

Planlı Gebeliği Olan Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Gebelik Sonuçlarına Etkisi: Retrospektif Bir Çalışma

The Effect of Lifestyle Changes in the Preconceptional Period on Pregnancy Outcomes in Women with Planned Pregnancies: A Retrospective Study

Maidina AIERKEN^{1 A,B,C,D,E,F,G}, Nebahat ÖZERDOĞAN^{1 A,B,D,F,G},

Feride ÇEVİK^{2 E,F,G}

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Eskişehir, Türkiye

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kütahya, Türkiye

ÖZ

Amaç: Planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin gebelik sonuçlarına etkisinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma nicel bir tarama araştırması olup retrospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Veriler özel bir hastanenin doğum sonu bakım ünitesinde postpartum 1. ve 5. günler arasındaki kadınlardan “Kişisel Bilgi Formu” ile toplanmıştır. Çalışmamız Ekim 2019 - Ağustos 2020 tarihleri arasında 480 kadın ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmada kadınların yaş ortalaması 28.91±5.74’tür. Gebelik ile ilgili bilgi alma oranı %54.6’dır. Sağlıklı bir gebelik geçirmek için herhangi bir yaşam tarzı değişikliği yapanların oranı %27.5’tir. Gebeliğe hazırlık için prekonsepsiyonel dönemde sigarayı bırakan gebeler %7.3, alkol almayı bırakanlar %4.4, folik asit kullananlar %49.8, multivitamin kullananlar %34.6, koruyucu aşı yaptıranlar %14.2 oranında saptanmıştır. Prekonsepsiyonel dönemde, multivitamin kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin kilosu ve boyu; folik asit kullananlarda kullanmayanlara göre doğum memnuniyeti puan ortalaması ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermiştir (p<0.05). Kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru, doğum şekli (p<0.001) ve bebeğin boyu ile doğum memnuniyeti puan ortalaması oranları arasında anlamlı düzeyde (p<0.05) farklılık bulunmuştur.

Sonuç: Gebeliğe hazırlık için sağlıklı yaşam tarzı değişikliği yapan kadınların oranı düşük bulunmuştur. Yaşam tarzı değişikliklerinin doğum sonuçlarına etkisi değerlendirildiğinde, doğum sonuçlarını en fazla etkileyen faktör sigara kullanımı olup, sınırlı etkisi olanlar multivitamin, folik asit alınması ve aşı uygulamasıdır.

Anahtar Kelimeler: Planlı gebelik, Prekonsepsiyonel dönem, Yaşam tarzı, Gebelik sonuçları.

ABSTRACT

Objective: It was aimed to retrospectively examine the effect of lifestyle changes in the preconception period on pregnancy outcomes of women with planned pregnancies.

Method: The study was a quantitative screening study and was conducted retrospectively. Data were collected from women between the 1st and 5th postpartum days in the postpartum care unit of a private hospital using the “Personal Information Form”. Our study was conducted with 480 women between October 2019 and August 2020.

Results: The age of the women in the study is 28.91±5.74. The rate of those who made any lifestyle changes to have a healthy pregnancy is 27.5%. Pregnant women who quit smoking during the preconception period to prepare for pregnancy were found to be 7.3%, those who stopped drinking alcohol 4.4%, those who used folic acid 49.8%, those who used multivitamins 34.6%, and those who had preventive vaccinations 14.2%. During the preconception period, the weight and height of the baby in women who use multivitamins compared to those who do not use multivitamins; birth satisfaction score average and delivery method differed significantly in those who used folic acid compared to those who did not (p<0.05). A significant difference

Sorumlu Yazar: Feride ÇEVİK

Germiyan Kampüsü Afyonkarahisar yolu üzeri, Merkez/Kütahya, Türkiye.

feride.cevik@ksbu.edu.tr

Geliş Tarihi: 07.05.2024 – Kabul Tarihi: 16.11.2024

*Bu makale Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalında 18/06/2021 tarih ve 2021/20-09 sayılı kararı ile onaylanan Yüksek Lisans Tezinden üretilmiştir.

Yazar Katkıları: A) Fikir/Kavram, B) Tasarım, C) Veri Toplama ve/veya İşleme, D) Analiz ve/veya Yorum, E) Literatür Taraması, F) Makale Yazımı, G) Eleştirel İnceleme

($p<0.05$) was found between Apgar score, type of delivery ($p<0.001$), baby's height and birth satisfaction rates according to women's smoking status.

Conclusion: The proportion of women who made healthy lifestyle changes to prepare for pregnancy was found to be low. When the effects of lifestyle changes on birth outcomes were evaluated, the factor that most affected birth outcomes was smoking, with limited effects being multivitamins, folic acid intake, and vaccination.

Key words: Planned pregnancy, Preconceptional period, Lifestyle, Pregnancy outcomes.

