

Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi

The Place and Importance of Preconception Care and Counseling in Women's Lives

ANAHTIR COŞKUN*

Geliş Tarihi: 31.01.2012, Kabul Tarihi: 20.02.2012

ÖZET

Gelişmiş ülkeler dahil dünyada pek çok gebelik plansız olmaktadır. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları doğacak olan bebeğin kaderini belirlemektedir. Prekonsepsiyonel bakım kavramı, gelişmiş ülkelerde yaklaşık otuz yıl önce kötü obstetrik sonuçları önlemek amacıyla gündeme gelmiştir. Konsepsiyon öncesi dönemde anne ve baba adayının sağlığını geliştirmeyi öngören bu yaklaşım, sağlıklı gebeliğe ve sağlıklı bebeğe ulaşmak için gebelik öncesi birtakım girişimleri kapsar. Çağdaş yaklaşımda birincil bakım hizmetlerinde yer alması öngörülen bu hizmetin, sadece çocuk sahibi olmayı planlayan çiftler için değil, doğurganlık çağındaki her kadına yaşam boyu sunulması gereken bir hizmet olarak tanımlanmıştır. Ülkemizde bu değişimi sağlayacak olan ekip, ilgili alanlarda görev yapan sağlık personelidir. Onların bu konuda farkındalıklarını artırmak, kapsamlı hizmet sunabilecek yetkinliğe ulaşabilmelerini sağlamak için eğitim ve danışmanlığa gereksinimleri vardır. Bu makalede prekonsepsiyonel bakım, kapsamı ve yararları, değerlendirme kriterleri, hizmet modelleri ve sağlık personelinin sorumluluğu ele alınacaktır.

Anahtar sözcükler: Prekonsepsiyonel bakım; danışmanlık; sağlık personeli; hizmet modeli.

ABSTRACT

Many pregnancies in the world, including those in developed countries, are unplanned. The health of a woman and her partner before pregnancy may determine the fate of the baby. The concept of preconception care emerged about thirty years ago in developed countries in order to prevent poor obstetric outcomes. This approach focuses on improving the health of expectant mothers and fathers before conception and includes a number of pre-pregnancy initiatives to achieve a healthy pregnancy term and healthy baby. This modern primary-care service must be available to all women in their reproductive ages, not only for couples who are planning to have children. The healthcare providers working in related fields are on the team that will make this change in Turkey. They need education and counseling to increase their awareness of this issue and to ensure they are competent in order to offer a comprehensive service. The scope and benefits of preconception care, evaluation criteria, health service models, and the responsibility of healthcare providers will be addressed in this article.

Key words: Preconception care; counseling; healthcare provider; health service model.

Gelişmiş ülkeler dahil dünyada gebeliklerin çoğu plansız olmaktadır. Oysa gebelik öncesi kadın ve eşinin sağlık durumu ve sağlık alışkanlıkları doğacak olan bebeğin sağlığını ve kaderini belirlemektedir. Gebelikler ister planlı isterse plansız olsun gebelik öncesi bir hazırlık söz konusu değil ise anne ve yenidoğanın sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir.^[1-4]

1980 sonrası dünyada eğitim düzeyi yüksek çiftlerin doğurganlığa bakış açısı değişmiştir. Bunun yansıması ülkemizde de görülmeye başlamıştır. Gebeliklerini ileri yaşlara erteleyen, çocuk sayılarını sınırlamak ve bilinçli ebeveyn olmak isteyen çiftler, gebelik zamanını planlama ve sağlıklı bebek sahibi olma konusunda ciddi arayış içindedirler ve danışmanlık alma gereği

duymaktadırlar.^[5-8] Yine ülkemizde, bölgesel farklılıklar olmasına rağmen son yıllarda kadının evlilik ve ilk anne olma yaşı ile en yüksek doğurganlık hız aralığı daha ileri yaşlara ertelenmektedir. Ancak dünyada ve ülkemizde hala plansız ve adolesan gebelikler mevcuttur.^[5,9]

Green-Raleigh ve arkadaşlarının^[2] Güney California'da 1998-2000 yılları arasında yürüttükleri uzunlamasına çalışmada, en geç bir yıl içinde gebe kalmayı planlayan kadınların aldıkları danışmanlık hizmeti ile önemli ölçüde olumlu sağlık davranışı geliştirebildikleri saptanmıştır. Araştırma, farklı etnik köken, eğitim ve gelir düzeyine sahip 18-40 yaş arasındaki toplam 2886 kadın ile yürütülmüştür. Çalışmada "gebeliği hemen (en az bir yıl içinde) planlamak isteyen", "gebeliği daha sonra planlamak

* A Coşkun, Prof. Dr.
Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu
Güzelnahçe sok. No.20 Nişantaşı, İstanbul
Tel: 0212 311 26 00 Faks: 0212 311 26 02
e-posta: coskunano@yahoo.com

isteyen” ve “gebelik planlamayan” olmak üzere üç farklı gruptaki kadına gebeliğe ilişkin birtakım istendik sağlık davranışı konusunda danışmanlık verilmiştir. Daha sonra gruplar aralarındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile karşılaştırılmıştır. Gebelik istemeyen grup referans alındığında en az bir yıl içinde gebelik planlayan grubun sigara [Odds Ratio (OR)=0.64] ve alkolü bırakma (OR=1.39), folik asit dahil multivitamin alma (OR=1.41), sağlık bakımı hizmeti kullanma ve sağlıklı çocuk profesyonelinden danışmanlık alma (OR=1.64) açısından daha iyi durumda oldukları saptanmıştır.^[2]

Doğurganlık çağındaki tüm kadınların olumlu sağlık davranışı geliştirmeleri için danışmanlığa gereksinimleri vardır. Kadınlarla sürekli iletişim içinde olan sağlık personelinin, sağlıklı yaşam ve gerekleri ile sağlık kontrolünün önemi konularında açık ve net mesaj vermesi önemlidir. Sağlıklı gebelik ve sağlıklı çocuk sahibi olmanın yolu sadece gebelik döneminde yeterli bakım alma ile sınırlı değildir. Gebelik oluşmadan öncesi davranış değişikliği yaratabilmiş çiftlerin daha sağlıklı bebek sahibi olma şansları önemli ölçüde artmaktadır.^[8,10,11] Bu bağlamda anne ve baba adayının daha çocuk sahibi olmayı planlarken yapması gerekenler vardır. Bu makalede, çiftlere konsepsiyon öncesi, kadına da yaşam boyu dikkat etmesi gerekenler ve olumlu sağlık davranışları ile ilgili konular ve sağlık personelinin prekonsepsiyonel bakıma ilişkin danışmanlık ilke ve uygulamaları ele alınacaktır.

