



# Evaluation of Preconceptional Care in the City Centre of Adana

## Adana Şehir Merkezinde Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi

Saliha Barutçu<sup>\*1</sup>, Sevgi Özcan<sup>2</sup>, Nafiz Bozdemir<sup>2</sup>

### ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to evaluate the preconception care related to risk screening and counseling for the pregnant women registered to the family physicians in Adana. **Method:** The study sample consisted of 250 pregnant women who were registered to 48 family physicians at 20 randomly selected family health centers in the central districts of the province of Adana and agreed to participate in the study. A questionnaire form created by the authors was used to evaluate sociodemographic data and preconceptional status. **Results:** The mean age of the pregnant women was 27.8 ±5.6 years. The participants who were 18 or younger (2.8%) and those who were 35 or older (12.8%) were considered as the risk group. Of the participants, 6.8% declared that they had close-kin marriage, 8.4% had a chronic disease, 10.8% smoked, 4.8% had prescription medication, and 3.6% used non-prescription medication. Of the pregnant women, 5.2% had a history of preterm birth, 2.4% had more than three miscarriages, and 3.2% had a history of a disease that could endanger pregnancy in previous pregnancies. Pregnancy was not planned for 10.8% of the pregnant women; the inter-pregnancy interval was shorter than 24 months in 8.9% and longer than 60 months in 27.4%. Of those who indicated that they had received counseling services before getting pregnant, 35.4% were counseled by a family physician, 29.5% by an obstetrician/gynecologist, 27.5% by a nurse/midwife, 7.6% by other healthcare personnel. The subjects about which they had received counseling were nutrition (22.0%), vitamin use (20%), medication use (13.4%), vaccination (12.6%), exercise (9.5%), consanguineous marriage (6.3%), smoking, alcohol, or substance use (6%), chronic diseases (5.6%), genetic diseases (2.4%), and other issues (2.2%). **Conclusion:** Only one-tenth of pregnancies were not planned even though participating pregnant women had risk factors such as age, obstetric history, chronic disease, and medication use. Most of them had received counselling on different topics from a family physician, obstetrician/gynecologist, or nurse/midwife before pregnancy.

**Key words:** Family medicine, pre-pregnancy, preconception care, counselling, screening

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada, Adana'daki aile hekimlerine kayıtlı gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Örneklemi Adana ili merkez ilçelerinden rastgele seçilen 20 aile sağlığı merkezinden çalışmaya katılmaya onay veren 48 aile hekimine kayıtlı gebelerden çalışmayı kabul edenler (n=250) oluşturdu. Araştırmada sosyodemografik verileri ve prekonsepsiyonel durumu değerlendiren tarafımızca oluşturulan bir anket formu kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,8±5,6 yıldır. Gebelerin %2,8'i 18 yaş ve altı, %12,8'i 35 yaş ve üzeri olup riskli gruba girmekteydi. Katılımcıların % 6,8'i birinci dereceden akraba evliliği olduğunu, % 8,4'ü kronik bir hastalığının olduğunu % 10,8'i sigara kullandığını, % 4,8'i sürekli kullandığı ilaçlar olduğunu, % 3,6'sı reçetesiz ilaç kullandığını bildirdi. Gebelerin % 5,2'sinin erken doğum, % 2,4'ünün üçten fazla düşük, % 3,2'sinin önceki gebeliklerinde gebeliğini tehlikeye sokacak hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Gebelerin %10,8'sinin gebeliği planlı değildi ve % 8,9'unun gebelik aralığı 24 aydan kısa, % 27,4'ünün gebelik aralığı 60 aydan uzundu. Gebe kalmadan önce danışmanlık hizmeti aldığını belirten gebelerden; %35,4'ü aile hekiminden, %29,5'i kadın doğum uzmanından, % 27,5'i ebeden/ hemşireden, % 7,6'sı da diğer sağlık çalışanlarından danışmanlık aldığını belirtmişti. Danışmanlık alınan konular sırasıyla beslenme (%22,0), vitamin kullanımı (%20), ilaç kullanımı (%13,4), aşılamaya (%12,6), egzersiz (%9,5), akraba evliliği (%6,3), sigara, alkol, madde kullanımı (%6), kronik hastalıklar (%5,6), genetik hastalıklar (%2,4), diğer (%2,2) şeklinde belirlenmiştir. **Sonuç:** Katılımcıların yaş, obstetrik öykü, kronik hastalık, ilaç kullanımı gibi konularda riskleri bulunmakla birlikte sadece onda birinin gebeliği planlı değildir. Çoğu, gebelik öncesinde aile hekimlerinden, kadın doğum uzmanlarından ve ebe/hemşirelerden farklı konularda danışmanlık almışlardır.

