

# Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi

## Preconception Care: A Public Health Perspective

Nüket Güler Baysoy<sup>1</sup>, Seçil Özkan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Kurum Hekimi, Ankara, Türkiye

<sup>2</sup>Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

### ÖZET

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım anne ve fetus için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan bir koruyucu hizmettir. Gebelik öncesi bakım terimi, tarama ve tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramını da içermekte ve özünde, eşlerin sağlığını ve dolayısıyla çocuk sağlığı düzeyini geliştirmeyi hedeflemektedir. Gebelik öncesi bakım tüm dünyada, sağlık personelinin tümünün görevi kabul edilmektedir. Türkiye’de doğum öncesi (prenatal/antenatal) bakım alanında önemli gelişmeler olmuştur ancak, standart bir gebelik öncesi bakım kılavuzu henüz uygulamaya konulmamıştır. Bu yazının amacı, gebelik öncesi bakım kavramını açıklamak ve önemini dile getirmek; tüm sağlık çalışanlarının gözden kaçırmaması gereken, kanıta dayalı biçimde saptanmış evrensel gebelik öncesi bakım önerilerini özetlemek ve ülkemizde pratik uygulamalarda kullanılacak bir risk belirleme listesi sunmaktır. Bu yazıda dünyada gebelik öncesi bakım deneyimlerinden yola çıkarak, ulusal veriler ışığında Türkiye için gebelik öncesi tarama/destek/tehdavi kapsamında nelerin önceliklenmesi gerektiği tartışılmıştır. Ayrıca, gebelik öncesi bakım kapsamında yapılması gereken muayeneler ile testler konusunda önermede bulunulmuştur. Yazının sonunda sunulan kontrol listesi (Gebelik Öncesi Bakım Öykü/Fizik Muayene/Tetkik Formu) sağlık çalışanları için riskleri belirleyici ve gebelik öncesi danışmanlıkta yönlendirici pratik bir araçtır. Bu nedenle, bu derleme kapsamında oluşturulan Gebelik Öncesi Bakım Öykü/ Fizik Muayene/ Tetkik Formu ulusal gebelik öncesi bakım programımızda kullanılabilir.

(Gazi Med J 2012; 23: 77-90)

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik öncesi bakım, gebelik, halk sağlığı

**Geliş Tarihi:** 17.05.2012

**Kabul Tarihi:** 28.08.2012

### ABSTRACT

Preconception care is a preventive attempt to detect, solve or consult the risky physical, medical and psychosocial conditions that threaten maternal and fetal health in an appropriate way before pregnancy. The term “preconception care” covers screening, and therapy as well as counseling concepts and fundamentally intend to improve the couple’s health and consequently to improve child health status. Preconception care is accepted as a duty of the whole medical staff. In Turkey, there is considerable progress in the field of prenatal/antenatal care, but no preconception care guidelines are put into practice at present. The aim of this review is to define the preconception care, to clarify the importance of the subject, to summarize the evidence-based universal preconception care applications that no health care worker should overlook, and to prepare a practical preconception risk assessment check-list that can be used in our country. In this review, preconception screening/supplementation/treatment priorities for

**Yazışma Adresi / Address for Correspondence:** Dr. Seçil Özkan, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye Tel: +90 537 379 58 32 E-posta: secilozkan70@gmail.com

©Telif Hakkı 2012 Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi - Makale metnine [www.gazimedicaljournal.org](http://www.gazimedicaljournal.org) web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2012 by Gazi University Medical Faculty - Available on-line at [www.gazimedicaljournal.org](http://www.gazimedicaljournal.org)

doi:10.5152/gmj.2012.25

Turkey were discussed in the context of the preconception care experiences of the world and in the light of national data. Also, some physical examinations/ laboratory tests for preconception care were proposed. The check-list (Preconception Care History/ Physical Examination/ Laboratory Test Form) presented at the end of this review is a practical tool for health care workers to define risks and to guide preconception counseling. Thus, the Preconception Care History/ Physical Examination/ Laboratory Test Form constituted in this review can be integrated into Turkey's national preconception care program. (Gazi Med J 2012; 23: 77-90)

**Key Words:** Preconception Care, pregnancy, public health

**Received:** 17.05.2012

**Accepted:** 28.08.2012

## GİRİŞ

Ana-çocuk sağlığını geliştirmede doğum öncesi bakım ve gebelik öncesi bakım olmak üzere iki temel ve birbirini tamamlayıcı yaklaşımdan söz edilir (1, 2).

Doğum öncesi (prenatal/antenatal) bakım, kadının gebe kalmasından doğuma kadar geçen sürede annesi, gebeliği ve bebeği riske sokabilecek sağlık sorunları olup olmadığını belirlemeyi ve varsa, uygun çözümlerini sunmayı hedefleyen sağlık hizmetleridir (1, 2). Günümüzde, son derece yaygın ve kaliteli uygulandığında bile prenatal bakımın, ana-çocuk sağlığını koruyup geliştirmede tek başına yeterince etkili olmadığı, gebelik öncesi bakım verildiğinde ise daha iyi sonuçlar elde edildiği anlaşılmıştır (3-12).

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım, çocuk sahibi olmadan önce eşlerin sağlığını geliştirmeyi amaçlayan koruyucu bir sağlık hizmeti türü olup, tarama ile tedavinin yanı sıra danışmanlık kavramını da içerir (2-18). Amacı, anne ve fetus için risk oluşturan tıbbi ve sosyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmektir (2-18). Gebelik öncesi bakım, kadınlara doğurgan çağda oldukları süre içinde hizmet veren sağlık personelinin tümünün görevi kabul edilmektedir.

Türkiye'de doğum öncesi bakım konusunda önemli adımlar atılmıştır ancak (evlilik öncesi verilen danışmanlık hizmetleri hariç tutulursa) standart bir gebelik öncesi bakım şeması henüz devlet eliyle uygulamaya konulmamıştır.

Bu yazıda gebelik öncesi bakımın önemi ve bu konudaki çabaların dünyada nasıl bir yön izlediği kısaca özetlendikten sonra, ülkemizde nasıl geliştirilebileceği halk sağlığı bakışıyla tartışılmıştır. Esas olarak, tüm sağlık çalışanlarının gözden kaçırmaması gereken, kanıta dayalı biçimde saptanmış olan evrensel gebelik öncesi bakım önerilerini özetlemek ve ülkemizde pratik uygulamalarda kullanılacak bir kontrol listesi örneği oluşturmak hedeflenmiştir. Ayrıca, gebelik öncesi tarama/destek/bakım kapsamında ülkemizde nelerin yer alması gerektiği tartışılmış ve diğer ülke deneyimlerinden esinlenerek bu koruyucu hizmet verilirken dikkat edilmesi gereken bazı noktalar özetlenmiştir.

## Gebelik Öncesi Bakımın Önemi

Sağlıklı kabul edilen veya kendilerinin sağlıklı olduğunu düşünen bireylerde aktif olarak taramalar yaparak belirli hastalıkları araştırmak, akılcı ve kanıta dayalı biçimde kullanıldığı takdirde, hastalıkların/sakatlıkların önlenmesinde en güçlü araçlardan biri kabul edilir (17). Kadının ve eşinin gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanması anlamına gelen "gebelik öncesi bakım" da bu araçlardan biridir. Gebelik öncesi bakım vermenin temel mantığı birincil koruma uygulayabilmektir; yani ana-çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek yoluyla gebeliğe ilişkin sorunları önlemek/azaltmak ve dolayısıyla annelerin/bebeklerin daha sağlıklı olmasını sağlamaktır.

İstenmeyen gebeliğin önlenmesi için gerçek ve tek fırsat, gebelik öncesindeki bakımdır (4). İstenen bir gebeliği en sağlıklı şekilde başlatabilmek yine, gebelik öncesi bakımla mümkündür. Bireyin genel sağlık ve bilinç düzeyinin gebelik sürecini etkilediği ve planlanmış gebeliklerin daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olduğu açıktır (9). Kadın gebe kaldığını anlayıp ilk prenatal kontrolüne gelinceye dek geçen sürede (ülkemizde yaklaşık olarak kentsel alanda 2 ay kırsal alanda 3 aydır) (18) fetus, organogenez sürecini çoktan tamamlamaktadır (14). Başka bir deyişle, gebelikten önce riskler saptanmazsa sakatlıkların ve etkilenimlerin önlenmesi için geç kalınmakta, müdahale fırsatları kaçırılmaktadır. Gebelik öncesinde müdahale edildiği takdirde (gebelikteki müdahalelere kıyasla) kronik hastalıkların, kötü alışkanlıkların ve enfeksiyonların yarattığı olumsuzluklar daha büyük oranda azalmaktadır (19).

## Gebelik Öncesi Bakımın Temel Mantığı/Kilit Noktası

Gebelik öncesi bakım, doğurgan çağdaki tüm kadınlara ve eşlerine (çocuk sahibi olmayı düşününler ya da düşünmesinler) sağlık mesajları iletmeyi amaç edinmiş olan, fakat gebelik planlayanlara daha yoğun biçimde ulaştırılan bir hizmettir (4, 5, 6, 9, 16).

Gebelik öncesi bakımın kilit noktası, her kademedeki sağlık çalışanlarının, kendilerine herhangi bir nedenle başvuran doğurgan çağdaki kadın hastalarına (ve mümkünse erkek hastalarına) "Önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?" sorusunu sormalarıdır (20). Çünkü bu anahtar soru ve ardından verilecek uygun bakım hizmeti, sağlıklı kuşaklar yetiştirmenin önkoşuludur. Gebelik planlanmıyorsa çiftin uygun bir gebelik önleyici yöntem kullandığından emin olmak, gebelik planlanıyorsa kadının en sağlıklı olduğu dönemde gebe kalmasına olanak tanımak için risk belirlemesi yapmak gerekir (21).