Prekonsepsiyonel Bakım Kavramı ve Tarihsel Süreç

“Prekonsepsiyonel (PC) bakım” kavramı, ABD’de yaklaşık otuz yıl önce kötü obstetrik sonuçları önlemek üzere koruyucu bir yaklaşım olarak tanımlanmış bir kavramdır. 1980’li yıllarda konjenital anomalisi ve genetik bozukluğu olan, düşük doğum tartılı, morbidite ve mortalite oranları yüksek yenidoğanlar dünyaya geldiğinde koruyucu bir önlem olarak öne sürülmüştür. 1990 yılında ABD’de “Halk Sağlığı Hizmetleri” uzmanlar toplantısında PC bakımı, birincil bakım hizmetlerinin bir parçası olarak kabul edilmiş ve bileşenleri tanımlanmıştır. 1995 yılından sonra Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Kongresi (American Congress of Obstetricians and Gynecologists=ACOG), Amerikan Pediatri Akademisi (American Academy of Pediatrics=AAP) ve “March of Dimes Vakfı” tarafından prekonsepsiyonel bakım çalışma grupları, bakım ve tarama ölçütleri geliştirilmiştir.^[9,12,13] Günümüzde gelişmiş ülkelerdeki pediatri, neonatal, kadın-doğum, kadın sağlığı, halk sağlığı ile ilgili kurum ve kuruluşlar, bu hizmeti kadın sağlığı hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul etmektedir.^[12,14] Son 15 yıldan bu yana Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Center for Disease Control and Prevention=CDC), prekonsepsiyonel bakımın standartlarını belirlemiş, araştırmaları desteklemiş, hizmetlerin iyileşmesi, kurumsal yapılanma, sivil toplum kuruluşları ile işbirliği konularında çaba sarf etmiş, medya ve internet bilgi ağlarını güçlendirmiştir.^[15,16] Ne yazık ki, ülkemizin sağlık sisteminde henüz bu konuda kurumsallaşmış bir yaklaşım ve uygulama mevcut değildir.

Prekonsepsiyonel dönemdeki sağlığı geliştirmeyi öngören bu yaklaşım, sağlıklı gebeliğe ve sağlıklı bebeğe ulaşmak için gebelik öncesi uygulanan birtakım girişimleri kapsamaktadır.^[12,17,18] Anne ve baba adaylarının sağlıklı olması dışında organogenesis, konsepsiyondan sonraki 17-56. günlerde gerçekleştiğinden gebelik fark edilmeden kullanılan ilaçlar, geçirilen viral enfeksiyonlar vb. teratojenler, normal hücre oluşumunu ve farklılaşmayı engelleyerek doğum defektlerine yol açabilmektedir.^[14] Bu açıdan da gebe kalmadan önce alınan “prekonsepsiyonel bakım” önem taşımaktadır. Konsepsiyon öncesi uygun eğitim ve danışmanlık hizmeti alan kadınların, düzenli antenatal kontrole gitme alışkanlığı edindikleri ve gebeliklerini daha sağlıklı geçirdikleri kanıtlanmıştır.^[9,14]

Sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebek sahibi olmaya hazırlıkta CDC tarafından öngörülen temel adımlar Tablo 1’de verilmiştir.^[19]

Tablo 1: Sağlıklı Gebelik ve Sağlıklı Bebek Sahibi Olmaya Hazırlıkta Temel Adımlar

- Doğumsal defektlerden korunmak için gebe kalmadan en az 1 ay önce (3 ay öncesi başlanabilir) her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alınması
- Sigara ve alkol kullanımına son verilmesi
- Herhangi bir tıbbi rahatsızlık (astım, diyabet, obezite, epilepsi, hipertansiyon, enfeksiyon hastalıkları, vb.) söz konusu ise kontrol altında olduğundan emin olunması
- Aşılama durumunun eksiksiz (güncel) olduğundan emin olunması
- Kullanılan reçeteli ve/veya reçetesiz (bitkisel) tüm ilaçlar hakkında sağlık profesyonellerinin görüşünün alınması
- Evde ve çalışma ortamındaki enfeksiyona neden olabilecek toksik madde ya da materyallere temastan kaçınılması
- Kimyasallardan ve kedi ya da fare pisliğinden uzak durulması

Doğurganlık Bilinci Kazanma

Doğurganlık Bilinci (Fertility Awareness), kadın ve erkek üreme organ yapı ve fonksiyonları arasındaki ilişkiyi ve buna bağlı olarak doğurganlık işlevini bilmek şeklinde tanımlanır. Bu bilgiler, bir kadının doğurganlık dönemi ile kadın ve erkeğin üreme süreçlerini kapsayan temel bilgilerdir.^[20,21]

Dünyada bu kavram, “Doğal Aile Planlaması (Natural Family Planning)” ile gündeme gelmiş ve birey/çiftin bedenlerini tanımları, doğurganlık bilinciyle fertil-infertil dönemlerini fark ederek doğurganlıklarını düzenlemeleri biçiminde tanımlanmıştır.

