

Üreme Çağındaki Kadınlarda Obezite ve Ebelik Bakımı*

Sibel YALVAÇ

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Türkiye
sibelyalvac602@gmail.com
ORCID: 0000-0002-8991-5367

Eylem TOKER

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Türkiye
tokereylem@gmail.com
ORCID: 0000-0003-1832-6888

ÖZ

Obezite, vücutta anormal derecede yağ birikimi sonucu oluşan patolojik bir rahatsızlıktır. Dünya çapında yaygınlığı salgın boyutlarına ulaşan obezite, 21. yüzyılda ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Obezite, gelişmiş ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de yeme alışkanlıkları ve sosyoekonomik durumun değişimi ile birlikte yükselişe geçmiştir. Özellikle üreme çağındaki kadınlarda fazla kiloluluk ve obezitenin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Maternal obezite; prekonsepsiyonel, gebelik, intrapartum ve postpartum dönemde anne sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelik döneminde tromboemboli, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet, preeklampsiye; doğum anında eylemin uzaması ve sezaryen doğuma; postpartum dönemde emboli, kanama, yara enfeksiyonları ve etkisiz emzirme güçlüğüne yol açabilmektedir. Profesyonel sağlık bakım uygulayıcısı olan ebeler, obez kadınların prekonsepsiyonel, antenatal ve postpartum dönemde ideal kilo kontrolünü sağlamalı ve maternal risklere ilişkin önlem almalıdırlar. Ebeler öncelikli olarak obez kadına gebelik öncesinde etkin ve kaliteli bir bakım vermelidir. Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde de bireyselleştirilmiş bir bakım ile obezitenin maternal komplikasyonlarını en aza indirmelidirler. Bu derlemede gebelik öncesi, gebelik dönemi, doğum ve doğum sonrası dönemde obezitenin maternal-fetal sağlık üzerine etkilerini, dünyada ve Türkiye’deki prevalansını, obezitenin obstetride ebelik bakım ve yönetimine ilişkin güncel bilgileri okuyucuya ulaştırmak hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: *Ebelik, Maternal Obezite, Perinatal Bakım.*

* Makale Geliş Tarihi: 18.04.2021 - Makale Kabul Tarihi: 24.04.2021
DOI: 10.17932/IAU.ASD.2015.007/asd_v07i3001

Obesity and Midwifery Care in Women of Reproductive Age

ABSTRACT

Obesity is a pathological disorder caused by abnormal fat accumulation in the body. Obesity, whose worldwide prevalence has reached epidemic dimensions, emerges as a serious public health problem in the 21st century. Obesity, eating habits in Turkey as it is in developed countries and has soared along with the change of socioeconomic status. The prevalence of overweight and obesity is increasing, especially in women of reproductive age. Maternal obesity affects maternal health negatively in preconceptional, pregnancy, intrapartum and postpartum periods. Thromboembolism during pregnancy, gestational hypertension, gestational diabetes, preeclampsia; prolongation of labor and caesarean delivery at the time of delivery; In the postpartum period, it may cause embolism, bleeding, wound infections and ineffective breastfeeding difficulties. Midwives, who are professional healthcare practitioners, should provide ideal weight control of obese women in the preconceptional, antenatal and postpartum periods and take precautions regarding maternal risks. Midwives should primarily provide an efficient and quality care to obese women before pregnancy. They should minimize the maternal complications of obesity with an individualized care during pregnancy, birth and postpartum period. In this review, the effect of obesity on pregnancy and the maternal-fetal health, prevalence of it in Turkey and the World, information about the care and management of midwifery of pregnancy with obesity is aimed to give current information to the reader.

Keywords: *Maternal Obesity, Midwifery, Perinatal Care.*

GİRİŞ

Obezite, vücuttaki yağ miktarının aşırı ve anormal artışı ile karakterize patolojik bir problemdir. Bireyin aşırı kilolu veya obezite olma derecesi, genelde vücut kitle indeksine (VKİ) bakılarak belirlenir. VKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile hesaplanır. ($VKİ=kg/m^2$). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), VKİ değeri $25 kg/m^2$ 'ye eşit veya üzerinde olanları pre-obez ($VKİ \geq 25 kg/m^2$), VKİ değeri 30'a eşit veya 30'dan büyük olanları ise obez ($VKİ \geq 30 kg/m^2$) olarak tanımlamaktadır. Ayrıntılı VKİ sınıflandırmasını ise; düşük kilolu ($VKİ < 18.5 kg/m^2$), normal kilolu ($VKİ = 18.5-24.99 kg/m^2$), fazla kilolu ($VKİ = 25-29.99 kg/m^2$) şeklinde; obeziteyi kendi arasında birinci derece obez ($VKİ = 30-34.99 kg/m^2$), ikinci derece obez ($VKİ = 35-$

39.99 kg/m²) ve üçüncü derece obez (VKİ≥40 kg/m²) olmak üzere toplamda altı sınıfa ayırmıştır (WHO, 2021).

