

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM-KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK İLE
İLGİLİ BİLGİLERİ VE DANIŞMANLIK/BAKIM
ALMA DURUMLARI

MÜKERREM BAŞLI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hilmiye AKSU

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF18013 proje numarası ile desteklenmiştir.

AYDIN-2020

KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı çerçevesinde Mükerrerem BAŞLI tarafından hazırlanan “Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ile İlgili Bilgileri ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/08/2020

İmza

Üye (T. D)	: Prof. Dr. Hilmiye AKSU	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Üye	: Dr. Öğr. Üyesi Hande YAĞCAN	Dokuz Eylül Üniversitesi

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün tarih ve sayılı oturumunda alınan nolu Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK
Enstitü Müdür Vekili

TEŞEKKÜR

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrenimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve desteği ile bana yol gösteren, yardım ve hoşgörüsünü esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Hilmiye AKSU'ya,

Bana her konuda yardımcı olan ve desteğini esirgemeyen Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyeleri Prof. Dr. Sevgi ÖZSOY ve Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER'e,

Tez savunma komitesinde yer alarak değerli bilgi, görüş ve önerileriyle tez çalışmama sağlamış oldukları katkılardan dolayı saygıdeğer hocalarım Doç. Dr. Emine GERÇEK ÖTER ve Dr. Öğr. Üyesi Hande YAĞCAN'a,

Araştırmaya katılmayı kabul edip zaman ayıran tüm kadınlara,

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi ve Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'ndeki doktor, ebe ve hemşirelere,

Son olarak, tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve verdiği destek için eşim Şefik BAŞLI'ye ve bu süreçte en büyük motivasyon kaynağım olan oğlum Mete BAŞLI'ye sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ÇİZELGELER DİZİNİ.....	viii
EKLER DİZİNİ	ix
ÖZET	x
ABSTRACT	xii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Araştırmanın Soruları	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Tanımı.....	4
2.2. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Amacı.....	4
2.3. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Tarihçesi.....	5
2.4. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Önemi, Yararları ve Riskleri.....	6
2.4.1.Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Yararlarını Ortaya Koyan Çalışmalar	8
2.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçeriği.....	10
2.5.1. Aile Planlaması Danışmanlığı.....	11
2.5.2. Genetik Danışmanlık.....	11
2.5.3. Folik Asit Kullanımı.....	12
2.5.4. Ebeveynliğe Hazırlığın/Psikososyal Durumun Değerlendirilmesi.....	13
2.5.5. Reprodüktif ve Genel Öykü Alınması.....	13
2.5.6. Laboratuvar Testlerinin Uygulanması.....	14
2.5.7. Kronik Hastalıkların Yönetimi.....	16
2.5.8. Bağışıklama.....	17
2.5.9. Çevresel ve Mesleksel Risk Değerlendirilmesi.....	19
2.5.10. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan Korunma ve Tedavi.....	20

2.5.11. Alkol ve Sigara Kullanımı.....	20
2.5.12. Kilo Kontrolü ve Düzenli Beslenme.....	21
2.6. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım.....	22
2.7. Dünyada Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Durumu.....	23
2.8. Uygulamadaki Zorluklar ve Kısıtlılıklar.....	25
2.9. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımda Hemşirenin Rolü.....	25
3. GEREÇ VE YÖNTEM	27
3.1. Araştırmanın Tipi.....	27
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	27
3.3. Araştırmanın Zamanı.....	27
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	28
3.5. Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	29
3.6. Veri Toplama Aracı.....	30
3.7. Ön Uygulama.....	31
3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması.....	31
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi.....	31
3.10. Araştırmanın Güçlükleri.....	32
3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	32
3.12. Araştırmada Etik.....	33
4. BULGULAR	34
4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri.....	34
4.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri.....	38
4.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Görüşleri.....	40
4.4. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumları.....	41
4.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri Etkileyen Faktörler...	43
4.6. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler...	62
5. TARTIŞMA	63
5.1. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri.....	63
5.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Görüşleri.....	65
5.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumları.....	66
5.4. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri Etkileyen Faktörler...	69
5.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler...	74

6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	76
6.1. Sonuçlar.....	76
6.2. Öneriler.....	78
KAYNAKLAR.....	80
EKLER.....	91
ÖZGEÇMİŞ	99

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACIP	: The Advisory Committee on Immunization Practices
ACOG	: American College of Obstetricians and Gynecologists
ADA	: American Diabetes Association
AIDS	: Acquired Immunodeficiency Syndrom
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
BKİ	: Beden Kitle İndeksi
CDC	: Center for Diseases Control and Prevention
CMV	: Citomegalovirus
CYBE	: Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar
DM	: Diyabet
FDA	: Food and Drug Administration
FMF	: Akdeniz Ateşi
FPNSW	: Family Planning New South Wales Research Center
GDM	: Gestasyonel Diyabet
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
HPV	: Human Papilloma Virus
HSV	: Herpes Simplex Virus
HT	: Hipertansiyon
KKK	: Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşısı
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
MÖ	: Milattan Önce
NST	: Non-Stres Test
SMA	: Spinal Müsküler Atrofi
SOGC	: The Society of Obstetricians and Gynecologists
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
UKNHS	: United Kingdom National Health Service
USPHS	: United States Public Health Service
USPSTF	: United States Preventive Services Task Force
WHO	: World Health Organization

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Kadınların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	34
Tablo 2.	Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
Tablo 3.	Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgilerinin Dağılımı.....	38
Tablo 4.	Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Görüşlerinin Dağılımı.....	40
Tablo 5.	Kadınların Gebe Kalmadan Önce Yaptıkları Hazırlıkların Dağılımı.....	41
Tablo 6.	Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumlarının Dağılımı.....	42
Tablo 7.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Daha Önce Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımı Duyuma Durumuna Göre Dağılımı.....	43
Tablo 8.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımı Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	45
Tablo 9.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Kimler İçin Gerekli Olduğunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	47
Tablo 10.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Hangi Durumlarda Gerekli Olduğunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	49
Tablo 11.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Dönemde Yapılması Gereken Tahlil, Test ve Tetkikleri Bilme Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 12.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-1.....	53
Tablo 13.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-2.....	57
Tablo 14.	Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı.....	62

ÇİZELGELER DİZİNİ

Çizelge 1.	Araştırma Süreci.....	28
Çizelge 2.	Hastanelerin Tabakalı Örneklem Dağılımı.....	29

EKLER DİZİNİ

Ek 1.	Etik Kurul Ön Onayı.....	91
Ek 2.	Etik Kurul Son Onayı.....	92
Ek 3.	Aydın Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi İzin Yazısı.....	93
Ek 4.	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı	94
Ek 5.	Ülkemiz Kadın Sağlığı ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Tarafından Türkiye’de Prekonsepsiyonel Hizmetlerin Durumuna İlişkin E-posta Yoluyla Alınan Bilgi.....	95
Ek 6.	Soru Formu.....	96

ÖZET

GEBELERİN PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK İLE İLGİLİ BİLGİLERİ VE DANIŞMANLIK/BAKIM ALMA DURUMLARI

Başlı M. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2020.

Bu çalışma, gebe kadınların prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) danışmanlık ile ilgili bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır. Kesitsel olarak yürütülen araştırma, Aydın Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi ile Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde 361 gebe ile 15 Haziran-15 Aralık 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler araştırmacı tarafından literatüre göre hazırlanan soru formu ile ve yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 22.0 programında, yüzde, ortalama ve ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir.

Ortalama $27,95 \pm 5,67$ yaşında olan gebelerin %72,6'sının çalışmadığı, %46'sının ilköğretim mezunu olduğu, %50,7'sinin en uzun süre ilde yaşadığı ve %72'sinin gelirinin giderine denk olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %89,5'inin kronik hastalığının olmadığı ve %97'sinin genetik/kalıtsal hastalığı olmadığı saptanmıştır. Kadınların gebelik sayısı ortalamasının $2,30 \pm 1,73$ olduğu, %84,8'inin şimdiki gebeliğini istediği, %77,3'ünün gebelik öncesi sigara kullanmadığı ve %96,7'sinin gebelik öncesi alkol kullanmadığı saptanmıştır.

Kadınların %62,6'sının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymadığı ve %67'sinin bu kavramı hemşire/ebeden duyduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %48,2'sinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın ne olduğunu ve %65'inin gebelik öncesi yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmediği görülmüştür. Gebelerin %82,5'i prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hem kadın hem erkekler için ve %67,6'sı üreme çağındaki tüm bireyler için gerekli olduğunu düşünmektedir. Araştırmadaki kadınların %88,9'unun bir sonraki gebeliğinde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediği, bu kadınların %55,1'inin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı kadın-doğum uzmanından almak istediği saptanmıştır. Katılımcıların %94,5'inin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almadığı belirlenmiştir.

Çalışmayan, eğitim durumu ve eşinin eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymayanların oranı daha fazla iken, en uzun süre ilde yaşayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla duyduğu görülmüştür. Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilmeme oranının daha fazla olduğu, şu anki gebeliğini isteyen ve eğitim durumu/eş eğitim durumu lisans ve üstünde olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla doğru bildiği belirlenmiştir. Araştırmada, çalışmayan kadınlar ile eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu daha fazla bilmediği saptanmıştır. Kadınların tanıtıcı özellikleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hakkında kadınların bilgisi olmakla birlikte bunun yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür. Kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma oranının oldukça düşük olduğu belirlenmiştir. Bireylerle en çok iletişim halinde olan hemşirelerin bu hizmetlerin verilmesinde önemli rolleri bulunduğundan, konuyla ilgili aktif rol üstlenmeleri gerekmektedir. Üreme çağındaki tüm bireylerin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hakkında bilgilendirilmesi ve prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, gebe, hemşire, prekonsepsiyonel bakım, prekonsepsiyonel danışmanlık.

ABSTRACT

PREGNANT WOMEN'S KNOWLEDGE ABOUT PRECONCEPTION COUNSELLING AND STATUS OF RECEIVING PRECEONCEPTION COUNSELLING/CARE

Başlı M. Aydın Adnan Menderes University Health Sciences Institute of Birth-Women's Health and Diseases Nursing Program, Master's Thesis, Aydın, 2020.

This study has been planned to determine pregnant women's knowledge about preconception (pre-pregnancy) counseling and status of receiving counseling and care. This cross-sectional study have been conducted between 15 June and 15 December 2018 with 361 pregnant women in Aydın Maternity and Pediatrics Hospital and Aydın Adnan Menderes University Practice and Research Hospital. Data has been collected by a questionnaire prepared by the researcher according to the literature and face to face interview method. Analysis of data has been evaluated in SPSS 22.0 program by using percentage, average and chi-square analysis.

It has been determined that 72.6% of pregnant women, who were 27.95 ± 5.67 years old on average, did not work, 46% were primary school graduates, 50.7% lived in the province for the longest period and 72% of them were equal to the expense of their income. It has been determined that 89.5% of the participants do not have chronic disease and 97% do not have genetic / hereditary disease. It has been determined that the average number of pregnancy of women is 2.30 ± 1.73 , 84.8% want their current pregnancy, 77.3% do not smoke before pregnancy and 96.7% do not use alcohol before pregnancy.

It has been determined that 62.6% of women did not hear the concept of preconception counseling and care, and 67% heard this concept from a nurse / midwife. It has been seen that 48.2% of the participants do not know what preconception counseling and care is, and 65% do not know the tests, analysis, and examinations that should be done before pregnancy. Of pregnant women 82.5% think that preconception counseling and care is necessary for both women and men and 67.6% of them think it is necessary for all individuals of reproductive age. It has been determined that 88.9% of women in the study want to get preconception counseling and care in their next pregnancy, and 55.1% of these women want

to get preconception counseling and care from an obstetrician. It has been determined that 94.5% of the participants have not received preconception counseling and care.

While the rate of those who do not hear the concept of preconception counseling and care is higher in women who are not working, and whose education level and spouse's education level is primary and below, it is seen that women living in the province for the longest time have heard the concept of preconception counseling and care more. It has been determined that the rate of not knowing the concept of preconception counseling and care of women who are not working are higher, women who want their current pregnancy and whose education/ spouse's education level are undergraduate and above know the concept of preconception counseling and care more accurately. In the study, it has been found that women who are not working and whose education level is primary and below do not know for whom/in which situations preconception counseling and care is required more. There is no statistically significant difference between the introductory features of women and status of receiving preconception counseling and care.

In line with the data obtained from result of the research, it has been seen that women have some information about preconception counseling and care, but this is not sufficient enough. It has been determined that women's rate of receiving preconception counseling and care is quite low. Nurses who communicate in individuals most have an important role in providing these services, so they need to take an active role in the subject. It is recommended to inform all individuals of reproductive age about preconception counseling and care, and to develop preconception counseling services.

Keywords: Knowledge, nurse, preconception care, preconception counselling, pregnant.

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Önemi

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım konjenital bozuklukların, maternal ve fetal ölümlerin önüne geçilmesinde büyük önem arz eden, obstetrideki en önemli sağlık bakım hizmetidir (Shannon ve ark, 2014a; Ayalew ve ark, 2017). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri, kadın sağlığı ve gebelik sonuçları için risk oluşturan tıbbi, davranışsal ve sosyal durumları gebelikten önce saptayıp uygun girişimlerle çözmeyi ve/veya gerekli kuruluşlara yönlendirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır (Beckmann ve ark, 2014; Van Voorst ve ark, 2015).

Ülkemizde doğum öncesi bakım hizmetleri konusunda önemli adımlar atılmış olmasına rağmen işlevsel bir prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım şeması yürürlükte değildir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Ülkemizde yapılan bir çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınların oranı %2,8 olarak belirlenmiştir (Arslan ve Özkan, 2005). Gelişmiş toplumlarda prekonsepsiyonel hizmetlerin sağlık sistemi içerisine daha iyi yerleştiği görülmektedir (Boulet ve ark 2006). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) yapılan bir çalışmada kadınların %32,4'ünün prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı belirlenmiştir (Williams ve ark, 2012). Yine ABD'de yapılan başka bir çalışmada kadınların %53,8'inin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım için bir sağlık profesyoneline başvurduğu bildirilmiştir (Lammers ve ark, 2017). İtalya'da yapılan bir çalışmada ise kadınların %41,4'ü gebelik öncesi sağlık kontrolüne gittiğini ifade etmiştir (Nilsen ve ark, 2016).

Prekonsepsiyonel dönem, sağlıklı bir gebelik, doğum ve bebek için değerlendirilmesi gereken oldukça önemli bir süreçtir (Başgöl ve Oskay, 2012). Bu nedenle ana-çocuk sağlığını geliştirmede doğum öncesi bakım ve prekonsepsiyonel bakım birbirini tamamlayan iki önemli yaklaşımdır. Son derece yaygın ve kaliteli uygulansa bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını geliştirmede tek başına etkili olmadığı, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile birlikte daha iyi sonuçlar elde edildiği görülmüştür (Güler Baysoy ve Özkan, 2012).

Konu ile ilgili yapılan çalışmalar prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin faydalarını ortaya koymaktadır. Bazı çalışma sonuçlarına göre, prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınlarda gebelik öncesi folik asit kullanımının ve aşılama oranlarının arttığı görülmektedir (Elsinga ve ark, 2008; Agricola ve ark, 2014; Beckmann ve ark, 2014; Smith ve ark, 2014). Ayrıca prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınlarda gebelik öncesi multivitamin kullanımının arttığı ve alkol kullanımının azaldığı görülmüştür (Williams ve ark, 2012; Agricola ve ark, 2014). Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre ise prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınlarda preterm eylem ve hipertansif hastalık oranlarının daha az olduğu belirlenmiştir (Beckmann ve ark, 2014). Başka bir çalışmanın sonuçlarına göre de prekonsepsiyonel danışmanlık verilen diyabet hastası kadınlarda 3.trimestr HbA1c düzeyleri ve fetal kayıp oranları daha düşük bulunmuştur (Holmes ve ark, 2017).

Hizmetlerin bireylere ulaşmasında, üreme çağındaki kişilere hizmet veren tüm sağlık personelinin görevi bulunmaktadır. Ancak, bireylerle en çok iletişimde olan ve birincil bakım vericiler olan hemşireler, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin her aşamasında rol almaktadır. Hemşireler gebelik öncesi dönemde verilen hizmetleri bütünleştirici rol üstlenmektedir. Bu nedenle hemşirelerin, prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetlerde öncü rol üstlenmeleri önemlidir (Coşkun, 2012; Başlı ve Aksu, 2018).

Konuyla ilgili incelenen çalışmalar sonucunda kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgilerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Arslan ve Özkan, 2005; Frey ve Files, 2006; Temel ve ark, 2013; Ayalew ve ark, 2017). Kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumlarını inceleyen çalışmalarda elde edilen bulgulara göre istenilen düzeyde danışmanlık alınmadığı saptanmıştır (Arslan ve Özkan, 2005; Frey ve Files, 2006; Williams ve ark, 2012; Luton ve ark, 2014).

Yapılan bu çalışma, kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım konusunda farkındalık oluşmasını sağlayacaktır. Çalışma, bilimsel bilgi birikimine katkıda bulunması, kadınların bilgilenmelerini ve bu hizmete ulaşmalarında hangi faktörlerin etkili olduğunun belirlenmesi açısından önemlidir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma gebe kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır. Çalışmanın ikincil amacı ise gebe kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını etkileyen faktörlerin incelenmesidir.

1.3. Araştırma Soruları

Yapılan bu çalışmanın araştırma soruları aşağıdaki şekilde belirlenmiştir;

- Gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bilgileri nasıldır?
- Gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili görüşleri nasıldır?
- Gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık/bakım alma oranı nedir?
- Gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Tanımı

Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) bakım; gebelik sonuçlarını geliştirmek ve sağlıklı nesiller elde etmek amacıyla, kadın ve eşinin gebelik öncesi sağlığını en iyi düzeye ulaştırmak için biyomedikal, davranışsal ve sosyal riskleri belirlemek, mümkünse düzeltmek, oluşabilecek sorunları önlemek için uygulanan koruyucu ve önleyici faaliyetlerdir (World Health Organization-WHO 2013b; Beckmann ve ark, 2014; Shawe ve ark, 2015; Zhou ve ark, 2016; Başlı ve Aksu, 2018). Çocuk sahibi olmadan önce bireylerin sağlığının geliştirilmesini amaçlayan, gebeliğin sağlıklı ilerlemesini ve sağlıklı bir doğumla sonuçlanmasını hedefleyen birinci basamak koruyucu bir sağlık hizmeti olup, tarama ve tedavinin yanında prekonsepsiyonel danışmanlık kavramını da içermektedir (Arslan ve Özkan 2005; Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Gökdemir ve Eryılmaz 2017; Başlı ve Aksu, 2018). Prekonsepsiyonel danışmanlık kavramı, prekonsepsiyonel bakımın içeriğine dâhil olup, bu hizmetlerin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir (Williams ve ark, 2012).

2.2. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Amacı

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın amacı; kadın sağlığı ve gebelik sonuçları için risk oluşturan tıbbi, davranışsal ve sosyal durumları gebelikten önceki dönemde saptayıp uygun girişimlerle çözmek ve/veya gerekli kuruluşlara sevkini sağlamaktır (Beckmann ve ark, 2014; Van Voorst ve ark, 2015). Ayrıca gebelik öncesi dönemde kadın sağlığını en üst düzeye ulaştırmak, kadında sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesini sağlamak amacı ile danışmanlık verilmesini de hedeflemektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Zhou ve ark, 2016). Özetle, obstetrisinin koruyucu dalı olan prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım gebeliğe hazırlanmayı, gebeliğin sağlıklı sürdürülmesini ve sağlıklı doğumla sonuçlanmasını, böylece gelecek nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlamayı hedeflemektedir (Arslan ve Özkan, 2005; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018).

Prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler sadece gebelik planlayan kadın ve eşi ile sınırlı kalmamalı, kişilerin tüm yaşam dönemlerini kapsayıcı olarak bütünsel bir yaklaşım

içerisinde sunulmalıdır (Coşkun, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler temelde anne-bebek sağlığını geliştirmeye yönelik önlemleri içerse de aslında adölesanlara, tüm kadın ve erkeklere sağlıklı yaşam davranışları kazandırılmasını da amaçlar. Bu yüzden gebelik fikri olsun olmasın doğurganlık çağındaki olan tüm bireylere bu hizmetlerin ulaştırılması oldukça önemlidir (Coşkun, 2012; WHO 2013b; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018). Ancak, prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler gelecek 1-2 yıl içinde gebelik planı olan çiftler için daha önceliklidir (WHO 2013b, Gökdemir ve Eryılmaz 2017).

Amaçlar doğrultusunda prekonsepsiyonel dönemde verilecek danışmanlık ve bakım üç şekilde organize edilebilir (Van Voorst ve ark, 2015; Goossens ve ark, 2018):

- Topluma yönelik genel girişimler (adölesan eğitimleri, grup eğitimleri, gebelik düşünen çiftleri teşvik etmek için ulusal kampanyalar vb.)
- Gebelik düşünen sağlıklı çiftlere bireysel danışmanlık verilmesi
- Gebelik düşünen ancak risk altındaki çiftlere bireysel danışmanlık ve bakım verilmesi, sağlıklarını geliştirmede teşvik edilmeleri.

2.3. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Tarihçesi

Prekonsepsiyonel bakım hizmetleri hakkındaki bilgilere ilk kez milattan önce (MÖ) 9. yüzyılda rastlanmıştır. Perinatal tıpta önemli bir isim olan *William Potts Dewees* 1825 yılında, çocuk sağlığında kadının gebelik sürecinin yanı sıra embriyo oluşmadan önceki dönemin hatta evlilikten önceki dönemin önemli olduğunu belirtmiştir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018).

Günümüzde prekonsepsiyonel bakım kavramı ilk olarak 1980 yılında *Chamberlain* tarafından, daha öncesinde kötü üreme sağlığı sonuçları olan kadınlar için gebe kalmadan önceki özellikli sağlık bakımı olarak tanımlanmıştır (Jack ve ark, 2008; Bialystok ve ark, 2013; Başlı ve Aksu, 2018). Gebelik sonuçlarının istenilen düzeyde olmaması 1980'li yıllarda ABD' deki sağlık profesyonellerini yeni alanlara itmiştir. Böylece prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri gündeme gelmiştir. Prekonsepsiyonel sağlık kavramının tanıtıldığı *Perinatal Sağlık Rehberi* 1983 yılında yayınlanmıştır. Bu yayında ebeveynliğin konsepsiyondan önce başladığı, çiftlerin her yönden ebeveynliğe iyi düzeyde hazır olmaları gerektiği belirtilmiştir (Atrash ve ark, 2008; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017).

Amerikan Halk Sağlığı Kurumu' nun (United States Public Health Service - USPHS) 1986'da yayınladığı *Preventing Low Birth Weight* adlı basımda bu konudan bahsedilmiştir. Kuzey Carolina Üniversitesi'nden *Moos ve Cefala* 1987'de bu konuya değinmiştir. *USPHS Expert Panel on the Content of Prenatal Care* isimli 1990 yılındaki panelde *Jack ve Culpepper* tarafından prekonsepsiyonel bakımın bileşenleri tanımlanmış, en etkili olarak birincil bakım hizmetleri içerisinde verilebileceği vurgulanmıştır. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologist- ACOG) 1995, 2002, 2005 yıllarındaki yayınlarında prekonsepsiyonel bakımın kadın sağlığındaki yerini vurgulamıştır (Jack ve ark, 2008).

Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention- CDC) tarafından 2004 yılında düzenlenen panelde konsepsiyon öncesi bakım verilmediğinde prenatal bakımın sınırlı kalacağı görüşüne varılmıştır. Bu kurum tarafından 2006 yılında yayınlanan raporda gebelik öncesi dönemde faydalı olacak girişimler belirtilmiştir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017). Son 15 yıldan bu yana CDC, prekonsepsiyonel bakımın standartlarını belirlemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, bilgi ağlarını güçlendirmiştir (Johnson ve ark, 2006; Coşkun, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) ise 2012 yılında yaptığı toplantıda mevcut programların anne-bebek sağlığını geliştirmede yetersiz olduğunu belirtmiş, ülkelere gebelik öncesi bakım hizmetlerini sağlık sistemlerine dâhil etmelerini önermiştir (WHO 2013a; Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018).

