



Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi
Journal of Ankara Health Sciences



e-ISSN: 2618-5989

Gebelik Döneminde Uygulanan Kanıta Dayalı Yaklaşımların Güncel Rehberler Doğrultusunda İncelenmesi

Investigation of Evidence-Based Approaches in the Pregnancy Period According to Current Guidelines

Duygu Sezgin*¹ , Yasemin Aydın Kartal¹ 

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye

Makale Bilgisi	ÖZ
<i>Geliş Tarihi:</i> 02.05.2020	Maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi azaltmaya yönelik küresel stratejiler, gebelik döneminde kanıta dayalı yaklaşımlar ile sağlık hizmetlerinin standartlaşmasına, tanı, tedavi ve bakım sürecinde karar verirken en iyi kanıtların dikkatli, özenli ve akılcıca kullanılmasına ağırlık vermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, perinatal mortalitenin azaltılmasında, güvenli gebelik ve doğum için prekonsepsiyonel dönemden başlayarak antenatal dönemde kullanılan kanıt temelli uygulamaların yaygınlaştırılması gerektiğini vurgulamış ve bu süreçte kadını bir bütün olarak ele alıp, onu devamlı takip etmeyi sağlayan ebe liderliğinde sürekli bakım modelini önermiştir. Bu çalışmada; gebelik döneminde yapılan uygulamaların güncel literatür ve klinik uygulama rehberleri doğrultusunda kanıta dayalı olarak incelenmesi ve gebelere antenatal bakım hizmeti veren ebe ve diğer sağlık profesyonellerine yol göstermesi amaçlanmıştır.
<i>Kabul Tarihi:</i> 02.05.2021	

Anahtar Kelimeler: Ebelik, gebelik, kanıta dayalı uygulamalar, klinik uygulama rehberleri

Article Information	ABSTRACT
<i>Received:</i> 02.05.2020	Global strategies to reduce maternal and fetal mortality and morbidity focus on the standardization of health care services. Throughout pregnancy, evidence-based approaches should be used wisely when making decisions in the diagnosis, treatment and care process. The World Health Organization emphasizes that the evidence-based practices used in the antenatal period should be expanded to reduce perinatal mortality, starting from the pre-conceptional period for safe pregnancy and childbirth. The World Health Organization also proposes a continuous care model under the leadership of a midwife, which takes the woman as a whole and monitors her constantly. This study aims to examine the contemporary practices performed during pregnancy, in the light of current literature and clinical practice guidelines, and to guide midwives and other health care professionals who provide antenatal care services to pregnant women.
<i>Accepted:</i> 02.05.2021	

Keywords: Midwifery, pregnancy, evidence-based practices, clinical practice guidelines

doi: 10.46971/ausbid.714416

Derleme (Review)

*Sorumlu yazar/Corresponding Author: Yasemin Aydın Kartal, yasemin.aydin@sbu.edu.tr

Bu çalışma 3. Uluslararası 4. Ulusal İstanbul Ebelik Günleri Kongresi'nde (8-10 Ekim 2020) poster olarak sunulmuştur.

Giriş

Dünyada her gün yaklaşık 808 kadın gebelik ve doğumla ilgili önlenebilir nedenlerden dolayı hayatını kaybetmektedir. Anne ölümleri kabul edilemez derecede yüksektir, yaklaşık 295.000 kadın gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde hayatını kaybetmekle birlikte, bu ölümlerin büyük çoğunluğunun düşük gelirli ülkelerde (%94) meydana geldiği belirtilmiştir (World Health Organization/WHO, 2019). Dünya Sağlık Örgütü, doğum öncesi bakım rehberinde, bu ölümlerin azaltılmasında, güvenli gebelik ve doğum için prekonsepsiyonel dönemden başlayarak antenatal, intrapartum ve postpartum dönemlerinde kullanılan kanıt temelli uygulamaların yaygınlaştırılması gerektiğini vurgulamış ve bu süreçte kadını bir bütün olarak ele alıp, onu devamlı takip etmeyi sağlayan ebe liderliğinde sürekli bakım modelini önermiştir (WHO, 2016).

Kanıt dayalı uygulamalar, var olan bilimsel literatürün sağladığı tüm bilgileri en iyi şekilde analiz ederek sağlık hizmetlerinin standartlaşmasını tanı, tedavi ve bakım sürecinde karar verirken en iyi kanıtların dikkatli, özenli ve akıllıca kullanılmasını sağlar (International Council of Nursing /ICN, 2012). Nitekim ebelik girişimlerinin kanıt temelli olması; uygulamanın etkinliğini ve güvenilirliğini artıracak ve hedeflenen sağlık göstergelerine ulaşılmasını sağlayacaktır. Kanıt temelli yaklaşımlara tüm sağlık profesyonellerinin ulaşabilmesi ve standart düzeyde uygulanabilmesi amacıyla klinik uygulama rehberleri ve protokoller oluşturulmuştur. Bu çalışmada gebelikte sık yapılan uygulamalar güncel klinik uygulama rehberleri doğrultusunda kanıt dayalı olarak incelenmesi hedeflenmiştir.

Rutin Gebelik İzlemi

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations International Children's Emergency Fund/UNICEF) verilerine göre (2019), dünyada 15-49 yaş arası gebe kadınların %86'sı sağlık personelinden en az bir kez doğum öncesi bakım alırken, sadece %61'i en az dört kez bakım almaktadır. Gebelikleri boyunca en az dört kez antenatal bakım alan 15-49 yaş arası kadınların oranı 2006-2012 yılları arasında %50 iken, 2013-2018 yılları arasında bu oranın %65 olduğu belirtilmektedir (UNICEF, 2019). Türkiye'de ise kadınların gebelikleri boyunca en az dört antenatal bakım alma oranları Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre, 2013 yılında %89 iken, 2018 yılında %90'dır (TNSA, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, dünya genelinde kadınların yalnızca %64'ünün tüm gebelik boyunca dört veya beş kez antenatal bakım aldığını belirtmiş olup daha önceki rehberlerinde önermiş olduğu dört antenatal bakım ziyareti ile perinatal ölümlerde azalma görülmediğini bildirmiştir (WHO, 2016). Bununla birlikte ülkelere bakılmaksızın antenatal bakım ziyaret sayısındaki artışın, annelerin memnuniyetindeki artışa paralel olduğuna dair kanıtlar göz önüne alındığında WHO, 2016 antenatal bakım modelinde (Tablo 1) en az sekiz antenatal bakım izlemini önermektedir (WHO, 2016).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği (American College of Obstetricians and Gynecologists /ACOG) perinatal bakım rehberinde, komplikasyonsuz ilk gebelik için önerilen gebelik izlemi sıklığı: 28. gebelik haftasına kadar dört haftada bir; 29-35. haftalar arasında iki ile üç haftada bir; 36. haftadan sonra haftalık izlem ve toplamda 12-14 izlem önerilmektedir. Daha önce sorunsuz gebelik öyküsü olan, medikal ve obstetrik problemi olmayan multipar gebelerde ise takip sıklığı azaltılabileceği ifade edilmiştir (ACOG, 2013).