**Anahtar kelimeler:** Aile hekimliği, gebelik öncesi, prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık, tarama

Received / Geliş tarihi: 04.02.2021, Accepted / Kabul tarihi: 18.03.2021

<sup>1</sup> Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adana, TÜRKİYE.

<sup>2</sup> Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, TÜRKİYE.

\*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Saliha Barutçu, Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adana, TÜRKİYE.

E-mail: [salihaarslan\\_09@hotmail.com](mailto:salihaarslan_09@hotmail.com)

Barutçu S, Özcan S, Bozdemir N. Adana Şehir Merkezinde Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 390-397.

DOI: 10.21763/tjfm.874061

## GİRİŞ

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım, anne ve fetus için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan koruyucu bir hizmettir.<sup>1</sup> Doğurgan çağdaki tüm kadınlara ve eşlerine (çocuk sahibi olmayı düşünsünler ya da düşünmesinler) bu konuda sağlık mesajları vermeyi amaçlayan bu bakım çoğunlukla gebelik planlayanlara daha yoğun biçimde ulaştırılan fiziksel değerlendirme ile başlayıp risk taramasıyla devam eden ve içerisinde danışmanlığı da barındıran bir süreçtir.<sup>2</sup> Fiziksel değerlendirme ile (boy ve kilo ölçümü, tansiyon ölçümü, meme muayenesi ve pelvik muayene) kişinin gebelik durumunda karşılaşılabileceği birçok risk (obezite, hipertansiyon vb.) ortaya konabilmektedir. Risk taraması ile çevresel toksin ve teratojenler, beslenme ve folik asit, genetik, madde kullanımı (tütün ve alkol kullanımı dahil), tıbbi durumlar ve ilaç kullanımı, enfeksiyöz hastalıklar ve aşılar, psikososyal kaygılar sorgulanmakta, var olan riskler ortaya konularak farkındalık artırılmakta, bu konularda bireye/çifte danışmanlık verilebilmekte ve dolayısıyla gebelik öncesi gerekli önlemler alınabilmektedir.<sup>2</sup>

Aile hekimleri kadınlarla ilgili sağlık sorunlarını belirleme dolayısıyla prekonsepsiyonel bakım hizmeti verme konusunda çok sayıda fırsata sahiptir.<sup>3-5</sup> Gebelik öncesi bakım hizmetinin verileceği, daha da önemlisi başlayacağı ilk nokta birinci basamak olmasına karşın bu konuda ülkemizde ulusal düzeyde standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu çalışmada sahada görev yapmakta olan aile hekimlerine kayıtlı gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (03.04.2015-41/5) ve

Adana İl Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığından izin alındı.

Araştırma evrenini, Adana İli Merkez İlçelerinde görev yapan aile hekimlerine (n=450) kayıtlı gebeler oluşturdu. Merkezde bulunan 125 Aile Sağlığı Merkezi'nden rastgele yöntemle belirlenen 20'sinde çalışan toplam 80 aile hekimine ulaşıldı. Aile hekimlerine araştırma hakkında bilgi verilerek 1 Ocak-31 Mart 2016 kendilerine kayıtlı en az beş gebe ile görüşüleceği söylendi. Örneklemi çalışmaya onay veren 48 aile hekimine kayıtlı gebelerden çalışmayı kabul edenler (n=250) oluşturdu.

Araştırmada tarafımızca oluşturulan, sosyodemografik verileri ve prekonsepsiyonel durumlarını risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından sorgulayan bir anket kullanıldı. Anketler gebelerin yazılı ve sözel onamları olarak yüz yüze uygulandı.

