



Original Research / Orijinal Araştırma

Preconception Care and Counseling Status and Related Factors In Pregnant Women

Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Alma Durumları ve İlişkili Faktörler

Elif Çevik Ergi¹, Mustafa Kürşat Şahin²

Abstract

Aim: This study aimed to evaluate the preconception care and counseling (PCC) status and related factors in pregnant women. **Materials and Methods:** It is a cross-sectional and descriptive online survey study. It was conducted between July and December 2020. A questionnaire consisting of 42 questions that evaluated the socio-demographic characteristics and PCC status of the participants was used as a data collection tool in the study. **Results:** The mean age of 280 pregnant women participating in the study was 30.4±4.55 years. 31.4% of pregnant women are themselves, and 11.8% of them reported that their spouses received PCC. Middle-income level, planning pregnancy, receiving treatment for pregnancy, and obtaining information about prevention methods in the pre-pregnancy period, were found to be factors that increase receiving PCC. When examining the pregnant women who stated that they received PCC within the scope of PCC by the caregiving healthcare worker, folic acid prescription in the antenatal period had the highest rate with 75.7%, with at least 10.4%, it was questioned whether they were exposed to domestic violence or not. It was found that most pregnant women received consultancy from gynecologists and obstetricians and secondly from their family physicians. Of those who do not receive PCC, 54.2% of them stated that they did not have information about the subject, 33.3% did not find it necessary to get PCC before pregnancy, and 12.5% stated that they had an unintended pregnancy. **Conclusions:** The rates of pregnant women receiving PCC were low. In terms of PCC, it is necessary to inform individuals of reproductive age and raise awareness about the subject at each contact.

Keywords: preconception care; pregnancy; counseling

Özet

Amaç: Bu çalışmada, gebelerin prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık (PKB) alma durumlarının ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir online anket çalışmasıdır. Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmada, veri toplama aracı olarak katılımcıların, sosyodemografik özelliklerini ve PKB durumlarını değerlendiren, 42 sorudan oluşan bir anket kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 280 gebenin yaş ortalaması 30,4 ± 4,55 yıldır. Gebelerin %31,4'ü kendisinin, %11,8'i ise eşlerinin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığını bildirmiştir. Gelirin gidere denk olması, gebeliğin planlı olması, gebe kalmak için tedavi alınması, gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bilgi alınması PKB ve danışmanlık almayı artıran faktörler olarak saptanmıştır. PKB aldığını ifade eden gebelere, bakım veren sağlık çalışanı tarafından PKB kapsamında yapılanlar incelendiğinde gebelik öncesi dönemde folik asit reçetesi %75,7 ile en yüksek orana sahip iken; en az ise %10,4 oranı ile aile içi şiddete maruz kalıp kalmadıklarının sorgulanması olmuştur. Gebelerin çoğunluğunun kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, ikinci olarak aile hekimlerinden danışmanlık aldığı bulunmuştur. Danışmanlık almayanların; %54,2'si konu hakkında bilgi sahibi olmadığını, %33,3'ü gebelik öncesi danışmanlık almayı gerekli görmediğini, %12,5'i ise istenmeyen gebelik olduğunu ifade etmiştir. **Sonuç:** Gebelerin, PKB ve danışmanlık alma oranları düşük bulunmuştur. PKB ve danışmanlık açısından üreme çağındaki kişilerin bilgilendirilmesi ve her temasta konu hakkında farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: prekonsepsiyonel bakım; gebe; danışmanlık

Geliş tarihi / Received: 01.10.2022 Kabul tarihi / Accepted: 29.01.2023

¹Dargeçit Aile Sağlığı Merkezi / Türkiye

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Elif Çevik Ergi, Dargeçit Aile Sağlığı Merkezi / Türkiye
drelifcevik@gmail.com

Ergi Cevik E, Sahin MK. Preconception Care and Counseling Status and Related Factors In Pregnant Women.
TJFMPC,2023;17(1): 139-149

DOI:10.21763/tjfm.1182928

Giriş

Gebelik öncesi bakım, eğitim, danışmanlık ve uygun müdahale yoluyla anne veya baba adayından kaynaklanabilecek riskleri azaltmak amacıyla gebelik sonuçlarına yönelik sosyal, davranışsal, çevresel ve biyomedikal riskleri tanımlama sürecini ifade eden geniş bir terimdir.¹ Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık hizmetleri; anne ve babalarda planlı gebelik kültürü oluşturması ve dolayısıyla sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlaması, anne-bebek ölümlerini azaltması, gebelik ve doğum esnasında çıkabilecek problemleri önlemesi, anne ve fetüsün sağlığını iyileştirmesi, mevcut hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlaması ve ailedeki tüm üyelerin sağlıklı davranış geliştirmesine fırsat vermesi açısından oldukça önem taşımaktadır.²

Bilimsel kanıtlar, hamilelikten önce bir kadının sağlığını iyileştirmenin hamilelik sonuçlarını iyileştireceğini göstermektedir.³ Birçok kadında henüz prenatal bakımın başlamadığı konsepsiyon sonrası ilk 4. ve 5. hafta içinde fetal gelişimi etkileyebilecek risk faktörleri bulunabilir, ancak kadın gebe olduğunun farkında olmadığından bu risklerini kontrol edemeyebilir. Gebelik öncesi dönem, teşhis, tedavi ve önleme için benzersiz bir zaman penceresi sunmaktadır. Bu nedenle ilk prenatal bakımın konsepsiyondan önce başlatılması, anne ve bebek sağlığı açısından oldukça önemlidir.⁴

Gebelik öncesi bakımın kullanımına ilişkin araştırma temeli yetersizdir ve mevcut bilgiler, önerilen gebelik öncesi bakımın yaygın olarak sağlanmadığını göstermektedir.⁵ Ülkemizde doğum öncesi bakım konusunda önemli ilerlemeler kaydedilmiş; ancak evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmeti hariç tutulduğunda uygulanabilecek standart bir gebelik öncesi bakım kılavuzu halen uygulamaya konulmamıştır.⁶ Bugüne kadar, Türkiye’de gebelerin PKB ve danışmanlık hizmetini kullanmasıyla ilişkili faktörler üzerine sınırlı sayıda çalışma göz önünde bulundurulmuştur. Bu nedenle, bu çalışma, gebelerin PKB kullanımının yaygınlığını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlamıştır.