1. GİRİŞ

Doğumun anne ve bebek açısından sağlıklı bir gebelik süreci ile tamamlanabilmesi, obstetrik ve fetal sonuçların iyileştirilmesi için gebelik öncesi dönemde risk faktörlerinin belirlenerek gerekli girişimlerin yapılması ve bakımın başlatılması önemlidir (1). Gebelik öncesi dönemdeki sağlık; gebelik ile ilgili sonuçları ile hem kadın hem de gelecek nesiller için kısa ve uzun vadeli sağlık sonuçlarını etkileyen, üreme yaşamı boyunca derin ve kalıcı etkileri olan kritik bir süreç olarak kabul edilir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre prekonsepsiyonel dönemdeki bakımın nihai amacı, kısa ve uzun vadede anne ve çocuk sağlığını maksimum oranda iyileştirmektir (2). Bu dönem gelecekteki çocukluk ve ergenlik sorunlarının önlenmesine öncelik verilmesinden dolayı önemlidir (3). Anne ve yenidoğan ölüm oranlarındaki istenilen düşüşü sağlamak ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşabilmek için başta Dünya Sağlık Örgütü, Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Derneği (ACOG), Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM), Uluslararası Hemşireler Konfederasyonu (ICN) olmak üzere birçok önde gelen uluslararası kuruluş, antenatal bakımın tek başına yeterli olmadığını vurgulamakta, doğurganlık çağındaki tüm kadın ve erkeklere prekonsepsiyonel bakım verilmesi gerektiğini belirtmektedir (2,4).

Prekonsepsiyonel dönem; anne ve bebek için önleyici ve koruyucu hizmetlerin uygulandığı bir dönemdir. Gebeliğin planlanmasından önceki en az 3 ayı kapsar. Uluslararası rehberlerde bu dönemdeki bakımın bileşenleri; risk taraması, gebelik öncesi sağlığın geliştirilmesi, eğitim ve belirlenen risklere yönelik girişimler olarak ifade edilmektedir. Özellikle riskli davranışların azaltılması veya tamamen bırakılması en uygun girişimlerin başında gelmektedir. Örneğin sigara, alkol, kafein kullanımı varsa bırakılmalı, düzenli beslenilmeli, düzenli vitamin takviyeleri alınmalıdır. Bunun gibi sağlıklı yaşam tarzını hem kadın hem erkek benimsemelidir (5).

Anne ve yenidoğan ölümlerinin önlenmesi ve sağlığın geliştirilebilmesi için prekonsepsiyonel bakım sağlanması gerekmektedir. Bu doğrultuda prekonsepsiyonel bakım sağlayıcıları olarak ebeler gereksinim duyulmaktadır. Ebeler bu hizmeti verirken eşleri; sağlıklı alışkanlıkları uygulamaları konusunda teşvik ederek, gebelik planlaması ve doğum öncesi bakımla ilgili eğiterek ve gebe kalmadan önce risk faktörlerini belirleyip risklerin azalmasını sağlayarak, sağlıklı bir gebelik oluşumu ve sürdürülmesine katkı sağlarlar (6). Gebelik öncesi bakımla ilgili yapılması gerekenler; bu hizmetlerin kapsamının genişletilerek tüm eşler için ulaşabilir kılınması ve sağlık sisteminin tüm kademelerinde bütüncül olarak uygulanabilmesidir (7). Ülkemizde standardize edilmiş kapsamlı prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti alamayan anne adaylarının, bu dönemde gebeliğe hazırlıkla ilgili yaptıkları uygulamaların neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Aynı zamanda bu uygulamaların gebelik sonuçlarına etkisinin değerlendirilmesi, hizmet ihtiyacının belirlenmesi ve organizasyonu açısından önemli olacaktır (8).

Bu çalışmada, planlı gebeliği olan kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişikliklerinin ve bu değişikliklerin gebelik sonuçlarına etkisinin retrospektif olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

1. Kadınlar prekonsepsiyonel dönemde hangi yaşam tarzı değişikliklerini yapmıştır?
2. Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki yaşam tarzı değişiklikleri ile bebeğin boyu, kilosu, doğum haftası, Apgar skoru, doğum şekli ve doğum memnuniyeti sonuçları arasında nasıl bir ilişki vardır?

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırmanın Türü

Araştırma nicel bir tarama araştırması olup retrospektif tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmamız Ankara’da bulunan özel bir hastanede Ekim 2019 - Ağustos 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini planlı gebeliğe sahip, doğum sonu 1. ve 5. günler arasındaki kadınlar oluşturmuştur. Çalışmanın örneklem sayısı Pass 11 Paket Programı kullanılarak güç analizi ile belirlenmiştir. Goossens vd.’nin (2018) çalışmalarında belirlenen planlı gebelik oranı göz önünde bulundurularak yapılan hesaplamada %95 güven aralığı ve Tip 1 hata oranı %5 olacak şekilde en az 235 kadının çalışmaya dahil edilmesinin yeterli olacağı saptanmıştır (9). Araştırmamızın daha yüksek güven düzeyine sahip olabilmesi ve oluşabilecek veri kayıplarına karşın çalışmanın örneklemine 480 kadın dahil edilmiştir.