Tablo 1. WHO 1990’larda Geliştirdiği Temel Antenatal Bakım Modeli (FANC) ve WHO 2016 Antenatal Bakım Modeli (ANC) Önerilen İzlem Sayıları

	WHO Temel Doğum Öncesi Bakım (FANC) Modeli	2016 WHO Antenatal Bakım (ANC) Modeli
Birinci Trimester:	1. Ziyaret: 8-12. Haftalar	1. Temas: 12. Haftaya kadar
İkinci Trimester:	2. Ziyaret: 24-26. Haftalar	2. Temas: 20. Hafta 3. Temas: 26. Hafta
Üçüncü Trimester:	3. Ziyaret: 32. Hafta 4. Ziyaret: 36-38. Haftalar	4. Temas: 30. Hafta 5. Temas: 34. Hafta 6. Temas: 36. Hafta 7. Temas: 38. Hafta 8. Temas: 40. Hafta

Antenatal Care (ANC), Focus Antenatal Care (FANC)

Dünya Sağlık Örgütü, ebelerin her temasta kadına kaliteli ve bireyselleştirilmiş bakım vermesi, duygusal ve psikososyal yönden destek sağlaması gerektiğini vurgulamaktadır (WHO, 2016).

Fetal Değerlendirme

Gebelikte fetüsün uygun ve doğru bir şekilde değerlendirilmesi, fetal anomalilerin erken saptanması ve doğum sonu dönemin uygun yönetilebilmesi için çok önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü, erken gebelik döneminde fetal görüntülemeyi gerekli durumlarda önermektedir. Gebelikte, maternal ve perinatal sonuçların iyileştirilmesi için rutin antenatal kardiyotokografi ve rutin doppler ultrason muayenesi önerilmemekte olup, gebelik yaşının tayini, fetal anomalilerin ve çoğul gebeliklerin tespiti, doğum sonrası gebelik için doğum indüksiyonunun azaltılması ve gebelik sonuçlarının iyileştirilmesi için 24. gebelik haftasından önce bir defa erken ultrason taramasının yapılması, erken ultrason taraması olan gebeler için 24. gebelik haftasından sonra rutin ultrason taraması önerilmemektedir. Ancak, erken ultrason taraması yapılmadı ise fetüs sayısını, fetal prezentasyonu ve plasentanın lokasyonunu tanımlamak için daha sonra bir ultrason taraması planlanmalıdır (WHO, 2016).

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Bakım Yönetim Öncesi Rehberi’nde (2018); fetal anomaliler ve kromozomal anopluidi tarama testleri ve ultrasonografi incelemeleri için;

- 11-14. haftalar arasında ultrasonografi ile ense saydamlığı ve kombine test,
- 16-20. haftalar arasında maternal serum AFP (Alfa Fetoprotein),
- 16-20. haftalar arasında üçlü/dörtlü test (kombine test yapılmamışsa),
- 18-22. haftalar arasında ultrasonografi ile fetal anomali taraması önerilmektedir.

Maternal Değerlendirme

Gebelik döneminde maternal sağlığın değerlendirilmesi; gebelikte fizyolojik ve hormonal değişikliklere bağlı olarak gelişebilecek kardiyovasküler, gestasyonel diyabet, anemi, tiroid fonksiyonlarında bozulma ve vertikal bulaş oluşturabilecek enfeksiyonlar gibi gebelik komplikasyonlarının ve gebelikte sigara, alkol, madde kullanımı ile şiddet varlığının erken tespit edilmesi ve gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde uygun bir şekilde yönetilmesi için önemli bir süreçtir. Gebelik öncesinden başlayarak antenatal dönemde kadınlara danışmanlık vermek, bilgilendirilmiş maternal karar

verme için çok önemlidir. Sadece tıbbi bir durumu değil, duygusal ve kültürel bağlamı, psikolojik sorunları ve etik zorlukları da dikkate alarak bireyselleştirilmiş bir bakıma açıkça ihtiyaç vardır. Özellikle, gebelik için yüksek riskli veya olası bir kontrendikasyonu olan hastalarda, gebeliğin dikkatli bir şekilde planlanması tartışılmalı ve tüm gebeliklerde her kadının düşük riskli bir gebe olduğu açıklanmalıdır (European Society of Cardiology/ESC, 2018).

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (2014); her izlemde gebenin Risk Değerlendirme Formuna göre değerlendirilmesi, eğer riskli bir durum belirlenirse bir üst sağlık kuruluşuna sevk işlemlerini sağlanması gerektiği belirtilmiştir. Bu hizmetlerin sağlanmasında ebeler kilit rol oynar. Ebelerin gebelik bakım ve takibinde karşılaşılabilecekleri sorunlara karşı hazırlıklı olmaları ve ebelik bakım kalitesini artırmak için bilgi, beceri ve uygulamalarını kanıta dayalı uygulamalar ışığında yapmaları ve güncel mesleki gelişmeleri takip etmeleri gerekmektedir. Nitekim ebelik bakımında etkinlik ve kaliteyi artırmak, hedeflenen sağlık standartlarına ulaşılmasına yönelik önemli bir adımdır.

Diyet ve Egzersiz

Gebelikte fizyolojik değişikliklerle birlikte, besinlerin aşırı tüketiminin veya yetersiz alımının uzun ve kısa vadede fetuste epigenetik modifikasyonlara neden olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, gebelik ve laktasyon döneminde yeterli düzeyde enerji ve besin ögesi alınması, fetüsün sağlıklı bir şekilde hayata başlaması, sürdürmesi ve yetişkinlik çağında da hastalıklardan korunması için önemlidir (Koenig, 2017).

Gebelikte aşırı vücut ağırlığı kazanımının; gestasyonel hipertansiyon, diyabet, preeklampsi, sezaryen doğum, müdahaleli vajinal doğum, erken doğum ve makrozomik bebek ile ilişkili olduğu, yetersiz vücut ağırlığı kazanımının ise düşük doğum ağırlıklı bebek, prematüre bebek ve neonatal hastalık riskini artırdığı bildirilmektedir (Gardner ve ark., 2011).

Dünya Sağlık Örgütü, beslenme kontrolü ile gebelikte hipertansif durumların gelişmesinin önlenebileceğini vurgulamaktadır. Aynı zamanda, zayıf kalite kanıt düzeyinde egzersiz ve diyet ile sezaryen doğumun ilişkili olduğu belirtilmektedir ve sezaryenin, düzenli egzersiz ve sağlıklı beslenme ile azaltılabileceği bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, gebelikte beslenmeye yönelik önerileri Tablo 2'de verilmiştir (WHO, 2016).

Gebelikte folik asit; uterus ve plasentanın gelişimi, fetusun büyümesi ve maternal kırmızı kan hücre hacminin artışı için gerekli olup preterm eylem, abortus, plasenta anomalileri, intrauterin gelişim geriliği (IUGR), düşük doğum ağırlığı ve nöral tüp defekt (NTD) oluşumunun önlenmesinde büyük önem taşımaktadır (ACOG, 2017). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği, Gebelikte Beslenme Rehberinde (2017), gebelikte yiyeceklerle folat ihtiyacının karşılanması için folattan zengin besinlerin tüketilmesinin günlük maternal ve fetal gereksinimleri karşılamak için yeterli olmadığını belirtmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Bakım Yönetim Öncesi Rehberinde (2018); gebelik planlayan her kadının gebelikten en az bir ay önce başlamak üzere diyete ek olarak 400 mcg/gün folik asit kullanımı önerilmektedir. Nöral tüp defekti açısından yüksek riskli gruplarda (antiepileptik ilaç kullananlar, nöral tüp defektli gebelik öyküsü olanlar, diyabet, obezite vb.) nöral tüp defektinin önlenmesi amacıyla gebelikten üç ay önce yüksek doz (400-800 mcg/gün) folik asit kullanılmasına başlanması ve gebeliğin 12. haftasına kadar da bu desteğin devam ettirilmesi önerilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018 a).