Materyal ve Metod

Bu kesitsel tipte ve tanımlayıcı bir çalışmadır. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul onayı alınmıştır (OMUKAEK 2020-429). Online olarak yürütülen çalışmaların kanıt değerleri ve seçilen örneklem konusunda sınırlılıkları olmasına rağmen, çalışmanın etik kurul başvurusunun yapıldığı dönemde karantina nedeniyle dışarı çıkma yasaklarının olması, çok sayıda belirsizliğin bulunması, gebelere ulaşım sıkıntılarının var olması nedeniyle çalışmanın online olarak yürütülmesi planlanmıştır. Çalışmada araştırmacılar tarafından oluşturulan online bir anket formu kullanılmıştır.

Çalışmanın örneklemini, Temmuz-Aralık 2020 tarihleri arasında Türkiye’de yaşayan, çevrimiçi ortamda çalışmamıza katılmaya gönüllü olan ve çalışmaya dahil edilme kriterlerine (18-45 yaş arasında olmak, gebe olmak, Türkçe bilmek ve okuryazar olmak) uyan kadınlar oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü, kadınların PKB alma oranı literatürde yapılan benzer bir çalışmadaki %22,4 olarak kabul edilip %95 güvenilirlik, %5 örnekleme hatası ile en az 264 kişi olarak hesaplandı.⁷ Anketler önce online WhatsApp grupları, Facebook gruplarında paylaşılmıştır. Anketin baş kısmında çalışma hakkında bilgilendirme, soru sayısı, cevaplamanın ne kadar süreceği ve araştırmacılar hakkında bilgiler yer almaktadır. Anketin son kısmına “Teşekkürler, gebe olan arkadaşlarımızla paylaşmanız rica olunur” ibaresi eklenerek diğer gebe olan bireylere ulaşmaya çalışılmıştır. Online anketin bir kez doldurulma ile sınırlandırılma özelliği kullanılmıştır. Toplamda 280 gebeye ulaşılmıştır.

Literatür taranarak oluşturulan anket formunda 42 soru bulunmaktadır. Ankette gebelerin sosyodemografik özelliklerini ve PKB alma durumlarını değerlendiren sorular yer almaktadır. Anketin ilk bölümünde 18 soru vardır. Katılımcının PKB ve danışmanlık alma durumu ile ilişkili olabilecek sosyodemografik özelliklerini değerlendirmektedir. Anketin ikinci bölümünde ise 20 soru vardır. PKB kapsamında yapılanları sorgulayan evet ya da hayır cevaplı sorular iken; son 4 soru katılımcının ve eşinin danışmanlık alıp almadığını, aldıysa kimlerden aldığını, almadıysa almama nedenini sorgulamaktadır.

İstatistiksel analiz

Google Form aracılığıyla elde edilen veriler IBM SPSS Statistics sürüm 22.0 ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde önce tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Veriler sayı, yüzde, ortalama±standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Prekonsepsiyonel danışmanlık alma durumu ile ilişkili faktörleri belirlemek için çok değişkenli lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Katılımcının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, planlı gebelik, gebe kalmak için tedavi alma durumu, korunma yöntemleri hakkında bilgi alma ve yaşayan çocuk sayısı bağımsız değişkenler olarak seçilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya toplam 280 gebe katılmıştır. Gebelerin yaş ortalaması 30,4 ± 4,55 yıldır. Katılımcıların %72,9’u (n=204) 25-34 yaş arasında ve %69,3’ü (n= 194) il merkezinde yaşamaktadır. Gebelerin %71,8’i (n=201) ve

eşlerinin %65,4'ü (n=183) üniversite ve üstü mezunuydu. Eşler arası akrabalık oranı %7,9 (n=22) idi. Gebelerin %59,6'sının (n=167) gelir getiren bir işte çalıştığı, eşlerinin ise %97,9'unun (n=274) gelir getiren bir işte çalıştığı saptanmıştır. %44,6'sının (n=125) geliri giderine denk idi. Gebelerin %84,3'ü (n=236) sigara kullanmıyordu. %92,9'u (n=260) alkol kullanmıyordu. Katılımcıların %11,1'inde (n= 31) bilinen bir kronik hastalık mevcuttu. Katılımcı özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri		
Değişkenler	Kategoriler	n(%)
Yaş grupları	18-24 yıl	23(8,2)
	25-34 yıl	204(72,9)
	35-45 yıl	53(18,9)
Yaşanılan yer	Köy	9(3,2)
	İlçe	77(27,5)
	İl merkezi	194(69,3)
Öğrenim düzeyi	Lise ve altı	79(28,2)
	Üniversite ve üstü	201(71,8)
Eş öğrenim düzeyi	Lise ve altı	97(34,6)
	Üniversite ve üstü	183(65,4)
Eş ile akrabalık durumu	Evet	22(7,9)
	Hayır	258(92,1)
Çalışma durumu	Evet	167(59,6)
	Hayır	113(40,4)
Eş çalışma durumu	Evet	274(97,9)
	Hayır	6(2,1)
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	29(10,4)
	Gelir gidere denk	125(44,6)
	Gelir giderden fazla	126(45,0)
Sigara kullanımı	Evet, kullanmaya devam ediyorum.	24(8,6)
	Evet, âmâ gebelikte bıraktım	20(7,1)
	Hayır, içmiyorum	236(84,3)
Alkol tüketimi	Evet, kullanmaya devam ediyorum	0(0)
	Evet, ama gebelikte bıraktım	20(7,1)
	Hayır, içmiyorum	260(92,9)
Kronik hastalık	Evet	31(11,1)
	Hayır	249(88,9)