DSÖ, obezite ve aşırı kilodan dolayı her yıl 4 milyondan fazla insanın öldüğünü 2017'deki küresel hastalık yüküne göre obezite probleminin salgın boyutuna ulaştığını bildirmektedir. Dünya genelinde 18 yaş ve üzeri fazla kilolu birey sayısının 1,9 milyar; yetişkin obez birey sayısının da 650 milyondan fazla olduğu tahmin edilmektedir. 18 yaş ve üzeri yetişkin erkeklerin %39'u ve yetişkin kadınların %40'ı aşırı kilolu; yetişkin erkeklerin %11'i, erişkin kadınların %15'inin ise obez olduğu tespit edilmiştir. Bu veriler doğrultusunda 1975'ten bu yana obezite prevalansı 2016 yılında tahmini olarak üç kat artış göstermiştir (WHO, 2020). Amerika'da obezite prevalansı 20-29 yaş aralığındaki kadınlarda %38.3 iken aynı yaş aralığındaki erkeklerde bu oran %34.3 olarak tespit edilmiştir. Almanya'da obezite veya aşırı kiloluk oranının yetişkin bireylerde % 54 civarında olup erkeklerin (% 43.3) kadınlara göre (%28.8) daha kilolu olduğu saptanmıştır (Turan & Toker, 2020).

Türkiye'de ise, 2019'da yayımlanan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre obezite prevalansı %21,1 olarak kaydedilmiştir. Türkiye'de 2019 yılında kadınların %24,8'inin obez ve %30,4'ünün preobez; erkeklerin ise %17,3'ünün obez, %39,7'sinin preobez olduğu görülmüştür (TUIK, 2020). Obezite kadın yaşamının erken döneminden itibaren üreme işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Obez kız çocuklarının puberte dönemine daha erken girdikleri bildirilmiştir. Öte yandan obez bireylerde anovuluar siklus ile hiperandrojenizm riski artmıştır. Obezite ile kanser hastalıklarının ilişkili olduğu çalışmalarla saptanmıştır. Endometrium ve meme kanserinin obezite ile ilişkisine bakılmış ve menopoz sonrası dönemdeki kadınlarda, obezite ile kanser arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (Apay et al., 2010; Bozkurt et al., 2019; Wiseman, 2008). Daha çok fastfood yiyecekleri tercih etme, aşırı yağlı beslenme, hareketsiz yaşam şekli gibi durumlar obezite prevalansını arttırmaktadır (Apay et al., 2010; Filozof & Gonzalez, 2000). İleri yaş, evlilik, gravida sayısında artma, oral kontraseptif kullanma, düşük eğitim düzeyi, gebelikte idealin üzerinde aşırı kilo alımı, düşük sosyoekonomik düzeye bağlı sosyal yaşamdaki kısıtlılıklar, fiziksel aktivitenin sınırlı olma durumu gibi faktörler obezite için risk etmenleridir (Allison & Saunders, 2000; Apay et al., 2010).

Gebelikte Kilo Alımı

Fizyolojik ve psikolojik birçok değişimin yaşandığı gebelik döneminde kilo değişikliklerinin izlenmesi önem arz etmektedir. Çünkü gebelikteki kilo artışı veya kaybı anne ve fetus sağlığını doğrudan ilgilendiren bir durumdur. Gebelikte kilo alımının sebepleri arasında yaş, parite, sosyoekonomik durum, fiziksel aktivite, gebelik öncesindeki kilo gibi etmenler yer alır (Demirer & Yardımcı, 2020). Kadınların gebelik öncesi normal VKİ değeri ile gebelikte ideal kilo

sınırlarına ulaşmaları ebe ve sağlık profesyonellerinin en önemli görevleri arasındadır (Tablo 1). Gebe kadınların VKİ değerlerinin hesaplanıp ideal sınırlara ulaşması ancak multidisipliner bir yaklaşım ile sağlanabilir. Öncelikli olarak prekonsepsiyonel dönemde gebelik düşünen kadınlara aşırı kiloluluğun risk ve zararları hakkında bilgi verilmeli, alternatif ve sağlıklı yöntemler ile ideal kiloya ulaşmaları sağlanmalıdır (Turan & Toker, 2020).