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

## BULGULAR

Çalışmamıza katılan 250 gebenin yaş ortalaması 27,8±5,6 (16 - 43) yıl idi. Gebelerin %2,8'i 18 yaş ve altında, %12,8'i 35 yaş ve üzerinde olup riskli gruba girmekteydi. Katılımcıların % 99,6'sı evliydi ve evli olanların % 6,8'inin birinci dereceden % 4,8'inin ikinci dereceden akraba evliliği vardı. Eğitim yılı ortalaması 9,02 ±3,9 (0-15) yıl olan katılımcıların % 2,4'ü okula hiç gitmemişti. Katılımcıların % 82,4'ü çalışmıyordu; %65,2'sinin çocuğu vardı (Tablo 1). Katılımcıların % 8,9'unun gebelik aralığı 24 aydan kısa, % 27,4'ünün gebelik aralığı 60 aydan uzun olup toplamda % 36,3'ü riskli gruba girmekteydi.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı**

Sosyodemografik özellikler		n	%
Yaş grupları	18 yaş ve altı	7	2,8
	19-34	211	84,4
	35 yaş ve üzeri	32	12,8
Eğitim düzeyi (N=244)	İlkokulu bitirmemiş	11	4,4
	İlkokul mezunu	71	28,4
	Ortaokul mezunu	38	15,2
	Lise mezunu	82	32,8
	Üniversite mezunu	42	16,8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	206	82,4
	Çalışıyor	44	17,6
Medeni durum	Evli	249	99,6
	Bekar	1	0,4
Akraba evliliği	Yok	221	88,4
	Var 1. Derece	17	6,8
	Var 2. Derece	12	4,8
Çocuk	Var	163	65,2
	Yok	87	34,8
Çocuk sayısı (N=157)*	1	91	58,0
	2	52	33,1
	3	13	8,3
	4	1	0,6

\*Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların % 45,6'sı sağlık durumunu çok iyi, % 52'si orta, % 2,4'ü kötü olarak tanımladı. Gebelerin % 10,8'i halen sigara içtiğini % 2,4'ü sigarayı bıraktığını belirtti. Gebelerin % 8,4'ünün kronik hastalığı bulunmaktaydı (Tablo 2). % 4,8'inin sürekli kullandığı ilacı vardı, % 3,6'sı da zaman zaman reçetesiz ilaç kullandığını bildirdi. Gebelerin

%2'si işyerinde, %4,8'i ise evde sağlığa ve gebeliğe zararlı maddelere maruz kaldığını, %39,6'sı pasif sigara içiciliğine maruz kaldığını, %7,6'sı evde hayvan beslediğini, %3,2'si gebelikten önceki bir ay içinde röntgen/nükleer tıpta tetkik yaptırdığını, %3,2'si gebelikten önceki üç ay içinde aşı olduğunu bildirdi.

**Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumu ve sağlık durum algıları**

		n	%
Vücut kitle indeksi (N=229)*	18.49 ve altı	6	2,4
	18.5-24.99	90	36,0
	25.0-29.99	85	34,0
	30.0-39.99	43	17,2
	40.0 ve üzeri	5	2,0
Sağlık durumu algısı (N=250)	Çok iyi	114	45,6
	Orta	130	52,0
	Kötü	6	2,4
	Çok kötü	0	0,0
Sigara kullanımı (N=250)	Halen içiyor	27	10,8
	Hiç içmiyor	217	86,8
	Gebelik dolayısı ile bırakmış	6	2,4
Kronik hastalık varlığı (N=250)	Evet	21	8,4
	Hayır	229	91,6
Gebelikten önceki 1 ay içinde radyasyon maruziyeti	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8
Gebelikten önceki 3 ay içinde aşı olma durumu	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8

\* Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan gebelerin % 5,2'sinin erken doğum öyküsü; % 2,4'ünün üçten fazla düşük öyküsü; % 3,2'sinin önceki gebeliklerinde

gebeliğini tehlikeye sokacak hastalık öyküsü; % 38'inin sezaryen öyküsü vardı. Gebelerin % 10,8'inin gebeliği planlı değildi (Tablo 3).