Gebelerin %86,1'inin gebelikleri planlı ve %13,9'u gebe kalmak için tedavi almıştır. Katılımcıların %36,8'i hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %57,1 daha önce gebe kalmıştı ve %24,3'ü ikiden fazla gebelik yaşamıştır. Katılımcıların %40'ının çocuğu yoktu. Katılımcıların %17,9'unun düşük, %23,2'sinin sezaryen doğum, %4,6'sının erken doğum, %1,4'ünün istek dışı gebelik sonlandırma, %0,4'ünün doğuştan engelli bebek öyküsü bulunmaktaydı. Gebelerin %31,4'ü kendisinin, %11,8'i ise eşlerinin gebelik öncesi bakım ve danışmanlık aldığını bildirmiştir. PKB ve danışmanlık aldığını bildirenlerin %54,5'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanından, %38,6'sı aile hekiminden danışmanlık aldığını beyan etmiştir. Danışmanlık almadığını bildirenlerin almama nedeni %54,1 ile konu hakkında bilgi sahibi olunmamasıydı (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların obstetrik özellikleri		
Değişkenler	Kategoriler	n(%)
Çocuk sahibi olmayı planlama	Evet	241(86,1)
	Hayır	39(13,9)
Gebe kalma için tedavi alma	Evet	39(13,9)
	Hayır	241(86,1)
Hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Evet	103(36,8)
	Hayır	177(63,2)
Önceki gebe kalma varlığı	Evet	160(57,1)
	Hayır	120(42,9)
Gebelik sayısı	1-2	209(75,7)
	≥3	67(24,3)
Yaşayan çocuk sayısı	0	112(40,0)
	1	112(40,0)
	≥2	56(20,0)
Gebelik öyküsü	Düşük	50(17,9)
	Sezaryen	65(23,2)
	Erken doğum	13(4,6)
	Doğuştan engelli bebek	1(0,4)
	İstek dışı gebelik sonlandırma	4(1,4)
	Hiçbirini yaşamadım	147(52,5)
Mevcut gebelik öncesi danışmanlık alma	Evet	88(31,4)
	Hayır	192(68,6)
Danışmanlık aldığınız kişi	Aile hekimi	34(38,6)
	Kadın doğum uzmanı	48(54,5)
	Ebe veya hemşire	5(5,6)
	Diğer	1(1,1)
Danışmanlık almama nedeniniz	Konu hakkında bilgi sahibi olmama	104(54,1)
	İstenmeyen gebelik olması	24(12,5)
	Gereksiz olduğu düşüncesi	64(33,3)
Eşin danışmanlık alma durumu	Evet	33(11,8)
	Hayır	247(88,2)

Üniversite veya üstü eğitime sahip gebeler ($p=0,012$), eş eğitim düzeyi üniversite veya üstü olanlar ($p=0,001$) ve çalışan katılımcılar ($p<0,001$) daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık almıştır. Gelir durumu arttıkça prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranı artmaktadır ($p<0,001$). Gebelikte alkol tüketimini bıraktığını söyleyenler, kullanmayanlara göre daha fazla danışmanlık aldığını bildirmiştir ($p=0,004$). Çocuk sahibi olmayı planlayanlar ($p=0,002$), gebe kalmak için tedavi alanlar ($p<0,001$), hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alanlar ($p<0,001$), çocuğu olmayanlar ($p=0,001$) ve eşinin danışmanlık aldığını bildirenler ($p<0,001$) daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık almıştır. Yaşa, ikamet edilen yere, eş ile akrabalık durumuna, eşin çalışmasına, sigara kullanımına, kronik hastalık olmasına, gebe kalma ve gebelik sayısına göre prekonsepsiyonel danışmanlık almada farklılık göstermemektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Prekonsepsiyonel danışmanlık alma ile katılımcıların özelliklerinin karşılaştırması				
Değişkenler	Gebelik öncesi danışmanlık alma			p*
	Kategoriler	Evet n (%)	Hayır n (%)	
Yaş grupları	18-24 yıl	3(13)	20(87)	0,138
	25-34 yıl	68(33,3)	136(66,7)	
	35-45 yıl	17(32,1)	36(67,9)	
Yaşanılan yer	Köy	0(0)	9(100)	0,114
	İlçe	24(31,2)	53(68,8)	
	İl merkezi	64(33,0)	130(67,0)	
Eğitim düzeyi	Lise ve altı	16(20,3)	63(79,7)	0,012
	Üniversite ve üstü	72(35,8)	129(64,2)	
Eş eğitim düzeyi	Lise ve altı	18(18,6)	79(81,4)	0,001
	Üniversite ve üstü	70(38,3)	113(61,7)	
Eş ile akrabalık durumu	Evet	4(18,2)	18(81,8)	0,163
	Hayır	84(32,6)	174(67,4)	
Çalışma durumu	Evet	68(40,7)	99(59,3)	<0,001
	Hayır	20(17,7)	93(82,3)	
Eş çalışma durumu	Evet	88(32,1)	186(67,9)	0,094
	Hayır	0(0)	6(100)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	4(13,8)	25(86,2)	<0,001
	Gelir gidere denk	27(21,6)	98(78,4)	
	Gelir giderden fazla	57(45,2)	69(54,8)	
Sigara kullanımı	Evet	4(16,7)	20(83,3)	0,255
	Gebelikte bıraktım	6(30,0)	14(70,0)	
	Hayır	78(33,1)	158(66,9)	
Alkol tüketimi	Gebelikte bıraktım	12(60)	8(40,0)	0,004
	Hayır	76(29,2)	184(70,8)	
Kronik hastalık	Evet	11(35,5)	20(64,5)	0,606
	Hayır	77(30,9)	172(69,1)	
Çocuk sahibi olmayı planlama	Evet	84(34,9)	157(65,1)	0,002
	Hayır	4(10,3)	35(89,7)	
Gebe kalma için tedavi alma	Evet	28(71,8)	11(28,2)	<0,001
	Hayır	60(24,9)	181(75,1)	
Hekimden gebelik öncesi korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Evet	49(47,6)	54(52,4)	<0,001
	Hayır	39(22,0)	138(78,0)	
Önceki gebe kalma varlığı	Evet	47(27,5)	124(72,5)	0,075
	Hayır	41(37,6)	68(62,4)	
Gebelik sayısı	1-2	67(32,1)	142(67,9)	0,735
	≥3	20(29,9)	47(70,1)	
Yaşayan çocuk sayısı	0	50(44,6)	62(55,4)	0,001
	1	26(23,2)	86(76,8)	
	≥2	12(21,4)	44(78,6)	
Eşin danışmanlık alma durumu	Evet	33(100)	0(0)	<0,001
	Hayır	55(22,3)	192(77,7)	