Verilerin Toplanma Yöntemi ve Araçları

Araştırmamızın verileri Ankara’da bulunan özel bir hastanenin doğum sonu bakım ünitesinde yatan ve postpartum 1. ve 5. günler arasındaki kadınlardan toplanmıştır. Veriler hastanede tek kişilik odalarda yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Formun doldurulması ortalama 20-30 dakika sürmüştür.

Verilerin toplanmasında “Kişisel Bilgi Formu” kullanılmıştır. Kişisel Bilgi Formu planlı gebeliğe sahip olan kadınların; sosyo-demografik (7 soru), obstetrik ve gebelik öncesi dönemdeki yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili özellikleri (43 soru), doğum sonuçlarını (8 soru) belirlemeye yönelik toplam 58 soruluk bir formdur. Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş bu formun hazırlanmasında ilgili literatürden de yardım alınmıştır (7,9). Formun içerik uygunluğu için ebelik ve kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği alanından beş uzman görüşü alınmıştır. Pilot çalışma için 25 kadın ile görüşülmüş ve forma son şekli verilmiştir. Pilot çalışma için görülmüş kadınlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Araştırmanın Etik Onayı

Araştırmanın uygulanabilmesi için bir üniversitesinin Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (Sayı: 25403353-050.99-E.122503, Tarih: 25.10.2019). Çalışmanın yürütüleceği özel hastaneden kurum izni, araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile bilgisayar ortamında yapılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı, yüzdelik ve ortalama olarak verilmiştir. Araştırmada veri setinin normal dağılım gösterip göstermediği basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş ve sonuçlara göre verilerin normal dağıldığı kabul edilerek analizinde parametrik test yöntemleri olan Independent samples t-test (Bağımsız gruplarda t testi), kategorik değişkenlerde χ^2 : Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir (10).

3. BULGULAR

Tablo 1. Doğum Sonu Dönemdeki Kadınların Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=480).

Özellikler	Ortalama±SD Med (%25-%75)	
Yaş	28.91 ± 5.74; 28 (25-32)	
Gebelik süresi (hafta)	38.32 ± 1.12; 38 (38-39)	
Prekonsepsiyonel dönemde vücut ağırlığı	60.03 ± 9.12	
Gebelikte vücut ağırlığı	76.16 ± 10.26	
	n	%
Üniversite mezunu	200	41.7
Çalışıyor	301	62.7
Gebelik sayısı		
1	246	51.3
2	132	27.5
3	63	13.1
4 ve üzeri	39	8.1
Daha önceki gebeliklerde düşük yapma durumu		
Evet	89	18.5
Hayır	391	81.5
Daha önceki gebeliklerde ölü doğum yapma durumu		
Evet	15	3.1
Hayır	465	96.9
Yaşayan çocuk sayısı		
Yok	280	58.3
1	150	31.3
2	39	8.1
3 ve üzeri	11	2.3
Doğum şekli		
Vajinal doğum	313	65.2
Müdahaleli vajinal doğum	21	4.4
Sezaryen	146	30.4

Med: Median, SD=Standard Deviation, %= yüzde

Çalışmamız kapsamına alınan kadınların (n=480) yaş ortalaması 28.91±5.74 (25-32)'dir. Kadınların gebelik süreleri (hafta) 38.32±1.12 (38-39)'dır. Çalışmamızda kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki kilo ortalaması 60.03±9.12, gebeliklerinin son ayında 76.16±10.26 olarak belirlenmiştir. Kadınların %41.7'si üniversite mezunu ve %62.7'si çalışmaktadır. Daha önce düşük yapan %18.5, ölü doğum yapan %3.1, yaşayan çocuğu olmayan %58.3'tür. İlk gebeliği olanların oranı %51.3 olup %65.2'si vajinal doğum, %30.4'ü sezaryen doğum, %4.4'ü müdahaleli vajinal doğum yapmıştır (Tablo 1).

Prekonsepsiyonel dönemde gebeliğe hazırlık için bilgi alanların oranı %43.8'dir. Sağlıklı bir gebelik için yaşam tarzıyla ilgili herhangi bir değişiklikte bulunduğunu ifade eden

Tablo 2. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Dağılımı (n=480).