Tablo 1. Prekonsepsiyonel Dönem VKİ Değerine Göre Prenatal Dönemde Önerilen Kilo Alım Değerleri

Prekonsepsiyonel Dönem VKİ Değerleri (kg/m ²)	Prenatal Dönemde Önerilen Kilo Alım Değerleri (kg)
< 18.5	12.5 – 18.0
18.5 - 24.9	11.5 – 16.0
25.9 - 29.9	7.0 - 11.5
>30.0	≤5.0 – 9.0

(Turan & Toker, 2020)

Sağlıklı bir doğum eylemi ile fetüsün gelişiminin sürekliliği için kadınlarda önerilen kiloda ağırlık artışı olmalıdır (Melchor et al., 2019). Yapılan çalışmalarda önerilen kilo alım değerlerinin altında ağırlık kazanan şişman ve obez gebelerde fetal-maternal açıdan bir komplikasyon gözlenmemiş, yenidoğanların doğum kilolarının da ideal düzeyde olduğu saptanmıştır. Obez gebeliklerde, en önemli faktörlerinden birinin fetal-maternal sağlığın iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve sürekliliği için gerekli en ideal ve en sağlıklı düzeyde kilo kazanımı olduğu unutulmamalıdır (Okesene-Gafa et al., 2019).

Obezitenin Etyolojisi

Günümüzde önemli bir sağlık sorunu haline alan obezitenin prevalansının artmasında altta yatan birçok mekanizma bulunmaktadır. Tarım, üretim ve ulaşım sektörlerindeki teknolojik gelişimin yaşam stilini kolaylaştırması, fiziksel aktiviteyi azaltması ve beslenme alışkanlıklarını hızla değiştirmesi; karbonhidrat ve yağdan zengin, mineral ve bitkisel liflerden fakir fast-food tarzı beslenme, bireyin boş zamanlarını sıklıkla teknolojik araçları (tablet, bilgisayar, akıllı cep telefonları, televizyon, vs) kullanarak geçirmesi obezitenin artmasından sorumlu faktörlerdendir (Sevil & Ertem, 2016; Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, 2018).

Obeziteye sebep olan faktörler yeterince açıklanamayıp en yaygın ve en önemli nedenlerinin fiziksel aktivitenin azlığı, yanlış ve aşırı beslenme olduğu bildirilmektedir. Bu faktörlerin yanında alkol-sigara kullanımı, sosyo-kültürel faktörler, gelir düzeyi, psikolojik faktörler, kullanılan birtakım ilaçlar (örn: antidepresan ilaçlar), cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sık aralıklarla yapılan çok düşük kalorili diyetler, doğum sayısı - aralığı, metabolik ve hormonal faktörler ile genetik faktörler obezitenin nedenleri arasında sayılmaktadır (T. C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2017). Hormonal ve metabolik faktörler vücutta kortikosteroidlerin aşırı üretimine, lipogenezi aktive edip vücutta fazla miktarda kalori alımına yol açar bu durum obeziteye neden olur. Bu nedenlerin yanısıra obeziteye yol açan eşit noktası kuramına göre vücut ağırlığından sorumlu fizyolojik düzenleyici mekanizmanın eşik değerinin yükselmesi ve bir türlü düşürülememesi sonucu obezite gelişir. Lipoprotein Lipaz Kuramında ise adipoz doku lipoprotein lipaz enziminin aşırı aktivasyonu sonucu yağ kalorileri normalden daha fazla vücuda depolanır ve obeziteye yol açar (Sevil & Ertem, 2016).

Gebelikte Obezitenin Fizyolojik Etkileri

Gebelik dönemi fizyolojik ve psikolojik açıdan birçok değişimin yaşandığı bir dönemdir. Fizyolojik değişimlerin en önemlisi ise kilo alımındaki artışlardır. Gebelikte kilo alımı; konseptus bileşenleri, plazma hacminin artması, yağ depolanması, toplam su hacminin artması ile ilgilidir. Gebelik öncesi obez olan kadınlar, gebeliklerinde farklı fizyolojik durumlar yaşayabilmektedirler. Obez gebelerde kardiyak outputtaki artış normal gebelere göre daha şiddetli olabilmektedir. Aynı şekilde gebelikte obezite, miyokardiyal dilatasyona ve kardiyak hipertrofi şiddetinde artışa da neden olabilir. Obez gebeliklerde artmış intraabdominal basıncın etkisi ile gastrik reflü şikayetleri şiddetlenebilmektedir. Dolayısıyla mide boşalma zamanı uzayabilir ve buna bağlı olarak gastrointestinal sistemde bozulmalar ve aspirasyon riskinde artmalar görülebilir. Maternal obezitede, vital volümde azalmalar meydana gelir. Gebelikte ise bu durumun tam tersi gerçekleşir ve bazı solunum güçlükleri ortadan kalkabilir. Bu bilgiler ışığında obezitenin en az etkilediği sistemin solunum sistemi olduğu sonucuna varılabilir (Demirer & Yardımcı, 2020; Soma-Pillay et al., 2016). Öte yandan obez gebelerde uterusun büyümesiyle lomber lordosis ile rektus abdominus görülme oranı normal kilodaki gebelere göre daha fazladır. Bunun yanısıra torasik kifoz problemi de ortaya çıkabilir. Ağırlık artışına bağlı olarak; sırt ve bacaklarda ağrı ve varis gelişebilir. Gebelik döneminde görülen üriner sistem enfeksiyonları ise sıklıkla pyelonefritle sonuçlanabilmektedir (Apay & Pasinlioğlu, 2009; Cesario, 2003; Smith et al., 2008).