Doğurganlık bilincinin dayandığı temel nokta, kadının menstrual siklusu boyunca fertil (doğurgan) dönemin belirlenmesidir. Menstrual siklus, adet ilk gününden bir sonraki adet ilk gününe kadar geçen süreci tanımlar. Bu süreçte, hormonal değişikliklere bağlı olarak kadın bedeninde bir takım gözlemlenebilen ve hissedilebilen fizyolojik değişiklikler olur. Bu bilgiler gebe kalmak ya da gebelikten korunmak için kullanılabilir.^[21,22]

Yapılan çalışmalar, dünyada ve ülkemizde çiftlerin doğurganlık bilincine sahip olma, gebeliklerini planlama, gebeliğe fiziksel ve psikososyal yönden hazırlanma konularında yeterli bilgiye sahip olmadıklarını göstermektedir.^[5,7] Prekonsepsiyonel danışmanlıkta çifte bu konuda bilinç kazandırılmaktadır. Günümüzde fertil dönemi belirlemek için çok çeşitli yöntemler mevcuttur. En fazla kullanılanlar arasında; servikal mukus yöntemi ya da “Bilings ovulasyon metodu”, “Creighton model”, “sempto-termal yöntem”, çift-kontrol (double-check) yöntemi”, “kimyasal ve hormonal analizler (idrarda ve kanda LH ve estradiol düzeyleri, tükürük testi)”, “clearblue easy fertility” ve “Persona” gibi elektronik fertilitite monitörleri sayılabilir.^[20,21,23-25]

Prekonsepsiyonel Değerlendirme

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık için başvuran anne ve baba adayları, aşağıdaki parametreler doğrultusunda değerlendirilmeli ve konsepsiyon öncesinde gerekli önlemler alınmalıdır.

İleri anne yaşı: Kadının 35 yaşın üstünde olması hipertansiyon, kronik hastalık ve Down sendromu olasılığı gibi maternal ve fetal riskleri artırır.^[18]

İleri baba yaşı: Erkeğin 55 yaşın üstünde olması, fetal risk açısından Down sendromu ve ekstremitelere yönelik konjenital malformasyon prevalansını artırır.^[26]

Anne beden kitle indeksi (Body mass index=BMI): Obezite (beden kitle indeksinin 25 kg/m²'nin üzerinde olması) maternal risklerde ciddi artışa neden olur. Aday, gebelik öncesi bu sorunu gidermeli ya da gebeliğini diyetisyen eşliğinde kilo alımını sınırlı tutarak sürdürmelidir.^[12]

Gebelik aralığı: 18 aydan kısa ve 59 aydan uzun aralıklı gebeliklerde preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskinde artış görülebilir.^[5]

Akraba evliliği: Ülkemizde bölgesel ve yerleşim yerlerine özgü farklılık göstermesine rağmen akraba evliliklerinin sıklığı %22 civarındadır. Bu da genetik geçişli hastalıkların epidemiyolojisini önemli ölçüde etkileyebilmektedir.

Maternal sigara kullanımı: 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre ülkemizde sigara içen kadın

oranı %22.42'dir. Sigarada en az 2000 çeşit kimyasal madde bulunmaktadır. Bunlardan karbonmonoksit ve nikotin olumsuz fetal etkinin birinci derecede sorumlularıdır. Nikotinin plasental geçişi çok yüksek orandadır. Buna ilaveten karbonmonoksit fetüsün oksijen kullanımını azaltmaktadır. Sonuçta sigara kullanan annelerin kendi dokularında ve fetüste oksijen kullanımı ciddi derecede engellenmektedir. Bunun yanı sıra sigara, düşük doğum tartılı yenidoğan, plasenta previa, ablasyo plasenta, perinatal kayıp, erken membran rüptürü, yenidoğanda işitme sorunları, astım gibi kronik akciğer hastalıkları, davranış bozuklukları, ani bebek ölümleri gibi çok çeşitli riskleri de beraberinde getirmektedir. Baba adayının da sigara kullanımı, sperm morfolojisini olumsuz etkiler. Anne ve baba adayının sağlıklı gebelik ve sağlıklı yenidoğana sahip olabilmesi için sigara alışkanlığını konsepsiyon öncesi bırakması önemlidir.^[4,9,18,27]

Alkol kullanımı: Kadın ve erkeğin konsepsiyon öncesi alkol tüketimi, germ hücreleri üzerine olumsuz etki yaratır. Gebelikte alkol kullanımı fetüsün de bunu tüketmesi anlamına gelir. Gebelikte alkol kullanımının güvenilir sınırı tanımlanmamıştır. Haftada 8-10 bardaktan fazla alkol tüketiminin, spontan abortus riskini artırdığı, fetal metabolizmayı doğrudan etkileyerek hipoksiye neden olduğu ve birtakım teratojenik etkiler yarattığı bilinmektedir. Ayrıca, kronik alkolik gebelerin çocuklarında “fetal alkol sendromu” görülmektedir. Konsepsiyon öncesi bu konuda farkındalık yaratmak ve varsa bağımlılığın giderilmesine çalışmak önemlidir.^[9,27]

Teratojenlere maruz kalma: Kadın ve erkeğin evde ya da iş yerinde toksik, zararlı madde, kimyasal ajan, viral enfeksiyon, kedi-fare pisliği vb. teratojenlere maruz kalması, özellikle gebelik öncesi ve gebeliğin ilk 8 haftasında (organogenez aşaması) çok önemli embriyonal-fetal sorunlara neden olabilir. Ebeveyn adaylarının bu konuda bilinçli olması ve teratojenlerden uzak durması önemlidir.^[3,26,28] Bazı toksik maddeler Tablo 2'de verilmiştir.

