



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE
BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN
PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sümeyye AYTEKİN

Antalya, 2025



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE
BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN
PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA
DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Sümeyye AYTEKİN

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir.”

Antalya, 2025

TEŞEKKÜR

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleriyle her zaman yanımda olan, tez sürecim boyunca emeğini, desteğini ve rehberliğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI'ya,

Bilgi, tutum ve becerilerimin gelişmesinde büyük emeği bulunan; meslek etiğine verdiği önem, özverili çalışması ve hekimliğin yalnızca hasta muayene etmekten ibaret olmadığını bizlere öğreten yaklaşımıyla her zaman örnek aldığım, tecrübeleriyle yolumu aydınlatan değerli hocam emekli Prof. Dr. Melahat AKDENİZ'e,

Birlikte çalışmaktan onur duyduğum Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki hekim arkadaşlarıma; asistanlık sürecinin her gününü birlikte geçirdiğimiz, tüm zorlukları beraber aştığımız değerli eş kıdemlerime; Anabilim Dalımızın vazgeçilmez parçaları olan, samimiyetleri ve destekleriyle sürekli yanımda olduklarını hissettiren birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum kıymetli çalışma arkadaşlarım Mine KOCAGÖZ, Arzu AYDEMİR ve Dudu ÇİNKILIÇ'a,

Tüm kararlarımda arkamda durarak bugünlere gelmemi sağlayan, beni ben yapan; hayatım boyunca bana inanan, her türlü zorlukta ve başarıda yanımda olan, desteklerini esirgemeyen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim canım annem Seviye AYTEKİN ve canım babam Süleyman AYTEKİN'e,

Bu sürecin her aşamasında gösterdikleri ilgi, anlayış ve destekleriyle yanımda olan canım ağabeyim Üsame AYTEKİN ve eşi canım arkadaşım Zehra AYTEKİN'e,

Varlıklarıyla bana mutluluk ve güç veren yeğenlerim Tunahan AYTEKİN ve Zeynep AYTEKİN'e,

En içten duygularıyla teşekkürlerimi sunarım...

İÇİNDEKİLER

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	v
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vi
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanımı, Amacı ve Önemi.....	4
2.2. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyadaki Gelişimi.....	5
2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Türkiye’deki Gelişimi	7
2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Aile Hekimlerinin Yeri	9
2.5. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kapsamı.....	10
2.5.1. Prekonsepsiyonel Öykü.....	11
2.5.2. Aile Planlaması.....	12
2.5.3. Kronik Hastalıklar	13
2.5.4. İlaç Kullanımı.....	15
2.5.5. Enfeksiyonlar ve Bağışıklama	17
2.5.6. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar	19
2.5.7. Folik Asit ve Demir Takviyesi	21
2.5.8. İdeal Kilo, Sağlıklı Beslenme ve Egzersiz.....	23
2.5.9. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı	25
2.5.10. Çevresel Maruziyetler	27
2.5.11. Psikososyal Faktörler	30
2.5.12. Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliği Durumunun Değerlendirilmesi	32
2.5.13. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Bakım.....	35
3. GEREÇ ve YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı	38

3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	38
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	38
3.4.	Veri Toplama Araçları.....	38
3.5.	Veri Toplama Süreci	38
3.6.	Verilerin Analizi	39
4.	BULGULAR.....	40
5.	TARTIŞMA.....	53
6.	SONUÇ ve ÖNERİLER	63
7.	KAYNAKLAR	65
8.	ÖZET.....	85
9.	ABSTRACT.....	87
10.	EKLER.....	88

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AAFP	American Academy of Family Physicians
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
SDG	Sustainable Development Goals (Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri)
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
NTD	Neural Tube Defect (Nöral Tüp Defekti)
CYBE	Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
BMI (VKİ)	Body Mass Index (Vücut Kitle İndeksi)
FAO	Food and Agriculture Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UNFPA	United Nations Population Fund (Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu)
HBV	Hepatit B Virüsü
HIV	Human Immunodeficiency Virus (İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü)
AHEF	Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
T.C. SB	T.C. Sağlık Bakanlığı
PCC	Preconception Care (Prekonsepsiyonel Bakım)
PHC	Primary Health Care (Birinci Basamak Sağlık Hizmeti)
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TUKMOS	Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma Sistemi
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
TURKSTAT (TÜİK)	Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları	41
Şekil 2. Katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyleri dağılımları	41
Şekil 3. Katılımcıların çalışma durumları dağılımları	42



ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların sosyo demografik özellikleri	40
Çizelge 2. Prekonsepsiyonel Dönemde Sağlık Alışkanlıkları ve Tıbbi Bilgilendirme Durumları	43
Çizelge 3. Prekonsepsiyonel Sağlık Durumu ve Bilgilendirilme Düzeylerinin Dağılımı.....	45
Çizelge 4. Katılımcıların gebelik öyküsü ve gebelik planlama durumunun dağılımı .	48
Çizelge 5. Gebelik öncesi bakım hakkında bilgilendirilme, farkındalık ve hizmet alma durumlarının dağılımı	49
Çizelge 6. Gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumuna göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması	50
Çizelge 7. Eğitim düzeyine göre gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumlarının karşılaştırılması	51
Çizelge 8. Çalışma durumuna göre gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumlarının karşılaştırılması	52

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya genelinde anne ve bebek ölümlerinin önemli bir kısmı, gebelikten önce önlenabilir risklerle ilişkilidir. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2020 yılında yaklaşık 287 000 kadın gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde hayatını kaybetmiştir (1). Ayrıca, yenidoğan ve bebek ölümleri ile konjenital anomaliler hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir yük oluşturmakta; örneğin erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve doğumsal anomaliler ölüm ve morbidite riskini artırmaktadır (2). Bu olumsuz sonuçların azaltılması, Birleşmiş Milletler'in "2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri" kapsamında yer alan hedefler arasında bulunmaktadır (SDG 3.1 ≤ 70 anne ölümü/100 000 canlı doğum) (3).

Bu bağlamda, gebelik öncesi bakım (prekonsepsiyonel bakım) gebelik oluşmadan önce kadınların ve eşlerinin sağlık durumunu iyileştirmeyi, anne-çocuk sağlığına zarar verebilecek davranışları ve bireysel/çevresel risk etkenlerini azaltmayı hedefleyen koruyucu sağlık hizmetleridir (4). Prekonsepsiyonel bakım; sağlık geliştirici davranışların teşviki, kapsamlı taramalar ile kişiye özgü risk faktörlerinin belirlenmesi ve uygun önlemlerin alınmasını içerir (5). Çiftler prekonsepsiyonel dönemde tüm yönleriyle değerlendirilir, oluşabilecek riskler erkenden tespit edilip önlemler alınır; böylece optimum şartlarda gebelik planlanabilir (6). Böylece anne ve bebek; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde daha az komplikasyonla karşılaşır ve toplum sağlığına ciddi bir katkı sağlanmış olur (7).

Gebelik öncesi bakım hizmetleri, gebeliklerin en kritik evresi olan ilk haftalar için büyük önem taşır. Özellikle gebeliğin 4–12. haftaları arasında embriyonik gelişim çok hızlıdır ve bu dönem fetüsün zararlı etkenlere en açık olduğu, ancak kadınların çoğunlukla henüz gebeliklerinden haberdar olmadığı dönemdir (4). Bu nedenle birçok kadın ilk prenatal muayeneye geldiğinde fetüsün organlarının çoğu zaten oluşmuştur ve doğum kusurlarını ya da diğer olumsuz sonuçları önlemeye yönelik pek çok müdahale için artık geç kalınmış olabilir (8). Gebelik öncesi dönemde risk faktörlerine müdahale etmek, gebelik başladıktan sonra yapılan müdahalelere kıyasla kötü gebelik sonuçlarını daha

yüksek oranda azaltmaktadır (9). Bu sebeple ilk prenatal bakımın gebelikten önce başlatılması anne-bebek sağlığı açısından kritik önem taşır (6).

Arslan ve Özkan tarafından ülkemizde, önümüzdeki üç ay içinde gebe kalmayı planlayan kadınlarla yürütülen bir araştırmada, gebelik öncesi danışmanlık alanların oranı %2,8 olarak bulunmuştur. Kadınların %80'inin gebelik öncesi dönemde yapılması gereken tetkikler ve alınması gereken vitaminler hakkında bilgi sahibi olmadığı, ancak %59,2'sinin gebelik öncesi danışmanlığın gerekli olduğunu düşündüğü saptanmıştır (10). Genç Koyucu ve arkadaşlarının üreme çağındaki kadınlarla gerçekleştirdikleri başka bir çalışmada ise, katılımcıların yaklaşık %80'i gebelik öncesi danışmanlık almak istediklerini belirtmiş olmasına rağmen, danışmanlık alanların oranı %22,4'te kalmıştır. Ayrıca gebelik öncesi danışmanlığın en çok kadın doğum uzmanlarından (%45,7) beklendiği; en fazla danışmanlık talep edilen konuların gebelikteki risk faktörleri, beslenme, gebelikte çalışma koşulları, ilaç kullanımı ve aşılama olduğu belirlenmiştir (11).

Çevik Ergi ve Şahin'in Türkiye'de yürüttükleri kesitsel bir çalışmada, gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ile bu durumu etkileyen faktörler incelenmiştir. Gebelik öncesi bakım veya danışmanlık alan kadınların oranı %31,4 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yalnızca %11,8'i eşlerinin de bu sürece dâhil olduğunu belirtmiştir. Çalışmada gebelik öncesi bakım alan kadınların büyük kısmının bu hizmeti kadın doğum uzmanlarından (%53,4) aldığı, ikinci sırada ise aile hekimlerinin (%31,1) yer aldığı saptanmıştır. Gebelik öncesi bakım kapsamında en sık uygulanan müdahalelerin folik asit önerisi, sağlıklı beslenme önerileri ve geçmiş gebelik öyküsünün değerlendirilmesi olduğu bildirilmiştir. Buna karşın stres, aile içi şiddet ve kimyasal maruziyet gibi konularda danışmanlık oranları oldukça düşük bulunmuştur. Ayrıca gebelik öncesi danışmanlık alma durumunun, gelir düzeyi, gebeliğin planlı olup olmaması, korunma yöntemleri hakkında bilgi sahibi olma ve tedavi geçmişi gibi faktörlerle anlamlı ilişki gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırmacılar, kadınların gebelik öncesi döneme dair farkındalıklarının artırılması gerektiğini ve bu süreçte sağlık profesyonellerinin, özellikle birinci basamakta görev yapanların, danışmanlık sunma konusunda daha etkin rol üstlenmesi gerektiğini vurgulamışlardır (12).

Ayalew ve arkadaşlarının Etiyopya'nın Adet bölgesinde gerçekleştirdikleri toplum temelli kesitsel bir çalışmada, üreme çağındaki kadınların prekonsepsiyonel bakım konusundaki bilgi düzeyleri ve bu bilgiyle ilişkili faktörler incelenmiştir. Çalışmada, katılımcıların yalnızca %31,9'unun prekonsepsiyonel bakım hakkında bilgi sahibi olduğu, bu bilgiye en sık sağlık kurumları aracılığıyla ulaşıldığı belirlenmiştir. Kadınların bilgi düzeylerinin; yaş, eğitim durumu, medeni durum, daha önce aile planlaması yöntemi kullanma ve sağlık kuruluşuna düzenli başvurma gibi değişkenlerle arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Araştırmacılar, prekonsepsiyonel bakım farkındalığının artırılması için sağlık çalışanlarının daha proaktif bir yaklaşım benimsemesi gerektiğini ve bu döneme özel danışmanlık hizmetlerinin, özellikle birinci basamakta sunulmasının, kadın sağlığına olumlu katkılar sağlayacağını vurgulamışlardır (13).

Son yirmi yılda prekonsepsiyonel bakım kavramı dünya genelinde giderek önem kazanmış, ancak bu hizmetten yararlanma oranları hâlâ hedeflenenin altındadır (14). Gelişmiş ülkelerde bile prekonsepsiyonel bakım alma oranları görece yüksek olmakla birlikte istenen düzeyde değildir ve birçok ülkede rutin uygulama haline gelmemiştir (15). Ülkemizde de durum benzerdir; doğum öncesi bakım hizmetlerinde önemli ilerlemeler sağlanmış olsa da standart bir gebelik öncesi bakım programı hâlen yaygın uygulamaya konulmamıştır (16). Örneğin Türkiye'de bir çalışmada gebelerin sadece %17,3'ünün prekonsepsiyonel bakım aldığı saptanmıştır (16). Bu durum toplumda gebelik öncesi bakım farkındalığının ve talebinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Bu uzmanlık tezi kapsamında, Antalya ilinde yaşayan, evli ve şu anda gebe olmayan 18–49 yaş arası, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadınların gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma durumlarını değerlendirmek ve bu konuda farkındalık oluşturmak amaçlanmıştır. Araştırma ile prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin mevcut kullanım düzeyi ve bunu etkileyen faktörler belirlenecek, elde edilecek veriler ışığında anne-çocuk sağlığını korumaya yönelik öneriler geliştirilecektir. Sonuç olarak, bu çalışmanın amacı, üreme çağındaki kadınların prekonsepsiyonel bakım alma durumlarını ortaya koymak ve eksiklik alanlarına dikkat çekerek birinci basamakta gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Tanımı, Amacı ve Önemi

Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri, gebelik öncesi dönemde kadınlara ve çiftlere sunulan biyomedikal, davranışsal ve sosyal müdahalelerin bütünüdür (4). Bu bakımın tanımı DSÖ tarafından “kötü anne ve çocuk sağlığı sonuçlarına katkıda bulunan davranışları ile bireysel ve çevresel risk faktörlerini azaltmak ve gebelik öncesinde bireylerin sağlık durumunu iyileştirmek amacıyla, konsepsiyon (gebe kalma) öncesi dönemde sunulan girişimler” şeklinde yapılmıştır (17). Temel hedef, kadın ve erkeklerin gebelik öncesi sağlık durumlarını optimize etmek, sağlıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını geliştirmek ve olası riskleri saptayarak gerekli müdahaleleri sağlayıp anne ve bebekle ilgili sonuçları iyileştirmektir (18). Böylece her kadının, doğacak çocuğunun ve ailesinin sağlığını koruyup geliştirmek; sonuçta daha sağlıklı kadınlar, bebekler ve ailelerden oluşan bir toplum oluşturmak nihai amaçtır (19).

Prekonsepsiyonel bakımın önemi, anne ve bebek sağlığı üzerindeki koruyucu etkilerinden kaynaklanır. Bu bakım, anne adayının gebeliğe fiziksel ve psikososyal olarak en iyi şekilde hazırlanmasını sağlayarak gebelik döneminin sağlıklı geçmesini ve sağlıklı bir bebeğin doğmasını hedefler (20,21). Özellikle embriyonun organ gelişiminin gerçekleştiği ilk trimesterde (ilk 3 ay) annenin sağlık durumunun optimal olması, doğacak bebeğin sağlığı açısından kritik önem taşır (20,22). Gebelik öncesinde verilen danışmanlık ile anne adaylarının zararlı alışkanlıklarını değiştirmesi, kronik hastalıklarını kontrol altına alması, beslenme durumunu düzeltmesi gibi pek çok koruyucu adım atılabilir (23,24). Bilimsel kanıtlar, hamilelikten önce bir kadının sağlığını iyileştirmenin gebelik sonuçlarını iyileştirdiğini açıkça göstermektedir (5). Örneğin, gebelik öncesinde folik asit desteği almak nöral tüp defekti (NTD) gibi ciddi doğum kusurlarını büyük ölçüde önleyebilmektedir (25,26). Yine sigaranın bırakılması, gebelikte düşük doğum ağırlığı ve prematüre doğum riskini azaltmakta; prekonsepsiyonel dönemde sigaranın tamamen bırakılmasıyla prematüre bebek ölümlerinin %5–7’sinin ve ani bebek ölümü sendromu vakalarının %23–24’ünün

önlenebileceği hesaplanmıştır (27). Dolayısıyla gebelik öncesi dönemde yapılan müdahaleler, hem kısa vadede anne ve yenidoğan sağlığını, hem de uzun vadede toplum sağlığını olumlu yönde etkileyen sonuçlar doğurmaktadır (19,21). Prekonsepsiyonel bakım alan çiftlerin, almayanlara göre daha fazla folik asit kullanımı, sigarayı bırakma, doğum öncesi kontrollerine düzenli gitme ve emzirme oranlarında artış gibi olumlu sağlık davranışları sergiledikleri bildirilmiştir (20,23).

Öte yandan, prekonsepsiyonel bakım sadece kadınlar için değil, erkekler için de önem taşır. Geleneksel olarak anne ve bebeğe odaklanan üreme sağlığı hizmetlerinin aksine, prekonsepsiyonel yaklaşım aileyi bir bütün olarak ele alır (28,29). Bu bakım, kadının mevcut veya gizli kalmış sağlık sorunlarını gebelik öncesi dönemde çözerek onun tüm yaşam boyu sağlığını iyileştirmenin yanı sıra; erkeğin de sağlıklı olmasını ve çiftin sağlıklı bir gebelik için birlikte hazırlanmasını hedefler (30). Sonuç olarak prekonsepsiyonel bakım, korunabilir riskleri ortadan kaldırarak anne adayının yanı sıra eşinin ve gelecekteki bebeğin de iyilik halini sağlamaya çalışır (31). Bu yönüyle, anne-bebek odaklı dar bakış açısını aşarak aile ve toplum sağlığını gözetten bütüncül bir yaklaşımı temsil eder (32).

2.2. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Dünyadaki Gelişimi

Gebelik öncesi bakım kavramı tıp literatüründe 20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren yer almaya başlamış, özellikle 1980'li yıllarda düşük doğum ağırlığı ve doğumsal anomalileri önlemeye yönelik bir strateji olarak popülerlik kazanmıştır (33). 1989 yılında Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde düzenlenen Caring for Our Future: The Content of Prenatal Care adlı uzman panelinde prekonsepsiyonel bakım ilk kez kapsamlı biçimde ele alınmıştır (34). Bu panel raporu, geleneksel olarak yalnızca anne ve doğacak bebeğe odaklanan doğum öncesi bakım anlayışının ötesine geçilmesi gerektiğini vurgulayarak, ailesel, psikososyal ve çevresel unsurlara da dikkat çekmiştir (34). Panelde, prekonsepsiyonel bakımın genel koruyucu sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak veya birinci basamak ziyaretleri sırasında sürekli şekilde uygulandığında en etkili sonuçları vereceği ve gebelik çıktıları açısından en

önemli hizmet olduğu ifade edilmiştir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucularının her fırsatta gebelik öncesi danışmanlık için uygun anları değerlendirmesi önerilmiştir (34).

2000’li yıllarda prekonsepsiyonel bakım, uluslararası sağlık otoritelerinin ve ulusal kurumların gündeminde daha fazla yer almaya başlamıştır. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2006 yılında yayınladığı bir raporda “tüm kadın ve erkeklerin üreme sağlığı konusunda yüksek farkındalığa sahip olması” gerektiğini belirterek, erkeklerin de üreme sağlığı hizmetlerine ve prekonsepsiyonel bakıma erişiminin artırılması çağrısında bulunmuştur (35). Prekonsepsiyonel bakım, ABD’nin 2010 ve 2020 ulusal sağlık hedeflerinde (Healthy People 2010/Healthy People 2020) yer almış ve bu konuda ulusal stratejiler geliştirilmiştir (35,36). Birçok gelişmiş ülkenin kadın-doğum ve aile hekimliği dernekleri, sağlıklı gebelik planlaması için gebelikten önce en az bir kez danışmanlık muayenesi yapılmasını önermiştir (36). Örneğin American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ile American Academy of Family Physicians (AAFP) yayınlarında prekonsepsiyonel danışmanlığın rutin bir uygulama olması gerektiği vurgulanmıştır (37,38).

DSÖ’nün bu alandaki en önemli girişimi, 2013 yılında gerçekleştirilen “Preconception Care” küresel konsensus toplantısı ve bu toplantının raporudur (39). DSÖ 2013 raporu, prekonsepsiyonel bakımın maternal ve neonatal mortalite ile morbiditeyi azaltmada kritik bir araç olduğunu ilan etmiş; erken yaş gebelikleri, istenmeyen gebelikleri ve gebelikler arası aralıkların çok kısa olmasını engellemede de bu bakımın fayda sağlayacağını belirtmiştir (39). Ayrıca bu raporda, gebelik öncesi bakım ile anne adayının var olan veya gizli kronik hastalıklarının tespit ve tedavisinin sağlanacağı, beslenme bozuklukları ve obezitenin önlenmesi ile üreme sağlığına katkı sunulacağı bildirilmiştir (39). DSÖ, üye ülkelere prekonsepsiyonel bakım paketlerinin ulusal düzeyde geliştirilmesini ve birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesini tavsiye etmiştir (4).

Her ne kadar prekonsepsiyonel bakımın faydaları bilimsel olarak ortaya konmuş ve uluslararası düzeyde kabul görmüş olsa da, uygulamada istenen seviyeye ulaşamadığı belirtilmelidir. Birçok ülkede hâlâ standart bir gebelik öncesi bakım kılavuzu bulunmamakta veya mevcut rehberler yaygın uygulanmamaktadır (39,40). Gelişmiş

lkelerde dahi prekonsepsiyonel bakım hizmeti alma oranları görece daha yüksek olsa da, küresel ortalamada bu oranlar oldukça düşüktür ve pek çok çift plansız ya da hazırlıksız şekilde gebeliğe adım atmaktadır (41,42). Örneğin ABD’de bile anne ve bebek ölümleri oranlarında belirgin iyileşme sağlanamamış olup, hizmetlerin yaygın uygulanmasında önemli engeller bulunmaktadır (32). Bu veriler yalnızca gebelik dönemine odaklanmak yerine, gebelik öncesinden balayarak kadının genel sağlığını korumanın önemini ortaya koymaktadır. Kısacası, dünyada prekonsepsiyonel bakım konseptinin önemi anlaılmı olsa da, bu hizmetlerin hayata geçirilmesi ve toplumda benimsenmesi konusunda hâlen önemli boşluklar mevcuttur (39,43). Uluslararası kuruluşlar, prekonsepsiyonel bakımın yaygınlaştırılması için sektörler arası işbirliği yapılması ve birinci basamak odaklı modeller geliştirilmesi çağrısında bulunmaktadır (39).

2.3. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danımanlığın Türkiye’deki Gelişimi

Türkiye’de gebelik öncesi bakım kavramı, dünya ile paralel olarak son 15-20 yılda sağlık politikalarında ve akademik çalışmalarda daha sık gündeme gelmeye balamıtır. Özellikle 2000’li yılların ortasından itibaren T.C. Sağlık Bakanlığı’nın anne-ocuk sağlığını geliştirme programlarında, kadınların gebelik öncesi dönemde sağlık hizmeti almasına yönelik vurgu görülmektedir. Üreme sağlığı alanındaki ulusal stratejiler içinde aile planlaması, güvenli annelik ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri uzun süredir yer almaktadır. Nitekim Türkiye’de 2002 yılında yürürlüğe giren “Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Programı” kapsamında evlilik öncesi talasemi taraması ve danışmanlığı birçok ilde zorunlu hale getirilmiştir (44). Bu uygulama, genetik geçişli hastalıkların önlenmesi amacıyla prekonsepsiyonel dönemde yapılan önemli bir müdahaledir. Ancak genel olarak bakıldığında, Türkiye’de evlilik öncesi yapılan sınırlı taramalar dışında sistematik bir prekonsepsiyonel bakım hizmetinin henüz yerlemediği söylenebilir (19,45).

Türkiye’de doğum öncesi bakım (antenatal bakım) göstergeleri son yıllarda oldukça iyilemitir. Örneğin, 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre gebelik sırasında en az bir kez sağlık hizmeti alma oranı %95’lerin

üzerine çıkmıştır (46). Bu başarıya karşın, gebelik öncesi döneme yönelik bakım alma oranları düşüktür. Ülkemizde hâlâ uygulanabilecek standart bir gebelik öncesi bakım kılavuzu bulunmamaktadır ve aile hekimliklerinde bu yönde rutin bir uygulama yaygın değildir (19). Yapılan çalışmalar pek çok kadının gebelik planlarken dahi doktora danışmadığını ortaya koymaktadır. Örneğin, bir çalışmada kadınların sadece %9'unun gebelik öncesi dönemde sağlık kontrolü yaptırdığı bildirilmiştir (47). Yakın zamanda gebeler üzerinde yapılan bir ankette, kadın doğum uzmanına veya aile hekimine danışarak gebeliğe hazırlık yapanların oranı %30 civarında bulunmuştur (12). Bu veriler toplumda gebelik öncesi bakım konusunda farkındalık eksikliğine işaret etmektedir.