Prekonsepsiyonel Dönemde Obezite ve Ebelik Bakımı

Obezite, bireylerde üreme fonksiyonu bozukluklarına yol açmaktadır. Bu nedenle hem kadınlarda hem de erkeklerde fertilité olasılığını düşürmektedir. Obez ve fazla kilolu kadınlarda gebelik şansını düşüren faktörlerden birinin polikistik over sendromu (PCOS) olduğu bilinmektedir (Bilgin, 2020; Kulie et al., 2011). Yapılan çalışmalarda üçüncü derecede obez olan kadınların (VKİ ≥ 40 kg/m²), normal VKİ' ye (18.5-24.9) sahip kadınlara göre gebe kalmalarının daha geç sürede gerçekleştiği belirtilmektedir (Bilgin, 2020; Poston et al., 2016). Bunun yanı sıra üreme çağındaki obez kadınlarda menstruasyon düzensizlikleri, abortus, anovulasyon ve subfertilite ve gibi çeşitli obstetrik ve jinekolojik rahatsızlıklar da görülebilmektedir (Bilgin, 2020; Lee & Koren, 2010). Kadınların prekonsepsiyonel dönemdeki sağlık düzeyleri gebelik döneminin sağlıklı geçirilmesinde önemli bir faktördür. Bu dönemde obez olan kadınların ideal kiloya ulaşmadan gebe kalması maternal ve fetal sağlık açısından birçok komplikasyonlara yol açabilmektedir. Prekonsepsiyonel dönemle ilgili yapılan çalışmalarda obez olan kadınların bebekleri ile normal VKİ'ye sahip annelerin bebekleri kıyaslanmış, parmak-el-ayaklarda eksiklik, spina bifida, anorektal atrezi, konjenital kalp anomalileri, omfalosel, diafragmatik herni gibi bozuklukların obez annelerin bebeklerinde daha sık görüldüğü saptanmıştır. Yine başka bir çalışmada prekonsepsiyonel veya gebeliğin erken dönemlerinde obez veya aşırı kilolu olmayan kadınlarda preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon (GHT), gestasyonel diyabet (GDM) rahatsızlıklarının %14-35 oranında azalma gösterdiği bildirilmiştir. Literatürdeki mevcut bilgilere göre gebelik öncesi dönemde obez kadınların sadece üçte birine prekonsepsiyonel bakım ve kilo danışmanlığı verildiği belirtilmiştir. Bu dönemde ebe ve profesyonel sağlık çalışanlarının karşısına engeller çıkmaktadır. Kadınların gebelik öncesi mevcut kilo durumlarının önemi hakkında yeterince bilgi sahibi ve farkındalıklarının olmaması, ebe ve sağlık profesyonellerinin kilo kontrolüne ilişkin yeterli uygulama yapmamaları, üreme çağındaki kadınlara erişimde zorluklar, gebelik düşünen kadınlar ile iletişim sağlayamama bu nedenle gebeliklerin çoğunun plansız oluşu gibi faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Turan & Toker, 2020). Obez kadınlara, gebelik öncesi dönemden itibaren multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile etkin ve kaliteli bir bakım verilmelidir. Özellikle bu dönemde ebelerin fiziksel ve psikososyal danışmanlık vermesi çok önemlidir. Danışmanlık desteği verilen obez kadınlara; fiziksel aktivite, sağlıklı kilo verme ve yaşam tarzı değişikliklerinin infertilite oranını düşürdüğü, konsepsiyon şansını arttırdığı anlatılmalıdır (Wise et al., 2012). Ebeler bu dönemde öncelikli olarak bireysel diyet ve fiziksel aktivite desteği ile obez kadının kilo kontrolünü sağlamalıdır. Obez kadınlara nöral tüp defekti gibi konjenital anomali riskine karşı folik asit miktarının bol olduğu besinler ile günde 5 mg folik asit içerikli multivitamin desteği önermelidirler. Literatürlerde folik asit alımı gebelikten 3 ay önce

başlanmalı ve gebeliğin ilk trimester bitimine kadar da alıma devam edilmelidir (Lee & Koren, 2010).