Bu soru sorulmadığı takdirde, gebelikleri geç saptama ve erken müdahale yapılacak gerçek fırsatları kaçırma olasılığı büyüktür. Kısacası, daha sağlıklı nesiller yetiştirmek isteniyorsa, hastalardan öykü alırken yaş, çalışılan iş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı sorulduğu gibi, doğurgan çağdaki bireylere kısa vadede çocuk isteyip istemediklerini sorma alışkanlığı edinilmelidir.

Bu bakımdan, gebelik öncesi bakım algoritmalarının standart olarak "Önümüzdeki bir yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz" sorusuyla başlaması şaşırtıcı değildir.

## Gebelik Öncesi Bakımın Dünyadaki Gelişimi

Gebelik öncesi bakıma ilişkin ilk araştırmanın 1980 yılında Chamberlain tarafından İngiltere'de yayınlandığı bilinir (8, 22). Bunu takiben Avrupa'da, gebelik öncesi bakımın ana-çocuk sağlığını olumlu etkilediğini kanıtlayan çalışmalar yapılmış ve birçok ülkede farklı gebelik öncesi bakım programları yürütülmüştür (23, 24). Özellikle Macaristan'da (25) ve İngiltere'de (10) folik asit kullanımının etkileri çok iyi sınıanmıştır. Hollanda 1984'te genetik danışmanlığın önemini

vurgulayan bir kampanya başlatmıştır (8). İsrail, kendi ırklarında sık rastlanan genetik hastalıkların (Tay-Sachs, talasemi vb.) araştırılmasına özel bir önem vermektedir (26, 27). Asya'da Hong-Kong, çocuk sahibi olmak isteyen çiftlere "gebelik öncesi hazırlık hizmet birimleri" aracılığıyla eğitim, danışmanlık ve bakım vermektedir (8, 23, 24). Birleşik Devletler 1980'li yıllarda bebek ölüm hızları (BÖH) açısından ülkeler sıralamasında çok gerilerde kaldığını fark etmiştir. Gebelikteki bakıma erken başlamak, doğum öncesi bakımı yaygınlaştırmak ve içeriğini genişletmek suretiyle 1980'de binde 12.6 olan BÖH 2004'te binde 6.8'e inmiştir. Buna rağmen Birleşik Devletler BÖH sıralamasında daha gerilere düşmüştür, çünkü, gebelik öncesi bakım uygulayan ülkelerde ana-çocuk sağlığında elde edilen kazanımlar çok daha belirgin ve hızlı olmuştur. Bunun üzerine, 2006 yılında geniş tabanlı ulusal bir gebelik öncesi bakım programı başlatılmıştır (5, 7, 20).

### Gebelik Öncesi Bakımın Ülkemizdeki Durumu

Ülkemiz 2000'li yıllarda, Birleşik Devletlerin 1980'lerde izlediği yolu seçerek ağırlıklı olarak doğum öncesi bakıma odaklanmıştır. Konunun uzmanları 2009 yılı itibariyle standart bir ulusal doğum öncesi bakım yönetimi rehberi ve gebe risk değerlendirme formu hazırlamışlardır (28, 29). Ayrıca sağlık personelinin gebelerle ilgili tıbbi sorunlarda nasıl davranmaları gerektiğine ilişkin standart akış şemaları oluşturulmuştur. Bunlar şüphesiz çok önemli gelişmelerdir. Ancak gebelik öncesi döneme de eşit ölçüde odaklanırsak kaydedeceğimiz ilerleme muhtemelen daha büyük olacaktır.

Aslında gebelik öncesi bakım ülkemiz için yeni bir kavram değildir, sağlık sisteminin çeşitli kademelerinde elbette kadınlara gebe kalmalarından önce bazı öneriler sunulmakta (ör. sigaranın bırakılması) ve bazı müdahaleler (folik asit ve demir takviyesi) yapılmaktadır. İhtiyacımız olan, bu çabaları bireysel düzeyde tutmak yerine, bütüncül biçimde sağlık sisteminin tüm kademelerinde uygulayabilmektir.

Ülkemizde 2002 yılında uygulanmaya başlayan "evlilik öncesi danışmanlık" aslında, gebelik öncesi bakımın bir parçasıdır. Gerçekte, bu konudaki çabalarımızın 1930'lar kadar gerilere uzandığını görüyoruz. Türk Medeni Kanununda evlenecek çiftler "evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporu" (evlilik raporu) almak zorundadır. Bu raporun nasıl düzenleneceği 1930 yılında çıkarılan Umumi Hıfzısıhha Kanununda belirtilmiştir. Akut dönemdeki sifiliz, lepra, tüberküloz hastaları, gonore hastaları ve akıl hastaları iyileşmeden evlenemez. Bu yasalarda yer alan "evlilik raporlarını hükümet tabipleri verir" ifadesi 2002 yılında değiştirilmiş; evlilik raporlarının sağlık ocakları ve Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (AÇS/AP) merkezleri tarafından verileceği ve Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belirtilen hastalıklara ek olarak AIDS, hepatit B ve hepatit C hastalıkları ile genetik geçişli hastalıkların (özellikle talasemi) sorgulanması ve genel bir muayene yapılmasının gerekliliği eklenmiştir (30). Fakat doğal olarak, bu taramaları yaptırıp yaptırmama kararı kişinin özgür iradesine bırakılmıştır. Dolayısıyla bu hizmetlerin başarısı, bireyleri tarama yaptırmaya daha iyi ikna edebildiğimiz ölçüde artacaktır. Gebelik öncesi bakım hizmetleri ulusal düzeyde ve sağlık sisteminin her kademesinde bütüncül olarak uygulanmaya başladığında, sağlıklı nesiller yetiştirmeyi desteklemek için konulmuş yasalarımızı hayata geçirme şansımız artabilir.

### Bir Gebelik Öncesi Bakım Programı Kapsamında Neler Yer Almalıdır?

Bu konu, yıllardır farklı ülkelerde tartışılarak şekillendirilmiş ve ulusal/evrensel veriler ışığında uygulanmaktadır. Ancak, Birleşik Devletlerin konu üzerinde çalışarak kanıta dayalı biçimde bir içerik belir-

leme sürecinden geçtiğini görüyoruz. Birleşik Devletlerde 36 farklı daldan 29 kişi ve 30 uzman danışman 83 konu başlığını irdeleyen 700'den fazla yayını iki yıllık sürede derinlemesine inceleyerek 2008 yılında gebelik öncesi bakımın klinik bileşenlerini tanımlamışlar; bu bileşenlerin dikkate alınmasındaki bilimsel gereççe ve kanıtları özetlemişler ve bir gebelik öncesi bakım paketinin içinde neler bulunması gerektiğini saptamışlardır. Uzmanlar verdikleri önerileri beş basamakta derecelendirerek sunmuşlar, kanıtların kalitesini ise altı basamakta derecelendirerek ifade etmişlerdir (derecelendirmelerin ayrıntıları için bakınız Tablo 1 ve Tablo 2) (5, 6).

Birleşik Devletlerin, bu ön çalışma sonunda gebelik öncesi bakım kapsamına aldığı veya kapsamdan çıkardığı öneriler özetlenmiştir (Tablo 1 ve Tablo 2). Bu tablolar hazırlanırken bilimsel öncelik/bilimsel kanıt düzeyi sıralaması dikkate alınmıştır. Tablolarda ilk sıralarda belirtilen öneriler bilimsel açıdan daha önceliklidir. Tablo 1'de gebelik öncesi bakım kapsamında spesifik olarak değerlendirilmesi konusunda iyi (A grubu) kanıt bulunan durumlar ve bu durumla ilgili öneriler yer almaktadır. Tablo 1'de yer alan önerilerin evrensel olarak dikkate alınması uygun olabilir. Ancak bir tercih yapılacaksa, tablonun ilk sıralarında yer alan değerlendirme/öneriler sonlarda yer alanlara kıyasla daha önemli ve önceliklidir. Tablo 2'de ise önemli olduğu düşünülen ancak bilimsel olarak orta derecede desteklenebilen (B grubu kanıt), olumlu ya da olumsuz bir öneride bulunma şansı veremeyen (C grubu kanıt) yahut da önemli olduğu iddia edilip aslında yeterince önemli olmadıkları çalışmalarla belgelenmiş durumlar (D ve E düzeyi kanıt) sunulmuştur.