*istatistiksel olarak anlamlı olan değerler koyu olarak belirtilmiştir.

Prekonsepsiyonel danışmanlık almada anlamlı farklılık oluşturan değişkenler dahil edilerek bir lojistik regresyon modeli oluşturulmuştur (Tablo 4). Çok değişkenli lojistik regresyon analizi ile gelir düzeyinin, gebeliğin planlı olmasının, gebe kalmak için tedavi almış olmanın, gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için başvurmuş olmanın PKB ve danışmanlık alma ile anlamlı istatistiksel ilişkiye sahip olduğu bulunmuştur. Geliri giderine denk olanlar, geliri giderinden az olanlara göre 4,9 kat daha fazla prekonsepsiyonel danışmanlık alma olasılığına sahiptir (AOR= 4,896; %95 GA= 1,146- 20,92). Prekonsepsiyonel danışmanlık alma, gebeliğini planlayanlarda, planlamayanlara kıyasla 6,8 kat daha yüksektir (AOR= 6,834; %95 GA: 1,851-25,283).

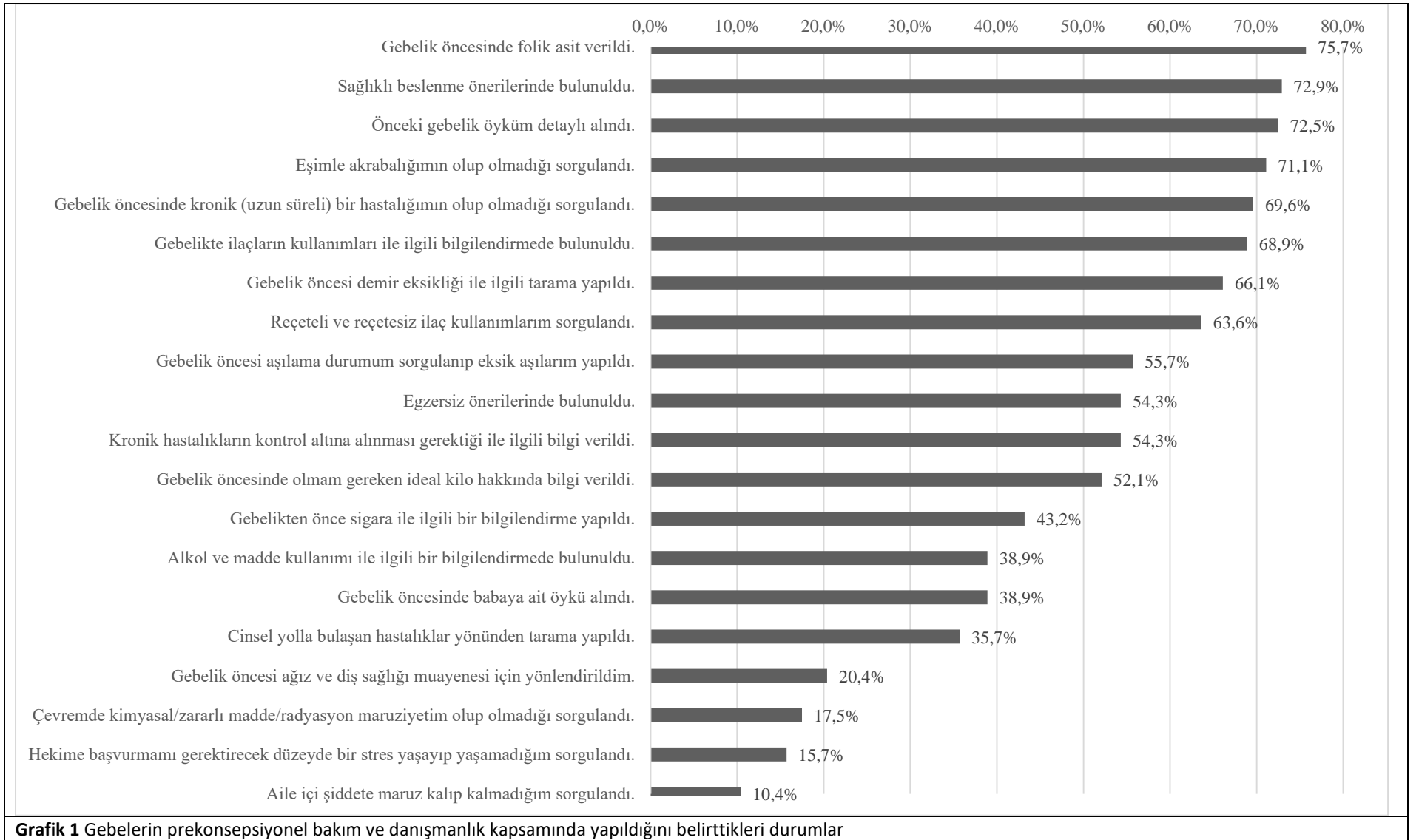
Gebe kalmak için tedavi alanların, tedavi almayanlara göre danışmanlık alması 8,9 kat daha fazlaydı (AOR= 8.935; %95 GA= 3,493- 22,854). Gebelik öncesi dönemde korunma yöntemleri hakkında bir hekimden bilgi alan kadınların, almayanlara göre PKB ve danışmanlık alması 4,3 kat daha fazlaydı (AOR= 4,273; %95 GA= 2,228-8,196) (Tablo 4).

