (2018). Knowledge of preconception care among healthcare providers working in public health institutions in Hawassa, Ethiopia. *PloS one*, 13(10), e02044151
78. Kizirian, N. V., Black, K. I., Musgrave, L., Hespe, C., & Gordon, A. (2019). Understanding and provision of preconception care by general practitioners. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology*, 59(6), 799–804.
79. Sori, S. A., Teji Roba, K., Yadeta, T. A., Jiru, H. D., Metebo, K. N., Weldekidan, H. A., & Regassa, L. D. (2021). Knowledge of preconception care and associated factors among maternal health care providers working in urban public health institutions of Eastern Ethiopia. *Women's health (London, England)*, 17, 17455065211046139.
80. Best Start Resource Centre. (2009). Preconception Health: Physician Practices in Ontario. Toronto, Ontario, Canada
81. Kitamura, K., Fetters, M. D., & Ban, N. (2005). Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC family practice*, 6, 31.
82. Tezcan, S., & Kavlak, O. (2012). Gebelik Öncesi Sigara İçen Kadınların Gebelik Döneminde Sigara İçme Durumlarına Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 28(2), 55-62..