Sağlık Bakanlığı 2014 yılında yayımladığı “Anne Ölümlerini Önleme Eylem Planı”nda ilk kez prekonsepsiyonel bakıma değinmiş ve riskli durumların gebelik öncesinde tespit edilerek önlenmesini bir hedef olarak ortaya koymuştur (48). Aile hekimliği uygulamasının ülke çapında yaygınlaşmasıyla birlikte (2005-2010), birinci basamakta gebe izlemleri standardize edilmiş; ancak gebelik öncesi döneme özel izlem protokolleri hâlâ oluşturulmamıştır. Bununla birlikte son yıllarda üniversitelerde ve eğitim araştırma hastanelerinde gebelik öncesi bakım konusunda araştırmalar ve uzmanlık tezleri yapılmaya başlanmıştır (12,49). Gönenç ve Tuzcular (2022), prekonsepsiyonel-interkonsepsiyonel bakımın birinci basamak hizmetlerine entegre edilmesinin, hem kadın hem de erkeklerin sağlıklı yaşam davranışlarını güçlendirdiğini ve gebelik sonuçlarını olumlu etkilediğini vurgulamıştır (49). Benzer şekilde Barutçu ve ark. (2021), Adana’da yaptıkları saha çalışmasında gebelerin büyük kısmının gebelik öncesi dönemde profesyonel bir danışmanlık hizmeti almadığını, bunun en önemli nedeninin farkındalık eksikliği ve sağlık hizmetine yönlendirme yetersizliği olduğunu bildirmiştir (50). Tüm bu akademik gelişmeler, Türkiye’de prekonsepsiyonel bakımın artık teorik bir kavram olmaktan çıkıp, sahaya yansıtılması gereken bir hizmet bileşeni hâline geldiğini göstermektedir. Artan bilimsel ilgi ve farkındalık, yakın gelecekte ulusal bir prekonsepsiyonel bakım rehberinin geliştirilmesine zemin hazırlayabilir. Böyle bir rehber, aile hekimlerinin, ebelerin ve diğer birinci basamak

sağlık profesyonellerinin gebelik öncesi danışmanlığı standart bir hizmet olarak sunmalarına katkı sağlayacaktır (12).

2.4. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlıkta Aile Hekimlerinin Yeri

Prekonsepsiyonel bakım sunmak, sadece kadın-doğum uzmanlarının veya üreme sağlığı kliniklerinin sorumluluğu değil, tüm birinci basamak hekimlerinin temel görevlerinden biridir (49,51). Aile hekimleri, bireylerin yaşam boyu sağlık takibini yapan ve koruyucu sağlık hizmetlerini sunan hekimler olarak, üreme çağındaki kadınlar ve erkekler için prekonsepsiyonel danışmanlığın ana uygulayıcıları olmalıdır (52). Nitekim gebelik öncesi bakım, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır ve aile hekimlerinin rutin pratiğine entegre edildiğinde en etkin sonuçları verir (52).

Aile hekimleri, kayıtlı nüfuslarındaki genç kızlar, kadınlar ve çiftlerle düzenli temas hâlinde oldukları için gebelik planlayan ya da gebelikten korunmak isteyen bireyleri tespit etme ve yönlendirme konusunda kilit role sahiptir (49,53). Örneğin bir aile hekimi, kronik hastalık takibi için gelen genç bir kadına ileride çocuk sahibi olma planlarını sorarak, eğer gebelik düşünüyorsa sigarayı bırakma, folik asit kullanımı, ideal vücut ağırlığına ulaşma ve kronik hastalık kontrolü gibi konularda danışmanlık verebilir (51). Aynı şekilde henüz gebelik istemeyen bir çiftte etkili aile planlaması yöntemleri sunarak istenmeyen gebeliklerin önüne geçebilir (52). Bu sayede aile hekimi, kadınların gebeliği bilinçli ve sağlıklı planlamasına yardımcı olurken, istenmeyen gebelikleri ve bunların yol açabileceği olumsuz sonuçları da azaltmış olur.

Nitelikli prekonsepsiyonel bakım verebilmek için, birinci basamak hekimlerinin gerekli bilgi ve becerilere sahip olması gerekir (51). Aile hekimlerinin; gebelik öncesi risk değerlendirmesi, genetik danışmanlık ihtiyacının belirlenmesi, kronik hastalıkların gebelik öncesi yönetimi, teratojen ilaçların bilinmesi, aşılama endikasyonları, beslenme önerileri ve yaşam tarzı değişikliği konularında yetkin olmaları beklenir (49,53). Bu nedenle tıp fakültesi ve uzmanlık eğitimi müfredatlarında prekonsepsiyonel bakım konusuna yer verilmesi önemlidir. Birinci basamak

klınisyenleri prekonsepsiyonel bakımı bir öncelik olarak görmeli ve günlük pratiğın bir parçası haline getirmelidir (51). Herhangi bir nedenle sağıık kuruluşuna başvuran üreme çağıındaki bireylere uygun bir şekilde gebelik planları sorulmalı ve durumlarına göre kısa bir danışmanlık sağıılanmalıdır (52). Örneğın, diyabet izlemine gelen genç bir kadın hastaya, “İleride çocuk sahibi olmayı düşünüyör musunuz? Eğer düşünürseniz şimdiden kan şekerinizi iyi kontrol etmeniz ve folik asit kullanmanız önemli.” şeklinde kısa bir mesaj verilmesi bile fark yaratabilir (53).

Aile hekimlerinin, prekonsepsiyonel bakımda bir diğör rolü de gerekli durumlarda hastayı uygun uzmanlıklara yönlendirmektir. Örneğın, yapılan değeriendirmede anne adayında ciddi bir kalp hastalığı ya da epilepsi gibi riskli durumlar saptanırsa, gebelik öncesinde ilgili uzman doktorlarla konsültasyon sağıılanmalıdır; böylece gebelik başladıktan sonra oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilebilir (4,37). Aynı şekilde genetik risk saptanan çiftler genetik danışmanlık merkezlerine yönlendirilmelidir (54). DSÖ, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerini sunarken birinci basamak hekimlerinin gerektiğinde uzmanlarla işbirliğı yapmasını ve multidisipliner yaklaşımı benimsemesini önermektedir (4).

Sonuç olarak, aile hekimleri prekonsepsiyonel bakımın toplum düzeyinde yaygınlaştırılmasında merkezi konumdadır (49,51). Ülkemizde her bireyin bir aile hekimine kayıtlı olduğı düşünöldüğünde, bu potansiyelin önemi daha da artmaktadır. Aile hekimlerinin bu alandaki farkındalığının ve bilgi donanımının artırılması, gebelik öncesi bakımın rutin sağıık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası haline gelmesi için ön koşuldur (49,53). Bu sayede, gebelik öncesinden başlayan koruyucu sağıık yaklaşımı ile anne, baba ve bebek sağıığında sürdürülebilir iyileşmeler sağıılabilecektir.

2.5. Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlığın Kapsamı

Prekonsepsiyonel bakımın kapsamı oldukça geniş olup, bireylerin tıbbi durumlarından yaşam alışkanlıklarına kadar pek çok unsuru içerir (5,55). Temel bileşenler; risk analizi, belirlenen risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik medikal, psikososyal ve davranışsal müdahalelerin uygulanması ve gebelik öncesinde genel

sağlık durumunun iyileştirilmesidir (38,55). Anne ve çocuk sağlığı sonuçlarını etkileyen başlıca risk faktörleri arasında beslenme ve kilo durumu, çevresel toksin maruziyetleri, aşılama durumu ve önlenabilir enfeksiyonlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE), genetik hastalıklar ve aile öyküsü, kişilerarası/aile içi şiddet, sigara-alkol ve madde kullanımı, ruh sağlığı sorunları, çok erken yaşta gebelikler, istenmeyen veya sık aralıklı gebelikler, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, önceki gebeliklerdeki komplikasyonlar ve ebeveyn yaşı sayılabilir (56). Prekonsepsiyonel danışmanlık sürecinde tüm bu alanlar sistematik bir şekilde ele alınarak, bireye özgü riskler belirlenir ve gerekli öneriler sunulur (5,38). Aşağıda, gebelik öncesi bakım kapsamında değerlendirilmesi gereken temel başlıklar ayrı alt bölümler halinde açıklanmıştır.

2.5.1. Prekonsepsiyonel Öykü

Gebelik planlayan bir kadının ilk değerlendirmesinde ayrıntılı bir prekonsepsiyonel öykü alınması esastır. Bu öyküde, kadının ve eşinin tıbbi geçmişi, önceki gebelikleri (parite, düşük, kürtaj, ölü doğum, prematür doğum, önceki gebelik komplikasyonları vb.), ailede kalıtsal hastalık varlığı, yaşam tarzı alışkanlıkları ve çevresel maruziyetleri gibi konular sorgulanır (57). Örneğin, önceki gebeliğinde nöral tüp defektli bir bebek doğuran annenin sonraki gebelikleri için yüksek risk taşıdığı bilinmektedir; bu durumda anne adayına yüksek doz folik asit desteği gibi özel önlemler planlanır (19,58). Yine, önceki gebeliklerde preeklampsi, gestasyonel diyabet, erken doğum gibi sorunlar yaşanmışsa, bunların tekrarlamaması için gebelik öncesi dönemde ilgili tedbirler alınmalıdır (57).

Kişisel tıbbi öyküde kadının kronik hastalıkları (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, epilepsi, otoimmün hastalıklar vb.), geçirdiği ameliyatlar, kullandığı düzenli ilaçlar ve alerjiler mutlaka not edilir; kronik bir hastalığı olan anne adaylarında hastalığın gebelik öncesi iyi kontrol altında olması büyük önem taşır (19,37). Örneğin diyabeti olan bir kadının kan şekeri regülasyonu sağlanmadan gebe kalması, düşük ve konjenital anomali riskini belirgin şekilde artırır; oysa iyi glisemik kontrol ile bu riskler

azaltılabilir (19). Benzer şekilde, epilepsi hastalarının ilacının gebeliğe uygun değilse (teratojen ise) önceden değiştirilmesi gerekir; bu nedenle prekonsepsiyonel öyküde mevcut hastalıkların ayrıntıları ve tedavileri değerlendirilir (57).

Aile öyküsü de prekonsepsiyonel bakımın ayrılmaz bir parçasıdır. Ailede kalıtsal bir hastalık (talasemi, kistik fibrozis, orak hücre anemisi, hemofili vb.) öyküsü sorgulanmalıdır (58). Eğer çift akraba evliliği yapmış ise bu durum özellikle genetik risk açısından alarm gerektirir; Türkiye’de akraba evliliklerinin oranı bölgelere göre %21–40 arasında değişmektedir. Akraba evliliği, nadir görülen otozomal resesif hastalıkların ortaya çıkma riskini belirgin şekilde artırır; genel popülasyonda her 100 bebekten yaklaşık 2’sinde doğumsal anomali görülürken, akraba evliliği yapmış çiftlerin bebeklerinde bu oran iki katına (%4-5’e) çıkmaktadır (19,58). Dolayısıyla, ailede genetik hastalık öyküsü olsun ya da olmasın, akraba evliliği söz konusuysa genetik danışmanlık önerilmelidir (37). Prekonsepsiyonel öykü alımında çiftlerin etnik kökeni de (örneğin Akdeniz anemisi taşıyıcılığı riski gibi) değerlendirilmelidir; gerekiyorsa tarama testleri (hemoglobin elektroforezi, karyotip analizi vb.) planlanmalıdır (58). Ayrıca anne adayının yaşı da risk analizi için önemlidir. 18 yaş altı gebelikler ve 35 yaş üzeri gebelikler obstetrik riskleri artıran iki uç yaş grubudur (19). Öyküde gebelik planlayan kadının yaşı ve varsa mevcut çocuklarının sayısı/yaşları, gebelikler arası sürenin ne kadar olduğu gibi bilgiler de kaydedilir (57). Tüm bu kapsamlı öykü ışığında hekim, kadının gebelik için ne derece hazırlıklı olduğunu ve hangi alanlarda müdahaleye ihtiyaç olabileceğini belirler (37).

2.5.2. Aile Planlaması

Prekonsepsiyonel bakımın önemli bir bileşeni, aile planlaması danışmanlığıdır. Bu kapsamda her bireyin veya çiftin gebelik istemi sorgulanmalı, yakın gelecekte çocuk sahibi olma planı olup olmadığı öğrenilmelidir (4,38). Eğer birey gebelik istemiyorsa, etkili ve uygun bir doğum kontrol yöntemi kullanıp kullanmadığı değerlendirilir; gerekli ise uygun kontraseptif yöntem hakkında bilgilendirilir veya yöntem sağlanır. Bu sayede istenmeyen gebeliklerin önüne geçilmesi ve gebeliklerin arzu edilen

zamanda gerçekleşmesi sağlanır (59). İstenmeyen gebelikleri önlemek sadece ailenin sosyal ve ekonomik iyilik hali için değil, aynı zamanda anne ve bebek sağlığı için de kritiktir; plansız gebelikler genellikle hazırlıksız yakalanma nedeniyle folik asit alınmaması, mevcut hastalıkların kontrolsüz olması, riskli alışkanlıkların devam etmesi gibi olumsuzluklarla ilişkilidir (60).

Eğer çift yakın zamanda çocuk sahibi olmak istiyorsa, bunun için ideal zamanlamanın belirlenmesi ve hazırlık yapılması esastır. Aile planlaması danışmanlığında kadının son doğumunun üzerinden geçen süre, mevcut çocukların bakım durumu ve çiftin gebeliğe psikososyal hazırlığı tartışılır. Özellikle gebelikler arası sürenin çok kısa olmaması önerilir; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) gebelikler arası en az 2 yıl olmasını ideal kabul etmektedir (61). Bu nedenle yeni doğum yapmış ve tekrar gebelik istemeyen annelere etkili postpartum kontrasepsiyon yöntemleri konusunda rehberlik edilmelidir (60).

Gebelik planlayan çiftlere, hamile kalmadan en az 3 ay önce bir sağlık kontrolünden geçmeleri tavsiye edilir. Bu dönemde folik asit desteğine başlanması, zararlı alışkanlıkların bırakılması gibi adımlar atılacağı için, planlı gebelik her zaman daha sağlıklıdır (38). Aile planlaması konusunda ayrıca çiftlerin üreme sağlığı hakları, mevcut yasal düzenlemeler (örneğin isteğe bağlı düşük için yasal sınırlar) hakkında da bilgi verilmelidir. Böylece çift, gebelik kararlarını bilinçli bir şekilde verebilir. Sonuç olarak, prekonsepsiyonel danışmanlığın aile planlaması boyutu, hem gebeliğin zamanlaması hem de gebelikten korunma yöntemleri açısından çifte yol göstererek istenmeyen gebelikleri azaltmayı ve sağlıklı, planlı gebelikleri artırmayı amaçlar.

2.5.3. Kronik Hastalıklar

Anne adayının veya baba adayının mevcut kronik hastalıklarının yönetimi, prekonsepsiyonel bakımın kritik konularından biridir. Çünkü kontrolsüz seyreden kronik hastalıklar, gebelik üzerinde hem anne hem de fetüs açısından ciddi riskler oluşturabilir. Bu nedenle gebelik planlayan çiftlerde diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, tiroid bozuklukları, epilepsi, astım, kronik böbrek hastalığı, HIV

enfeksiyonu, otoimmün hastalıklar gibi süregelen sağlık sorunları dikkatlice değerlendirilmelidir (55).

Kronik hastalıklara sahip bireylerin gebelik öncesinde ilgili uzman hekimlerce değerlendirilip tedavilerinin optimize edilmesi önerilir. Örneğin, Tip 1 veya Tip 2 diyabeti olan bir kadının gebe kalmadan önce kan şekeri regülasyonunun sağlanması (HbA_{1c} değerinin normal sınırlara yakınlaştırılması) büyük önem taşır; zira yüksek kan şekeri ile embriyonun karşılaşması durumunda konjenital malformasyon riski artar (62). Prekonsepsiyonel dönemde sıkı glisemik kontrol, diyabetik anne adaylarında doğumsal anomali ve spontan düşük riskini anlamlı oranda azaltmaktadır (55,63). Benzer şekilde, hipertansiyonu olan bir anne adayında tansiyonun ilaçlarla iyi kontrol altında olması ve kullanılan antihipertansifin gebelikte güvenli bir ilaçla değiştirilmesi gerekir; kontrolsüz hipertansiyon hem anne için preeklampsi, plasental dekolman riski taşır hem de bebekte intrauterin gelişme geriliğine yol açabilir (64).

Epilepsi hastası bir kadının prekonsepsiyonel bakımında, nöbetlerinin kontrol altında olup olmadığı ve en önemlisi kullandığı antikonvülzan ilacın teratojenitesi değerlendirilmelidir (65). Valproik asit gibi yüksek teratojenik etkili bir ilacı olan hastada, nöroloji uzmanı ile görüşülerek daha güvenli bir alternatife geçiş yapılmalı ve yüksek doz folik asit desteği planlanmalıdır (66). Yine hipotiroidisi olan bir kadın gebe kaldığında tiroid hormon ihtiyacı artacağından, öncesinde TSH düzeyi hedef aralıkta olacak şekilde L-tiroksin dozu ayarlanmalıdır (yüksek TSH, bebeğin nörogelişimi için riskli olabilir) (67). Astım hastalığında da ilaçların gözden geçirilmesi gerekir (ör. yüksek doz sistemik steroid ihtiyacı varsa planlama), psikiyatrik hastalığı olanlarda ilaçların gebeliğe etkisi (örn. lityum kullanan bir bipolar hasta) değerlendirilmelidir (68).

Prekonsepsiyonel bakımda kronik hastalık yönetiminin bir diğer boyutu, bu hastalıklara ilişkin genetik geçiş veya gebeliğe etkiler konusunda çiftte danışmanlık vermektir (39). Örneğin genetik geçişli bazı metabolik hastalıkları olan çiftlerde (örn. fenilketonüri taşıyıcılığı) özel diyet önlemleri veya prenatal tanı yöntemleri tartışılabilir. Kalıtsal trombofili gibi tekrarlayan düşüklere yol açabilecek durumlar da

gebelik öncesi tespit edilip uygun profilaksi (ör. düşük molekül ağırlıklı heparin) planlanabilir (69).

Son olarak, baba adayının da kronik hastalıkları göz ardı edilmemelidir. Örneğin diyabetik bir baba adayının metabolik kontrolü zayıfsa sperm parametreleri olumsuz etkilenebilir; bu nedenle babanın da sağlıklı yaşam değişiklikleri yapması istenir (70). Ayrıca baba adayının kronik enfeksiyonları (örn. HIV, hepatit B/C) varsa, anneye bulaş ihtimaline karşı önlem alınmalıdır (71).

Özetle, kronik hastalıklar gebelik öncesi dönemde “kontrol altına alınabilir riskler” olarak ele alınmalı ve mümkün olan en iyi tedavi düzeyine getirilmelidir. İlgili branş hekimleriyle koordinasyon halinde, annenin ve babanın sağlık durumu stabil hale getirilmeli, gebeliğe engel teşkil edebilecek veya gebelikte alevlenebilecek durumlar önceden düzeltilmelidir. Bu yaklaşım, gebelik sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonları en aza indirger ve hem anne hem bebek için daha güvenli bir süreç sağlar.

2.5.4. İlaç Kullanımı

Prekonsepsiyonel danışmanlığın temel bileşenlerinden biri, anne adayının (ve gerektiğinde baba adayının) kullandığı tüm ilaçların, vitaminlerin ve takviyelerin sistematik olarak gözden geçirilmesidir (37). Bu değerlendirme hem reçeteli hem reçetesiz (OTC) ürünler, doğal/bitkisel takviyeler ve besin desteklerini kapsar, çünkü gebelik planlanmadan önce birçok kadın ilaç kullanımını bilinçli olarak durdurmamış olabilir (38).

Birinci adım olarak, gebelikte **kesin kontrendike** olan ilaçlar saptanmalıdır. Örneğin:

- İzotretinoin gibi retinoidler yüksek teratojenite riskine sahiptir ve gebelik planlayan kadınlarda kesinlikle bırakılmalı, bırakılmasından sonra en az 1 ay geçmeden gebe kalınmamalıdır (72).

- ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri, fetüste renal hasar riskine yol açabileceği için gebelik planlanırken güvenli alternatif antihipertansiflerle değiştirilmelidir (73).
- Varfarin gibi antikoagülanlar ilk üç aylık dönemde malformasyon riskini artırdığı için, gebelik planlayan veya gebe kalma ihtimali yüksek kadınlarda düşük moleküler ağırlıklı heparin gibi alternatiflerle değerlendirilmelidir (74).
- Antiepileptikler (özellikle valproik asit) ve psikiyatrik ilaçlar (örneğin lityum) gibi ajanlar da teratojenite ve gebelik komplikasyonu riskleri nedeniyle kritik değerlendirmelere tabidir (75,76).

Eğer bireyin mevcut tedavisi “kesilemeyecek” düzeyde hayati öneme sahipse (örneğin organ nakli sonrası immünsüpresifler, şiddetli epilepsi için antikonvülsanlar, psikiyatrik durumu stabilize eden ilaçlar), o durumda hedef “en düşük etkin dozda”, “gebeliğe en uygun ilacı” seçmek ve tedavi planını gebelik öncesi döneme taşımaktır (37). Bu bağlamda, sağlık profesyoneli sorar: “Bu ilaca şu anda gebe kalmadan önce gerçekten ihtiyacınız var mı? Gebelik planınız varsa alternatif var mı?” gibi sorularla değerlendirme yapar.

Takviyeler ve bitkisel içerikler de göz ardı edilmemelidir. Özellikle A vitamini yüksek dozları (örneğin günlük >10.000 IU) teratojen olarak bildirilmiştir; bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde bu tür yüksek doz önlenmelidir (77). Ayrıca hasta doğal bitkisel ürünlerin “güvenli” olduğu varsayımıyla kullanabileceğini düşünse bile, bu ürünlerin teratojenik veya embriyoya zarar verici etkileri olabileceğinden hekim tarafından değerlendirilmelidir.

Baba adayının ilaç kullanımı da prekonsepsiyonel bakımda ele alınmalıdır. Örneğin kemoterapi sonrası çocuk sahibi olmayı planlayan erkeklerde spermatogenez üzerindeki etkiler nedeniyle tedavi bitiminden sonra belirli bir süre geçmesi önerilmektedir (78). Finasterid gibi bazı ilaçların semen yoluyla anneye ya da embriyoya geçebileceği ve bu şekilde risk oluşturabileceği yönünde üretici uyarıları bulunmaktadır; baba adayının kullandığı ilaçların yine değerlendirilmesi ve gerektiğinde alternatiflere geçilmesi önemlidir (79).

Sonuç olarak, prekonsepsiyonel bakımda ilaç kullanımı yönetimi başlığı altında amaç, gebelik başlangıcında anne ve baba adaylarının mümkün olduğunca teratojenden (doğumsal anomali yapabilen) arındırılmış, güvenli ve gebelik için optimize edilmiş bir tedavi planına sahip olmalarıdır. Bu bakımdan, düzenli laboratuvar kontrolleri, ilaç-etiket okuma, hasta-hekim ortak karar modeli ve gerekirse ilaç değişikliği-takibi önceliklidir.

2.5.5. Enfeksiyonlar ve Bağışıklama

Gebelik öncesi bakımda, anne adayının enfeksiyon hastalıklarına karşı duyarlılığı ve bağışıklık durumu mutlaka değerlendirilmelidir. Çünkü bazı enfeksiyonlar gebelik sırasında geçirilirse düşüğe, ölü doğuma veya bebekte ciddi doğum kusurlarına yol açabilir; oysa bunların bir kısmı aşılama ile önlenabilir (4). Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde kadının aşı kayıtları incelenir ve eksik aşıları tamamlanır (80).

DSÖ, özellikle tetanoz, kızamıkçık (rubella) ve hepatit B aşılama durumlarının gebelik öncesi kontrol edilmesini ve bağışıklığı eksik olanların aşılmasını önermektedir (4,81). Kızamıkçık virüsü gebeliğin ilk trimesterinde geçirilirse bebekte Konjenital Kızamıkçık Sendromu'na (ör. kalp defekti, görme/körlük, işitme kaybı, zekâ geriliği) yol açabilir; bu yüzden, gebelik öncesi dönemde kadınların kızamıkçık bağışıklık durumu kontrol edilmeli, bağışık değilse aşı yapılmalı ve aşıdan sonra gebelik için en az 1 ay beklenmesi önerilmelidir (4,82). Tetanoz aşısı ise anne ve yenidoğan tetanozunu önlemek için gebelikte de uygulanıyor olsa da; eğer anne adayı genç yaşta eksik dozlara sahipse, prekonsepsiyonel dönemde tamamlanabilir (83). Hepatit B açısından da anne adayının HBsAg ve anti-HBs durumu değerlendirilir; bağışık değilse aşılama önerilir çünkü gebelikte hepatit B enfeksiyonuna yakalanmak hem anne hem bebek için risk oluşturur (4,81).

Bunların yanı sıra, su çiçeği enfeksiyonu (varisella) da gebelikte geçirildiğinde riskli bir enfeksiyondur; anne adayını su çiçeği enfeksiyonu geçirmemiş ve aşısız ise, prekonsepsiyonel dönemde varisella aşısı yapılabilir (canlı aşı olduğu için gebelik

öncesi 1 ay beklenmeli) (82). Grip (influenza) aşısı da gebelikte düşük veya ağır seyir riski taşıyan anne adaylarını korumak için önerilmektedir. COVID-19 pandemisi sonrası, COVID-19 aşılarının da gebelik öncesi bağışıklama programında yer alması gündeme gelmiştir.

Enfeksiyonlar konusunda aşılanmanın dışında, anne adayında taşıyıcı konumda olsa bile gebelik için risk yaratabilecek enfeksiyonlar taranmalıdır (7). Özellikle cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar bu açıdan önemlidir. Örneğin HIV, sifiliz gibi hastalıklar anne adayında bilinmeden mevcutsa gebelikte bebeğe bulaş riski vardır; bu nedenle risk faktörü taşıyan kadınlarda (ör. birden fazla partner öyküsü, eş durumu pozitif) gebelik öncesi HIV testi, VDRL/RPR gibi sifiliz testi yapılmalıdır. Sifiliz gebelikte düşüklere ve ölü doğumlara yol açabileceğinden, gebelik öncesi dönemde tespit edilirse uygun tedavi (ör. penisilin) uygulanarak bebek korunabilir. Tüberküloz açısından riskli ortamlarda yaşayanlar için PPD testi veya interferon-gamma salınım testi düşünülebilir; zira aktif tüberküloz gebelikte hem anne hem bebek için tehlikelidir (84).