Prenatal Dönemde Obezite ve Ebelik Bakımı

Obezitenin gebelikte; GHT, GDM, abortus, preterm eylem, uyku problemleri, venöz tromboemboli ve astım gibi birçok komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir (Bingöl & Koçak, 2019; Kara & Üstün, 2017). Diyabet ile obezite fetüs büyüklüğünü belirlemede bağımsız risk faktörlerindedir. Yapılan çalışmalarda gestasyonel diyabet görülme riski obez gebelerde, normal ağırlıktaki gebelere göre 2-3 kat daha fazla bulunmuştur (Duman & Bayram, 2018; Yogev & Catalano, 2009). Öte yandan obez gebelerde hipertansiyon ve komplikasyonlarının (preeklampsi, eklampsi, hellp sendromu) görülme riski artmıştır (Davies et al., 2010; Duman & Bayram, 2018). GDM ile birlikte seyreden obezite ilerleyen zamanlarda; GHT, kardiyovasküler hastalıklar ve Tip 2 diyabet gibi komplikasyonların oluşmasına neden olmaktadır (Bingöl & Koçak, 2019; Majumdar et al., 2010). Fazla kilolu veya obez olan gebeler; glukoz intoleransı, abortus ve uyku apnesi bakımından da risk altındadırlar (Bingöl & Koçak, 2019; Frederick et al., 2013). Obstruktif uyku apnesi gebelik öncesi obez kadınlarda oldukça yaygındır. Bununla birlikte obez kadın, gebelik döneminde sıklıkla uyku apnesi problemi yaşamaktadır. Yapılan çalışmalarda uyku apnesinin görülme sıklığı ve şiddetinin obezite derecesi ile yakından ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Carlson et al., 2018). Gebelikte kilo probleminin, ruh sağlığını olumsuz yönde etkilediği çalışmalar mevcuttur. Majumdar ve arkadaşlarının 2010'da yaptığı bir çalışmada VKİ ile depresyon arasındaki ilişkiye bakılmış; III. derecede obez kadınlarda depresyon oranı %10, II. derece obez kadınlarda %21 ve I. derece obez kadınlarda da %13 olarak bulunmuştur (Bingöl & Koçak, 2019; Majumdar et al., 2010). Bu dönemde ebeler, obez gebelerin beslenme alışkanlıklarını değerlendirmeli, yeterli ve dengeli beslenmeye teşvik etmelidirler. Gebelik döneminin dördüncü ayından sonra obez kadınların kontrolsüz diyet ile zayıflama programı yapmaları sakıncalıdır. Ebe kontrolünde obez gebelerin ağırlık takibi ve değerlendirmeleri yapılarak oluşabilecek komplikasyonların önüne geçilebilir (Daşikan & Kavlak, 2009; Özer, 2005). Öncelikli olarak obez gebenin VKİ hesaplanmalı, gebelik boyunca alması gereken kilo miktarı belirlenmelidir. Obez gebeye kendisi ve bebeğinin sağlığı için ortalama 6-8 kg almasının yeterli olacağı söylenmelidir. Eğer obez gebe idealin dışında kilo alıyorsa beslenme alışkanlıkları tekrar gözden geçirilmeli fiziksel aktiviteleri düzenlenmeli gerekirse hafif egzersizler önerilerek iyileştirilmeler sağlanmalıdır (Daşikan & Kavlak, 2009; Guelinckx et al., 2008; Özer, 2005). Öte yandan bu dönemde gebelerin prenatal tarama testlerini yapmaları önerilmektedir. Obez gebelerin prenatal dönemde ultrason (USG), glikoz toleransı testi (GTT) ve preeklampsi taraması mutlaka yapılmalıdır. VKİ değeri yüksek çıkan obez kadınların oral glikoz tolerans testi

(OGTT) ikinci trimesterde yapılmalı gerekirse gebeliğin 28. haftasında tekrarlanmalıdır (Athukorala et al., 2010; Bilgin, 2020; Dashe et al., 2010; RANZCOG, 2017). Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG), gebelikte herhangi bir tıbbi ve obstetrik komplikasyon yoksa egzersiz yapılmasını desteklemekte, gebenin fiziksel aktiviteye teşvik edilmesine dikkat çekmektedir (ACOG, 2013; Akın, 2020). Öte yandan obezitenin yaygınlaşmasıyla birlikte, obez gebeye bakımın verildiği hastane veya sağlık ocaklarında fiziksel ortam değişiklikleri gerekebilir. Obez gebeler için jinekolojik masa, hasta yatağı ve koltuklarının uygun sağlamlıkta olması gerekebilir. Fetal monitör kayışları obez bir gebeye uygun boyda olmalıdır (Apay & Pasinlioğlu, 2009; Whittmore et al., 2005).