Tablo 2. WHO 2016 Antenatal Bakım Rehberi, Beslenmeye Yönelik Önerileri

Diyet ve Egzersiz	Gebelikte sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite, gebelik sırasında sağlığı sürdürmek ve aşırı vücut ağırlığı kazanımını önlemek için önerilmiştir. Yetersiz beslenenler dahil olmak üzere tüm kadınlarda gebelikte maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için yüksek protein takviyesi önerilmemektedir.
Günlük Oral Demir ve Folik Asit Takviyesi	Gebelerde 30 ila 60 mg elementer demir ve 400 µg (0.4 mg) folik asit içeren günlük oral demir ve folik asit takviyesi; maternal anemi, puerperal sepsis, düşük doğum ağırlığı ve erken doğumu önlemek için önerilmektedir.
Kalsiyum	Sadece düşük diyet kalsiyum alımı olan nüfuslarda gebelikte preeklampsi riskini azaltmak için günlük kalsiyum takviyesi (1.5-2.0 g oral elemental kalsiyum) önerilmektedir.
Vitamin A	A vitamini takviyesi, gece körlüğünü önlemek için sadece A vitamini eksikliğinin ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bölgelerde gebeler için önerilmektedir.
Çinko	Gebelik ve doğum sonuçlarını iyileştirmek için gebelikte çinko takviyesi önerilmemektedir.
Vitamin B₆ (piridoksin)	Gebelikte, maternal ve perinatal sonuçları iyileştirmek için B ₆ vitamini (piridoksin) takviyesi önerilmemektedir.

Vitamin ve mineral yetersizliklerinin maternal ve fetal sağlık üzerinde olumsuz etkilere sahip olduğu, aynı zamanda çocukluk döneminde ise morbidite ve mortalite riskini de arttırdığı belirtilmiştir (WHO, 2016). Dolayısıyla etkili bir iletişim ile gebelere sağlıklı beslenme ve vitamin-mineral kaynakları olan besinler hakkında bilgi vererek farkındalık oluşturulması ile komplikasyonların önüne geçilmeye çalışılması gebelikte kaliteli antenatal bakımın önemli bir parçasıdır (WHO, 2016).

Gebelikte Yaygın Fizyolojik Semptomlar

Gebelikte hormonal değişiklikler kadında beslenme düzenini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte görülen en sık fizyolojik şikayetlere yönelik (Tablo 3) ilk önce diyet ve yaşam tarzı değişikliklerini, daha sonra hazır preparat kullanımını önermektedir (WHO, 2016).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği Gebelikte Beslenme Rehberi (2018), zencefil ve zencefil ürünlerinin tüketilmesinin gebelikte bulantıya iyi geleceğini ve şiddetli kusması olan gebelerde mide öz suyunun dış minesine zarar vermesini önlemek için, karbonatlı gargaranın ağız içi asidin nötralize etmesi için önermektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Bakım Yönetim Öncesi Rehberi'nde (2018); gebelikte görülen yaygın fizyolojik değişiklikler için her izlemde gebelere bilgilendirme ve danışmanlık verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Tablo 3. WHO Antenatal Bakım Rehberi, Gebelikte Yaygın Fizyolojik Semptomlar ve Bakım Önerileri

Bulantı	Zencefil, papatya, B ₆ vitamini ve/veya akupunkturu erken gebelikte bulantıyı hafifletmek için önerilmiştir.
Mide Yanması	Gebelikte mide yanmasını önlemek ve rahatlatmak için öncelikli olarak diyet ve yaşam tarzı değişiklikleri önerilmiştir. Anti-asit preparatları, doğal yöntemler ile rahatlamayan rahatsız edici semptomları olan gebelere önerilmiştir.
Bacak krampları	Magnezyum, kalsiyum veya farmakolojik olmayan tedavi seçenekleri, gebelikte bacak kramplarının giderilmesi için önerilmiştir.
Bel ve Pelvik Ağrı	Bel ve pelvik ağrıyı önlemek için hamilelik boyunca düzenli egzersiz yapılması önerilir. İleri aşamalarda fizyoterapi, destek kemerleri ve akupunktur gibi farklı tedavi seçenekleri önerilmiştir.
Kabızlık	Gebelikte, diyet değişikliğine cevap vermeyen kabızlığın giderilmesi için buğday kepeği veya diğer lif takviyeleri önerilmemiştir.
Bacaklarda Ödem ve Varis	Kompresyon çorapları, bacak elevasyonu ve suya daldırma gibi farmakolojik olmayan seçenekler gebelikte varisli damarların ve ödemin yönetimi için önerilmiştir.

Gebelikte Kardiyovasküler Hastalıklar

Gebelik döneminde kardiyovasküler değişiklikler sonucu tüm gebeliklerin %0.2-0.4'ü kardiyak hastalıklar nedeniyle komplike bir seyir göstermektedir ve gebelikte, kardiyovasküler hastalık (KVH)'lara bağlı olarak mortalite nadir görülse de KVH, maternal ölümlerin dolaylı en büyük nedenleri arasında olup, her 100.000'de iki ölümle ilişkilendirilmektedir. Değişen sosyo-ekonomik etmenler ve ileri anne yaşı nedeni ile her geçen yıl gebelikte kardiyak hastalığa bağlı ölüm riski de giderek artmaktadır. Gebelikte hipertansif bozukluklar ise dünyadaki gebeliklerin %5-10'unu etkileyen en yaygın kardiyovasküler komplikasyonlardır ve maternal-fetal morbidite ve mortalitenin önemli bir nedeni olmaya devam etmektedirler. Bu komplikasyonlara bağlı olarak maternal riskler; dekolman plasenta, çoklu organ yetmezliği ve yaygın damar içi pıhtılaşmayı içermektedir. Fetus ise intrauterin gelişme geriliği (preeklampsi vakalarının %25'i), erken olgunluk (preeklampsi vakalarının %27'si) ve intrauterin ölüm (preeklampsi vakalarının %4'ü) riski altındadır (ESC, 2018). KVH'ların bir diğer komplikasyonu, gebelikte preeklampsi, preterm doğumların %15'inin ve dünya genelinde anne mortalitesinin %9-26'sının nedenini oluşturmaktadır ve kadında obezite, ileri maternal yaş ve tıbbi bozukluklar arttıkça gebelik döneminde preeklampsi görülme riski de artmaktadır. Preeklampsi, bir gebelik komplikasyonu olup dünya çapında anne ölümleri nedenleri arasında ilk üç sırada yer almaktadır (WHO, 2019b). Dünya Sağlık Örgütü, preeklampsinin uygun yönetimi ile maternal morbidite ve mortalite oranlarının düşürebileceğini vurgulamaktadır (WHO, 2016).

Gebelik planlayan ve bilinen kalp veya aort hastalığı olan tüm kadınların, prekonsepsiyonel dönemde danışmanlık almaları gerekmektedir ve multidisipliner bir ekip (kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, anestezi uzmanı, neonatolog ve kardiyolog) tarafından gebelikten önce başlayıp doğum sonu dönemi de kapsayacak şekilde hem fetus hem de anne sağlığı gözetilerek takip edilmeli, KVC tedavisi için girişimler, ilaç tedavisi gerekliliği, doğum şekli, anestezinin tipi ve doğum sonu dönemde analjezi gibi konular her gebe için bireyselleştirilmelidir (WHO, 2016; ESC, 2018).