İlaç kullanımı: Prekonsepsiyonel dönemde kadının kullandığı veya kendisine reçete edilen ilaçlar hakkında öyküsü alınmalıdır. Çünkü bazı ilaçlar, konjenital defektlere neden olabilir. Bu nedenle gebelik planlanırken bu konuda da hekimden danışmanlık alınmalıdır.^[3,29] ABD Gıda ve İlaç Dairesinin (Food and Drug Administration=FDA) gebeliğe ilişkin belirlediği bazı ilaç türleri ile ilgili sınıflandırma mevcuttur (Tablo 3).^[3]

Genetik hastalık taranması, testler: Kadın ve erkeğin aile öyküsünde riskli bir durum varsa ya da akraba evliliği söz konusu ise konsepsiyon öncesi genetik yönden değerlendirilmelidir. Soyağacı çizilmeli, gerekli inceleme ve testler yapılmalı, sonuçlar ve bebeklerinde söz konusu olabilecek anomali olasılığı çift ile paylaşılmalıdır.^[30]

Kronik, metabolik hastalıkların yönetimi: Kadının mevcut kronik ve metabolik hastalıkları, gebelik öncesi düzenlenmelidir. Mevcut hastalıkları kontrol altında tutmak önemli olduğu kadar

kadının önceden farkına varmadığı, örneğin hipertansiyon, tirodit gibi bazı sağlık sorunlarının da tanınıp tedavisi gerekmektedir. Bu nedenle gebelik planlayan çift, özellikle de kadın tam bir fizik muayeneden geçirilmelidir.^[18,30]

Tablo 2: Teratojen Maddeler

• Organik kimyasal solventler (yapıştırıcı, boya, leke çıkarıcı vb. maddeler sperm sayısı, hareketliliği ve morfolojisini de olumsuz etkiler)
• Pestisitler (tarım, böcek ve haşere ilaçları)
• İyonize ve noniyonize radyasyon (radar, cep telefonu, kablosuz ağlar vb. manyetik alanlar testisleri, sperm üretimini ve kalitesini olumsuz etkiler)
• İlaç-madde kullanımı ve bağımlılığı
• Toksoplazmozis, diğerleri (Sifiliz, Varisella vb.), Kızamıkçık, Sitomegalovirüs, Herpes Simpleks (Toxoplasmosis, Others, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex=TORCH) enfeksiyonları, İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü/Edinsel Bağışıklık Yetmezliği Sendromu (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immuno Deficiency Syndrome=HIV/AIDS) ve diğer cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar
• Kurşun, civa, organik/inorganik mangan ve bor (ağır metaller fetüste nörolojik ve böbrek anomalilerine neden olabilir; deniz dibinde beslenen bazı balık türlerinde ağır metaller bulunmaktadır)
• Fiziksel ajanlar (ısı, sürtünme, sıkı ve dar iç çamaşır giyme, 4 saatten daha uzun süreli araba kullanma sperm sayısı, morfolojisi üzerinde olumsuz etki yaratmaktadır)

Tablo 3: Bazı İlaçlar ve Risk Sınıfı

Bazı ilaç türleri	Risk Sınıfı
Antikonvulsanlar	C ve D
Antitirod	D
Antineoplastik	D ve X
Antilipemik	X (kemik malformasyonu)
Trankilizanlar	D/Lithium
Retinoidler	X/Roakutan
Penicillamine	D/Romatoid artrit
İmmunolojik	X
Talidomid	X
A-Kesinlikle risk yok, B-Olası risk yok, C-Olası risk var, D-Fetüs için zarar yararıdan fazla, X-Gebelik için uygun değil.	

Diyabetik bir kadının prekonsepsiyonel bakımda kan şekerinin

düzenlenmesi (normogliseminin sağlanması) konjenital anomali, makrosomi ve komplikasyon insidansını önemli ölçüde azaltmaktadır.^[3] Hipertansiyon, gebelik öncesinde kontrol altına alınmış olmalıdır. Kanama ve pıhtılaşma bozuklukları, enfeksiyon hastalıkları, böbrek, epilepsi, astım vb. hastalıkların yönetimi konsepsiyon öncesi yapılmalıdır.

Hiperfenilalaninemi (fenilketonuri) yönetimi, gebelik öncesi ve süresinde fetüs ve yenidoğana teratojenik etkisi nedeniyle büyük önem taşır. Fenilalanin, vücutta üretilen çeşitli proteinlerin yapı taşı olan temel bir aminoasittir. Fenilketonüri, aileden resesif kalıtım yoluyla geçen bir hastalıktır. İki cinsiyette de eşit oranda görülür. Nedeni, bir aminoasit olan fenilalanini dönüştürecek enzimin (fenilalanin hidroksilaz) eksikliğidir. Bu eksiklik sonucu hücrelerde dönüşümü gerçekleşmeyen fenilalanin kanda yüksek düzeyde birikir ve beyin hücrelerine zarar verir. Hiperfenilalaninemi, yenidoğanda konvulsiyon, statik motor disfonksiyonu, mental gerilik, mikrosefali, gelişme geriliği, konjenital kalp hastalığı, anemi gibi birçok önemli sağlık sorunlarına yol açar. Prekonsepsiyonel izlemlerde tanınan bu sorunun yönetiminde hedef diyet ile kan fenilalanin düzeyinin 100-120 mikrogram/dl'de tutulması öngörülmektedir. Kan fenilalanin düzeyi haftada iki kez kontrol edilir. İstenen düzeye ulaştıktan sonra gebeliğe izin verilir. Gebelik süresince de izlem ve bakım sürdürülmelidir.^[9]

Aile içi şiddete maruz kalma: Kadına yönelik şiddet, her toplumda ve her koşulda gerçekleştirilebilen evrensel bir sorundur. Gebelikte şiddet, hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakkı ihlali olup, fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet gibi çok yönlü boyutları vardır. Sağlık çalışanı prekonsepsiyonel danışmanlık sırasında bunu da araştırmalı ve ipuçlarını değerlendirip gerekli girişimleri planlamalıdır.^[31]