Intrapartum Dönemde Obezite ve Ebelik Bakımı

Birçok çalışmada sezeryan oranlarının fazla kilolu ve obez kadınlarda normal kilodaki kadınlara nispeten daha fazla olduğu saptanmıştır. Obez gebelerde yaygın olarak miad aşımı ve buna bağlı olarak doğum indüksiyonu riski yükselmektedir (Çorbacıoğlu, 2016). Obez gebelerin kalın yağ duvarına sahip olmaları doğum eylemi sırasında fetal monitorizasyonu zorlaştırabilir. Bu nedenle annenin abdomen bölgesinden yapılan monitorizasyon doğru sonuç vermeyebilir (Apay et al., 2010; Cesario, 2003). Obez gebelikler, makrozomi açısından riskli grupta yer alırlar. Bu dönemde fetüs doğum ağırlığını kesin olarak tahmin etmek zordur. Sağlık profesyonellerinin fetal makrozomi nedeniyle de istenmeyen vajinal doğum komplikasyonlarıyla karşılaşmaları kaçınılmazdır (Bulut & Mihmanlı, 2014; Mhyre, 2007). Yapılan çalışmalarda VKİ>50 kg/m² olan kadınların sezeryana acil alınma durumunun %21 olduğu, çoğu bebeğin makrozomik olarak doğduğu, bebeklerin %34'ünün erken dönemde beslenmeye ve yenidoğan yoğun bakımına ihtiyaç duyduğu saptanmıştır. VKİ<50 kg/m² olan obez kadınlarda acil sezeryana alınma oranının %12'lere gerilediği, makrozomili bebek doğurma oranının da %6 olduğu bildirilmiştir (Turan & Toker, 2020). Ayrıca obez gebelerde sezeryan operasyonunun süresi uzamakta, tromboemboli, cilt enfeksiyonu, endometrit ve doğum sonu kanama riski de artmaktadır (Conner et al., 2013; Kara & Üstün, 2017). Obez gebeler sezeryan doğumda entübasyon problemlerine bağlı aspirasyon riski, spinal ve epidural anestezinin etkinliğinde yetersizlik gibi problemlerden dolayı anestezi yönünden risk taşımaktadırlar. Bu sebeple obez gebelerde doğum, dikkatli bir şekilde planlanmalı ve etkin bir şekilde yönetilmelidir. Sezeryan doğumlarda gebe latent fazda ise spinal anestezi yerine epidural anestezi tercih edilmelidir (Özcan et al., 2016). VKİ>40 kg/m² olan gebelerin doğum için hastaneye kabulünde öncelikli olarak damar yolu açılmalı, yaşam bulguları takibi dikkatle izlenmeli, kendisi ve ailesine doğumda oluşabilecek komplikasyonlar (enfeksiyon, kanama, makrozomi, omuz distosisi) hakkında açıklama yapılmalıdır. Multidisipliner ekip yaklaşımı benimsenmeli obez gebeyle kesintisiz iletişim kurulmalıdır. VKİ≥35 kg/m²'in üzerinde olan

obez gebelerde doğum eyleminde veya öncesinde oluşabilecek risklerden dolayı yardımcı personellere ve anestezi uzmanına bilgi verilmelidir. Aynı zamanda intrapartum dönemde bariatrik ekipmanının (transfer ekipmanları, yatak kaldırma araçları, bacak kaldırıncıları) her koşulda ulaşılabilir olması sağlanmalıdır. Obez olan multipar ve nullipar kadınların doğum eylemi, normal kilodaki kadınların doğum eyleminden daha uzun sürmektedir. Bu nedenle ebeler travayı dikkatlice takip etmeli, makrozomi ve omuz distosisi riskine karşı hazırlıklı olmalıdır. Olası kanama riskine karşı kan ürünleri hazırlıklarını yapmayı unutmamalıdır (Bilgin, 2020; Çorbacıoğlu, 2016; Dodd & Briley, 2017; RCOG, 2018).