Yaşam tarzı değişiklikleri	n	%
Gebelikle ilgili bilgi alma durumu		
Evet	210	43.8
Hayır	270	56.2
Sağlıklı gebelik geçirmek için herhangi bir girişimde bulunma		
Evet	132	27.5
Hayır	348	72.5
Prekonsepsiyonel dönemde sigarayı bırakma durumu		
Kullanmıyordum	396	82.5
Kullanıyordum bıraktım	46	9.6
Kullanıyordum azalttım	23	4.8
Aynı sayıda içmeye devam ettim	15	3.1
Prekonsepsiyonel dönemde kafein tüketimini değiştirme durumu		
Tüketmiyordum	224	46.7
Tüketiyordum bıraktım	51	10.5
Tüketiyordum azalttım	174	36.3
Aynı miktarda tüketmeye devam ettim	31	6.5
Prekonsepsiyonel dönemde alkol tüketimini değiştirme durumu		
Tüketmiyordum	444	92.5
Tüketiyordum bıraktım	21	4.4
Tüketiyordum azalttım	12	2.5
Aynı miktarda tüketmeye devam ettim	3	0.6
Prekonsepsiyonel dönemde kullanılan ilaç varlığı		
Evet	79	16.5
Hayır	401	83.5
Prekonsepsiyonel dönemde reçetesiz ilaç kullanım durumu		
Evet	138	28.8
Hayır	342	71.2
Prekonsepsiyonel dönemde iş yerinde herhangi bir kimyasal/zararlı madde (kurşun. radyoaktif madde v.b) ile karşılaşma durumu		
Evet	7	1.5
Hayır	473	98.5
Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı		
Evet	239	49.8
Hayır	241	50.2
Prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanımı		
Evet	166	34.6
Hayır	314	65.4
Prekonsepsiyonel dönemde sağlık personelinin danışmanlık almadan bitkisel tedavi ürünleri kullanımı		
Evet	43	9.0
Hayır	437	91.0
Prekonsepsiyonel dönemde koruyucu olarak aşı yaptırma durumu		
Evet	68	14.2
Hayır	412	85.8
Prekonsepsiyonel dönemde dengeli beslenme (3 ana - 3 ara öğün)		
Evet	228	47.5
Hayır	252	52.5

%= yüzde

kadınların oranı %27.5'tir. Prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı %49.8, multivitamin kullanımı %34.6'dır. Prekonsepsiyonel dönemde dengeli beslenme (3 ana - 3 ara öğün) oranı %47.5, koruyucu olarak aşı yaptıran (tetanoz, hepatit b) kadınların oranı %14.2'dir. Reçetesiz

ilaç kullanımı oranı %28.8, sürekli kullanılan ilaç varlığı %16.5, bitkisel ürün kullanımı %9.0'dır. İş yerinde herhangi bir kimyasal/zararlı madde (kurşun, radyoaktif madde vb.) ile karşılaşma durumu %1.5'tir. Prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanmayanların oranı %82.5, tamamen bırakan %9.6, sayısını azaltan %4.8, aynı sayıda kullanmaya devam eden kadınların oranı ise %3.1 olarak saptanmıştır. Prekonsepsiyonel dönemde alkol tüketmeyenler %92.5, tamamen bırakanlar %4.4, miktarını azaltanlar %2.5, aynı miktarda tüketmeye devam eden kadınların oranı ise %0.6 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Prekonsepsiyonel dönemde kafein tüketmeyenler %46.7, tamamen bırakanlar %10.6, miktarını azaltan %36.3, aynı miktarda tüketmeye devam eden kadınların oranı ise %6.5 olarak bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 3. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerine Göre Bebeğin Boyu, Kilosu, Doğum Haftası ve Doğum Memnuniyeti Sonuçlarının Dağılımı (n=480).

<i>Yaşam tarzı değişikliği ve doğum sonuçları</i>	<i>Uygulama</i>		<i>Test</i>	
<i>Folik asit kullanma</i>	<i>X±SD Evet</i>	<i>X±SD Hayır</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bebeğinizin kilosu	3443.20±1840.12	3467.71±1965.49	-0.141	0.888
Bebeğinizin boyu	49.51±1.43	49.65±3.582	-0.557	0.578
Doğum haftası	38.33±1.03	38.16±2.63	0.922	0.357
Doğum memnuniyeti	9.46±1.21	9.07±1.51	3.172	0.002
<i>Multivitamin kullanma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bebeğinizin kilosu	3354.13±360.51	3509.10±2336.71	1.404	0.041
Bebeğinizin boyu	49.61±2.027	49.71±1.69	-1.788	0.044
Doğum haftası	38.32±1.11	38.32±1.13	-1.557	0.120
Doğum memnuniyeti	9.27±1.39	9.26±1.38	0.006	0.996
<i>Aşı yaptıurma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bebeğin kilosu	3659.55±3399.76	3421.83±1524.65	-1.889	0.060
Bebeğin boyu	48.98±2.75	49.79±1.58	-3.050	0.003
Doğum haftası	38.64±1.19	38.27±1.10	1.988	0.024
Doğum memnuniyeti	9.61±0.84	9.12±1.45	1.226	0.221
<i>Gebelikle ilgili bilgi alma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bebeğin kilosu	3591.12±2542.20	3292.52±405.67	1.740	0.083
Bebeğin boyu	49.65±2.02	49.69±1.53	-0.752	0.453
Doğum haftası	38.26±1.03	38.39±1.22	-0.829	0.408
Doğum memnuniyeti	9.50±1.13	8.98±1.59	1.805	0.072
<i>Sağlıklı gebelik için girişimde bulunma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Bebeğin kilosu	3499.59±2466.92	3438.79±1641.96	-0.982	0.326
Bebeğin boyu	49.48±2.11	49.75±1.65	-0.755	0.450
Doğum haftası	38.41±1.17	38.29±1.10	-0.883	0.377
Doğum memnuniyeti	9.34±1.24	9.24±1.44	-0.719	0.472