Genel popülasyonda taranan hepatit C gibi enfeksiyonlar anne adayında pozitifse gebelik öncesi değerlendirme önem taşır. Örneğin tedavi edilebilir bir durumsa gebelik öncesi girişim yapılması önerilir. İdrar yolu enfeksiyonları sık tekrar ediyorsa, gebe kalmadan önce tedavi edilmeli ve mümkünse altta yatan nedenler (örn. böbrek taşı, yapısal anomali) araştırılmalıdır; çünkü gebelikte piyelonefrit riski artmaktadır (84).

Prekonsepsiyonel danışmanlıkta anne adayına enfeksiyonlardan korunma konusunda eğitim verilmelidir. Örneğin, kedi dışkısı veya çiğ etle bulaşan toksoplazmoz enfeksiyonundan korunmak için hijyen ve gıda güvenliği önlemleri anlatılır (çiğ et yememe, bahçe işleri yaparken eldiven kullanma) (85). Listeriozis enfeksiyonundan sakınmak için pastörize olmamış süt ürünleri ve iyi pişmemiş gıdalardan uzak durulması önerilir. Coğrafi olarak risk altındaki bölgelerde Zika Virüsü Hastalığı bulaşına karşı seyahat uyarıları yapılabilir (sivrisinekten korunma vb.) (86).

Sonuç olarak enfeksiyonlar ve bağışıklama başlığı altında amaç, gebelik öncesi dönemde annenin bağışıklık sistemini güçlendirmek ve potansiyel enfeksiyon risklerini en aza indirmektir. DSÖ, üreme çağındaki kadınların aşılanma durumlarının her fırsatta

kontrol edilmesini ve eksik aşıların tamamlanmasını önermektedir (4). Bu sayede hem anne adayını korunacak, hem de plasenta yoluyla bebeğe geçecek antikorlarla yenidoğan da korunabilecektir. Ayrıca enfeksiyonların taranıp tedavi edilmesiyle anne karnında bebeğe geçebilecek hastalıklar önlenmiş olacaktır (37).

2.5.6. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, prekonsepsiyonel bakımda özel olarak ele alınması gereken bir risk grubudur. Klamidya, gonore (bel soğukluğu), sifiliz, HIV, HPV, herpes simplex virüs, hepatit B ve C gibi enfeksiyonlar hem anne sağlığını hem de fetüsün sağlığını etkileyebilir. Bu enfeksiyonların bir kısmı gebelik sırasında düşüklere, ölü doğuma, erken doğuma veya su kesesinin erken açılmasına; doğum sırasında ise bebeğe geçerek neonatal enfeksiyonlara (yenidoğan göz enfeksiyonu, pnömoni, konjenital hastalıklar vb.) yol açabilir (84,87).

Prekonsepsiyonel dönemde, eğer anne adayının CYBE açısından risk faktörleri varsa ya da herhangi bir semptom/öykü mevcutsa, uygun tarama testleri yapılmalıdır. Risk faktörleri arasında birden fazla cinsel partner öyküsü, eşinin CYBE öyküsü, geçmişte CYBE geçirmiş olma, korunmasız cinsel ilişki gibi durumlar yer alır (37). Örneğin, HIV testi prekonsepsiyonel bakım kapsamında önerilmektedir; çünkü pozitif bulunursa gebelik öncesi antiretroviral tedavi başlanabilir ve bu sayede annenin bağışıklığı güçlendirilerek gebelikte viral yük düşürülüp bebeğe geçiş riski <%1 düzeyine kadar indirilebilir (88). Sifiliz (frengi) taraması da son derece önemlidir; gebelikte aktif sifiliz enfeksiyonu düşük, ölü doğum veya konjenital sifilize yol açabilir. Gebelik öncesinde VDRL/RPR testi pozitif bulunan anne adayında, penisilin ile tedavi edilerek bu riskler azaltılabilir (88).

Klamidya ve gonore gibi enfeksiyonlar çoğu zaman asemptomatik seyredebilir, ancak tüplerde yapışıklığa (infertilite) veya gebelikte prematüre membran rüptürüne neden olabilir (84). Eğer anne adayında pelvik inflamatuvar hastalık öyküsü varsa ya da daha önce bu etkenlerle enfeksiyon geçirmişse, yeniden tarama ve gerekirse tedavi

düşünülür. Bazı rehberler, risk grubundaki kadınlarda prekonsepsiyonel dönemde klamidya ve gonore tarama testlerini (servikal kültür veya NAAT) önermektedir (38).

HPV (Human Papilloma Virüs) enfeksiyonu, serviks kanserine yol açabildiği için ayrı bir öneme sahiptir; prekonsepsiyonel bakım kapsamında anne adayının en son Pap-smear testi ne zaman yaptığı sorgulanmalı, eğer tarama yaşı ve aralığı gelmişse smear alınmalıdır (87). Ayrıca 26 yaş altındaki kadınlarda HPV aşılması önerilmektedir; dolayısıyla genç bir anne adayını HPV aşısız ise gebelik planından önce aşı serisi başlanabilir (37). HPV'nin gebelikte doğum kanalından geçişi sonucu bebekte papillomatoz oluşma riski düşüktür ama vardır; bu nedenle aktif genital siğilleri olan anne adaylarında doğum şekli planlaması dahi etkilenebilir (84).

Herpes Simpleks Virüs (HSV) de özellikle ilk enfeksiyon gebelikte olursa ya da doğumda aktif lezyon varsa yenidoğanda ciddi enfeksiyon yapabilir (neonatal herpes). Bu nedenle herpes öyküsü olan anne adaylarına gebelik öncesinde ve intrapartum dönemde profilaktik asiklovir tedavisi planlanabilir. Prekonsepsiyonel dönemde anne adayının böyle bir öyküsü varsa bilgilendirme yapılmalı ve gerekiyorsa yönlendirme sağlanmalıdır (89).

CYBE'lerin bir kısmı (örneğin hepatit B, HIV) için baba adayının durumu da kritik öneme sahiptir. Baba adayını bu enfeksiyonlardan birine sahipse anne korunmalı, risk azaltıcı yöntemler uygulanmalı ve gerekirse partner de tarama/tedavi edilmelidir. Yine baba adayını sifiliz pozitif ise birlikte tedavi gerekir (90).

Prekonsepsiyonel danışmanlıkta, CYBE'lerden korunma yöntemleri de çiftle konuşulmalıdır. Güvenli cinsellik vurgulanmalı; tek eşlilik, kondom kullanımı gibi önlemler anlatılmalı ve anne adayına, eğer risk altında ise gebelik süresince de CYBE taramalarının tekrarlanabileceği bilgisi verilmelidir.

Özetle, CYBE konusunda prekonsepsiyonel bakım; mevcut enfeksiyonları gebelik öncesinde tespit edip tedavi etmeyi ve yeni enfeksiyonlardan korunma yollarını öğretmek hem annenin üreme sağlığını korumayı hem de bebeğe doğum öncesi veya doğum sırasında geçebilecek enfeksiyonları önlemeyi amaçlar.

2.5.7. Folik Asit ve Demir Takviyesi

Folik asit desteği, prekonsepsiyonel bakımın en iyi bilinen ve kanıta dayalı müdahalelerinden biridir. Folik asit (B9 vitamini), özellikle embriyonun nöral tüp oluşumu için gerekli bir vitamindir ve eksikliği durumunda nöral tüp defekti adı verilen doğumsal anomalilere yol açabilir (91). Araştırmalar, gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde yeterli folik asit alımının NTD riskini yaklaşık %50-70 oranında azalttığını göstermiştir (92). Özellikle önceki NTD öyküsü olan annelerde yapılan büyük bir randomize kontrollü çalışma, yüksek doz folik asit alımının yeni gebeliklerde NTD görülme oranını anlamlı şekilde düşürdüğünü ortaya koymuştur (93).

Tüm gebelik planlayan kadınlara gebelikten en az 1 ay önce başlayarak günlük **0.4 mg (400 mikrogram)** folik asit alımı önerilir (93). DSÖ ve birçok ülkenin sağlık otoriteleri, folik asit takviyesinin gebelik planlandığı andan itibaren başlanıp en az ilk 3 ay boyunca sürdürülmesini tavsiye etmektedir (94). Plansız gebeliklerin sık görülmesi nedeniyle, doğurganlık çağındaki tüm kadınların yeterli folat alımına (diyet veya takviye yoluyla) dikkat etmesi önerilmektedir (95). Yüksek riskli gruplarda (örneğin önceki NTD öyküsü, folat metabolizma bozukluğu veya antiepileptik ilaç kullanımı) günlük doz genellikle **4 mg** olarak belirlenir (94). T.C. Sağlık Bakanlığı da, evlilik öncesi danışmanlık ve gebelik izlemlerinde folik asit kullanımını teşvik etmektedir (96).

Folik asit desteği, NTD dışında da yararlar sağlayabilir: megaloblastik anemiyi önler; bazı çalışmalarda preeklampsi riskini azalttığı ve bebeğin otizm spektrum bozukluğu (ASD) riskini düşürebileceğı yönünde bulgular vardır (97,98). Öte yandan, aşırı yüksek doz folik asidin uzun vadede bazı potansiyel riskleri olabileceğı (örneğin yüksek doz folat alanlarda çok nadiren B12 eksikliğini maskeleyme, ileri yaşta bazı kanserlerle ilişki iddiaları) belirtilmiştir; ancak standart dozlarda (0.4 mg) böyle bir risk bulunmamış ve güvenli kabul edilmiştir (99,100). Dolayısıyla folik asit takviyesi, gebelik planlayan her kadına rutin olarak verilmelidir ve bu; prekonsepsiyonel bakımın başarıyla uygulanabilir en temel adımlarından biridir.

Demir takviyesi, anemiye yönelik temel bir prekonsepsiyonel müdahaledir. Dünya genelinde, gebelik öncesi dönemde kadınların önemli bir kısmı demir eksikliği anemisi ile karşı karşıyadır (101). Anemi, özellikle de orta ve ağır düzeyde olduğunda, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, perinatal mortalite, enfeksiyonlara yatkınlık, postpartum komplikasyonlar ve hatta anne ölümleriyle ilişkilidir (102). DSÖ'ye göre, gebelikle ilişkili anne ölümlerinin yaklaşık %20'sinde ciddi aneminin doğrudan veya dolaylı katkısı bulunmaktadır (103). Bu nedenle gebelik planlayan kadınlarda hemoglobin ve ferritin düzeylerinin gebelik öncesinde değerlendirilmesi önerilir. Eğer demir eksikliği anemisi saptanırsa, gebelik öncesi dönemde oral demir preparatları ile tedavi edilip demir depoları yeterli düzeye getirilmelidir. Böylece kadın gebeliğe anemik başlamamış olur ve maternal-fetal komplikasyon riski azaltılır.

Ülkemizde genellikle gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren profilaktik demir desteği başlanmakta, ancak prekonsepsiyonel dönemde anemisi saptanan kadınlarda tedaviye daha erken dönemde başlanması önerilmektedir (96). Demir tedavisi genellikle günlük 60–100 mg elementer demir içerecek şekilde düzenlenir ve doz, hastanın hemoglobin düzeyi ile gastrointestinal toleransına göre ayarlanır (102). Ayrıca anemi tespit edildiğinde altta yatan nedenin yalnızca demir eksikliğine bağlı olup olmadığı değerlendirilmelidir; bu amaçla B12 ve folat düzeyleri ile hemoglobinopati taraması yapılabilir (104). Böylece gebelik öncesi dönemde tanı ve tedavi tamamlanarak gebeliğe optimal hematolojik durumda başlanmış olur.

Demir dışında, iyot (iodine) desteği de prekonsepsiyonel bakımda göz önünde bulundurulması gereken bir konudur. Anne adayında iyot eksikliği bulunması, özellikle erken gebelik döneminde fetüsün beyin ve nörolojik gelişimini olumsuz etkileyebilir (105). Hafif-orta dereceli iyot eksikliği bile çocuklarda bilişsel gelişim geriliği, düşük IQ düzeyleri ve tiroid fonksiyon bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (106). DSÖ, doğurganlık çağındaki kadınların günlük 150 µg iyot almasını; gebelik ve emzirme döneminde ise bu miktarın 250 µg'a çıkarılmasını önermektedir (107).

Türkiye'de 1998 yılından bu yana sofra tuzlarının iyotlanması zorunlu olduğundan, toplum genelinde iyot eksikliği belirgin oranda azalmıştır (108). Bu nedenle rutin ek iyot desteği genellikle gerekli değildir; ancak iyot içermeyen tuz

kullanan, vegan beslenen veya tiroid hastalığı bulunan bireylerde hekim kararıyla destek düşünülebilir (96).

Özetle, folik asit ve demir desteği prekonsepsiyonel bakımın temel iki beslenme müdahalesidir. Folik asit ile ağır doğumsal anomaliler önlenirken, demir ile anne adayının gebeliğe daha güçlü başlaması sağlanır. Her ikisi de kolay uygulanabilir, maliyet-etkin ve güvenli uygulamalar olduğundan, birinci basamakta tüm gebelik planlayanlara önerilmelidir.

2.5.8. İdeal Kilo, Sağlıklı Beslenme ve Egzersiz

Anne adayının beslenme durumu ve vücut ağırlığı, gebelik süreci ve doğum sonuçları üzerinde doğrudan etkili faktörlerdir. Hem düşük kilolu (malnütrisyonlu) olmak hem de fazla kilolu veya obez olmak, anne ve bebek sağlığı açısından risk taşır (109). Bu nedenle prekonsepsiyonel bakımda vücut kitle indeksi (VKİ) değerlendirilir ve ideal aralıkta olup olmadığı belirlenir. DSÖ, gebelik öncesi dönemde VKİ'nin 18.5–24.9 kg/m² aralığında olmasını “optimal” olarak kabul etmektedir (4).

Düşük kilolu kadınlarda erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin gelişme geriliği riski artarken; obezite, gebelik diyabeti, preeklampsi, sezaryen doğum ve doğum sonrası komplikasyonlarla ilişkilidir (110). Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlık sürecinde hem yetersiz beslenme hem de aşırı kilo durumunda yaşam tarzı değişiklikleri ve beslenme düzenlemeleri önerilir.

Fazla kilolu veya obez ($VKİ \geq 25$ ya da 30 kg/m²) anne adaylarında, gestasyonel diyabet, gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, makrozomi, sezaryen doğum, doğum komplikasyonları ve bebeğin ileriki yaşamında obezite riskinde artış gibi pek çok olumsuz sonuç bildirilmektedir (110,111). Bu nedenle, gebelik planlayan fazla kilolu kadınların gebelik öncesinde uygun bir kilo kaybı sağlaması önerilir. Araştırmalar, gebelik öncesi dönemde vücut ağırlığının %5–10 oranında azaltılmasının bile gebelik sonuçlarını anlamlı biçimde iyileştirebildiğini göstermektedir (112).

Obez kadınlarda gebelik öncesi insülin direnci, glukoz intoleransı ve tiroid fonksiyonları değerlendirilmelidir (4). Gerekli durumlarda diyetisyen desteğiyle kişiye

özel beslenme programı oluşturulmalı, düzenli fiziksel aktivite teşvik edilmelidir. Bariatrik cerrahi geçirmiş bireylerde ise, gebelik planlamasının genellikle ameliyattan 12–24 ay sonra yapılması önerilir; bu süre, vücut ağırlığının stabil hale gelmesi ve besin emilimi sorunlarının düzelmesi açısından önemlidir (96).

Sağlıklı beslenme, prekonsepsiyonel dönemde her bireye anlatılması gereken temel konulardan biridir. Bu dönemde anne adayına, günlük diyetinde yer alması gereken temel besin grupları vurgulanır: yeterli miktarda protein kaynakları (et, tavuk, balık, yumurta, baklagiller), kalsiyumdan zengin gıdalar (süt, yoğurt, peynir), taze sebze ve meyveler, tam tahıllar ve sağlıklı yağlar (zeytinyağı, ceviz, fındık vb.) dengeli şekilde tüketilmelidir (113). Ayrıca, gebelikte kritik öneme sahip folik asit, demir, kalsiyum, omega-3 yağ asitleri, iyot ve D vitamini gibi besin öğelerinin yeterli alımı sağlanmalıdır. Örneğin, yeşil yapraklı sebzeler folat; kuru baklagiller ve kırmızı et demir; balık ve ceviz omega-3; süt ve süt ürünleri kalsiyum kaynağı olarak önerilir. Özellikle D vitamini eksikliği sık görülen bölgelerde (örneğin güneşlenme süresi düşük illerde), D vitamini takviyesi planlanmalıdır (113).

Egzersiz ve fiziksel aktivite, sağlıklı bir gebelik için hazırlığın önemli bir bileşenidir. Gebelik öncesinde düzenli egzersiz yapan kadınların gebelik sürecinde gestasyonel diyabet, hipertansiyon ve aşırı kilo alımı risklerinin azaldığı, ayrıca daha iyi kardiyovasküler ve psikolojik uyum gösterdikleri bildirilmektedir (114,115). Bu nedenle, herhangi bir kontrendikasyonu olmayan anne adaylarına haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik egzersiz (örneğin hızlı yürüyüş, yüzme, sabit bisiklet) yapmaları önerilir (116). Egzersiz; kilo kontrolüne yardımcı olur, kas gücü ve kardiyorespiratuar dayanıklılığı artırır ve böylece gebelikte artan fizyolojik yükün tolere edilmesini kolaylaştırır. Ayrıca endorfin salınımı yoluyla stres ve anksiyeteyi azaltarak psikolojik iyilik halini destekler. Obez anne adaylarında ise eklemlere fazla yük bindirmeyen egzersizler —özellikle yüzme veya sabit bisiklet— tercih edilmelidir. Bununla birlikte, aşırı egzersiz yapan veya çok düşük vücut yağ oranına sahip kadınlarda (örneğin profesyonel atletlerde) menstrüel düzensizlik ve infertilite gelişebileceği de göz önünde bulundurulmalı ve egzersiz dengesinin korunması gerektiği vurgulanmalıdır (116). Ayrıca günlük yaşamda aktif olunması (örneğin

asansör yerine merdiven kullanmak, kısa mesafeleri yürümek) da fiziksel kondisyonun sürdürülmesine katkı sağlar.

Sonuç olarak, prekonsepsiyonel bakımın temel hedeflerinden biri, anne adayının ideal kiloya ulaşması, sağlıklı ve dengeli beslenme alışkanlıkları kazanması ve fiziksel olarak aktif bir yaşam tarzı benimsemesidir. Bu hedeflere gebelik öncesinde ulaşmak, gebelikte ortaya çıkabilecek birçok komplikasyonu başlamadan önlemek anlamına gelir. Dolayısıyla, hem anne hem de bebek sağlığı açısından “önce sağlıklı anne” prensibi prekonsepsiyonel bakımın özünü oluşturur.

2.5.9. Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı

Anne ve baba adayının sigara, alkol ve madde kullanımı, gebelik ve bebek sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkileri olan faktörlerdir. Bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlığın temel amaçlarından biri, bu zararlı alışkanlıkların gebelikten önce bırakılmasını veya en azından azaltılmasını sağlamaktır (4).

Sigara kullanımı: Gebelikte sigara içimi, düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, ani bebek ölümü sendromu (SIDS), plasenta previa, plasental dekolman, spontan düşük ve neonatal solunum problemleri gibi birçok olumsuz sonuçla ilişkilidir (117). Sigara dumanında bulunan nikotin ve karbon monoksit, fetüse ulaşan oksijen miktarını azaltarak intrauterin büyüme geriliğine yol açar. Ayrıca sigara içen annelerin çocuklarında ilerleyen yıllarda astım, dikkat eksikliği ve obezite görülme riskinin arttığı gösterilmiştir (118).

DSÖ verilerine göre, gebelikten önce sigarayı bırakmak, prematüriteye bağlı yenidoğan ölümlerini %5–7 oranında, ani bebek ölümü sendromu vakalarının ise yaklaşık dörtte birini önleyebilir. Bu nedenle, gebelik planlayan kadınlara sigarayı tamamen bırakmaları güçlü biçimde önerilmelidir (119).

Prekonsepsiyonel bakım sürecinde 5A yaklaşımı (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) kullanılabilir; bu, sigara bırakma danışmanlığında kanıta dayalı bir yöntemdir. Gerekğinde nikotin replasman tedavisi, davranışsal terapi ve psikososyal destek yöntemleri de tartışılabilir. Ayrıca baba adayının sigara kullanımı da pasif

içicilik yoluyla fetüsü olumsuz etkileyebileceğinden, eşlerin birlikte bırakması önerilmelidir (120).

Alkol kullanımı, gebelikte fetüs üzerinde kalıcı nörolojik ve fiziksel zararlara yol açabilen ciddi bir risk faktörüdür. Özellikle fetal alkol sendromu (FAS), yüksek doz alkol maruziyetine bağlı olarak ortaya çıkan; yüz anomalileri, büyüme geriliği ve nörogelişimsel bozukluklar ile karakterize bir tablodur (121). Yapılan araştırmalar, gebelikte güvenli bir alkol düzeyi olmadığını, düşük miktarlarda bile alkol alımının düşük IQ, davranış sorunları, dikkat eksikliği gibi olumsuz etkiler doğurabileceğini göstermiştir (122,123). Bu nedenle, prekonsepsiyonel danışmanlıkta anne adayına “gebelikte bir damla alkol bile almamalısın” mesajı açık şekilde verilmelidir (124). Alkol kullanıyorsa gebelikten önce tamamen bırakması önerilir. Eğer alkol bağımlılığı söz konusuysa, psikiyatri konsültasyonu ve bağımlılık tedavi programlarına (örneğin AMATEM) yönlendirilmesi gerekir (125). Ayrıca erkeklerin aşırı alkol kullanımı da sperm kalitesini, DNA bütünlüğünü ve fertilitiyi olumsuz etkileyebilir; bu nedenle baba adaylarının da alkol tüketimini azaltmaları önerilir (126).

Uyuşturucu ve yasa dışı madde kullanımı, gebelikte hem anne hem de fetüs açısından ciddi riskler taşır. Esrar (marihuana), kokain, amfetamin, eroin, metadon, opioidler ve sentetik uyuşturucuların kullanımı; erken doğum, düşük, intrauterin gelişme geriliği, plasental dekolman, doğumsal anomaliler ve neonatal yoksunluk sendromu gibi komplikasyonlara yol açabilir (124,127). Ayrıca bu maddelerin uzun vadeli etkileri arasında nörogelişimsel bozukluklar, dikkat eksikliği ve öğrenme güçlükleri de bulunmaktadır.

Prekonsepsiyonel dönemde anne adayının madde kullanım öyküsü mutlaka sorgulanmalı, kullanımı varsa profesyonel yardım alınarak bırakılması sağlanmalıdır. Özellikle opioid bağımlılığı olan kadınlarda, gebelik planlanmadan önce metadon veya buprenorfin gibi idame tedavilerine geçiş yapılması önerilir; bu süreçte kadın doğum, psikiyatri ve bağımlılık uzmanları birlikte çalışmalıdır (128).

Reçeteli ilaç/madde kötüye kullanımı (ör. benzodiazepin suistimali) prekonsepsiyonel değerlendirmede sorgulanmalı; saptanırsa kesme/alternatif tedavi, bağımlılık yönetimi ve uzman yönlendirmesi yapılmalıdır (124). Opioid bağımlılığında

gebelik planı varsa metadon/buprenorfin gibi idame tedavileri multidisipliner ekipçe planlanmalıdır. Kafein alımı için kanıtlar yüksek dozların (≈ 300 mg/gün) düşük riskini artırabileceğini, kılavuzların ise ≤ 200 mg/gün düzeyini makul kabul ettiğini gösterir; gebelik planlayanlara tüketimi bu düzeyde tutmaları önerilir (129).

Prekonsepsiyonel danışmanlıkta, sigara, alkol ve madde kullanımının bırakılmasının bebek sağlığı açısından önemi çiftlere açık ve güçlü şekilde vurgulanmalıdır. Bu süreçte davranış değişikliği teknikleri, destek grupları, psikososyal danışmanlık ve gerektiğinde farmakolojik destekler (ör. nikotin replasman tedavisi) kullanılabilir. Ebeveynlerin gebelik öncesi dönemde sağlıklı bir yaşam tarzı benimsemeleri, sadece gebeliğin sağlıklı geçmesini değil, doğacak çocuğun da sağlıklı bir çevrede büyümesini sağlar. Dolayısıyla, sigara, alkol ve madde kullanımının bırakılması, prekonsepsiyonel bakımın en öncelikli hedeflerinden biridir.

2.5.10. Çevresel Maruziyetler

Günlük yaşamda farkında olmadan maruz kalınan çeşitli çevresel toksik maddeler ve tehlikeler, üreme sağlığını ve gebelik sonuçlarını etkileyebilir. Prekonsepsiyonel bakım kapsamında anne ve baba adayının evde, işte veya çevrede karşı karşıya olabileceği zararlı ajanlar sorgulanmalı ve mümkünse bu maruziyetler azaltılmalıdır.

İşyeri maruziyetleri bu açıdan özel önem taşır. Kadının veya erkeğin çalıştığı ortamda kimyasal solventler, pestisitler, ağır metaller (kurşun, cıva, kadmiyum), iyonizan radyasyon, anestezi gazları, boya ve temizlik kimyasalları, endüstriyel yapıştırıcılar gibi üreme toksisitesi bilinen maddelere maruz kalıp kalmadığı sorgulanmalıdır (130). Örneğin laboratuvar çalışanları kimyasal solventlerle, diş hekimleri cıva buharıyla, tarım işçileri ise pestisitlerle temas edebilir. Bu gibi durumlarda gebelik planlanmadan önce işyeri hekimiyle görüşülerek maruziyetin azaltılması veya geçici görev değişikliği yapılması önerilir.