Postpartum Dönemde Obezite ve Ebelik Bakımı

Bu dönemde obez lohusalarda; yarada açılma ve enfeksiyon, doğum sonrası aşırı kanama, endometritis, tromboemboli gibi komplikasyonlar sıkça görülmektedir. Uterus tonusunda azalma, fundusun abdomenden palpe edilememesi dolayısıyla uterin masajın etkisizliği gibi nedenler doğum sonu kanama nedenlerindedir (Apay et al., 2010; Cesario, 2003). Çalışmalarda obezitenin; enfeksiyon açısından bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir. VKİ \geq 30 olan kadınların, profilaktik antibiyotik kullanmalarına rağmen enfeksiyon riskleri devam edebilmektedir. Doğumun uzun sürmesi ve vajinal muayenenin sıkça yapılması enfeksiyon riskini daha da arttırmaktadır (Apay et al., 2010; Kabiru & Denise Raynor, 2004; Myles et al., 2002). Doğum sonrası yara açısından yüksek riskli grupta yer alan obez kadınlarda ağırlık artışı antibiyotik kullanım dozunda artışa sebep olmaktadır (Özcan et al., 2016). LaCoursiere ve arkadaşlarının obez bireylerle yaptığı bir çalışmada obezite ile depresyon arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Normal kilodaki kadınlar ile fazla kiloda olan kadınlar postpartum depresyonu açısından karşılaştırılmış, fazla kilolu kadınlarda depresyon görülme riski 2 kat daha fazla bulunmuştur (LaCoursiere et al., 2006). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), obez kadınların doğum sonu dönemde tromboembolizm, postpartum kanama ve enfeksiyon yönünden izlenmesini önermektedir (RCOG, 2018). Ebeler postpartum dönemde tromboemboli ve pulmoner emboli riskine karşı lohusayı erken ayağa kaldırmalı ve heparinize etmelidir. Yine gebelik ve gebelik öncesi dönemde olduğu gibi kilo kontrolü ve uygun diyet konusunda danışmanlık vermeli obez kadının kilo kontrolünü yakından takip etmelidirler. Postpartum dönemde fiziksel egzersiz, hafif yürüyüş ve uygun diyet gibi sağlıklı yaşama ilişkin davranışların kazanılmaya başlanması önem arz etmektedir. Düşük sosyoekonomik düzeye sahip, fazla kilolu ve obez kadınların sağlıklı beslenme konusunda bilgilendirilmesi kilo vermeyi kolaylaştırmaktadır. Ebeler postpartum dönemde obez kadınları fiziksel aktivite ile aktif bir yaşam biçimi özendirip kilo almamalarını önlemelidirler (Apay et al., 2010; Klohe-Lehman et al., 2006). Postpartum dönemde ebeler, emzirmenin erken başlatılması ve etkin bir şekilde sürdürülebilmesi için anneleri desteklemeli gerekirse laktasyon danışmanlarına sevk etmelidirler. Aynı zamanda obez

anneler kilolarını ideal tutabilmek için beslenme ve egzersiz konularında danışmanlık almayı ihmal etmemelidirler (Bilgin, 2020; RANZCOG, 2017).

SONUÇ

Dünya genelinde erişkin yaş grubunda obezite görülme riski artmakta ve daha çok üreme çağındaki kadınları etkilemektedir. Obezite, üreme çağındaki kadınlarda anovulasyon, PCOS, infertilite, hirsütizm gibi jinekolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Kadın yaşamında özel bir deneyim olan gebeliğin obezite ile birlikte seyretmesi maternal ve fetal sağlığı olumsuz etkilemektedir. Obezite maternal sağlık açısından; abortus, diyabet, hipertansiyon, enfeksiyon, kanama riski, tromboemboli, depresyona; fetal sağlık açısından nöral tüp defekti, ekstremitelerde anomaliler, makrozomi, konjenital kalp rahatsızlıklar, anorektal atrezi gibi komplikasyonlara neden olmaktadır. Ebeler obezitenin komplikasyonlarını en aza indirmek için öncelikli olarak prekonsepsiyonel dönemde kadının normal kilo alımını sağlamalı ve ideal bir kilo ile gebe kalmasına yardımcı olmalıdırlar. İlk prenatal izlemiden itibaren kilo kaydını yapmalı gebelik boyunca kilo değişimlerini dikkatle takip etmelidirler. Gebelik döneminde kilo kaybı kesinlikle önerilmemektedir. Bireyselleştirilmiş bakım esas alınarak uygun fiziksel aktivite, yeterli ve dengeli beslenme ile aşırı kilo alımının önüne geçilmelidir. Gebeliği düşünen obez bireylere konjenital anomali riskine karşı gebelikten 3 ay önce folik asit desteği verilmelidir. Obez gebeler diyabet açısından riskli gruplarda yer aldıklarından antenatal dönemde GTT mutlaka yapılmalıdır. Ebeler obez kadınları, prekonsepsiyonel dönemden başlayarak gebelikte, doğumda ve doğum sonu dönemde karşılaşılabilecekleri riskler ve komplikasyonlar hakkında bilgilendirmeli, korku ve endişelerini gidermede yardımcı olmalıdırlar. Doğum sürecinde anneyi takip etmeli enfeksiyon, emboli, kanama riskine karşı dikkatli olmalıdırlar. Postpartum dönemde anneyi emzirmeye teşvik etmeli, gerekirse danışmanlık vermeli, postpartum depresyon riskine karşı dikkatli olmalı ve aileyi bu konuda bilinçlendirmelidirler. Özetle, sağlık profesyonelleri olan ebeler, kadınlara obezitenin komplikasyon ve riskleri hakkında bilgi vermeli etkin bir eğitim ve danışmanlık sağlamalıdırlar. Ayrıca obez kadınlarda sağlıklı yaşam davranışını kazandırmak amacıyla birey merkezli, etkili, kaliteli ve kanıt temelli bakım hizmeti sunmalıdırlar.

Çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKISI

Sibel YALVAÇ: Kaynak taraması ve makalenin yazımı.