Psikososyal değerlendirme: Depresyon, anksiyete, şizofreni, bipolar bozukluklar gebelikte ve lohusalıkta şiddetlenen hastalıklardır. Bu nedenle çiftler gebelik öncesi bilgilendirilmelidir. Çiftlere bazı psikiyatrik sorunların multifaktöryel kalıtım geçişi olabileceği hatırlatılarak planlamayı düşündükleri gebelik üzerine bir kez daha düşünmeleri sağlanmalıdır.^[32]

Ekonomik durum: Maddi yetersizliğe sahip olma, çeşitli nedenlerle genel sağlık bakımı ve gebelikte antenatal bakım alamama durumları söz konusu ise sosyal yardım sistemlerini harekete geçirmek konusunda başvurana yol gösterilmelidir.^[12]

Annenin Gebeliğe Hazırlığı

Folik asit kullanımı: 1960-1970'li yıllarda gerçekleştirilen epidemiyolojik çalışmalar, prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımının, konjenital kalp defekti insidansı ve nöral tüp defektini %75-80 oranında (7-8 kez) azalttığını saptamıştır.^[9] Bu sorundan korunmak için gebelik planlayan kadının, gebe kalmadan en az 1 ay önce (önerilen 3 ay), her gün 400 mikrogram (0.4 mg) folik asit alması öngörülmektedir.^[9,33,34] Gebelik sonrası

da üç ay süre ile her gün aynı dozda devam etmesi önerilmektedir. Günümüzde bu uygulama sağlık kuruluşlarında rutin hale gelmiştir. Ancak, bilgi yetersizliği ya da plansız gebeliklerde kadınlar ne yazık ki bu fırsatı kaçırabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde folik asit kullanımına ilişkin yeni yaklaşımlar gündeme gelmiş ve doğurganlık çağındaki kadının sosyal-ekolojik model ile folik asit kullanımını desteklenmiştir.^[14,17] Bu modelde, aktif bilinçlenmenin dışında halk sağlığı yaklaşımıyla doğurganlık çağındaki kadınlara “pasif uygulama” adı altında tüketilen gıdalara folik asit eklenerek günlük ihtiyacı karşılama yoluna gidilmiştir. Bu sayede folik asit kullanım oranı %20’den %80’e yükseltilebilmiştir. Bu model, toplum sağlığına yeni bir bakış kazandırmış ve yerel yönetimler, çevresel faktörler, medya, lobi ve kampanya faaliyetleri harekete geçirilmiştir. Günümüzde toplum sağlığı yaklaşımı olarak doğurganlık çağındaki her kadının günde 400 mikrogram folik asit alması önerilmektedir. FDA da bu bakış açısını desteklemek üzere tahlil ürünlerinin 100 gramına 140 mikrogram folik asit eklenmesini karara bağlamıştır.^[17] Önceki gebeliğinde kötü obstetrik öyküye sahip kadınlar için folik asit günlük dozu 4000 mikrogram (4-5 mg)’a kadar artırılabilir.^[35]

Bağışıklanma: Prekonsepsiyonel dönemde annenin aşılama durumunun güncelliği değerlendirilmelidir. Gebelik döneminde aşılamanın önemli amaçlarından biri, yenidoğanın pasif immünizasyonla korunmasını sağlamaktır. Ancak, gebelik döneminde aşılama çok gebelik öncesi bağışıklama tercih edilmelidir. İdeal olan doğurganlık dönemindeki tüm kadınların kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tetanoz, difteri ve poliomiyelite karşı aşılama olmasıdır.

Tetanoz immünizasyonu gebeliğin 2. ve 3. trimesterlerinde yapılabilmektedir. Ancak “rubella=kızamıkçık” immünizasyonunun gebelikten 3 ay önce tamamlanmış olması gerekmektedir. Bu uygulama tüm canlı aşılama için geçerlidir. Yani canlı aşı uygulamalarında immünizasyon sonrası kadına 3 ay içinde gebe kalmaması söylenmelidir. Yukarıda belirtilen enfeksiyonların gebelik sırasında geçirilmesi, spontan düşük, preterm doğum, fetal anomali, fetal morbidite ve mortalitede artışa yol açmaktadır.

Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık Hizmetleri

Prekonsepsiyonel bakımın yararları Tablo 4’te verilmiştir. Prekonsepsiyonel bakım, bu dönemdeki anne ve baba adayının yukarıda belirtilen minimum değerlendirme kriterleri doğrultusunda tanımlanıp gebelik öncesi gerekli girişimlerin planlanmasıdır. Bunun yanı sıra dengeli beslenme, beden kitle indeksini düzenleme, bağışıklanma, doğurganlık bilinci kazanma, folik asit kullanma, sigara, alkol ve zararlı maddelerden uzak durma, kronik ya da metabolik hastalıkları yönetme vb. sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların kazandırılmasına özen gösterilmelidir. Bakım almada ekonomik yetersizlik, sağlık güvencesi yokluğu ve kadına yönelik şiddet gibi sosyo-kültürel-

ekonomik riskler de dikkate alınmalı ve çözüm stratejileri belirlenmelidir.^[11,14,26]

Tablo 4: Prekonsepsiyonel bakımın yararları^[16]

- “Doğurganlık bilinci” ve gebeliği planlama kültürü geliştirir.
- Sağlıklı bir gebelik için ebeveynin ön hazırlığını sağlar.
- Anne ve fetus sağlığını, dolayısıyla toplum sağlığını geliştirir.
- Erken tanı ve tedavi şansı verir.
- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık alışkanlığı ve davranışı kazandırır.
- Ailedeki tüm üyelerin olumlu sağlık davranışı geliştirmesine fırsat verir.