Tablo 1 ve Tablo 2 incelendiğinde anlaşılacağı gibi, gebelik öncesi bakım kapsamına alınması gereken konuları aşağıda sıralanan 10 başlıkta özetlemek mümkündür. İlk dokuz madde doğurganlık çağında olan her kadında yapılması gereken değerlendirmenin esasını oluştururken, son madde erkeğin genel sağlığını değerlendirmeyi amaçlamaktadır:

1. Sağlığın genel anlamda geliştirilmesi ve riskin azaltılması (sağlığın temel şartları olarak kabul edilen sağlıklı beslenme ve fizik aktivitenin artırılması yoluyla ideal kiloda kalmak ve tütün ürünleri başta olmak üzere bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmak ilkelerinin gerçekleştirilmesi. Gerekliyse, kullanılacak takviyelerin ve/veya besin desteklerinin belirlenmesi) (4, 31, 32)
2. Doğurganlık planlarının tartışılması, aile planlaması danışmanlığı verilmesi ve doğurganlık öyküsünün sorgulanması (33)
3. Enfeksiyonların önlenmesi/tedavisi (34)
4. Bağışıklama (35)
5. Varolan tıbbi durumların oluşturduğu risklerin değerlendirilmesi ve uygun müdahalesi (36)
6. Aile öyküsü ve genetik öykü alınması (27)
7. Anne/baba adayının çalıştığı işyeri veya yaşadığı çevre kaynaklı olumsuz etkilenimlerinin en az düzeye indirilmesi (37)
8. İlaç kullanımlarının (reçeteli+reçetesiz) tespiti (38)
9. Psikososyal durumun ve engellilik gibi özel durumların tespiti (39-41)
10. Baba adaylarının genel sağlık düzeylerinin değerlendirilmesi, sağlığın korunması/geliştirilmesi konusunda genel danışmanlık ve gebelik sürecinde ana-çocuk sağlığı açısından babanın rolüne ilişkin özel danışmanlık verilmesi (42)

Kısacası gebelik öncesi bakım yalnızca fiziksel sağlığa değil, aynı zamanda psikososyal sağlığa ve iş/çevre sağlığına odaklanan bütüncül bir yaklaşımdır (11).

**Tablo 1. Gebelik öncesi bakım kapsamında spesifik olarak değerlendirilmesi konusunda iyi (A grubu) kanıt bulunan durumlar ve bu durumla ilgili öneriler**

Gebelik öncesi bakımın olası bileşeni	Öneri
<b>1-a* kalitesindeki kanıtlar</b>	
Folat/ folik asit kullanımı	<b>Doğurgan çağıdaki her kadına</b> , zenginleştirilmiş gıdalar/takviyeler veya doğal/dengeli beslenme yoluyla günde 0.4 mg (400µg) sentetik folik asit alması önerilmelidir.
Klamidya	<b>≤25 yaşındaki cinsel yönden aktif tüm kadınlar ve klamidya enfeksiyonu riski bulunan tüm kadınlar</b> (CYBE** öyküsü olan kadınlar, yeni veya çok cinsel partneri olanlar, kondom kullanımını aksatanlar, seks işçileri, ilaç bağımlıları) <b>gebelikten önce rutin olarak</b> klamidya açısından taranmalıdır.
Diabetes mellitus	<b>Diyabetik olduğu bilinen tüm kadınlara</b> gebe kalmadan önce danışmanlık verilmelidir. Diyabeti yeterince kontrol edilemeyen kadınlar etkili bir doğum kontrol yöntemi kullanmak konusunda ikna edilmelidir. Konjenital anomali riskini azaltmak amacıyla gebelikten önceki aylarda bu kadınların glikozile hemoglobin (HBA1c) düzeyleri normale en yakın düzeyde tutulmalıdır.
Tütün/ sigara kullanımı	<b>Çocuk yetiştirme çağında olan tüm kadınlar</b> tütün kullanımı açısından taranmalı ve gebelikten önce, gebelik sırasında ve sonrasında sigaradan uzak olmanın yararları anlatılmalıdır.
Daha önce preterm doğum öyküsü	Erken doğum/düşük doğum ağırlıklı bebek öyküsü olanlar tedavi edilebilir nedenler açısından araştırılmalı ve bir sonraki doğumda progesteron tedavisinden sağlayacakları olası yarar konusunda bilgilendirilmelidir.
Daha önce düşük öyküsü	Sporadik spontan düşük olan kadınlara bu olayın tekrarlama olasılığının az olduğu konusunda güvence verilmelidir. ≥3 erken kayıp varsa nedenin araştırılması gerekir.
<b>1-b* kalitesindeki kanıtlar</b>	
HIV enfeksiyonu	<b>Tüm kadınlar ve erkekler</b> gebelikten önce HIV durumlarını bilmeleri konusunda ikna edilmeli ve kendilerine güvenli cinsel davranışlar konusunda danışmanlık verilmelidir.
Kalsiyum alımı	Doğurgan çağıdaki kadınlara yeterli düzeyde kalsiyum almalarının önemi konusunda danışmanlık verilmeli, alımı yetersiz olanlara takviye önerilmelidir. Gebelik öncesinde kesin bir kalsiyum dozu önerisi olmamakla birlikte, gebelik ve lohusalıkta önerilen 1000-1300 mg/gün dozuna diyetle ve/veya takviyelerle ulaşılması uygundur.
Demir alımı	Demir eksikliği için risk faktörleri olan kadınlara tarama yapılmalıdır. Perinatal sonuçları iyileştirmek için gebelik öncesi kontrollerde <b>her kadının</b> taranması gerektiği yönünde kanıtlar vardır.
Kilolu olmak (BKİ≥25 kg/m <sup>2</sup> )	Tüm kadınlarda BKİ en azından yıllık olarak hesaplanmalıdır. BKİ≥25 kg/m <sup>2</sup> olmasının infertilite riski dahil sağlığa olumsuz etkisi ve alınacak önlemler anlatılmalıdır.
<b>II-1* kalitesindeki kanıtlar</b>	
Sifilis	<b>Yüksek riskli</b> kadınlara tarama yapılmalı ve enfeksiyonu olanlar tedavi edilmelidir.
Tiroid hastalığı	Hipotiroidi olan kadınlara gebelik sonuçları ve gebe kalmadan önce en uygun düzeyde replasman sağlamanın önemi konusunda danışmanlık verilmelidir. <b>Hipotiroidi semptomları olan tüm kadınlar</b> tiroid hastalığı açısından taranmalıdır, hipotiroidik iseler yeterli <b>tedavileri</b> başlatılmalıdır.
<b>II-2* kalitesindeki kanıtlar</b>	
Epilepsi, Hipertansiyon, Lupus	Gebe kalmadan önce, <b>hastalığın ve kullanılan ilaçların</b> gebelik sürecine etkisi ve <b>alınacak önlemler</b> konusunda mutlaka danışmanlık verilmelidir.
İyot alımı	İyot yetersizliğinin gebelik üzerindeki olumsuz etkileri, günlük iyot alımının gebelik öncesi dönemde 150 µg ve gebelikte/lohusalıkta 200 µg olması gerektiği konusunda bilgi verilmelidir. Endemik iyot yetersizliği bulunan coğrafyalardaki tüm kadınların tuzun iyotlanması programlarına katılmaları konusundaki halk sağlığı çabaları teşvik edilmelidir.
İlaç kullanımı	Tüm kadınlar teratojenik ilaç kullanımı açısından taranmalıdır.
Daha önce sezaryen öyküsü	Daha önce sezaryen olan bir kadına, başka bir gebelik planlamadan önce en az 18 ay beklemesi gerektiği ve doğum şeklinin nasıl olabileceği konusunda danışmanlık verilmelidir. İdeal olan, bu danışmanlık hizmetinin sezaryenden hemen sonra başlatılması ve postpartum kontrollerde sürdürülmesidir.

Gebelik öncesi bakımın olası bileşeni	Öneri
<b>II-3* kalitesindeki kanıtlar</b>	
Kızamık-kızamıkçık-kabakulak (MMR) aşısı	<b>Doğurgan çağıdaki tüm kadınlar kızamıkçık bağışıklığı açısından taranmalıdır.</b> Aşılanmamış veya bağışık olmayan kadınlara aşılama önerilmektedir. Aşılama sonrası 3 ay içinde gebe kalmamaları konusunda danışmanlık verilmelidir.
<b>III* kalitesindeki kanıtlar</b>	
Doğurganlık planı ve aile planlaması	<b>Doğurganlık çağındaki tüm kadınlarda sağlığı geliştirici rutin aktiviteler, kadınların kısa/uzun vadede gebelik planlarının saptanmasıyla başlamalıdır.</b> Sağlık çalışanları bireyleri (kadını, erkeği, çiftleri) yaşamlarının üremeye ilişkin bölümlerini de planlamaları gerektiğini düşünmeye sevk etmeli, bu planların kontraseptif ve medikal kararları nasıl etkileyeceği konusunda eğitim vermelidir.
Beslenme	Doğurgan çağıdaki tüm kadınlar <b>beslenme yetersizliği</b> açısından değerlendirilmeli ve günlük önerilen besin kaynaklarını aldığı konusunda herhangi bir şüphe duyuluyorsa bir multivitamin takviyesi almaları önerilmektedir. Ancak bu takviyelerin önerilen günlük dozlardan daha <b>fazla alınmasını önlemek</b> amacıyla danışmanlık verilmesi önemlidir.
Zayıf olmak (BKİ ≤ 18.5 kg/m <sup>2</sup> )	BKİ ≤ 19.8 kg/m <sup>2</sup> olan tüm kadınlar bu kilonun <b>sağlıklarına olan etkileri, gebelikteki riskler ve infertilite</b> konusunda bilgilendirilmelidir. Kilo almak konusunda isteksiz olan/çaba göstermeyen veya kilo alamayan kadınlar yeme bozukluklarını değerlendirmek amacıyla sevk edilmelidir.
Aşılama durumu	Doğurgan çağıdaki kadınlarda tetanoz-difteri toksoidi/difteri-tetanoz-boğmaca; kızamık, kabakulak, kızamıkçık; suçiçeği bağışıklıkları <b>yıllık olarak sorgulanmalı</b> ve gerektiğinde güncellenmelidir. Ayrıca tüm kadınlara, genel sağlık durumları, yaşam tarzları ve diğer enfeksiyonlar açısından mesleki riskleri göz önünde bulundurularak <b>gerekli aşılamaları yapılmalıdır.</b>
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar	Sağlık çalışanları <b>CYBE riskini rutin olarak değerlendirmeli</b> ve buna göre danışmanlık veya başka stratejiler (aşılama vb) uygulamalıdır.
Hepatit B	Daha önce aşılanmamış <b>yüksek risk grubundaki kadınlara</b> gebelikten önce hepatit B aşısı yapılmalıdır. <b>Kronik taşıyıcı kadınlar</b> yakınlarına ve bebeklerine bulaşı önlemek için neler yapmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir.
Ev koşullarında olası etkilenimler	Gebelik öncesi kontrolde kadına ev ortamı hakkında sorular sorulmalıdır. Olası etkilenimler belirlendiyse, iş sağlığı uzmanları bu etkilenimleri en aza indirmek amacıyla nasıl bir yol izleneceği konusunda daha ayrıntılı bir inceleme yapılabilir.
Reçetesiz satılan ilaçların kullanımı	Sağlık personeli, doğurgan çağıdaki kadınları <b>gebelik planladıkları dönemde reçetesiz ilaç almadan önce mutlaka hekime danışmaları</b> konusunda eğitmelidir. Gebelik planlayan veya gebe kalmış kadınların aspirin kullanmaması özellikle üzerinde durulması gereken bir noktadır.
Romatoid artrit, Kanseri olması	Alınan tedavilerin doğurganlık üzerindeki etkileri konusunda danışmanlık verilmelidir.
*(1-a) Kanıtlar gebelik öncesinde uygun biçimde gerçekleştirilmiş en azından 1 randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir	
(1-b) Kanıtlar en azından uygun biçimde gerçekleştirilmiş 1 randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir, ancak bu çalışmanın mutlaka gebelik öncesinde yapılması şartı yoktur.	
(II-1) Kanıtlar iyi tasarlanmış randomize olmayan kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir	
(II-2) Kanıtlar, tercihan >1 merkezde veya araştırma grubunda yapılmış olan iyi tasarlanmış kohort veya analitik olgu-kontrol çalışmalardan elde edilmiştir	
(II-3) Kanıtlar, müdahale içeren veya içermeyen çoklu zaman-serilerinden elde edilmiştir. Kontrolsüz deneylerden elde edilen çarpıcı bulgular da bu kanıtlar kapsamına alınmıştır.	
(III) Kanıtlar iyi tasarlanmış randomize olmayan kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir.	
**CYBE: Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon	
Derlendiği kaynaklar: 4-7, 27, 31-42	