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Birliği, preeklampsinin uygun yönetimi için, prekonsepsiyonel dönemden itibaren tüm kadınların değerlendirilmesi, riskli grupların erken tanınması, gebede çoklu sistemik organ hasarlarının önlenmesi ve intrapartum ve postpartum izlemin etkin bir şekilde yürütülmesini önermektedir (ACOG, 2013). Ulusal Sağlık ve Bakım

Mükemmelliği Enstitüsü (National Institute for Health and Care Excellence/NICE) klinik rehberinde, kronik hipertansiyonu olan gebelerde vücut ağırlığı kazanımının yönetimi, fiziksel aktivite, sağlıklı, tuzsuz beslenme ve kadının ile bebeğinin bireysel ihtiyaçlarına göre ek doğum öncesi takip ve izlem planlanması önerilmektedir (NICE, 2019).

Hipertansiyon ve komplikasyonlarının prenatal dönemde yönetimi, ebe/hemşirenin dikkatli, yakın gebe izlemi ve erken müdahalesi ile sağlanabilmektedir. Gebelik izlemleri ve danışmanlık hizmetleri prekonsepsiyonel dönemi de kapsayarak kanıta dayalı uygulamalar kapsamında yapılmalıdır. Bu kapsamda öncelikle, eğer var ise önceki gebelikler gözden geçirilerek planlanan gebeliğin prognozunu tartışılmalı ve tıbbi öyküsü alınırken hipertansiyon ve komplikasyonları ile preeklampsiye yönelik potansiyel risk faktörleri de gözden geçirilmelidir. Gebenin yaşı ve beden kütle indeksi gibi temel fiziksel özellikler sağlık personeli tarafından doğru bir şekilde kayıt edilmeli ve gebelik süresince vücut ağırlığı artışı değerlendirilmelidir. Vücut ağırlığındaki değişiklikler yaygın ödem ve preeklampsi ile ilişkili sıvı dengesizliğine işaret edebileceği için özellikle gebeliğin ikinci trimesterinde, preeklampsi ile ilişkili olabilecek sıvı dengesizlikleri gebe izleminde önem taşımaktadır (Anderson ve Schmella, 2017). Bu nedenle tıbbi kayıtların dikkatli bir şekilde yapılması, gebeye en uygun bireyselleştirilmiş bakımın verilebilmesi yönünden önem arz etmektedir.

Gebelikte Diabetes Mellitus

Gestasyonel diyabet (GDM), gebelik döneminde glukoz intoleransının herhangi bir derecede ortaya çıkması veya ilk kez tanınması ile görülen yaygın bir gebelik komplikasyonudur ve gebelerde yaklaşık %3-25 oranında görülebilmektedir ancak, obezite insidansının son yıllarda artması nedeniyle gebelerde de daha sık karşılaşılmaktadır. Gestasyonel diyabet sıklığının farklı olmasının temel nedenleri arasında; toplumdaki diabetes mellitus (DM) görülme sıklığındaki farklılıklar başta olmak üzere genç yaşlarda artan maternal obezite, azalmış fiziksel aktivite, hazır gıda tüketimindeki artış, ileri anne yaşı ve ırk gibi sosyo-demografik özellikler prevalans üzerine etkili olan faktörler olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, maternal plazmada glukoz seviyesindeki artış; primer sezaryen doğum, artmış doğum ağırlığı, klinik neonatal hipoglisemi, prematüre doğum, omuz takılması ya da travmatik doğum, neonatal yoğun bakım ihtiyacı, hiperbilirubinemi ve preeklampsi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (NICE, 2015).

Perinatoloji Uzmanları Derneği (PUDER) gebelik ve diyabet kılavuzunda; gebeliğin ikinci yarısından itibaren diyabetojenik hormonların etkisinin giderek belirginleşmeye başlaması nedeniyle tüm gebelere, 24. hafta sonrasında, tercihen 24-28. haftalar arasında GDM taraması önerilmektedir. Kılavuzda, gebelikte DM tanı kriterleri; rastgele bakılan açlık kan şekeri (AKŞ) ≥ 126 mg/dL (7 mmol/L), tokluk kan şekeri (TKŞ) ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) ve HbA1C \geq %6.5 olarak bildirilmektedir ve gebelikte birinci trimesterde bakılan AKŞ ≥ 92 mg/dL olarak saptandığında ise gestasyonel DM olarak kabul edilmesi ve antenatal takiplerin uygun bir şekilde yapılması önerilmektedir. Diyabet açısından yüksek riskli gebelere, DM tarama testleri 24. haftaya kadar, mümkün ise ilk antenatal izlemde yapılması önerilmekte iken, yüksek riskli gebelerde birinci trimesterde yapılan tarama testleri normal olarak değerlendirilmiş olsa dahi 24-28. haftalarda mutlaka tekrarlanması önerilmiştir (PUDER, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü, GDM ve DM tanı kriterlerini, hipergliseminin gebeliğin herhangi bir döneminde ilk defa saptanması olarak tanımlamakta ve GDM için rutin taramadan ziyade risk faktörü odaklı tarama yapılmasını önermektedir. Riskli olan grubu belirlemek için ayrıca önceki GDM öyküsü, önceki makrozomi öyküsü, anne veya ailede 30 kg/m^2 'den daha büyük

beden kütle indeksi varlığı, anne ve ailede DM öyküsü ve etnik köken kriterleri sorgulanmasını önermektedir. Dünya Sağlık Örgütü, risk faktörü taraması için 2 saatlik 75 gr oral glukoz tolerans testi (OGTT) veya glikozüri çubuğu (stripler) ile test edilerek (bir kerede 2+ ve üstü veya ikiden fazla yapıldığında ise 1+ ve üstü) teşhisi konmamış GDM'nin tespit edilmesini ve eğer bu tablo gözlenir ise OGTT yapılmasını önermektedir. Gestasyonel diyabet/diyabet tedavisi için ise, kademeli bir bakım ve tedavi yaklaşımı önerilmektedir; genellikle yaşam tarzı değişikliklerinin (beslenme danışmanlığı ve egzersiz vs.) ardından oral hipoglisemik ajanları veya gerekirse insülin kullanımını önermektedir (WHO, 2016).

Ülkemizde ise riskli gebelik yönetim rehberine göre tüm gebelerde 24-28. haftalar arasında "Glukoz Tarama Testi" yapılması gerektiği önerilmektedir. Gestasyonel diyabet açısından risk grubunda yer alan gebelere ise ilk gebelik izleminde açlık plazma glukozu 100-126 mg/dL arasında olanlara OGTT testi uygulanması gerektiği vurgulanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014).

Gebelikte Anemi

Anemi, dünya genelinde ikinci maternal-fetal mortalite ve morbidite nedenidir ve en ciddi küresel halk sağlığı sorunlarından biridir. Genel anemi prevalansı, gebe olmayan kadınlarda %29 (496 milyon), 15-49 yaş arası gebe kadınlarda ise %38 (32.4 milyon) olarak rapor edilmektedir (WHO, 2016). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise gebelikte anemi prevalansının %13.1 ile %50.3 arasında değişiklik gösterdiği belirtilmektedir (Balık ve ark., 2015; Küçükceran ve ark., 2018).