Gelişmiş ülkeler dahil tüm dünyada prekonsepsiyonel bakım hizmetleri ve bu hizmetlerden yararlanma oranı düşüktür. Ülke geneli açısından gebelikte her ay düzenli antenatal kontrole gitme oranı yetersiz olan ülkemiz için böyle bir hizmet, henüz kurumsallaşmış değildir ve gerektiğinde bireysel düzeyde verilmektedir. Oysa eğitilmiş ve bilinçli çiftlerin bu konuda ciddi talepleri vardır.^[5,20]

Prekonsepsiyonel eğitim ve danışmanlık kapsamında; bütünsel yaklaşımla yaşam boyu üreme sağlığı, güvenli ve sorumlu cinsel yaşam, doğurganlık bilinci geliştirme, sağlık sorunlarını tanılama, genetik danışmanlık, sağlığı geliştiren davranışlar kazanma, fiziksel ve mental sorunların giderilmesi ve ilaçların yönetimi, ebeveynliğe hazırlık gibi konular yer almaktadır.^[11,12,14] Bu hizmetlerden sadece belirli bir grubun değil, tüm kadınların yaşam boyu yararlanması uygun görülmektedir.^[15] Örneğin günlük 400 mikrogram folik asit kullanımının, Alzheimer hastalığı açısından da koruyucu etki sağladığı belirtilmektedir. Yine sigara ve alkolü bırakma, sağlık kontrolüne gitme alışkanlığı edinme gibi konular da kadın için yaşam boyu önem taşımaktadır. Bunun için finans kaynakları ve politikalar geliştirilmelidir. Doğurgan dönemdeki 18-49 yaş kadın grubuna klinik hizmetler dışında farklı kaynaklarla ulaşılması ve bu konuda farkındalık yaratılması önemlidir.^[11] Bu nedenle prekonsepsiyonel bakımın sadece klinik hizmetlerle sınırlı kalması düşünülemez. Hizmetin yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları, evde bakım hizmetleri, üniversiteler, mesleki örgütler, medya gibi kuruluşların bir arada ve işbirliği içinde yürütülmesi başarı şansını artıracaktır.^[15] Hemşireler de, gerek klinik gerekse topluma dayalı hizmet modellerinde, evde bakımda prekonsepsiyonel bakımı örgütleme, güçlendirme ve bizzat eğitim/danışmanlık vererek rol alma konusunda hazır olmalıdır.^[14] Onların bu konuda farkındalıklarını artırmak, kapsamlı hizmet sunabilecek yetkinliğe ulaşabilmelerini sağlamak için eğitim ve danışmanlığa gereksinimleri vardır.

Elsinga ve arkadaşları^[6] tarafından 2008 yılında gerçekleştirilen çalışmada, prekonsepsiyonel bakım (n=211) ile standart bakım (n=422) alan ve bir yıl içinde gebe kalmayı düşünen 18-40 yaş

arasında iki farklı kadın grubu, gebeliğe ilişkin risk faktörleri ve koruyucu ölçütlere ilişkin bilgi durumu, gebelik öncesi ve sırasındaki davranış değişikliği açısından karşılaştırılmıştır. Her iki gruptaki kadınlar, önceki gebelikler, son gebelikten bu yana geçen zaman, yaş, evlilik durumu, doğumun gerçekleştirildiği yöre, sağlık güvencesi ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiştir. Veriler anket yöntemiyle elde edilmiştir. PC bakımı alan kadınların, standart bakım alanlara kıyasla gebelik ve riskli durumlara ilişkin daha fazla bilgi sahibi oldukları, daha da önemlisi bu bilgileri gebelik öncesi edindikleri, gebelik öncesi folik asit kullanım oranlarının arttığı, gebelik sonucunu olumsuz etkileyecek davranışlardan (sigara, alkol, madde kullanımı vb.) kaçınıldığı saptanmıştır.^[6]

Prekonsepsiyonel Bakım Hizmetlerinde Engeller

PC bakım ve danışmanlık hizmetlerinin kurumsallaşması açısından bu hizmeti sunanlar, uygulamaya yeni başlayanlar için aşılması öngörülen birtakım sorunlar olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Bunların paylaşımı, PC hizmetlerini başlatacak olan sağlık profesyonellerine yol gösterici olacaktır. Aşılması gereken engeller, hizmet sunan ve hizmet alan açısından iki grup halinde sunulmuştur.^[9,12]

Hizmet veren açısından söz konusu olabilecek engeller

- Sağlık çalışanı PC bakım girişimlerini hayata geçirmede isteksiz ya da mevcut uygulamayı değiştirmek konusunda gönülsüz olabilir. Bu da başarısızlığı önceden kabul etmek anlamına gelmektedir.^[12,36]
- Kurumsal destek, kararlılık ve hizmet yönetimindeki yetersizlikler uygulamayı olumsuz etkiler.^[9,36]
- Bu hizmetin sunumunda izlenen olumsuz politikalar, finans kaynağı yetersizliği ve sektörler arası işbirliğinin yaratılmaması başarısızlığa neden olan engeller arasında yer alır.^[15]

Hizmet alan açısından söz konusu olabilecek engeller

- Kadınlar, gebelik öncesi danışmanlık almada isteksiz ve bilgisiz olabilir. Ayrıca hizmet almak için nereye başvuracaklarını bilmiyor olabilirler. Bunun yanı sıra toplumun negatif/olumsuz sağlık davranışı kadını da etkileyip kadereci tutum sergilemesine neden olabilir.^[18]
- PC bakım konusunda yeterli toplumsal duyarlılık ve farkındalık kazanılmamış olması nedeniyle kadının bundan etkilenmesi söz konusu olabilir.