**Tablo 2. Gebelik öncesi bakım kapsamında B ile E kanıt düzeylerindeki bileşenler**

<b>B düzeyi kanıt</b>  (bileşenin spesifik olarak değerlendirilmesini destekleyen orta dereceli kanıtlar var)	1-a	•	Alkol kullanımı
	1-b	•	Esansiyel yağ asitleri alımı
	II-1	•	Herpes simpleks virus
		•	Bisfenol A (BPA) etkilenimi
	II-2	•	Human papilloma virus (HPV) aşısı
		•	Tüberküloz enfeksiyonu
		•	Kilolu ve obez olması nedeniyle prediyabet olanlar
		•	Böbrek hastalığı
		•	Daha önce ölü doğum öyküsü
	II-3	•	Kardiyovasküler hastalık
	•	Trombofil (warfarin kullanan grup)	
	•	Astım	
	•	Aile öyküsü alınması	
	•	Bilinen genetik durumların sorgulanması/ saptanması	
	•	D vitamini kullanımı	
	•	Uterus anomalisi varlığı	
III	•	Suçiçeği aşısı	
	•	Difteri-boğmaca-tetanoz aşısı	
	•	Depresyon/Anksiyete, Bipolar bozukluk, Şizofreni	
	•	Tüm bireylerden aile öyküsü ve genetik öykü alınması	
	•	A vitamini kullanımı	
	•	Civadan etkilenim	
	•	Toprakta ve sulardan gelen zararlar	
	•	İşyerinden etkilenim	
	•	Özürlü olmak	
	•	Göçmen veya sığınmacı olmak	
	•	Erkeklerin değerlendirilmesi	
<b>C düzeyi kanıt</b>  (bileşenin spesifik olarak değerlendirilmesini destekleyen veya tamamen reddeden herhangi bir kanıt yok, kapsama alınıp alınmayacağı tartışılabilir)	1-b	•	Periodontal hastalık
		•	Bakteriyel vajinosis (preterm eylemi olan kadınlar)
	II-2	•	Fiziksel aktivite
		•	Sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu
		•	Gonore
		•	Ortamdaki kurşun düzeylerinden etkilenim
	III	•	İnfluenza aşısı
		•	Hepatit c enfeksiyonu
		•	Toksoplazma enfeksiyonu
		•	Listeriosis
	•	Sıtma	
	•	Trombofil (warfarin kullanmayan grup)	
	•	Yasal olmayan (illicit) maddeler	
	•	Alınan diyet takviyeleri	
	•	Yetersiz parasal kaynak	
	•	Tıbbi bakıma ulaşabilme durumu	
	•	Fiziksel/cinsel istismar	
<b>D düzeyi kanıt</b>  (bileşenin gebelik öncesi bakım kapsamından çıkartılmasını destekleyen orta derecede kanıtlar var)	1-b	•	Bakteriyel vajinosis (preterm eylemi olmayan kadınlar)
<b>E düzeyi kanıt</b>  (bileşenin gebelik öncesi bakım kapsamından çıkartılmasını destekleyen iyi kanıtlar var)	II-1	•	Aseptomatik bakteriyüri
	II-2	•	Grup B streptokok enfeksiyonu
	III	•	Parvovirus enfeksiyonu
	(1-a) Kanıtlar gebelik öncesinde uygun biçimde gerçekleştirilmiş en azından 1 randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir		
(1-b) Kanıtlar en azından uygun biçimde gerçekleştirilmiş 1 randomize kontrollü çalışmadan elde edilmiştir, ancak bu çalışmanın mutlaka gebelik öncesinde yapılması şartı yoktur.			
(II-1) Kanıtlar iyi tasarlanmış randomize olmayan kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir			
(II-2) Kanıtlar, tercihan >1 merkezde veya araştırma grubunda yapılmış olan iyi tasarlanmış kohort veya analitik olgu-kontrol çalışmalardan elde edilmiştir			
(II-3) Kanıtlar, müdahale içeren veya içermeyen çoklu zaman-serilerinden elde edilmiştir. Kontrolsüz deneylerden elde edilen çarpıcı bulgular da bu kanıtlar kapsamına alınmıştır.			
(III) Kanıtlar iyi tasarlanmış randomize olmayan kontrollü çalışmalardan elde edilmiştir. Derlendiği kaynaklar: 4-7, 27, 31-42			

**Tablo 3. Türkiye’de gebelik öncesi bakım kapsamında öncelikle yer verilmesi önerilen taramalar, müdahaleler ve gerekçeleri**