Sağlıklı bireylerde hemoglobin (Hb) düzeyi erişkin erkeklerde 13.5g/dl ve erişkin kadınlarda 12g/dl altı anemi kabul edilmektedir. Gebelikte ise ikinci trimester itibari ile vücutta plazma hacmi artar ve bu artışa bağlı olarak hemoglobin düzeyinde hafif düşüş normal olarak kabul edilmektedir. Gebelikte ikinci trimesterden itibaren hemoglobin konsantrasyon düzeyi 10.5g/dl altına düşmesi anemi olarak kabul edilmektedir. Gebelikte Hb'in 7g/dl ve altında olması şiddetli anemi, 4 g/dl ve altında olması çok şiddetli anemi olarak tanımlanmaktadır (PUDER, 2019).

Gebelikte görülen aneminin; erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, preeklampsi ve eklampsi gibi komplikasyonlar ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Anemi ayrıca annenin genel sağlık durumunu bozmasının yanında preterm eylem, abortus, postpartum kanama ve puerperal sepsis riskini de artırmaktadır ve anemik gebelerde, gebelik kayıpları veya doğum sırasındaki kan kayıpları düşük düzeyde olsa dahi ciddi sonuçlara neden olabilmekte ve kalp yetmezliği gelişmesi sonucu anne ölümlerine neden olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte maternal anemi, puerperal sepsis, düşük doğum ağırlığı ve preterm doğumları azaltmak ve önlemek için tüm gebeliklerde 30-60 mg elemental demir ve 400 µg (0,4 mg) folik asit içeren günlük oral demir ve folik asit takviyesi önermektedir (WHO, 2016).

Ülkemizde, Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde; gebelerde anemi tespit edildiğinde tedavi dozunda demir başlanması, anemi yoksa 16.gebelik haftasından itibaren demir desteğine başlanması belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

Gebelikte Tiroid Fonksiyonları

Gebelikte hormonal değişiklikler tiroid fonksiyonları üzerinde geçici etkilere neden olmaktadır. Gebelikte ilk haftalardan itibaren tiroid bezlerinin daha fazla uyarılmasına neden olan human koryonik gonadotropin hormonu (HCG), artış

göstererek plasentadan salgılanmaya başlar, gebeliğin 10. haftasında en yüksek düzeyine ulaşır ve sonrasında HCG düzeyinde önemli bir değişiklik görülmez. HCG düzeyindeki artış, serbest tiroid hormonlarında (T3 ve T4) artışa ve tiroid stimulan hormon (TSH)'da azalmaya neden olmaktadır. Gebelikte östrojenin artışı ile tiroid bağlayıcı globülin (TBG) seviyesi artar ve buna bağlı olarak TSH baskılanır ve total T4 miktarı artar. Gebelikte ayrıca renal perfüzyon hızının artması ile renal iyot atılımı, plasenta ve fetus tarafından iyot kullanımının da artması dolayısı ile gebelikte iyot ihtiyacı artmaktadır (Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği/TEMED, 2020). Gebelikte trimesterlere göre TSH değerleri Tablo 4'te belirtilmiştir (Alexander ve ark., 2017).

Tablo 4. Gebelikte Trimesterlere Göre TSH Değerleri

	TSH (Alt sınır)	TSH (Üst sınır)
Birinci trimester	0,1 mU/L	2,5 mU/L
İkinci trimester	0,2 mU/L	3,0 mU/L
Üçüncü trimester	0,3 mU/L	3,0 ya da 3,5 mU/L

TSH: Tiroid Stimulan Hormon

Gebelikte plasental ve fetal gelişim için iyot alımı çok önemlidir. Gebelikte iyot eksikliğine bağlı plasental gelişimin bozulması nedeni ile plasental anomaliler, preterm doğum, mental retardasyon, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan, işitme ve motor becerilerdeki bozukluklar ve bebek ölüm oranlarında artış görülebilmektedir (Saranac ve ark., 2011). Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte ve erken çocukluk döneminde; sağlıklı beyin gelişiminin ve zihinsel işlevlerin optimizasyonu için gerekli olan iyot miktarının günlük alımda tüketilen tuzun iyodizasyonunun gerektiğini vurgulamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, gebeliğin başlangıcında yapılan taramada sadece TSH düzeylerinin ölçümünü ve eğer TSH düzeyinde bir anormallik var ise daha sonra total T4 düzeyi için test yapılmasını önermektedir (WHO, 2016). T.C Sağlık Bakanlığı doğum öncesi bakım yönetim rehberinde (2018), ilk muayenede TSH bakılmasını önermektedir.

Amerikan Tiroid Birliği (Guidelines of the American Thyroid Association) Rehberi'nde (2017), yüksek kalite kanıt düzeyinde güçlü öneri ile gebelikte iyot alımının fetüsün nörolojik gelişimi için önemli olduğunu belirtmiş ve gebelikte tüm kadınlar için günde yaklaşık 250 µg iyot alımını önerilirken günlük iyot dozunun bölgelere ve ülkelere göre değiştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, rehberde orta kalite kanıt düzeyinde zayıf öneri ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dahil birçok bölgede gebelikten 3 ay önce başlanarak kadınların diyetlerinde potasyum iyodür şeklinde 150 µg iyot içeren günlük oral takviye önerilmektedir. Amerika Tiroid Birliği, dünyada besinlerdeki iyot kaynaklarının bölgelere göre değişiklik göstermesi nedeniyle anne ve bebek sağlığını iyileştirmenin en uygun maliyetli yolunun evrensel tuz iyodizasyonu ile iyot tüketimi olduğunu vurgulamıştır (Alexander ve ark., 2017). Bu sebeple WHO ve UNICEF, iyotlu tuz programı yaygın oluncaya dek, iyotlu tuza erişimin hane halkı bazında %20'den az olan ülkelerde gebelik ve laktasyon döneminde iyot takviyesini önermişlerdir (WHO, 2016; UNICEF, 2019). Türkiye Endokrinoloji Metabolizma Derneği (2017) ise gebelik ve emzirme dönemlerinde 250 µg/gün iyot alımını önermektedir.

Gebelikte İlaç Desteği ve Bağışıklama

Gebelikte ilaç maruziyetinde, sağlık çalışanlarının ve gebelerin en doğru ve en güncel bilgiye ulaşımının sağlanması önemlidir. Gebelikte ilaç kullanımı yönünden özellikle en hassas dönem olan gebeliğin ilk 18-21. ile 56-60. günleri arasında kapsayan organogenez döneminde hücre bölünme hızı çok yüksek olup, doku ve organlarda farklılaşma gözlemlendiği için teratojenik etki açısından en riskli dönem olabilmektedir. Gebelik sırasında ilaç kullanımı planlanacak ise bu ilaçların teratojenite potansiyeli, fetal organ gelişimi, fetal büyüme, yenidoğan ve çocukluk döneminde gözlenebilecek uzun vadeli etkileri dikkate alınmalıdır. Aile planlaması hizmetleri ile planlı gebeliklerin ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması ve prekonsepsiyonel eğitimler ile ailenin ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmesi gebelik döneminde bilinçsiz ilaç kullanımının azaltılmasında önem arz etmektedir. Eğer teratojen ilaç kullanımı zorunlu ise gebeliğin haftası dikkate alınarak ilaç yazılması, gebeliğe yönelik tedbirlerin alınması, tedavide en düşük etkin doz verilmesi ve ilacın yarar/zarar dengesinin değerlendirilmesi, ilacın olası olumsuz etkilerinin en aza indirilmesini sağlayacaktır (Demir & Taşpınar, 2019).