Prekonsepsiyonel Bakım Hizmet Modeli

Prekonsepsiyonel bakım hizmeti, klinik ortamda verilebildiği gibi belki daha da önemlisi toplumun bu hizmetten haberdar edilmesi, toplumsal farkındalık ve duyarlılık sağlanması için

klini dışı da etkinlikler planlanmasıdır. Üniversiteler, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler, medya vb. kuruluşların işbirliği ile yürütülen çok ortaklı projeler, toplumda farkındalık yaratmakta daha başarılı olabilmektedir. Toplumsal duyarlılığı artırmak için el broşürlerinin hazırlanması, “her zaman - her kadın”, “sağlıklı kadın - sağlıklı bebek” gibi çarpıcı mesajlar ve sloganların üretilmesi, medya desteğinin alınması bilinçlenmeyi ve beraberinde hizmet kullanımını artıracaktır.^[9] Bu konunun ulusal sağlık politikaları ile desteklenmesi, hizmetin devamlılığını ve kurumsallaşmasını sağlayacaktır.^[11,12,15]

Halkın ve sağlık çalışanlarının prekonsepsiyonel bakıma ilişkin bakış açılarının ve davranışlarının değişmesi, hizmet sunumu ve kullanımının ön koşuludur. Bu olumlu sağlık davranış değişikliği (dengeli beslenme, periyodik kontroller, sigara ve alkolü bırakma, günlük 400 mikrogram folik asit alma vb.) sadece gebelik planlayan kadınlar için değil “yaşam boyu sağlık” kapsamında tüm kadınlara sunulmalıdır.^[9,17]

Johnson ve arkadaşları^[15] tarafından önerilen hizmet modeli, çok sektörlü ve multidisipliner bir yaklaşım sergilemektedir (Şekil 1).



Şekil 1: Prekonsepsiyonel bakımı geliştirmek için ulusal model.

Sonuç

Günümüzde prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetleri, anne ve baba adaylarının gebelik öncesi değerlendirilmesini ve hazırlığını kapsar. Bu sayede sağlıklı gebelik ve sağlıklı yenidoğana kavuşmak mümkün olmaktadır. Bu hizmetlerin sadece gebelik planlayan kadın ve eşi ile sınırlı olmaması, aynı zamanda kadının tüm yaşam dönemlerini kapsayacak biçimde bütünsel yaklaşım ile sunulması öngörülmektedir. Bunun için klinik uygulamalar ile birlikte toplumda farkındalık yaratmak ve hizmet talebini artırmak için çok amaçlı ve çok sektörlü topluma dayalı hizmet

projeleri hayata geçirilmelidir. Sağlık personeli bu hizmetin önemine ve gerekliliğine öncelikle kendi inanmalı ve daha sonra toplumu yönlendirmelidir. Güvenli annelik hizmetlerinde önemli rol ve sorumluluk üstlenerek çiftin/ailenin güvenini kazanan ebe ve hemşirelerin, prekonsepsiyonel bakım konusunda da öncü olması yararlı olur. Ancak hizmetin sunumu ve kurumsallaşması için sağlık ekip üyelerinin desteğine ve yönetsel

kararlılığa gereksinimleri vardır. Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetlerinin sadece klinik ortamlarla sınırlı olmadığı bilinmeli ve farklı kurumlarla işbirliği sağlanarak toplumsal farkındalık yaratılmalıdır. Böylece hizmet kullanımı artacaktır. Nitelikli bir prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmeti için, sağlık personelinin hizmet içi eğitim programlarıyla güçlendirilmesi kaçınılmazdır.

Kendi Kendini Değerlendirme

SORULAR

(1) Seçeneklerden hangisi prekonsepsiyonel bakım hizmeti verilen alan kapsamında doğrudan yer almaz?

- Kadına yaşam boyu olumlu sağlık davranışı geliştirme
- Kadının eğitim ve toplumsal konumunu yükseltme
- Kadına, doğurgan dönemde sağlıklı yaşam deneyimi kazandırma
- Kadının sigara, alkol vb. zararlı alışkanlıklarını bırakmasını destekleme

(2) Hemşirenin gebelik planlayan çifte verdiği danışmanlıkta anne adayının gebelikten en az 1 ay öncesi günde 400 mikrogram folik asit kullanmaya başlamasını önermesi, yanda belirtilen sorunlardan hangisi için koruyucu özellik taşır?

- Sindirim sistemi defekti
- Ösofajotrakial defekt
- Nöral tüp defekti
- Foramen ovale defekti

(3) Prekonsepsiyonel bakım kavramı için yandaki açıklamalardan hangisi yanlıştır?

- Sadece önceki gebeliğinde kötü obstetrik öyküsü olan kadına verilen bakımdır.
- Kötü obstetrik sonuçları önlemek üzere koruyucu amaçla gündeme gelmiştir.
- Prekonsepsiyonel dönemde sağlığı geliştirmeyi öngören bir yaklaşımdır.
- Sağlıklı gebelik ve bebek için gebelik öncesi birtakım uygulamaları kapsar.

(4) Hemşire, prekonsepsiyonel döneme ilişkin danışmanlık sırasında çifti teratojen etkilere uzak durmaları konusunda bilgilendirir. Yandaki teratojenlerden hangisi özellikle sperm morfolojisini olumsuz etkiler?

- Kimyasal solventler ve manyetik alanlar
- Kurşun, civa, manganez ve bor gibi ağır metaller
- Geçirilmiş ya da halen aktif TORCH enfeksiyonları
- Tarım, böcek ve haşeret ilacı olan pestisitler

(5) "Doğurganlık bilinci" için yandaki ifadelerin hangisi yanlıştır?

- Kadın ve erkek üreme organ yapı ve fonksiyonları arasındaki ilişkiyi bilmek
- Kadının doğurgan olan ve olmayan dönemlerini fark edebilmek
- Doğurganlık işlevini tanımlayabilmek ve özelliklerini bilmek
- Doğurganlığı planlamak için uygun tıbbi yöntem kullanmak

(6) Yandakilerden hangisi sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebek sahibi olmak için öngörülen temel adımlar arasında sayılmaz?