DSÖ, prekonsepsiyonel bakım kapsamında bireylere çevresel ve mesleki tehlikeler konusunda rehberlik edilmesini, kişisel koruyucu ekipman (maske, eldiven, uygun havalandırma) kullanımının sağlanmasını önermektedir. Radyasyon içeren ortamlarda

alışan kadınların ise gebelik planlamadan önce işverene bilgi vermesi ve yasal radyasyon maruziyet limitlerinin altında kalmasının garanti edilmesi gerekir (131).

Ev ortamında da çeşitli kimyasal maruziyet kaynakları bulunabilir ve bunlar üreme sağlığını dolaylı yoldan etkileyebilir. Özellikle eski yapılarda kullanılan kurşun bazlı boyalar veya kurşun içeren su boruları, anne adayının kurşun maruziyetine yol açabilir; bu durumda filtreli su kullanımı veya boruların değiştirilmesi önerilir (132). Yüksek düzeyde kurşun maruziyeti, düşük, erken doğum, preeklampsi ve nrogeleişimsel sorunlarla ilişkilendirilmiştir.

Bazı bölgelerde ev içinde birikebilen radon gazı (supragaz), akciğer kanseri riskiyle ilişkilidir; gebelik üzerindeki doğrudan etkisi net olmasa da farkındalık önemlidir (133). Radon düzeyinin yüksek olduğu bölgelerde havalandırmanın artırılması ve gerekirse ölçüm/izleme yapılması tavsiye edilir.

Ev temizlik ürünleri, solventler ve haşere ilaçları (insektisitler) da önemli çevresel toksinlerdir. Bu rnlerin yoğun kullanımı sırasında anne adayının maruziyeti azaltılmalı, temizlik işlemlerini mümkünse eşi veya başka biri yapmalı, anne adayı ise iyi havalandırılan alanlarda kısa süreli bulunmalıdır (130).

Ağır metal maruziyeti, prekonsepsiyonel bakımda özellikle üzerinde durulması gereken bir konudur. Cıva, kurşun ve kadmiyum gibi metaller hem anne hem de fetüs sağlığı açısından toksiktir. Cıva maruziyeti genellikle deniz ürünleri tüketimi yoluyla olur. Özellikle büyük yırtıcı balıklarda (rneğin kılıç balığı, uskumru, ton balığı) yüksek düzeyde metilcıva birikebilir. Bu nedenle gebelik planlayan kadınlara, haftada iki porsiyondan fazla büyük balık tüketmemeleri, bunun yerine sardalya, hamsi, alabalık gibi cıva içeriği düşük balıkları tercih etmeleri önerilir (134). Omega-3 yağ asidi desteği için ayrıca ceviz, keten tohumu, chia tohumu gibi bitkisel kaynaklardan da yararlanılabilir.

Kurşun maruziyeti ise içme suyu, toprak, bazı seramik sırlamaları, av fişekleri, geleneksel kozmetikler veya kurşun içeren hobiler (rneğin cam boyama, balık ağırlığı dökümü) yoluyla olabilir (132). Bu tür bir risk varsa kan kurşun düzeyinin ölçülmesi ve kaynakla temasın kesilmesi önerilir. Gebelik ncesi yüksek kurşun düzeylerinin

saptanması durumunda, maruziyet kaynağı belirlenip ortadan kaldırılmalı ve yeniden gebelik planlaması kan kurşun düzeyi güvenli düzeye inene kadar ertelenmelidir.

Fiziksel çevresel riskler de prekonsepsiyonel bakımın önemli bir bileşenidir. Örneğin evde kedi besleyen anne adaylarında, kedi dışkıyla bulaşan *Toxoplasma gondii* enfeksiyonu açısından dikkatli olunmalı; kedi kum kabını başkasının temizlemesi, temizlenmesi gerekiyorsa eldiven kullanılması ve sonrasında el yıkanması önerilir. Ayrıca serolojik tarama (IgG, IgM) ile annenin bağışıklık durumu değerlendirilebilir. Yaz aylarında kenelerin yoğun olduğu bölgelerde yaşayanlara, *Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA)* riskine karşı vücut kapalı kıyafetler giyilmesi, çıplak elle ot-toprağa temas edilmemesi ve kene kontrolü yapılması gibi önlemler anlatılmalıdır. İçme suyu kalitesi de ihmal edilmemelidir; özellikle arsenik veya nitrat yönünden kirli sularla temas, düşük ve erken doğum riskini artırabileceği için, böyle bölgelerde şişelenmiş veya arıtılmış su kullanımı önerilir (135).

Hava kirliliği ve pasif sigara içiciliği, prekonsepsiyonel dönemde değerlendirilmesi gereken önemli çevresel maruziyetlerdir. Gebelik öncesi ve erken gebelik döneminde partikül madde (PM2.5, PM10), azot dioksit (NO₂) ve karbon monoksit (CO) gibi kirleticilere yüksek düzeyde maruz kalmak, düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve intrauterin gelişme geriliği riskini artırabilir (136). Bu nedenle anne adayına, hava kirliliğinin yoğun olduğu günlerde dış ortam aktivitelerini sınırlaması, yoğun trafiğe yakın alanlarda egzersiz yapmaktan kaçınması ve gerekirse maske kullanması önerilir.

Ev içi hava kalitesi de benzer biçimde önemlidir. Soba, mangal, odun-kömür dumanı, uçucu organik bileşikler ve temizlik kimyasalları gibi kaynaklar azaltılmalı; mümkünse iyi havalandırma sağlanmalıdır (137). Ayrıca pasif sigara maruziyeti, aktif içicilik kadar zararlı olabileceğinden, eşin ve evde yaşayan diğer bireylerin sigara içmemesi vurgulanmalıdır (138). Bu önlemler hem annenin hem de fetüsün oksijenlenmesini iyileştirir ve gebelik komplikasyonları riskini azaltır.

Prekonsepsiyonel bakımda, çevresel riskler her birey için farklı olacağından, bireye özgü sorularla saptama yapılır ve çözüm yolları önerilir. Örneğin, hobi olarak seramik boyama yapan bir anne adayı, kullandığı boyaların kurşun içerip içermediği konusunda bilgilendirilir. Bahçesinde pestisit kullanan biri, organik yöntemlere yönlendirilir.

Baba adayı da çevresel toksinlere maruz kalıyorsa (örneğin bir fabrika işçisi ise), bu hem sperm kalitesini etkileyebileceği için hem de eve taşıyabileceği için önemlidir. Ona da aynı şekilde kişisel koruyucu tedbirler ve hijyen konusunda eğitim verilir.

Özetle, çevresel maruziyetlerin en aza indirilmesi, sağlıklı bir gebelik için alınacak önemli önlemlerdendir. Prekonsepsiyonel dönemde yapılan bu farkındalık ve müdahaleler sayesinde, bebeğin gelişimini olumsuz etkileyebilecek birçok görünmez tehdit bertaraf edilmiş olur.

2.5.11. Psikososyal Faktörler

Gebelik, sadece fizyolojik değil, aynı zamanda psikososyal bir süreçtir. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde anne ve baba adayının psikososyal durumlarının değerlendirilmesi, gerektiğinde destek sağlanması önemlidir. Prekonsepsiyonel bakımda psikososyal faktörler başlığı altında ruh sağlığı, sosyal destek, aile içi ilişkiler, stres düzeyi, ekonomik durum ve kadına yönelik şiddet riskleri gibi konular ele alınır.

Anne adaylarının ruh sağlığı gözden geçirilmelidir. Depresyon, anksiyete bozuklukları, bipolar bozukluk, şizofreni gibi psikiyatrik hastalık öyküsü varsa, gebelik öncesinde psikiyatri uzmanıyla işbirliği yapılarak tedavi planı optimize edilmelidir (139). Psikiyatrik bozuklukların gebelik ve lohusalık döneminde obstetrik komplikasyonlar, düşük doğum ağırlığı ve postpartum depresyon riskini arttırabildiği gösterilmiştir (140). İlaç kullanıyorsa, gebelikte güvenlik profili en iyi olan rejime geçilmesi veya stabil seyreden hastalarda mevcut dozların korunması önerilir (141). Anne adayına gebelikte hormon değişimlerinin psikolojik durumunu etkileyebileceği ve lohusalık depresyonu riskinin artmış olduğu konusunda bilgi verilmeli, uyarıcı belirtiler ve başvuru yolları anlatılmalıdır (141). Halihazırda tedavi edilmemiş depresyon veya anksiyete varlığında, gebelik planlanmadan önce psikoterapi ve/veya farmakoterapi ile durumun kontrol altına alınması, gebelik sırasında ilk kez antidepresan başlanmasına kıyasla daha güvenli ve etkilidir (141). Ruhsal açıdan iyi değerlendirilmiş ve tedavisi düzenlenmiş sağlıklı bir anne adayını, gebeliğin ve doğum

sonrası dönemin zorluklarıyla daha iyi baş edebilmekte ve hem kendi hem de bebeğinin sağlık sonuçları iyileşmektedir.

Stres yönetimi de prekonsepsiyonel bakımın önemli bir bileşenidir. İş veya aile yaşamında yoğun stres altında olan kadınlarda gebelikte erken doğum riskinin arttığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır. Bu nedenle anne adayına stresin dolaylı yollarla gebelik sonuçlarını etkileyebileceği açıklanmalı, gevşeme teknikleri, sosyal destek mekanizmaları ve yaşam tarzı düzenlemeleri önerilmelidir. Gerektiğinde psikolog desteği sağlanması, hem gebelik öncesi hem de gebelik sürecinde ruhsal iyilik hâlinin sürdürülebilmesine yardımcı olur (142,143).

Sosyal destek ağı prekonsepsiyonel bakımda mutlaka değerlendirilmelidir. Anne adayının eş, aile ve arkadaş çevresinden alabileceği desteğin düzeyi; gebelik süreci ve bebek bakımında yardım sağlayabilecek kişilerin varlığı önemli belirleyicilerdir. Sosyal izolasyon yaşayan veya bekar anne adaylarında gebelik sürecinin fiziksel ve psikolojik yükü artabileceğinden, sosyal hizmetler, danışmanlık birimleri veya destek grupları gibi ek destek mekanizmalarının planlanması önerilir (144).

Ekonomik durum ve çalışma koşulları da psikososyal risk değerlendirmesinin bir parçasıdır. Finansal zorluk yaşayan ailelerde gebelik planlaması sırasında devlet destekleri, sigorta kapsamı, doğum izni hakları ve sosyal yardım programları hakkında bilgilendirme yapılması önemlidir. Gerektiğinde, danışanın isteğine bağlı olarak, daha sağlam bir ekonomik hazırlık yapılabileceği kadar gebeliğin ertelenmesi de seçenek olarak tartışılabilir (145).

Aile içi şiddet ve kadına yönelik şiddet, prekonsepsiyonel bakım açısından en kritik psikososyal risk faktörlerinden biridir. DSÖ'nün çok ülkeli araştırmasına göre dünya genelinde kadınların %15–71'i yaşamlarının bir döneminde eş veya partner kaynaklı fiziksel ya da cinsel şiddete maruz kalmaktadır (146). Gebelik ise bazı ilişkilerde şiddetin azalmadığı, aksine stres, kıskançlık veya kontrol davranışlarının artması nedeniyle daha da yoğunlaştığı bir dönem olabilir. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde anne adayına gizlilik esas alınarak evde güvende olup olmadığı, partnerinin kötü davranışlarının bulunup bulunmadığı mutlaka sorulmalıdır. Şiddet tespit edilmesi durumunda gebelik öncesi dönemde sosyal hizmet birimleriyle, kadın koruma

mekanizmalarıyla ve gerektiğinde kolluk kuvvetleriyle işbirliği yapılarak kadının güvenliği sağlanmalıdır (147). Çünkü şiddete maruz kalan bir kadının gebelik yaşaması anne ve fetus için travma, düşük, yetersiz bakım, kronik stres ve olumsuz perinatal sonuçlar gibi ciddi riskler taşımaktadır. DSÖ, prekonsepsiyonel dönemde kadının güçlendirilmesi, toplumsal cinsiyet eşitliğinin desteklenmesi ve şiddeti azaltmaya yönelik eğitimlerin uygulanmasını temel önleyici stratejiler arasında belirtmektedir (146).

Son olarak, gerek anne gerek baba adayının ruh sağlığı kadar ilişkilerinin sağlığı da değerlendirilir. Evlilik içi çatışmalar yoğun ise, iletişim sorunları varsa, belki çocuk sahibi olmadan önce aile terapisi önerilebilir. Çünkü çok problemlili bir ilişki ortamında bir de bebeğin gelmesi, sorunları ağırlaştırabilir.

Özetlemek gerekirse, prekonsepsiyonel bakımda psikososyal değerlendirme, annenin ve babanın zihinsel sağlığını, sosyal durumunu ve ilişkilerini kapsayan geniş bir çerçevede yapılır. Amaç, anne adayının psikolojik açıdan sağlıklı, desteklenen ve güvende hissettiği bir ortamda gebeliğe başlayabilmesini sağlamaktır. Böylece hem gebelik dönemi hem de doğum sonrası lohusalık dönemi daha sorunsuz geçecek, anne-bebek bağlanması ve bebeğin gelişimi de olumlu yönde etkilenecektir.

2.5.12. Genetik Geçişli Hastalık ve Akraba Evliliği Durumunun Değerlendirilmesi

Ailedeki genetik geçişli hastalıklar ve çiftin akrabalık durumu, gebelik öncesi değerlendirmede mutlaka ele alınması gereken hususlardandır. Genetik yatkınlıklar, akraba evliliği gibi faktörler doğacak çocukta kalıtsal hastalık veya anomalili doğum riskini artırabilir. Bu nedenle prekonsepsiyonel bakım kapsamında gerekirse genetik danışmanlık süreci işletilir.

Çiftlerin ailelelerinde bilinen herhangi bir kalıtsal hastalık olup olmadığı değerlendirilmelidir. Talasemi, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, Duchenne musküler distrofisi, Frajil X sendromu, hemofili ve bazı metabolik hastalıklar gibi durumların aile öyküsünde bulunması, çiftlerin bu hastalıklar açısından taşıyıcı olabileceğini

düşündürür. Böyle bir öykü mevcutsa ilgili genlere yönelik taşıyıcılık testleri (kan testleri, DNA analizleri) önerilir (148). Her iki eşin aynı hastalık için taşıyıcı bulunması durumunda ise gebelik öncesinde detaylı genetik danışma yapılmalı; bebeğin hasta olma olasılığı, prenatal tanı yöntemleri (koryon villus örnekleme, amniyosentez) ve preimplantasyon genetik tanı gibi seçenekler açıklanmalıdır (149). Örneğin β -talasemi taşıyıcısı iki ebeveyn, bebeklerine %25 olasılıkla talasemi major aktarabilir; bu durumda gebeliğin ilk trimesterinde koryon villus örnekleme ile tanı koyma veya tüp bebek tedavisi sırasında preimplantasyon genetik tanı (PGT) ile sağlıklı embriyo seçimi gibi seçenekler sunulabilir (149).

Akraba evliliği (özellikle kuzen evliliği gibi kan bağı olan bireyler arasındaki evlilikler), Türkiye’de diğer birçok ülkeye kıyasla daha sık görülmekte olup, genetik danışmanlık açısından özel önem taşır. Ülkemizde akraba evliliği oranının ulusal çalışmalarda yaklaşık %18–25 arasında, bazı kaynaklarda ise %23,2 civarında olduğu bildirilmiş olup bu oran dünya ortalamasının oldukça üzerindedir (150). Akraba evlilikleri, özellikle otozomal resesif kalıtılan hastalıklarda her iki ebeveynin de aynı mutant geni taşıma ve çocuklarına aktarma olasılığını artırarak hasta çocuk doğma riskini yükseltir. Bu nedenle akraba evliliği yapmış veya yapmayı planlayan çiftlerin gebelik öncesi dönemde genetik danışmanlığa yönlendirilmesi önerilmektedir (151). Genetik danışman, ayrıntılı soygeçmiş alarak geniş ailede benzer hastalık veya engelli çocuk öyküsünü sorgular, risk hesaplaması yapar ve gerekli gördüğünde taşıyıcılık testleri ister; Türkiye’de evlilik öncesi hemoglobinopati tarama programı kapsamında akraba evliliği yapan tüm çiftlerde hemoglobinopati taraması rutin olarak gerçekleştirilmektedir (152). Ailede bilinen spesifik bir hastalık olmasa dahi, akraba evliliği söz konusu ise temel tarama testleri (örneğin talasemi ve SMA taşıyıcılık testleri) prekonsepsiyonel dönemde önerilebilmektedir (153).

Akraba evliliği yapan çiftlere, gebelik oluştuğunda 11–14. hafta tarama testlerinin (ense kalınlığı ölçümü, ikili test) ve ayrıntılı ikinci düzey ultrason taramalarının öneminin özellikle vurgulanması gerekir; çünkü otozomal resesif hastalıklar ve bazı konjenital anomaliler açısından risk diğer çiftlere göre biraz daha yüksektir ve daha yakın prenatal izlem önerilir (151). Bu nedenle akraba evli çiftlerde 2. düzey ultrasonun

atlanmaması, ayrıca tüm yenidoğan taramalarının (fenilketonüri, biyotinidaz eksikliği, konjenital hipotiroidi vb.) eksiksiz yapılması kritik öneme sahiptir (153).

Genetik danışmanlık sürecinde çiftin anlayabileceği sade bir dil kullanılarak riskler ve seçenekler sunulur. Örneğin, her iki ebeveynin taşıyıcı olduğu bir otozomal resesif hastalıkta “her gebelik için %25 hasta çocuk riski” gibi sayısal risk açıklamaları yapılır; doğal gebelikte prenatal tanı zamanlaması (örn. 11–14. haftada CVS veya 16–20. haftada amniyosentez) anlatılır ve çıkan sonuca göre gebeliği sürdürme veya sonlandırma seçenekleri tartışılır (151). Alternatif olarak, çift isterse tüp bebek yöntemiyle PGT kullanılarak sağlıklı embriyo seçimi yapılabileceği de açıklanır. Sağlık profesyonellerinin rolü karar vermek değil, çifte bilgi, destek ve yönlendirme sağlamaktır.

Genetik konuların çiftler için çoğu zaman karmaşık ve kaygı verici olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle genetik danışmanlık sabırlı, anlaşılır ve net ifadelerle yapılmalı; çiftin tüm soruları yanıtlanmalı ve gerekirse yazılı bilgilendirme materyalleri verilmelidir. Türkiye’de evlilik öncesi dönemde yapılan kan testleri prekonsepsiyonel dönemde genetik riskleri azaltmaya yönelik ulusal stratejilerin bir parçasıdır. Talasemi tarama programı gibi uygulamalar sayesinde taşıyıcı çiftlerin erken dönemde belirlenmesi ve bilgilendirilmesi mümkün olmakta; bu da toplumdaki kalıtsal hastalık yükünün azaltılmasına katkı sağlamaktadır.

Özetle, prekonsepsiyonel bakımda genetik risk değerlendirmesi sağlıklı nesillerin oluşması açısından kritik bir adımdır. Ailedeki genetik hastalık öyküsünün sorgulanması, akraba evliliğinin belirlenmesi, uygun durumlarda genetik taramaların yapılması ve profesyonel genetik danışmanlığın sunulması sayesinde birçok kalıtsal hastalığın önlenmesi veya gebelik sürecine hazırlıklı olunması mümkündür. Türkiye’de akraba evliliği oranlarının yüksekliği göz önünde bulundurulduğunda, genetik danışmanlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yaygınlaştırılması prekonsepsiyonel bakımın temel bileşenlerinden biri olmalıdır.

2.5.13. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Bakım

Prekonsepsiyonel bakım geleneksel olarak çoğunlukla kadın üzerinden ele alınsa da, erkeklerin prekonsepsiyonel sağlığı hem sağlıklı bir gebelik süreci hem de sağlıklı bir aile yapısı için vazgeçilmez bir bileşendir. Baba adayının fiziksel, psikososyal açıdan ve üreme sağlığı açısından iyi durumda olması, yalnızca gebeliğin oluşma ihtimalini artırmakla kalmaz; çocuğun sağlığı, gelişimi ve aile içi iyilik hâli üzerinde de olumlu etkiler yaratır. Bu nedenle prekonsepsiyonel bakımın yalnızca kadın odaklı değil, çift odaklı değerlendirilmesi ve erkeklerin de sürece aktif şekilde dahil edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır (154).

Erkeklerle yönelik prekonsepsiyonel bakımda birkaç ana başlık öne çıkar:

- **Üreme sağlığı ve fertilite:** Baba adayının varsa ürolojik sorunları (inmemiş testis öyküsü, varikosel, geçirilmiş infertilite tedavisi vb.) değerlendirilir. Çift belirli bir süredir çocuk sahibi olamıyorsa, erkekte spermiogram gibi testler gerekebilir. Ayrıca erkeğin mesleki veya çevresel maruziyetleri (aşırı sıcak ortamda çalışma, kimyasallar, radyasyon) sperm kalitesini etkileyebilir; bunlar sorgulanır. Sigara, alkol, anabolik steroid kullanımı gibi faktörlerin sperm sağlığına zarar verdiği anlatılarak bırakması istenir. Eğer baba adayı çocuklukta kabakulak enfeksiyonu geçirip orşit olduysa veya ailede kistik fibrozis gibi infertilite ile ilişkili bir hastalık varsa, bu bilgiler hekime yol gösterir(154) .
- **Genetik ve taşıyıcılık:** Genetik hastalıklar bölümünde bahsedildiği gibi, erkek de bazı hastalıkların taşıyıcısı olabilir. Örneğin X'e bağlı bir hastalığın (hemofili gibi) kendisi sağlıklı taşıyıcısı olamaz ama kız kardeşi etkilenmiş bir ailede, kendi kız çocukları risk taşıyabilir (daha karmaşık durumlar da var). Basitçe, aile öyküsü alırken erkeğin tarafının öyküsü de eşit derecede önemlidir. Gereken durumlarda erkeğe de genetik testler yapılır (örn. Fluorescence In Situ Hybridization (FISH), translokasyon taraması)(154).
- **Kronik hastalıklar:** Erkeğin kronik hastalıkları (diyabet, epilepsi vs.) varsa bunların da kontrol altında olması, sağlıklı bir gebelik için dolaylı öneme sahiptir. Örneğin kontrolsüz diyabeti olan bir baba adayının sperm DNA hasarı

daha fazla olabilir; ayrıca gebelikte eşine de iyi destek olabilmesi için sağlığının yerinde olması gerekir. İleri derecede bulaşıcı hastalığı varsa (HIV, aktif hepatit B), anneye ve bebeğe bulaşın engellenmesi amacıyla bunların yönetimi prekonsepsiyonel dönemde yapılmalıdır (örn. HIV enfeksiyonu mevcut olan erkek için sperm yıkama ile tüp bebek gibi özel yöntemler gerekebilir)(154).

- **Psikososyal hazırlık ve baba rolü:** Prekonsepsiyonel dönemde baba adayının da yaklaşan ebeveynlik rolü için kendini hazır hissetmesi önemlidir. Erkeklerde bazen gebeliğin planlı olması durumunda bile babalığa dair endişeler (finansal yük, özgürlük kaybı vs.) olabilmektedir. Bu yüzden çiftlere birlikte danışmanlık yapılırken babanın soruları da yanıtlanmalıdır. Ayrıca babanın **destekleyici bir eş** olması için gebelik sürecinde ve sonrasında neler yapabileceği konuşulur. Örneğin gebelikte eşine nasıl yardımcı olabileceği, lohusalıkta sorumluluk paylaşımı, bebeğin bakımı konularında bilinçlendirilir(154).
- **Erkeklerde riskli alışkanlıklar:** Sigara, alkol, madde kullanımı sadece annenin değil, babanın da bırakması gereken alışkanlıklardır (pasif içicilik ve ev ortamı için). Ayrıca baba adayı şiddet yanlısı ise veya öfke kontrol sorunu varsa, bu aile içi huzur için ele alınmalıdır (gerekirse terapi yönlendirmesi yapılmalıdır)(154).
- **Aşılama ve sağlık kontrolleri:** Erkeklerin de üreme çağında bazı aşıları eksik olabilir. Özellikle hepatit B aşısı yoksa yaptırması hem kendisini hem eşini korur (eşine bulaş açısından). COVID-19 gibi aşılar her ikisi için de önemlidir. Ayrıca baba adayının da genel sağlık kontrolü (kan basıncı, kan şekeri vb.) yapılabilir; anne hamileyken baba da sağlıklı olursa süreç daha rahat yürür(154).

Araştırmalar, erkeklerin prekonsepsiyonel bakım konusunda yeterince bilgi sahibi olmadığını ve bu alana genellikle gereken önemin verilmediğini göstermektedir (154). İnternet ve medya içeriklerinin büyük çoğunluğunda gebelik hazırlığı bilgilerinin yalnızca kadınlara yönelik olması, erkeklere özgü önerilerin ise sınırlı kalması bu farkındalık eksikliğini daha da artırmaktadır. Oysa sağlıklı bir babanın hem biyolojik açıdan (sağlıklı sperm ve genetik materyal) hem de duygusal ve sosyal açıdan çocuğun

gelişimine önemli katkıları olduğu bilinmektedir. Bu nedenle sağlık otoriteleri, erkeklerin prekonsepsiyonel bakıma erişiminin artırılması gerektiğini vurgulamakta; CDC başta olmak üzere uluslararası kuruluşlar, üreme çağındaki tüm erkeklerin bu konuda bilinçlendirilmesini ve prekonsepsiyonel bakım hizmetlerine entegre edilmesini hedeflemektedir (155).