T.C. Sağlık Bakanlığı, gebelikte bağışıklığı yetersiz olan gebelerin aşılınması ve kızamık, kabakulak, kızamıkçık (MMR) gibi canlı aşuların gebelik boyunca uygulanmasını zorunlu olmadığı sürece önermemektedir. Bununla birlikte, virüslerin neden olduğu zatürreden kaynaklanan anne ölümlerinin önlenmesi amacıyla tüm gebelere tek doz grip aşısı uygulaması önermektedir. Grip aşısının, gebeliğin her döneminde uygulanabilir olduğu ve her gebelikte tekrarlanmasının uygun görüldüğü belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018b). Bunun dışında WHO, asemptomatik bakteriüri (ASB) olan tüm gebelerde, kalıcı bakteriüri, erken doğum ve düşük doğum ağırlığını önlemek için gebelikte tüm kadınlara yedi günlük bir antibiyotik rejimi önermektedir (WHO, 2016).

Gebelikte tetanos aşısı ise ölümcül olan yenidoğan tetanosuna karşı korunmak için önemlidir. Gebelikte, kadının daha önce hiç aşılanmadığı biliniyor veya aşılanma durumu bilinmiyor ise, iki doz tetanos aşısının bir ay arayla yapılması önerilmiş ve iki doz tetanos aşısının genellikle bir-üç yıla kadar tetanos enfeksiyonuna karşı koruyucu olduğu bildirilmiştir. Üçüncü dozun, ikinci dozdan altı ay sonra yapılması önerilmiş ve beş yıl koruyuculuğu olduğu belirtilmiştir. (WHO, 2016). T.C Sağlık Bakanlığı, tüm gebe kadınlara tetanos bağışıklaması sorgulanıp gerekiyorsa 12. gebelik haftasından sonra en az iki doz tetanos toksoid aşısı yapılmasını önermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

Teratojenik Enfeksiyonlar

Teratejon sözcüğü embriyoyu etkileyebilecek faktörleri (kimyasal, fiziksel, çevresel) tanımlamak için kullanılır. Gebeliğin ilk 12 haftasında teratojene maruz kalan fetal dokular atrofiye veya hipertrofiye uğrayarak hepatosplenomegali, anemi, trombositopeni, hidrosefali, mikrosefali, intrakranial kalsifikasyon, kardiyak anomalilere ve fetal ölümlere neden olabilmektedirler (Hasanoğlu, 2017).

Teratojen olarak bilinen en önemli organizmalar TORCH adı altında toplanmaktadır. TORCH; T: Toksoplazmoz, O: Others (Sifiliz, Parvovirus vs), R: Rubella (kızamıkçık), C: Cytomegalovirus, H: Herpes simpleks virusunu temsil etmektedir. TORCH enfeksiyonları bulaşmaları halinde fetüste benzer klinik görünümde ortaya çıkan intrauterin enfeksiyonlara sebep olabilmektedirler. Klinik görünüm benzer olunca tanı daha çok özgül IgG ve IgM antikorlarının saptanmasına dayanmaktadır (Hasanoğlu, 2017). Gebelik döneminde TORCH taraması konusunda farklı tartışmalar olması ile birlikte TORCH rutin tarama testleri ülkere göre değişiklik göstermektedir (Poliquin ve ark., 2015). Türkiye’de HbsAg, sfiliz ve

gebe onayı ile HIV testi, Kanada’da rubella, HBV, klamidya ve gonore testi, ABD’de ise HIV testi rutin tarama programları arasında yer almaktadır (Poliquin ve ark., 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a).

İnsan Bağışıklık Yetmezliği Virüsü (Human İmmunodeficiency Virus-HIV)

Dünya Sağlık Örgütü, 2018 yılı sonunda 37,9 milyon HIV vakası görüldüğünü, bunların 1,3 milyonunun gebe olduğunu, yıl içerisinde yeni vaka sayısının 1,7 milyon ve HIV nedeni ile ölenlerin sayısının ise 770.000 olduğunu bildirmiştir (WHO, 2019a). İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü, hastalığın tanımlandığı 1981 yılından beri yaklaşık 32 milyondan fazla kişinin hayatını kaybetmesine neden olan önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olarak devam etmektedir. Bununla birlikte, fırsatçı enfeksiyonlar da dahil olmak üzere etkili HIV önleme, teşhis, tedavi ve bakıma erişimin artmasıyla HIV enfeksiyonu, HIV ile yaşayan insanların uzun ve sağlıklı yaşam sürmelerine olanak tanıyan yönetilebilir bir kronik sağlık durumu haline gelmiştir (Centers for Disease Control and Prevention/CDC, 2020).

Retrovirus ailesinden olan HIV enfeksiyonunun ileri evrelerinde immün sistemin yoğun hasarı sonucu fırsatçı enfeksiyonların ortaya çıktığı dönem Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu (Acquired Immunodeficiency Syndrome/AIDS) dönemi olarak adlandırılır. İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü ile enfekte gebe popülasyonu da günümüzde giderek artan sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. İnsan bağışıklık yetmezliği virüsü pozitif bir anneden gebelik, doğum veya emzirme dönemlerinde çocuğuna bulaşmasına vertikal veya anneden çocuğa bulaşma denir. Bu aşamalarda herhangi bir müdahalenin yokluğunda, anneden çocuğa HIV bulaşma oranları %15 ile %45 arasında olabilir (WHO, 2019a). Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte ve emziren kadınlarda sadece sağlığı korumak için değil aynı zamanda HIV'in yenidoğanlara bulaşmasını önlemek amacı ile ömür boyu antiretroviral tedavi (ARV) önermektedir (WHO, 2019a). Aynı zamanda, yüksek prevalanslı ortamlarda HIV için yapılan test ve danışmanlığın, anne-çocuk HIV bulaşının önlenmesinde önemli olduğunu ve HIV testinin sifiliz veya ilişkin diğer önemli testlerle birlikte doğum öncesi bakım paketinin rutin bir bileşeni olarak tüm gebelere yapılmasının, anne ve çocuk sağlığının güçlendirilmesinde önemli olduğunu vurgulamaktadır (WHO, 2016).

Hepatit B Virüsü (HBV)

Dünyada HBV enfeksiyonuna bağlı her yıl yaşamını kaybedenlerin sayısı 600,000 kişi olduğu, bu kişilerin %21’inin perinatal dönemde, %48’inin ise erken çocukluk döneminde enfekte olduğu bilinmektedir. Doğum sırasında gerekli bağışıklama yapılmaz ise hepatit B e-antijen (HBeAg)’i pozitif olan anneden doğan çocukların %70- 90’ında vertikal bulaş gerçekleşmekte ve %90’ı kronik hale gelmektedir (Yi ve ark., 2016). Dünya Sağlık Örgütü Stratejik Danışma Grubu (2015) rehberinde, anneden çocuğa HBV bulaşmasının önlenmesi için en önemli stratejinin ilk hepatit B aşısı dozunu doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede, tercihen 24 saat içinde yapılmasını önermektedir.