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Erken doğum öyküsü</b>	Evet	13	5,2
	Hayır	237	94,8
<b>Üçten fazla düşük öyküsü</b>	Evet	6	2,4
	Hayır	244	97,6
<b>Önceki gebeliklerde gebeliği tehlikeye sokacak hastalık öyküsü</b>	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8
<b>Sezaryen öyküsü</b>	Evet	95	38,0
	Hayır	155	62,0
<b>Gebeliği planlı mıydı?</b>	Evet	223	89,2
	Hayır	27	10,8

Gebe kalmadan önce danışmanlık hizmeti aldığını belirten gebelerden % 35,4'ü aile hekiminden, % 29,5'i kadın doğum uzmanından, % 18,5'i ebeden, % 9'u hemşireden, % 7,6'sı da diğer sağlık

çalışanlarından danışmanlık aldığını belirtti. En yüksek oranlarda beslenme ve vitamin takviyesi konularında danışmanlık alındığı saptandı (Tablo 4).

<b>Konular</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Beslenme</b>	152	22,0
<b>Vitamin takviyesi</b>	139	20,0
<b>İlaç kullanımı</b>	93	13,4
<b>Aşılama</b>	87	12,6
<b>Egzersiz</b>	66	9,5
<b>Akraba evliliği</b>	44	6,3
<b>Sigara/alkol/madde kullanımı</b>	41	6,0
<b>Kronik hastalık</b>	39	5,6
<b>Genetik geçişli hastalıklar</b>	17	2,4
<b>Diğer</b>	15	2,2
<b>Toplam</b>	693*	100,0

\* Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebildiğinden toplam sayı katılımcı sayısından fazladır.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda Adana ili merkez ilçelerinde sahada görev yapmakta olan aile hekimlerinin takibindeki gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumları risk faktörleri ve danışmanlık boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

Adölesan gebeliklerde anemi, intrauterin gelişme geriliği, preterm eylem, bebek ölüm risklerinin,35 yaş üzeri gebeliklerde ise gestasyonel diyabetes mellitus, hipertansif hastalıklar, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği, fetal anöploidi risklerinin arttığı bilinmektedir.<sup>6</sup> Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması Türkiye ortalaması ile uyumludur.<sup>7</sup> Ancak çalışmamıza katılan gebelerin

yaklaşık %16'sı yaşları nedeniyle riskli gruba girmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı % 8,5 olup çalışmamızda bu oran düşük kalmıştır.<sup>8</sup> Yapılan çalışmalarda akraba evliliği yapan popülasyonda genetik hastalık riski genel topluma göre daha yüksektir. Akraba evliliği genel popülasyonda var olan %2-5'lik anomalili bebek doğurma riskini yaklaşık olarak iki kat artırır.<sup>9</sup>

Diğer bir risk düşük eğitim ve çalışmama durumudur. Eğitim yılı ortalaması 9,02 ±3,9 yıl olan katılımcıların %82,4'ü çalışmıyordu. Yapılan

çalışmalarda ileri yaş, daha fazla gebelik ve çocuk sayısı, düşük eğitim durumu, herhangi bir işte çalışmama ve kırsal kesimde yaşama daha fazla plansız gebelik oranıyla ilişkili bulunmuştur.<sup>10-12</sup>

Gebelik aralığı açısından katılımcıların % 36,3'ü riskli gruba girmekteydi. Kısa gebelik aralığı olanlarda, perinatal ve infant mortalitesinin yüksek olduğu, hatta 12 aydan kısa olanlarda perinatal mortalitenin 3-4 misli, infant mortalitesinin ise 2 misli arttığı bildirilmiştir.<sup>13-19</sup> Süre iki yıldan kısa olduğunda annede anemi, erken doğum, perinatal ve infant mortalitesinde artış, gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı infant doğurma gibi riskler; süre beş yılı geçtiğinde ise konjenital anomali riskinde artış, düşük doğum ağırlığı, otizm, ölü doğum, neonatal ölüm gibi bazı riskler artmaktadır.<sup>20</sup> 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre; Türkiye'de doğum aralıklarının uzun ve ortanca doğum aralığının 44 ay olduğunu göstermektedir. İlk doğum dışında kalan doğumların yaklaşık üçte ikisi, bir önceki doğumdan en az 3 yıl sonra meydana gelirken, yaklaşık % 19'u ise bir önceki doğumdan 24-35 ay sonra gerçekleşmiştir. Doğumların % 18'i bir önceki doğumdan kısa bir süre sonra yani 24 aydan daha az bir süre sonra gerçekleşmiştir. TNSA 2013 ve TNSA 2018 değerleri karşılaştırıldığında ortanca doğum aralığının aynı oranda kaldığı görülmüştür. Genel olarak genç kadınların doğum aralıklarının yaşlı kadınlara göre daha kısa olduğu görülmüş olup doğum aralığı 24 aydan kısa olan kadınların oranı 20-29 yaş aralığında % 24 iken 30-39 yaş aralığında % 14 olarak bulunmuştur. Yine TNSA 2018 verilerine göre doğum aralığının kısa olması ile yerleşim yeri, bölge, eğitim ve refah durumu arasında tutarlı bir ilişki bulunmuştur. Toplam doğurganlık hızının yüksek olduğu bölgelerde doğum aralıklarını daha kısa, hızın düşük olduğu yerlerde doğum aralıklarının daha uzun olduğu görülmüştür.<sup>21</sup> Çalışmamız ile Türkiye verileri karşılaştırıldığında çalışmamızda kısa aralıklı doğum oranı Türkiye verilerine göre düşüktür.