Tablo 4: Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık alma durumunu etkileyen faktörler			
Değişkenler	Kategoriler	p*	OR (%95 GA)
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı (R)		
	Üniversite	0,261	1,733 (0,664-4,522)
Eş eğitim düzeyi	Lise ve altı (R)		
	Üniversite	0,103	0,507 (0,224-1,148)
Çalışma durumu	Hayır (R)		
	Evet	0,473	1,357 (0,589-3,13)
Gelir düzeyi	Gelir giderden az (R)		
	Gelir giderden fazla	0,664	1,359 (0,341-5,424)
	Gelir gidere denk	0,032	4,896 (1,146-20,92)
Alkol tüketimi	Bıraktım (R)		
	Evet	0,085	2,827 (0,867-9,216)
Çocuk sahibi olmayı planlama	Hayır (R)		
	Evet	0,004	6,834 (1,851-25,23)
Gebe kalma için tedavi alma	Hayır (R)		
	Evet	<0,001	8,935 (3,493-22,85)
Korunma yöntemleriyle ilgili danışmanlık alma	Hayır (R)		
	Evet	<0,001	4,273 (2,228-8,196)
Yaşayan çocuk sayısı	≥2 (R)		
	Yok	0,326	1,554 (0,645-3,746)
	1	0,511	0,737 (0,296-1,831)

(R)= referans kategori

*istatistiksel olarak anlamlı olan değerler koyu olarak belirtilmiştir.

Tüm katılımcılara mevcut gebelikleri öncesinde, ilgili sağlık çalışanları tarafından PKB ve danışmanlık kapsamında uygulanması gereken komponentlerin hangilerinin yapıldığı sorgulanmış ve danışmanlık alma düzeylerine bakılmıştır. Gebelerin PKB ve danışmanlık ile ilgili komponentlerden yapılanlar Grafik 1'de sunulmuştur. Bu verilere göre folik asit reçetesi (%75,7), sağlıklı beslenme önerileri (%72,9), önceki gebelik öyküsünün alınması (%72,5) verilen en yaygın bakım iken; aile içi şiddetin sorgulanması (%10,4), stresin sorgulanması (%15,7), evde veya işyerinde kimyasal/ zararlı madde/ radyasyon maruziyetinin sorgulanması (%17,5) ve ağız diş sağlığı muayenesi için yönlendirme (%20,4) en az olarak verilen bakımlar olmuştur.



Tartışma

Türkiye’de PKB ve danışmanlık alma düzeyini yükseltmek konusunda doğru adım atmak için bu bakım modeliyle ilişkili faktörlerin belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmaya katılan gebelerin yarısından azının hamilelik öncesi bakım aldığı görülmüştür. Bu bakımı almanın gelir düzeyi, eğitim, gebeliğin planlı olması, gebelik için tedavi almış olması, öncesinde korunma yöntemleri hakkında bilgi almak için bir hekime başvurmuş olması ve eşinin danışmanlık alması ile arasında anlamlı bir ilişkisi bulunmuştur. Bu çalışmada gebelerin %31,4’ü PKB ve danışmanlık aldığını bildirmiştir. ABD’de Williams ve ark.’nın yaptığı çalışmada PKB oranı %32,4, Oza-Frank ve ark.’nın çalışmasında %30,8 olarak bizim çalışmamıza benzer oranlar bildirmiştir.^{8,9} Anne ölümlerinin ve perinatal ölümlerin endişe verici derecede yüksek olduğu Etiyopya’da yapılan bir çalışmada ise PKB alma oranı %18,7 idi.¹⁰ TNSA 2013 verilerinde PKB ile ilgili veri olmamakla birlikte doğum öncesi bakım %97 idi.¹¹ PKB ve danışmanlık alma oranının TNSA tarafından belirlenmemiş olması Türkiye’de çoğunlukla doğum öncesi bakıma yoğunlaşıldığını düşündürmektedir.

Bu çalışmada, PKB aldığını bildirenlerin yarısından azının aile hekimlerinden danışmanlık aldığı bulunmuştur. ABD’de yapılan bir çalışmada da hamile kadınların %34,4’ü gebelik öncesinde bir aile hekiminden bakım almıştır.¹² Japonya’da yapılan bir çalışma ise az sayıda aile hekiminin gebelik öncesi bakım sağlama konusunda eğitim deneyimine sahip olduğu ve çok azının bu bakımı uygulamalarında sağladığını görülmüştür.¹³ Aile hekimleri, beşikten mezara kadar takip ilkesine sahip olması nedeniyle üretkenlik çağındaki bir kadının gebelik ihtimalinden en erken bilgi sahibi olacak kişilerdir. Ayrıca çocuk sahibi olma düşüncesi olan çifte; sigaranın zararları ve bebeğe etkileri, alkolün zararları ve bebeğe olası etkileri hakkında bilgilendirme, madde kullanımının zararlı etkileri gibi konularda bilgilendirme yapması buna örneklerdir. Aynı zamanda aşılamalar, folik asit desteği gibi konularda da aile hekimleri etkin konumdadır. Bu nedenle aile hekimleri tarafından verilen PKB’nin daha yüksek olması beklenmektedir.