Sonuç olarak, prekonsepsiyonel bakım kadınla birlikte erkeği de kapsamalıdır. Erkekler bu sürece dahil edildiğinde, gebelik ve ebeveynlik yolculuğu gerçek anlamda ortak bir deneyime dönüşür. Erkeklerin sağlığı ve tutumları iyileştirildiğinde, elde edilecek faydalar sadece gebelik sonuçlarına değil, uzun vadede aile sağlığına ve çocukların gelişimine de yansiyacaktır. Bu nedenle aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları, danışmanlıklarında baba adaylarına da zaman ayırmalı; “sağlıklı baba, sağlıklı aile” prensibini vurgulamalıdır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Türü ve Tasarımı

Bu çalışma, Antalya ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18-49 yaş arası evli kadınların prekonsepsiyonel bakım alma durumlarının incelenmesini amaçlayan kesitsel, tanımlayıcı nitelikte bir anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya ilinde birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18-49 yaş arası evli kadınlar üzerinde uygulanmış olup Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından planlanarak Temmuz 2025-Ağustos 2025 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Antalya ilinde yaşayan 18-49 yaşları arasında evli kadınlar oluşturmaktadır. Örnek seçilmemiş olup belirlenen dönemde Antalya ilindeki birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18-49 yaşları arasındaki evli kadınlar alınmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri, 18-49 yaşları arasında olmak, kadın olmak ve evli olmak, iletişim engeli bulunmamak, gebe olmamaktır. Dahil edilme kriterlerini karşılamayanlar araştırmaya alınmamıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak GOOGLE formlar üzerinden oluşturulmuş bir anket formu kullanılmıştır.

3.5. Veri Toplama Süreci

Veriler, anket formu yöntemiyle yüz yüze görüşmeler aracılığıyla toplanmıştır. Anketler, araştırmacılar tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-49 yaş arası evli kadın hastalara uygulanmıştır.

Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve gönüllülük esasına dayalı olarak katılım sağlanmıştır. Katılımcıların cevaplarının tamamen gizli tutulacağı ve hiçbir kurum veya kişiyle paylaşılmayacağı konusunda güvence verilmiştir. Anket formları, katılımcılar tarafından kendi görüşlerine en uygun düşen cevabı verecek şekilde doldurulmuştur.

3.6. Verilerin Analizi

Katılımcılara ait tanımlayıcı istatistikler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde değerleri ile verilmiştir. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılması için parametrik koşulların sağlandığı durumlarda iki grup arasında student t testi, parametrik koşulların sağlanmadığı durumlarda mann whitney U testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılması amacıyla ki-kare analizi kullanılmıştır.

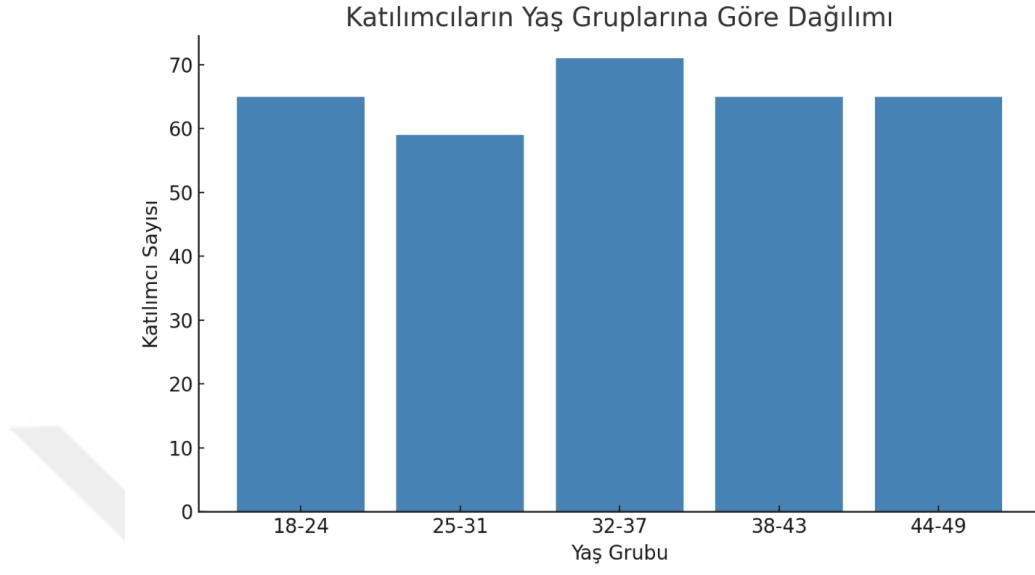
İstatistiksel değerlendirme için SPSS (Statistical Package for Social Science, Chicago, IL, USA) 25.0 Windows paket programı kullanılmıştır. Kritik karar verme düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

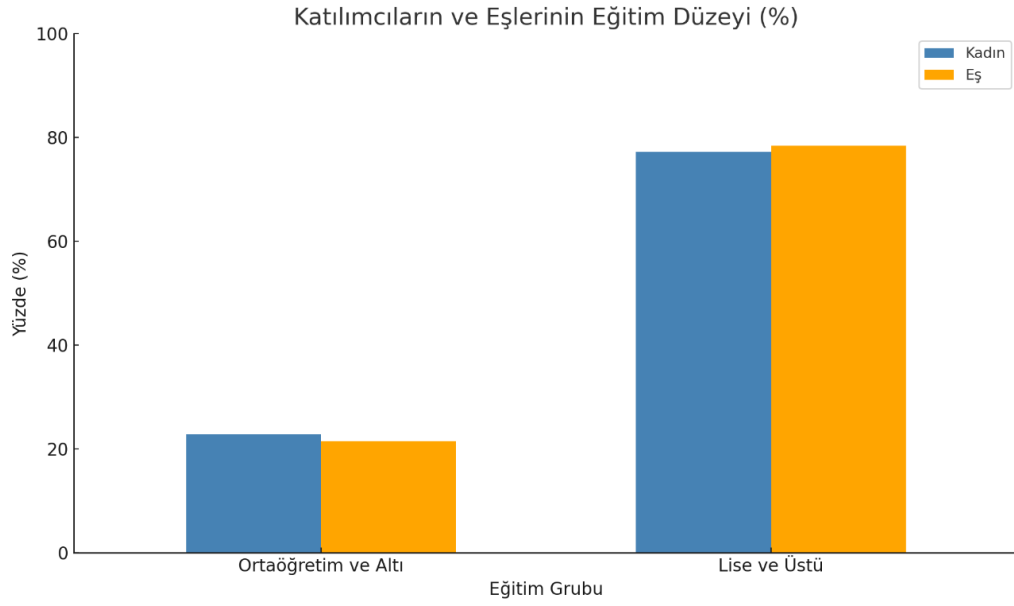
Çalışmaya toplam 325 katılımcı dahil edilmiştir. Katılımcıların ortalama yaşı 34.4 ± 8.4 olup, eğitim düzeyine bakıldığında yarısından fazlasının üniversite veya yüksekokul mezunu olduğu, bunu lise mezunlarının izlediği ve daha küçük bir bölümün ilköğretim/ortaöğretim ya da okur-yazar düzeyinde olduğu görüldü. Eşlerin eğitim durumunda da üniversite/yüksekokul mezunlarının en yüksek oranı oluşturduğu belirlendi. Meslek dağılımında katılımcıların yaklaşık yarısının ev hanımı, diğer yarısının ise farklı iş kollarında çalışan bireyler olduğu saptandı. Aylık gelir düzeyine göre bakıldığında çoğunluğun 30.000–90.000 TL aralığında gelire sahip olduğu, bunu 0–30.000 TL gelir grubunun izlediği belirlendi. Ayrıca katılımcıların büyük çoğunluğunun eşleriyle akraba olmadığı görüldü.

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların sosyo demografik özellikleri

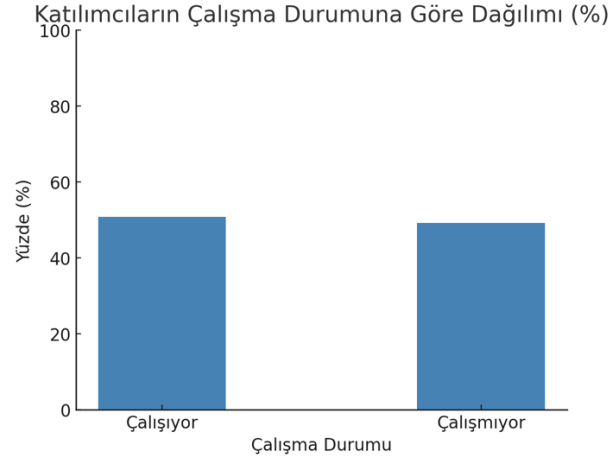
Soru	Kategori	n	% Ort ± SS
Yaş			34.4 ± 8.4
Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksekokul	160	49.2
	Lise	91	28.0
	İlköğretim/Ortaöğretim	69	21.2
	Okur-yazar	4	1.2
	Okur-yazar değil	1	0.3
Eş Eğitim Durumu	Üniversite/Yüksekokul	148	45.5
	Lise	107	32.9
	İlköğretim/Ortaöğretim	67	20.6
	Okur-yazar	3	0.9
Meslek	Ev Hanımı	164	50.5
	Diğer	161	49.5
Aylık Gelir	30.000 - 90.000 tl	165	50.8
	0 - 30.000 tl	116	35.7
	90.000 tl ve üzeri	44	13.5
Eşinizle Akraba mısınız?	Hayır	289	88.9
	Evet	36	11.1



Şekil 1. Katılımcıların yaş gruplarına göre dağılımları



Şekil 2. Katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyleri dağılımları



Şekil 3. Katılımcıların çalışma durumları dağılımları

Çizelge 2’de katılımcıların prekonsepsiyonel döneme ilişkin sağlık alışkanlıkları ve tıbbi bilgilendirilme durumları sunulmuştur. Katılımcıların ortalama boyu 161.9 ± 6.5 cm, kilosu 67.5 ± 12.1 kg ve vücut kitle indeksi 25.7 ± 4.3 olarak hesaplanmıştır. Kronik hastalık bildirenlerin oranı %20.3 olup, çoğunluk kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Gebelik planlama döneminde kronik hastalıkların kontrol altında tutulması gerektiğine dair bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranı %48.6’dır. Kronik hastalığı olduğunu belirten 66 katılımcının 47’si (%71.2) doktorlar tarafından bu hastalıkların gebelik planlanmadan önce kontrol altında tutulması gerektiği konusunda bilgilendirildiğini söylemiştir. Düzenli ilaç kullanmayanlar grubun büyük kısmını oluştururken (%76.0), gebelik öncesi ilaç kullanımının gebelikteki etkileri konusunda bilgilendirildiğini belirtenlerin oranı %58.5’tir. Katılımcıların %16.0’ı sigara kullandığını, %42.8’i ise pasif sigara maruziyeti olduğunu bildirmiştir. Sigara kullanımının olası zararları konusunda bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranı %58.2’dir. Alkol kullanımının çok düşük olduğu (%4.3) görülmüş; buna karşın alkol/madde kullanımının gebelik üzerindeki etkilerine yönelik bilgilendirilenler %49.5 oranındadır. Bu bulgular, katılımcıların önemli bir bölümünün temel sağlık alışkanlıkları ve risk faktörleri konusunda sağlık çalışanlarından bilgilendirme aldığını göstermektedir.

Çizelge 2. Prekonsepsiyonel Dönemde Sağlık Alışkanlıkları ve Tıbbi Bilgilendirme Durumları

Soru	Seçenek	n	% Ort ± SS
Boy			161.9 ± 6.5
Kilo			67.5 ± 12.1
BMI			25.7 ± 4.3
Kronik hastalık/hastalıklarınız (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, astım, epilepsi vb.) var mı?	Hayır	259	79.7
	Evet	66	20.3
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman varsa kronik hastalıklarınızın (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, astım, epilepsi vb.) kontrol altında tutulması gerektiği konusunda bilgilendirildiniz mi?	Evet	158	48.6
	Hayır	126	38.8
	Emin Değilim	41	12.6
Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?	Hayır	247	76.0
	Evet	78	24.0
Hekimler tarafından, gebelik öncesi reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımlarınız sorgulanarak bunların gebelikte kullanımları ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu mu?	Evet	190	58.5
	Hayır	105	32.3
	Emin Değilim	30	9.2
Sigara kullanıyor musunuz?	Hayır	263	80.8
	Evet	52	16.0
	Bıraktım	10	3.1
Sigara kullanmıyorsanız pasif sigara içimine maruz kalıyor musunuz?	Hayır	155	57.2
	Evet	116	42.8
Hekimler tarafından, sigara kullanımının/maruziyetinin size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce sigarayı bırakmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	189	58.2
	Hayır	116	35.7
	Emin Değilim	20	6.2
Alkol kullanıyor musunuz?	Hayır	310	95.4
	Evet	14	4.3
	Bıraktım	1	0.3
Hekimler tarafından, alkol/madde kullanımının size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce alkol/madde kullanımını bırakmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	161	49.5
	Hayır	139	42.8
	Emin Değilim	25	7.7

Çizelge 3’te katılımcıların prekonsepsiyonel sağlık durumu ve bu döneme ilişkin bilgilendirilme düzeylerinin dağılımı sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğu iş yerinde veya yaşadığı ortamda kimyasal madde, radyasyon ya da benzeri zararlı maddelere maruziyet bildirmemiştir. Zararlı çevresel maddelere yönelik bilgilendirme alanların oranı yaklaşık yarıdan biraz fazla olup, düzenli egzersiz yapmayanlar grubun çoğunluğunu oluşturmaktadır. Sağlıklı beslenme ve egzersizin önemi konusunda bilgilendirildiğini belirtenlerin oranı ise yaklaşık %60’tır. Obezite ve fazla kilonun gebelik üzerindeki etkileri hakkında bilgilendirilenlerin oranı yarıya yakındır. Katılımcıların dörtte birinden azı daha önce hekime başvurmayı gerektirecek düzeyde psikolojik stres yaşadığını belirtmiştir; buna karşın psikolojik sağlığın korunması konusunda bilgilendirilme oranı daha düşüktür.

Aşılama ve bağışıklama durumuna yönelik farkındalık incelendiğinde, bazı katılımcıların aşılama durumunu bilmediği; buna rağmen MMR ve tetanoz için en yüksek eminlik oranlarının görüldüğü saptanmıştır. Eksik bağışıklamaların tamamlanması gerektiğine ilişkin bilgilendirme alanların oranı %45.8’dir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tarama ve muayenenin önemi konusunda bilgilendirilenlerin oranı ise üçte bir düzeyindedir. Gebelik planlayan kadınlarda kan tahlili ile anemi ve tiroid bozukluğu gibi durumların değerlendirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirme oranı yüksektir (%69.5). Folik asit kullanımı hakkında bilgilendirilenlerin oranı da benzer şekilde yüksektir (%71.1) ve katılımcıların yaklaşık yarısı önceki gebeliğinde gebelikten önceki üç ay folik asit kullandığını belirtmiştir.

Katılımcıların çoğu eşleriyle akraba olmadığını ifade etmiştir ve genetik danışmanlık gerekliliği hakkında bilgilendirilenlerin oranı %21.5’tir. Eşin sağlık kontrolünden geçmesinin önemine ilişkin bilgilendirme de katılımcıların yaklaşık dörtte biri tarafından belirtmiştir. “Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?” sorusunun katılımcıların üçte birine yöneltildiği görülmüş olup, bu soruyu yönelten sağlık çalışanlarının çoğunluğunu ebe/hemşireler oluşturmaktadır. Son olarak, katılımcıların önemli bir bölümü gebelik planlamadığı dönemlerde korunma yöntemleri hakkında sağlık çalışanlarından bilgi aldığını ifade etmiş ve bilgi kaynağı olarak en sık ebe/hemşireler belirtilmiştir.

Çizelge 3. Prekonsepsiyonel Sağlık Durumu ve Bilgilendirilme Düzeylerinin Dağılımı

Soru	Seçenek	n	%
İş yerinizde veya yaşadığınız yerde kimyasal madde/radyasyon vb. zararlı maddelere maruz kalıyor musunuz?	Hayır	303	93.2
	Evet	22	6.8
Hekimler tarafından, zararlı maddelere çevresel maruziyetin size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce bunlardan korunmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	189	58.2
	Hayır	116	35.7
	Emin Değilim	20	6.2
Düzenli egzersiz (haftada beş gün en az 30 dk egzersiz) yapıyor musunuz ?	Hayır	224	68.9
	Evet	101	31.1
Hekimler tarafından, gebelik öncesi sağlıklı beslenme ve düzenli egzersizin önemi hakkında bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	191	58.8
	Hayır	106	32.6
	Emin Değilim	28	8.6
Hekimler tarafından, obez veya fazla kilolu olmanın anne ve çocuk sağlığı üzerine etkileri ve bu durumlarda gebe kalmadan önce kilo vermenin önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	155	47.7
	Hayır	130	40.0
	Emin Değilim	40	12.3
Daha önce hekime başvurmayı gerektirecek düzeyde psikolojik stres yaşadınız mı?	Evet	79	24.3
	Hayır	246	75.7
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman psikolojik sağlığın korunmasının ve desteklenmesinin önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	101	31.1
	Hayır	180	55.4
	Emin Değilim	44	13.5
Aşağıdakilerden hangilerine yönelik aşılama/bağışıklamanızın olduğuna eminsiniz?	Aşılanma durumunu bilmiyorum	92	28.3
	MMR (Kızamık–Kızamıkçık–Kabakulak)	184	56.6
	Su çiçeği	170	52.3
	Hepatit B	148	45.5
	Tetanoz	184	56.6
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman aşılanma/bağışıklama durumunuzun belirlenmesi ve kızamıkçık başta olmak üzere eksik bağışıklamaların	Evet	149	45.8
	Hayır	130	40.0
	Emin değilim	46	14.2

tamamlanmasının önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?			
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tarama, tetkik ve muayenenin önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	172	52.9
	Evet	114	35.1
	Emin değilim	39	12.0
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman kan tahlili yapıp demir eksikliği anemisi, tiroid hormon bozukluğu vb. durumların taranmasının ve tedavi edilmesinin önemi hakkında bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	226	69.5
	Hayır	82	25.2
	Emin değilim	17	5.2
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman folik asit kullanmanız gerektiği konusunda bilgilendirme yapıldı mı?	Evet	231	71.1
	Hayır	66	20.3
	Emin değilim	28	8.6
Daha önce gebe kaldıysanız ilk gebeliğinizde gebelikten önceki 3 ay folik asit kullandınız mı?	Hayır	155	51.0
	Evet	135	44.4
	Emin değilim	14	4.6
Eşinizle akraba mısınız?	Hayır	289	88.9
	Evet	36	11.1
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman genetik danışmanlık gerekip gerekmediği konusunda bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	215	66.2
	Evet	70	21.5
	Emin değilim	40	12.3
Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman eşinizin de sağlık kontrolünden geçmesinin ve baba sağlığının önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	213	65.5
	Evet	78	24.0
	Emin değilim	34	10.5
Herhangi bir sağlık çalışanı tarafından size “Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?” şeklinde bir soru yöneltildi mi?	Hayır	195	60.0
	Evet	114	35.1
	Emin değilim	16	4.9
Yöneltildiyse kim tarafından yöneltildi?	Aile Hekimi	39	33.1
	Ebe/Hemşire	60	50.8
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	36	30.5
	Diğer	3	2.5

Gebelik planlamadığınız dönemde korunma yöntemleriyle ilgili herhangi bir sağlık çalışanından bilgi aldınız mı?	Evet	199	61.2
	Hayır	115	35.4
	Planlamadığım dönem olmadı	11	3.4
Bilgi aldıysanız kimden aldınız?	Aile Hekimi	50	25.1
	Ebe/Hemşire	112	56.3
	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	76	38.2

Çizelge 4’te katılımcıların gebelik öyküsü ve gebelik planlama durum özellikleri sunulmuştur. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,7) gebelik öyküsü bulunduğu, %16,3’ünün ise daha önce hiç gebe kalmadığı görülmüştür. Gebelik öyküsü olanlarda gebelik sayısının ortanca 2 (1–8), doğum sayısının 2 (1–6), düşük sayısının 1 (1–4) ve kürtaj sayısının 1 (1–4) olduğu belirlenmiştir. Gebelik yaşayan kadınların önemli bir kısmı planlanmamış gebelik yaşamadığını ifade etmiş (%63.2), buna karşın yaklaşık üçte biri yaşamında en az bir kez plansız gebelik deneyimlemiştir.

Geleceğe yönelik gebelik planları değerlendirildiğinde, katılımcıların yarısından fazlasının yakın dönemde gebelik düşünmediği (%56.6), bir kısmının kararsız olduğu ve daha küçük bir bölümünün 1–3 yıl içinde ya da daha uzun vadede gebelik planladığı görülmüştür. Küçük bir grup ise hâlihazırda gebelik planladığını belirtmiştir (%8.6). Gebelik planı olmayan katılımcılarda doğum kontrol yöntemi kullanımının oldukça yaygın olduğu (%54.4), buna karşın düzenli yöntem kullanmayan ve ara ara kullanan bir kesim de bulunduğu saptanmıştır.

Çizelge 4. Katılımcıların gebelik öyküsü ve gebelik planlama durumunun dağılımı

Soru	Seçenek	n	%
Hiç gebe kaldınız mı?	Evet	272	83.7
	Hayır	53	16.3
Gebelik Sayısı		2	1-8
Doğum Sayısı		2	1-6
Düşük Sayısı		1	1-4
Kürtaj sayısı		1	1-4
Gebe kaldıysanız bunlar içerisinde planlanmayan gebelik var mıydı?	Plansız gebeliğim yoktu	172	63.2
	1 kez plansız gebeliğim oldu	81	29.8
	Birden fazla plansız gebeliğim oldu	19	7
Gebelik planınız var mı?	Düşünmüyorum	184	56.6
	Henüz karar vermedim	58	17.8
	1-3 yıl içinde	39	12.0
	4 yıl veya daha sonrası	16	4.9
	Şu anda mevcut	28	8.6
Gebelik planı yoksa doğum kontrol yöntemi kullanımı	Evet düzenli	168	54.4
	Hayır	122	39.5
	Ara ara	19	6.1

Çizelge 5’te gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgilendirilme, farkındalık düzeyi ve hizmet alma durumlarına yönelik bulgular sunulmuştur. Katılımcıların evlilik için sağlık raporunu ağırlıklı olarak kayıtlı oldukları aile hekiminden aldıkları görülmüş olup, bunu farklı aile hekimlerine ve sağlık merkezlerine başvuru izlemektedir. Rapor alımı sırasında gebelik öncesi bakım konusunda bilgilendirme yapılma oranı düşüktür; katılımcıların yarısından fazlası bilgilendirilmediğini belirtmiştir. Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramının bilinirliği de sınırlıdır ve katılımcıların önemli bir bölümü bu kavramı daha önce duymamıştır.

Gebelik öncesi bakım hizmeti alma oranı düşük olup, hizmet alanların çoğu bu bakımı evlendikten sonra veya gebe kalmadan hemen önce aldığını ifade etmiştir. Gebelik öncesi bakım almama nedenleri arasında en sık bildirilen durum bilgi

eksikliğidir; bunu ihtiyaç hissetmeme ve diğer nedenler takip etmektedir. Bu veriler, prekonsepsiyonel bakım konusunda hem bilgilendirme hem de hizmet kullanımının toplumda yetersiz düzeyde olduğunu göstermektedir.

Çizelge 5. Gebelik öncesi bakım hakkında bilgilendirilme, farkındalık ve hizmet alma durumlarının dağılımı

Soru	Seçenek	n	%
Evlilik için sağlık raporunu kimden aldınız?	Kayıtlı olduğum aile hekimimden	219	67.4
	Farklı bir aile hekiminden	62	19.1
	Sağlık Merkezi	37	11.4
	Özel Sağlık Hizmetleri	7	2.2
Evlilik için sağlık raporu alırken size gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	Hayır	190	58.5
	Emin değilim	72	22.2
	Evet	63	19.4
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duymuş muydunuz?	Hayır	196	60.3
	Evet	92	28.3
	Emin değilim	37	11.4
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldınız mı?	Hayır	234	72.0
	Evet	55	16.9
	Emin değilim	36	11.1
Gebelik öncesi bakım aldıysanız ne zaman aldınız?	Evlendikten sonra / Gebe kalmadan önce	38	50.0
	İlk gebeliğimden sonra	20	26.3
	Evlenmeden önce	18	23.7
Gebelik öncesi bakım almadıysanız sizce nedeni nedir?	Bu konuda bilgim olmaması	185	74.3
	İhtiyaç hissetmeme	51	20.5
	Diğer	13	5.2

Çizelge 6’da gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgilendirilme, kavramı duyma ve hizmet alma durumlarına göre yaş ortalamaları sunulmuştur. Evlilik sağlık raporu sırasında gebelik öncesi bakım hakkında bilgilendirildiğini belirtenlerin yaş ortalaması, bilgilendirilmeyen veya emin olmayan gruptan daha düşük bulunmuştur (32.2 ± 9.0 ; 35.0 ± 8.1 ; $p=0.026$). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyan

katılımcıların yaşı, duymayanlara göre daha düşüktür (32.1 ± 8.5 ; 35.4 ± 8.1 ; $p=0.002$). Gebelik öncesi bakım hizmeti alanların yaş ortalaması da hizmet almayan ya da emin olmayan katılımcılara kıyasla daha düşük saptanmıştır (31.5 ± 8.4 ; 35.0 ± 8.2 ; $p=0.006$). Bu bulgular, daha genç yaş gruplarında gebelik öncesi bakıma ilişkin farkındalık ve hizmet alma oranlarının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çizelge 6. Gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumuna göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması

	Ev (Ort±SS)	Hayır/Emin Değilim (Ort±SS)	p
Evlilik sağlık raporu sırasında bilgilendirme	32.2±9.0	35.0±8.1	0.026
Gebelik öncesi bakım kavramını duyma	32.1±8.5	35.4±8.1	0.002
Gebelik öncesi bakım alma	31.5±8.4	35.0±8.2	0.006
* Student t testi			

Çizelge 7’de gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgilendirilme, kavramı duyma ve hizmet alma oranlarının eğitim düzeyine göre dağılımı sunulmuştur. Gebelik öncesi bakım konusunda evlilik sağlık raporu sırasında bilgilendirilme oranı ortaöğretim ve altı grubunda %16.2, lise ve üstü grubunda ise %20.3 olup iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.537$). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyma oranı lise ve üstü eğitim düzeyine sahip katılımcılarda daha yüksektir (%31.9; ortaöğretim ve altı %16.2) ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0.013$). Gebelik öncesi bakım hizmeti alma oranı ise lise ve üstü grupta daha yüksek olsa da (%19.1; ortaöğretim ve altı %9.5) bu fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($p=0.076$). Bu bulgular, eğitim düzeyi yükseldikçe özellikle gebelik öncesi bakım kavramına yönelik farkındalığın arttığını göstermektedir.