Kronik hastalığının bulunması gebelik öncesi iyi yönetilmesi gereken bir durumdur. Diabetes mellitus, kronik hipertansiyon, depresyon, anksiyete bozuklukları ve diğer teratojenik ilaç kullanımı gerektiren hastalıklar belirlenmeli ve danışmanlık verilmelidir.<sup>22</sup> Çalışmamızda gebelerin %8,4'ünün kronik hastalığı bulunmaktaydı. Yapılan çalışmalar, kan şekeri kontrol altında olmayan diyabet hastası kadınların (HbA1C % 7'nin üzerinde) ilk trimesterde spontan abortus ve major konjenital malformasyon riskinin arttığını göstermektedir (major kardiyak anomaliler, sakral agenezi, spina bifida, anensefali vb.). Bu malformasyonlar için kritik dönem son adet tarihinden itibaren 5-8. haftalardır.<sup>23</sup> Gebelik sırasında da preeklampsi, preterm doğum, makrozomi, doğum yaralanmalarına sebep

olabilmektedir.<sup>23</sup> Prekonsepsiyonel dönemde glisemik kontrol bu açıdan çok önemlidir. Hipertansiyonun da gebelik sırasında birçok komplikasyona yol açtığı bilinmektedir. Bunlar; eklampsi, preeklampsi, santral sinir sistemi kanamaları, kardiyak dekompanzasyon ve renal fonksiyon bozukluğu gibi problemlerdir.<sup>22,24</sup> Aynı zamanda erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, plasental ablasyon gibi sorunlara da yol açabilmektedir. Farkındalık, gebelik öncesi bakımın en önemli parçalarındandır. Tutum kazanma ve farkındalık, aile hekimliği tıp disiplinin 'hastanın güçlendirilmesini teşvik eder' ilkesiyle birebir örtüşmektedir. Kişiye bir konu hakkında ayrıntılı bilgi verip, becerisini arttırmak, tutum kazanmasını sağlamak ve bu tutumu uygulaması amaçlanır. Kişinin prekonsepsiyonel kan şekeri kontrolü konusunda bilgi ve beceri kazanması buna en iyi örnektir.

Hastalıklar kendi başına birtakım riskleri arttırdığı gibi, tedavisinde kullanılan ilaçlar da aynı şekilde etkileyebilmektedir.<sup>25</sup> Çalışmamızda gebelerin % 4,8'inin sürekli kullandığı ilacı bulunurken, % 3,6'sının zaman zaman reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır. Günümüzde gebelerin % 90'dan fazlasının en az bir reçeteli veya tezgah üstü satılan ilaç kullandıkları ve bu kullanımının yaklaşık % 80'inin organogenez periyodunun da içinde bulunduğu ilk trimester içinde gerçekleştiği saptanmıştır. Gebelikte herhangi bir zamanda kullanılan ilaç çeşidi 1976-1978 yıllarında ortalama 2,5 iken, 2006-2008 yıllarında bu oran % 68'lik bir artış ile 4,2 olmuştur.<sup>26</sup> Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre gebelikte en sık kullanılan ilaçlar antidepressanlar, antibiyotikler ve anti epileptikler olarak saptanmıştır.<sup>25</sup> Gebelik öncesi bakım kavramı içeriği dolayısıyla öncelikli olarak bir risk taramasıdır. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik yapılacak kişi merkezli bakım ile en iyi risk taramasını yapacak kişi aile hekimidir. Yapılan yalnızca sorgulama dahi kişinin gebeliğinde karşılaşılabileceği birçok tıbbi sorun için öngörü oluşturacaktır. Bu durum kullandığı ilaçların düzenlenmesi, kronik hastalıklarının yönetimi açısından son derece önemlidir.