SD=Standard Deviation, t=bağımsız gruplarda t testi

Araştırma bulguları doğrultusunda prekonsepsiyonel dönemde multivitamin kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, doğum memnuniyeti puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), bebeğin boy ve kilo ortalaması daha fazla bulunmuştur ($p<0.05$). Folik asit kullanan kadınlarda kullanmayanlara göre bebeğin doğum haftası, boy ve kilo ortalaması istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum memnuniyeti puan ortalaması daha yüksektir ($p<0.05$). Koruyucu aşı yaptıranlarda bebeğin kilo ve doğum haftası ortalaması yüksek, boy ortalaması düşüken ($p<0.05$), doğum memnuniyeti puan ortalaması farklılık göstermemiştir ($p>0.05$). Gebelikle ilgili bilgi alma ve sağlıklı gebelik için herhangi bir girişimde bulunma durumuna göre bebeğin boy ve kilosu, doğum haftası ile doğum memnuniyeti puan ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunmamıştır ($p>0.05$). Prekonsepsiyonel dönemde kadınların sigara kullanma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Bebeğin Apgar skoru 4-6 arasında olanlarda 7-10 olanlara göre sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Müdahaleli vajinal doğum yapanlarda sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kadınların prekonsepsiyonel dönemde sigara kullanma durumlarına göre bebeğin boyu ve doğum memnuniyeti puan ortalaması anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 3).

Tablo 4. Kadınların Prekonsepsiyonel Dönemdeki Yaşam Tarzı Değişikliklerine Apgar Skoru ve Doğum Şekli Sonuçlarının Dağılımı (n=480).

<i>Yaşam tarzı değişikliği ve doğum sonuçları</i>	<i>Uygulama</i>		<i>Test</i>	
<i>Folik asit kullanma</i>	<i>X±SD Evet</i>	<i>X±SD Hayır</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Apgar skoru 4-6	5 (2.1)	12 (5.0)	2.928	0.087
Apgar skoru 7-10	234 (97.9)	229 (95.0)		
Vajinal doğum	151 (63.2)	162 (67.2)		
Müdahaleli vajinal doğum	6 (2.5)	15 (6.2)	6.45	0.040
Sezaryen	82 (34.3)	64 (26.6)		
<i>Multivitamin kullanma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Apgar skoru 4-6	3 (1.8)	14 (4.5)	2.235	0.135
Apgar skoru 7-10	163 (98.2)	300 (95.5)		
Vajinal doğum	110 (66.3)	203 (64.6)		
Müdahaleli vajinal doğum	4 (2.4)	17 (5.4)	2.353	0.308
Sezaryen	52 (31,3)	94 (29,9)		
<i>Aşı yaptıurma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Apgar skoru 4-6	2 (2.9)	15 (3.6)	1.000	0.558
Apgar skoru 7-10	66 (97.1)	397 (96.4)		
Vajinal doğum	110 (66.3)	203 (64.6)		
Müdahaleli vajinal doğum	4 (2.4)	17 (5.4)	3.636	0.162
Sezaryen	52 (31,3)	94 (29,9)		
<i>Gebelikte ilgili bilgi alma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Apgar skoru 4-6	208 (98.1)	255 (95.1)	3.044	0.081
Apgar skoru 7-10	4 (1.9)	13 (4.9)		
Vajinal doğum	136 (64.2)	177 (66.0)		
Müdahaleli vajinal doğum	9 (4.2)	12 (4.5)	0.256	0.880
Sezaryen	67 (31.6)	79 (29.5)		
<i>Sağlıklı gebelik için girişimde bulunma</i>	<i>Evet</i>	<i>Hayır</i>	<i>X²</i>	<i>p</i>
Apgar skoru 4-6	6 (4.5)	11(3.2)	0.580	0.314
Apgar skoru 7-10	126 (95.5)	337(96.8)		
Vajinal doğum	83 (62.9)	230 (66.1)		
Müdahaleli vajinal doğum	9 (6.8)	12 (3.4)	2.636	0.268
Sezaryen	40 (30,3)	106 (30,5)		

SD=Standard Deviation, X^2 : Ki-kare testi

Prekonsepsiyonel dönemde kadınların folik asit kullanma durumlarına göre Apgar skoru oranının dağılımı farklılık göstermezken ($p>0.05$), doğum şekli anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Folik asit kullanmayanlarda sezaryen oranı düşük, müdahaleli vajinal doğum oranı daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Prekonsepsiyonel dönemde kadınların multivitamin kullanma, aşı yaptıurma, gebelikte ilgili bilgi alma, sağlıklı gebelik için girişimde bulunma durumlarına göre Apgar skoru ve doğum şekli oranları arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4). Sigara kullanmayı azaltanlarda sigara kullanmayanlar, sigarayı bırakanlar ve aynı sayıda içmeye devam edenlere göre bebeğin boy ortalaması daha

kısa saptanmıştır ($p<0.05$). Sigarayı aynı sayıda kullanmaya devam edenler ve azaltanlarda doğum memnuniyeti puan ortalaması kullanmayanlar ve bırakanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 5).