2.4. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Önemi, Yararları ve Riskleri

Kanıtlar 12. gebelik haftasından sonra başlayan antenatal bakımda gebeliğin ilk trimesterinin ihmal edildiğini, yalnızca antenatal bakımın olumsuz sağlık sonuçlarını önlemede yeterli olmadığını göstermektedir. Olası riskleri en aza indirmek ve olumlu sağlık sonuçları elde etmek için danışmanlık ve bakım hizmetlerinin gebelik öncesi başlaması gerektiği vurgulanmaktadır (Temel ve ark, 2013, Van der Zee ve ark, 2013; Başlı ve Aksu, 2018). Bu nedenle prekonsepsiyonel dönem, sağlıklı bir gebelik ve doğum süreci için önemli bir zaman dilimi olarak değerlendirilmelidir (Başgöl ve Oskay, 2012; Başlı ve Aksu, 2018).

Ana-çocuk sağlığını geliştirmede doğum öncesi bakım ve prekonsepsiyonel bakım birbirini tamamlayan iki önemli yaklaşımdır. Son derece yaygın ve kaliteli uygulansa bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığı üzerinde tek başına etkili olmadığı, prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık ile birlikte verilirse daha iyi sonuçlara ulaşıldığı görülmüştür (Güler Baysoy ve Özkan, 2012).

Embriyonik gelişimde önemli olan ilk haftaların gebelik sonuçları için kritik olması, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın önemini ortaya koymaktadır (Van Voorst ve ark, 2015). Çünkü embriyonik gelişimin oldukça hızlı olduğu 4-12. gebelik haftaları embriyo/fetüs için, annenin sağlık durumundan ve olası zararlı etkenlerden en çok etkilendiği dönemdir. Bu dönem yaklaşık olarak kadının ilk ve ikinci menstrüasyon kanamasının geciktiği zamana denk gelmektedir. Genellikle kadınlar embriyonik gelişimin kritik olduğu bu ilk dönemde hamile olduğunun farkında değildir (Shannon ve ark, 2014a). Organogenezis genellikle kadın gebe olduğunu fark edene kadar ilerlemektedir. Bu nedenle kötü gebelik sonuçları, genellikle erken dönem gebeliğe yani organogenezise dayanmaktadır. Olabildiğince erken, tercihen gebelik öncesi dönemde önleyici ve koruyucu girişimlerde bulunmak gerekmektedir (Elsinga ve ark, 2008).

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım konjenital bozuklukların, maternal ve fetal ölümlerin önüne geçilmesinde büyük önem arz etmektedir (Shannon ve ark, 2014a). Anne-bebek ölümlerini azaltmada obstetrideki en önemli sağlık bakım hizmetidir (Ayalew ve ark, 2017). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın yararları şunlardır (Coşkun, 2012; WHO, 2014, Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Başlı ve Aksu, 2018):

- Anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılmasına, sağlık sonuçlarının iyileştirilmesine yardımcı olur.
- Doğurganlık bilinci ve gebeliği planlama kültürünün gelişmesini sağlar.
- Anne- baba adaylarının üreme konusundaki kararlarını bilinçli verebilmesini sağlar.
- Kişilere hazır olmadıkları bir gebelik için önlem alabilme fırsatı sağlar. Böylece istenmeyen gebelikleri önler.
- İleri yaşta anne baba olmanın riskleri ve ideal doğum aralığı hakkında çiftlerin bilgilendirilmesini sağlar.
- Sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlar.
- Gebelik ve doğumda oluşabilecek komplikasyonları önler.

- Anne ve fetüsün sağlığını, dolayısıyla toplumun sağlığını geliştirir.
- Erken tanı ve tedaviye olanak sağlar.
- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık davranışları kazandırır, beslenmesini düzenler.
- Ailedeki tüm üyelerin olumlu sağlık davranışları kazanmasına yardımcı olur.
- Kadın sağlığının geliştirilmesinde erkeğin de rol almasını sağlar.

Yararlarının yanında bu hizmetlerin bazı riskleri bulunmaktadır. Bu riskler şunlardır (WHO, 2013a; Başlı ve Aksu, 2018):

- Erkek sağlığının ihmal edilmesi ve/veya göz ardı edilmesi
- Kadının özeline fazla müdahale edilmesi

2.4.1. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Yararlarını Ortaya Koyan Çalışmalar

Hollanda’da yürütülen çalışmada bir yıl içerisinde gebe kalma planı olan kadınlara prekonsepsiyonel danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu kadınlar gebelik öncesi standart bakım alanlarla karşılaştırılmıştır (Elsinga ve ark, 2008).

- Danışmanlık alanların %91,9’unun gebelik öncesi ve gebelikte folik asit aldığı, standart bakım alanların ise %80,6’sının folik asit aldığı belirlenmiştir.
- Danışmanlık alan kadınlarda gebelik öncesi aşılama oranı %94,2 iken bu oran standart bakım alan kadınlarda %89,8 olarak tespit edilmiştir.
- Zararlı alışkanlıklardan uzak durma ile danışmanlık arasında ilişki saptanmamıştır. Yalnızca eğitim düzeyi yüksek olan ve nullipar olan kadınlarda danışmanlık sonrası zararlı alışkanlıklardan uzak durma oranının arttığı görülmüştür.

Yapılan başka bir çalışmada ABD’de 2004-2008 yılları arasında **“Pregnancy Risk Assessment Monitoring System”** isimli bir takip sistemine kayıtlı olan ve doğum sonu 2-6 ay içinde olan kadınlara ulaşılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ile gebelik öncesi vitamin kullanımı, sigara ve alkol kullanımı arasındaki ilişki incelenmiştir (Williams ve ark, 2012).

- Danışmanlık alan kadınların %61,7’si gebelik öncesi multivitamin kullanırken bu oran danışmanlık almayan kadınlarda %20,9’da kalmıştır.
- Sigara kullanımı danışmanlık alan kadınlarda azalsa da sonuç anlamlı değildir.
- Alkol kullanımı danışmanlık alan kadınlarda anlamlı olarak azalmıştır.

Bir diğerk araştırmada ABD’de 6 ay içinde gebe kalmayı planlayan kadınlarla çalışılmıştır. Gebelik ncesi davranış değişikliği yapmayı düşünmelerine rağmen kadınların çoğunun bunu yapmadığı ya da geç yaptığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda sağlıklı yaşam davranışlarının geliştirilmesi açısından devamlı bir prekonsepsiyonel danışmanlık gerekliliği vurgulanmıştır (Lum ve ark, 2011).

Avustralya’da bir hastanede yürütülen çalışmada prekonsepsiyonel bakım servisine başvuran ve danışmanlık alan kadınlarla, gebeliğini planlayan ancak herhangi bir danışmanlık almayan kadınlar ele alınmıştır (Beckmann ve ark, 2014).

- Prekonsepsiyonel danışmanlık alan kadınların %80,4’ ünün gebelik öncesi ve gebeliğin ilk aylarında folik asit aldığı, danışmanlık almayanların ise ancak %37,5’inin folik asit aldığı belirlenmiştir.
- Danışmanlık alan kadınlarda hepatit B ve influenzaya karşı gebelik öncesi aşılanma oranları sırasıyla %75,6 ve %40 iken bu oranların danışmanlık almayan kadınlarda daha düşük (sırasıyla %56,3 ve %19,6) olduğu grlmştir.
- Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların %37’si genel sağlık durumunu iyileştirmek için bir uzmana başvurmuştur. Ancak danışmanlık almayan kadınların yalnızca %17,9’u gebelik öncesi bir uzmana başvurmuştur.
- Çalışmada alkol ve sigarayı bırakma ile danışmanlık arasında ilişki saptanmamıştır.
- Danışmanlık alan kadınlarda preterm eylem ve hipertansif hastalık oranlarının daha az olduğu grlmştir. Danışmanlık alan kadınların almayanlara göre iki hafta geç doğum yapma eğiliminde olduğu belirlenmiştir.

Hollanda’da ise doğum sonu 6.ayda bebeğini sağlık kontrolüne getiren ve yeni bir gebelik düşünen anneler ile çalışılmıştır. Bu kadınlara prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımını sağlamak için kısa bir eğitim verilmiştir. Eğitim sonrası danışmanlık alan annelerde folik asit kullanımı %65 iken, kontrol grubunda (11.ayda kontrole gelen ve eğitim almayan anneler) bu oran %42 olarak tespit edilmiştir. Gebelik ncesi verilen eğitimin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Smith ve ark, 2014).

İtalya’da web tabanlı yapılan bir çalışmada üreme çağındaki kadınlar ile çalışılmıştır. Kadınlara prekonsepsiyonel dönemle ilgili internet üzerinden bazı tavsiyeler verilmiştir. Çalışma sonucuna göre, web üzerinden verilen tavsiyeler sonrasında kadınların %71’inin bir

doktora prekonsepsiyonel danışmanlık almaya gittiği, gebelik öncesi alkol kullanımının düştüğü ve folik asit kullanımının arttığı belirlenmiştir. Web tabanlı verilen prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetinin gebelik planlayan kadınların sağlığını iyileştirmede faydalı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Agricola ve ark, 2014).

Yapılan başka bir çalışma toplum tabanlı olarak Kuzey İrlanda'da beş bölgede yürütülmüştür. Diyabet hastası olan üreme çağındaki kadınlara danışmanlık DVD' si verilerek izlemeleri istenmiştir (DVD izleyen grup). Araştırma süresi içinde gebe kalan kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu kadınlar gebelik boyunca izlenmiş, danışmanlık DVD'si almayan kadınlar ile (DVD izlemeyen grup) kıyaslanmıştır. Danışmanlık DVD'si genel bilgiler ve diyabeti kontrol etmeye yönelik bilgileri içermektedir. Sonuçlara göre, 3.trimestr HbA1c düzeyleri ve fetal kayıp oranları DVD izleyen grupta anlamlı olarak düşük bulunmuştur (Holmes ve ark, 2017).

2.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçeriği

Gebelik öncesi sağlığı geliştirmeyi öngören bu yaklaşım sağlıklı gebelikler ve sağlıklı bebekler için gebelik öncesi uygulanan birtakım girişimleri kapsamaktadır (Coşkun, 2012). Prekonsepsiyonel dönemdeki girişimlerin kanıt temelli olması ve etkin kullanılması, sağlık profesyonellerinin bakım kalitesine önemli katkıda bulunacaktır (Başgöl ve Oskay, 2012).

Prekonsepsiyonel bakımın ana bileşenleri risk değerlendirmesi, gebelik öncesi sağlığı geliştirme ve belirlenen risklerin azaltılmasına yönelik girişimlerin uygulanmasıdır (Van der Zee ve ark, 2013; Poels ve ark, 2017; Fowler ve ark, 2020). Bu doğrultuda prekonsepsiyonel dönemde verilecek olan danışmanlık ve bakımın içeriğindeki başlıklar şöyle sıralanmaktadır (Jack ve ark, 2008; Shawe ve ark, 2015; Zhou ve ark, 2016; Başlı ve Aksu, 2018):

- İstenmeyen gebelikleri önlemek amacı ile aile planlaması danışmanlığı
- Kalıtsal hastalıkları önlemek amacı ile genetik danışmanlık
- Nöral tüp defektlerini önlemek, konjenital kalp hastalıklarını ve preterm doğumları azaltmak amacı ile folik asit kullanımı
- Ebeveynliğe hazırlığın/psikosoyal durumun değerlendirilmesi
- Reprodüktif ve genel öykü alınması- fizik muayene
- Laboratuvar testlerinin uygulanması

- Kronik hastalıkların yönetimi
- Enfeksiyonlardan korunmak amacı ile bağışıklama
- Fetal DNA hasarını önlemek amacı ile çevresel ve mesleki risk değerlendirmesi
- Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma ve tedavi
- Alkol ve tütün kullanımından uzak durma
- Kilo kontrolü ve düzenli beslenme
- Sağlıklı hayat tarzının desteklenmesi

2.5.1. Aile Planlaması Danışmanlığı

Aile planlaması, kişilerin istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri ölçüde çocuk sahibi olmaları ve bu amaçla gereken bilgi ve imkânlarla sahip olmaları anlamına gelmektedir (WHO, 2012; Daymaz ve ark, 2015). Aile planlaması danışmanlığı, kişilerin gebelik ve gebeliği önleyici yöntem kullanımını da içeren, üreme seçenekleri konusunda bilgilendirilmiş olarak bir seçim yapmalarına yardım etmektir (Milli Eğitim Bakanlığı- MEB, 2017).

Aile planlaması danışmanlığı açısından, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımda önemli olan nokta önümüzdeki bir yıl içerisinde kişilerin gebelik planı olup olmamasıdır. Doğurgan çağdaki her kadına “Önümüzdeki bir yıl içerisinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?” sorusunun sorulması gereklidir. Kişi gebelik planlamıyorsa uygun korunma yöntemleri hakkında bilgilendirme yapılması, eğer gebelik planlıyor ise gerekli kontrol ve taramaların yapılması gerekmektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Cömert, 2019).

2.5.2. Genetik Danışmanlık

Genetik hastalıkların taranmasını, bu hastalıkların tıbbi, psikolojik, ailesel etkilerinin farkında olarak bireylere yardım ve rehberlik etmeyi, genetik hastalıklara uyum sağlamayı içeren bir hizmettir (Regier ve ark, 2017). Prekonsepsiyonel dönemde ucuz ve güvenilir testler genetik geçişli hastalıkların tespitinde kullanılabilir. Kalıtsal hastalıklarla ilgili taşıyıcılık testleri yapılabilmekte, hastalık riski belirlenebilmektedir. Böylece çiftler riskler konusunda bilgilendirilebilir, onlara seçenekler sunulabilir (Ragnar ve ark, 2016). Genetik hastalık açısından risk tespit edilen bireylere gerekli taramalar yapılmalı ve danışmanlık

hizmeti sunulmalıdır (Farahi ve Zolotor, 2014). Genetik testler yapılırken yaşanan bölgedeki genetik hastalık prevalansı da dikkate alınmalıdır (Hurst ve Linton, 2015). Akrabalar arası yapılan evliliklerde ise, kişilerin soy geçmişinde kromozomal bir hastalık veya taşıyıcılık tespit edilmişse, kadında anomalili doğum ve/veya düşük öyküsü varsa gebelik öncesi dönemde veya gebelik esnasında genetik danışmanlık alınması gerektiği belirtilmelidir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

2.5.3. Folik Asit Kullanımı

Folik asit (Vitamin M, Folasin, Folat) insan vücudundaki tüm hücrelerde değişik biçimlerde görev alan önemli bir vitamindir. Folik asit, nükleik asit ve aminoasit metabolizmasında görevli önemli bir koenzim işlevi görmektedir (Avsar ve ark, 2012). Embriyo/fetüsün hızla gelişmesi, uterusun giderek büyümesi, plasentanın oluşumu ve maternal eritrosit hacminin artışı için gebelikte folik asitin yeterli miktarda alınması gerekmektedir (The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada-SOGC, 2009; Kabaran, 2013; Başlı ve Aksu, 2019).

Gebelik öncesi ve gebelikte yeterli folik asit kullanımı fetüsün sinir sisteminde oluşabilecek anomali (nöral tüp defektleri) riskini azaltmaktadır (Temel ve ark, 2015). Gebelikten en az bir ay önce ve gebeliğin ilk 3 ayında folik asit kullanımının nöral tüp defektlerini azalttığı kanıtlanmıştır (Burris ve Werler, 2011; Bixenstine ve ark, 2015).

Günlük diyetle alınan folik asitin üreme çağında olan bir kadın için ihtiyacı karşılamadığı tespit edilmiştir (De Santis ve ark, 2013; Başlı ve Aksu, 2019). Bu nedenle WHO planlanmayan bir gebelik riskine bağlı olarak, üreme çağındaki her kadının günlük 0,4 mg (400 mcg) folik asit kullanmasını önermektedir. Gebeliğini planlayan kadınların ise hamile kalmayı denemeye başlamadan en az bir ay önceden folik asit kullanmaya başlaması gerekmektedir. Folik asit kullanımının gebeliğin ilk 3 ayı (ilk 12 hafta) boyunca devam etmesi önerilmektedir (United States Preventive Services Task Force-USPSTF, 2009; WHO, 2018).

2.5.4. Ebevenliğe Hazırlığın/Psikosoyal Durumun Değerlendirilmesi

Ebeveynlik karmaşık ve çok yönlü bir yaşamsal olaydır. Bu nedenle ebeveyn olmak birçok zorluğu da beraberinde getirmektedir (Spiteri ve ark, 2014; Mihelic ve ark, 2018). Yeni ebeveyn olan bireyler uykusuzluk, bebeğin ihtiyaçlarını karşılama, kişisel ilişkilerinde değişiklik ve yaşam tarzı değişimleri gibi durumlarla baş başa kalırlar. Hayat tarzında oluşan değişiklikler nedeniyle hem annelerde hem de babalarda doğum sonu depresyon göreceli olarak yaygındır (Mihelic ve ark, 2018). Bu nedenle anne-baba adaylarının prekonsepsiyonel dönemde bilgilendirilmesi önemlidir (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019).

Ebevenlik için hazır olmak gelecek nesiller üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Spiteri ve ark, 2014). Anne ve/veya babadaki stres/depresyonun, çocukların bilişsel, sosyal ve duygusal gelişimleri üzerine kısa ve uzun dönemde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Çalışmalar, ebeveynlik sürecinin erken dönemlerinde kişilerdeki stresin, anaokulu ve ilkökul döneminde çocuklarda olumsuz durumlar ortaya çıkardığını göstermiştir. Bu nedenle çiftler ebevenlik rolüne hazırlanmaları için desteklenmelidir (Mihelic ve ark, 2018).

Ebeveynliğe hazırlık, kişilere anne-baba olma yolunda ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde yeni ve aile merkezli bir temele oturmalıdır. Bu hazırlık ilk kez ebeveyn olacak olan kişiler ile daha önce ebeveyn olmuş kişilerde farklılık gösterebilir. Ayrıca, gebeliğini planlamış ve planlamamış kişilerde de farklılıklar olabilir (Spiteri ve ark, 2014).

Gelişmiş bazı ülkelerde bireyleri ebeveynliğe hazırlayan programlar mevcuttur. Birleşik Krallık (United Kingdom- UK)'ta *Sure Start* and *Positive Parenting*, ABD'de *Head Start*, Avustralya ve Kanada'da *Early Years Plan* gibi programlar bulunmaktadır. Buna rağmen, dünya geneline bakıldığında yeni anne-babaların ebeveynlik rolüne yeterince hazır olmadığı görülmektedir (Spiteri ve ark, 2014).

2.5.5. Reprodüktif ve Genel Öykü Alınması- Fizik Muayene

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım için başvuran anne ve baba adayları, bazı parametreler doğrultusunda değerlendirilmeli, belirlenen risklere karşı gerekli önlemler alınmalıdır (Coşkun, 2012; Hurst ve Linton, 2015; Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019).

- İleri Anne- Baba Yaşı
- Beslenme/Anne Beden Kitle İndeksi (BKİ)
- Gebelik Aralığı
- Akraba Evliliği
- Sigara ve Alkol Kullanımı
- Teratojenlere Maruz Kalma
- Beslenme
- Kronik Hastalık Öyküsü
- İlaç Kullanımı

Öykü alımını takiben fizik muayene yapılmalıdır. Fizik muayene yapılırken incelenen durumlar şunlardır (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019):

- Boy ve kilo ölçümü yapılarak BKİ değerlendirilmeli, yeme bozukluğu durumunda bir uzmana sevk edilmelidir.
- Kişinin tansiyon ölçümü yapılarak olumsuzluklar gebelik öncesi saptanmalıdır.
- Gebelikte meme muayenesi yapmak zor olacağı için gebelik öncesi dönemde klinik meme muayenesi yapılmalıdır.
- Yapılacak pelvik muayene ile gebelik için sorun teşkil edecek bir yapısal bozukluk ve enfeksiyon varlığına bakılmalıdır.

2.5.6. Laboratuvar Testlerinin Uygulanması

Gebelik öncesi kan grubu ve Rh faktörünün belirlenmesi için kan verilmesi gerekir. Baba kan grubunun Rh (+) olduğu durumlarda, anne kan grubu Rh negatif (-), bebek kan grubu Rh pozitif (+) olursa bebek için sorun teşkil edebilmektedir (March of Dimes, 2017).

Orak hücre anemisi ve talasemi (heboglobinopati grubu hastalıklar) genellikle Afrika, Karayipler, Akdeniz, Hindistan, Pakistan, Güney-Güneydoğu Asya ve Orta Doğu kökenli kişileri etkileyen genetik geçişli (kalıtsal) kan hastalıklarıdır (United Kingdom National Health Service- UKNHS, 2020). Eğer kadında ya da eşinin ailesinde böyle bir kan hastalığı varsa gebelik öncesi kan testi yapılarak bu durumun tespit edilmesi gerekmektedir (March of Dimes, 2017; UKNHS, 2020).

Gebelik öncesi ve gebelikte oluşan bazı enfeksiyonlar fetüs için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle gebelik öncesi kan testleri yapılarak enfeksiyon varlığı araştırılmalıdır. Enfeksiyonlar kısaca TORCH olarak isimlendirilmektedir (Taşkın, 2016).

Bu enfeksiyonlar şunlardır:

- **Toxoplazma**
- **Other- Sifiliz**
- **Rubella**
- **Citomegalovirüs (CMV)**
- **Herpes Simplex Virüs (HSV)**

Çocuklarda işitme kaybının ve psikomotor gelişim geriliğinin başlıca nedenlerinden biri CMV'dir (Reichman ve ark, 2014; Lassi ve ark, 2014a). Eğer bu enfeksiyona maruziyet gebeliğin erken dönemlerinde olmuşsa daha ciddi sorunlar ortaya çıkabilmektedir (Lassi ve ark, 2014a). Prekonsepsiyonel dönemde CMV testi yapılması, testi pozitif çıkan kadınlar için gebeliğin ertelenmesi ve enfeksiyonun tedavi edilmesi, negatif çıkan kadınlar için enfeksiyondan nasıl kaçınılacağı hakkında bilgilendirilme yapılması açısından önemlidir (Reichman ve ark, 2014).

Gebelikte geçirilen rubella enfeksiyonu oldukça ciddi bir durumdur. Çoğu kadın rubellaya karşı aşılannmıştır ya da bağışıktır, ancak bu bağışıklık zaman içinde azalabilir. Bu nedenle gebe kalmadan önce rubellaya karşı bağışıklık durumu test edilmelidir. Bağışıklık düşük ise gebelik öncesi aşılama yapılabilir (Family Planning New South Wales Research Center- FPNSW 2013).

Toxoplazma gebelik sırasında fetal ölüme neden olabilmektedir. Enfekte kedilerle temas edilmesi, pişmemiş ya da az pişmiş et yenilmesi ile bulaşabilir (FPNSW, 2013). ABD, Kanada ve İngiltere'deki ulusal topluluklar toksoplazma için gebelik döneminde rutin tarama önermektedir. Ancak evcil hayvanı olan, yüksek riskli beslenmesi olan ve mesleki maruziyeti olan bireylerde gebelik öncesi dönemde tarama yapılmalıdır (Sackey, 2016). Tarama sonucu negatif çıkan kadınlara kedi pisliği ile kontaminasyon ihtimali olan toprağa dokunurken tek kullanımlık eldiven giymesi, kedi kumu değıştirmekten kaçınması, bahçe işlerinden ya da çiğ ete dokunduktan sonra ellerini iyice yıkaması, etleri iyi pişmiş olarak tüketmesi, yiyecekleri ve yiyecek hazırlama alanlarını sık yıkaması söylenmelidir (FPNSW, 2013; Sackey, 2016).