Gebelerin % 10,8'i halen sigara içmekte iken, % 2,4'ü sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Ancak sigarayı bırakanların gebeliği öğrendikten sonra bıraktığı bilindiğinden gebeliğini öğrenene kadarki süre boyunca embriyonun sigaraya maruz kaldığı söylenebilir. Sigara kullanımı; düşük, düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalite risklerini arttırmaktadır. Anne günde bir paketten daha az sigara içiyorsa, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski % 50 artıyorken bir paketten fazla içiyorsa % 130



artmaktadır. <sup>27,-30</sup> Hollanda'da 259 katılımcı ile gerçekleştirilen prospektif kohort bir çalışmada gebe kalmayı planlayan kadınlarda aile hekimi ziyaretinde öneri ile sigara kullanımının azaldığı saptanmıştır. <sup>31</sup> Aile hekimleri kişilerle ilk tıbbi temas noktası olup tekrarlayan ziyaret olanağı bulması açısından, prekonsepsiyonel bakım dahilinde olan değiştirilebilecek risk faktörlerinin değiştirilebileceği en önemli basamaktır. Hastalarla sürekli ilişki halinde olmak bu konuda önemli avantaj sağlamaktadır.

Gebelikte işyerinde, evde sağlığa ve gebeliğe zararlı maddelere maruz kalınması, pasif sigara içiciliğine maruz kalınması, evde hayvan beslenmesi, gebelikten önceki bir ay içinde röntgen/nükleer tıpta tetkik yaptırılması, gebelikten önceki üç ay içinde canlı aşı olunması embriyonun veya fetusun, çevresel toksinlere erişkinlerden daha fazla duyarlı olması nedeniyle önemlidir. Çeşitli ilaç veya kimyasallara maruz kalma % 3-6 oranında anomaliye sebep olmaktadır. Kimyasala maruziyetin zamanlaması çok önemlidir. Fetal yaşam için öldürücü dahi olabilmektedir. Genellikle; 17-56. günler arası toksin maruziyeti yapısal anomalilere sebep olabilirken, 56. günden sonraki maruziyet, fonksiyonel bozulmaya sebep olur. <sup>32</sup> Çalışmamıza katılan gebelerin çevresel toksinlerden en fazla pasif sigara içiciliğine maruz kaldığı görülmüştür. Aktif sigara içimi kadar pasif sigara içimi de yenidoğanın doğum ağırlığını etkilemektedir. <sup>33,34</sup> Aktif olarak sigara içen annelerin bebeklerinde görülebilen her türlü olumsuz etki, daha hafif olmak kaydıyla pasif sigara dumanına maruz kalan anne ve bebeğinde de görülebilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski ani bebek ölüm sendromu riski pasif sigara içiciliğinde de artmaktadır. <sup>35,36</sup> Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde 290 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelerin %50,3'ünün pasif sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır. Bunun %83'ü ev, %12,4'ünün de sosyal ortamlarda dumana maruz kaldığı belirlenmiştir. <sup>37</sup> Bu durum sigara kullanımının getirdiği toplumsal sorunu da göstermektedir. Sigara bıraktırmada anahtar rol üstlenen aile hekimlerinin sigara kullanımını sorgulamaları ve bu konuda girişimde bulunmaları toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir.