Bu çalışmada, katılımcıların ve eşlerinin eğitim düzeyleri ile PKB alma durumları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Önceki çalışmalar, bizim çalışmamızla benzer şekilde lise sonrası eğitim almış olanların gebelik öncesi danışmanlık hizmetlerini kullanma olasılığının daha yüksek olduğunu göstermektedir.^{14,15} Hollanda’da yapılan bazı çalışmalarda ise daha yüksek eğitilmiş kadınların PKB’ye katılımları daha az bulunmuştur.¹⁶ Daha yüksek eğitim seviyesinin, hamilelikle ilgili sağlık konularının daha fazla farkına varılması nedeniyle kadınları hamilelik planlaması ile ilgili sağlık hizmetlerinden yararlanmaya yatkın hale getirmesi ihtimali yüksektir. Daha yüksek eğitim kazanımı, muhtemelen daha yüksek düzeyde sağlık bilinci veya daha yüksek eğitilmiş kadınlar arasında daha iddialı sağlık hizmeti arayışını yansıtan, tarama hizmetleri ve genel sağlık danışmanlığı almakla ilişkili olabilir. Ek olarak, daha yüksek eğitilmiş kadınların aldıkları tarama ve danışmanlık hizmetlerini hatırlama olasılıkları daha yüksek olabilir.

Geliri giderinden az olanların %86,2’si gebelikten önce danışmanlık almadığını bildirmiştir. Bununla birlikte geliri giderine denk olanların danışmanlık alma olasılığının geliri giderinden az olanlara göre yaklaşık beş kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Çin’de yapılan bir araştırma çalışmamızla benzer şekilde, gebe kalma öncesi bakım alan katılımcıların daha yüksek gelire sahip olduğu konusuna işaret etmektedir.¹⁷ Bu bulgu özellikle ilgi çekicidir çünkü düşük sosyoekonomik statüye sahip kadınlar, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı dahil olmak üzere kötü doğum sonuçları için önemli ölçüde yüksek risk altındadır ve bu nedenle hamilelik öncesi danışmanlığına daha fazla ihtiyaç duymaktadır.¹⁸ Düşük gelir düzeyine sahip gebelerin, gebelik öncesi bakım ve danışmanlık alma konusunda farkındalıklarının artırılması gerekmektedir.

Gebelerin önceki olumsuz doğum sonuçları prekonsepsiyonel danışmanlık alma açısından fark oluşturmamıştır. Kuzey Etiyopya’da yapılan bir çalışmada olumsuz doğum sonuçları öyküsü olan anneler, PKB kullanımı ile pozitif bir şekilde ilişkilidir.¹⁰ Bu durum, başka bir çalışmada da görülmüştür.¹⁹ Bizim çalışmamızda da, önceki gebeliklerinde sorun yaşayanların benzer durumlarla karşılaşmamak ve normal bir gebelik için PKB almaları beklenmektedir. Ama kötü obstetrik öykü olması ya da olmaması, PKB almaya etki etmemiştir. Kanaatimizce bunun en önemli nedeni bu konu hakkında yeterli bilinç düzeyinin olmamasıdır. Çalışmamızda, literatürle benzer şekilde yaşayan çocuğu olmayan gebelerde prekonsepsiyonel danışmanlık alma oranları daha yüksek bulunmuştur.^{10,19} Çocuğu olan ya da gebelik geçirmiş olan kadınların PKB alma oranlarının düşüklüğü kendilerini deneyim hissetmelerinden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamıza katılan gebelerin %86,2’sinin gebelikleri planlı idi. Çalışmamızda, yapılan diğer çalışmalara benzer şekilde gebeliği planlı olanların PKB alma oranları daha yüksektir.^{17,20} Gebelik ile ilgili planlama yapanların PKB alması beklenen bir durumdur. Gebelik planı yapılması konuyla ilgili bilgi edinmeyi, konuyla ilgili farkındalığın yüksekliğini göstermektedir. Bu konuyla ilgili planlama yapılırken sağlık çalışanları ile olacak temaslar PKB alınmasını artırmış olabilir. PKB ve danışmanlık alma durumunu değerlendirmek amacıyla gebelere bu konuları içeren sorularımızı yönelttiğimizde, danışmanlık almadığını bildirenlerin de aslında gebelik öncesinde belirtilen PKB hizmetlerinden yararlandığı bulunmuştur. Bu sonuç kadınların büyük bir çoğunluğunun gebelik öncesi bakım kavramını bilmediklerini ortaya çıkarmıştır.

Gebelik öncesi danışmanlık almadığını bildirenlerin %54,1'inin almama nedeninin konu hakkında bilgi sahibi olmaması bunu destekler niteliktedir.

Avusturya'da yapılan bir çalışmada, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon taraması (%71) verilen en yaygın bakımdı, bunu folik asit reçetesi (%57) ve sigarayı bırakma desteği (%43) izlemiştir.²¹ Hollanda'da yapılan bir çalışmada, gebelik öncesi dönemde yapılan tavsiyelerin çoğunun folik asit kullanımı (%58,1) ve beslenme (%45,2) ile ilgili olduğu bulunmuştur.²² Bizim çalışmamızda ise folik asit reçetesi (%75,7) ve sağlıklı beslenme önerileri (%72,9) verilen en yaygın bakım iken; aile içi şiddetin sorgulanması (%10,4), stresin sorgulanması (%15,7), ağız dış sağlığı muayenesi için yönlendirme (%20,4) en az olarak verilen bakımlar olmuştur. Polonya'da 2018 yılında yayımlanan bir çalışmada incelenen kadınların %52,9'unun hamilelikten önce folik asit aldığını göstermiştir.²³ Avusturalya'da gebelerde yapılan bir çalışmada kadınların %29'u hamilelik öncesi folik asit takviyesi almıştır.²¹ Ray ve arkadaşları, 34 çalışmayı gözden geçirdiği araştırmasında, gebelik öncesi folik asit kullanımının %0,9-50 aralığında değiştiğini bildirmiştir.²⁴ Bu çalışmada ise, gebelerin %75,7'si gebelik öncesi dönemde folik asit verildiğini belirtmiştir. Çalışmamızdaki oranın diğer çalışmalardan yüksek çıkmasının, gebelerin büyük çoğunluğunun gebeliğini planlamış olması ve dolayısıyla bunun folik asit kullanımı için bir fırsat oluşturması ve aynı zamanda çalışmaya katılan doktor olan gebelerimizin gebelik öncesi dönemde folik asiti kendilerinin başlamış olma ihtimalinden kaynaklanabileceği kanaatindeyiz. Gebelik dönemi öncesinde folik asit alma olasılığı daha düşük olan kadınları hedeflemek ve genel olarak doğurganlık çağındaki kadınlar arasında farkındalığı arttırmak önemlidir.²¹