Ayrıca az pişmiş yumurta ve pastörize olmayan süt tüketilmemesi gerektiği, meyve- sebzeleri iyice yıkaması gerektiği açıklanmalıdır (Kızılkaya Beji ve Yılmaz, 2015).

Test için kırmızı kapaklı tüpe alınan 7 ml'lik kan laboratuvara gönderilir. Kanda TORCH antikorlarının olmaması negatif sonucu gösterir. Kişinin test sonucuna göre enfeksiyonlara yönelik danışmanlık yapılır (Akdolun Balkaya, 2018).

2.5.7. Kronik Hastalıkların Yönetimi

Gebelik planlayan kadınların kalp hastalığı, hipertansiyon, diyabet vb. kronik hastalıklara sahip olması, gebelik sürecinde bazı riskler oluşturmaktadır (Karahana ve Serhatlıoğlu, 2019). Bu nedenle kronik hastalığa sahip olan ve gebe kalmak isteyen kadınlar mutlaka bir sağlık profesyoneline başvurmalıdır (Fowler ve ark, 2020). Anne ve bebek sağlığını en iyi şekilde sürdürebilmek için annedeki kronik hastalıkların yönetimiyle ilgili girişimlerde bulunulmalıdır (Lanik, 2012).

Diyabet (DM)

Diyabet kontrol edilmediği zaman kardiyak defektlere, santral sinir sistemi anomalilerine, düşüklere ve spontan preterm eyleme yol açabilmektedir. Kadının gebelikte diyabete bağlı komplikasyon yaşama riskini en aza indirmek için gebelik öncesi yeterli glikoz kontrolü sağlanmalıdır (Lanik, 2012). Gebelik öncesi dönemde HbA1c düzeyinin 7'nin altında sürdürülmesi, gebelik ve doğum sonu oluşabilecek maternal-fetal komplikasyon riskini azaltmaktadır (Fowler ve ark, 2020). Diyabetli bir kadında gebelik öncesi yapılabilecekler (Mahmud ve Mazza 2010; American Diabetes Association- ADA 2018):

- Puberteden başlayarak tüm üreme çağındaki diyabetli kadınların rutin bakımına prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın dâhil edilmesi
- Diyabetin yönetimi için hasta eğitimi yapılması
- Bir uzman tarafından tıbbi tedavinin sağlanması, laboratuvar testlerinin yapılması
- Gerekirse kişinin tedaviye uyumunu sağlamak ve stresini azaltmak için uzman bir psikoloğa yönlendirilmesi
- Glisemik kontrol sağlanana kadar kişinin gebe kalmasının önlenmesi (aile planlaması danışmanlığı ile)

Hipertansiyon (HT)

Bu hastalığın tedavisinde kullanılan bazı ilaçların (ACE inhibitörleri, Beta blokörler) fetüse teratojenik etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle bu ilaçların gebelik öncesi dönemde bırakılması gerekmektedir. Hipertansiyonun kontrolünün sağlanmasında kalsiyum kanal blokörlerinin tercih edilmesi gerekmektedir (Lanik, 2012; WEB_1). Hipertansiyonu olan bir kadın için gebelik öncesi dönemde yapılabilecekler şunlardır (Carson ve Chen, 2014; Farahi ve Zolotor, 2014; WEB_1):

- Kadının ventriküler hipertrofi, böbrek hasarı ve retinopati yönünden incelenmesi
- Bir uzman tarafından tıbbi medikasyonunun düzenlenmesi
- Karaciğer fonksiyon testlerinin yapılması
- Gerekli laboratuvar testlerinin yapılması
- Kan basıncının kontrol altında tutulması

2.5.8. Bağışıklama

Aşı ile önlenabilir birçok viral hastalık, anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde aşılama, annenin bağışıklığını sağlamada oldukça önemlidir (Coonrod ve ark, 2008).

Hepatit B Aşısı

Canlı bir aşı olmadığından gebelikte uygulanabilir (Lanik, 2012). Ancak virüse bağışıklığı düşük olan kadınlarda gebeliği beklemek yerine, gebelik öncesi aşı uygulanmalıdır. Yüksek risk grubundaki kadınlara (hepatit B taşıyıcılarıyla teması olanlar, uyuşturucu ilaç kullananlar, birden fazla cinsel eşe sahip olanlar, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonu olanlar, sık seyahat edenler ve sağlık çalışanları) gebelikten önce aşı dozlarını tamamlaması önerilmektedir (Coonrod ve ark, 2008). Mümkünse gebelik öncesi 3 doz olarak uygulanmalıdır (Lanik, 2012).

Varicella Aşısı

Suçiçğine yol açan virüse karşı koruyucudur. Aşı canlı virüs içerdiğinden gebelikte uygulanmamalıdır. Varicella virüsüne karşı immünitesi olmayan üreme çağındaki kadınlara bu aşı önerilmektedir. Çocukluğunda bu hastalığı geçirmemiş kadınlara gebelik öncesi iki doz aşı uygulanır (Coonrod ve ark, 2008). İki doz arasında 4-8 hafta ara olmalıdır. Kadın ikinci dozu aldıktan sonra bir ay hamile kalmamalıdır. Gebelik öncesi aşılınmayan kadınlar postpartum dönemde hastanede aşılmalıdır (Lanik, 2012; Farahi ve Zolotor, 2014).

Rubella Aşısı

Yapılan testlerde kadın rubellaya karşı immün değilse kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısı (KKK) uygulanmalıdır (Lanik, 2012). Kadına KKK aşısının yapılması konjenital rubella sendromunun önlenmesi için önemlidir (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019). Rubellaya karşı immünitesi kanıtlanamayan üreme çağındaki her kadının bir doz aşı yaptırması, canlı aşı olduğu için aşılardan sonraki 3 ay gebe kalmaması önerilmektedir (Coonrod ve ark, 2008).

İnfluenza Aşısı

Uygulamasında gebelik öncesi dönem için özellikle bir öneri yoktur. Gebe kalmayı düşünen, influenzaya bağlı komplikasyonlar açısından risk altında olan kadınlarda (kardiyopulmoner hastalıklar, metabolik rahatsızlıklar) influenza sezonu başlamadan veya hastalık sezonunda (1 Ocak- 31 Mart arası) aşılama yapılmalıdır. Gebelikte hiçbir dönemde yapılmasında sakınca yoktur (Coonrod ve ark, 2008; Lanik, 2012; Farahi ve Zolotor, 2014).

Difteri Tetanoz (Tdap) Aşısı

Fetüste pasif immünite sağlayacağından gebelik öncesi yapılmalıdır. Gebe kalmayı düşünen kadınlara yapılması, eğer yapılmamışsa doğum sonu hemen uygulanması önerilir (Coonrod ve ark, 2008). Gebelik öncesi yapılma zamanıyla ilgili özel bir öneri bulunmamaktadır. Canlı aşı olmamasına rağmen gebelikte kullanımının güvenilir olduğu kanıtlanmamıştır (Lanik, 2012).

Ülkemizde tetanoz (Td) aşısı gebelikte rutin olarak uygulanmaktadır. Uygulama protokolü ise şu şekildedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2008);

- Td 1: Gebeliğin 4. ayında - İlk karşılaşmada (Koruyuculuğu yok)
- Td 2: Td 1'den en az 4 hafta sonra (1-3 yıl koruyucu)
- Td 3: Td 2'den en az 6 ay sonra (5 yıl koruyucu)
- Td 4: Td 3'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte (10 yıl koruyucu)
- Td 5: Td 4'den en az 1 yıl sonra ya da bir sonraki gebelikte (Doğurganlık çağında)

Human Papilloma Virüs (HPV) Aşısı

HPV aşısının 11-12 yaşlarındaki kız ve erkek çocuklar için rutin olarak yapılması önerilmekte, yaş aralığı 11-26 olarak belirtilmektedir (ACOG, 2014; Yalaki ve ark, 2016; Başlı ve ark, 2019). Amerikan Bağışıklama Uygulamaları Danışma Komitesi (The Advisory Committee on Immunization Practices-ACIP) 11 olan yaş sınırının 9 yaşa çekilmesini önermektedir (Erbaydar ve ark, 2016; Wilson ve ark, 2017). Diğer yandan, Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration-FDA) aşının 45 yaşına kadar kadın ve erkeklerde kullanımını onaylamıştır (FDA, 2018). Ancak seksüel aktivitenin ve HPV ile karşılaşmanın olmadığı dönemde uygulanması aşının etkinliğini arttırmaktadır (ACOG, 2014; Unutkan ve ark, 2016; Başlı ve ark, 2019). Aşının servikal yetmezliğe bağlı preterm eylem oranlarını düşürmeye yardımcı olacağı belirtilmektedir (Coonrod ve ark, 2008).

HPV aşuları gebelikte uygulanmamalıdır. Aşıların yapılması sırasında kişide gebelik oluşursa aşının geri kalan dozları gebelik sonrası dönemde tamamlanır. Ancak aşılama öncesinde gebelik testi yapılması gerekli değildir. Eğer aşı gebelik sırasında uygulanmışsa, herhangi bir müdahale gerekmez (Petrosky ve ark, 2015).

2.5.9. Çevresel ve Mesleki Risk Değerlendirmesi

Prekonsepsiyonel dönemde kadın ve erkeğin işyerinde ve/veya evde teratojenlere maruziyetinin olması embriyonal/fetal sorunlara yol açabilmektedir (Karahana ve Serhatlıoğlu, 2019). Teratojenik etki özellikle organogenezis döneminde zararlı olmaktadır. Büyüme-gelişme, santral sinir sistemi, üriner sistem ve diğer sistemler üzerine olumsuz etki oluşturmaktadır. Gebeliğin erken dönemlerinde oluşan konjenital anomalilerin yaklaşık

%10-15'i teratojenlerden kaynaklanmaktadır (Dunlop ve ark, 2008). Prekonsepsiyonel dönemde çiftlerin bu konuda bilinçlendirilmesi ve teratojenlerden uzak durması oldukça önemlidir (Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019).

Sıklıkla maruz kalınan teratojenler toksik maddeler, kimyasal ajanlar, viral enfeksiyonlar, kedi-fare pisliği, kafein vb. maddeler şeklinde örneklendirilebilir (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019; Aksoy ve Vefikuluçay Yılmaz, 2019). Radyasyona açık alanlar, toksik maddeler kullanılan laboratuvarlar, böcek öldürücü kimyasalların kullanıldığı tarım sektörü, kuru temizleme dükkanları, matbaalar ve ağır metallerin kullanıldığı üretim-sanayi sektörü teratojen etki bakımından riskli meslek gruplarından sayılmaktadır (McDiarmid ve ark, 2008).

2.5.10. Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlardan (CYBE) Korunma ve Tedavi

Gebelik üzerine CYBE'nin olumsuz etkileri bulunmaktadır (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019). Bu hastalıklara bağlı olarak subfertilite/infertilite, konjenital enfeksiyonlar ve gebelikte komplikasyonlar oluşabilir (Sackey, 2016). Eğer CYBE varlığı söz konusu ise gebelik oluşmadan çiftlerin tedavi edilmesi gerekmektedir. En sık görülen CYBE'ler gonore, sifiliz, klamidy, trichomonas, genital siğil-HPV) ve genital uçuk (HSV)'dur (Karahan ve Serhatlıoğlu, 2019).

Çeşitli ülkelerde ve ABD'de Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immunodeficiency Syndrom- AIDS)'na yol açan İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human Immunodeficiency Virus- HIV) taraması gebelik planı olan tüm kadınlar için önerilmektedir. Çünkü kadının HIV enfeksiyonu için tedavi görmesi, konjenital enfeksiyon riskini düşürmektedir (Sackey, 2016).

2.5.11. Alkol ve Sigara Kullanımı

Sigara kullanımı kadın ve erkekte hormonları etkileyerek doğurganlığı azaltmakta ve infertiliteye neden olmaktadır. Erkeklerde sperm sayısını, spermlerin hareket ve hızını azaltmakta, spermlerin kalitesini bozmaktadır. Bu nedenle abortus ve ektopik gebelik oluşma riskini artırmaktadır (Kublay ve ark, 2008). Sigara kullanımı gebelikte maternal ve fetal komplikasyonları artırmaktadır (Lassi ve ark, 2014b). Erken membran rüptürü, vajinal kanama, plasental anomaliler (plasenta previa, ablasyo plasenta), preterm eylem, intrauterin

gelişme geriliği, konjenital defektler (yarık damak-dudak vb.), düşük doğum ağırlığı gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir (Kublay ve ark, 2008; Lanik, 2012; Fowler ve ark, 2020).

Alkol kullanımı gebe kalma şansını azaltmaktadır. Aynı zamanda alkol, erkeklerde sperm sayısını ve kalitesini de olumsuz etkilemektedir. Alkol tüketiminin fetüse olan etkisi ve teratojeniteye yol açma mekanizması tam anlamıyla bilinmese de alkolün kendisinin veya metabolitlerinin fetal gelişimi etkileyen başlıca etkenlerden olduğu kabul edilmektedir (Genç ve Mihmanlı, 2014). Alkol kullanımı maternal mortaliteye prenatal ve postnatal gelişme geriliğine, doğumsal defektlere, santral sinir sisteminde anomalilere yol açmakta, gebelik sırasında spontan düşük ve ölü doğum oranını arttırmaktadır (Lanik, 2012; Lassi ve ark, 2014b; Genç ve Mihmanlı, 2014). Gebelik öncesi dönemde alkol kullanımının önerilen güvenli bir oranı bulunmamakta, gebelik planı olan kişilerin alkol kullanımını bırakması önerilmektedir (Fowler ve ark, 2020).

Sigara ve alkol kullanımının anne-bebek sağlığına ciddi olumsuz etkileri olduğu görülmektedir. Bu nedenle gebelik düşünen kadınların en kısa zamanda tütün ve alkol kullanımını bırakması sağlanmalıdır (Lanik, 2012).

2.5.12. Kilo Kontrolü ve Düzenli Beslenme

BKI 30 ve üzerinde olan kadınlar hem infertilite hem de gebelikte oluşabilecek komplikasyonlar açısından risk altındadır (Frayne, 2017). Kadında fazla kiloluluk ve obezite; gestasyonel diyabet (GDM), hipertansif hastalıklar, fetal makrozomi, spontan abortuslar, ölü doğumlar ve konjenital anomaliler gibi birçok durumla ilişkilidir. Ciddi risklerin varlığından dolayı gebelik öncesi kilo kontrolü ve düzenli beslenme önemlidir (Farahi ve Zolotor, 2014). Kilo kontrolünü sağlamak için yapılabilecekler şunlardır (Lanik, 2012; WHO, 2013):

- Kişiyile kilo kontrolü ve beslenmenin önemi hakkında konuşulmalıdır.
- Beslenmenin kişinin sağlığına ve gelecekteki gebeliklerine etkisi konuşulmalıdır.
- Verilen danışmanlık diyet, egzersiz ve kilo kaybının sağlanması ile ilgili olmalıdır.
- Gebe kalmadan önce kadında yeterli kilo kaybı sağlanmalıdır.
- Toplum tabanlı önleme programları yapılmalıdır (egzersiz ve sağlıklı beslenmeyi teşvik edici uygulamalar).

Gebe kalmadan önce dikkat edilmesi gereken beslenme önerileri şunlardır (Aksu ve ark, 2010; Hurst ve Linton, 2015; WEB_2):

- Kişinin gebelik öncesi en az 3-12 ay süreyle düzenli ve dengeli bir beslenme sürdürmesi gerekmektedir.
- Hem erkekte hem de kadında reproduktif sistemin fonksiyonel işleyişinde etkisi olduğundan dolayı besinlerle günlük 15 mg çinko alınması önerilmektedir.
- Sağlıklı bir diyetin yanında doktorun önerdiği diğer vitaminler kullanılabilir.
- Kadınların günlük en az 1000 mg kalsiyum (8 bardak az yağlı süt) almaları önerilmektedir. Bu miktar süt ürünlerinden de karşılanabilir.
- Folik asitten zengin besinler (Brüksel lahanası, ıspanak, brokoli, lahana, yeşil fasulye, karnabahar, bezelye, bamya vs.) tüketilmelidir.
- İkinci trimester gebelik kayıplarına yol açabileceğinden dolayı kafein alımı kısıtlanmalıdır. Günlük kafein alımı 150 mg'ı geçmemelidir.

2.6. Erkeklerde Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım

Sağlıklı bir gebeliğin oluşumunda sadece kadının değil erkeğin de sağlıklı olmasının büyük önemi bulunmaktadır. Bu nedenle kadınla birlikte eşinin de sağlıklı olması gebelik öncesi bakımın amaçları arasındadır. Ancak genellikle erkeklerde prekonsepsiyonel sağlık göz ardı edilmektedir. (Frey ve Files, 2006; Kotelchuck ve Lu, 2017). Yapılan bir çalışmada web sitelerinin çoğunluğunun (%67) yalnızca kadın için prekonsepsiyonel hizmetlere yoğunlaştığı, kadın sağlığını geliştirmeye yönelik önerilerde bulunduğu görülmüştür (Thompson ve ark, 2017).

Erkeklerle verilecek prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın birçok avantajı bulunmaktadır. Çiftlere birlikte verilecek danışmanlık kendi üreme sağlıkları ile ilgili birlikte ve bilgilenmiş olarak karar vermelerini sağlaması açısından önemlidir (Van der Zee ve ark, 2013). Bu hizmet babayı ebeveynliğe hazırlamada olumlu etkiye sahiptir. Aynı zamanda kişinin genel sağlığını iyileştirmesi, kişiye sağlıklı yaşam davranışları kazandırması ve eşler arası ilişkiye katkı sağlaması açısından önemlidir (Hurst ve Linton, 2015). Bu nedenle verilecek prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın çiftlere birlikte verilmesi gerektiği, erkeklerin de danışmanlık ve bakım ihtiyacı olduğu hatırlanmalıdır (Kotelchuck ve Lu, 2017).

Bir danışmanlık ziyaretinde erkeklere verilebilecek hizmetler şu şekilde sıralanabilir (Hurst ve Linton, 2015; Frayne, 2017):

- İstenmeyen gebelikleri önlemek için aile planlaması danışmanlığı verilmesi
- Aile öyküsü alınarak genetik değerlendirme yapılması
- Gebelik planlanıyorsa fertiliteye etki edecek durum ve davranışların konuşulması
- Risk faktörlerinin değerlendirilmesi
- Sağlığın geliştirilmesi (kronik hastalıkların yönetimi, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma vb.)
- Varsa riskli davranışların azaltılması (alkol- tütün kullanımı, ilaç kullanımı vb.)

Kronik hastalıkların yönetimi kadın için olduğu kadar erkek içinde önemlidir. Örneğin HT ve DM erkeğin seksüelitesini etkileyebilmektedir. HT için beta blokör veya diüretik kullanan erkeklerde spermler sayıca ve kalite olarak etkilenmektedir. Kronik hastalıkların tedavisinde kullanılan birçok ilaç erkekte erektil disfonksiyon, cinsel isteksizlik ve libidoda değişim gibi etkiler yaratabilmektedir (Hurst ve Linton, 2015).

2.7. Dünyada ve Ülkemizde Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Durumu

Düşük gelirli ve gelişmemiş ülkelerde sağlık sistemlerinin içinde prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetler yer almamaktadır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin kısa ve uzun vadede getireceği yararların yeterince anlaşılmamış olması, konu hakkında yeterli çalışma yapılmamış olması ve bu ülkelerdeki ekonomik yetersizlikler en önemli sorunlar olarak sıralanmaktadır (WHO, 2014; Başlı ve Aksu, 2018). Latin Amerika, Afrika ve Ortadoğu'da gelişmekte olan bazı ülkelerde bu hizmetlerin bulunduğu, ancak yapılan girişimlerin sıklıkla var olan soruna odaklandığı görülmektedir (Boulet ve ark 2006; Başlı ve Aksu, 2018).

Kanada, İngiltere, İspanya, Avustralya, Hollanda gibi gelişmiş toplumlarda prekonsepsiyonel hizmetlerin sağlık sistemi içerisine iyi yerleştiği görülmektedir (Boulet ve ark 2006). Shawe ve ark (2015) yaptıkları çalışmada Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda, İsveç ve İngiltere'de prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetleri incelemiştir. Bu hizmetlerin yüksek risk altındaki tüm kadınlara önerildiği görülmüştür. Çalışma sonucuna göre, prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerinin jinekologlar, ebeler ve hemşireler

tarafından verildiği belirtilmektedir. Bu ülkeler içinde yalnızca İtalya ayrı bir prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kliniğine sahiptir. Hollanda ise bu ülkeler arasında prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler için ulusal bir stratejisi olan tek ülkedir. İncelenen ülkelerin hepsinde ulaşılabilir web tabanlı kaynaklar bulunmaktadır (Shawe ve ark, 2015).

Asya'daki prekonsepsiyonel hizmetlere bakıldığında, Hong Kong'da 1988 yılında halktan gelen istek nedeniyle başladığı görülmektedir. Verilen hizmetler gebelik planı olan çiftlere sunulmakta ve tıbbi bakım, danışmanlık ve eğitim verilmesini içermektedir. Temel prekonsepsiyonel hizmetler pratisyen hekimler ve hemşireler tarafından verilmekteyken, bir sorun belirlendiği zaman uzmana sevk edilmektedir. Güney Kore'de prekonsepsiyonel hizmetler 2004 yılı itibarı ile prekonsepsiyonel bakım kliniklerinde verilmektedir (Ebrahim ve ark 2006). Çin'deki duruma bakıldığında evlenmek üzere olan çiftlere sağlık taraması ve üreme sağlığına yönelik bilgilendirme yapılma zorunluluğunun 2003 yılından itibaren kalktığı, prekonsepsiyonel hizmetlerin kişilerin başvurusu ile verilmeye başlandığı görülmektedir (Boulet ve ark 2006, Ebrahim ve ark 2006).

Ülkemizde ise doğum öncesi bakım hizmetleri konusunda önemli adımlar atılmıştır. Ancak buna rağmen işlevsel bir prekonsepsiyonel bakım şeması henüz yürürlükte değildir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Bu hizmetlerle ilgili ülke genelinde yayılmış olan standart sağlık uygulamaları ve kurumsallaşmış hizmetlerin olmadığı görülmektedir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017). Ülkemizde verilen hizmetlerle ilgili ülkemiz Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı'ndan e-posta yoluyla alınan bilgiye göre; prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak için başvuru yapan birey ve çiftlere, Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesindeki Üreme Sağlığı Merkezlerinde sertifikalı sağlık personeli tarafından danışmanlık verilmektedir (Ek 5). Prekonsepsiyonel hizmetlerin yalnızca kişilerin başvurusu sonucu verilmekte olduğu anlaşılmaktadır.

Ülkemizde evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri bulunmaktadır. Sağlıklı aile yapısı, üreme sağlığı, gebeliği önleyici yöntemler, bulaşıcı hastalıklar, akraba evliliği, genetik hastalıklar ile ilgili danışmanlık hizmeti verilmektedir. Kişilerin olası riskler, sonuçları ve korunma yolları konularında bilinçlendirilmesi, gebelik isteği ile başvuran çiftlere de gebelik öncesi danışmanlık verilmesi amaçlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014). Evlenmek üzere başvurarak "**Evlilik Öncesi Sağlık Raporu**" almak üzere Toplum Sağlığı Merkezi'ne yönlendirilen çiftler bu hizmetten faydalanabilir (Gökkaya Kılıç ve ark, 2015).

2.8. Uygulamadaki Zorluklar ve Kısıtlılıklar

Konuya karşı oluşan geniş ilgiye rağmen prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın klinik olarak uygulanmasında yeterli gelişme sağlanamamıştır. Sağlık sonuçlarına olumlu etkisi çalışmalarla kanıtlanmış olmasına rağmen, dünyada rutin sağlık sistemleri içerisinde dâhil edilmesinde zorluklar yaşanmaktadır (Zhou ve ark, 2016; Poels ve ark, 2017).