Önceki doğumlarından birinde erken doğum yapmış birinin sonraki gebeliğinde de aynı riski taşıması, üçten fazla düşük yapan bir kadının tekrardan düşük yapma riskinin diğer gebelere göre daha yüksek olması veya önceki gebeliğinde gebeliğe bağlı hastalık geçirmiş birinde hastalığın tekrarlama riskinin olması açısından obstetrik öykü önemlidir. <sup>38</sup> Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndaki verilerine göre, sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı % 56 olup primer

sezaryenlerin hastane doğumlarına oranı % 26,9'a yükselmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı 2002 yılında % 21 iken 2015'te % 56 olmuştur. Tüm dünyada ise sezaryen oranı % 17'dir. <sup>39</sup> Çalışmamızda da sezaryen oranı Türkiye ortalamasına göre düşük, dünya ortalamasına göre yüksek bulunmuş olup bu durum; ülkemizde sezaryen ile doğumun normal doğuma alternatif olarak düşünülmesi açısından endişe vericidir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekiminden ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanından danışmanlık hizmeti alma oranları benzerdir. Ancak Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018 yılında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerle yapılan bir tez çalışmasında %58'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanından %38,2'si aile hekiminden danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. <sup>40</sup> Bu farklılık çalışmanın yapıldığı yerin üçüncü basamak olmasından kaynaklanıyor olabilir. İstanbul'da 2016 yılında bir eğitim araştırma hastanesinde 446 kadının katıldığı bir çalışmada kadınların %79,6'sı danışmanlık ihtiyacı olduğunu ve bunların %81,6'sı bu danışmanlığı gebelik öncesi dönemde almak istediğini bildirmiştir. Danışmanlığı çalışmamızla uyumlu olarak gebelikteki risk faktörleri, beslenme, ilaçlar ve aşılarda almak istemişlerdir. <sup>41</sup>

Sonuç olarak, aile hekimlerinin takibindeki gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk faktörleri ve danışmanlık boyutlarıyla değerlendirildiği çalışmamıza katılan gebelerin yaş, obstetrik öykü, kronik hastalık, ilaç kullanımı gibi konularda bazı riskleri olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte on gebelikten dokuzunun planlı olması ve katılımcıların genel olarak gebelik öncesinde aile hekimlerinden, kadın doğum uzmanlarından ve ebe/hemşirelerden farklı konularda danışmanlık aldıklarını bildirmeleri bu konulardaki farkındalığın arttığını göstermesi açısından sevindiricidir. Ancak değiştirilebilir risk faktörlerinin bazılarının hala devam ediyor olması bu konularda verilen danışmanlıkların ve prekonsepsiyonel bakımın etkinliği konusunda ileri çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

## Teşekkür

Bu çalışma için destek veren (TTU-2015-4811) Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

- 1 Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boulet S, Curtis MG. A Report of the CDC/ATSDR Preconceptional