T.C Sağlık Bakanlığı, tüm gebelere rutin hepatit B yüzey antijen (HBsAg) taramasının yapılmasını ve Hepatit B enfeksiyonuna karşı tüm kadınların bağışıklanmasını önermiştir. Gebelikte yapılan tetkik sonuçları HBsAg (-), AntiHBs (-) çıkan ve gebelik sırasında HBV bakımından yüksek riskli gebelere; gebelik sırasında ikinci veya üçüncü trimesterde Hepatit B aşısı 0-1-6 ay aşı şemasıyla yapılması önerilmiştir. Gebelikte aşı olmayan anneler doğumdan sonra ilk 12 saat içerisinde Hepatit B aşısının ilk dozu ve Hepatit B İmmunglobulin (HBIG) tercihen farklı anatomik bölgelere uygulanması önerilmiş ve ilk 12 saatte aşı yapılmamış bebeklere ise doğumdan sonraki 7 günü aşmayacak şekilde ve mümkün olan en

kısa sürede HBIG aşısının yapılmasını önermiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018a). Gebelik planlayan doğurganlık dönemindeki HBsAg pozitif bir olguda ise öncelikle hastalığın şiddeti ve karaciğer durumu değerlendirilerek gebelik öncesinde tedavi gerekip gerekmeyeceği karşılaştırılmalıdır. Bu olgularda gebeliğin 28. haftasında HBV DNA düzeyi>10.000000 IU/ml ise bebeğe geçişi azaltmak açısından planlanan antiviral tedavi, son trimesterde başlanmalıdır. İnaktif taşıyıcı durumunda veya immuntoleransı fazla olan gebelerde gebelik sırasında herhangi bir tedavi uygulanmaksızın izlemin sürdürülmesi önerilmektedir (Tran, 2016).

Gebelikte Sigara, Alkol ve Kafein Tüketimi

Dünyada 1.1 milyar sigara tüketicisi bulunmaktadır ve 15 yaş ve üzeri olup her gün sigara tüketen erkeklerin oranı %40 olarak bildirilirken, kadınlarda bu oran %13'tür (CDC, 2014). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre (2016), 15 yaş ve üzeri bireylerde her gün sigara içme oranı 2014 yılında %27.3 iken, 2016 yılında %26.5 olduğu bildirilmiştir. Bu oran 2016 yılında erkeklerde %40.1 iken kadınlarda ise %13.3'tür (TÜİK, 2016).

Bir toplumda kadın popülasyonunda sigara tüketiminin yüksek olması, sigaradan kaynaklanan gebelik ile ilgili risklerin de artmasına neden olmaktadır. Türkiye'de yapılan 1020 gebeyi kapsayan bir çalışmada; anne adaylarının %34.7'sinin gebelikten önce sigara içmiş olduğu, %14'ünün gebeliği sırasında halen sigara içmekte olduğu ve %69.2'sinin ise yakın çevresinin sigara içmesi nedeni ile pasif içici olduğu bildirilmiştir. Sigara dumanının fetüs üzerindeki etkileri, öncelikli olarak kimyasal içeriğindeki nikotin, siyanid ve karbonmonoksit maddelerine bağlı olarak gelişmektedir. Nikotin, damarlarda vazokonstriksiyon etki oluşturarak uterin arter kan akımını, karbonmonoksit ise fetal dokulara oksijen ulaşımını azaltmaktadır. Ayrıca nikotinin anne sütüne geçtiği ve emzirme dönemlerinde sigara kullanımı nedeniyle anne sütü miktarı ile içindeki vitamin C miktarının azaldığı belirtilmiştir (Primo ve ark., 2013).

Gebelikte sigara kullanımı veya sigara dumanına maruz kalmanın dekolman plasenta, plasenta previa, ölü doğum gibi gebelik komplikasyon oranlarında artışa yol açtığı, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, spontan abortus, intrauterin gelişme geriliği ve konjenital anomalilere (yarık damak ve dudak vb.) neden olduğu bildirilmiştir (Behrooz ve ark., 2018). Yenidoğan döneminde; ani bebek ölümü sendromuna, yetersiz anne sütü alımına, bronşit, pnömoni gibi alt solunum yolu hastalıkları ve bebekte huzursuzluğa neden olmaktadır. Çocukluk döneminde ise, bilişsel fonksiyonlarının gelişiminin olumsuz etkilenmesi sonucu dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu, düşük IQ ve kronik hava yolu hastalıkları da daha yüksek oranlarda görülmektedir. Pasif içiciliğe maruz kalan gebeler ve bebekleri sigara içenler gibi aynı şekilde sigara dumanından olumsuz etkilenmektedirler (Behrooz ve ark., 2018).

Dünya Sağlık Örgütü, Antenatal Bakım Rehberi'nde (2016), gebelikte sigara kullanımının önlenmesinde ebe ve hemşirelerin rolünün önemli olduğunu vurgulamış ve rehberde; gebelikte sigara kullanımının sorgulanması, değerlendirilmesi ve pasif içiciliğin saptanması sonucunda sigara kullanımının bırakılması için psikososyal destek önerirken, farmakolojik ajanların kullanılmasını önermemektedir (güçlü öneri, kanıt değeri yoktur). T.C. Sağlık Bakanlığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (2018), her gebelik izleminde sigara, alkol, madde bağımlılığının sorgulanması ve gerekli danışmanlığın verilmesi vurgulanmıştır.

Sağlık profesyonelinin, gebe ve ailesine pasif içiciliğe maruz kalmanın riskleri ve evde pasif içiciliğin azaltılmasına yönelik stratejik bilgi vermesini önermektedir. Gebelikte uzun süre alkol ve madde kullanımı, fetüs üzerinde fetal alkol sendromu, fetal anomaliler, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum, abortus, ölü doğum gibi komplikasyonlara neden olabilirken, annede gelişebilen psikosomatik sorunlarla ilişkili olabilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık profesyonellerinin tüm gebe kadınların tütün, alkol ve diğer madde kullanımlarını (geçmiş veya şimdiki) ve pasif olarak sigaraya maruz kalıp kalmadıklarını gebelikte ve doğum öncesi her bakım ziyaretlerinde sorgulanmasını önemle vurgulamaktadır. Sağlık profesyonelleri gebelikte alkol ve madde kullanım bozukluğu olan gebeleri kapsamlı bir şekilde gebe ve ailesi ile birlikte değerlendirmesini ve bireyselleştirilmiş bakım hizmetinin sunulmasını güçlü tavsiye ve zayıf kanıt düzeyinde önerilmektedir (WHO, 2016).

Yüksek kafein alımının ise en yaygın kaynaklarından biri kahvedir. Dünya Sağlık Örgütü, gebelikte fazla miktarda kafeinin; düşük doğum ağırlığı, intrauterin büyüme geriliği, erken doğum veya ölü doğum ile ilişkili olduğunu; bu sebeple kafein miktarının yüksek olduğu gıdaların (örn: günde en fazla 300 mg, ortalama üç fincan Türk kahvesi), gebelik döneminde günlük tüketiminin kısıtlanması gerektiğini orta kalitede kanıt düzeyinde vurgulamaktadır (WHO, 2016).

Sonuç ve Öneriler

Gebelik döneminde antenatal bakım, maternal ve fetal sağlığın sürdürülmesi, riskli gebelikler, preeklampsi, gestasyonel diyabet, hipertansiyon, şiddetli anemi gibi gebelik komplikasyonları ile gebelikte sigara, alkol kullanımı ve aile içi şiddet varlığının tespit edilip erken müdahale edilmesi, tedavi ve izlemlerinin düzenli yapılması ve uzun vadede anne ve bebek ölümlerinin en aza indirgenebilmesi için önemli bir süreçtir. Bu süreçte sağlık profesyonellerinin, bakım kalitesini artırmaya yönelik bilgi, beceri ve uygulamalarının kanıt temelli olması, bakımında farkındalığın artmasına, standardizasyonun oluşmasına ve tıbbi hataların ve gereksiz uygulamaların azaltılmasına yardımcı olacaktır.