- Sigara ve alkol kullanımına son vermek
- Mevcut kronik hastalıkları kontrol altına almak
- Hava kirliliği ve uzun seyahatlerden kaçınmak
- Evde ve çalışma ortamında toksik maddelerden uzak durmak

KAYNAKLAR

1. Moos MK. Preconception care. JOGNN 2003; 32(4): 514-515.
2. Green-Raleigh K, Lawrence JM, Chen H, et al. Pregnancy planning status and health behaviors among nonpregnant women in a California managed health care organization. Perspectives on Sexual and Reproductive Health 2005; 37(4): 179-183.
3. Postlethwaite D. Preconception health counseling for women exposed to teratogens: the role of the nurse. JOGNN 2003; 32 (4): 523-532.
4. Coşkun A. Yüksek riskli gebelikler fetüs ve yenidoğana etkisi ve hemşirelik yaklaşımı. İçinde: Dağoğlu T, Görak G. Temel neonatoloji ve hemşirelik ilkeleri. 2. baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2008. s. 59-101.
5. Türkiye, Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü, Başbakanlık DPT Müsteşarlığı ve TÜBİTAK. Ankara: HÜ Hastanesi Basımevi; 2009. s. 71-74.
6. Elsinga J, de Jong-Potjer LC, van der Pal-de Bruin KM, et al. The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. Women's Health Issues 2008; 18S: 117-125.
7. Tough S, Benzie K, Fraser-Lee N, et al. Factors influencing childbearing decisions and knowledge of perinatal risks among Canadian men and women. Maternal and Child Health Journal 2007; 11(2): 189-198.
8. Skoog Svanberg A, Lampic C, Karlström PO, Tvden T. Attitudes toward parenthood and awareness of fertility among postgraduate students in Sweden. Gend Med 2006; 3(3): 187-95.
9. Cullum AS. Changing provider practices to enhance preconceptional wellness. JOGNN 2003; 32(4): 543-549.
10. Toulemon L. Who are the late mothers? Rev Epidemiol Sante Publique 2005; 53: 13-24.
11. Moos MK. Preconceptional wellness as a routine objective for women's health care: an integrative strategy. JOGNN 2003; 32(4): 550-556.
12. Jack BW, Atrash H, Bickmore T, Johnson K. The future of preconception care a clinical perspective. Women's Health Issues 2008; 18S: 19-25.
13. <https://www.marchofdimes.com/pregnancy/pregnancy.html> (Erişim tarihi: 25.01.2012).
14. Hobbins D. Full circle: the evolution of preconception health promotion in America. JOGNN 2003; 32 (4): 516-522.
15. Johnson K, Atrash H, Johnson A. Policy and finance for preconception care opportunities for today and the future. Women's Health Issues 2008; 18S: 2-9.
16. <http://www.cdc.gov/ncbddd/preconception/cdc.htm> (Erişim tarihi: 25.01.2012).
17. Quinn LA, Thompson SJ, Ott MK. Application of the social ecological model in folic acid public health initiatives. JOGNN 2005; 34(6): 672-681.
18. Hillemeier MM, Weisman CS, Chase GA, et al. Women's preconceptional health and use of health services: Implications for preconception care. Health Services Research 2008; 43(1): 54-75.
19. http://www.cdc.gov/ncbddd/pregnancy_gateway/before.html (Erişim tarihi: 25.01.2012).
20. Coşkun A, Rathfisch G. Doğurganlık bilinci geliştirme ve infertilite açısından önemi. İçinde: Kızılkaya Beji N. Editör. İnfertilite hemşireliği. İstanbul: Acar Basımevi; 2009. s. 33-48.
21. Özsoy-Gökdemirel S, Coşkun A. Doğal aile planlaması yöntemlerinden Billings ovulasyon yönteminin uygulanması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2011; 2: 33-48.
22. Fehring RJ. The future of professional education in natural family planning. JOGNN 2004; 33(1): 34-43.
23. Fehring RJ, Schneider M, Raviele K, et al. Efficacy of cervical mucus observations plus electronic hormonal fertility monitoring as a method of natural family planning. JOGNN 2007; 36(2): 152-160.
24. Janssen C J M, Van Lunsen RHW. Profile and opinions of the female Persona user in the Netherlands. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2000; 5: 141-146.
25. Barron ML, Daly KD. Expert in fertility appreciation: the Creighton Model practitioner. JOGNN 2001; 30(4): 386-391.
26. Lewis JA. Genetics in perinatal nursing: clinical applications and policy considerations. JOGNN 2002; 31(2): 188-192.
27. Albrecht SA, Maloni JA, Thomas KK, et al. Smoking cessation counseling for pregnant women who smoke: scientific basis for practice for AWHONN's success Project. JOGNN 2004; 33(3): 298-305.
28. Saygın M, Çalışkan S, Köylü H. Kablosuz ağ ve testisler. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fak. Dergisi 2011; 18(3): 110-115.
29. <http://www.cdc.gov/Features/MedicationsPregnancy> (Erişim tarihi: 25.01.2012).
30. Smeltzer SC. Pregnancy in women with physical disabilities. JOGNN 2007; 36(1): 88-96.
31. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. DEUHYO Elektronik Dergi 2010; 3(2): 72-77.
32. Frieder A, Dunlop AL, Culpepper L, Bernstein PS. The clinical content of preconception care: women with psychiatric conditions. American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2008; 199(6): S328-S332.
33. <http://www.cdc.gov/Features/FolicAcid/> (Erişim tarihi: 25.01.2012).
34. Czeizel AE. Periconceptional folic acid and multivitamin supplementation for the prevention of neural tube defects and other congenital abnormalities. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2009; 85(4): 260-268.
35. Vause TD, Jones L, Evans M, et al. Pre-conception health awareness in infertility patients. J Obstet Gynaecol Can 2009; Aug 31(8): 717-20.
36. Johnson K, Posner SF, Biermann J, et al. Recommendations to improve preconception health and health care United States. CDC Recommendations and Reports 2006; 55: 1-23.