Kanada'da yapılan bir çalışmada, kadınların yarısından fazlası hekimlerinin gebelikte kilo alımı hakkında hiçbir görüşme yapmadığını bildirmiştir.²⁵ Gebelerde yapılan başka bir çalışmada, hamile kadınların yaklaşık %27'si kadın doğum uzmanlarından hiç gebelikte kilo alımı tavsiyesi almadıklarını bildirmiştir.²⁶ Bizim çalışmamızda ise, gebelerin %72,9'una gebelik öncesi dönemde sağlıklı beslenme önerilerinde bulunduğu, %52,1'ine ise olması gerektiği ideal kilo hakkında bilgi verildiği bulunmuştur. Hekimlerin klinik görüşmeler sırasında kesinlikle zaman sınırlamaları vardır ve bu da hastalara uygun kilo alımı ve fiziksel aktivite konusunda danışmanlık yapma becerilerini kısıtlayabilir. Ayrıca, hekimler kilo ve fiziksel aktivite danışmanlığını uygun şekilde ele almak için yetersiz eğitim almış hissedebilir veya bu tür bir danışmanlığın etkisiz olduğu düşünebilmektedir.²⁷ İrlanda'da yapılan bir çalışmada, kadınların neredeyse beşte ikisi aile içi şiddete maruz kalmıştı ancak kadınların sadece %12'si ilgili sağlık hizmet sunucularının bunu sorduğunu belirtmiştir.²⁸ ABD ve Avusturalya'da yapılan çalışmalarda, genel uygulamalarına katılan kadınların %5 ile %20'si son bir yıl içinde aile içi şiddete maruz kaldığını bildirmiş, ancak bu kadınların beşte birinden azı konuyu doktorlarıyla tartışmıştır.^{29,30} Çalışmamızda bu sonuçlar ile benzer olarak hastalara aile içi şiddetin hekimler tarafından sorgulanma oranı %10,4 olarak oldukça düşük bulunmuştur ve prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında en az verilen bakım olmuştur. Tüm bu sonuçlar, perinatal sonuçlar üzerinde oldukça önemli olan aile içi şiddetin yaygın olmasına rağmen, doktorların nadiren sorduklarını göstermektedir. Hastalarımızın yaşamlarında şiddet olasılığının farkında olmamız ve destek sunmanın yanı sıra yardım sağlayabilecek kurumlar hakkında genel tavsiye ve bilgi sunmamız gerekmektedir.

Bu çalışmada, gebelerin eşlerinin PKB ve danışmanlık alma oranı %11,8 olarak bulunmuştur. Çin'de yapılan bir çalışmada erkeklerin PKB alma oranı %35 bulunmuştur.¹⁷ İngiltere'de erkeklerin gebelik öncesi davranışlarını değerlendirmek için yapılan bir çalışmada %46,9'u, partnerleri hamile kalmadan önce internet dahil çeşitli kaynaklardan hamilelikle ilgili bilgilere baktığı, %19,1'inin ise gebe kalmayla ilgili tavsiye almak için bir pratisyen hekime veya sağlık uzmanına gittiği bulunmuştur.³¹ Bizim çalışmamızda erkeklerin PKB ve danışmanlık alma oranı diğer çalışmalara göre oldukça düşük çıkmıştır. Eşlerinin danışmanlık alması ile gebelerin gebelik öncesi danışmanlık alma durumu arasında pozitif bir ilişki olması nedeniyle bu oranların artırılmasına yönelik girişimler, ilişkili olarak kadınların da bakım alma oranlarını artıracaktır.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları vardır. Birincisi, COVID-19 pandemisinin ilk dönemlerinde planlanması nedeniyle online bir anket ile yürütülmesidir. İkincisi online olarak yürütülen bu çalışmanın tüm ülkeyi temsil gücü bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmanın sonuçları Türkiye için genellenemez. Aynı zamanda çalışmanın örnekleminin online ortamları kullanan bireyleri içermesi muhtemeldir. Bu nedenle çalışmaya katılanların eğitim düzeyi ve ekonomik durum gibi özellikleri tam olarak toplumu yansıtmayabilir. Üçüncüsü, PKB konusunda eşlere danışmanlık verilmesinin sorgulandığı soruda bilginin gebelerden alınmış olması dolaylı bir bilgi olduğu için çalışmamızın kısıtlılıklarından bir diğeridir. Daha uygun örneklem seçimi, yüz yüze veri toplamayı içeren, daha büyük örnekleme sahip, kadınların eşleriyle birlikte ayrı ayrı ele alındığı çalışmaların planlanması uygun olacaktır.

Sonuç

Bu çalışmada, katılımcıların PKB ve danışmanlık alma oranının düşük olduğu ve kadınlarının büyük bir kısmının konu hakkında farkındalığı olmadığı tespit edilmiştir. PKB ve danışmanlık aldığını belirtenlerin, gebelik öncesi bakımın tüm bileşenlerini içeren tam bir sağlık hizmeti almadığı ortaya çıkmıştır. Bulgularımız, gebeliğin planlı olmasının, gelir ve eğitim düzeyinin iyi olmasının, korunma yöntemleri hakkında önceden bilgi almak için bir

sağlık kuruluşuna başvurmuş olmanın ve eşin danışmanlık almasının, gebelik öncesi bakım almanın önemli bir kolaylaştırıcısı olduğunu doğrulamaktadır.