ÖNERİ	GEREKÇE
Anne adaylarına <b>folik asit desteği</b> verilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nöral tüp defektlerini azalttığı yönündeki evrensel kanıtlar (56-58)</li> <li>Kadınların beslenmelerine özen göstererek her gün 400 mikrogram düzeyde alım yapmalarının garanti edilemeyeceği gerçeği</li> <li>400 mikrogramın altındaki dozların aynı korumayı sağlayıp sağlamadığının bilinmemesi</li> <li>Folik asit preparatlarının görece ucuz olması</li> </ul>
Anne adaylarında <b>hematokrit düzeyi bakılarak anemi varlığının araştırılması</b> , anemi varsa <b>demir desteği</b> verilmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Anemi prevalansının yüksekliği</li> <li>Özellikle kırsal kesimde sık/çok sayıda doğumlar nedeniyle anemiye yatkınlığın artması</li> <li>Kadınlarımızın sağlıklı beslenme alışkanlıklarına ilişkin şüpheler</li> <li>Gebelerde Demir Desteği ve Demir Gibi Türkiye Programlarının desteklenmesi</li> </ul>
Endemik bölgeler başta olmak üzere anne adayında <b>TSH ölçümü yapılarak tiroid hastalığı (özellikle hipotiroidi)</b> varlığının araştırılması, hipotiroid anne adaylarında gebelik öncesinde en uygun düzeyde <b>replasmanın sağlanması</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Türkiye’nin endemik iyot yetersizliği bölgesinde olması ve ülkemizde tiroid hastalığı prevalansının yüksekliği (50,59-61)</li> <li>Varlığında, bebekte geri dönüşümsüz hasar (kalıcı zeka geriliği) oluşturma riski (50, 59-61)</li> <li>Ulusal Yenidoğan Metabolik Tarama ve İyot Yetersizliğinin Önlenmesi Programlarının Desteklenmesi</li> </ul>
Doğurgan çağıdaki tüm kadınlarda <b>açlık (ve gerekirse tokluk) kan şekeri</b> ölçümü yapılarak <b>diyabet varlığının araştırılması</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Diyabetiklerde en iyi gebelik sonuçlarının gebelik öncesi danışmanlık uygulandığında alınması (62)</li> <li>Ülkemizde 25 yaşından sonra kadınlardaki beden kitle indeksi (BKİ) değerlerinin hızla artarak kilo fazlası sorunu oluşturması; annelerin %58’inde kilo fazlası (BKİ &gt;25) olması ve kilo arttıkça diyabet prevalansının artması (50)</li> </ul>
Anne ve baba adaylarında <b>Hepatit B taşıyıcılığının HBsAg ve AntiHBs ölçümü ile taranması</b> (Tetkik edilip aşılanañlar/ bağışık olduğu bilinenler hariç)  <b>Taşıyıcılara danışmanlık</b> verilmesi  Taşıyıcı kadınlardan doğan <b>bebeklere</b> doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede (en geç 48 saat) <b>aşı+immünglobulin</b> uygulanmasının sağlanması (taşıyıcının bu konuda bilinçlendirilmiş olması)  İdeal olarak, seronegatif kadınlara gebe kalmadan önce tamamlanmak üzere 3 doz (0, 1-2 ve 4-6. aylarda) <b>hepatit B aşısı</b> uygulaması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taşıyıcılık prevalansının yüksekliği(%2-4.5) (63-65)</li> <li>Cinsel yolla bulaşan (%30-60), vertikal geçiş gösteren (HBe antijenine bağılı olarak %10-85) ve aşıyla (neredeyse %100) korunulabilen bir hastalık olması (65-67)</li> <li>Enfekte yenidoğanların %90’ında kronik HBV enfeksiyonu gelişmesi (65-67)</li> <li>Enfekte yenidoğanlara rutin aşının yanı sıra ilk 12 saatte immünglobulin verildiğinde kronik enfeksiyonun %90 oranında önlenmesi (67)</li> <li>Genişletilmiş Bağışıklama ve Evlilik Öncesi Danışmanlık Programlarını desteklemesi</li> </ul>
Genç (<24 yaş) anne adaylarında <b>kızamıkçık serolojisinin anti-Rubella IgG ölçümü ile taranması</b> (Aşılanmış olanların/ bağışık olduğu bilinenlerin taranmasına gerek yoktur)  Seronegatif kadınların gebe kalmadan en az üç ay önce <b>MMR</b> (kızamık-kızamıkçık-kabakulak) ile aşılması.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyonun genellikle asemptomatik olarak geçirilip kolay anlaşılabilmesi ve gebelikteki enfeksiyonun fetusta multipl konjenital anomalilere neden olması (68)</li> <li>Aşıyla korunulabilen bir hastalık olması (68)</li> <li>Ülkemizde yüksek oranda pozitif olduğu gösterilmiş seroprevalansın bugün genç kuşaklar için geçerli olmayabileceği (seronegatif anne aday oranımızın artmış olabileceği) yönündeki veriler (69, 70)</li> </ul>
Doğurgan çağıdaki tüm kadınlarda <b>tetanoz aşısı</b> takviminin tamamlanması	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aşının tamamlanma gerekliliği (71) ve prenatal bakım kapsamındaki uygulamanın gebelik öncesi bakım kapsamına genişletilmesi</li> </ul>
Doğurgan çağıdaki tüm kadınlarda <b>klamidyanın taranması ve saptanırorsa tedavisi*</b> (Tarama, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberindeki vulvovajinit/ servisit/ üretrit akış şemalarına göre gerçekleştirilir) <sup>65</sup> (hastalık saptanırorsa cinsel eşler de tedavi edilmelidir)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sık görülen, cinsel yolla bulaşan, %90 semptom vermeden geçirilen ve tedavisz bırakıldığında pelvik inflamatuvar hastalık ve infertilite riski doğuran, yenidoğanlarda göz enfeksiyonu ve pnömoni yapan bir enfeksiyon olması (34, 65, 72)</li> </ul>
Kan grubu bilinmeyen anne ve baba adaylarının <b>kan grubunun</b> belirlenmesi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan uyumsuzluğu riskinin önceden belirlenmesi</li> </ul>
* <b>Ülkemizde riskli gruplarda</b> (cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü olan kadınlar, yeni veya çok sayıda cinsel partneri olanlar, kondom kullanımını aksatanlar, seks işçileri, ilaç bağımlıları vb) <b>HIV ve HCV</b> bakılabilir; <b>sifilis ve gonoreyi taramak yerine doğrudan tedavisini uygulamak daha uygun olabilir</b> (72).	

## Türkiye'de Gebelik Öncesi Bakım Kapsamında Neler Yer Almalıdır?

Şüphesiz, gebelik öncesi bakımın kapsamı çok geniştir. Bireyleri ve dolayısıyla toplumu bilinçlendirmek açısından bakıldığında, bu yazı içinde tartışılan konu başlıklarının hemen hepsi ülkemizde verecek gebelik öncesi eğitim/danışmanlık hizmetlerinin içinde yer almalıdır. Gebelik öncesi bakım tek bir kontrol değil, ailelere kendilerinin ve çocuklarının sağlığını koruma bilincini aşılama amaçlayan bir süreçtir. Bu süreçte standart kontrol listeleri yardımıyla öykü alınıp muayene yapılmasının faydaları gösterilmiştir (21). Ulusal bir program söz konusu olduğunda bu formların nasıl şekillendirileceğine konunun uzmanları karar verecektir. Ancak, örnek teşkil etmesi açısından, bir kontrol listesi hazırlanmış ve bu metnin sonunda sunulmuştur.

Hazırlanan kontrol listesi öykü almaya ağırlık veren özelliştir; formun ilk üç sayfası öykü, son sayfası ise muayene ve tetkiklere ayrılmıştır. Çünkü verilen hizmet, olması muhtemel riskleri bütünüyle sorgulayarak açığa çıkarmak ve bu risklere uygun danışmanlık vermek esasına dayanmaktadır. Kontrol listesi kadını bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan ve içinde bulunduğu çevre koşullarıyla beraber değerlendirilmektedir. Gebelik öncesinde müdahale edilmediğinde anne ve çocuk sağlığını olumsuz etkilediği gösterilmiş durumlar (4-9, 11), hastalıklar (34, 36), ilaçlar ve takviyeler (38, 43), zararlı alışkanlıklar (32), işyeri ve çevre etkilenimleri (37) ve (varsa) daha önceki gebeliklere ilişkin önemli sorunlara (28, 29, 33) ve aşı takvimine (35) yer verilmiştir. Baba adayının sağlığına ilişkin bir bölüm hazırlanmıştır (42). Amerika'nın önem sıralamasında geri planda bulunan ağız-diş sağlığı sorunları (ülkemizde yaygın olması ve periodontitin gebelikteki olumsuz etkileri nedeniyle) (44-46), eşin kadına şiddet uygulama eğilimi (şiddetin ülkemizde yaygın ve kabul gören bir davranış biçimi olması nedeniyle) (47) ve hayvancılıkla uğraşma/evde hayvan besleme (toksoplazma riski açısından) (48, 49) listeye eklenmiştir. Doğurgan çağdaki Türk kadınlarının her yaş grubunda fakat özellikle 25 yaşından sonra kilolu/şişman veya obez duruma gelmesi (50) ve zayıf ya da kilolu olmanın ana-çocuk sağlığındaki olumsuz etkileri nedeniyle (51-54) sağlıklı beslenme (31) ve fiziksel aktivite ile ideal kilonun korunması özel olarak ele alınmıştır. Sağlıklı beslenme danışmanlığında yeterli düzeyde folik asit, demir, kalsiyum, iyot alımı ve iyotlu tuz kullanımı öncelikli mesajlardır. Ülkemizde eğitim düzeyi yüksek ve genç kadınlarda sigara içme oranı yüksek olduğundan, halen gebe olan her 10 kadından biri ve emziren kadınların %17'si sigara içtiğinden (55) ve aktif ve pasif sigara içiciliğinin ana-çocuk sağlığı üzerindeki etkileri çok iyi bilindiğinden (32) sigara etkilenimi özel olarak sorgulanmıştır.

Kontrol listesinin tetkik ve tedavi kısmı hazırlanırken seçici davranılmıştır. Çünkü bir sağlık hizmeti verirken tarama testi yapmak veya ilaç başlamak söz konusuysa, maliyetin önem kazandığı bir gerçektir. Ana-çocuk sağlığındaki ivmelenmeyi sınırlı kaynaklarla gerçekleştirmek zorunda olan ülkemizde, gebelik öncesi bakımın çok daha akılcı ve sıkı denetimli uygulanması gerekmektedir. Ülkemizde çiftlere gebe kalmadan önce yapılacak yatırımlarda, anne ve bebeğe yarar getirdiği evrensel olarak kanıtlanmış ve vazgeçilemez olduğu düşünüldüğü için pek çok ülkede gebelik öncesi bakım kapsamına alınmış girişimlerle işe başlamak mantıklı olacaktır. Bunlar arasından da daha sık karşılaştığımız ve öncelikle başa çıkmak zorunda olduğumuz sağlık sorunları seçilmelidir. Ayrıca, seçilen uygulamaların ülkemizde yürütülmekte olan sağlığı geliştirici ulusal proje ve kampanyaları tamamlayıcı nitelikte olması istenen bir özelliktir. Bu açıdan yaklaşıldığında, tetkikler/televiler açısından dokuz unsur öncelikli bulunmuş ve gerekçeleriyle beraber özetlenmiştir (Tablo 3).