Çizelge 7. Eğitim düzeyine göre gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumlarının karşılaştırılması

	Ortaöğretim ve altı Evet (n, %)	Lise ve üstü Evet (n, %)	p
Evlilik için sağlık raporunda gebelik öncesi bakım bilgilendirmesi	12 (16.2%)	51(20.3%)	0.537
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duymuş olma	12 (16.2%)	80 (31.9%)	0.013
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma	7 (9.5%)	48 (19.1%)	0.076
*Ki-kare			

Çizelge 8’de çalışmayan ve çalışan katılımcılar arasında gebelik öncesi bakıma ilişkin bilgilendirilme, farkındalık ve hizmet alma oranlarının karşılaştırılması sunulmuştur. Evlilik sağlık raporu sırasında gebelik öncesi bakım hakkında bilgilendirilme oranı çalışmayanlarda %15.9, çalışanlarda %23.0 olup iki grup arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0.138$). Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duyanların oranı çalışanlarda daha yüksek olup (%34.2; çalışmayanlarda %22.6), bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0.028$). Gebelik öncesi bakım hizmeti alma oranı çalışanlarda daha yüksek olsa da (%19.9; çalışmayanlarda %14.0) fark anlamlı düzeye ulaşmamıştır ($p=0.208$). Bu bulgular, çalışma yaşamında yer alan kadınlarda gebelik öncesi bakım kavramına yönelik farkındalığın daha yüksek olduğunu göstermektedir.

Çizelge 8. Çalışma durumuna göre gebelik öncesi bakım farkındalığı ve hizmet alma durumlarının karşılaştırılması

	Çalışmıyor Evet (n, %)	Çalışıyor Evet (n, %)	p
Evlilik için sağlık raporu alırken size gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?	26 (15.9%)	37 (23.0%)	0.138
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duymuş muydunuz?	37 (22.6%)	55 (34.2%)	0.028
Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldınız mı?	23 (14.0%)	32 (19.9%)	0.208
*Ki-kare			

5. TARTIŞMA

Çalışmamızdaki kadınların ortalama yaşı 34,4 olup yarıdan fazlası üniversite/yüksekokul mezunudur. Bu, örneklemimizin genel nüfusa kıyasla daha eğitilmiş bir grup olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Ürdün’de 18–44 yaş arasındaki 1368 kadınla yapılan bir çalışmada katılımcıların %58,5’inin üniversite mezunu olduğu ve bu grubun prekonsepsiyonel bakım (PKB) bilgisi ve uygulamalarının daha iyi olduğu bildirilmiştir (156). Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyi ile PKB farkındalığı arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır; lise ve üzeri eğitim alan kadınların PKB kavramını duyma oranı, daha düşük eğitilmiş gruba göre anlamlı derecede yüksektir (sırasıyla %31,9 ve %16,2; $p=0,013$). Nitekim söz konusu Ürdün çalışmasında da en genç yaş grubundaki ve üniversite mezunu kadınlardaki PKB bilgi düzeyinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Bu bulgular, genç ve eğitilmiş kadınların prekonsepsiyonel sağlık konusunda daha bilinçli olduğunu göstermekte olup çalışmamız kendi popülasyonumuzda benzer bir eğilimi ortaya koymaktadır. Öte yandan, bizim örneklemimizin yaş ortalaması bazı literatür verilerinden yüksektir; örneğin Ergin ve arkadaşlarının sadece gebe kadınlar ile yapılan ulusal bir çalışmada yaş ortalaması 30,4 olarak bildirilmiştir (157). Çalışmamızın gebe olmayan ancak doğurganlık çağındaki kadınları da içermesi, daha yüksek yaş ortalamasını açıklayabilir. Bu durum, prekonsepsiyonel bakım farkındalığını artırmada genç neslin daha fazla hedeflenmesi gerektiğini düşündürmektedir.

Prekonsepsiyonel dönemde sağlık durumuna ve risk faktörlerine ilişkin bulgularımız da literatür ile karşılaştırıldığında önemli noktalar içermektedir. Katılımcıların %20,3’ü en az bir kronik hastalığı olduğunu belirtmiş; bunların yaklaşık yarısı (%48,6) gebelik planlama döneminde hastalığın kontrol altında tutulması gerektiği konusunda bilgilendirilmiştir. Kronik hastalıkların gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyebileceği iyi bilinmektedir. Nitekim Fetena ve ark.’nın (2023) Etiyopya’da yaptıkları çalışmada, kronik hastalığı bulunan anne adaylarının prekonsepsiyonel bakım hizmeti kullanma olasılığının diğerlerine göre yaklaşık 3,5 kat daha yüksek olduğu saptanmıştır (13). Bu bulgu, kronik rahatsızlığı olan kadınların

gebelik öncesinde daha fazla sağlık hizmeti arayışında olduklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da kronik hastalığı olan kadınların yaklaşık %70'inin PKB danışmanlığı alması ile uyumluluk göstermektedir. Bu durum, kronik durumların yönetimi konusunda aile hekimlerinin vereceği PKB danışmanlığının daha da geliştirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Katılımcıların büyük kısmı (%76) düzenli ilaç kullanmadığını belirtmiştir; ilaç kullanan azınlık da dahil olmak üzere kadınların %58,5'ine gebelik öncesi ilaç kullanımının olası gebelik üzerindeki etkileri hakkında danışmanlık verilmiştir. Bu oran, sağlık çalışanlarının ilaç güvenliği konusunda bir ölçüde eğitim verdiğini gösterse de ideal düzeyde değildir. Gebelik öncesi dönemde kullanılan ilaçların gözden geçirilmesi ve teratojenik risk taşıyanların değiştirilmesi, PKB'nin önemli bir parçasıdır; bu alanda danışmanlık alan kadın oranının yalnızca yarı düzeyinde kalması, daha sistematik bir yaklaşım gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda aktif sigara kullanımı %16 oranında bulunmuş, ayrıca kadınların %42,8'i pasif sigara dumanına maruz kaldığını bildirmiştir. Katılımcıların %58,2'si sigara kullanımının gebelik üzerine olası zararları konusunda sağlık personelinin bilgi almıştır. Bu aktif sigara içme prevalansı, ülkemizdeki kadın nüfusunun genel sigara kullanım oranlarına benzer görünmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara ve alkol gibi zararlı alışkanlıkların bırakılması, anne ve bebek sağlığı açısından kritik önem taşır. Williams ve ark.'nın ABD'de yaptığı bir çalışmada, prekonsepsiyonel danışmanlık (PKB) almış kadınların gebelik öncesinde riskli davranışlarını değiştirme olasılığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (158). Özellikle PKB alanların gebelik öncesi dönemde günlük multivitamin (folik asit içeren) kullanma olasılığı 4 katın üzerinde artmış, ayrıca son 2 yılda alkol kullanan kadınlar arasında gebelikten önce alkolü bırakma oranı anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır (danışmanlık alanlarda bırakma olasılığı ~%30 daha fazla) (158). Benzer şekilde, Hollanda'da Elsinga ve arkadaşlarının yaptığı randomize kontrollü bir çalışmada, PCC hizmeti alan kadınların almayanlara göre riskli alışkanlıklarını değiştirme oranı yükselmiştir; bu çalışmada danışmanlık sonrasında kadınların prekonsepsiyonel dönemde folik asit başlama olasılığının ~5 kat arttığı, gebeliğin ilk üç ayında alkol kullanımını azaltma oranının ise anlamlı düzeyde (OR=1,79) yükseldiği rapor edilmiştir (159). Bizim

bulgularımızda alkol kullanımı beklenildiği gibi oldukça düşük bir oranda kaldığından (%4,3), özellikle sigara içen kadınlar üzerinde durulması gerekmektedir. Aktif veya pasif sigara maruziyetinin saptandığı durumlarda, gebelikten önce sigaranın bırakılması yönünde daha güçlü tavsiyeler ve destekleyici programlar uygulanması yerinde olacaktır. Genel olarak çalışmamız, sigara ve alkol gibi davranışsal riskler konusunda katılımcıların yaklaşık yarısının sağlık profesyonellerinden bilgi alabildiğini, bu oranın artırılmaya açık olduğunu göstermektedir.

Düzenli egzersiz yapma oranı katılımcılar arasında düşük bulunmuştur; çoğu kadın prekonsepsiyonel dönemde aktif egzersiz yapmadığını belirtmiştir. Bununla birlikte, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivitenin önemi konusunda bilgilendirildiğini ifade edenlerin oranı %60 civarındadır. Gebelik öncesi dönemde dengeli beslenme ve yeterli fiziksel aktivite, obezite ve ilişkili komplikasyonları önlemek adına büyük önem taşır. Literatürde, bu konulara yönelik müdahalelerin başarılı olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Örneğin Hillemeier ve arkadaşlarının prekonsepsiyonel döneme odaklanan toplum temelli müdahale çalışmasında, beslenme ve egzersiz alanlarında kadınların davranışlarında anlamlı iyileşmeler sağlanmıştır (160). Bizim çalışmamızda da kadınların yaklaşık %60'ına sağlıklı yaşam alışkanlıkları konusunda danışmanlık verilebilmiş olması olumlu bir bulgudur. Bununla birlikte, obezite ve aşırı kilonun gebelik sonuçlarına etkileri hakkında bilgilendirilenlerin oranının %50'nin altında kalması, bu konunun danışmanlıkta yeterince yer bulmadığını düşündürmektedir. Prekonsepsiyonel dönemde vücut kitle indeksinin optimize edilmesi (kilosu fazla olanların zayıflaması veya düşük kiloluysa kilo alması), gebelikte oluşabilecek diyabet, hipertansiyon gibi risklerin azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Bu nedenle aile hekimliği uygulamalarında beslenme, egzersiz ve kilo kontrolü konularının PKB kapsamında daha sistematik ele alınması gereklidir.

Psikososyal sağlık boyutu, PCC kapsamında sıklıkla göz ardı edilebilen ancak önemli bir başka alandır. Çalışmamızda kadınların dörtte birinden azı geçmişte ciddi düzeyde stres yaşadığını ifade etmiştir; buna karşın stres ve ruh sağlığını koruma konusunda sağlık personelinin danışmanlık alanlar bu orandan da düşük bulunmuştur. Bu durum, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinde psikolojik

değerlendirme ve danışmanlığın yeterince yer almadığına işaret etmektedir. Nitekim literatürde de benzer bir eksiklik vurgulanmaktadır. Örneğin, Çevik Ergi ve ark.'nın (2021) ülke genelinde yaptıkları çalışmada, prekonsepsiyonel bakım kapsamında kadınlara uygulanan değerlendirmelerde aile içi şiddet maruziyetinin sorgulanması gibi psikososyal unsurların en düşük oranda (%10,4) ele alınan konular olduğu bildirilmiştir (161). Bizim bulgumuz da ruh sağlığının korunması ve stres yönetimi hakkında bilgilendirmenin oldukça yetersiz kaldığını göstermektedir. Oysa ki, PKB kapsamında psikososyal risklerin ele alınması hem anne hem fetüs sağlığı açısından faydalı olabileceği gibi, stres yaşayan kadınların sağlık hizmetine yönlendirilmesi açısından da fırsattır. Hillemeier ve arkadaşlarının bir analizinde, psikososyal stresi olan kadınların son iki yıl içinde daha yüksek oranda kadın doğum uzmanına başvurduğu ve genel sağlık danışmanlığı ile gebelik planlaması konularında daha fazla danışmanlık aldığı belirtilmiştir (162). Bu bulgu, yoğun stres altındaki kadınların aslında sağlık sistemine daha çok temas ettiğini düşündürmekte ve bu temasların PKB açısından değerlendirilmesi gerektiğini hatırlatmaktadır. Sonuç olarak, psikolojik destek ve danışmanlık PKB'nin ayrılmaz bir parçası olmalı; gerekirse kadınlar uygun birimlere yönlendirilmelidir.

Araştırmamızda aşılama ve enfeksiyon taraması ile ilgili farkındalık ve bilgilendirme düzeyleri de incelenmiştir. Katılımcıların bir kısmı aşı geçmişleri konusunda emin olmadıklarını belirtirken, özellikle kızamıkçık (rubella) ve tetanoz aşılı konusunda diğer aşılarla kıyasla daha yüksek bir bilgi düzeyi mevcuttu. Prekonsepsiyonel dönemde eksik aşıların tamamlanması gerektiğine dair sağlık personelinin bilgi alanların oranı %45,8 ile yarının altındaydı. Oysa bağışıklık durumunun gözden geçirilmesi PKB'nin temel bileşenlerinden biridir. Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji (ACOG) de prekonsepsiyonel bakım bileşenleri arasında bağışıklama durumunun değerlendirilmesini ve enfeksiyonların taranmasını öncelikli konular arasında saymaktadır (37). Çalışmamızda bu konudaki danışmanlık oranlarının düşüklüğü, uygulamada bir boşluk olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, CYBE taranması ve üreme sağlığı açısından değerlendirilmesi gerektiği bilgisi, kadınların yalnızca üçte birine (%33) iletilmiş durumdadır. Halbuki CYBE

öyküsü veya asemptomatik enfeksiyonların tespiti, gebelikte anne-fetüs sağlığını etkileyebilecek risklerin azaltılması için önemlidir. PKB kapsamında enfeksiyon taramasının ihmal edilmesi, örneğin tedavi edilebilir bir servikal enfeksiyonun gebelikte düşük veya erken doğum riskini artırabileceği gerçeği göz önüne alındığında, önemli bir eksikliktir.

Öte yandan, kadınların gebelik planlama döneminde bazı rutin tetkik ve takiplere yönelik farkındalıklarının görece iyi olduğunu saptadık. Özellikle gebelik öncesinde kan tetkikleri yapılarak anemi, tiroid bozukluğu gibi durumların değerlendirilmesi gerektiği konusunda bilgilendirilenlerin oranı %69,5 ile nispeten yüksekti. Benzer şekilde, folik asit kullanımı hakkında sağlık personelinin bilgi alanların oranı %71,1 gibi oldukça yüksek bulundu. Folik asit, prekonsepsiyonel dönemde başlayarak tüm gebelik boyunca önerilen ve nöral tüp defektleri gibi doğum kusurlarını önlediği kanıtlanmış bir vitamindir (99). Çalışmamızda, önceki gebelik öyküsü olan kadınların yaklaşık yarısı gebelikten önceki üç ay boyunca folik asit kullandığını ifade etmiştir. Bu oran, geçmişteki bazı çalışmalara göre daha yüksek bir kullanım düzeyine işaret etmektedir. Örneğin Pınar Çakmak ve ark.'nın Ankara'da hastane ortamında yaptıkları bir çalışmada, gebeliklerinin %73'ü planlı olduğu halde kadınların yalnızca %8'i prekonsepsiyonel dönemden itibaren folik asit kullandığını rapor etmişlerdir (163). Yine Van ilinde yapılan bir araştırmada, kadınların folik asit ile ilgili farkındalık düzeyi yüksek olmasına rağmen gebelik öncesi dönemde folik asit kullanım oranı sadece %14 olarak bulunmuştur (164). Bizim bulgumuzdaki göreceli yüksek prekonsepsiyonel folik asit kullanım oranı, son yıllarda bu konuda farkındalığın artmaya başlamış olabileceğini düşündürmektedir. Katılımcılarımızın eğitim düzeyinin görece yüksek olması da folik asit bilgilendirme ve kullanım oranlarını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Nitekim literatürde sosyoekonomik ve eğitim düzeyi arttıkça, folik asit takviyesi kullanma olasılığının belirgin şekilde yükseldiği vurgulanmıştır (164). Her ne kadar çalışmamızdaki folik asit danışmanlığı oranları umut verici olsa da hala kadınların yaklaşık yarısının gebe kalmadan önce bu takviyeyi kullanmadığı anlaşılmaktadır. Ülkemizde folik asit kullanım oranlarının istenen düzeye ulaşması için

hem sağlık personeli hem de toplum düzeyinde eğitim ve teŗvik  alıŗmalarının sürdürülmesi gerekmektedir.

Katılımcıların çoğunluğunun eŗiyle akrabalık bağı bulunmamakla birlikte (%92,6), genetik danıŗmanlık gerekliliği hakkında bilgilendirilenler yalnızca %21,5'te kalmıŗtır. Aile öyküsünde kalıtsal bir hastalık veya akraba evliliği olup olmamasına bakılmaksızın, genetik risklerin değerlendirilmesi PKB'nin önemli bileŗenlerindenidir (156). Ancak  alıŗmamız, genetik danıŗmanlık konusunda bilgi verme noktasında eksikler olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, toplumda yaygın olmasa bile var olabilecek taŗıyıcılıkların veya genetik hastalık risklerinin gebelik öncesi dönemde atlanmasına yol açabilir. Özellikle akraba evliliğinin daha yaygın olduğu bölgelerde, PKB kapsamında genetik değerlendirme ve gerektiğinde genetik test yönlendirmesi büyük önem taŗır. Bu konu, aile hekimlerinin evlilik öncesi muayene ve danıŗmanlık seanslarında vurgulayabileceği alanlardan biri olmalıdır.

Prekonsepsiyonel bakım sürecine erkek partnerin katılımı da tartıŗmaya değer bir noktadır. Araŗtırmamızda kadınların sadece dörtte biri (%25,2) “eŗin sağlık kontrolünden geçmesinin önemi” hakkında bilgilendirildiğini ifade etmiŗtir. Halbuki babanın sağlık durumu ( rneğin genetik hastalık taŗıyıcılıđı, kronik hastalıkları, çevresel toksin maruziyeti, sperm kalitesini etkileyebilecek alıŗkanlıkları vb.) gebelik ve bebeğin sağlığı üzerinde dolaylı da olsa etkiler yapabilir. Uygulamada ne yazık ki erkeklerin PKB kapsamına alınması oldukça sınırlıdır. Nitekim Türkiye’de yapılan bir  alıŗmada, gebelerin sadece %11,8’i eŗlerinin de gebelik öncesi bakım ve danıŗmanlık hizmeti aldığını bildirmiŗtir (161). Bizim  alıŗmamız da benzer ŗekilde erkek eŗlerin prekonsepsiyonel süreçte çoğunlukla ihmal edildiğini göstermektedir. Bu alandaki eksikliğin nedenleri arasında, sağlık hizmetlerinin genellikle kadın odaklı olması ve erkeklerin sağlık hizmetine baŗvurma oranlarının d ŗ kl đ  sayılabilir. Prekonsepsiyonel dönemde çiftlerin beraberce değerlendirilmesi yaklaŗımı benimsenerek, erkeklerin de aile hekimliği pratiğinde bu kapsama dahil edilmesi sağlanabilir.

Aile planlaması ve gebelik planlarının sağlık profesyonellerince ele alınma durumu da bulgularımız arasında incelenmiŗtir. Katılımcıların yalnızca üçte birine (%34,2)

“önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?” şeklinde bir soru yöneltilmiş olması, sağlık çalışanlarının (özellikle aile sağlığı elemanları ve hemşirelerin) üreme planları konusunda proaktif davranmadığını göstermektedir. Oysa kadının gebelik planının sorgulanması, PKB’nin ilk adımı olarak önerilmektedir. Hillemeier ve ark.’nın ABD’de yaptığı bir araştırmada, gebelik riski (doğurganlık potansiyeli) bulunan kadınların ancak %50’sinin son bir yıl içinde sağlık personelinin gebelik planlaması hakkında danışmanlık aldığı bildirilmiştir (162). Ülkemizde de benzer şekilde, evlilik öncesi sağlık raporu için başvuran çiftlere gebelik planları sorusunun rutin hale gelmediği anlaşılmaktadır. Bu eksikliğin bir sonucu olarak, pek çok kadın gebeliği planlamadan önce sağlık hizmeti almadığı gibi, plansız gebelik gerçekleştiğinde de prekonsepsiyonel dönemi kaçırmaktadır. Çalışmamızda katılımcıların %83,7’sinin en az bir gebelik öyküsü olduğu ve bu kadınların yaklaşık üçte birinin hayatlarında en az bir kez plansız gebelik yaşadığı saptanmıştır. Bu oran, dünya genelindeki istenmeyen gebelik oranlarıyla uyumlu görünmektedir. Plansız gebelikler, prekonsepsiyonel bakım alımını engelleyen başlıca nedenlerdendir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, çocuk istemeyen çiftlere etkili kontrasepsiyon yöntemlerini anlatması ve uygulamasını sağlaması, çocuk isteyenlere ise gebelik öncesinde mutlaka danışmanlık ve sağlık kontrolü sunması gerekir. Bizim bulgularımıza göre, hali hazırda gebelik planlamayan kadınların %54,4’ü bir doğum kontrol yöntemi kullandığını belirtmiştir ve bu kadınların önemli bir kısmı aile planlaması konusunda bilgi kaynağı olarak ebe/hemşireleri ve aile hekimlerini işaret etmiştir. Bu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile planlaması danışmanlığının etkin olduğunu, ancak devamında gebelik düşünüldüğünde aynı kadınların PKB hizmetine yönlendirilmesi gerektiğini akla getirmektedir. Nitekim Etiyopya’da yapılan bir çalışmada, mevcut gebeliği öncesinde kontraseptif yöntem kullanan kadınların prekonsepsiyonel bakım hizmeti kullanma olasılığının kullanmayanlara göre anlamlı derecede daha yüksek (AOR=2,45) olduğu gösterilmiştir (13). Bu sonuç, etkili aile planlamasının planlı gebeliğe zemin hazırlayarak PKB alımını kolaylaştırabileceğini ortaya koymaktadır. Ayrıca araştırmamızda prekonsepsiyonel bakım hizmetinin birinci basamakta (aile hekimi ve ebe/hemşire aracılığıyla) verilme oranının kadın doğum

uzmanlarına göre daha yüksek bulunması, bu hizmetin temel sağlık düzeyinde etkin biçimde sunulabildiğini göstermektedir. Birinci basamak, toplumla sürekli temas halinde olması, danışmanlık ve izlem süreçlerini bütüncül bir yaklaşımla yürütebilmesi nedeniyle PKB'nin uygulanması için en uygun düzeydir. Bu bulgu, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılmasında birinci basamağın kilit rolünü ve bu alana yapılacak yatırımların anne-bebek sağlığına doğrudan katkı sağlayacağını ortaya koymaktadır.

Genel olarak çalışmamız, incelenen popülasyonda prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin kullanım oranının oldukça düşük olduğunu göstermektedir. Kadınların sadece küçük bir kısmı (özellikle genç ve eğitimli kesim) PKB almış ya da bu kavrama aşına görünmektedir. Bizim bulgularımıza göre gebelik öncesi bakım hizmeti alanların oranı beşte birin altında kalmıştır. Bu durum literatürdeki diğer çalışmalarla paraleldir. Örneğin ABD'de dört eyaletten elde edilen verilere göre, son doğum yapan kadınların ancak %32'si gebelik öncesi dönemde danışmanlık aldığını, üstelik bu oran plansız gebeliklerde %14'e düştüğünü bildirilmiştir (158). Türkiye'de gebe kadınlarla yapılan bir ankette PKB alma oranı %31,4 olarak bulunmuştur (161). Yine düşük ve orta gelirli ülkelerden Etiyopya'da farklı bölgelerde yapılan iki çalışmada, gebelik öncesi bakım hizmeti kullanma oranları %19–22 arasında saptanmıştır (13,159). Görüldüğü gibi, gerek ülkemizde gerek çeşitli coğrafyalarda PKB hizmetleri henüz yaygın bir uygulama değildir ve kadınların büyük bir çoğunluğu bu hizmetten yararlanmamaktadır. Prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin yaygın olmayışının ardında birden fazla etken bulunmakla birlikte, bilgi eksikliği en önde gelen sebeplerden biridir. Bizim çalışmamızda PKB almama nedenleri arasında kadınların büyük bir kısmı böyle bir hizmetten haberdar olmadığını veya konuyu düşünmediğini ifade etmiştir. Literatürde de benzer şekilde, PKB almayan kadınların yarıdan fazlasının konu hakkında bilgisizlik nedeniyle bu hizmeti talep etmediği gösterilmiştir (161). Çevik Ergi ve ark.'nın çalışmasında danışmanlık almayan gebelerin %54,2'si PKB'den haberdar olmadığını, %33,3'ü ise gebelik öncesi danışmanlığı gerekli görmediğini belirtmiştir; sadece %12,5 gibi bir kesim gebeliğin plansız olması nedeniyle danışmanlık alamadığını ifade etmiştir (161). Bu sonuçlar, toplumdaki

birçok kadının PKB kavramını duymadığını veya önemini idrak etmediğini ortaya koymaktadır. Bizim bulgularımız da bunu desteklemekte ve PKB hizmetinin talep edilmemesinin en önemli nedeninin bilgi yetersizliği olduğunu göstermektedir. Öyle ki, PKB alan kadınların çoğu bu hizmeti ancak evlilikten hemen sonra veya gebe kalmaya çok yakın bir dönemde almışlardır; önemli bir kesim ise ihtiyaç hissetmediği için başvurmadığını dile getirmiştir.