Prekonsepsiyonel danışmanlığın yeterli verilmesinde ve prekonsepsiyonel bakım programlarının oluşturulmasında dünya genelinde karşımıza çıkan engeller şunlardır (Beckmann ve ark, 2014; Shannon ve ark, 2014b; Zhou ve ark, 2016; Başlı ve Aksu, 2018):

- Sağlık bakım sistemlerindeki organizasyon yetersizliği
- Politik destek eksikliği, hizmetin finanse edilmesinde sorunlar
- Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramının geniş bir kapsamı olması
- Hizmeti hangi sağlık personelinin vereceği ile ilgili görüş birliği bulunmaması
- Kapsamlı prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım programlarının eksikliği
- Konu ile ilgili kanıta dayalı uygulamalarda yetersizlik olması
- Prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluklar olması
- Ulusal uygulama klavuzlarının (guideline) olmaması
- Sağlık çalışanlarının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın etkililiği, gerekliliği ve içeriği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması
- Toplumda prekonsepsiyonel sağlık hizmetlerine ulaşım ve bu hizmetlerin faydaları ile ilgili bilgi eksikliği bulunması.

2.9. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımda Hemşirenin Rolü

Prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler yalnızca klinik hizmetlerle sınırlı değildir. Hizmetlerin verilmesinde birçok kurum, kuruluş ve meslek kolunun işbirliği içinde olması gerekmektedir (Coşkun 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Bu nedenle hizmetlerin bireylere ulaştırılması, üreme çağındaki kişilere hizmet veren tüm sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Ancak bireyler ile etkin iletişim içerisinde olan hemşireler ve ebeler bu hizmeti verebilecek en uygun ve önemli sağlık çalışanlarıdır (Goossens ve ark, 2018). Birincil bakım vericiler olan hemşireler prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinde bütünleştirici bir konumdadır.

Hemşireler prekonsepsiyonel sağlık bakım hizmetlerinin her aşamasında rol alır. Eğitim, danışmanlık, risk değerlendirmesi (öykü alınması) ve bakımın devamlılığının sağlanması hemşirenin sorumluluğundadır (Hurst ve Linton, 2015). Bu nedenle hemşirelerin, bu hizmetlerde öncü rol üstlenmeleri önemlidir (Coşkun, 2012; Başlı ve Aksu, 2018).

Hemşireler danışmanlık ve bakım için ulaşılabilir önemli sağlık çalışanlarıdır. Ancak hemşireler ortak görüş olarak, iş yükü fazlalığı nedeniyle danışmanlığa yeterli vakitleri olmadığını ifade etmektedirler (Bartolus ve ark 2017; Başlı ve Aksu, 2018). Ayrıca hemşireler konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması ve kapsamlı bir hizmet verebilecek yeterliliğe ulaşabilmeleri için eğitime gereksinim duymaktadırlar (Coşkun 2012).

Hemşirelerin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerindeki rolleri şunlardır (Arslan ve Özkan 2005, Coşkun 2012, Hurst ve Linton 2015; Başlı ve Aksu, 2018):

- Prekonsepsiyonel dönemdeki risklerin tanınması ve saptanması
- Risklerle ilgili gebelik öncesi gerekli önlemlerin alınması
- Başvuran bireylere eğitim ve danışmanlık verilmesi
- Süreç içerisinde bireylerin takibi ve değerlendirilmesi
- Verilen hizmetin devamlılığının sağlanması
- Erkek ve kadında sağlıklı yaşam davranışlarının teşviki

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, analitik kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin kadın-doğum poliklinikleri ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniği bünyesinde bulunan gebe polikliniğinde yürütülmüştür. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde çalışmakta olan 10 uzman doktor için aynı sayıda poliklinik odası ve 1 Non-Stres Test (NST) odası bulunmaktadır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin kadın doğum polikliniği bünyesinde 1 jinekoloji polikliniği, 1 gebe izlem polikliniği, 1 NST odası ve 3 muayene odası bulunmaktadır. Polikliniklerde 10 uzman doktor, 8 asistan ve 3 hemşire çalışmaktadır. Birçok farklı ilçeden bireylerin başvurmasından dolayı araştırmanın bu hastanelerde yapılması uygun görülmüştür. Bu durum araştırmaya alınan bireylerin çeşitliliği bakımından önemlidir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırma süreci Çizelge.1'de görülmektedir.

Çizelge 1. Araştırma Süreci

İşlemler	Tarih
Literatür tarama ve konu seçimi	1-31 Aralık 2017
Tez önerisinin hazırlanması	22 Ocak- 30 Mart 2018
Soru formunun oluşturulması	5-16 Şubat 2018
Soru formu için uzman görüşü alınması	16 Şubat- 30 Mart 2018
Enstitü Yönetim Kurulu'na tez önerisinin onaylanması	5 Nisan 2018
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma ön onayının alınması	21 Mayıs 2018
Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nden resmi izin alınması	08 Haziran 2018
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'nden resmi izin alınması	11 Haziran 2018
Ön uygulama	15 Haziran 2018
Verilerin toplanması	15 Haziran-15 Aralık 2018
Veri girişi yapılması ve verilerin analiz edilmesi	16 Mart- 31 Aralık 2019
Araştırma raporunun yazılması	1-7 Mayıs 2020
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan çalışma son onayının alınması	18 Mayıs 2020
Tezin yazılması	01 Kasım 2019- 30 Haziran 2020

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniklerine ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kadın-doğum polikliniklerinde 2017 yılında izlenen gebe sayısı 13.320'dir. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde 2017 yılında izlenen gebe sayısı ise 5141'dir. Bu iki hastanede 2017 yılında toplamda 18.461 gebe izlenmiştir.

Araştırmanın örneklemini hesaplamada evreni bilinen örneklem yöntemi ve örneklemin gücünü belirlemede ise G power yöntemi kullanılmıştır. Williams ve ark (2012)'nin çalışmasına göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların oranı %32 ($p=0,320$) %95 olasılıkla ($\alpha=0,05$), $d=0,05$ sapma ile $q=0,680$ $t=1,97$ alınarak örneklem sayısı 328 olarak belirlenmiştir (Williams et al. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. Maternal Child Health Journal 2012, 16 (9), 1854-1861).Örneklemden kayıp olasılığı düşünülerek örneklem sayısı %10 oranında eklenerek 361 alınmıştır. Her iki hastaneden örnekleme alınan bireyler olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişigüzel örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Her iki hastaneden örnekleme alınan bireylerin sayısı tabakalı örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Buna göre tabaka ağırlıkları, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran 101 gebe ile Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran 260 gebeden oluşmuştur. Örneklem Hacmi/Anakütle Hacmi= $361/18461=0,0195$ olarak hesaplanmıştır. Bu orana göre yapılan örneklem hesabı Çizelge.2 'de gösterilmektedir.

Çizelge 2. Hastanelerin Tabakalı Örneklem Dağılımı

Hastane	Hesaplama	Örneklem Sayısı
Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Tabaka Ağırlığı	$5141 \times 0,0195$	101
Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Tabaka Ağırlığı	$13320 \times 0,0195$	260

3.5. Araştırmaya Dâhil Edilme ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Araştırmaya Dâhil Edilme Kriterleri

- 18-50 yaş arası olan,
- Gebe olan (gebelik haftası fark etmeksizin),
- Türkçe konuşabilen ve anlayabilen kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir.

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- İletişim kurmada engeli olan kadınlar çalışmadan dışlanmıştır.

3.6. Veri Toplama Aracı

Araştırma verileri, araştırmacı tarafından literatüre göre hazırlanmış olan soru formu ile toplanmıştır (Arslan ve Özkan, 2005; Frey ve Files, 2006; Williams ve ark, 2012; Temel ve ark, 2013; Luton ve ark, 2014; Lammers ve ark, 2017; Ayalew ve ark, 2017; Genç Koyucu ve ark, 2017). Kullanılan soru formu, açık ve kapalı uçlu olmak üzere toplam 45 sorudan oluşmuştur (Ek 6). Soru formu sosyo-demografik özellikler (yaş, eğitim durumu, vs.), obstetrik özellikler (gebelik sayısı, canlı doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, kendiliğinden düşük sayısı) ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili soruların olduğu üç kısımdan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler kısmında 15 soru, obstetrik özellikler kısmında 12 soru, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili soruların bulunduğu kısımda 18 soru yer almaktadır.

Soru formunun anlaşılabilirliği ve kapsam geçerliği için uzman görüşü alınmış olup, uzmanların önerilerine göre form yeniden düzenlenmiştir. Uzman önerilerine göre soru formunda yapılan düzenlemeler şunlardır:

- Prekonsepsiyonel danışmanlık ifadesi yerine anlaşılır olması için gebelik öncesi danışmanlık ifadesi kullanılmıştır.
- ‘Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?’ şeklindeki soru ‘Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Şeker, yüksek tansiyon, kalp hastalığı gibi sürekli tedavi- izlem gerektirecek hastalıklar) olarak düzenlenmiştir.
- ‘Herhangi bir genetik hastalığınız var mı?’ şeklindeki soru ‘Herhangi bir genetik/kalıtsal hastalığınız (aileden geçen hastalıklar) var mı?’ olarak düzenlenmiştir.
- ‘Ailenizde/eşinizin ailesinde herhangi bir genetik hastalık var mı?’ şeklindeki soru ‘Ailenizde/eşinizin ailesinde herhangi bir genetik/kalıtsal hastalık (aileden geçen hastalıklar) var mı?’ olarak düzenlenmiştir.
- ‘Gebeliğinizi planlamış mıydınız?’ şeklindeki soru ‘Şu anki gebeliğinizi istiyor muydunuz?’ olarak düzenlenmiştir.

3.7. Ön Uygulama

Soru formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 15 Haziran 2018 tarihinde 10 kadın ile ön uygulama yapılmıştır. Bu uygulama sonucunda soru formunda bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulama kapsamına alınan kadınlar araştırma örneklemine dâhil edilmiştir.

3.8. Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma, Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniklerine ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniğine başvuran gebe kadınlar ile yürütülmüştür. Poliklinikler önünde bulunan bekleme alanlarında kadınlarla görüşülmüştür. Soru formu muayene için gelen kadınlara muayene öncesinde ya da sonrasında yüz yüze görüşme yapılarak uygulanmıştır. Çalışma hakkında sözlü bilgilendirme yapılarak çalışmaya katılıp katılmayacakları sorulmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma hakkında sözlü ve yazılı olarak ayrıntılı bilgi verilmiştir. Kadınlardan sözlü ve yazılı (bilgilendirilmiş gönüllü olur) onam alınmıştır. Soru formunun uygulanması ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 22 paket programında analiz edilmiştir. Sonuçlar %95 güven aralığında değerlendirilmiş olup, $p < 0.05$ düzeyi anlamlı olarak kabul edilmiştir. Araştırmanın verileri, tanımlayıcı istatistikler ve Ki-Kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu değerlendirilirken, katılımcıların verdikleri cevaplar kategorize edilmiştir. “Çiftlerin/kadınların gebelik öncesi dönemde bilgilendirilmesi, gerekli incelemelerin yapılması ve sorunların düzeltilmesi” şeklinde verilen cevaplar doğru kabul edilmiştir. “Gebelik öncesi bilgilendirme/danışmanlık yapılması”, “gebelik öncesi kadına bilgi verilmesi, bilmediklerinin anlatılması” vb. şeklinde verilen cevaplar kısmen doğru olarak ele alınmıştır. “Duymadım, bilmiyorum, fikrim yok” vb. cevaplar bilmiyor/fikri yok olarak değerlendirilmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğu sorusuna “yalnızca kadın”, “yalnızca erkek” ve “fikrim yok” cevabı verenler yanlış biliyor/fikri yok başlığı altında değerlendirilmiştir. “Kadın ve erkek”cevabını verenler ise doğru biliyor olarak kabul edilmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğu sorusuna “daha önce sorunlu gebelik yaşayan, düşük yapan kadınlar için” ve “ çocuk sahibi olmakta zorlanan çiftler için” cevabını verenler yanlış biliyor başlığı altında değerlendirilmiştir. “ Gebelik planlayan çiftler için gebelik öncesi” ve “üreme çağındaki tüm bireyler için” cevabını verenler ise doğru biliyor olarak kabul edilmiştir.

Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikler için en az bir tane tahlil, test ve tetkik söyleyen kadınlar “biliyor” başlığı altında, bilmeyen/fikri olmayan kadınlar “bilmiyor” başlığı altında değerlendirilmiştir.

3.10. Araştırmanın Güçlükleri

Kadınların muayene için sıra bekliyor olmaları ya da muayeneden çıkmış olmaları nedeniyle soru formu poliklinik bekleme alanlarında doldurulmuştur. Bu nedenle katılımcı ve araştırmacının tamamen yalnız kalması konusunda güçlük yaşanmıştır.

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Bunlar;

- Bu araştırma kesitsel olarak yapılmıştır ve araştırmanın sonucunda ortaya çıkan bilgiler zamana bağlı olarak değişebilir.
- Araştırmaya katılan kadınlar gelişigüzel örneklem yöntemi ile belirlendiği için çalışmanın sonuçları sadece örnekleme alınan bireyleri kapsamaktadır.
- Kullanılan soru formu yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulandığından, verilerin güvenilirliği kadınların verdiği bilgilerin doğruluğu ile sınırlı kalmıştır.

3.12. Araştırmada Etik

Araştırma protokolüne Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21 Mayıs 2018 tarihinde ön onay verilmiştir (Ek 1). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakóltesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 18 Mayıs 2020 tarihinde son onay verilmiştir (Ek 2). Araştırmanın Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nin kadın-doğum polikliniklerine başvuran gebeler ile yapılabilmesi için 08 Haziran 2018 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 3). Araştırmanın Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nin gebe polikliniğine başvuran gebeler ile yapılabilmesi için 11 Haziran 2018 tarihinde yazılı izin alınmıştır (Ek 4).

4.BULGULAR

4.1. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=361)

Sosyo-Demografik Özellikler	Ortalama	SS (min-max)
Yaş	27,95	5,67 (18-42)
Eşin yaşı	31,98	5,77 (18-50)
	Sayı	Yüzde (%)
Çalışma durumu		
Çalışıyor	99	26,4
Çalışmıyor	262	72,6
Eğitim durumu		
Okur-yazar değil	5	1,4
Okur-yazar	7	1,9
İlköğretim	166	46,0
Lise	95	26,3
Üniversite ve üstü	88	24,4
Eşin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	3	0,8
Okur-yazar	2	0,6
İlköğretim	160	44,3
Lise	109	30,2
Üniversite ve üstü	87	24,1
En uzun süre yaşanılan yer		
Köy	68	18,8
Kasaba/belde	13	3,6
İlçe	97	26,9
İl	183	50,7
Gelir durumu		
Gelir giderden az	88	24,4
Gelir gidere denk	260	72,0
Gelir giderden fazla	13	3,6
Aile tipi		
Çekirdek	288	79,8
Geniş	73	20,2
Sosyal güvence		
Var	302	83,7
Yok	59	16,3
Kronik hastalık varlığı		
Var	38	10,5
Yok	323	89,5

Tablo 1. Kadınların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı (n=361) (Devam)

	Sayı	Yüzde (%)
Kronik hastalığın adı (n=38)		
Diyabet	11	28,9
Kalp hastalığı	6	15,8
Astım	6	15,8
Hipertansiyon	5	13,2
Tiroid	5	13,2
Epilepsi	3	7,9
Karaciğer	1	2,6
Romatizmal hastalık	1	2,6
Genetik/kalıtsal hastalık varlığı		
Var	11	3,0
Yok	350	97,0
Genetik hastalığın adı (n=11)		
Akdeniz anemisi	9	81,8
Akdeniz ateşi (FMF)	1	9,1
Spinal müsküler atrofi (SMA) taşıyıcısı	1	9,1
Ailede/eşin ailesinde genetik/kalıtsal hastalık varlığı		
Var	5	1,4
Yok	356	98,6
Ailede/eşin ailesindeki genetik hastalığın adı (n=5)		
Akdeniz anemisi	3	60,0
SMA taşıyıcısı	1	20,0
FMF	1	20,0

Tablo 1'e göre araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması $27,95 \pm 5,67$ (min-max: 18-42) olarak bulunmuştur. Kadınların %72,6'sı çalışmıyorken, %26,4'ü çalışmaktadır. Eğitim durumlarına bakıldığında kadınların %46'sı ilköğretim mezunu, %26,3'ü lise mezunu, %24,4'ü üniversite ve üstü mezunu iken, %1,9'u okur-yazar ve %1,4'ü okur-yazar değildir. Araştırmaya katılan kadınların eşlerinin %44,3'ü ilköğretim mezunu, %30,2'si lise mezunu, %24,1'i üniversite ve üstü mezunu iken, %0,8'i okur-yazar değil ve %0,6'sı okur-yazardır. Çalışmaya alınan kadınların %50,7'si en uzun süre ilde, %26,9'u ilçede, %18,8'i köyde ve %3,6'sı kasaba/beldede yaşadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %72'si gelirinin giderine denk olduğunu belirtirken, %24,4'ü gelirinin giderinden az olduğunu, %3,6'sı gelirinin giderinden fazla olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %79,8'i çekirdek aileye sahipken, %20,2'si geniş aile içerisinde yaşamaktadır. Araştırmadaki kadınların %83,7'si sosyal güvencesi olduğunu, %16,3'ü sosyal güvencesi olmadığını bildirmiştir. Kadınların %89,5'inin kronik hastalığı, %97'sinin genetik/kalıtsal hastalığı bulunmamaktadır. Kadınların %98,6'sı ailesinde/eşinin ailesinde herhangi bir genetik/kalıtsal hastalık olmadığını belirtmiştir.

Tablo 2. Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Ortalama	SS (Min-Max)
Gebelik sayısı	2,30	1,73 (1-8)
Canlı doğum sayısı	1,56	0,76 (1-5)
Ölü doğum sayısı	1,46	0,63 (1-3)
Kendiliğinden düşük sayısı	1,36	0,61 (1-4)
Yaşayan çocuk sayısı	1,54	0,74 (1-4)
	Sayı	Yüzde (%)
Daha önceki gebeliklerde sorun (n=248)		
Var	103	41,5
Yok	145	58,5
Yaşanan sorunun adı*		
Abortus- gebelik kaybı	78	75,8
Gestasyonel diyabet (GDM)	9	8,8
Preeklamsi	7	6,8
Mol/ektopik gebelik	4	3,9
Düşük tehdidi	3	2,9
Servikal yetmezlik	2	1,9
Rh uyumsuzluğu	2	1,9
Hiperemezis gravidarum	2	1,9
Plasenta previa	1	1,0
Polihidroamniyos	1	1,0
Böbrek büyümesi	1	1,0
Daha önceki doğumlarda sorun (n=247)		
Var	36	14,6
Yok	211	85,4
Yaşanan sorunun adı (n=36)		
Ölü doğum	11	30,6
Distosi	11	30,6
Prematüre doğum	8	22,2
Bebekte ritm bozukluğu/makat geliş nedeniyle sezaryen doğum	3	8,4
Aşırı kanama	1	2,8
Mekonyum aspirasyonu	1	2,8
Kordon dolanması	1	2,8
Şimdiki gebeliği isteme durumu (n=361)		
Evet	306	84,8
Hayır	55	15,2
Gebelikten önce sigara kullanımı (n=361)		
Evet	82	22,7
Hayır	279	77,3
Gebelikten önce alkol kullanımı (n=361)		
Evet	12	3,3
Hayır	349	96,7

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler toplam 'n' üzerinden hesaplanmıştır.

Kadınların obstetrik özellikleri incelendiğinde, gebelik sayısı ortalamasının $2,30 \pm 1,73$ (min-max: 1-8), canlı doğum sayısı ortalamasının $1,56 \pm 0,76$ (min-max: 1-5) ve ölü doğum sayısı ortalamasının $1,46 \pm 0,63$ (min-max: 1-3) olduğu görülmüştür. Kendiliğinden düşük sayısı ortalaması $1,36 \pm 0,61$ (min-max: 1-4) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise $1,54 \pm 0,74$ (min-max: 1-4) olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2'ye göre kadınların %58,5'i daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamadığını ifade ederken, %41,5'i daha önceki gebeliklerinde sorun yaşamıştır. Gebelikte en sık yaşanan sorun ise abortus-gebelik kaybı (%75,8)'dir. Araştırmadaki kadınların %85,4'ü daha önceki doğumlarında sorun yaşamazken, %14,6'sı daha önceki doğumlarında sorun yaşadığını ifade etmiştir. Doğumda sıklıkla karşılaşılan sorunlar ise ölü doğum (%30,6) ve distosi (%30,6) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %84,8'i şimdiki gebeliğini istediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %77,3' ünün gebelik öncesi sigara kullanımı, %96,7'sinin gebelik öncesi alkol kullanımı yoktur.

4.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri

Tablo 3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgilerinin Dağılımı

Bilgiler	Sayı	Yüzde (%)
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma (n=361)		
Evet	135	37,4
Hayır	226	62,6
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın duyulduğu kaynak (n=109)		
Aile sağlığı merkezi (ASM)	47	43,1
Hastane	42	38,5
Tv/sosyal medya/internet	19	17,4
Kitap/dergi	1	0,9
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı kimden duyduğu (n=115)		
Hemşire/ebeden	77	67,0
Çevreden	27	23,5
Doktordan	11	9,6
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın tanımını bilme (n=361)		
Biliyor	21	5,8
Kısmen biliyor	166	46,0
Fikri yok/bilmiyor	174	48,2
Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikler*		
Bilmiyorum	235	65,1
Kan tahlili	100	27,7
Hormon	52	14,4
İdrar tahlili	34	9,4
Ultrason	21	5,8
Genetik testler	18	5,0
Pap-smear	12	3,3
Rh uyumsuzluğu	8	2,2
Sperm sayımı	6	1,7
Fizik muayene	6	1,7
Toksikoloji	3	0,8
Meme muayenesi	2	0,6
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın verileceği kişiler (n=361)		
Yalnızca kadın	44	12,2
Yalnızca erkek	3	0,8
Kadın ve erkek	298	82,5
Fikrim yok	16	4,4
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın gerekli olduğu durumlar (n=361)		
Daha önce sorunlu gebelik yaşayan, düşük yapan kadınlar için	27	7,5
Gebelik planlayan çiftler için gebelik öncesi	56	15,5
Çocuk sahibi olmakta zorlanan çiftler için	34	9,4
Üreme çağındaki tüm bireyler için	244	67,6
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alan konular*		
Aşılama	222	61,5
Beslenme	287	79,5
Kilo kontrolü	247	68,4
Kronik hastalıklar	248	68,7
Genetik danışmanlık	229	63,4
Vitamin-folik asit kullanımı	259	71,7

Tablo 3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgilerinin Dağılımı (Devam)

	Sayı	Yüzde (%)
Zararlı alışkanlıkların bırakılması	281	77,8
Diğer		
Aile planlaması danışmanlığı	16	4,4
Ebevenliğe hazırlık/aile danışmanlığı	13	3,6
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı vermesi gereken sağlık personeli (n=361)		
Aile hekimi	78	21,6
Hemşire/ebe	121	33,5
Kadın-doğum uzmanı	152	42,1
Hepsi	7	1,9
Bilmiyorum/fikrim yok	3	0,8

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler toplam 'n' üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 3'e göre kadınların %62,6'sı prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymamıştır. Duyan kadınların ise %43,1'i bu kavramı ASM'den, %38,5'i hastaneden, %17,4'ü Tv/Sosyal medya/İnternette ve %0,9'u kitap/dergiden duyduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %67'sinin bu kavramı hemşire/ebeden, %23,5'unun çevreden ve %9,6'sının doktordan duyduğunu belirlenmiştir. Araştırmadaki kadınların %65'inin gebelik öncesi yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmediği, soruyu yanıtlayan kadınların ise sıklıkla kan tahlili (%27,7) yanıtını verdikleri görülmüştür.