## Diğer ülke deneyimlerinden çıkartılan dersler

Bugüne kadarki bilgi birikiminden çıkartılacak en önemli sonuç, gebelik öncesi bakım hizmetlerinin ulusal bir program dahilinde yürütülmesinin gerekliliğidir. Çünkü:

- Bu koruyucu hizmet, bütün sağlık çalışanlarının görevidir (10-16)
- Kadın doğum uzmanları genellikle bu hizmeti verememektedir, çünkü kadınların çoğu kadın doğum uzmanına gebe kaldıktan sonra başvurmaktadır veya kadın gelse bile genellikle yalnızca geliş sorununa odaklanılmaktadır (73)
- Gebelikler arası dönemde bu danışmanlığın daha fazla ihmal ediliyor olması muhtemeldir.
- Pratisyenler ve aile hekimleri başta olmak üzere birinci basamak sağlık çalışanlarının gebelik öncesi bakımda önemli rolleri bulunmaktadır (12, 13, 74). Ancak genellikle personelin konu hakkındaki bilgisi veya motivasyonları yetersizdir (12, 74). Dolayısıyla bu hizmet, sağlık çalışanının inisiyatifine bırakılırsa yeterince iyi uygulanamayabilir. Ulusal program uygulandığında sağlık personelindeki ve kadınlardaki bilgi ve farkındalığın arttığı gösterilmiştir (75-77).
- Bireyler kendi doğurganlıklarının sorumluluğunu paylaşmalı; gebe kalmadan önceki dönemde bile çocuklarının sağlığını olumlu ya da olumsuz yönde etkilemekte çok önemli rolleri olduğunu kavramalıdır (11).
- Hizmeti kimin ne ölçüde, hangi içerikle, nasıl sunacağına ve hizmetin nasıl izleneceğinin belirlenmesi kadar bunun yazılı bir politika haline getirilmesi de önemlidir. Aksi takdirde yeterli hizmet verilememektedir (73-75).

## SONUÇ

Bu yazıda, gebelik öncesi bakım konusunda bir halk sağlığı bakışı açısı ve özet sunulmaya çalışılmıştır. Şüphesiz, ulusal bir program hazırlanırken konunun her platformdaki uzmanlarının görüşleri önemli olacak ve bu yazıdaki önerilerin bir kısmı değişikliğe uğrayabilecektir. Fakat öte yandan, TNSA 2008 verilerine göre, doğum aralıklarını açmak isteyen veya gebeliğini planlama eğiliminde olan genç yaşta kadınlarımızın sayısı artmaktadır. Bu kadınlara gebelik öncesi bakım şansından yararlanma fırsatı vermek sağlık çalışanlarının görevidir. Bu nedenle, bir ulusal program gerçekleştirilinceye kadar, gebelik öncesi bakım vermek isteyen sağlık çalışanlarının yazının sonunda sunulan algoritmayı kullanmaları pratik olabilir. Bu algoritma, gebelik öncesi bakım programımızda kullanılabilir.

### Çıkar Çatışması:

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention Health Resources and Services Administration. Maternal, Infant and Child Health. In: U.S. Department of Health and Human Services. Healthy People 2010. 2nd ed. With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health. 2 vols. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 2000.p.3-56.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Safe Motherhood Participant Book]. Sexual Health reproductive Health Yayın No: 2B. Ankara, 2005. [Prenatal Care and Preconceptional Care]. p.17-22.
3. Kirkham C, Harris S, Grzybowski S. Evidence-based prenatal care: Part I. General prenatal care and counseling issues. Am Fam Physician 2005; 71: 1307-16.



4. Moos MK, Dunlop AL, Jack BW, Nelson L, Coonrod DV, Long R, et al. Healthier women, healthier reproductive outcomes: recommendations for the routine care of all women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 280-9. [\[CrossRef\]](#)
5. Atrash H, Jack BW, Johnson K, Coonrod DV, Moos MK, Stubblefield PG, et al. Where is the "W"oman in MCH? *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 259-65. [\[CrossRef\]](#)
6. Jack BW, Atrash H, Coonrod DV, Moos MK, O'Donnell J, Johnson K. The clinical content of preconception care: an overview and preparation of this supplement. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 266-79. [\[CrossRef\]](#)
7. Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, et al. Recommendations to improve preconception health and health care--United States. A report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care. *MMWR* 2006; 55: 1-23.
8. Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2007; publication no. 2007/19E.
9. Shores S, Bailey T. Recommendations for Women of Reproductive Age. *NC Med J* 2009; 70: 432-8.
10. Allaire AD, Cefalo RC. Preconceptional health care model. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 78: 163-8. [\[CrossRef\]](#)
11. Gottessman MM. Preconception education: Caring for future. *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 40-4.
12. Dunlop AL, Jack B, Frey K. National recommendations for preconception care: the essential role of the family physician *J Am Board Fam Med* 2007; 20: 81-4. [\[CrossRef\]](#)
13. Frayne D, Hudspeth R, Beste J. The unique role of family physicians in caring for women across the reproductive age span. *N C Med J* 2009; 70: 439-44.
14. Frey KA. Preconception care by the nonobstetrical provider. *Mayo Clin Proc* 2002; 77: 469-73. [\[CrossRef\]](#)
15. Files JA, David PS, Frey KA. The patient-centered medical home and preconception care: an opportunity for internists. *J Gen Intern Med* 2008; 23: 1518-20. [\[CrossRef\]](#)
16. Menard MK, Goodnight WH. The role of specialists in providing preconception health care and guidance to women with chronic medical conditions. *N C Med J* 2009; 70: 445-8.
17. Holland WW, Stewart W, Masseria C. Screening in Europe --a policy summary. In: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, eds. Policy Brief: Screening in Europe. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2006. p.1-10.
18. Ergöçmen BA, Tezcan S, Çağatay P. [Reproductive Health]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK. [Turkish Population and Health Survey (TNSA)-2008]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.p. 143-58.
19. Anderson JE, Ebrahim S, Floyd L, Atrash H. Prevalence of risk factors for adverse pregnancy outcomes during pregnancy and the preconception period--United States, 2002-2004. *Matern Child Health J* 2006; 10: 101-6 [\[CrossRef\]](#).
20. Moos MK. Preconception health: where from here? *Women's Health Issues* 2006; 16: 156-8. [\[CrossRef\]](#)
21. de Weerd S, van der Bij AK, Cikot RJ, Braspenning JC, Braat DD, Steegers EA. Preconception care: a screening tool for health assessment and risk detection. *Prev Med* 2002; 34: 505-11. [\[CrossRef\]](#)
22. Chamberlain G. The prepregnancy clinic. *Br Med J* 1980; 281: 29-30. [\[CrossRef\]](#)
23. Ebrahim SH, Lo SS, Zhuo J, Han JY, Delvoye P, Zhu L. Models of preconception care implementation in selected countries. *Matern Child Health J* 2006; 10: 37-42. [\[CrossRef\]](#)
24. Boulet SL, Parker C, Atrash H. Preconception care in international settings. *Matern Child Health J* 2006; 10: 29-35. [\[CrossRef\]](#)
25. Czeizel AE. Ten years of experience in periconceptional care. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1999; 84: 43-9. [\[CrossRef\]](#)
26. Mennuti MT. Genetic screening in reproductive health care. *Clin Obstet Gynecol* 2008; 51: 3-23. [\[CrossRef\]](#)
27. Solomon BD, Jack BW, Feero WG. The clinical content of preconception care: genetics and genomics. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 340-4. [\[CrossRef\]](#)
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Prenatal Care Management Guidelines]. Genelge 2008/13. Protokol 02-V1.
29. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Prenatal Care Risk Assessment Form]. Genelge 2008/13. Protokol 01-V1.
30. İstanbul Tabip Odası Pratisyen Hekim Komisyonu. [Marital Reports]. *STED* 2002; 11: 212-4.
31. Gardiner PM, Nelson L, Shellhaas CS, Dunlop AL, Long R, Andrist S, et al. The clinical content of preconception care: nutrition and dietary supplements. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 345-56. [\[CrossRef\]](#)
32. Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A, et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 333-9. [\[CrossRef\]](#)
33. Stubblefield PG, Coonrod DV, Reddy UM, Sayegh R, Nicholson W, Rychlik DF, et al. The clinical content of preconception care: reproductive history. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 373-83. [\[CrossRef\]](#)
34. Coonrod DV, Jack BW, Stubblefield PG, Hollier LM, Boggess KA, Cefalo R, et al. The clinical content of preconception care: infectious diseases in preconception care. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 296-309. [\[CrossRef\]](#)
35. Coonrod DV, Jack BW, Boggess KA, Long R, Conry JA, Cox SN, et al. The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 290-5. [\[CrossRef\]](#)
36. Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, et al. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 310-27. [\[CrossRef\]](#)
37. McDiarmid MA, Gardiner PM, Jack BW. The clinical content of preconception care: environmental exposures. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 357-61. [\[CrossRef\]](#)
38. Dunlop AL, Gardiner PM, Shellhaas CS, Menard MK, McDiarmid MA. The clinical content of preconception care: the use of medications and supplements among women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 367-72. [\[CrossRef\]](#)
39. Klerman LV, Jack BW, Coonrod DV, Lu MC, Fry-Johnson YW, Johnson K. The clinical content of preconception care: care of psychosocial stressors. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 362-6. [\[CrossRef\]](#)
40. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 328-32. [\[CrossRef\]](#)
41. Ruhl C, Moran B. The clinical content of preconception care: preconception care for special populations. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 384-8. [\[CrossRef\]](#)
42. Frey KA, Navarro SM, Kotelchuck M, Lu MC. The clinical content of preconception care: preconception care for men. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 389-95. [\[CrossRef\]](#)
43. Saracoglu A, Ergun B. Composition of some herbal slimming tea preparations marketed in Turkey and their possible adverse effects. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2006; 26: 355-63.
44. Gencoglu N, Pekiner FN, Gumru B, Helvacioğlu D. Periapical status and quality of root fillings and coronal restorations in an adult Turkish subpopulation. *Eur J Dent* 2010; 4: 17-22.
45. Ereş G, Sarıbay A, Akkaya M. Periodontal treatment needs and prevalence of localized aggressive periodontitis in a young Turkish population. *J Periodontol* 2009; 80: 940-4. [\[CrossRef\]](#)
46. Toygar HU, Seydaoğlu G, Kurklu S, Guzeldemir E, Arpak N. Periodontal health and adverse pregnancy outcome in 3,576 Turkish women. *J Periodontol* 2007; 78: 2081-94. [\[CrossRef\]](#)
47. Yüksel İ, Akadlı Ergöçmen B, Çağatay P. [Status of Women]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK. [Turkish Population and Health Survey (TNSA)-2008]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.p. 189-203.