Tüm bu bulgular ışığında, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin sağlık sistemine entegrasyonu ve toplum bilincinin artırılması yönünde adımlar atılması gerekmektedir. Literatürde PKB'nin anne ve bebek sağlığına faydalarını ortaya koyan çok sayıda çalışma olmasına rağmen, uygulamada bu konseptin hayata geçmesinde sıkıntılar olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkeler de dahil olmak üzere pek çok yerde PKB rutin bir uygulama haline gelmemiştir. Ülkemizde de prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin genellikle talep edildiğinde bireysel düzeyde verildiği, ancak ülke geneline yayılmış standart bir program veya protokol bulunmadığı ifade edilmektedir. Bu durum, PKB'nin yaygınlaşması için daha sistematik ve ulusal düzeyde girişimlere ihtiyaç olduğuna işaret etmektedir. Son yıllarda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde gebe izlemleri ve aile planlaması hizmetleri başarıyla yürütülmektedir; benzer şekilde gebelik öncesi danışmanlık hizmetinin de aile hekimliği pratiğine yerleşmesi hedeflenmelidir. Elde ettiğimiz veriler, daha genç ve eğitilmiş kadınların PKB konusunda daha bilgili ve hizmet almaya yatkın olduğunu gösteriyor. Dolayısıyla, hedef popülasyon olarak özellikle eğitimi daha düşük, kırsalda yaşayan veya sağlık okur-yazarlığı sınırlı kadınlara ulaşılmalı; PKB'nin faydaları konusunda farkındalık yaratılmalıdır.

Bu çalışmanın güçlü yönleri ve sınırlılıkları birlikte değerlendirildiğinde, araştırmanın birinci basamak sağlık hizmetlerinde prekonsepsiyonel bakımın mevcut durumunu ortaya koyması açısından literatüre önemli bir katkı sağladığı söylenebilir. Çalışmanın en önemli güçlü yönlerinden biri, hem ulusal hem de uluslararası literatürü kapsamlı biçimde inceleyerek prekonsepsiyonel bakımın tanımı, gelişimi, kapsamı ve önemi konusunda ayrıntılı bir çerçeve sunmasıdır. Araştırma konusunun, anne ve

bebek sağlığı açısından kritik bir halk sağlığı alanına odaklanması ve birinci basamak düzeyinde saha verilerine dayanması, çalışmanın uygulamaya yönelik değerini artırmaktadır. Ayrıca, örneklemin 18–49 yaş arası evli kadınlardan oluşması, hedef popülasyonun doğru tanımlandığını göstermekte; yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyodemografik değişkenlere göre yapılan istatistiksel karşılaştırmalar, sonuçların yorumlanabilirliğini güçlendirmektedir. Çalışmanın sonuçlarının, aile hekimlerinin gebelik öncesi danışmanlık rollerinin güçlendirilmesine ve birinci basamakta hizmetlerin yaygınlaştırılmasına yönelik somut öneriler içermesi de pratik katkı açısından önemlidir.

Bununla birlikte, araştırmanın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Çalışma kesitsel nitelikte olduğu için değişkenler arasındaki ilişkiler tanımlanabilmiş, ancak nedensellik yn belirlenememiştir. Verilerin z-bildirim yöntemiyle toplanmış olması, katılımcıların önceki sağlık davranışlarını veya danışmanlık alma durumlarını eksik ya da hatalı hatırlama olasılığını beraberinde getirmektedir. Araştırmanın yalnızca Antalya ilinde yürütülmesi, elde edilen sonuçların ülke geneline genellenebilirliğini sınırlamaktadır. Nitel veri toplanmaması, kadınlara prekonsepsiyonel bakım almama nedenlerini veya bu konudaki tutum ve algılarını derinlemesine ortaya koyma imkanını azaltmıştır. Bununla birlikte, aile hekimlerinin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmemesi, sistemsel düzeydeki engellerin tartışılmasını sınırlandırmıştır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Sonuç olarak, aile hekimine başvuran doğurganlık çağındaki kadınlar arasında prekonsepsiyonel bakım kavramının bilinirliği ve bu hizmetten yararlanma oranı düşüktür. Çalışmamızdaki bulgular, kadınların önemli bir bölümünün gebelik öncesi dönemde danışmanlık almadığını, temel risk azaltıcı bilgiler (ör. folik asit kullanımı, aşılardan önemi, kronik hastalık kontrolü) konusunda eksikleri olduğunu ve PKB farkındalığının özellikle daha ileri yaştaki ve düşük eğitilmiş gruplarda daha sınırlı kaldığını göstermektedir. Bununla birlikte, genç ve eğitilmiş kadınların PKB'ye daha aşina olması, sağlık hizmetlerinin bu kesime bir ölçüde ulaşabildiğini düşündürmekte; ancak hizmet sunumunun geneli için kapsamın genişletilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Prekonsepsiyonel bakımın yaygınlaştırılması, anne ve bebek sağlığında elde edilen kazanımları artıracaktır. Bu doğrultuda, aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

- Toplum ve sağlık personeli düzeyinde farkındalık artırma: Üreme çağındaki bireylerin prekonsepsiyonel bakım konusunda bilgilenmesini sağlamak üzere ulusal düzeyde eğitim kampanyaları düzenlenmelidir. Sağlık personeli de PKB'nin önemi konusunda sürekli eğitilmeli ve farkındalığı yüksek tutmalıdır. Özellikle her sağlık hizmeti temasında (aile planlaması ziyareti, kronik hastalık takibi, evlilik öncesi muayene vb.) PKB konusunun gündeme getirilmesi teşvik edilmelidir.
- Evlilik öncesi danışmanlığın güçlendirilmesi: Evlilik için sağlık raporu veren aile hekimleri, çiftlere gebelik planları hakkında soru sormayı ve gebelik öncesi bakım konularında (ör. genetik tarama, aşılardan, akrabalık riskleri, folik asit kullanımı) bilgi vermeyi rutin pratiğe dahil etmelidir. Evlilik öncesi dönem, PKB için en uygun müdahale zamanlarından biri olup çiftlerin bu dönemde bilgilendirilmesi ileride planlı ve sağlıklı gebelikler için zemin hazırlar.
- Birinci basamakta PKB entegrasyonu: Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri aile sağlığı merkezlerinde standart bir hizmet haline getirilmelidir. Bunun için Sağlık Bakanlığı düzeyinde rehberler oluşturulup aile hekimlerine yol gösterilmeli; PKB kapsamında verilmesi gereken asgari hizmetler

tanımlanmalıdır (örneğin, doğurganlık çağındaki kadınlara yılda en az bir kez üreme planlarının sorulması, risk faktörlerinin taranması gibi). Aile hekimliği bilgi sistemlerine PKB ile ilgili kayıt ve takip modülleri eklenerek bu alandaki hizmetin görünürlüğü artırılabilir.

- Erkek partnerin sürece dahil edilmesi: Gebelik planlayan çiftlerin her iki bireyine de danışmanlık verilmesi sağlanmalıdır. Özellikle evlilik öncesi veya gebelik planlama aşamasında, erkeklerin de sağlık kontrolünden geçmesi (ör. bulaşıcı hastalık taramaları, genetik taşıyıcılık testleri, kronik hastalık yönetimi) teşvik edilmelidir. Bu amaçla, “prekonsepsiyonel çift danışmanlığı” konsepti geliştirilerek erkeklerin de üreme sağlığı konusunda bilinçlenmesi sağlanabilir.
- Hedefe yönelik eğitim ve takip: Özellikle PKB farkındalığı düşük olduğu tespit edilen gruplara (daha düşük eğitilmiş, kırsalda yaşayan, genç yaşta evlenen vb.) yönelik özel eğitim programları uygulanmalıdır. Bu gruplara ulaşmak için yerel toplum sağlığı merkezleri, kadın doğum klinikleri ve hatta medya kanalları kullanılabilir. Folik asit kullanımının önemi, sigaranın bırakılması, kronik hastalıkların kontrolü, ideal kilo kazanımı gibi somut konularda mesajlar içeren materyaller dağıtılmalı ve gerektiğinde bire bir danışmanlık sunulmalıdır.

Özetle, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve kullanımının artırılması için çok yönlü bir strateji gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde her temas noktası, kadınların gebelik öncesi dönemde sağlığını optimize etmesi için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu sayede planlı ve sağlıklı gebeliklerin artacağı, anne ve bebek sağlığı göstergelerinin iyileşeceği açıktır. Prekonsepsiyonel bakım, üreme sağlığının vazgeçilmez bir basamağı olup sağlık politikalarında hak ettiği yeri almalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Maternal health [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/health-topics/maternal-health>
2. Dude AM, Schueler K, Schumm LP, Murugesan M, Stulberg DB. Preconception care and severe maternal morbidity in the United States. *Am J Obstet Gynecol MFM*. 2022;4(2):100549.
3. Maternal health | United Nations Population Fund [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.unfpa.org/maternal-health>
4. Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health - Policy brief [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-MCA-13.02>
5. Khekade H, Potdukhe A, Taksande AB, Wanjari MB, Yelne S, Wanjari M. Preconception care: a strategic intervention for the prevention of neonatal and birth disorders. *Cureus* [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025];15(6). Erişim adresi: <https://www.cureus.com/articles/164081-preconception-care-a-strategic-intervention-for-the-prevention-of-neonatal-and-birth-disorders.pdf>
6. Benedetto C, Borella F, Divakar H, O'Riordan SL, Mazzoli M, Hanson M, vd. FIGO Preconception Checklist: Preconception care for mother and baby. *Int J Gynaecol Obstet*. 2024;165(1):1-8.
7. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, Bhutta ZA. Preconception care: closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod Health*. 2014;11(S3):S1.
8. Fowler JR, Jenkins SM, Jack BW. Preconception counseling. 2017 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]; Erişim adresi: <https://europepmc.org/article/nbk/nbk441880>
9. Withanage NN, Botfield JR, Srinivasan S, Black KI, Mazza D. Effectiveness of preconception interventions in primary care: a systematic review. *Br J Gen*

- Pract [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]; Erişim adresi: <https://bjgp.org/content/bjgp/early/2022/11/09/BJGP.2022.0040.full.pdf>
10. Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. Zeynep Kamil Tıp Bul. 2005;36(2):65-71.
 11. Koyucu RG, Tosun Y, Katran B. Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık ihtiyaçları. J Acad Res Nurs [İnternet]. [Erişim Tarihi: 26 Kasım 2025]; Erişim adresi: <https://jarengteah.org/tr/makaleler/ureme-cagindaki-kadinlarda-prekonsepsiyonel-danismanlik- ihtiyaclari/jaren.2017.116>
 12. Ergi EÇ, Şahin MK. Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ve ilişkili faktörler. TJFMPC. 2023;17(1):139-49.
 13. Fetena N, Negash A, Kebede A, Sertsu A, Nega A, Nigussie K, ve ark. Utilization of preconception care and associated factors among pregnant mothers in Fiche Town, Central Ethiopia: a community-based cross-sectional study 2021. Front Glob Womens Health [İnternet]. 2023 [Erişim Tarihi: 24 Kasım 2025];4. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/global-womens-health/articles/10.3389/fgwh.2023.1159693/full>
 14. Mager ND. Geographic differences in preconception health indicators among Ohio women who delivered live births, 2019–2021. Prev Chronic Dis [İnternet]. 2024 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025];21. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/pcd/issues/2024/23_0244.htm
 15. Çevik F, Özerdoğan N. Prekonsepsiyonel bakım kavramı, önemi. Türkiye Klinikleri Obstet Womens Health Dis Nurs Spec Top. 2023;9(2):1-5.
 16. Preconceptional care receiving rates of Turkish pregnant women, influencing factors and the quality of the care received [İnternet]. Medical Sciences. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/nwsamed/issue/39586/466642>
 17. World Health Organization. Guideline: preconception care and obstetric outcomes – summary. Geneva [İnternet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080591>

18. Suto M, Inaoka K, Suzuki D, Nitamizu A, Arata N, Ota E. Behavior changes to promote preconception health: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):23.
19. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Med J* [Internet]. 2012 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025];23(3). Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Nuket-Guler-Baysoy/publication/287039410_Preconception_Care_A_Public_Health_Perspective/links/5fc0bdb892851c933f658b4a/Preconception-Care-A-Public-Health-Perspective.pdf
20. Bilgiç MBD. Maternal ve fetal sağlığın geliştirilmesinde prekonsepsiyonel bakım: güncel literatür incelemesi. *Soc Sci Stud J*. 2024;7(77):350-66.
21. Sekizler ET, Daşkan Z. Prekonsepsiyonel sağlık bakımı ve primer bakımda danışmanlık. [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/profile/Emine-Temizkan-Sekizler/publication/354586001_Prekonsepsiyonel_Saglik_Bakimi_ve_Primer_Bakimda_Danismanlik_Preconception_Healthcare_and_Counselling_in_Primary_Care/links/614863dd3c6cb310697e6417/Prekonsepsiyonel-Saglik-Bakimi-ve-Primer-Bakimda-Danismanlik-Preconception-Healthcare-and-Counselling-in-Primary-Care.pdf
22. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, García FA, ve ark. Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2017;317(2):183-9.
23. Greenberg JA, Bell SJ, Guan Y, Yu YH. Folic acid supplementation and pregnancy: more than just neural tube defect prevention. *Rev Obstet Gynecol*. 2011;4(2):52-9.
24. Güner S, Saydam BK, Turfan EÇ, Soğukpınar N, Genç RE. Evlilik öncesi verilen prekonsepsiyonel bakımın önemi ve ebelerin danışmanlık rolü. *Gevher Nesibe J Med Health Sci*. 2021;6(11):79-85.

25. House SH, Nichols JA, Rae S. Folates, folic acid and preconception care – a review. *JRSM Open*. 2021;12(5):2054270420980875.
26. Zhou Q, Dong G, Wang Q, Shen H, Zhang Y, Zhang S, ve ark. Preconception folic acid supplementation for the prevention of birth defects: a prospective, population-based cohort study in mainland China. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):114.
27. Aierken M, Özerdoğan N, Çevik F. Planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin gebelik sonuçlarına etkisi: retrospektif bir çalışma. *Adnan Menderes Univ Sag Bilim Fak Derg*. 2025;9(3):309-20.
28. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research [İnternet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://journals.lww.com/jnmr/fulltext/2024/29060/how_to_engage_men_in_preconception_health__a.3.aspx?context=latestarticles
29. Anakwe A, Xian H, BeLue R, Xaverius P. Men's preconception health and the social determinants of health: what are we missing? *Front Reprod Health* [İnternet]. 2022 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025];4. Erişim adresi: <https://www.frontiersin.org/journals/reproductive-health/articles/10.3389/frph.2022.955018/full>
30. Guo DP. Preconception considerations for male fertility. *R I Med J* (2013). 2022;105(5):29-34.
31. Paternal preconception modifiable risk factors for adverse pregnancy and offspring outcomes: a review of contemporary evidence from observational studies. *BMC Public Health* [İnternet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-023-15335-1>
32. Lu MC. Recommendations for preconception care. *Am Fam Physician*. 2007;76(3):397-400.
33. Freda MC, Moos MK, Curtis M. The history of preconception care: evolving guidelines and standards. *Matern Child Health J*. 2006;10(1):43-52.

34. Rosen MG, Merkatz IR, Hill JG. Caring for our future: a report by the expert panel on the content of prenatal care. *Obstet Gynecol.* 1991;77(5):782-9.
35. Recommendations to improve preconception health and health care — United States: a report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>
36. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician [Internet]. *J Am Board Fam Med.* [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.jabfm.org/content/20/1/81.short>
37. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 762: prepregnancy counseling. *Obstet Gynecol.* 2019;133(1):e78-89.
38. Wilkes J. AAFP releases position paper on preconception care. *Am Fam Physician.* 2016;94(6):508-10.
39. Preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241505000>
40. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-006-0091-1>
41. Barriers in the uptake and delivery of preconception care: exploring the views of care providers. *Matern Child Health J* [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-016-2089-7>
42. Preconception care: a concept analysis of an evolving paradigm. *J Adv Nurs* [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.16711>
43. Preconception health and care policies, strategies and guidelines in the UK and Ireland: a scoping review. *BMC Public Health* [Internet]. [Erişim Tarihi:

- 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-19188-0>
44. Yakışan R, Set T. Birinci basamakta gebelik öncesi bakım. Tıp Med J. 2012;16:23-7.
45. Ataş AN, Özerdoğan N. Prekonsepsiyonel bakım kaynakları ve organizasyonunda güncel uygulamalar. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs Spec Top. 2023;9(2):6-11.
46. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [Internet]. 2019 [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://dspace.ceid.org.tr/items/ffd85c3f-9eeb-44c6-8bee-1585826fcc7d>
47. Çelik AS, Derya YA. Preconceptional care receiving rates of Turkish pregnant women, influencing factors and the quality of the care received. Med Sci. 2018;13(4):129-44.
48. Sağlık sektörü için ulusal stratejik eylem planı 2014–2018 [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR-11469/kalkinma-plani-2014-2018.html>
49. Gönenç I, Vural EZT. Bir gebeliğe hazırlanmak: prekonsepsiyonel–interkonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. Turk J Fam Pract. 2022;26(3):77-87.
50. Barutçu S, Özcan S, Bozdemir N. Adana şehir merkezinde gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının değerlendirilmesi. TJFMPC. 2021;15(2):390-7.
51. Preconception care is primary care: a call to action [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/1015/p492.html>
52. Preconception counseling for the primary care physician [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8614177/>

53. Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü [İnternet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim 2025]. Erişim adresi: https://www.researchgate.net/publication/344043851_Toplum_Sagligini_Arttirmada_Yeni_Bir_Hizmet_Modeli_Prekonsepsiyonel_Bakim_ve_Hemsiren_in_Rolu
54. Pan V, Berman N, Bauer S, Bell M, Borle K, Carrion P, ve ark. The case for integrating genetic counselors into primary care: a paradigm shift for our profession. *J Genet Couns.* 2025;34(3):e70051.
55. Atrash HK, Johnson K, Adams M, Cordero JF, Howse J. Preconception care for improving perinatal outcomes: the time to act. *Matern Child Health J.* 2006;10(1):3-11.
56. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Womens Health Issues.* 2008;18(6 Suppl):S117-25.
57. Preconception health toolkit [İnternet]. Reproductive Health National Training Center. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://rhntc.org/resources/preconception-health-toolkit>
58. Gürkan ÖC, Abbasoğlu DE. Preconception risk factors and preconception care practices in Turkish women sample. *Clin Exp Health Sci.* 2021;11(3):547-53.
59. Hristova-Atanasova E, Iskrov G, Stefanov R. Family planning and preconception care service management: the key role of Bulgarian GPs. *Healthcare (Basel).* 2024;12(11):1096.
60. Karakaş Ö, Tam DÇ, Dağlı PA, Ulusoy BÖ, Armağan B, Erten Ş. Evaluation of pregnancy planning and contraceptive methods in patients with systemic lupus erythematosus. *Gulhane Med J [İnternet].* 2025 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]; Erişim adresi: <https://www.gulhanemedj.org/articles/evaluation-of-pregnancy-planning->

and-contraceptive-methods-in-patients-with-systemic-lupus-erythematosus/doi/gulhane.galenos.2025.88156

61. Family planning/contraception methods [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
62. Mahmud M, Mazza D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Womens Health*. 2010;10(1):5.
63. Wahabi HA, Fayed A, Esmail S, Elmorshedy H, Titi MA, Amer YS, ve ark. Systematic review and meta-analysis of the effectiveness of pre-pregnancy care for women with diabetes for improving maternal and perinatal outcomes. *PLoS One*. 2020;15(8):e0237571.
64. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. NICE guideline NG3 [Internet]. NICE; 2015 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>
65. Management of epilepsy in pregnancy: a report from the International League Against Epilepsy Task Force on Women and Pregnancy [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31782407/>
66. Vajda FJE, O'Brien TJ, Lander CM, Graham J, Eadie MJ. The teratogenicity of the newer antiepileptic drugs: an update. *Acta Neurol Scand*. 2014;130(4):234-8.
67. Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, Brown RS, Chen H, Dosiou C, ve ark. 2017 guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-89.
68. Association of panic disorder, generalized anxiety disorder, and benzodiazepine treatment during pregnancy with risk of adverse birth outcomes [Internet]. *JAMA Psychiatry*. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2652968>

69. Wang G, Bartell TR, Wang X. Preconception and prenatal factors and metabolic risk. In: Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM, editors. Handbook of life course health development [Internet]. Cham (CH): Springer; 2018 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543723/>
70. Lucía A, Chicharro JL, Pérez M, Serratosa L, Bandrés F, Legido JC. Reproductive function in male endurance athletes: sperm analysis and hormonal profile. J Appl Physiol (1985). 1996;81(6):2627-36.
71. Recommendations for identification and public health management of persons with chronic hepatitis B virus infection [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5708a1.htm>
72. Isotretinoin (Accutane®). In: MotherToBaby fact sheets [Internet]. Brentwood (TN): Organization of Teratology Information Specialists (OTIS); 1994 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582775/>
73. Allen LV Jr. Lisinopril 1 mg/ml oral liquid. US Pharm. 2013;38(2):36-7.
74. U.S. Food and Drug Administration. Telmisartan (Micardis) [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/020850s022s023lbl.pdf
75. Ornoy A, Echefu B, Becker M. Valproic acid in pregnancy revisited: neurobehavioral, biochemical and molecular changes affecting the embryo and fetus in humans and in animals: a narrative review. Int J Mol Sci. 2024;25(1):390.
76. Poels EMP, Bijma HH, Galbally M, Bergink V. Lithium during pregnancy and after delivery: a review. Int J Bipolar Disord. 2018;6(1):26.
77. Miller RK, Hendrickx AG, Mills JL, Hummler H, Wiegand UW. Periconceptional vitamin A use: how much is teratogenic? Reprod Toxicol. 1998;12(1):75-88.

78. Men's fertility and chemotherapy [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/treatment/chemotherapy/fertility/men>
79. Fertility and pregnancy while taking finasteride. NHS.UK [Internet]. 2023 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.nhs.uk/medicines/finasteride/fertility-and-pregnancy-while-taking-finasteride/>
80. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, ve ark. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 Suppl):S290-5.
81. Current recommendations for vaccines for patients planning pregnancy: a committee opinion [Internet]. American Society for Reproductive Medicine; [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/current-recommendations-for-vaccines-for-patients-planning-pregnancy/>
82. Public Health Agency of Canada. Immunization in pregnancy and breastfeeding: Canadian Immunization Guide [Internet]. 2007 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-living/canadian-immunization-guide-part-3-vaccination-specific-populations/page-4-immunization-pregnancy-breastfeeding.html>
83. Sarı E. The effect of online preconception counseling on information and care practices for couples planning pregnancy for healthy beginnings [Internet]. clinicaltrials.gov; 2024 şub [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Report No.: NCT06272188. Erişim adresi: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT06272188>
84. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, ve ark. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(6 Suppl 2):S296-309.

85. Suto M, Inaoka K, Suzuki D, Nitamizu A, Arata N, Ota E. Behavior changes to promote preconception health: a systematic review. *BMC Womens Health*. 2025;25(1):23.
86. Ades AE, Thorne C, Soriano-Arandes A, Peckham CS, Brown DW, Lang D, ve ark. Researching Zika in pregnancy: lessons for global preparedness. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(4):e61-8.
87. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
88. STI screening recommendations [Internet]. 2025 [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/screening-recommendations.htm>
89. Management of genital herpes in pregnancy [Internet]. American College of Obstetricians and Gynecologists; [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2020/05/management-of-genital-herpes-in-pregnancy>
90. Aslantekin Özçoban F, Akça E, Gökyıldız Sürücü Ş, Acar Bektaş H, Dutucu N, Yazıcı S, ve ark. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık. In: Demirel G, Sayıner FD, editörler. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2022 [Internet]. [Erişim Tarihi: 03 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://books.akademisyen.net/index.php/akya/catalog/book/1760>
91. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD007950.
92. Oakley GP. Prevention of neural-tube defects. *N Engl J Med*. 1999;341(20):1546.
93. Czeizel AE, Dudás I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. *N Engl J Med*. 1992;327(26):1832-5.