- care work group and the select panel on preconception care.2006; 55(RR06) 1-23.
- 2 TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı, Ankara,2017; 22-31
  - 3 Ferrer, R.L., Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann Fam Med*, 2007. 5(6): 492-502.
  - 4 Cohen, D. Coco A. Do physicians address other medical problems during preventive gynecologic visits? *J Am Board Fam Med*, 2014. 27(1): 13-18.
  - 5 Frayne D. Addressing maternal behavioral risks during the interconception period to improve birth outcomes. North American Primary Care Research Group Annual Meeting; 2014.
  - 6 Yakışan RŞ, Set T. Birinci basamakta gebelik öncesi bakım. *TIPMED* 2012; 16(2)23-27.
  - 7 Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2016.
  - 8 Türkiye İstatistik Kurumu, Kadın İstatistikleri, 2018.
  - 9 Koç TE. Düzce ilinde akraba evliliği sonuçları. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
  - 10 Yurtsever C, Set T. Gebelik öncesi bakım alma ve gebeliklerin planlı olma durumunun folik asit ve sigara ile ilişkisi: Kesitsel bir araştırma, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018;12(1): 43-48
  - 11 Tezel A, Gönenç İ, Akgün Ş, Öztaş Karataş D, Altuntaş Yıldız T. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2015;18(3):181-188.
  - 12 Gözükkara F, Kabalcioglu F, Ersin F. Şanlıurfa İlinde Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;12(1):9-16
  - 13 Delgado HL, Martorell R, Klein RE: Nutrition, Lactation and in terval component in rural Guatemala, *Am J Clin Nutr*. 1982; 35: 1465-1476
  - 14 Bodur S, Eröktem E, Demireli O. Konya bölgesinde annenin gcstasyonel özellikleriyle bebek ve çocuk ölümleri arasındaki ilişkinin araştırılması. *S. Ü. Tıp Fak Dergisi*. 1992; 8: 187-192
  - 15 Akadlı B, Tunçbilek E. An evalution on the relation between birth spacing and infant mortality in turkey, *Nüfusbilim Dergisi*. 1987;9: 27-38
  - 16 Ulusoy M. Türkiye'de çocuk ölümlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi ile irdelenmesi, *Nüfusbilim Dergisi*. 1988; 10: 5-20
  - 17 Bilir Ş, Mağden D, Güneysu S, San NP, Artan İ. Bursa il merkezinde taranan bebek ve çocuk ölümlerinin anneye ilişkin özellikler açısından incelenmesi, *Sağlık Dergisi*. 1990; 60: 69-78,
  - 18 Spiers P, Wang L. Short pregnancy interval, low birth weight, and sudden infant death syndrome, *Am J Epidemiol*. 1981; 104: 15-19
  - 19 Fedrick J, Adelstein P. Influence of pregnancy spacing on outco me of pregnancy, *Br Med J*. 1973; 4: 753-756
  - 20 Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 2005, Erişim: [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/birth\\_spacing.pdf?ua=1](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf?ua=1) , Erişim Tarihi: 10.06.2016
  - 21 TC Sağlık Bakanlığı, TC Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018
  - 22 Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, Hallstrom LHK, Solomon BD, Feero WG, Menard MK, Prasad MR. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008; 310-317.
  - 23 Mahmud M, Mazza D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Women's Health*. 2010; 10:5
  - 24 Türkiye Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması. 2012.
  - 25 Göker A, Kadioğlu Duman M, Gürpınar T, Muci E, Yıldırım Y, Erköseoğlu İ, Dikayak Ş, Koyuncu M. Gebelikte ilaç kullanımı nedeni ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 22(2):90-4.
  - 26 Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM. National birth defects prevention study. medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205: 51.
  - 27 Armstrong BG, McDonald AD, Sloan M. Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *Am J Public Health*. 1992; 82(1):85-7.
  - 28 Dominguez-Rojas V, de Juanes-Pardo JR, Astasio-Arbiza P. Spontaneous abortion in a hospital population: are tobacco and coffee intake risk factors. *Eur J Epidemiol*. 1994; 10(6):665-668.
  - 29 DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract*. 1995; 40(4):385-394.
  - 30 Himmelberger DU, Brown BW Jr, Cohen EN. Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and

- congenital abnormality. *Am J Epidemiol.* 1978; 108(6):470-9.
- 31 Sijpkens MK, van Voorst SF, Rosman AN, de Jong-Potjer LC, Denktaş S, Koch BCP, Bertens LCM, Steegers EAP. Change in Lifestyle Behaviors After Preconception Care: A Prospective Cohort Study. *Am J Health Promot.* 2021 Jan;35(1):116-120.
- 32 Brundage SC. Preconception health care. *American Family Physician* 2002; 65(12) 2507-2514.
- 33 Windham GC, Hopkins B, Fenster L, Swan SH. Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. *Epidemiology.* 2000; 11(4):427-33.
- 34 Jedrychowski W, Flak E. Impact of active and passive smoking during pregnancy on birth weight of the newborn. *Pol Merkuriusz Lek.* 1996; 1(6):379-82.
- 35 Goel P, Radotra A, Singh I. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *J Postgrad Med.* 2004; 50(1):12-6.
- 36 Hofhuis W, Merkus PJ, de Jongste JC. Negative effects of passive smoking on the (unborn) child. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002; 146(8):356-9.
- 37 Danagöz AP, Öner C., Çetin H., Şimşek EE. Sigara içmeyen gebelerde pasif sigara içicilik düzeyleri ve risk faktörleri. *Journal of Dependence.* 2020;21(4):265-274.
- 38 Stubbfield PG, Coonrod DV, Reddy U.M. The clinical content of preconception care: reproductive history. *American journal of Obstetrics and Gynecology.* 2008; 373-383
- 39 TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2018.
- 40 Demirci S. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2018.
- 41 Koyucu RG, Tosun Y, Katran B. Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri. *JAREN* 2017;3(3):116-121.