Kaynaklar

1. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and Health Care—United States: report of the CDC/ATSDR preconception care work group and the select panel on preconception care. *Morbidity and Mortality Weekly Report: Recommendations and Reports*. 2006;55(6):1-CE-4.
2. Pandolfi E, Gonfiantini MV, Gesualdo F, Romano M, Carloni E, Mastroiacovo P, et al. A cohort study of a tailored web intervention for preconception care. *BMC medical informatics and decision making*. 2014;14(1):33.
3. Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos M-K, Stubblefield PG, et al. Where is the “W” oman in MCH? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2008;199(6):S259-S65.
4. Cefalo RC, Bower WA, Moos M-K. 1 Preconception care: a means of prevention. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 1995; 9:403-16.
5. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *Health services research*. 2008;43(1p1):54-75.
6. Baysoy NG, Özkan S. Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi. *Gazi Medical Journal*. 2012;23(3):77-90.
7. Genç Koyucu R, Tosun Y, Katran B. Üreme Çağındaki Kadınlarda Prekonsepsiyonel Danışmanlık İhtiyaçları. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*. 2017;3(3):116-21.
8. Williams L, Zapata LB, D'Angelo DV, Harrison L, Morrow B. Associations between preconception counseling and maternal behaviors before and during pregnancy. *Maternal and child health journal*. 2012;16(9):1854-61.
9. Short VL, Oza-Frank R, Conrey EJ. Preconception health indicators: a comparison between non-Appalachian and Appalachian women. *Maternal and child health journal*. 2012;16(2):238-49.
10. Asresu TT, Hailu D, Girmay B, Abrha MW, Weldearegay HG. Mothers' utilization and associated factors in preconception care in northern Ethiopia: A community based cross sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;19(1):1-7
11. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, (2014). 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
12. Kozhimannil KB, Fontaine P. Care from family physicians reported by pregnant women in the United States. *The Annals of Family Medicine*. 2013;11(4):350-4.
13. Kitamura K, Fetters MD, Ban N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. *BMC family practice*. 2005;6(1):1-8.
14. Zhao X, Jiang X, Zhu J, Li G, He X, Ma F, et al. Factors influencing the quality of preconception healthcare in China: applying a preconceptional instrument to assess healthcare needs. *BMC pregnancy and childbirth*. 2014;14(1):1-10
15. Hawks RM, McGinn AP, Bernstein PS, Tobin JN. Exploring preconception care: insurance status, race/ethnicity, and health in the pre-pregnancy period. *Maternal and child health journal*. 2018;22(8):1103-10.
16. Hosli E, Elsinga J, Buitendijk S, Assendelft W, Van der Pal-de Bruin K. Women's motives for not participating in preconception counseling: qualitative study. *Public Health Genomics*. 2008;11(3):166-70
17. Ding Y, Li XT, Xie F, Yang YL. Survey on the Implementation of Preconception Care in Shanghai, China. *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2015;29(6):492-500
18. Kramer MS, Séguin L, Lydon J, Goulet L. Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatric and perinatal epidemiology*. 2000;14(3):194-210.
19. United Nations. Sustainable development goals report 2016: UN; 2016.
20. Shadab P, Nekuei N, Yadegarfar G. The prevalence of preconception care, its relation with recipients' individuality, fertility, and the causes of lack of checkup in women who gave birth in Isfahan hospitals in 2016. *J Educ Health Promot*. 2017;6:88:1-5.
21. Forster DA, Wills G, Denning A, Bolger M. The use of folic acid and other vitamins before and during pregnancy in a group of women in Melbourne, Australia. *Midwifery*. 2009;25(2):134-46.
22. Poels M, van Stel HF, Franx A, Koster MP. Actively preparing for pregnancy is associated with healthier lifestyle of women during the preconception period. *Midwifery*. 2017;50:228-34
23. Kurzawińska G, Magiela J, Romała A, Bartkowiak-Wieczorek J, Barlik M, Drews K, et al. Demographic factors determining folic acid supplementation in pregnant and childbearing age women. *Ginekologia polska*. 2018;89(4):212-7.
24. Ray JG, Singh G, Burrows RF. Evidence for suboptimal use of periconceptional folic acid supplements globally. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2004;111(5):399-408.
25. Cogswell ME, Scanlon KS, Fein SB, Schieve LA. Medically advised, mother's personal target, and actual weight gain during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 1999;94(4):616-22.
26. McDonald SD, Pullenayegum E, Taylor VH, Lutsiv O, Bracken K, Good C, et al. Despite 2009 guidelines, few women report being counseled correctly about weight gain during pregnancy. *American journal of obstetrics and gynecology*. 2011;205(4):333. e1-. e6.
27. Stengel MR, Kraschewski JL, Hwang SW, Kjerulff KH, Chuang CH. “What my doctor didn't tell me”: Examining health care provider advice to overweight and obese pregnant women on gestational weight gain and physical activity. *Women's Health Issues*. 2012;22(6):e535-e40.

28. Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *Bmj*. 2002;324(7332):271.
29. Marais A, De Villiers P, Möller A, Stein DJ. Domestic violence in patients visiting general practitioners--prevalence, phenomenology, and association with psychopathology. *South African medical journal= Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 1999;89(6):635-
30. Hamberger LK, Saunders DG, Hovey M. Prevalence of domestic violence in community practice and rate of physician inquiry. *Family medicine*. 1992;24(4):283-7.
31. Shawe J, Patel D, Joy M, Howden B, Barrett G, Stephenson J. Preparation for fatherhood: a survey of men's preconception health knowledge and behaviour in England. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213897.