94. Guideline: optimal serum and red blood cell folate concentrations in women of reproductive age for prevention of neural tube defects [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549042>
95. US Preventive Services Task Force, Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, ve ark. Folic acid supplementation to prevent neural tube defects: US Preventive Services Task Force reaffirmation recommendation statement. JAMA. 2023;330(5):454.
96. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi. Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/TR,42839/dogum-oncesi-bakim-yonetim-rehberi.html>
97. Surén P, Roth C, Bresnahan M, Haugen M, Hornig M, Hirtz D, ve ark. Association between maternal use of folic acid supplements and risk of autism spectrum disorders in children. JAMA [Internet]. 2013 [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025];309(6). Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23403681/>
98. Bodnar LM, Tang G, Ness RB, Harger G, Roberts JM. Periconceptional multivitamin use reduces the risk of preeclampsia. Am J Epidemiol. 2006;164(5):470-7.
99. Reynolds EH. Benefits and risks of folic acid to the nervous system. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2002;72(5):567-71.
100. Mason JB, Dickstein A, Jacques PF, Haggarty P, Selhub J, Dallal G, ve ark. A temporal association between folic acid fortification and an increase in colorectal cancer rates may be illuminating important biological principles: a hypothesis. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2007;16(7):1325-9.
101. Anaemia in women of reproductive age (aged 15–49), prevalence (%) [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-anaemia-in-women-of-reproductive-age(-))

102. Finkelstein JL, Cuthbert A, Weeks J, Venkatramanan S, Larvie DY, De-Regil LM, ve ark. Daily oral iron supplementation during pregnancy. In: Cochrane Central Editorial Service, editor. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2024 Aug 15 [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025];2024(8). Erişim adresi: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004736.pub6>
103. Anaemia in women and children [Internet]. [Erişim Tarihi:.. Erişim adresi: https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
104. Pavord S, Daru J, Prasannan N, Robinson S, Stanworth S, Girling J, ve ark. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. Br J Haematol. 2020. [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025] Erişim adresi: <https://qmro.qmul.ac.uk/xmlui/bitstream/handle/123456789/59409/Pavord%20et%20al.%202012.%20UK%20guideline.docx?sequence=2>
105. Zimmermann MB. Iodine deficiency in pregnancy and the effects of maternal iodine supplementation on the offspring: a review. Am J Clin Nutr. 2009;89(2):668S-72S.
106. Bath SC, Steer CD, Golding J, Emmett P, Rayman MP. Effect of inadequate iodine status in UK pregnant women on cognitive outcomes in their children: results from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). Lancet. 2013;382(9889):331-7.
107. Assessment of iodine deficiency disorders and monitoring their elimination: a guide for programme managers, 3rd ed. [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241595827>
108. Erdoğan MF, Demir O, Emral R, Kamel AN, Erdoğan G. More than a decade of iodine prophylaxis is needed to eradicate goiter among school-age children in a moderately iodine-deficient region. Thyroid. 2009;19(3):265-8.
109. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14754687/>

110. Athukorala C, Rumbold AR, Willson KJ, Crowther CA. The risk of adverse pregnancy outcomes in women who are overweight or obese. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:56.
111. Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander EK, Begley C. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obes Rev*. 2015;16(8):621-38.
112. Poston L, Caleyachetty R, Cnattingius S, Corvalán C, Uauy R, Herring S, ve ark. Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2016;4(12):1025-36.
113. Blumfield ML, Hure AJ, Macdonald-Wicks L, Smith R, Collins CE. A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. *Nutr Rev*. 2013;71(2):118-32.
114. Davenport MH, Ruchat SM, Poitras VJ, Jaramillo Garcia A, Gray CE, Barrowman N, ve ark. Prenatal exercise for the prevention of gestational diabetes mellitus and hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018;52(21):1367-75.
115. Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 2014;25(3):331-43.
116. Physical activity and exercise during pregnancy and the postpartum period [Internet]. American College of Obstetricians and Gynecologists; [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2020/04/physical-activity-and-exercise-during-pregnancy-and-the-postpartum-period>
117. Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. *Nicotine Tob Res*. 2004;6 Suppl 2:S125-40.
118. Burke H, Leonardi-Bee J, Hashim A, Pine-Abata H, Chen Y, Cook DG, ve ark. Prenatal and passive smoke exposure and incidence of asthma and

- wheeze: systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2012;129(4):735-44.
119. WHO recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506076>
120. Treating tobacco use and dependence: 2008 update. U.S. Department of Health and Human Services; 2008.
121. Riley EP, Infante MA, Warren KR. Fetal alcohol spectrum disorders: an overview. *Neuropsychol Rev*. 2011;21(2):73-80.
122. Prevalence and patterns of prenatal alcohol exposure in Australian cohort and cross-sectional studies: a systematic review of data collection approaches [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/20/13144>
123. Mattson SN, Bernes GA, Doyle LR. Fetal alcohol spectrum disorders: a review of the neurobehavioral deficits associated with prenatal alcohol exposure. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(6):1046-62.
124. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>
125. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Madde Kullanım Bozuklukları Tedavi Rehberi. Ankara: Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼ [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/alkol_madde_kull_boz_u_kl_klari_tedavi_izlem_kp_05012022.pdf
126. Ricci E, Noli S, Ferrari S, La Vecchia I, Cipriani S, De Cosmi V, ve ark. Alcohol intake and semen variables: cross-sectional analysis of a prospective cohort study of men referring to an Italian fertility clinic. *Andrology*. 2018;6(5):690-6.

127. Behnke M, Smith VC, Committee on Substance Abuse, Committee on Fetus and Newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*. 2013;131(3):e1009-24.
128. Patrick SW, Schiff DM, Committee on Substance Use and Prevention. A public health response to opioid use in pregnancy. *Pediatrics*. 2017;139(3):e20164070.
129. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 462: moderate caffeine consumption during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010;116(2 Pt 1):467-8.
130. Stillerman KP, Mattison DR, Giudice LC, Woodruff TJ. Environmental exposures and adverse pregnancy outcomes: a review of the science. *Reprod Sci*. 2008;15(7):631-50.
131. Figà-Talamanca I. Occupational risk factors and reproductive health of women. *Occup Med (Lond)*. 2006;56(8):521-31.
132. Gulson BL, Mizon KJ, Palmer JM, Korsch MJ, Taylor AJ, Mahaffey KR. Blood lead changes during pregnancy and postpartum with calcium supplementation. *Environ Health Perspect*. 2004;112(15):1499-507.
133. WHO handbook on indoor radon: a public health perspective [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547673>
134. Mahaffey KR, Clickner RP, Jeffries RA. Methylmercury and omega-3 fatty acids: co-occurrence of dietary sources with emphasis on fish and shellfish. *Environ Res*. 2008;107(1):20-9.
135. Manassaram DM, Backer LC, Moll DM. A review of nitrates in drinking water: maternal exposure and adverse reproductive and developmental outcomes. *Environ Health Perspect*. 2006;114(3):320-7.
136. Ritz B, Wilhelm M, Hoggatt KJ, Ghosh JKC. Ambient air pollution and preterm birth in the environment and pregnancy outcomes study at the University of California, Los Angeles. *Am J Epidemiol*. 2007;166(9):1045-52.

137. Household air pollution and related health impacts [Internet]. [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/B09440>
138. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Smoking and tobacco use: about secondhand smoke [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi: 07 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/tobacco/secondhand-smoke/index.html>
139. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(6 Suppl 2):S328-32.
140. Mental health, brain health and substance use [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health>
141. Durat G, K roğlu S. Prekonsepsiyonel bakımda mental sağlığın değerlendirilmesi ve geliştirilmesi. *Turkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs Spec Top*. 2023;9(2):79-87.
142. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*. 2011;62:531-58.
143. Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent C, Schneider J, Meyer BA. Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychol*. 2008;27(5):604-15.
144. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
145. Fathnezhad-Kazemi A, Aslani A, Hajian S. Association between perceived social support and health-promoting lifestyle in pregnant women: a cross-sectional study. *J Caring Sci*. 2021;10(2):96-102.
146. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9241593512>

147. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, ve ark. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters*. 2010;18(36):158-70.
148. Gregg AR, Aarabi M, Klugman S, Leach NT, Bashford MT, Goldwasser T, ve ark. Screening for autosomal recessive and X-linked conditions during pregnancy and preconception: a practice resource of the American College of Medical Genetics and Genomics (ACMG). *Genet Med*. 2021;23(10):1793-806.
149. Preimplantation genetic testing: current practice and future prospects [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://resolve.cambridge.org/core/books/abs/reproductive-genetics/preimplantation-genetic-diagnosis-current-practice-and-future-possibilities/1D373128AD56B0D143FEC8365F5C9C12>
150. Kaplan S, Pinar G, Kaplan B, Aslantekin F, Karabulut E, Ayar B, ve ark. The prevalence of consanguineous marriages and affecting factors in Turkey: a national survey. *J Biosoc Sci*. 2016;48(5):616-30.
151. T.C. Sağlık Bakanlığı. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/473>
152. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Dokumanlar/Egitim_Dokumanlari/Saglik_Personeli/Evlilik_Oncesi_Hemoglobinopati_Tarama_Programi.pdf
153. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Evlilik Öncesi SMA Taşıyıcı Tarama ve Hemoglobinopati Tarama Programı [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/evlilik-oncesi-sma-tasiyici-tarama-programi.html>

154. Aksan A, Açıkgöz A. Prekonsepsiyonel bakımda erkeğin rolü ve önemi. Gumushane Univ J Health Sci. 2019;8(3):350-6. [Internet]. [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kashed/issue/69247/1013832>
155. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Preconception health and health care: men's health [Internet]. Atlanta: CDC; 2020 [Erişim Tarihi: 13 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>
156. Alkhatib B, Agraib LM, Al Hourani H, Hasan H. Assessing the provision of preconception care knowledge, attitudes, and practice among Jordanian women of reproductive age. SAGE Open [Internet]. 2024 [Erişim Tarihi: 24 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/21582440241245221>
157. Ergi EÇ, Şahin MK. Gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ve ilişkili faktörler. TJFMPC. 2023;17(1):139-49.
158. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy [Internet]. [Erişim Tarihi: 24 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22173331/>
159. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de Bruin KM, le Cessie S, Assendelft WJJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Womens Health Issues. 2008;18(6 Suppl):S117-25.
160. Hillemeier MM, Downs DS, Feinberg ME, Weisman CS, Chuang CH, Parrott R, ve ark. Improving women's preconceptional health: findings from a randomized trial of the Strong Healthy Women intervention in the Central Pennsylvania Women's Health Study. Womens Health Issues. 2008;18(6 Suppl):S87-96.
161. Ergi EÇ. Türkiye'deki gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumları ve ilişkili faktörler. Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun; 2021. [Internet]. [Erişim Tarihi: 27 Ekim

- 2025]. Erişim adresi: <https://avesis.omu.edu.tr/yonetilen-tez/a87f6f0f-60bd-44cf-9469-345d19cc1010/turkiyedeki-gebelerin-prekonsepsiyonel-bakim-ve-danismanlik-alma-durumlari-ve-iliskili-faktorler>
162. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *Health Serv Res.* 2008;43(1 Pt 1):54-75.
163. akmak P, Minareci Y, Yuva O, Var T, Gngr T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik ncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. [Internet]. [Erişim Tarihi: 24 Kasım 2025]. Erişim adresi: https://jag.journalagent.com/tjod/pdfs/TJOD_3_3_157_161.pdf
164. akır H. The evaluation of knowledge levels of folic acid use in the preconceptional period among 18–49 years old women and female health professionals applying to Van Yüzüncü Yıl University Dursun Odabaş Medical Center Family Medicine Polyclinics. Yüksek Lisans Tezi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi; 2022. [Internet]. [Erişim Tarihi: 24 Kasım 2025]. Erişim adresi: <https://avesis.yyu.edu.tr/yonetilen-tez/60f4f99a-4c2e-4a18-b26f-3193930e5cc7/van-yuzuncu-yil-universitesi-tip-fakultesine-basvuran-18-49-yas-kadinlar-ile-kadin-saglik-calisanlarinin-prekonsepsiyonel-donemde-folik-asit-kullanimi-konusunda-bilgi-duzeylerinin-degerlendirilmesi>

8. ÖZET

Amaç: Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18–49 yaş arası evli kadınların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumlarını belirlemek, bu hizmetin yaygınlık düzeyini ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki çalışma, Antalya ilindeki çeşitli birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran, şu anda gebe olmayan 18–49 yaş arası evli kadınlar üzerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini, çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü bireyler oluşturmuştur. Veriler, araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Anket, sosyodemografik özellikler, sağlık alışkanlıkları, gebelik öyküsü, prekonsepsiyonel bakım farkındalığı ve hizmet alma durumlarına ilişkin sorulardan oluşmuştur. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki-kare testi ve uygun durumlarda parametrik veya non-parametrik karşılaştırmalar kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $34,4 \pm 8,4$ olup, %49,5'i çalışmakta, %77,2'si lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir. Katılımcıların yalnızca %28,3'ünün gebelik öncesi bakım hakkında bilgi sahibi olduğu, %16,9'unun ise herhangi bir zamanda bu hizmeti aldığı belirlenmiştir. Gebelik öncesi danışmanlık alan kadınların büyük bölümü bu hizmeti kadın doğum uzmanlarından alırken, aile hekimlerinden danışmanlık alma oranı düşüktür. Eğitim düzeyi ve çalışma durumu ile prekonsepsiyonel bakım farkındalığı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Katılımcıların önemli bir kısmı, prekonsepsiyonel bakımın gerekli olduğunu düşünmekte ancak bu konuda bilgilendirilmediklerini ifade etmiştir.

Sonuç: Çalışma, prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinden yararlanma oranının düşük olduğunu ve farkındalık düzeyinin yetersiz kaldığını göstermektedir. Birinci basamakta aile hekimlerinin bu alandaki danışmanlık rollerinin güçlendirilmesi, evlilik öncesi ve doğurganlık çağındaki bireylerde bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması gerekmektedir. Prekonsepsiyonel bakımın rutin bir birinci basamak hizmeti olarak uygulanması, anne ve bebek sağlığında önemli kazanımlar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım, gebelik öncesi danışmanlık, aile hekimliği, birinci basamak, kadın sağlığı.



9. ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the preconception care and counseling status of married women aged 18–49 years who applied to primary health care services, to determine the prevalence of service utilization, and to identify the factors influencing these behaviors.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted among non-pregnant married women aged 18–49 years who visited various primary health care services in Antalya province. Participants were selected on a voluntary basis. Data were collected through face-to-face interviews using a structured questionnaire developed by the researcher based on current literature. The questionnaire included items on sociodemographic characteristics, health habits, pregnancy history, preconception care awareness, and service utilization. Descriptive statistics, chi-square test, and appropriate parametric or non-parametric analyses were used for data evaluation.

Results: The mean age of participants was $34,4 \pm 8,4$ years; 49,5% were employed and 77,2% had at least a high-school education. Only 28,3% of the participants had prior knowledge about preconception care, and 16,9% had ever received such counseling. Most women who received counseling reported obstetricians as their main source, while the proportion obtaining counseling from family physicians was relatively low. There was a significant association between educational and employment status and preconception care awareness ($p < 0.05$). A majority of participants considered preconception care necessary but stated that they had not been informed adequately.

Conclusion: The findings indicate that the utilization rate and awareness level of preconception care among women of reproductive age remain insufficient. Strengthening the role of family physicians in providing preconception counseling and integrating preconception care into routine primary health care services are essential steps to improve maternal and neonatal health outcomes.

Keywords: Preconception care, pre-pregnancy counseling, family medicine, primary health care, women's health.

10. EKLER

Ek 1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakóltesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Onayı

Kişisel verilerin korunması nedeniyle etik kurul onayı fotoğrafı kaldırılmıştır.



**EK 2. Akdeniz Üniversitesi Tıbbi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Asgari
Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

a. Araştırmanın Adı:

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine Başvuran 18-49 Yaş Arası Evli Kadınların
Prekonsepsiyonel Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi

b. Araştırmanın İçeriği:

Prekonsepsiyonel bakım, gebelik öncesi dönemde kadınların ve çiftlerin genel sağlık durumunu iyileştirmeyi ve anne ile çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri azaltmayı amaçlayan hizmet ve müdahaleleri kapsamaktadır.

Prekonsepsiyonel bakım, anne ve bebek sağlığını iyileştirmeye yönelik en maliyet-etkin ve önleyici müdahalelerden biri olmasına rağmen, pek çok çalışmada bu hizmetin hem toplum hem de sağlık çalışanları düzeyinde yeterince tanınmadığı ve yaygınlaştırılamadığı gösterilmiştir. Bu nedenle, kadınların bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim programları ile birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmiş yapılandırılmış prekonsepsiyonel bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması büyük önem taşımaktadır.

Ülkemizde bu konudaki veri eksikliği de göz önünde bulundurularak, bu çalışma ile birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran kadınların prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumlarının değerlendirilmesi, prekonsepsiyonel bakım hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutumlarının incelenmesi ve bu konuda farkındalık oluşturulması amaçlanmaktadır.

c. Araştırmanın Amacı:

Bu tez çalışmasında birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran 18-49 yaş arası evli kadınların gebelik öncesi bakım hakkında bilgi düzeyleri ve daha önce birinci basamakta gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alıp almadıkları araştırılmak

istenmektedir. Aynı zamanda kadınlarda gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgi ve farkındalık düzeyini arttırmak amaçlamaktadır.

d. Araştırmanın Nedeni: (x) Tez çalışması

e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 12 ay

f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: Yapılan güç analizi sonucunda çalışmaya dâhil edilmesi gereken minimum örneklem sayısı 317 olarak belirlenmiştir.

g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yok.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Beklenen risk ve rahatsızlık yok.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Her bir katılımcı için direkt yarar yoktur. Ancak elde edilen veriler, toplum yararına eğitimlerde kullanılabilir.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarım konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı-Soyadı:

Telefon:

5. Zararların Karşlanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Hüseyin AVCI tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
 - Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
 - Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.
8. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

9. Gizlilik:

Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

10. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak

açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

Ek 3. Anket Formu

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE BAŞVURAN 18-49 YAŞ ARASI EVLİ KADINLARIN PREKONSEPSİYONEL BAKIM ALMA DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın katılımcı;

Bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bir tez çalışması anketidir. Bu anket 18-49 yaş arası kadınların gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma durumlarını değerlendirmek ve gebelik öncesi bakım hakkında farkındalık oluşturmak amacıyla hazırlanmıştır. Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu anket aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla kullanılacaktır.

Verilerin doğru elde edilmesini sağlamak için lütfen tüm soruları sizin için en uygun şıkla işaretleyerek yanıtlayınız.

Bu konuda göstermiş olduğunuz ilgi ve yardımlarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

1. Yaşınız:

2. Boyunuz:

3. Kilonuz:

4. Eğitim Durumunuz:

- ☐ Okur-yazar değil
☐ İlköğretim/Ortaöğretim
☐ Üniversite/Yüksekokul

- ☐ Okur-yazar
☐ Lise

5. Eşinizin Eğitim Durumu:

- ☐ Okur-yazar değil
☐ İlköğretim/Ortaöğretim
☐ Üniversite/Yüksekokul

- ☐ Okur-yazar
☐ Lise

6. Mesleğiniz:

7. Ailenizin aylık gelir düzeyini nasıl değerlendirirsiniz?

- ☐ 0 - 30.000 tl
☐ 30.000 - 90.000 tl
☐ 90.000 tl ve üzeri

8. Kronik hastalık/hastalıklarınız (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, astım, epilepsi vb.) var mı? (Yanıtınız “evet” ise kronik hastalık/hastalıklarınızı belirtiniz.)
- ☐ Evet ☐ Hayır
9. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman varsa kronik hastalıklarınızın (diyabet, hipertansiyon, tiroid hastalığı, astım, epilepsi vb.) kontrol altında tutulması gerektiği konusunda bilgilendirildiniz mi?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
10. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı? (Yanıtınız “evet” ise kullandığınız ilaç/ilaçları belirtiniz.)
- ☐ Evet ☐ Hayır
11. Hekimler tarafından, gebelik öncesi reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanımlarınız sorgulanarak bunların gebelikte kullanımları ile ilgili bilgilendirmede bulunuldu mu?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
12. Sigara kullanıyor musunuz?
- ☐ Evet/gün
- ☐ Hayır
- ☐ Bıraktım/yıl önce
13. Sigara kullanmıyorsanız pasif sigara içimine maruz kalıyor musunuz?
- ☐ Evet ☐ Hayır
14. Hekimler tarafından, sigara kullanımının/maruziyetinin size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce sigarayı bırakmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
15. Alkol kullanıyor musunuz?
- ☐ Evet/haftada
- ☐ Hayır
- ☐ Bıraktım/yıl önce
16. Hekimler tarafından, alkol/madde kullanımının size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce alkol/madde kullanımını bırakmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

17. İş yerinizde veya yaşadığınız yerde kimyasal madde/radyasyon vb. zararlı maddelere maruz kalıyor musunuz? (Yanıtınız “evet” ise zararlı maddeyi belirtiniz.)
- ☐ Evet ☐ Hayır
18. Hekimler tarafından, zararlı maddelere çevresel maruziyetin size ve bebeğinize olası zararları ve gebe kalmadan önce bunlardan korunmanın önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
19. Düzenli egzersiz (haftada beş gün en az 30 dk egzersiz) yapıyor musunuz ?
- ☐ Evet ☐ Hayır
20. Hekimler tarafından, gebelik öncesi sağlıklı beslenme ve düzenli egzersizin önemi hakkında bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
21. Hekimler tarafından, obez veya fazla kilolu olmanın anne ve çocuk sağlığı üzerine etkileri ve bu durumlarda gebe kalmadan önce kilo vermenin önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
22. Daha önce hekime başvurmayı gerektirecek düzeyde psikolojik stres yaşadınız mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır
23. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman psikolojik sağlığın korunmasının ve desteklenmesinin önemi ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
24. Aşağıdakilerden hangilerine yönelik aşılama/bağışıklamanızın olduğuna eminsiniz?
- ☐ Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak ☐ Su çiçeği
☐ Hepatit B ☐ Tetanoz
☐ Aşılardan hiçbirini olmadım ☐ Aşılanma durumumu bilmiyorum
25. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman aşılanma/bağışıklama durumunuzun belirlenmesi ve kızamıkçık başta olmak üzere eksik bağışıklamaların tamamlanmasının önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim
26. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından tarama, tetkik ve muayenenin önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?
- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

27. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman kan tahlili yapıp demir eksikliği anemisi, tiroid hormon bozukluğu vb. durumların taranmasının ve tedavi edilmesinin önemi hakkında bilgilendirme yapıldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

28. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman folik asit kullanmanız gerektiği konusunda bilgilendirme yapıldı mı? (Bebğin sinir sisteminin gelişiminin desteklenmesi amacıyla gebe kalmadan 3 ay önce folik asit kullanılmaya başlanması önerilmektedir.)

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

29. Daha önce gebe kaldıysanız ilk gebeliğinizde gebelikten önceki 3 ay folik asit kullandınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

30. Eşinizle akraba mısınız? (Yanıtınız “evet” ise akrabalık derecesini belirtiniz.)

☐ Evet

☐ Hayır

31. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman genetik danışmanlık gerekip gerekmediği konusunda bilgilendirme yapıldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

32. Hekimler tarafından, gebe kalmayı planladığınız zaman eşinizin de sağlık kontrolünden geçmesinin ve baba sağlığının önemi konusunda bilgilendirme yapıldı mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

33. Herhangi bir sağlık çalışanı tarafından size “Önümüzdeki bir yıl içinde gebe kalmayı düşünüyor musunuz?” şeklinde bir soru yöneltildi mi?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Emin değilim

34. Yöneltiliyse kim tarafından yöneltilti?

☐ Aile Hekimi

☐ Ebe/Hemşire

☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

☐ Diğer:

35. Gebelik planlamadığınız dönemde korunma yöntemleriyle ilgili herhangi bir sağlık çalışanından bilgi aldınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Gebelik planlamadığım bir dönem olmadı

36. Bilgi aldıysanız kimden aldınız?

☐ Aile Hekimi

☐ Ebe/Hemşire

☐ Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı

☐ Diğer:

37. Gebelik planınız var mı?

- ☐ Şu anda gebelik planım mevcut
☐ 1-3 yıl içinde gebe kalmayı planlıyorum
☐ 4 yıl veya daha uzun süre sonra gebe kalmayı planlıyorum
☐ Henüz bir karar vermedim
☐ Bundan sonraki süreçte gebe kalmayı düşünmüyorum

38. Gebelik planınız yoksa doğum kontrol yöntemi kullanıyor musunuz? (Doğum kontrol hapi, kondom, RİA(spiral), tüp bağlama, deri altı implant, iğne şeklinde hormon, geri çekilme yöntemi vb.)

- ☐ Evet, düzenli kullanıyorum;
Kullandığınız yöntem/yöntemler:
☐ Düzenli olmasa da ara ara kullanıyorum;
Kullandığınız yöntem/yöntemler:
☐ Hayır, herhangi bir yöntem kullanmıyorum

39. Hiç gebe kaldınız mı?

- ☐ Evet;
Gebelik sayısı: Doğum sayısı: Düşük sayısı: Kürtaj sayısı:
☐ Hayır

40. Gebe kaldıysanız bunlar içerisinde planlanmayan gebelik var mıydı?

- ☐ Plansız gebeliğim yoktu ☐ 1 kez plansız
gebeliğim oldu ☐ Birden fazla plansız gebeliğim oldu

41. Evlilik için sağlık raporunu kimden aldınız?

- ☐ Kayıtlı olduğum aile hekimimden ☐ Farklı bir aile hekiminden
☐ Diğer.....

42. Evlilik için sağlık raporu alırken size gebelik öncesi bakım ile ilgili bilgilendirme yapıldı mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

43. Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık kavramını duymuş muydunuz?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

44. Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldınız mı?

- ☐ Evet ☐ Hayır ☐ Emin değilim

45. Gebelik öncesi bakım aldıysanız ne zaman aldınız?

- ☐ Evlenmeden önce
☐ Evlendikten sonra / Gebe kalmadan önce
☐ İlk gebeliğimden sonra

46. Gebelik öncesi bakım almadıysanız sizce nedeni nedir?

- | | |
|---|---|
| ☐ Bu konuda bilgimin olmaması | ☐ İhtiyaç hissetmeme |
| ☐ Gereksiz bir uygulama olduğunu düşünme | ☐ Sağlık güvencesi yokluğu |
| ☐ Diğer | |