Tablo 5. Kadınların Sigara Kullanma Durumlarına Göre Doğum Sonuçlarının Dağılımı (n=480).

<i>Doğum sonuçları</i>	<i>Sigara kullanma durumu</i>				<i>Test</i>	<i>p</i>
	<i>Kullanmayan n (%)</i>	<i>Bırakan n (%)</i>	<i>Azaltan n (%)</i>	<i>Aynı devam eden n (%)</i>	<i>X²</i>	
Apgar skoru 4-6	11 (64.7)	1 (5.9)	1 (5.9)	4 (23.5)	24.453	0.001
Apgar skoru 7-10	385 (83.2)	45 (9.7)	22 (4.8)	11 (2.4)		
Vajinal doğum	270 (86.3)	26 (8.3)	11 (3.5)	6 (1.9)	28.593	0.001
Müdahaleli vajinal doğum	15 (71.4)	0 (0.0)	2 (9.5)	4 (19.0)		
Sezaryen	111 (76.0)	20 (13.7)	10 (6.8)	5 (3.4)		
Bebeğin kilosu	3512.38±2080.72	3204.13±438.14	3163.91±480.83	3172.00±370.15	0.676	0.567
Bebeğin boyu	49.64±2.74	49.61±1.76	48.04±4.09	50.26±1.33	2.846	0.037
Doğum haftası	38.25±2.14	38.50±1.04	37.56±.99	38.46±1.24	1.194	0.312
Doğum memnuniyeti	9.32±1.32	9.30±1.42	8.78±1.47	8.40±2.19	3.176	0.024

X²: Ki-kare testi, %= yüzde

4. TARTIŞMA

Çok sayıda çalışmada anne adayının kilosu ve beslenme durumunun gebelik sonuçlarına etkisi olduğu saptanmıştır (11,12). Gebelikte fazla kilo alımı obeziteye neden olmakta, obezite sonucu gestasyonel hipertansiyon, diyabet, sezaryenle doğum, makrozomik ve doğuştan malformasyonlu bebek, anne ve bebek ölüm oranları artmaktadır. Araştırmamıza katılan kadınların prekonsepsiyonel dönemde ve gebeliklerinin son aylarındaki vücut ağırlıkları arasında ortalama 16 kilogram artış saptanmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayımlanan son Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'ne göre sağlıklı kadınlar için gebelikte normal kilo alımı 11,5-16 kg arasındadır (13). Buna göre çalışma grubundaki kadınların gebeliklerinde normalin üst sınırında kilo aldıkları görülmektedir.

Bu çalışmada prekonsepsiyonel dönemde sigarayı bırakan kadınlar %9.6, sayısını azaltan %4.8, aynı sayıda kullanmaya devam edenlerin oranı ise %3.1 olarak saptanmıştır. Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebeliğinde sigara içen kadınların oranı %3.0-23.1 arasındadır (14,15). Cömert (2019)'ın çalışmasında prekonsepsiyonel dönemde kadın ve eşlerinde sigara içme oranı daha yüksek olup kadınlarda %23.1, eşlerinde %51.0 olarak bulunmuştur (15). Genç Koyucu ve ark. (2017)'nin çalışmasında da kadınların gebelik öncesi üç ay içinde sigara içme oranı %19.3 olarak bulunmuştur (16). Bu sonuçlar çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde alkolü bırakan kadınlar %4.4, miktarını azaltanlar %2.5, aynı miktarda tüketmeye devam edenler ise %0.6 olarak belirlenmiştir. Genç Koyucu ve ark. (2017) yapmış oldukları çalışmada prekonsepsiyonel dönemde alkol kullanımı çalışmamızın bulgularına göre daha düşük %1.6, Cömert (2019)'ın çalışmasında ise çalışmamızın bulgularına göre daha yüksek %15.2 olarak bulunmuştur (15,16). Ülkemizde yapılan bu çalışmaların araştırma sonucumuz ile farklılık göstermesinin nedeni araştırmaların yapıldığı örneklem gruplarının sahip oldukları farklı yaşam tarzları olarak düşünülebilir. Fakat Avrupa ve ABD ülkelerinde yapılan bazı çalışmalarda, gebeliği planlayan kadınların sigarayı

bırakma ve alkol tüketimini azaltma gibi sağlıklı prekonsepsiyonel davranışları benimseme olasılıklarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (17,18). Bu durum Avrupa ve ABD ülkelerinde prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı davranışların benimseme bilincinin yüksek olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda prekonsepsiyonel dönemde en fazla görülen yaşam tarzı değişiklikleri folik asit kullanımı %49.8 ve multivitamin kullanımı %34.6'dır. Goossens ve ark. (2016)'ın çalışmasında da planlı gebeliği olan kadınların gebelik öncesi dönemde en yaygın yaşam tarzı değişikliğinin folik asit ve multivitamin kullanımı (%76.0) olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucu bizim çalışmamızın sonucu ile uyum göstermektedir (19).

Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelik sırasında sigara içmenin kan akışını azaltarak plasenta gelişimini ve fetal sağlığı olumsuz etkilediği bilinmektedir (20,21). Araştırmamızda kadınların sağlıklı gebelik geçirmek için herhangi bir girişimde bulunma durumlarıyla ilgili olarak sigara içme/bırakma ya da kullanmama durumlarının doğum sonuçlarıyla ilişkisi incelendiğinde; bebeğinin Apgar skoru 4-6 arasında olan kadınlarda 7-10 olanlara göre gebeliğinde sigara kullanmaya devam edenlerin oranı daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca sigara kullanmayı azaltan kadınların sigara kullanmayanlar ve sigarayı bırakanlara göre bebeklerinin boy ortalaması daha kısa olduğu saptanmıştır. Hamadneh ve Hamedneh (2021)'in yaptığı çalışmada aktif sigara içen annelerin bebeklerinin daha düşük doğum ağırlığına, daha düşük baş ve göğüs ölçümlerine, daha düşük birinci dakika Apgar skoruna sahip oldukları ortaya konulmuştur (22). Abdallah ve ark. (2021)'in yaptığı çalışmada bebeklerde düşük doğum ağırlığı ve düşük Apgar skorunu sigara kullanımının 4 kat, alkol kullanımının ise 2 kat arttırdığı bildirilmiştir (23). Mevcut literatür bulguları çalışma sonuçlarımız ile uyumludur.

Çalışmamızda gebeliğinde sigara kullanmaya devam edenlerde kullanmayanlara göre müdahaleli vajinal doğum oranları daha yüksek saptanmıştır. Lurie ve ark. (2014)'ın çalışmasında çalışma bulgumuza benzer şekilde gebeliğinde sigara içenlerde müdahaleli vajinal doğum oranını daha yüksek bulmuştur (24). Çalışmamızda gebeliğinde sigara kullanmaya devam edenlerde kullanmayanlara göre vajinal doğum ve sezaryen doğum oranları farklılık göstermediği saptanmıştır. Lurie ve ark. (2014)'ın çalışmasında çalışma bulgularımızdan farklı olarak sigara içen kadınlarda sezaryen doğum oranı daha yüksek belirlenmiştir. Çalışmalarının sonucunda sezaryen ve müdahaleli vajinal doğum oranının artış sebebini, sigaraya bağlı fetal distres gelişiminin fazla olmasını göstermişlerdir (24).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, araştırmacının verilere ulaşımı açısından Ankara'da bulunan özel bir hastanenin doğum sonu bakım ünitesinde yatan kadınlarla yürütülmüştür. Tek merkezde yürütülen bu araştırmanın sonuçları diğer kadınlara genellenemez. Ayrıca kadınların sigara, alkol vs. kullandıklarını söylemekten çekindikleri gözlemlenmiştir. Araştırmamızın sonuçları kadınların kişisel beyanlarına dayanmaktadır.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma bulguları doğrultusunda doğum sonu dönemdeki kadınların yarısına yakınının sağlıklı bir gebelik geçirmek için prekonsepsiyonel dönemde sağlık profesyonellerinden bilgi aldığı ve çok azının yaşam tarzı değişikliği yaptığı görülmektedir. Doğum sonuçlarını en fazla etkileyen yaşam tarzı değişikliğinin sigara kullanımı olması