Kadınların %48,2'si prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın ne olduğunu bilmemekte, %46'sı kısmen doğru bilmekte ve %5,8'i ise doğru bilmektedir (Tablo 3). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu değerlendirilirken, kişilerin verdikleri cevaplar kategorize edilmiştir. "Çiftlerin/kadınların gebelik öncesi dönemde bilgilendirilmesi, gerekli incelemelerin yapılması ve sorunların düzeltilmesi" şeklinde verilen cevaplar doğru kabul edilmiştir. "Gebelik öncesi bilgilendirme/danışmanlık yapılması", "gebelik öncesi kadına bilgi verilmesi, bilmediklerinin anlatılması" vb. şeklinde verilen cevaplar kısmen doğru olarak ele alınmıştır. "Duymadım, bilmiyorum, fikrim yok" vb. cevaplar bilmiyor/fikri yok olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 3'e bakıldığında kadınların %82,5'i prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hem kadın hem de erkekler için, %12'si yalnızca kadınlar için ve %0,8'i yalnızca erkekler için gerekli olduğunu belirtirken, kadınların %4,4'ü fikri olmadığını ifade etmiştir. Çalışmadaki kadınların %67,6'sı prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın üreme çağındaki

tüm bireyler için, %15,5'i gebelik planlayan çiftler için, %9,4'ü çocuk sahibi olmakta zorlanan çiftler için ve %7,5'u daha önce sorunlu gebelik geçiren kadınlar için verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Kadınlar gebelik öncesi dönemde sıklıkla beslenme (%79,5), zararlı alışkanlıkların bırakılması (%77,8) ve vitamin-folik asit kullanımı (%71,7) konularında eğitim verilmesini istemektedir. Katılımcıların %42,1'i prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kadın-doğum uzmanı tarafından, %33,5'i hemşire/ebe tarafından ve %21,6'sı aile hekimi tarafından verilmesi gerektiğini belirtirken, kadınların %1,8'i bu hizmeti tüm sağlık personelinin verebileceğini, %0,9'u ise bu konuda bir fikri olmadığını ifade etmiştir.

4.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Görüşleri

Tablo 4. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık-Bakıma İlişkin Görüşlerinin Dağılımı

Görüşler	Sayı	Yüzde (%)
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gerekli bulma (n=361)		
Evet	349	96,7
Hayır	12	3,3
Gerekli bulma nedeni*		
Bilgilenmek/bilinçlenmek için	262	75,0
Sağlıklı gebelik geçirmek için	62	17,7
Sağlıklı bebek/çocuk sahibi olmak için	51	14,6
Sağlıklı doğum yapmak için	23	6,5
Anneliğe psikolojik hazırlık için	15	4,2
Gebelikteki değişimlere hazır olmak için	9	2,5
Sağlıklı nesiller yetişmesi için	8	2,2
Hastalıkların önceden belirlenmesi için	8	2,2
Anne-bebek ölümlerini azaltmak için	6	1,7
Erken yaş gebeliklerin önlenmesi için	6	1,7
Sakatlık ve hastalıkları önlemek için	5	1,4
Gerekli bulmama nedeni (n=12)		
İnternette araştırdığım için	12	100,0
Bir sonraki gebelikte prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak isteme (n=361)		
Evet	321	88,9
Hayır	40	11,1
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı almak istenen sağlık personeli (n=321)		
Aile hekimi	54	16,8
Hemşire/ebe	82	25,5
Kadın-doğum uzmanı	177	55,1
Hepsi	8	2,5

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler gebelik öncesi danışmanlık ve bakımın gerekli olduğunu belirten kadın sayısına (n=349) göre hesaplanmıştır.

Tablo 4'e göre kadınların %96,7'si prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın gerekli olduğunu düşünmektedir. Bu kadınların büyük çoğunluğu (%75) gebelik öncesi danışmanlık ve bakımın bilgilenecek/bilinçlenmek için gerekli olduğunu ifade etmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gerekli görmeyen kadınların hepsi (%100) bilgileri internetten bulabildiği için hizmeti gerekli görmediğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan kadınların %88,9'unun bir sonraki gebeliğinde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediği görülmüştür. Bu kadınların %55,1'i danışmanlık ve bakımı kadın-doğum uzmanından, %25,5'i hemşire/ebeden ve %16,8'i aile hekiminden almak istediğini bildirirken, %2,5'i tüm sağlık personelinden danışmanlık ve bakım alabileceğini belirtmiştir.

4.4. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumları

Tablo 5. Kadınların Gebe Kalmadan Önce Yaptıkları Hazırlıklara Göre Dağılımı

Gebelikten Önce Hazırlık Yapma (n=361)	Sayı	Yüzde (%)
Evet	194	53,7
Hayır	167	46,3
Gebelikten Önce Yapılan Hazırlık		
Sigarayı bırakma* (n=82)	17	20,7
Alkolü bırakma* (n=12)	2	16,6
Kronik hastalıkların tedavisi ve kontrolü** (n=38)	17	45,7
Aşı olma***	8	4,1
Yeterli ve dengeli beslenme***	127	65,4
Kilo düzenlemesi***	97	50,0
Folik asit/vitamin kullanımı***	73	37,6
Başlama zamanı (ort ± SS)	2,79 ± 2,12 ay (min 1- max 12)	

*Yüzdeler gebelik öncesi sigara ve alkol kullanan kadın sayısına göre hesaplanmıştır.

** Yüzde kronik bir hastalığa sahip olan kadın sayısına göre hesaplanmıştır.

***Birden fazla seçenek işaretlenmiştir. Yüzdeler gebelikten önce hazırlığı olan kadın sayısına (n=194) göre hesaplanmıştır.

Tablo 5'e göre kadınların %53,7'si gebe kalmadan önce bir hazırlık yaptığını ifade etmiştir. Sigara kullanan kadınların %20,7'sinin sigara kullanmayı, alkol kullanan kadınların ise %16,6'sının alkol kullanmayı gebe kalmadan önce bıraktığı saptanmıştır. Gebe kalmadan önce hazırlık yaptığını ifade eden kadınların %65,4'ünün gebelik öncesi yeterli ve dengeli beslendiği ve %50'inin kilo düzenlemesi yaptığı görülmüştür. Bu kadınların %4,1'i gebelik öncesi dönemde aşı olmuş ve %37,6'sı gebelik öncesi folik asit/vitamin takviyesi

kullanmıştır. Takviye kullanımına başlama zamanı $2,79 \pm 2,12$ ay (min 1- max 12)'dir. Kronik hastalığı olan kadınların %45,7 'si gebelik öncesi dönemde hastalığının tedavi/kontrolünü yaptırmıştır.

Tablo 6. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumlarına Göre Dağılımı

Sorular	Sayı	Yüzde (%)
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu (n=361)		
Evet	20	5,5
Hayır	341	94,5
Alınan prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içeriği*		
Gebelik süreci	9	45,0
Bebek bakımı	8	40,0
Beslenme	7	35,0
Doğum	7	35,0
Emzirme	7	35,0
Korunma yolları	6	30,0
Kilo kontrolü	4	20,0
Ebevenliğe hazırlık	2	10,0
Zararlı alışkanlıklar	1	5,0
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alınan sağlık personeli (n=20)		
Hemşire/ebe	17	85,0
Aile hekimi	2	10,0
Kadın-doğum uzmanı	1	5,0
Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alınan sağlık kurumu (n=20)		
ASM	14	70,0
Hastane	6	30,0

*Birden fazla cevap verilmiştir. Yüzdeler gebelik öncesi danışmanlık ve bakım almış olan kadın sayısına (n=20) göre hesaplanmıştır.

Tablo 6'ya göre kadınların %94,5'inin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almadığı belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların en sık eğitim aldığı konuların gebelik süreci (%45) ve bebek bakımı (%40) olduğu görülmüştür. Bu kadınların %85'i hemşire/ebeden prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alırken, %10'u aile hekiminden ve %5'i kadın-doğum uzmanından hizmet almıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alanların %70'inin bu hizmeti ASM'lerden aldığı, %30'unun ise hastaneden hizmet aldığı saptanmıştır.

4.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri Etkileyen Faktörler

Tablo 7. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Daha Önce Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Duyma Durumuna Göre Dağılımı

	Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Duyma					
	Evet		Hayır		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	55	40,7	44	19,5	19,214	0,000
Çalışmıyor	80	59,3	182	80,5		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	46	34,1	132	58,4	29,572	0,000
Lise	36	26,7	59	26,1		
Lisans ve üstü	53	39,3	35	15,5		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	49	36,3	116	51,3	11,809	0,003
Lise	41	30,4	68	30,1		
Lisans ve üstü	45	33,3	42	18,6		
Toplam	135	100	226	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer						
Köy/kasaba/belde	20	14,8	61	27,0	11,341	0,003
İlçe	32	23,7	65	28,8		
İl	83	61,5	100	44,2		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	27	20,0	61	27,0	3,431	0,180
Gelir gidere denk/fazla	108	80,0	165	72,8		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Aile tipi						
Çekirdek	114	84,4	174	77,0	2,910	0,088
Geniş	21	15,6	52	23,0		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Kronik hastalık varlığı						
Var	12	8,9	26	11,5	0,614	0,433
Yok	123	91,1	200	88,5		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Daha önceki gebelikte sorun varlığı						
Var	44	32,6	59	26,1	1,760	0,415
Yok	51	37,8	95	42,0		
İlk gebelik	40	29,6	72	31,9		
Toplam	135	100,0	226	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu						
İstiyor	117	86,7	189	83,6	0,604	0,437
İstemiyor	18	13,3	37	16,4		
Toplam	135	100,0	226	100,0		

Tablo 7'ye göre çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymama durumunun daha fazla olduğu görülmüştür.

Kadınların eğitim durumu ve eşlerinin eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise- lisans ve üstü eğitime sahip olanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymama durumunun daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe ve köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı görülmüştür. En uzun süre ilde yaşayanların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda duyduğu görülmüştür (Tablo 7). Tablo 7'ye göre gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Bilme Durumuna Göre Dağılımı

	Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Kavramını Bilme							χ^2	P
	Doğru		Kısmen Doğru		Bilmiyor Fikri Yok				
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%			
Çalışma durumu									
Çalışıyor	9	42,9	59	35,5	31	17,8			
Çalışmıyor	12	57,1	107	65,5	143	82,2	16,080	0,000	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Eğitim durumu									
İlköğretim ve altı	5	23,8	68	41,0	105	60,4			
Lise	6	28,6	44	26,5	45	25,9	26,644	0,000	
Lisans ve üstü	10	47,6	54	32,5	24	13,8			
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Eşin eğitim durumu									
İlköğretim ve altı	6	28,6	68	41,0	91	52,3			
Lise	6	28,6	49	29,5	54	31,0			
Lisans ve üstü	9	42,8	49	29,5	29	16,7	12,982	0,011	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer									
Köy/kasaba/belde	1	4,8	34	20,5	46	26,4			
İlçe	7	33,3	41	24,7	49	28,2	7,212	0,125	
İl	13	61,9	91	54,8	79	45,4			
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Gelir durumu									
Gelir giderden az	4	19,1	40	24,1	44	25,3			
Gelir gidere denk/fazla	17	80,9	126	75,9	130	74,7	2,558	0,634	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Aile tipi									
Çekirdek	19	90,5	135	81,3	134	77,0			
Geniş	2	9,5	31	18,7	40	33,0	2,562	0,278	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Kronik hastalık varlığı									
Var	1	4,8	18	10,8	19	10,9			
Yok	20	95,2	148	89,2	155	89,1	0,787	0,675	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Daha önceki gebelikte sorun varlığı									
Var	5	23,8	54	32,5	44	25,3			
Yok	10	47,6	60	36,2	76	43,7	3,258	0,516	
İlk gebelik	6	28,6	52	31,3	54	31,0			
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			
Şu anki gebeliği isteme durumu									
İstiyor	21	100,0	144	86,7	141	81,0			
İstemiyor	0	0,0	22	13,3	33	19,0	6,154	0,046	
Toplam	21	100,0	166	100,0	174	100,0			

Tablo 8'e göre çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilmeme durumunun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Kadınların eğitim durumu ve eşlerinin eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altı-lise olanlar ile lisans ve üstü eğitime sahip olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu/eş eğitim durumu lisans ve üstü olan kadınların, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda doğru bildiği görülmüştür (Tablo 8).

Şu anki gebeliği isteme durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Şu anki gebeliğini isteyen kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda doğru bildiği görülmüştür (Tablo 8). Tablo 8'e göre en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı ve daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Kimler İçin Gerekli Olduğunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Kimler İçin Gerekli Olduğunu Bilme						
	Doğru Biliyor		Yanlış Biliyor/Fikri Yok		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	88	29,5	11	29,0	3,807	0,050
Çalışmıyor	210	70,5	52	71,0		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	131	43,9	47	74,6	22,885	0,000
Lise	82	27,6	13	20,6		
Lisansüstü	85	28,5	3	4,8		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	130	43,6	35	55,6	4,670	0,097
Lise	90	30,2	19	30,1		
Lisansüstü	78	26,2	9	14,3		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer						
Köy/kasaba/belde	59	19,8	22	34,9	7,187	0,028
İlçe	81	27,2	16	25,4		
İl	158	53,0	25	39,7		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	72	24,2	16	25,4	0,075	0,963
Gelir gidere denk/fazla	226	75,8	47	74,6		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Aile tipi						
Çekirdek	244	81,9	44	69,9	4,671	0,031
Geniş	54	18,1	19	31,1		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Kronik hastalık varlığı						
Var	31	10,4	7	11,1	0,028	0,868
Yok	267	89,6	56	88,9		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Daha önceki gebelikte sorun varlığı						
Var	88	29,5	15	23,8	3,593	0,166
Yok	113	37,9	32	50,8		
İlk gebelik	97	32,6	16	25,4		
Toplam	298	100,0	63	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu						
İstiyor	253	84,9	53	84,1	0,024	0,877
İstemiyor	45	15,1	10	15,9		
Toplam	298	100,0	63	100,0		

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu analiz edilirken “yalnızca kadın”, “yalnızca erkek” ve “fikrim yok” cevabı verenler yanlış biliyor/fikri yok başlığı altında değerlendirilmiştir. “Kadın ve erkek”cevabını verenler ise doğru biliyor olarak kabul edilmiştir.

Çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilmeme durumunun daha fazla olduğu belirlenmiştir (Tablo 9).

Tablo 9’a göre kadınların eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın ilköğretim ve altı ile lise-lisans ve üstü eğitime sahip olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilmeme durumunun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Tablo 9 incelendiğinde en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe ve köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı görülmüştür. En uzun süre ilde yaşayanların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu daha fazla oranda bildiği belirlenmiştir.

Aile tipi ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu daha fazla oranda bildiği görülmüştür (Tablo 9). Tablo 9’a göre eşin eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebelikte sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Hangi Durumlarda Gerekli Olduğunu Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın Hangi Durumlarda Gerekli Olduğunu Bilme						
	Doğru Biliyor		Yanlış Biliyor		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	90	30,0	9	14,8	5,920	0,015
Çalışmıyor	210	70,0	52	85,2		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	132	44,0	46	75,4	21,618	0,000
Lise	84	28,0	11	18,0		
Lisans ve üstü	84	28,0	4	6,6		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim	134	44,7	31	50,8	3,516	0,172
Lise	88	29,3	21	34,4		
Lisans ve üstü	78	26,0	9	17,8		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer						
Köy/kasaba/belde	63	21,0	18	29,5	6,014	0,049
İlçe	88	29,3	9	14,8		
İl	149	49,7	34	55,7		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	71	23,7	17	27,9	0,491	0,782
Gelir gidere denk/fazla	229	76,3	44	72,1		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Aile tipi						
Çekirdek	246	82,0	42	68,9	5,432	0,020
Geniş	54	18,0	19	31,1		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Kronik hastalık varlığı						
Var	31	10,3	7	11,5	0,070	0,791
Yok	269	89,7	54	88,5		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Daha önceki gebelikte sorun varlığı						
Var	84	28,0	19	31,1	1,539	0,463
Yok	118	39,3	27	44,3		
İlk gebelik	98	32,7	15	24,6		
Toplam	300	100,0	61	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu						
İstiyor	256	85,3	50	82,0	0,445	0,505
İstemiyor	44	14,7	11	18,0		
Toplam	300	100,0	61	100,0		

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğu sorusuna “daha önce sorunlu gebelik yaşayan, düşük yapan kadınlar için” ve “ çocuk sahibi olmakta zorlanan çiftler için” cevabını verenler yanlış biliyor başlığı altında değerlendirilmiştir. “ Gebelik planlayan çiftler için gebelik öncesi” ve “üreme çağındaki tüm bireyler için” cevabını verenler ise doğru biliyor olarak kabul edilmiştir.

Tablo 10 incelendiğinde çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilmeme durumunun daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu ilköğretim ve altı ile lise-lisans ve üstü eğitime sahip olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilmeme durumunun daha fazla olduğu saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10’a göre en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe- köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı görülmüştür. En uzun süre ilde yaşayanların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu daha fazla oranda bildiği belirlenmiştir.

Aile tipi ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu daha fazla oranda bildiği saptanmıştır (Tablo 10). Tablo 10’a bakıldığında eşin eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebelikte sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Tablo 11. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Dönemde Yapılması Gereken Tahlil, Test ve Tetkikleri Bilme Durumuna Göre Dağılımı

Prekonsepsiyonel Dönemde Yapılması Gereken Tahlil, Test ve Tetkikleri Bilme Durumu						
	Biliyor		Bilmiyor		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	45	35,7	54	23,0	6,684	0,010
Çalışmıyor	81	64,3	181	77,0		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	44	38,9	134	57,0	24,849	0,000
Lise	33	26,2	62	26,4		
Lisans ve üstü	49	38,9	39	16,6		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Eş eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	40	31,8	125	53,2	17,320	0,000
Lise	43	34,1	66	28,0		
Lisans ve üstü	43	34,1	44	18,8		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer						
Köy/kasaba/ belde	18	14,3	63	26,8	7,415	0,025
İlçe	38	30,1	59	25,1		
İl	70	55,6	113	48,1		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	18	14,3	70	29,8	10,699	0,005
Gelir gidere denk/fazla	108	85,7	165	70,2		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Aile tipi						
Çekirdek	109	86,5	179	76,2	5,434	0,020
Geniş	17	13,5	56	23,8		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Kronik hastalık varlığı						
Var	15	11,9	23	9,8	0,390	0,532
Yok	111	88,1	212	90,2		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Daha önceki gebeliklerde sorun varlığı						
Var	40	31,7	63	26,8	4,708	0,095
Yok	41	32,6	104	44,2		
İlk gebelik	45	35,7	68	29,0		
Toplam	126	100,0	235	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu						
Evet	112	88,9	194	82,5	2,549	0,110
Hayır	14	11,1	41	17,5		
Toplam	126	100,0	235	100,0		

Kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki Tablo 11’de incelenmektedir. En az bir tane tahlil, test ve tetkik söyleyen kadınlar ‘biliyor’ başlığı altında, bilmeyen/fikri olmayan kadınlar ‘bilmiyor’ başlığı altında değerlendirilmiştir.

Tablo 11’e bakıldığında prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri daha fazla bilmediği görülmüştür.

Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile eğitim durumu/eş eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu lise-lisans ve üstü olanlar ile ilköğretim ve altı olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmediği belirlenmiştir.

Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın en uzun süre ilde yaşayanlar ile ilçe- köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. En uzun süre ilde yaşayan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bildiği saptanmıştır. Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Geliri giderine denk/fazla olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri daha fazla oranda bildiği görülmüştür. (Tablo 11).

Tablo 11’göre prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri daha fazla oranda bildiği belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ile kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 12. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-1

Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumu												
	Beslenme/Kilo kontrolü				Vitamin- folik asit kullanımı				Zararlı alışkanlıkların bırakılması			
	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	P	Sayı	%	χ^2	p
Çalışma durumu												
Çalışıyor	85	28,2			76	29,5			84	29,9		
Çalışmıyor	216	71,8	0,605	0,437	182	70,5	1,879	0,170	197	70,1	3,885	0,049
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Eğitim durumu												
İlköğretim ve altı	138	45,9			114	44,3			132	47,0		
Lise	82	27,2	9,758	0,008	68	26,4	14,386	0,001	72	25,6	3,704	0,157
Lisans ve üstü	81	26,9			76	29,5			77	27,4		
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Eş eğitim durumu												
İlköğretim ve altı	131	43,5			106	41,1			123	43,8		
Lise	92	30,5	4,446	0,108	81	31,4	9,045	0,011	84	29,9	3,704	0,157
Lisans ve üstü	78	26,0			71	27,5			74	26,3		
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer												
Köy/kasaba/ belde	66	22,0			48	18,6			56	19,9		
İlçe	81	26,9	0,291	0,865	72	27,9			72	25,6		
İl	154	51,1			138	53,5	7,677	0,022	153	54,4	7,820	0,020
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Gelir durumu												
Gelir giderden az	72	23,9			59	22,9			68	24,2		
Gelir gidere denk/fazla	229	76,1	0,904	0,636	199	77,1	2,036	0,361	213	75,8	3,844	0,146
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		

Tablo 12. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-1 (Devam)

	Beslenme/Kilo kontrolü				Vitamin- folik asit kullanımı				Zararlı alışkanlıkların bırakılması			
	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	P	Sayı	%	χ^2	P
Aile tipi												
Çekirdek	242	80,4			209	81,0			230	81,9		
Geniş	59	19,6	0,432	0,511	49	19,0	0,847	0,357	51	18,1	3,375	0,066
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Kronik hastalık varlığı												
Var	33	11,0			26	10,1			29	10,3		
Yok	268	89,0	0,367	0,544	232	89,9	0,193	0,660	252	89,7	0,057	0,811
Toplam	286	100,0			258	100,0			281	100,0		
Daha önceki gebeliklerde sorun varlığı												
Var	84	27,9			96	37,2			76	27,0		
Yok	117	38,9	3,139	0,208	71	27,5	7,919	0,019	118	42,0	1,735	0,420
İlk gebelik	100	33,2			91	35,3			87	31,0		
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu												
Evet	257	85,4			225	87,2			236	84,0		
Hayır	44	14,6	0,535	0,465	33	12,8	4,185	0,041	45	16,0	0,595	0,440
Toplam	301	100,0			258	100,0			281	100,0		

Kadınların tanıtıcı özelliklerinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alan konuları bilme durumuna göre dağılımı Tablo 12’de gösterilmektedir. Beslenme/kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı ve zararlı alışkanlıkların bırakılması cevapları ile kadınların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki Tablo 12’de incelenmektedir.

Tablo 12’ye göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme/kilo kontrolü cevabını verme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise-lisans ve üstü olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların daha fazla oranda beslenme/kilo kontrolü cevabını verdiği belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme/kilo kontrolü cevabını verme durumu ile çalışma durumu, eş eğitim durumu, bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu ile eğitim durumu/eş eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise-lisans ve üstü olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların daha fazla oranda vitamin-folik asit kullanımı cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 12).

Tablo 12’ye göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu ile bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe-köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. En uzun süreyle ilde yaşayan kadınların daha fazla oranda vitamin-folik asit kullanımı cevabını verdiği belirlenmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu ile daha önceki gebeliklerde sorun varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayanlar ve ilk gebeliği olanlar ile daha önceki gebeliklerinde sorun

yaşamayanlardan kaynaklandığı görülmektedir. Daha önceki gebeliklerinde sorun olanlar ve ilk gebeliği olan kadınların daha fazla oranda vitamin-folik asit kullanımı cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 12).