48. Ertug S, Okyay P, Turkmen M, Yuksel H. Seroprevalence and risk factors for toxoplasma infection among pregnant women in Aydin province, Turkey. *BMC Public Health* 2005; 5: 66. [\[CrossRef\]](#)
49. Inci M, Yağmur G, Aksebzeci T, Kaya E, Yazar S. [The Investigation of Toxoplasma gondii Seropositivity in Women in the Kayseri Province.] *Turkiye Parazitoloj Derg* 2009; 33: 191-4.
50. Kurtuluş Yiğit E, Tezcan S, Tunçkanat H. [Nutrition Status of Children and Mothers]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK. [Turkish Population and Health Survey (TNSA)-2008]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.p. 171-87.
51. Aydin C, Baloglu A, Yavuzcan A, Inci A. The effect of body mass index value during labor on pregnancy outcomes in Turkish population (obesity and pregnancy outcomes). *Arch Gynecol Obstet* 2010; 281: 49-54. [\[CrossRef\]](#)
52. Siega-Riz AM, Giannini C. Promoting healthy weight in women: what the physician can do to help. *N C Med J* 2009; 70: 449-53.
53. Galtier F, Raingeard I, Renard E, Boulot P, Bringer J. Optimizing the outcome of pregnancy in obese women: from pregestational to long-term management. *Diabetes Metab* 2008; 34: 19-25. [\[CrossRef\]](#)
54. Satpathy HK, Fleming A, Frey D, Barsoom M, Satpathy C, Khandalavala J. Maternal obesity and pregnancy. *Postgrad Med* 2008; 120: 1-9. [\[CrossRef\]](#)
55. Yiğit E, Yüksel İ, Türkyılmaz AS. [Basic Characteristics of Women]. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, TÜBİTAK. [Turkish Population and Health Survey (TNSA)-2008]. 1. Baskı. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi; 2009.p.57-8.
56. Botto LD, Lisi A, Robert-Gnansia E, Erickson JD, Vollset SE, Mastroiacovo P, et al. International retrospective cohort study of neural tube defects in relation to folic acid recommendations: are the recommendations working? *BMJ* 2005; 330: 571. [\[CrossRef\]](#)
57. Kondo A, Kamihira O, Ozawa H. Neural tube defects: prevalence, etiology and prevention. *Int J Urol* 2009; 16: 49-57. [\[CrossRef\]](#)
58. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Gagnon A, Langlois S, et al. Genetics Committee of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada and The Motherisk Program. Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29: 1003-26.
59. Erdogan MF, Erdogan G. [Endemic goiter and iodine deficiency disorders in the world and Turkey.] *T Klin J Med Sci* 1999; 19: 106-13.
60. Sağlam H, Büyükuysal L, Köksal N, Ercan I, Tarım O. Increased incidence of congenital hypothyroidism due to iodine deficiency. *Pediatr Int* 2007; 49: 76-9. [\[CrossRef\]](#)
61. Rashid M, Rashid MH. Obstetric management of thyroid disease. *Obstet Gynecol Surv* 2007; 62: 680-8. [\[CrossRef\]](#)
62. Kapoor N, Sankaran S, Hyer S, Shehata H. Diabetes in pregnancy: a review of current evidence. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2007; 19: 586-90. [\[CrossRef\]](#)
63. Kuru U, Turan O, Kuru N, Sağlam Z, Ceylan Y, Nurluoğlu M, et al. Prevalence of hepatitis B virus infection in pregnant Turkish women and their families. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1996; 15: 248-51. [\[CrossRef\]](#)
64. Atılgan R, Kavak SB, Celik A. [The ratio of hepatitis B and hepatitis C seropositivity in pregnant]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2009; 19: 34-7.
65. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. [Sexually Transmitted Infections]. [National Reproductive Health Care Guidelines] Cilt 1: Aile Planlaması ve Üreme Sağlığı, 4. Baskı. Ankara: Damla Matbaacılık; 2005.p.239-307.
66. Jonas MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver Int* 2009; 29: 133-9. [\[CrossRef\]](#)
67. Libbus MK, Phillips LM. Public health management of perinatal hepatitis B virus. *Public Health Nurs* 2009; 26: 353-61. [\[CrossRef\]](#)
68. Robinson JL, Lee BE, Preiksaitis JK, Plitt S, Tipples GA. Prevention of congenital rubella syndrome--what makes sense in 2006? *Epidemiol Rev* 2006; 28: 81-7. [\[CrossRef\]](#)
69. Aytaç N, Yapıcıoğlu AB, Çetinalp S, Kibar F, Karaömerlioğlu Ö. [Rubella seroprevalence of unvaccinated child-bearing age married women]. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6: 9-16.
70. Şener K, Kılıç A, Güney Ç, Açıkel CH, Gül HC, Başustaoğlu AC. [Rubella seroprevalence before expanded vaccination program]. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6: 371-4.
71. Oner S, Bugdayci R, Kurt AO, Ozturk C, Sasmaz T. [Tetanus seroprevalence among women 15-49 years old, in Mersin, Turkey.] *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28: 839-46.
72. Akın L. [Epidemiology of sexually transmitted infection: review.] *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2006; 26: 655-65.
73. Riskin-Mashiah S, Auslander R. Preconception care--when and what: the attitude of Israeli gynaecologists to preconception counseling. *Arch Gynecol Obstet* 2007; 275: 367-71. [\[CrossRef\]](#)
74. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. *Fam Pract* 2004; 21: 22-7. [\[CrossRef\]](#)
75. Wallace M, Hurwitz B. Preconception care: who needs it, who wants it, and how should it be provided? *Br J Gen Pract* 1998; 48: 963-6.
76. Frey KA, Files JA. Preconception healthcare: what women know and believe. *Matern Child Health J* 2006; 10: 73-7. [\[CrossRef\]](#)
77. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, Dyer AM, Shaffer ML. Women's preconceptional health and use of health services: implications for preconception care. *Health Serv Res* 2008; 43: 54-75. [\[CrossRef\]](#)

## GEBELİK ÖNCESİ BAKIM İÇİN ÖYKÜ FORMU - SAYFA I

### KÜNYE

### TARİH:

Adı Soyadı:

TC kimlik no:

Yaş (ve doğum tarihi):

Yaşadığı yer (adres)/telefon numarası:

Bağlı bulunduğu sağlık ocağı/Aile Sağlığı Merkezi:

Bağlı bulunduğu aile hekimi/kurum hekimi:

Hekimin telefonu (mümkünse):

Sağlık güvencesi:

Kan grubu: \_\_\_\_Rh\_\_

Eğitim düzeyi:

Meslek/Çalışma durumu:

Medeni durum:

Bekar  
Bekar-Sözlü  
Bekar-Nişanlı  
Evli/Dul

Akraba evliliği veya

Akraba evliliği planı

YOK  
VAR-birinci derece akraba (kardeş çocukları arasında)  
VAR-ikinci derece akraba (kardeş torunları arasında)

Çocuk

YOK  
VAR Sayısı:

Çocuk(ların) yaş(lar)ı \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Kendi sağlığını nasıl değerlendiriyor?

Çok iyi İyi Orta Kötü Çok kötü

### ÇOCUK SAHİBİ OLMA PLANI / AİLE PLANLAMASI

### Önümüzdeki 1 yıl içinde çocuk sahibi olmayı planlıyor musunuz?

EVET

Bekar/nişanlı/ sözlü

Ayrıntılı gebelik öncesi danışmanlık ver

Evli, hiç gebe kalmamış

Ayrıntılı gebelik öncesi danışmanlık ver

2 yaşından küçük çocuğu var

Gebelik aralığının en az 2 yıl olmasının önemini vurgula,  
Kontrasepsiyon öner ve aile planlaması danışmanlığı ver,  
Genel gebelik öncesi danışmanlık ver

3 veya daha fazla çocuğu var

Kontrasepsiyon öner, aile planlaması danışmanlığı ver  
Genel gebelik öncesi danışmanlık ver

Son 3 ay içinde düşük,  
ölüdoğum, dış gebelik var

En az 3 ay daha etkili kontrasepsiyon öner,  
Genel gebelik öncesi danışmanlık ver

Kadının yaşı <20  
veya >34

Yaşın gebelik için erken/geç olduğu konusunda uyar,  
Genel veya ayrıntılı gebelik öncesi danışmanlık  
ve/veya aile planlaması danışmanlığı ver

HAYIR

Bekar

CYBE riskini açıkla, erkek kondomu ile kontrasepsiyon öner,  
Aile planlaması danışmanlığı ver

Nişanlı/Sözlü

Kontrasepsiyon öner (erkek kondomunun görece yararını vurgula)  
Aile planlaması danışmanlığı ver

Evli/dul

Etkili bir kontrasepsiyon yöntemi kullanıp kullanmadığını sorgula  
Aile planlaması danışmanlığı ver