araştırmanın dikkat çeken bulgusudur. Sınırlı etkisi olan faktörler multivitamin ve folik asit alınması ve aşı uygulamasıdır. Çalışma bulgularımız prekonsepsiyonel dönemde özellikle sigara kullanımının zararlarına yönelik farkındalığın artırılması, önleyici müdahalelerin planlanması ve uygulanmasına ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Prekonsepsiyonel dönem sağlıklı nesillerin dünyaya gelmesi ve sağlık düzeyinin iyileştirilmesi açısından bir fırsat dönemi olarak görülmelidir. Öncelikle prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerine mevcut sağlık sisteminin içinde yer verilmesi için gereken düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Örneğin, evlilik için başvuruda bulunan eşlere Sağlık Bakanlığı tarafından rutin olarak prekonsepsiyonel danışmanlık verilmelidir. Eğitim için gerekli ortamın hazırlanması, personelin eğitilmesi ve bu eğitimlerin rutin olarak evlilik hazırlığında olan eşlere verilmesinin önü açılmalıdır. Görev alanları düşünüldüğünde öncelikli olarak ebelerin prekonsepsiyonel bakım hizmeti sunumuna dâhil edilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için bir üniversitesinin Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan etik onay alınmıştır (Sayı: 25403353-050.99-E.122503, Tarih: 25.10.2019). Çalışmanın yürütüleceği özel hastaneden kurum izni, araştırmaya katılan kadınlardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Karakaya, E., & Coşkun, A. (2013). The evaluation of community-based safe motherhood application performed in province of Diyarbakir. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(2), 20-28.
2. World Health Organization. Meeting to develop a global consensus on preconception care to reduce maternal and childhood mortality and morbidity. Geneva, World Health Organization, 2013.
3. Preconception care. Maximizing the gains for maternal and child health, 2013. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/preconception_care_policy_brief.pdf.
4. World Health Organization. High rates of unintended pregnancies linked to gaps in family planning services: New WHO study, 2019. <https://www.who.int/news-room/detail/25-10-2019-high-rates-of-unintended-pregnancies-linked-to-gaps-in-family-planning-services-new-who-study>
5. Hill, D.O. (2019). Prepregnancy counseling. *Fertility and Sterility*, 111(1).
6. Van Heesch, P.N., de Weerd, S., Kotey, S., & Steegers, E.A. (2006) Dutch community midwives' views on preconception care. *Midwifery*, 22(2), 120-124.
7. Baysoy, N.G., & Özkan, S. (2012). Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım: halk sağlığı perspektifi. *Gazi Medical Journal*, 23, 77-90.
8. Çevik, F., & Özerdoğan, N. (2023). Prekonsepsiyonel bakım kavramı, önemi. İçinde: Özerdoğan N. (Ed.) Prekonsepsiyonel bakımda güncel yaklaşımlar. 1. Baskı. (ss.1-5) Ankara: Türkiye Klinikleri.

9. Goossens, J., Beeckman, D., Van Hecke, A., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery, Jan*(56), 112-120. doi: 10.1016/j.midw.2017.10.004. Epub 2017 Oct 24. PMID: 29096279.
10. Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2015). Using multivariate statistics. (sixth ed). Allyn & Bacon/Pearson Education. 6. Basımdan Çeviri: Mustafa Baloğlu, Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
11. Kabaran, S., & Samur, G. (2010). Maternal obezite ve gebelik. *Bes Diy Derg*, 38(1-2), 45-52. <https://beslenmevediyetdergisi.org/index.php/bdd/article/view/328>
12. Sirimi, N., & Goulis, D.G. (2010). Obesity in pregnancy. *Hormones (Athens)*, 9(4), 299-306. doi: 10.14310/horm.2002.1280. PMID: 21112860.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara.
14. Ergin, A., Til, A., Kasal, H., & Erken, R.R. (2020). Yarı kırsal bölgede annelerin gebelik ve doğum sonrası sigara içme davranışı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(1), 23-31.
15. Cömert, M. (2019). Gebelik planlayan kadınlarda prekonsepsiyonel risk faktörlerinin belirlenmesi. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İSTANBUL.
16. Genç Koyucu, R., Tosun, Y., & Katran, B. (2017). Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık ihtiyaçları. *JAREN/Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(3), 116-121.
17. Stephenson, J., Heslehurst, N., Hall, J., Schoenaker, D.A.J.M., & Hutchinson, J. (2018). Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health. *The Lancet*, 391(10132), 1830–1841.
18. Tyden, T. (2016). Why is preconception health and care important? *Upsala Journal Of Medical Sciences*, <http://dx.doi.org/10.1080/03009734.2016.1211776>
19. Goossens, J., Van Den Branden, Y., Van der Sluys, L. Delbaere, I., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., et al. (2016). The Prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction*, 31(12), 2821-2833. doi: 10.1093/humrep/dew266
20. Zdravkovic, T., Genbacev, O., McMaster, M.T., & Fisher, S.J. (2005). The adverse effects of maternal smoking on the human placenta: A review. *Placenta*, 26 (Suppl. A):S81–S86.
21. Özcan, H., Polat, T., Öztürk, A., Yılmaz, M., & Aydoğan, T. (2020). Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *OTSBD*, 5(3), 482-492. doi:10.26453/otjhs.669573
22. Hamadneh, S., & Hamadneh, J. (2021). Active and passive maternal smoking during pregnancy and birth outcomes: a study from a developing country. *Ann Glob Health*, 87(1), 122. doi: 10.5334/aogh.3384. PMID: 34900622; PMCID: PMC8641528.
23. Abdallah, A.Y., Joho, A.A., & Yahaya, J.J. (2021). Influence of maternal lifestyle behaviors on birth weight and apgar score, *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 15, 100334. ISSN 2214-1391, <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2021.100334>.
24. Lurie, S., Ribenzaft, S., Boaz, M., Golan, A., & Sadan, O. (2014). The effect of cigarette smoking during pregnancy on mode of delivery in uncomplicated term singleton

pregnancies. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 27(8), 812-815