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu ile şu anki gebeliğini isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Şu anki gebeliğini isteyen kadınların daha fazla oranda vitamin-folik asit kullanımı cevabını verdiği saptanmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu ile çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12'ye göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların daha fazla oranda zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verdiği görülmüştür.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verme durumu ile bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın en uzun süre ilde yaşayanlar ile ilçe-köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı belirlenmiştir. En uzun süre ilde yaşayan kadınların daha fazla oranda zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verdiği görülmüştür (Tablo 12).

Tablo 12'ye bakıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verme durumu ile eğitim durumu, eş eğitim durumu, gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliğini isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-2

Prekonsepsiyonel Dönemde Hangi Konularda Hizmet Alınması Gerektiğini Bilme Durumu												
	Genetik danışmanlık				Aşılama				Kronik hastalıkların kontrolü			
	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	P	Sayı	%	χ^2	P
Çalışma durumu												
Çalışıyor	72	31,4			65	29,3			78	31,5		
Çalışmıyor	157	68,6	5,078	0,024	157	70,7	0,997	0,318	170	68,5	6,458	0,011
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Eğitim durumu												
İlköğretim ve altı	95	41,5			98	44,1			109	44,0		
Lise	63	27,5	19,398	0,000	61	27,5	7,201	0,027	65	26,2	14,309	0,001
Lisans ve üstü	71	31,0			63	28,4			74	29,8		
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Eş eğitim durumu												
İlköğretim ve altı	94	41,0			93	41,9			104	41,9		
Lise	71	31,0	6,957	0,031	67	30,2	5,342	0,069	73	29,4	9,360	0,009
Lisans ve üstü	64	27,9			62	27,9			71	28,6		
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer												
Köy/kasaba/ belde	35	15,3			43	19,4			41	16,5		
İlçe	66	28,8	18,516	0,000	59	26,6	3,723	0,155	74	29,8	16,261	0,000
İl	128	55,9			120	54,1			133	53,6		
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Gelir durumu												
Gelir giderden az	54	23,6			53	23,9			52	21,0		
Gelir gidere denk/fazla	175	76,4	2,691	0,260	169	76,1	1,379	0,502	196	79,0	6,038	0,049
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		

Tablo 13. Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakımın İçinde Yer Alan Konuları Bilme Durumuna Göre Dağılımı-2 (Devam)

	Genetik danışmanlık				Aşılama				Kronik hastalıkların kontrolü			
	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	p	Sayı	%	χ^2	P
Aile tipi												
Çekirdek	192	83,8			183	82,4			208	83,9		
Geniş	37	16,2	6,413	0,011	39	17,6	2,517	0,113	40	16,1	8,226	0,004
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Kronik hastalık varlığı												
Var	24	10,5			26	11,7			27	10,9		
Yok	205	89,5	0,001	0,970	196	86,3	0,860	0,354	221	89,1	0,109	0,741
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Daha önceki gebeliklerde sorun varlığı												
Var	65	28,4			57	25,7			72	29,0		
Yok	84	36,7	5,282	0,071	92	41,4	2,432	0,296	92	37,1	4,332	0,115
İlk gebelik	80	34,9			73	32,9			84	33,9		
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu												
Evet	198	86,5			191	86,0			213	85,9		
Hayır	31	13,5	1,399	0,237	31	14,0	0,722	0,396	35	14,1	0,773	0,379
Toplam	229	100,0			222	100,0			248	100,0		

Kadınların tanıtıcı özelliklerinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alan konuları bilme durumuna göre dağılımı Tablo 13’de gösterilmektedir. Genetik danışmanlık, aşılama ve kronik hastalıkların kontrolü cevapları ile kadınların tanıtıcı özellikleri arasındaki ilişki Tablo 13’de incelenmektedir.

Tablo 13’e göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık cevabını verme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların daha fazla oranda genetik danışmanlık cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 13’e bakıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık cevabını verme durumu ile eğitim durumu/eş eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise-lisans ve üstü olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların daha fazla oranda genetik danışmanlık cevabını verdiği belirlenmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık cevabını verme durumu ile bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe-köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı görülmektedir. Bugüne kadar en uzun süre ilde yaşayan kadınların daha fazla oranda genetik danışmanlık cevabını verdiği belirlenmiştir (Tablo 13).

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık cevabını verme durumu ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan kadınların daha fazla oranda genetik danışmanlık cevabını verdiği görülmüştür. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık cevabını verme durumu ile gelir durumu, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13'e bakıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara aşılama cevabını verme durumu ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise-lisans ve üstü olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların daha fazla oranda aşılama cevabını verdiği belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara aşılama cevabını verme durumu ile çalışma durumu, eş eğitim durumu, bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer, gelir durumu, aile tipi, kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13'e göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çalışmayan kadınların daha fazla oranda kronik hastalıkların kontrolü cevabını verdiği görülmüştür.

Tablo 13'e bakıldığında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile eğitim durumu/eş eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Bu farkın eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olanlar ile lise-lisans ve üstü olanlardan kaynaklandığı görülmüştür. Eğitim durumu/eş eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların daha fazla oranda kronik hastalıkların kontrolü cevabını verdiği belirlenmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile bugüne kadar en uzun süre yaşanan yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Bu farkın ilde yaşayanlar ile ilçe- köy/kasaba/beldede yaşayanlardan kaynaklandığı görülmektedir. Bugüne kadar en uzun süre ilde yaşayan kadınların daha fazla oranda kronik hastalıkların kontrolü cevabını verdiği belirlenmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Çekirdek aileye sahip olan kadınlar daha fazla oranda kronik hastalıkların kontrolü cevabını vermiştir (Tablo 13).

Tablo 13'e göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$). Geliri giderine denk/fazla olan kadınların kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme oranı daha fazladır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu ile daha önceki gebeliklerde sorun varlığı, şu anki gebeliği isteme durumu ve kronik hastalık varlığı arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.6. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler

Tablo 14. Kadınların Tanıtıcı Özellikleri ile Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumuna Göre Dağılımı

	Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumu					
	Evet		Hayır		χ^2	P
	Sayı	%	Sayı	%		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	9	45,0	90	26,4	3,286	0,070
Çalışmıyor	11	55,0	251	73,6		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	7	35,0	171	50,3	3,013	0,222
Lise	5	25,0	90	26,4		
Lisans ve üstü	8	40,0	80	25,3		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Eşin eğitim durumu						
İlköğretim ve altı	7	35,0	158	46,4	2,941	0,230
Lise	5	25,0	104	30,5		
Lisans ve üstü	8	40,0	79	23,2		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Bugüne kadar en uzun süre yaşanılan yer						
Köy/kasaba/belde	3	15,0	78	22,9	0,911	0,634
İlçe	5	25,0	92	27,0		
İl	12	60,0	171	50,1		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Gelir durumu						
Gelir giderden az	5	25,0	83	24,3	2,556	0,279
Gelir gidere denk/fazla	15	75,0	258	75,6		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Aile tipi						
Çekirdek	16	80,0	272	79,8	0,001	0,980
Geniş	4	20,0	69	20,2		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Kronik hastalık varlığı						
Var	0	0,0	38	11,1	2,491	0,115
Yok	20	100,0	303	88,9		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Daha önceki gebelikte sorun varlığı						
Var	8	40,0	95	27,9	1,379	0,502
Yok	7	35,0	139	40,8		
İlk gebelik	5	25,0	107	31,4		
Toplam	20	100,0	341	100,0		
Şu anki gebeliği isteme durumu						
İstiyor	18	90,0	288	84,5	0,449	0,503
İstemiyor	2	10,0	53	15,5		
Toplam	20	100,0	341	100,0		

Tablo.14' e göre kadınların tanıtıcı özellikleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

5. TARTIŞMA

Gebelerin prekonsepsiyonel danışmanlığa ilişkin bilgilerini ve prekonsepsiyonel danışmanlık/bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı duymadığı, yaklaşık yarısının bu kavramın ne olduğuyla ilgili fikri olmadığı saptanmıştır. Toplanan verilerden kadınların konuyla ilgili bilgilerinin olduğu, ancak bilginin yeterli derecede olmadığı sonucuna varılmıştır. Çalışma sonucunda, kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumlarının oldukça düşük olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular, kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakıma ilişkin bilgileri, görüşleri, danışmanlık ve bakım alma durumları ile bunları etkileyen faktörler başlıkları altında tartışılmıştır.

5.1. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri

Araştırmada gebe kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymadığı saptanmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyduğunu ifade eden kadınların büyük çoğunluğunun ise bu bilgiyi bir sağlık kurumundan (hastane ve ASM) ve hemşire/ebelerden aldığı belirlenmiştir. Ayalew ve ark (2017)'nin yaptığı çalışmada da kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymadığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyan kadınların yarısının bilgiyi bir sağlık kurumundan elde ettiği bildirilmiştir. Bilgiye sıklıkla bir sağlık kurumundan ulaşıyor olması, bireylerin elde ettiği bilgilerin güvenilir olması açısından önemlidir. Kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını sıklıkla hemşire/ebelerden duymuş olması, hemşirelerin/ebelerin bu konuda önemli bir role sahip olduğunu ve kişilerin bilgi almak için en çok başvurduğu sağlık profesyonelleri olduklarını düşündürmüştür.

Araştırma kapsamına alınan kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramının ne olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde benzer şekilde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgi eksikliği olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Arslan ve Özkan, 2005; Frey ve Files, 2006; Williams ve ark, 2012; Temel ve ark, 2013; Ayalew ve ark, 2017; Lammers ve ark, 2017). Ülkemizdeki

kadınların doğum öncesi dönemde olduğu gibi gebelik öncesi dönemde de bir danışmanlık ve bakım hizmeti alınması gerektiğinin farkında olmadıkları söylenebilir.

Araştırmadaki kadınların çoğunun gebelik öncesi dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmediği görülmüştür. Arslan ve Özkan (2005)'in yaptığı çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun prekonsepsiyonel dönemdeki tahlil, test ve tetkikleri bilmediği belirlenmiştir. Bu bulgu gebelik öncesi dönemde yapılması gerekenlerle ilgili bilgi eksikliğini göstermektedir. Buna göre, bireylerin gebelik öncesi danışmanlıkla ilgili pek çok konuda bilgilendirilmeye ihtiyaçları olduğu düşünülmüştür.

Çalışmaya alınan kadınların çoğu prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın hem kadın hem erkekler için gerekli olduğunu ve üreme çağındaki tüm bireyler için gerekli olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmanın aksine, Ayalew ve ark (2017)'nin çalışmasında kadınlarının çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için gerekli olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetini daha önce duyma ve bilme durumu ile gebelik öncesi yapılan tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu düşük olmasına rağmen, hizmetin kimler için ve hangi durumlarda gerekli olduğunu bilmeleri olumlu olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmaya alınan kadınlar gebelik öncesi dönemde en çok beslenme, zararlı alışkanlıkların bırakılması ve vitamin-folik asit kullanımı konularında eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Kadınların yarısından fazlası da gebelik öncesi dönemde kilo kontrolü, kronik hastalıklar, genetik danışmanlık ve aşılama konularında bilgi verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Genç Koyucu ve ark (2017)'nin çalışmasında en çok danışmanlık beklenen durumların gebelikteki risk faktörleri, beslenme, gebelikte çalışma durumu, ilaçlar ve aşılar olduğu bildirilmiştir. Zhao ve ark (2014)'nin çalışmasında folik asit kullanımı, gebelikteki kontroller, çevresel riskler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunma ve kilo düzenlemesi konuları sıklıkla danışmanlık istenilen konular olarak belirtilmiştir. Farklı olarak Amanak ve Karaçam (2019)'in çalışmasında gebelik öncesinde daha çok gebelikte yaşanan sorunlar ve dikkat edilmesi gereken durumlar, doğum ağrısı ve doğum sonu ağrı, emzirme ve gaz çıkarma konularında danışmanlık gereksinimi olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kadınların gebelik öncesi dönemde birçok konuda eğitime ihtiyaçları olduğunu düşündürmüştür.

Katılımcıların yaklaşık yarısı prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kadın-doğum uzmanı tarafından verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Bartolus ve ark (2017)'nin çalışmasında da kadınlar, prekonsepsiyonel sağlık için bilgi alınacak ana kaynağın kadın-doğum uzmanları olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu, kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetini yalnızca kadın-doğum uzmanlarının görevi olarak düşündüklerini göstermektedir.

5.2. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Görüşleri

Çalışmadaki kadınların büyük çoğunluğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gerekli bulduğu saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda da bu bulguya benzer sonuçlar elde edilmiştir (Arslan ve Özkan, 2005; Frey ve Files, 2006; Coonrod ve ark, 2009; Lammers ve ark, 2017). Ancak, Temel ve ark (2013) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların yarısının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gereksiz bulduğu bildirilmiştir. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gerekli bulan kadınların çoğunun bakımı gerekli bulma nedeni olarak bilgilenmek/bilinçlenmek istediğini ifade ettikleri görülmüştür. Bu sonuçlara göre kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın önemini farkında olduğu, gebelik öncesinde ihtiyaç duydukları konularda bilgilenmek istedikleri sonucu çıkarılabilir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı gerekli bulmayan kadınların tamamı gerekli bilgilere internetten ulaşabildiğini belirtmiştir. Van der Zee ve ark (2017)'nin çalışmasında da benzer olarak kadınların gerekli bilgilere kitaplar ve internet aracılığıyla ulaşabildiklerini ifade ettikleri görülmüştür. Bu bulgu, sosyal medya ve internetin günümüzde yaygın olarak kullanılmasından, bilgiye ulaşılacak güvenilir sitelerin artmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmadaki katılımcıların büyük çoğunluğunun bir sonraki gebeliğinde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediği belirlenmiştir. Frey ve Files (2006)'ın çalışmasında kadınların çoğunluğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediği belirtilmiştir. Ayrıca, Genç Koyucu ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada kadınların çoğunun gebelik öncesi danışmanlık ve bakım ihtiyacı içerisinde olduğu bildirilmiştir. Bu araştırmanın aksine, Lammers ve ark (2017)'nin çalışmasında kadınların yaklaşık yarısının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almakla ilgilenmediği, Van der Zee ve ark (2017)'nin yaptığı çalışmada ise kadınların tutumları olumlu olsa da prekonsepsiyonel danışmanlık almak istemedikleri bildirilmiştir. Elde edilen bu sonuç, kadınların büyük çoğunluğunun

konuyla ilgili bilgi ihtiyacı içinde olduğunu ve gebelik öncesi dönemde verilen bu hizmetten faydalanmak istediklerini düşündürmüştür.

Araştırma kapsamındaki kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı kadın-doğum uzmanından almak istediği belirlenmiştir. Literatürdeki bazı çalışmalarda kadınların danışmanlık ve bakımı çoğunlukla aile hekimi ve/veya kadın-doğum uzmanından almak istediği bildirilmiştir (Frey ve Files, 2006; Coonrod ve ark, 2009). Genç Koyucu ve ark (2017)'nin çalışmasında katılımcıların çoğunun kadın-doğum uzmanından prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediği görülmüştür. Poels ve ark (2017)'nin çalışmasında ise sağlık çalışanları arasındaki genel görüşün prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın aile hekimleri tarafından verilmesinin daha uygun olduğu yönündedir. Prekonsepsiyonel dönemdeki hizmetler birçok kurum, kuruluş ve meslek kolunun işbirliği içinde olmasını gerektirmektedir (Coşkun 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Bu nedenle hizmetlerin bireylere ulaştırılması, üreme çağındaki kişilere hizmet veren tüm sağlık personelinin görevi olarak kabul edilmektedir (Güler Baysoy ve Özkan, 2012; Başlı ve Aksu, 2018). Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım multidisipliner bir hizmet olmasına karşın katılımcıların çoğunun bu hizmeti daha çok kadın-doğum uzmanından almak istemesi, onların bilgi ve yönlendirmesine daha çok güvendiklerini düşündürmüştür. Hekimlerin yönlendirmesine daha çok güvenilmesi, toplumun çoğunluğunun hemşirelik mesleğini yeterince tanımaması ve eğitim süresinin hekimlerden daha kısa olmasından kaynaklanmış olabilir.

5.3. Kadınların Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumları

Çalışmadaki kadınların yarısının gebe kalmadan önce hazırlık yaptığı belirlenmiştir. Goossens ve ark (2018) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların büyük çoğunluğunun gebe kalmadan önce yaşam tarzında bir ya da birden fazla değişiklik yaptığı bildirilmiştir. Bu bulgu gebelik öncesi dönemde bazı hazırlıklar olmasına rağmen, hazırlık yapma oranının yetersiz olduğunu, kadınların konu hakkında farkındalığa ihtiyaçları olduğunu düşündürmüştür.

Bu çalışmada gebelik için hazırlığı olan kadınların çoğunun yeterli ve dengeli beslendiği, yarısının ise kilo düzenlemesi yaptığı görülmüştür. Farklı olarak Goossens ve ark (2018)'nin çalışmasında kadınların gebelik öncesi dönemde sağlıklı diyet uygulama oranlarının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuçlar kadınların çoğunun gebelik öncesi

beslenme ve kilo kontrolünün öneminin farkında olduğunu göstermektedir. Ayrıca, kadınların çoğunlukla kilo nedeniyle toplumsal baskı görmesi bu sonuca yol açmış olabilir.

Araştırmadaki kadınların yaklaşık yarısının gebelik öncesi vitamin/folik asit kullanımının olduğu görülmüştür. Literatürdeki bazı çalışmalarda da folik asit kullanımının yaygın bir hazırlık davranışı olduğu görülmüştür (Chuang ve ark, 2011; De Santis ve ark, 2013; McKenna ve ark, 2017; Zhao ve ark, 2014; Goossens ve ark, 2018). Gebelik öncesi folik asit kullanımının yaygın bir davranış olduğunu bildiren çalışmaların yanında, prekonsepsiyonel folik asit kullanımının az olduğu çalışmalar da mevcuttur (Çakmak ve ark, 2006; Somunkıran ve ark, 2007; Tamim ve ark, 2008; Brough ve ark, 2009; Luton ve ark, 2014; Nilsen ve ark, 2016; Nilsen ve ark, 2019; Cömert, 2019). Bu bulgu, kadınların gebelik öncesi folik asit kullandığını ancak bunun istenilen düzeyde olmadığını ve prekonsepsiyonel folik asit kullanımı hakkında kadınların bilinçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Araştırmada, gebe kalmadan önce sigara kullanan kadınların gebelik öncesinde sigarayı bırakma oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde benzer olarak gebelik öncesi sigara kullanımını bırakma oranının düşük olduğu çalışmalara rastlanmaktadır (Lum ve ark, 2011; Goossens ve ark 2018). Ancak, Beckmann ve ark (2014) ile Luton ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmalarda prekonsepsiyonel dönemde kadınların çoğunun sigarayı bıraktığı bildirilmiştir. Araştırmada sigaraya benzer olarak, gebelik öncesi alkol kullanan kadınların prekonsepsiyonel dönemde alkolü bırakma oranının düşük olduğu saptanmıştır. Bu bulguya benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar mevcuttur (Lum ve ark, 2011; Goossens ve ark 2018). Farklı olarak, Luton ve ark (2014) tarafından yapılan çalışmada kadınların çoğunun prekonsepsiyonel dönemde alkolü bıraktığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar kadınların gebelik öncesi dönemde sigara ve alkolün bırakılması gerektiğinin önemini bilmediklerini göstermektedir.

Bu araştırmada ulaşılan bir diğer bulguya göre kadınların gebelik öncesi dönemde aşılama oranının oldukça düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışmanın aksine, Zhao ve ark (2014)'nın yaptığı çalışmada bölgesel farklar olmakla birlikte kadınların çoğunun aşı yaptırdığı bildirilmiştir. Anne-bebek sağlığını olumsuz etkileyen bazı hastalıklar aşı ile önlenmesine rağmen, gebelik öncesi dönemde aşılamanın tamamlanmaması kadınların konunun öneminin yeterince farkında olmadıklarını göstermektedir. Öte yandan, günümüzde gittikçe artan aşı karşıtı görüşler bu bulguya yol açmış olabilir.

Araştırmadaki gebelerin çoğunluğunun gebelik öncesi danışmanlık ve bakım almadığı saptanmıştır. Literatürdeki çalışmaların bazılarında da benzer sonuçlar elde edilmiştir (Arslan ve Özkan, 2005; Luton ve ark, 2014; Genç Koyucu ve ark, 2017). Bununla beraber bazı çalışmalarda katılımcıların yaklaşık yarısının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım aldığı görülmüştür (Frey ve Files, 2006; Williams ve ark, 2012; Nilsen ve ark, 2016; Goossens ve ark, 2018). Buna ilaveten bazı çalışmalarda da kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık aldığı bildirilmiştir (Lammers ve ark, 2017; Amanak ve Karaçam, 2019). Araştırmadan elde edilen sonuç, Türkiye’de prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin öneminin bilinmesi ve bu hizmetin bulunmasına rağmen, işlevsel bir bakım şemasının yürürlükte olmaması ile ilgili olabilir. Bir diğer yandan, multipar kadınların daha önceki gebeliklerinde almış oldukları düşünülen doğum öncesi bakım, gebelik öncesi dönemde bu hizmete başvurmamalarına yol açmış olabilir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların çoğunun bu hizmeti hemşire/ebelerden aldığı saptanmıştır. Benzer şekilde Amanak ve Karaçam (2019)’ın çalışmasında prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili başvuru bilgisi kaynağının çoğunlukla ebeler olduğu görülmüştür. Ancak, Goossens ve ark (2018) tarafından yapılan çalışmada prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım için sıklıkla uzman doktor ve pratisyen hekime başvurulduğu bildirilmiştir. Bu sonuç, hemşire/ebelerin hastayla en sık iletişim kuran sağlık profesyonelleri olmasından kaynaklanmış olabilir. Ayrıca, elde edilen bu sonuç prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımda hemşirelerin rolünün ne kadar önemli olduğunu bir kez daha ortaya koymuştur.

Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların çoğunun bebek bakımı ve gebelik süreci ile ilgili bilgi aldığı belirlenmiştir. Lammers ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada ise prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımda sıklıkla yapılan girişimlerin kan basıncı ölçümü, aile planlaması danışmanlığı ile CYBE tarama ve tedavisi olduğu bildirilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuca göre, az sayıda prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alan kadınların, aldıkları bakımın içeriğinin de sınırlı olduğu söylenebilir.

5.4. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakıma İlişkin Bilgileri Etkileyen Faktörler

Bu araştırmaya göre çalışma durumu ile kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymama durumu daha fazladır. Çalışan kadınlara göre sosyal etkileşimlerinin ve bilgiye ulaşma yollarının daha az olması nedeniyle, çalışmayan kadınlar bu kavrama daha uzak kalmış olabilir.

Araştırmada, eğitim durumu ve eş eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre eğitim durumu ile eşinin eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınlar prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha az oranda duymuştur. Eğitim seviyesi azaldıkça prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumunun azalması beklenen bir durumdur. Bu araştırmada, en uzun süre yaşanılan yer ile kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumu arasında istatistiksel olarak fark olduğu belirlenmiştir. En uzun süre ilde yaşayan kadınlar prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda duymuştur. İlde yaşama sağlık hizmetlerine ve bilgiye ulaşımı kolaylaştırdığından, bu hizmeti duyma durumunu arttırmış olabilir.