GEBELİK ÖNCESİ BAKIM İÇİN ÖYKÜ FORMU-SAYFA II		TARİH:	
ÖNCELİKLİ RİSK BELİRLEMESİ			
	EVET	HAYIR	PLAN
Bir hastalığı var mı?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemi/demir eksikliği</li> <li>• Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon öyküsü (HCV, HIV, gonore, sifilis, klamidy, HPV, genital herpes vb)</li> <li>• Sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü</li> <li>• Hepatit B taşıyıcılığı</li> <li>• Tiroid hastalığı</li> <li>• Diabetes mellitus/ kilo fazlası nedeniyle prediyabet</li> <li>• Hipertansiyon</li> <li>• Epilepsi</li> <li>• Depresyon, anksiyete, bipolar bozukluk, şizofreni</li> <li>• Tüberküloz</li> <li>• Kalp veya böbrek hastalığı</li> <li>• Sistemik lupus, romatoid artrit</li> <li>• Astım</li> <li>• Ağız-diş sağlığı sorunu(diş çürüğü, diş eti iltihabı, perodontit)</li> <li>• Diğer</li> </ul>			
Sigara kullanıyor mu?			
Pasif içiciliğe maruz kalıyor mu?			
Sürekli kullandığı ilaç var mı?			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirin/Coumadin</li> <li>• Akne tedavisi (tetrasiklin, retinoik asit türevi,örneğin roaccutane)</li> <li>• Diyabet ilacı (oral antidiyabetikler)</li> <li>• Tansiyon ilacı (Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri veya anjiyotensin reseptör blokerleri)</li> <li>• Kolesterol ilacı (statinler)</li> <li>• Epilepsi ilacı (valproik asit, fenitoin, karbamazapin)</li> <li>• Depresyon ilacı/Sakinleştirici (lityum, vb...)</li> <li>• Romatizma ilacı (metotreksat, nonsteroidal antiinflatuvar)</li> <li>• Diğer</li> </ul>			
Son 1 ay içinde ilaç kullandı mı? (aspirin, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu, balgam söktürücü, mide yakınması için ilaç, antibiyotik, vb...)			
Reçetesiz/danışmadan ilaç alıp kullandığı olur mu? (aspirin, ağrı kesici, grip ilacı, öksürük şurubu, balgam söktürücü, mide yakınması için ilaç, antibiyotik, vb...)			
Vitamin, zayıflama çayı, bitkisel ürün, herhangi başka bir takviye kullanıyor mu?			
İşyerinde karşılaştığı bir kimyasal/zararlı madde var mı? (kuru temizleme, laboratuvar ve basımevi kimyasalları; çözücüler, kurşun, radyasyon, civa, bisfenol A, tarım ve haşere ilaçları, vb...)			
Evde karşılaştığı bir zararlı madde olabilir mi? (Cam/kumaş boyama; iç/dış cephe boyaları; vernik ve cilalar; böcek ve haşere ilaçları; fırın temizleyici; gümüş parlatici, vb...)			
Evde beslenen hayvan var mı?/Hayvancılıkla uğraşılıyor mu?			
Ruhsal bir sıkıntısı/canını sıkan bir durum var mı?			
Eşi/ev ortamı/iş arkadaşlarıyla ilişkilerinde bir sıkıntı var mı?			
Erken doğum öyküsü var mı?			
>3 kez düşük öyküsü var mı?			
Preeklampsi öyküsü var mı?			
Sezaryen öyküsü var mı?			
Özürümlü çocuğu var mı?			

### Saptanan riske uygun danışmanlık ver

#### GEBELİK ÖNCESİ BAKIM İÇİN ÖYKÜ FORMU-SAYFA III

AŞILAR				TARİH:		
AŞI	DAHA ÖNCE AŞILANDI		AŞILANMADI	TAM	HİÇ AŞILANMADI	PLAN
	YAPILAN	YAPILDIĞI	HASTALIĞI	BAĞIŞIK	(EKSİK KALAN	
	DOZ SAYISI	SON TARİH	GEÇİRDİ		DOZ SAYISI)	
Tetanoz						
Hepatit B						
Kızamıkçık*						
Kızamık						
Kabakulak						
Suçiçeği						
Başka riskler nedeniyle aşılama varsa belirtiniz: _____						
* Aşılamadan sonra en az üç ay gebe kalınmaması gerektiğini hatırlat.						

#### BABA ADAYINA (EŞE) AİT ÖYKÜ

TARİH:

Eşinin adı soyadı:						
Eşinin yaşı:						
Eşinin mesleği/çalışma durumu						
Eşinin kan grubu	___Rh___	Kan uyumsuzluğu riski	VAR	YOK		
Eşinin sağlığını nasıl değerlendiriyor?	Çok iyi	İyi	Orta	Kötü	Çok kötü	
Eşinde önemli hastalık/alışkanlık/ilacı						PLAN
Talasemi taşıyıcılığı	VAR			YOK		
Hepatit B taşıyıcılığı	VAR			YOK		
Hepatit C	VAR			YOK		
HIV	VAR			YOK		
Cinsel organda akıntı, kaşıntı, yara	VAR			YOK		
İdrar yolu enfeksiyonu	VAR			YOK		
Tüberküloz	VAR			YOK		
Sigara bağımlılığı	VAR			YOK		
Alkol bağımlılığı	VAR			YOK		
Şiddet uygulama eğilimi	VAR			YOK		

#### AİLE ÖYKÜSÜ

<b>Kendi ailesinde/Eşinin ailesinde genetik veya önemli hastalık/sakatlık/özürlülük var mı?</b>						
Mental retardasyon, Down sendromu veya başka kromozom anomalisi, pıhtılaşma bozukluğu (hemofili, vb...) sağırılık, körlük, nöral tüp defekti, ailesel kanser sendromları, yarı damak/dudak, talasemi veya talasemi taşıyıcılığı, orak hücreli anemi, kalp defektleri, kistik fibroz, kas distrofi vb...						
YOK	VAR	BELİRTİNİZ: _____		PLAN: _____		

#### FARKINDALIK YARATILMASI GEREKEN KONULAR

TARİH:

<b>Anne adayının aşağıdaki sağlık göstergelerinin ayırında olup olmadığını değerlendir, bunları bilmenin ve kontrol etmenin ana/çocuk sağlığı açısından önemine ilişkin danışmanlık ver.</b>						
<b>ANNE ADAYININ FARKINDALIĞI</b>			<b>EVET</b>	<b>HAYIR</b>	<b>PLAN</b>	
Kilosunu biliyor mu?						
Boyunu biliyor mu?						
Sağlıklı kilo değerini (beden kitle indeksini) biliyor mu ve hesaplayabiliyor mu?						
Tansiyon değerini biliyor mu?						

GEBELİK ÖNCESİ BAKIM İÇİN FİZİK MUAYENE VE TETKİK FORMU-SAYFA IV					
FİZİK MUAYENE			TARİH:		
BULGULAR			DÜŞÜNCELER VE PLAN		
Kilo	:	_____ kg			
Boy	:	_____ cm			
BKİ	:	_____ kg/m <sup>2</sup>			
Tansiyon	:	____/____ mmHg			
Nabız	:	____/dakika	Ritmik	Aritmik	
Anemi bulguları (varsa)	:	_____			
Akciğer ve kalp oskültasyonu	:	_____			
Diğer sistem muayeneleri	:	_____			
AÇSAP Aile Planlaması Hizmet Rehberindeki Vulvovajinit/Servisit/Üretrit Şemasını uygulayarak genital muayene					
TEKRARLI DANIŞMANLIK VERİLMESİ GEREKEN KONULAR			TARİH:		
<i>Her fırsatta sağlıklı beslenme, fizik aktivite ve sigara konusunda basit mesajlar içeren danışmanlık ver, içeriğini not ederek sonraki danışmanlıklarda aynı mesajı tekrar hatırlat ve eksik yönleri tamamla.</i>					
DANIŞMANLIK		ANNE ADAYINA	BABA ADAYINA	İÇERİK	
Genel beslenme danışmanlığı verildi (Folik asit, demir, kalsiyum-D vitamini, iyot tüketimi ve iyotlu tuz kullanımı mutlaka hatırlatılmak kaydıyla)					
Fizik aktiviteyi artırmaya yönelik danışmanlık verildi					
İdeal kiloya ulaşmaya (zayıflamaya/kilo almaya) ve bu kiloyu korumaya yönelik danışmanlık verildi					
Sigara bırakma danışmanlığı verildi					
Pasif içiciliği önlemeye yönelik danışmanlık verildi					
TETKİKLER					
TETKİKLER (HER KADINDA)		TARİH	TETKİK SONUCU	KARAR	PLAN
Açlık (ve gerekirse tokluk) kan glukozu					
Hematokrit					
TSH					
AntiHBs ve HBs Ag (hepatit için tam aşı/bağışık olduğunu bilenler hariç)					
Anti-Rubella IgG (kızamıkçık için tam aşı/bağışık olduğunu bilenler hariç)					
HEKİMİN UYGUN GÖRDÜĞÜ DİĞER TETKİKLER (VE GEREKÇESİ)					
TAKVİYELER VE TEDAVİLER					
	EVET / İÇERİK	BAŞLANDIĞI TARİH	HAYIR	GEREKÇE	PLAN
Folik asit başlandı					
Demir başlandı					
Kalsiyum başlandı					
Diğer (D vitamini, multivitamin,vb)					
Tedavi başlandı (Diyabet, hipotiroidi, cinsel yola bulaşan hastalık vb...)					