Sağlık profesyonelleri, antenatal bakım sürecinde kadını bir bütün olarak ele almalı ailesi ile birlikte değerlendirmelidir. Her kadın için bireyselleştirilmiş gebelik bakımı vermeli, kadının yaşam şartlarını göz önünde bulundurarak gebelikte beslenme, egzersiz, ek besin takviyesi ve gebelikte görülen fizyolojik semptomlar hakkında kanıt dayalı uygulamalar ışığında danışmanlık vermeli; gebelikte oluşabilecek kardiyovasküler ve endokrin hastalıklar, alkol madde kullanımı ve şiddet yönünden her gebede potansiyel risk faktörlerini değerlendirmelidir. Ayrıca, kanıt temelli uygulamaları hayata geçirmenin önündeki engeller saptanmalı ve ortadan kaldırılmalıdır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan ederler.

Kaynaklar

- Alexander, E. K., Pearce, E. N., & Brent, G. A. (2017). Guidelines of the American Thyroid Association for the diagnosis and management of thyroid disease during pregnancy and the postpartum. *Thyroid*, 27(2), 315-89. <https://doi.org/10.1089/thy.2016.0457>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Nutrition during pregnancy*. ACOG. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/nutrition-during-pregnancy>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Nausea and vomiting of pregnancy*. ACOG. <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2018/01/nausea-and-vomiting-of-pregnancy>
- American College of Obstetricians and Gynecology. (2013). *Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' task force on hypertension in pregnancy*. ACOG. <http://www.spog.org.pe/web/phocadownloadpap/HypertensioninPregnancy.pdf>
- Anderson, C. M., & Schmella, M. J. (2017). CE: Preeclampsia: current approaches to nursing management. *AJN The American Journal of Nursing*, 117(11), 30-38. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000526722.26893.b5>
- Balık, G., Şentürk, Ş., Güvendağ, G. E. S., Kağıtçı, M., & Kır, Ş. F. (2015). Doğu Karadeniz bölgesindeki miadında gebe kadınlarda anemi sıklığı ve bazı hematolojik parametrelerin analizi. *Medeniyet Medical Journal*, 30(1),8-12. <https://10.5222/MMJ.2015.008>
- Behrooz, L., Balekian, D. S., Faridi, M. K., Espinola, J. A., Townley, L. P., & Camargo, C. A. (2018). Prenatal and postnatal tobacco smoke exposure and risk of severe bronchiolitis during infancy. *Respiratory Medicine*, 140, 21-26. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2018.05.013>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2014). *Global tobacco control*. CDC. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6313a1.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *HIV/AIDS*. (Fact sheets). CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
- Demir, R., & Taşpınar, A. (2019). Gebelikte akılcı ilaç kullanımı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 193-200. <https://doi.org/10.17827/aktd.426788>
- European Society of Cardiology. (2018). *ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy: The Task Force for the Management of Cardiovascular Diseases during Pregnancy of the European Society of Cardiology*. ESC. <https://academic.oup.com/eurheartj/article/39/34/3165/5078465>
- Gardner, B., Wardle, J., Poston, L., & Croker, H. (2011). Changing diet and physical activity to reduce gestational weight gain: a meta-analysis. *Obesity Reviews*, 12(7), e602-e620. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00884.x>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)*. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK
- Hasanoğlu, İ. (2017). *Klinikte Serolojik Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi TORCH*. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. <https://www.ekmud.org.tr/sunum/indir/171-klinikte-serolojik-test-sonuclarinin-degerlendirilmesi-torch>
- International Council of Nursing. (2012). *Closing the gap: from evidence to action (ICN)*. <https://www.nursingworld.org/~4aff6a/globalassets/practiceandpolicy/innovation--evidence/ind-kit-2012-for-nnas.pdf>

- Koenig, M. D. (2017). Nutrient intake during pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46 (3), 120-2. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2016.11.004>
- Küçükceran, H., Başer, D. A., Ağadayı, E., Alsancak, A. D., & Kahveci, R. (2018). Ankara İli Akyurt bölgesindeki gebelerde demir eksikliği anemisi prevalansı ve demir eksikliğine sebep olan faktörler. *Konuralp Tıp Dergisi*, 10(1), 13-19. <https://doi.org/10.18521/ktd.316896>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Diabetes in Pregnancy: Management from preconception to the postnatal period. NICE Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng3>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019). *Guideline for hypertension in pregnancy: diagnosis and management. NICE Guideline*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng133>
- Perinatoloji Uzmanları Derneği. (2019). *Gebelik ve Diyabet Kılavuzu*. (PUDER). <http://puder.org.tr/kilavuzlar/>
- Poliquin, V. Y. M. H., Yudin, M. H., Murphy, K. E., & Okun, N. (2015). Antepartum screening for maternal infection and immune status: is it time to broaden our routine? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*., 37(12), 1118-1121. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)30079-2](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)30079-2)
- Primo, C. C., Ruela, P. B. F., Brotto, L. D. D. A., Garcia, T. R., & Lima, E. D. F. (2013). Effects of maternal nicotine on breastfeeding infants. *Revista Paulista de Pediatria*, 31(3), 392-397. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000300018>
- Saranac, L., Zivanovic, S., Bjelakovic, B., Stamenkovic, H., Novak, M., & Kamenov, B. (2011). Why is the thyroid so prone to autoimmune disease?. *Hormone Research in Paediatrics*, 75(3), 157-165. <https://doi.org/10.1159/000324442>
- T.C Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018b). *Yetişkin Aşılama: Türkiye 'de Erişkinlere Yönelik Aşı Uygulamaları*. HSGM. <https://asi.saglik.gov.tr/asi-kimlere-yapilir/liste/30-yeti%C5%9Fkin a%C5%9F%C4%B1lama.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018a). *Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi*. (Yayın No:925). pp. 6, T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Tran, T. T. (2016). Hepatitis B in pregnancy. *Clinical Infectious Diseases*, 62(suppl_4), S314-S317. <https://doi.org/10.1093/cid/ciw092>
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2020). *Tiroid hastalıkları tanı ve tedavi kılavuzu*. TEMD. https://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/20200929134733-2020tbl_kilavuzf527c34496.pdf
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2016). *Sağlık İstatistikleri haber bülteni*. TÜİK. <https://www.saglik.gov.tr/TR,30485/saglik-istatistikleri-villigi-2016-yayinlanmistir.html>
- United Nations International Children's Emergency Fund. (2019, May). *Antenatal care. UNICEF*. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
- United Nations Population Fund. (2014). *The state of the world's midwifery 2014. A Universal Pathway. A Woman's Right to Health Cairo*. UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf
- World Health Organisations. (2019a). *Sexually transmitted infections (STIs) (Fact Sheets)*. World Health Organization (WHO). [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- World Health Organization. (2015). *Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/154590/9789241549059_eng.pdf?sequence
- World Health Organization. (2016). *WHO Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

World Health Organization. (2019b). *Maternal mortality*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Yi, P., Chen, R., Huang, Y., Zhou, R. R., & Fan, X. G. (2016). Management of mother-to-child transmission of hepatitis B virus: propositions and challenges. *Journal of Clinical Virology*, 77, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jcv.2016.02.003>