Bu araştırmada, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumuna gelir durumu ve aile tipinin etkisinin olmadığı görülmüştür. Gelir durumunun bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı düşünülse de, internet ve sosyal medya kullanımının arttığı günümüzde herkesin konuyla ilgili bilgiye rahatlıkla ulaşabildiğini düşündürmüştür. Kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duyma durumunu etkilememiştir. Kronik hastalığı olan, daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayan ve gebeliğini planlayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı daha fazla duyması beklenmesine rağmen, böyle bir bulgu elde edilmesi kadınların farkındalıklarının yetersiz olduğunu düşündürmüştür.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre çalışma durumu ile kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı

bir fark olduğu belirlenmiştir. Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri daha fazla oranda bilmediği görülmüştür. Bu sonuç, çalışmayan kadınların çalışan kadınlara göre sosyal etkileşimleri ve bilgiye ulaşma yollarının daha az olmasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya göre çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme oranının daha fazla olduğu saptanmıştır. Çalışmayan kadınların sosyal etkileşimleri ve bilgiye ulaşma yollarının daha az olduğu öngörüldüğünde, bu bulgunun olumlu olduğu düşünülebilir. Araştırmada çalışma durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme- kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı ve aşılama cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Beslenme-kilo kontrolü ve folik asit kullanımı genellikle daha çok bilinen bilgiler olabileceğinden, çalışma durumundan etkilenmemiş olabilir.

Araştırmada, eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumu, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Eğitim durumu lisans ve üstünde olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda doğru bildiği, eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların ise prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmeme durumunun daha yüksek olduğu görülmüştür. Arslan ve Özkan (2005) ve Ayalew ve ark (2017) çalışmasında kadınların eğitim seviyesinin yükselmesinin bilgi düzeyini arttırdığı bildirilmiştir. Eğitim seviyesinin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramı hakkındaki bilgileri olumlu yönde etkilemesinin beklenen bir durum olduğu söylenebilir.

Araştırma sonucuna göre, eğitim durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme-kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı, genetik danışmanlık, aşılama ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme-kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı, genetik danışmanlık, aşılama ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme oranı daha yüksektir. Eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte bilgi düzeyinin artması öngörüldükçe, ilköğretim ve altı eğitime sahip olan kadınların bu cevapları verme oranının yüksek olması beslenme-kilo kontrolü ve folik asit kullanımının genellikle bilinen bilgiler olmasından kaynaklanmış olabilir. Öte yandan, toplumda daha az bilindiği düşünülen genetik danışmanlık, aşılama ve kronik hastalıkların kontrolü cevaplarının ilköğretim ve altı eğitime sahip kadınlarca daha çok verilmesi ise sevindirici bir bulgudur.

Araştırmada eğitim durumunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara zararlı alışkanlıkların bırakılması cevabını verme durumunu etkilemediği görülmüştür. Bu sonuç, eğitim durumundan etkilenmeksizin toplumun her kesiminde zararlı alışkanlıkların olmasından ve bu alışkanlıkların gebelik üzerine etkilerinin yeterince bilinmemesinden kaynaklanmış olabilir.

Bu araştırmada en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. En uzun süre ilde yaşayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme oranının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya göre en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı, zararlı alışkanlıkların bırakılması, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevaplarını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. En uzun süre ilde yaşayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı, zararlı alışkanlıkların bırakılması, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevaplarını verme oranı daha yüksektir. İlde yaşama sağlık hizmetlerine

ve bilgiye ulaşımı kolaylaştırdığından prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgi düzeyini arttırmış olabileceği düşünülmüştür.

Araştırma sonucunda en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme durumu, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme/kilo kontrolü ve aşılama cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Beslenme ve kilo kontrolünün toplumda sıklıkla önemi bilinen konulardan olması, aşılamanın öneminin ise çoğunlukla bilinmiyor olması bu sonuca yol açmış olabilir.

Araştırma sonucunda gelir durumu ile prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Geliri giderine denk/fazla olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme oranı ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme oranı daha fazladır. Gelir durumunun iyi olması sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırdığı ve tahlil, test ve tetkik yaptırma olanaklarını arttırdığından dolayı bu sonuç elde edilmiş olabilir.

Araştırmaya göre gelir durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme durumu, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/ hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme/kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı, zararlı alışkanlıkların bırakılması, genetik danışmanlık ve aşılama cevaplarını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgu, gelir durumunun bilgiye ve sağlık hizmetlerine ulaşmayı kolaylaştırdığı öngörülse de, internet ve sosyal medya kullanımının arttığı günümüzde herkesin konuyla ilgili bilgiye ulaşabildiğini düşündürmüştür.

Araştırma sonucunda aile tipi ile prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/ hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme durumu ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir.

Çekirdek aileye sahip olan kadınların prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevabını verme durumunun daha fazla olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bu sonuç, geniş aile içerisinde yaşayan çiftlerde prekonsepsiyonel hizmetlerin yalnızca kadına özgü olduğu ve/veya bu hizmetlerin yalnızca sorunlu durumlarda verildiği yönünde görüşlerin bulunabilmesi ve gebelik öncesi tahlil, test ve tetkik yaptırmaya gerek duyulmamasından kaynaklanmış olabilir.

Araştırmaya göre aile tipi ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme durumu ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme/kilo kontrolü, vitamin-folik asit kullanımı, zararlı alışkanlıkların bırakılması ve aşılama cevaplarını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Bu bulgu beslenme, kilo kontrolü ve vitamin-folik asit kullanımının toplumda genellikle biliniyor olmasından kaynaklanmış olabilir. Bunun yanında, çalışmada gebelik öncesi sigarayı bırakma ve aşı yaptırmaya oranlarının da az olduğu göz önüne alınırsa, bu sonuca göre, zararlı alışkanlıkların bırakılması ve aşılamanın gebelik üzerine etkisinin toplumda daha az bilindiği kanısına varılabilir.

Araştırma sonucunda daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. İlk gebeliği olan ve daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme oranı daha yüksektir. Prekonsepsiyonel dönemde vitamin-folik asit kullanımının gebelikte oluşabilecek birçok komplikasyonun önüne geçtiği bilinmektedir. Bu nedenle daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayan kadınların bu konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olması beklenen bir durumdur.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, şu anki gebeliği isteme durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme durumu ve prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara vitamin-folik asit kullanımı cevabını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Şu anki gebeliğini isteyen kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme oranı ve vitamin-folik asit

kullanımı cevabını verme oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu durum gebeliğini isteyen kadınların konuya daha çok ilgi gösterdiğini, gebelik öncesi vitamin-folik asit kullanımı konusunda farkındalıklarının daha fazla olduğunu düşündürmüştür.

Araştırmanın sonucunda daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı bilme, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun yanında, daha önceki gebeliklerde sorun varlığının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme-kilo kontrolü, zararlı alışkanlıkların bırakılması, aşılama, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevaplarını verme durumunu etkilemediği görülmüştür.

Araştırmada şu anki gebeliği isteme durumunun, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu bilme ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilme durumunu etkilemediği görülmüştür. Ayrıca, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın içinde yer alması gereken konulara beslenme-kilo kontrolü, zararlı alışkanlıkların bırakılması, aşılama, genetik danışmanlık ve kronik hastalıkların kontrolü cevaplarını verme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir.

Bu araştırmanın bir diğer bulgusuna göre kronik hastalık varlığının prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili bilgileri etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır. Daha önceki gebeliklerde sorun olan, şu anki gebeliğini isteyen ve kronik hastalığı olan kadınların gebeliğini nasıl yöneteceğine ilişkin bilgilere ulaşmak için prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hakkında daha fazla bilgi sahibi olması beklenebilir. Ancak elde edilen bu bulgular kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hakkında yeterli farkındalıklarının olmadığını düşündürmüştür.

5.5. Prekonsepsiyonel Danışmanlık ve Bakım Alma Durumunu Etkileyen Faktörler

Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre, kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumunun tanıtıcı özelliklerden etkilenmediği saptanmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu ile çalışma durumu arasında bir fark olmadığı

belirlenmiştir. Çalışan kadınların sosyal etkileşimlerinin daha fazla olması, bu nedenle prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranlarının daha yüksek olması beklenirken, elde edilen araştırma sonucu düşündürücüdür. Araştırmaya göre, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu ile eğitim durumu ve eşin eğitim durumu arasında bir fark olmadığı görülmüştür. Ancak Williams ve ark (2012)'nin çalışmasında eğitim seviyesi düşük olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma oranının daha az olduğu bildirilmiştir. Eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte danışmanlık alma oranlarının artması beklenmektedir. Daha yüksek düzeyde eğitime sahip bireylerin de bu hizmete yeterince başvurmaması, ülkemizde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın yeterince yaygınlaşmadığını düşündürmüştür.

Bu araştırmada aile tipi ve en uzun süre yaşanan yer ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma arasında bir fark bulunmamıştır. En uzun süre ilde yaşamının sağlık hizmetlerine ve bilgiye ulaşmayı kolaylaştırdığı öngörülse de, elde edilen bu bulgu bireylerin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmeti almak için sağlık kurumlarına yeterince başvurmadıklarını göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre gelir durumu ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu arasında bir fark olmadığı saptanmıştır. Bu bulgunun aksine Amanak ve Karaçam (2019)'ın çalışmasında orta düzeyde geliri olan kadınların düşük gelirli olanlara göre prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma oranının daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Gelir durumu daha iyi olan kadınların sağlık hizmetlerine ulaşımının daha kolay olacağı düşünülse de günümüzde bireylerin çoğunun sosyal güvencesi bulunmaktadır. Bu nedenle elde edilen bu bulgu, bireylerin prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetinden yeterince faydalanmadıklarını göstermektedir.

Kronik hastalık varlığı, daha önceki gebeliklerde sorun varlığı ve şu anki gebeliği isteme durumu prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumunu etkilememiştir. Ancak, Williams ve ark (2012)'nin çalışmasında gebeliğini planlamamış olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma oranının daha az olduğu, Lammers ve ark (2017) tarafından yapılan çalışmada ise 1-5 yıl içerisinde gebe kalmayı planlayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Kronik hastalığı olan, daha önceki gebeliklerinde sorun yaşayan ve gebeliğini planlayan kadınların prekonsepsiyonel hizmetlere daha fazla oranda başvurması beklenmektedir. Ancak elde edilen bu bulgu prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakıma daha fazla ihtiyacı olan kadınların, bu hizmete yeterince ulaşamadıkları şeklinde değerlendirilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebe kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ile ilgili bilgilerini, danışmanlık ve bakım alma durumlarını belirlemek amacıyla 361 gebe ile kesitsel olarak yürütülen çalışmanın başlıca sonuçları aşağıda özetlenmiştir.

- Kadınların yaş ortalamasının $27,95 \pm 5,67$ olduğu saptanmıştır. Kadınların çoğunun çalışmadığı, eğitim durumu ve eş eğitim durumunun ilköğretim olduğu belirlenmiştir. Kadınların çoğunun en uzun süre ilde yaşadığı, gelirinin giderine denk olduğu, kronik ve genetik herhangi bir hastalığı olmadığı belirlenmiştir.
- Katılımcıların gebelik sayısı ortalamasının $2,30 \pm 1,73$ olduğu, çoğunun daha önceki gebeliklerinde ve doğumlarında sorun yaşamadığı saptanmıştır. Kadınların çoğunun şu anki gebeliğini istediği, gebelik öncesi sigara ve alkol kullanmadığı belirlenmiştir.
- Araştırmadaki kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını duymadığı, bu kavramı duyanların ise en sık duyduğu sağlık kurumunun ASM'ler, en sık duyduğu sağlık profesyonelinin ise hemşire/ebeler olduğu görülmüştür.
- Kadınların çoğunun gebelik öncesi yapılması gereken tahlil, test ve tetkikler ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın ne olduğunu bilmediği belirlenmiştir. Kadınların çoğu prekonsepsiyonel danışmanlık/bakımın hem kadın hem erkekler için gerekli olduğunu, üreme çağındaki tüm bireylere verilmesi gerektiğini düşünmektedir. Katılımcılar gebelik öncesi en çok beslenme, zararlı alışkanlıkların bırakılması ve vitamin-folik asit kullanımı konularında eğitim verilmesi gerektiğini belirtmiştir.
- Kadınların çoğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın gerekli olduğunu, bir sonraki gebeliğinde prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almak istediğini, danışmanlık ve bakımı kadın-doğum uzmanından almayı tercih edeceğini ifade ettiği görülmüştür.

- Kadınların büyük çoğunluğunun prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım almadığı belirlenmiştir.
- Çalışmayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda duymadığı, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmeme durumunun daha fazla olduğu görülmüştür. Eğitim durumu ilköğretim ve altında olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda duymadığı, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımın kimler için/hangi durumlarda gerekli olduğunu ve prekonsepsiyonel dönemde yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri bilmeme durumunun daha fazla olduğu saptanırken, eğitim durumu lisans ve üstünde olan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla oranda doğru bildiği belirlenmiştir.
- En uzun süre ilde yaşayan kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını daha fazla duyduğu, şu anki gebeliğini isteyen kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım kavramını bilme durumunun daha iyi olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında, geliri giderine denk/fazla olan, en uzun süre ilde yaşayan ve çekirdek aileye sahip olan kadınlar gebelik öncesi yapılması gereken tahlil, test ve tetkikleri daha fazla oranda bilmektedir.
- Araştırmada, kadınların tanıtıcı özellikleri ile prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.
- Özetle sonuç olarak, bu araştırmada kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakıma ilişkin bilgileri olmakla birlikte bu bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı ve kadınların prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım alma durumlarının yetersiz olduğu görülmüştür.

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Sağlık profesyonelleri sağlık kurumuna başvuran üreme çağındaki tüm bireylere prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hakkında bilgi vermeli, gerekirse bireyler diğer sağlık ekibi üyelerine danışmanlık ve bakım almaları için yönlendirmelidir.
- Bireylere konu hakkında verilen eğitimler bireylerin sosyo-demografik özellikleri göz önüne alınarak yapılmalı ve kitapçık, broşür, resimli rehber gibi yazılı-görsel materyaller ile desteklenmelidir.
- Kişilerin konu ile ilgili bilgi ve farkındalıklarını arttırabilmek için günümüzde gittikçe yaygınlaşan internet, sosyal medya ve yazılı-görsel basın aracılığıyla prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakımı anlatan ve önemini vurgulayan tanıtımlar yapılmalıdır.
- Evlenecek çiftlere prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetleri konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin verilmesi ile ilgili sağlık profesyonellerine yol gösterici klavuzlar (guideline) hazırlanmalı, hizmet içi eğitimler ve sertifika programları arttırılmalıdır.
- Hemşireler, sağlık kurumuna başvuran kişiler ile en çok iletişim halindeki sağlık profesyonelleri olduğundan prekonsepsiyonel dönemde verilen hizmetler içerisinde aktif rol almalı, konu hakkında bilgilerini güncel tutmalıdır. Bunun için, prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım ile ilgili hizmet içi eğitimler ve sertifika programlarına katılım sağlamalıdır.

- Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlanarak tüm sağlık kuruluşlarında prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakıma verilen önem ve zamanın artırılması için sağlık politikaları oluşturulmalıdır. Bu hizmetlerin rutin sağlık sistemi içerisine iyi şekilde yerleştirilebilmesi için işlevsel bir prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım şeması oluşturulması gerekmektedir.
- Konu ile ilgili eksiklikleri saptayabilmek adına, farklı yer ve zamanlarda, başka örneklem grupları ve daha çok birey ile yeni çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Agricola E, Pandolfi E, Gonfiantini MV, Gesualdo F, Romano M, Carloni E, Mastoiacovo P, Tozzi AE. A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2014, 14, 33-42.

Aksoy A, Vefikuluçay Yılmaz D. Toplum sağlığını arttırmada yeni bir hizmet modeli: prekonsepsiyonel bakım ve hemşirenin rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019, 16 (1), 60-67.

Aksu H, Sevil Ü, Yurtsev E, Güvendiren G. Nöral tüp defektleri ve folik asit. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010, 2 (3), 139-144.

Amanak K, Karaçam Z. Kadınların gebelik öncesi danışmanlık gereksinimlerinin belirlenmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges* 2019, Ekim/October, 8-12.

American Diabetes Association (ADA). Standarts of medical care in diabetes 2018. *Diabetes Care* 2018, 41 (1), 137-143.

Arslan H, Özkan A. Prekonsepsiyonel dönemdeki kadınların değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2005, 36 (2), 65-71.

Akdolun Balkaya N. Üreme sistemine ilişkin laboratuvar tetkikleri ve tanı yöntemleri, In: Sistemlere İlişkin Laboratuvar Tetkikleri ve Tanı Yöntemleri (1.baskı), Asgarpour H. (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara, 2018: 291.

Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos MK, Stubblefield PG, Cefalo R, Damus K, Reddy UM. Where is the “W”oman in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199 (6), Supp B, 259-265.

Avsar AF, Kaya S, Kaya B. Türkiye’de folik asit perikonsepsiyonel olarak kullanılmalı mıdır? *Ankara Medical Journal* 2012, 12 (4), 188-194.

Ayalew Y, Mulat A, Dile M, Simegne A. Women’s knowledge and associated factors in preconception care in Adet, West Gojjam, Northwest Ethiopia: a community based cross sectional study. *Reproductive Health* 2017, 14, 15-24.

- Bartolus R, Oprandi NC, Morassutti FR.** Why women do not ask for information on preconception health? a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017, 17, 5-15.
- Başgöl S, Oskay Ü.** Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. *International Journal of Human Sciences* 2012, 9 (2), 1524-1534.
- Başli M, Aksu H.** Prekonsepsiyonel danışmanlık ve bakım. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2018, 34 (3), 128-140.
- Başli M, Aksu H.** Kadınların folik asit kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2019, 28 (3), 220-226.
- Başli M, Aksu H, Toptaş B.** Bir üniversitede öğrenim gören sağlık yüksekokulu öğrencilerinin human papilloma virüs ve HPV aşısı ile ilgili bilgi ve görüşleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019, 1, 1-17.
- Beckmann MM, Widmer T, Bolton E.** Does preconception care work? *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2014, 54 (6), 510-514.
- Bialystock L, Poole N, Greaves L.** Preconception care call for national guidelines. *Canadian Family Physician* 2013, 59 (10), 1037-1039.
- Bixenstine PJ, Cheng TL, Cheng D, Connor KA, Mistry KB.** Association between preconception counseling and folic acid supplementation before pregnancy and reasons for non-use. *Maternal Child Health J* 2015, 19 (9), 1974-1984.
- Boulet SL, Parker C, Atrash H.** Preconception care in international settings. *Maternal Child Health J* 2006, 10, 29-35.
- Brough L, Rees GA, Crawford MA, Dorman EK.** Social and ethnic differences in folic acid use during preconception and early pregnancy in the UK: effect on maternal folate status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2009, 22 (2), 100- 107.
- Burriss HH, Werler MM.** U.S. provider reported folic acid or multivitamin ordering for non-pregnant women of childbearing age: NAMCS and NHAMCS, 2005–2006. *Maternal Child Health Journal* 2011, 15 (3), 352-359.
- Carson MP, Chen KK.** Hypertension in a woman planning pregnancy. *Canadian Medical Association Journal* 2014, 186 (2), 129-130.

Chuang CH, Hillemeier MM, Dyer AM, Weisman CS. The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Preventive Medicine* 2011, 53, 85-88.

Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, Cefalo R, Hunter KD, Pizzica A, Dunlop AL. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199 (6), 290-295.

Coonrod DV, Bruce NC, Malcolm TD, Drachman D, Frey KA. Knowledge and attitudes regarding preconception care in a predominantly low-income Mexican American population. *Am J Obstet Gynecol* 2009, 200, 686.e1-686.e7.

Coşkun A. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık: kadın yaşamındaki yeri ve önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012, 8 (3), 8-15.

Cömert M. Gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019: 3-47.

Çakmak P, Minareci Y, Yuvaç O, Var T, Güngör T, Mollamahmutoğlu L. Gebelik öncesi dönem ve gebelikte folik asit kullanımı. *Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology* 2006, 3 (3), 157-161.

Daymaz D, Güner P, Bahar Özvarış Ş. (2015) Aile Planlaması. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Toplum Eğitim Sunumları. Erişim adresi: http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php. (23.02.2020)

De Santis M, Quattrocchi T, Mappa I, Spagnuola T, Licamelli A, Chiaradia G, De Luca C. Folic acid use in planned pregnancy: an Italian survey. *Maternal Child Health Journal* 2013, 17 (4), 661-666.

Dunlop AL, Gardiner PM, Shellhaas CS, Menard MK, McDiarmid MA. The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199 (6), 367-72.

Ebrahim SH, Tsing Lo SS, Zhou J, Han JY, Delvoeye P, Zhu L. Models of preconception care implementation in selected countries. *Matern Child Health J* 2006, 10, 37-42.

Elsinga J, De Jong-Potjer LC, Van der Pal-de Bruin KM, Le Cessie S, Assendelf WJJ, Buitendijk SE. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Women's Health Issues* 2008, 18 (6), 117-125.

Erbaydar N, Çilingiroğlu N, Keskin C, Altunbaş M, Arslanoğlu E, Aydın O, Çetin E, Gündüz GG. Human papilloma virüs aşısı bir üniversite hastanesi hemşireleri için ne ifade ediyor? *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016, 3 (3), 16–27.

Family Planning New South Wales Research Center (FPNSW). (2013) Fact sheet pre-pregnancy planning. Erişim adresi: www.fpnsw.org.au (10.04.2020)

Farahi N, Zolotor A. Recommendations for preconception counseling and care. *Indian Journal of Clinical Practice* 2014, 24 (11), 1006-1012.

Food and Drug Administration-FDA. (2018) FDA approves expanded use of Gardasil 9 to include individuals 27 through 45 years old. Erişim adresi: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-expanded-use-gardasil-9-include-individuals-27-through-45-years-old> (19.08.2020)

Fowler JR, Mahdy H, Jack BW. Preconception counseling. [Updated 2020 Feb 19]. In: StatPearls, Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.

Frayne DJ. Preconception care is primary care: a call to action. *American Family Physician Journal* 2017, 96 (8), 492-494.

Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Maternal Child Health Journal* 2006, 10 (1), 73-77.

Genç S, Mihmanlı V. Madde bağımlılığı ve gebelik. *Ok Meydanı Tıp Dergisi* 2014, 30 (Ek sayı 2), 120-123.

Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri. *Journal of Academic Research in Nursing* 2017, 3 (3), 116-121.

Goossens J, Beeckman D, Van Hecke A. Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery* 2018, 56 (1), 112-120.

Gökdemir F, Eryılmaz G. Prekonsepsiyonel sağlık hizmetleri. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2017, 3 (3), 204-212.

Gökkaya Kılıç Z, Uz Çetin K, Yavuz Sarı Ö, Aslan D. (2015) Evlilik Öncesi Danışmanlık. Hacettepe Üniversitesi TF. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Toplum Eğitim Sunumları. Erişim adresi. http://www.halksagligi.hacettepe.edu.tr/diger/topluma_yonelik.php. (19.08.2020).

Güler Baysoy N, Özkan S. Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel bakım): halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal* 2012, 23, 77-90.

Holmes VA, Hamill LL, Alderdice FA, Spence M, Harper R, Patterson CC, Loughridge S, McKenna S, Gough A, McCance DR. Effect of implementation of a preconception counselling resource for women with diabetes: a population based study. *Primary Care Diabetes* 2017, 11 (1), 37-45.

Hurst HM, Linton D. Preconception care: planning for the future. *The Journal for Nurse Practitioners* 2015, 11 (3), 335-340.

Jack BW, Atrash H, Bickmore T, Johnson K. The future of preconception care a clinical perspective. *Women's Health Issues* 2008, 18 (6), 19-25.

Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boulet S, Curtis MG. 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. *MMWR* 2006, 55 (RR06), 1-23.

Kabaran S, Ayaz A. Maternal ve fetal sağlık üzerinde B12, folik asit, A, D, E ve C vitaminlerinin etkileri. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2013, 70, 103-112.

Karahan N, Serhatlıoğlu G. Gebelik fizyolojisi, In: Hemşirelik ve Ebelik İçin Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. baskı), Arslan Özkan H. (Ed), Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2019: 137-139.

Kotelchuck M, Lu M. Father's role in preconception health. *Maternal Child Health Journal* 2017, 21 (11), 2025-2039.

Kızılkaya Beji N, Yılmaz T. Kronik sağlık sorunları ve gebelik, In: Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (1. baskı), Kızılkaya Beji N. (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2015: 490-491.

Kublay G, Terzioğlu F, Karatay G. Gebelik ve sigara. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.

Lammers CR, Hulme PA, Wey H, Kerkvilet J, Arunachalam SP. Understanding women's awareness and access to preconception health care in a rural population: a cross sectional study. *Journal of Community Health* 2017, 42 (3), 489-499.

Lanik AD. Preconception counselling. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2012, 39 (1), 1-16.

Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: preventing and treating infections. *Reproductive Health* 2014a, 11 (Suppl 3), S4.

Lassi ZS, Imam AM, Dean SV, Bhutta ZA. Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive Health* 2014b, 11 (Suppl 3), S6.

Lum KJ, Sundaram R, Buck GM. Women's lifestyle behaviours while trying to become pregnant: evidence supporting preconception guidance. *American Journal of Gynecology&Obstetrics* 2011, 205 (3), 203-209.

Luton D, Forestier A, Courau S, Ceccaldi PF. Preconception care in France. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2014, 125 (2), 144-145.

Mahmud M, Mazza D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Women's Health* 2010, 10, 5-12.

March of Dimes. (2017) Your checkup before pregnancy. Erişim adresi: www.marchofdimes.org (10.04.2020).

McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol* 2008, 199 (6), 357-61.

McKenna E, Hure A, Perkins A, Gresham E. Dietary supplement use during preconception: the Australian longitudinal study on women's health. *Nutrients* 2017, 9 (10), 1119-1130.

Mihelic M, Morawska A, Filus A. Preparing parents for parenthood: protocol for a randomized controlled trial of a preventative parenting intervention for expectant parents. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018, 18: 311.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB). Aile Planlaması. Ankara, 2017.

Nilsen RM, Leoncini E, Gastaldi P, Allegri V, Agostino R, Faravelli F, Ferrazzoli F, Finale E, Ghirri P, Scarano G, Mastroiacovo P. Prevalence and determinants of preconception folic acid use: an Italian multicenter survey. *Italian Journal of Pediatrics* 2016, 42 (1), 65.

Nilsen RM, Daltveit AK, Iversen MM, Sandberg MG, Schytt E, Small R, Strandberg RB, Vik SE, Aasheim V. Preconception folic acid supplement use in immigrant women (1999-2016). *Nutrients* 2019, 11 (10), 2300.

Petrosky E, Bocchini JA, Hariri S, Chesson H, Curtis CR, Saraiya M, Unger ER, Markowitz LE. Use of 9-valent human papillomavirus (HPV) vaccine: updated HPV vaccination recommendations of the advisory committee on immunization practices. *MMWR* 2015, 64 (11), 300-304.

Poels M, Koster MPH, Franx A, Van Stel HF. Healthcare providers' views on the delivery of preconception care in a local community setting in the Netherlands. *BMC Health Services Research* 2017, 17, 92-101.

Ragnar ME, Tyden T, Kihlbom U, Larsson M. Swedish parents' interest in preconception genetic carrier screening. *Uppsala Journal of Medical Sciences* 2016, 121 (4), 289-294.

Regier DS, Ferreira CR, Hart S, Hadley DW, Muenke M. Medical genetics and genomic medicine in the United States. Part 2: reproductive genetics, newborn screening, genetic counseling, training and registries. *Molecular Genetics & Genomic Medicine* 2017, 5 (6), 621-630.

Reichman O, Miskin I, Sharoni L, Eldar-Geva T, Goldberg D, Tsafrir A, Gal M. Preconception screening for cytomegalovirus: an effective preventive approach. *BioMed Research International* 2014, 1-4.

Sackey JA. (2016) The preconception office visit. Official reprint from UptoDate. Erişim adresi: www.uptodate.com (11.04.2020).

Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare and congenital disorders: systematic review of the effectiveness of preconception care programs in the prevention of congenital disorders. *Maternal Child Health Journal* 2014a, 18 (6), 1354-1379.

Shannon GD, Alberg C, Nacul L, Pashayan N. Preconception healthcare delivery at a population level: construction of public health models of preconception care. *Maternal Child Health Journal* 2014b, 18 (6), 1512-1531.

Shawe J, Delbaere I, Ekstrand M, Hegaard HK, Larsson M, Mastroiacovo P, Stern J, Steegers E, Stephenson J, Tyden T. Preconception care policy, guidelines, recommendations and services across six european countries: Belgium (Flanders), Denmark, Italy, the Netherlands, Sweden and the United Kingdom. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2015, 20 (2), 77-87.

Smith DJ, Weinreich SS, Cornel MC. Effects of a simple educational intervention in well-baby clinics on women's knowledge about and intake of folic acid supplements in the periconceptual period: a controlled trial. *Public Health Nutrition* 2014, 18 (6), 1119-1126.

Somunkıran A, Arıcan AE, Yücel O. Düzce yöresindeki gebelerde folik asit kullanımını etkileyen faktörler. *TJOD* 2007, 4 (1), 33-36.

Spiteri G, Xuereb RB, Carrick-Sen D, Kaner E, Martin CR. Preparation for parenthood: a concept analysis. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014, 32 (2), 148-165.

Tamim H, Harrison G, Atou M, Mumtaz G, El-Kak F, Seoud M, Yunis K. Preconceptional folic acid supplement use in Lebanon. *Public Health Nutrition* 2008, 12 (5), 687-692.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Akademisyen Tıp Kitabevi, Ankara, 2016.

Temel S, Birnie E, Sonneveld HM, Voorham AJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denктаş S. Determinants of the intention of preconception care use: lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International Journal of Public Health* 2013, 58 (2), 295-304.

Temel S, Erdem Ö, Voorham TAJJ, Bonsel GJ, Steegers EAP, Denktaş S. Knowledge on preconceptional folic acid supplementation and intention to seek for preconception care among men and women in an urban city: a population based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015, (15) 340.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Human papillomavirus vaccination. Washington, 2014. Erişim Adresi: <http://immunizationforwomen.org/downloads/Toolkits/HPV/HPV-toolkit-2014.pdf> (Erişim Tarihi: 2018 April 10).

The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). (2009) Folic acid for preconception and pregnancy Erişim Adresi: www.sogc.org (10. 05. 2018)

Thompson EL, Vazquez-Otero C, Vamos CA, Marhefka SL, Kline NS, Daley EM. Rethinking preconception care: a critical, women's health perspective. *Maternal-Child Health Journal* 2017, 21 (5), 1147-1155.

United Kingdom National Health Service (UKNHS). (2020) Planning your pregnancy your pregnancy and baby guide. Erişim adresi: www.nhs.uk (12.05.2020)

Unites States Preventive Task Force (USPTF). Folic acid for the prevention of neural tube defects: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009, 150, 626-31. 24.

Unutkan A, Balcı Yangın H. Üniversite öğrencilerinin human papilloma virus aşısına ilişkin bilgi ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2016, 15 (2), 151-158.

Van der Zee B, De Beaufort ID, Steegers EAP, Denktaş S. Perceptions of preconception counselling among women planning a pregnancy: a qualitative study. *The International Journal for Research in Primary Care* 2013, 30 (3), 341-346.

Van Voorst SF, Vos AA, De Jong-Potjer LC, Waelput AJM, Steegers EAP, Denktaş S. Effectiveness of general preconception care accompanied by a recruitment approach: protocol of a community based cohort study (the healthy pregnancy 4 all study). *BMJ Open* 2015, 5 (3), 1-10.

Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harriason L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Maternal Child Health Journal* 2012, 16 (9), 1854-1861.

Wilson KL, Lee Smith M, Rosen BL, Pulczynski JC, Ory MG. HPV vaccination status and mandate support for school-aged adolescents among college females: a descriptive study. *J Sch Nurs* 2017, 33 (3), 232-245.

World Health Organization (WHO). A guide to family planning for community health workers and their clients. WHO Press, Printed in Italy, 2012.

World Health Organization (WHO). (2018) Iron with or without folic acid supplementation in women. Erişim adresi: www.who.int (10.05.2018)

World Health Organization (WHO). Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity: World Health Organization Headquarters, Geneva, 6–7 February 2012: meeting report. World Health Organization, 2013a. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78067>

World Health Organization. (WHO). Preconception Care: Maximizing the Gains for maternal and child health. World Health Organization, Geneva 2013b. Erişim adresi: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf?ua=1 (10.09.2018)

World Health Organization (WHO). Preconception care. World Health Organization Regional Office for South-East Asia. New Delhi, 2014. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205637> (10.09.2018)

Yalaki Z, Taşar MA, Ünsal Saç R, Göçmen S, Karadağlı S, Akbaş N, Dallar YB. Lisede okuyan öğrencilerin insan papilloma virüs enfeksiyonu hakkındaki bilgi düzeyleri. *J Pediatr Inf* 2016, 10, 86-92.

Zhou Q, Zhang S, Wang Q, Shen H, Tian W, Chen J, Acharya G, Li X. China's community-based strategy of universal preconception care in rural areas at a population level using a novel risk classification system for stratifying couples' preconception health status. *BMC Health Services Research* 2016, 16, 689-695.

WEB_1. Preconception Clinical Care for Women Medical Conditions. Erişim adresi: https://www.cdc.gov/preconception/documents/clinical_content_womensmedcondfactsheet6.pdf (26.12.2018).

WEB_2. Preconception Nutrition. Erişim adresi: <http://americanpregnancy.org/getting-pregnant/preconception-nutrition/> (26.12.2018).

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Ön Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 25/05/2018-E.30964



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu



Sayı : 50107718-050.04.04
Konu : Çalışmanız hk.

Sayın Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Öğretim Üyesi

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 21.05.2018 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan XIV nolu karar ekte sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım

e-imzalıdır
Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

KARAR :XIV

Protokol No : 2018/008
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hilmiye AKSU'nun "Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık İle İlgili Bilgileri ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları" başlıklı klinik araştırmasının 16.04.2018 tarihli kurul kararında eksiklikler saptanmıştı. 14.05.2018 tarihli gelen dilekçesi ve ekleri görüşüldü. İstenen bilgi ve belgelerin dosyaya konulduğu görülmüştür.

Sonuçta klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde (kurum izinin alınması ve dosyaya konulmak üzere gelmesi şartıyla) gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Yine sorumlu araştırmacıya; Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [Sonuç Raporu (web'te), BGOF (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve ORF (Olgu Rapor Formu/Anket)] lerin **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Evrak Doğrulama İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/AS44PLZ>

Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Merkez Kampüsü Kepez Mevki 09010
Efeler/AYDIN
Telefon No: 02562138866 Faks No: 0256 214 66 87

Bilgi İçin: Orkide Kuzuğ

Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Ek 2. Etik Kurul Son Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 20/05/2020-E.27045



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 50107718-050.99
Konu : 2018/008 nolu çalışmanız

Sayın Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Öğretim Üyesi

Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 18.05.2020 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan V nolu karar aşağıda sunulmuştur. Bilgilerinize sunarım

e-imzalıdır

Prof.Dr. Hilmiye AKSU
Kurul Başkanı

KARAR : V

Protokol No : 2018/008
Sorumlu Yürütücü : Prof. Dr. Hilmiye AKSU
Hemşirelik Fakültesi
Doğum-Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na **21.05.2018** tarihinde onay verilen Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Hilmiye AKSU'nun "Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık ile İlgili Bilgileri ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları" konulu araştırmasının **13.05.2020** tarihli sonuç raporu hakkındaki dilekçesi görüşüldü.

Dilekçesinde çalışmanın tamamlandığı ve sonuç raporunun ekli olduğu görülmüştür. Sonuçta çalışmanın etik kurallar içinde yürütüldüğü ve tamamlandığı, istenen belgelerin tam olduğu anlaşıldı. Çalışmanın **Etik Kurul Uygunluk Onayını** almasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Evrakı Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/8A5FM4Y>

ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon No: 02562138866 Faks No: 0256 214 66 87
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: akademik.adu.edu.tr

Bilgi İçin: Emir Hatice Selda Korkmaz
Unvan: Bilgisayar İşletmeni

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 3. Aydın Kadın-Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi İzin Yazısı



T.C.
AYDIN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 69836136-605.01
Konu : Mükerrer BAŞLI'nın Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 31/05/2018 tarihli ve 70232709 barkod nolu dilekçe

Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Mükerrer BAŞLI tarafından, "Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık İle İlgili Bilgileri ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları" isimli çalışmanın 15/06/2018-15/12/2018 tarihleri arasında İlimiz Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde gerçekleştirilmesi hakkında Müdürlük Makamından alınan 06/06/2018 tarihli ve 70568056 sayılı onay yazımız ekinde gönderilmiştir.

Adı geçeninin çalışmanın yapılması esnasında kimlik taşıması, hasta mahremiyetine dikkat etmesi, hizmetin aksamasına mahal vermemesi ve çalışma sonuçlarını Müdürlüğümüzle paylaşması gerekmektedir.

Bilgileriniz ile gereğini arz ve rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Fevzi YAVUZYLMAZ
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

-Onay (1 Sayfa)

DAĞITIM:

Gereği:

-Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü
- Aydın Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği

Bilgi:

-Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı

07.06.2018
[Signature]

Aydın İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Geliştirilmesi Birimi
Faks No:0256 215 16 11

e-Posta:sumeyra.celebi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: sumeyra.celebi@saglik.gov.tr

Bilgi için:SümeYra ÇELEBİ
Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:(0 256) 213 50 00-214

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2f4dc986-ca89-4e84-8d3f-77097edee079 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 4. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/06/2018-E.34155



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 63364346-804.01
Konu : Tez Çalışması

DOĞUM - KADIN SAĞLIĞI HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
BAŞKANLIĞINA

İlgi : 07/06/2018 tarihli ve 33549 sayılı yazınız.

İlgi yazınız üzerine Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı ile gerekli yazışma yapılmış olup ilgili bölümün 05.06.2018 tarih ve 33549 sayılı cevabi yazısı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır

Doç.Dr. Mücahit KAPÇI
Başhekim

Ek:Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 05.06.2018 tarih ve 33549 sayılı cevabi yazısı. (1 sayfa)

Evrak Doğrulamak İçin: <https://ebys.adu.edu.tr/enVision/Dogrula/KV454RP>

Adnan Menderes Üniversitesi Merkez Kampüsü Aytepe Mevkii Pk:09010 Efeler/Aydın
Telefon No: 0256 444 12 56 Faks No: 0256 214 40 86
E-Posta: rektorluk@adu.edu.tr İnternet Adresi: <http://hastane.adu.edu.tr/>

Bilgi İçin: Ummühan ERBAŞ
Unvan: Personel

Evrak Tarih ve Sayısı: 07/06/2018-E.33549



T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Cerrahi Tıp Bilimleri Bölüm Başkanlığı
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı



Sayı : 29407583-804.01
Konu : Tez Çalışması

UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 05.06.2018 tarih ve E.33208 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Hemşirelik Bölüm Başkanlığı Doğum- Kadın Sağlığı Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı'nın "Gebelerin Prekonsepsiyonel Danışmanlık İle İlgili Bilgileri Ve Danışmanlık/Bakım Alma Durumları" isimli tez çalışmasının 15 Haziran- 15 Aralık 2018 tarihleri arasında Anabilim Dalımızda yapılması uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Arif Aktuğ ERTEKİN
Anabilim Dalı Başkanı

Ek 5. Ülkemiz Kadın Sağlığı ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı Tarafından Türkiye’de Prekonsepsiyonel Hizmetlerin Durumuna İlişkin E-posta Yoluyla Alınan Bilgi

Sayın MÜKERREM BAŞLI,

T.C. Başbakanlık İletişim Merkezi (BİMER)’ ne yapmış olduğunuz [1702010436](#) sayılı başvurunuz 16.01.2018 tarihinde KADIN VE ÜREME SAĞLIĞI DAİRESİ BAŞKANLIĞI tarafından cevaplanmıştır:

Sayın ilgili,

Bakanlığımızca, prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) danışmanlık konusunda Toplum Sağlığı Merkezleri bünyesinde yer alan Üreme Sağlığı Merkezlerinde sertifikalı sağlık personeli tarafından başvuruda bulunan birey ve çiftlere danışmanlık hizmeti verilmektedir. Bilginize arz ederim.

Başvurunuz ile ilgili tüm işlemleri BİMER’in internet adresinden takip edebilirsiniz.

Ek 6. Soru Formu

Sayın katılımcı bu soru formu, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda hazırlanmakta olan yüksek lisans tezine veri sağlamak amacıyla hazırlanmıştır. Bu araştırmada gebe kadınların prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) danışmanlıkla ilgili bilgileri ile danışmanlık ve bakım alma durumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Sorulara verdiğiniz cevapların gizliliği sağlanacaktır. Soru formuna kimlik ya da isminizle ilgili herhangi bir şey yazılmayacaktır. Desteyiniz için teşekkür ederiz.

Mükerrer BAŞLI: 0506 177 00 25

SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1. Kaç yaşındasınız?.....
2. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
3. Eğitim durumunuz nedir?
1) Okur-Yazar değil 2) Okur-Yazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite ve Üstü
4. Eşiniz kaç yaşındadır?.....
5. Eşinizin eğitim durumu nedir?
1) Okur-Yazar değil 2) Okur-Yazar 3) İlköğretim 4) Lise 5) Üniversite ve Üstü
6. Bugüne kadar en uzun süre nerede yaşadınız? 1) Köy 2) Kasaba/Belde 3) İlçe 4) İl
7. Ailenizin gelir durumunu giderinizle karşılaştırdığımızda nasıl değerlendirirsiniz?
1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla
8. Aile tipinizi belirtiniz: 1) Çekirdek (Anne, baba ve çocuk)
2) Geniş (Anne, baba ve çocuğun yanında başka bireyler)
9. Sosyal güvenceniz var mı? 1) Var 2) Yok
10. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı? (Şeker, yüksek tansiyon, kalp hastalığı gibi sürekli tedavi- izlem gerektirecek hastalıklar) 1) Evet 2) Hayır
11. Cevabınız 'evet' ise lütfen hastalığınızın adını belirtiniz.
12. Herhangi bir genetik/kalıtsal hastalığınız (aileden geçen hastalıklar) var mı?
1) Evet 2) Hayır
13. Cevabınız 'evet' ise lütfen hastalığınızın adını belirtiniz.....
14. Ailenizde/eşinizin ailesinde herhangi bir genetik/kalıtsal hastalık (aileden geçen hastalıklar) var mı? 1) Evet 2) Hayır
15. Cevabınız 'evet' ise lütfen hastalığın adını belirtiniz.....

OBSTETRİK ÖZELLİKLER

16. Kaç kez gebe kaldınız?..... (İlk gebelik ise 25.soruya geçiniz)
17. Canlı doğum sayınız nedir?.....

18. Ölü doğum sayınız nedir?.....
19. Kendiliğinden düşük sayınız nedir?.....
20. Yaşayan çocuk sayınız nedir?.....
21. Daha önceki gebeliğinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1) Evet 2) Hayır
22. Cevabınız 'evet' ise lütfen sorununuzu belirtiniz.....
23. Daha önceki doğumunuzda herhangi bir sorun yaşadınız mı?
1) Evet 2) Hayır
24. Cevabınız 'evet' ise lütfen sorunuzu belirtiniz.....
25. Şu anki gebeliğinizi istiyor muydunuz? 1) Evet 2) Hayır
26. Gebe kalmadan önce sigara kullanıyor muydunuz? 1) Evet 2) Hayır
27. Gebe kalmadan önce alkol kullanıyor muydunuz? 1) Evet 2) Hayır

PREKONSEPSİYONEL (GEBELİK ÖNCESİ) DANIŞMANLIK VE BAKIMA İLİŞKİN BİLGİLER

28. Daha önce gebelik öncesi danışmanlık ve bakım kavramını duydunuz mu?
1) Evet 2) Hayır
29. Cevabınız 'evet' ise gebelik öncesi danışmanlık/bakım kavramını nereden ve kimden duyduğunuzu belirtiniz.....
30. Size göre gebelik öncesi danışmanlık ve bakım nedir?
.....
31. Varsa gebe kalmadan önce yaptığınız hazırlıkları belirtiniz. Birden fazla ifade kullanabilirsiniz.
1) Sigarayı bırakma (Bırakma zamanınızı belirtiniz.....)
2) Alkolü bırakma (Bırakma zamanınızı belirtiniz.....)
3) Folik Asit/Vitamin kullanma (Başlama zamanını belirtiniz.....)
4) Aşı olma (Hangi aşıları olduğunuzu belirtiniz.....)
5) Kronik hastalıkların tedavisi ve kontrolü (Tiroid, şeker, kalp hastalığı, sara vb.)
6) Yeterli- dengeli beslenme
7) Kilo düzenlemesi (alma/verme)
8) Diğer.....
32. Gebelik öncesi dönemde hangi tahlil, test ve tetkiklerin yapılması gerektiğini biliyorsunuz?
Belirtiniz.....
33. Size göre gebelik öncesi danışmanlık ve bakım kimler için gereklidir?
1) Yalnızca kadın 2) Yalnızca erkek 3) Kadın ve Erkek 4)Fikrim yok
5) Diğer.....

34. Size göre gebelik öncesi danışmanlık ve bakım hangi durumlarda gereklidir?

- 1) Daha önce sorunlu gebelik yaşayan, düşük yapan kadınlar için
- 2) Gebelik planlayan çiftler için gebelik öncesi
- 3) Çocuk sahibi olmakta zorlanan çiftler için
- 4) Üreme çağındaki tüm bireyler için
- 5) Diğer.....

35. Size göre gebelik öncesi dönemde hangi konularda danışmanlık ve bakım hizmeti almak gereklidir? Birden fazla ifade kullanabilirsiniz.

- 1) Aşılama 2) Beslenme 3) Kilo Kontrolü 4) Kronik Hastalıklar 5) Genetik Danışmanlık
- 6) Vitamin- Folik Asit Kullanımı 7) Zararlı Alışkanlıkların Bırakılması (Sigara vb.)
- 8) Diğer.....

36. Sizce gebelik öncesi dönemde danışmanlık ve bakım hizmeti hangi sağlık personeli tarafından verilmelidir?

- 1) Aile hekimi 2) Hemşire 3) Ebe 4) Uzman doktor 5) Diğer.....

37. Gebelik öncesi dönemde danışmanlık ve bakım hizmeti aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır (41.soruya geçiniz)

38. Aldığınız gebelik öncesi danışmanlığın/bakımın içeriğinde neler vardı?

Belirtiniz.....

39. Gebelik öncesi danışmanlığı kimden aldığınızı belirtiniz.

.....

40. Gebelik öncesi danışmanlığı hangi sağlık kurumundan aldığınızı belirtiniz.

.....

41. Sizce gebelik öncesi dönemde danışmanlık ve bakım gerekli midir?

- 1) Evet 2) Hayır

42. Cevabınız 'evet' ise nedenini belirtiniz.....

43. Cevabınız 'hayır' ise nedenini belirtiniz.....

44. Bir sonraki gebeliğinizden önce danışmanlık ve bakım hizmeti almak ister misiniz?

- 1) Evet 2) Hayır

45. Gebelik öncesi dönemde danışmanlık ve bakım hizmetini hangi sağlık personelinden almak istersiniz?

- 1) Aile hekimi 2) Hemşire 3) Ebe 4) Uzman doktor 4) Diğer.....

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı : BAŞLI, Mükerrerem
Uyruk : T.C.
Doğum Yeri ve Tarihi : Serik, ANTALYA – 01.11.1991
E-mail : fbmukerrem@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce, İspanyolca

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Tarihi
Lisans	Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2013

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Kurum	Ünvan
2013- 2016	Dokuz Eylül Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi	Hemşire
2016- 2017	Cumhuriyet Üniversitesi Suşehri Sağlık Yüksekokulu	Arş. Gör.
2017- 2020	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	Arş. Gör.