Eylem TOKER: Fikir/kavram oluşturma, danışma ve eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

- ACOG. (2013). Committee Opinion Weight Gain During Pregnancy. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*, 20(5), 248–251.
- Akın, B. (2020). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde obezite – rehberler ve öneriler. *International Journal of Human Sciences*, 17(1), 1–10.
- Allison, D. B. & Saunders, S. E. (2000). Obesity in North America. *Medical Clinics of North America*, 84(2), 305–332.
- Apay, S. E., Kılıç, M. & Türkan Pasinlioğlu. (2010). Obez Gebelerde Doğum Eylemi ve Doğum Sonu Dönem. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(922), 151–156.
- Apay, S. E. & Pasinlioğlu, T. (2009). Obezite ve Gebelik. *TAF Preventive Medicine Bull Etin2009*, 8(4), 345–350.
- Athukorala, C., Rumbold, A. R., Willson, K. J. & Crowther, C. A. (2010). The Risk of Adverse Pregnancy Outcomes in Women who are Overweight or Obese. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(56), 2–8.
- Bilgin, Z. (2020). Maternal Obezite ile İlişkili Risklerin Kanıt Temelli Yönetimi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(1), 176–187.
- Bingöl, D. & Koçak, D. Y. (2019). Obezitenin Maternal ve Fetal Sağlık Üzerine Etkileri, Hemşirelik Yaklaşımı. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 110–119.
- Bozkurt, H. S., İltter, E., Günaldı, A., Çelik, A. & Günaldı, O. (2019). Obezitenin Kadın Kanseri Üzerindeki Etkileri: Derleme Makalesi. *Maltepe Tıp Dergisi*, 11(3), 88–97.
- Bulut, B. & Mihmanlı, V. (2014). Obezite ve Gebelik. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30 (ek sayı 1), 24–28.
- Carlson, N. S., Leslie, S. L. & Dunn, A. (2018). Antepartum Care of Women Who Are Obese During Pregnancy: Systematic Review of the Current Evidence. *Journal Midwifery Womens Health*, 63(3), 259-272.
- Cesario, S. K. (2003). Obesity in Pregnancy What Every Pregnancy Nurse Needs to Know. *Obstetric and Neonatal Nurses Lifelines*, 7(2), 118–125.
- Conner, S. N., Tuuli, M. G., Longman, R. E., Odibo, A. O., Macones, G. A. & Cahill, A. G. (2013). Impact of Obesity on Incision-to-Delivery Interval and Neonatal Outcomes at Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 209(4), 386.e1-386.e6.
- Dashe, J. S., McIntire, D. D. & M.Twickler, D. (2010). Effect of Maternal Obesity

on the Ultrasound Detection of Anomalous Fetuses. *Obstetrics and Gynecology*, 115(2 PART 1), 385.

Daşıkın, Z. & Kavlak, O. (2009). Maternal Obezite: Gebelik Komplikasyonları ve Gebe Kadının Yönetimi. *Türkiye Klinikleri Journal Nursing Science*, 1(1), 39–46.

Davies, G. A. L., Maxwell, C., McLeod, L., Gagnon, R., Basso, M., Bos, H., Delisle, M. F., Farine, D., Hudon, L., Menticoglou, S., Mundle, W., Murphy-Kaulbeck, L., Ouellet, A., Pressey, T., Roggensack, A., Leduc, D., Ballerman, C., Biringer, A., Duperron, L., ... Wilson, K. (2010). SOGC Clinical Practice Guidelines: Obesity in Pregnancy. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 110(2), 167–173.

Demirer, B. & Yardımcı, H. (2020). Maternal ve Fetal Sağlık İçin Büyük Tehlike: Maternal Obezite. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 401–407.

Dodd, J. M. & Briley, A. L. (2017). Managing Obesity in Pregnancy – an Obstetric and Midwifery Perspective. *Midwifery*, 49, 7–12.

Duman, G. & Bayram, F. (2018). Obezite ve Gebelik. *Türk Diyabet ve Obezite Dergisi*, 3, 101–105.

Filozof, C. & Gonzalez, C. (2000). Predictors of Weight Gain: The Biological-Behavioural Debate. *Obesity Reviews*, 1(1), 21–26.

Frederick, I. O., Qiu, C., Sorensen, T. K., Enquobahrie, D. A. & Williams, M. A. (2013). The Prevalence and Correlates of Habitual Snoring During Pregnancy. *Sleep and Breathing*, 17(2), 541–547.

Guelinckx, I., Devlieger, R., Beckers, K. & Vansant, G. (2008). Maternal Obesity: Pregnancy Complications, Gestational Weight Gain and Nutrition. *Obesity Reviews*, 9(2), 140–150.

Kabiru, W. & Denise Raynor, B. (2004). Obstetric Outcomes Associated with Increase in BMI Category During Pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(3), 928–932.

Kara, M. & Üstün, Y. E. (2017). Obezitenin Kadınlarda Fertilité ve Gebelik Üzerindeki Etkileri. *Bozok Tıp Dergisi*, 7(1), 70–73.

Klohe-Lehman, D. M., Freeland-Graves, J., Anderson, E. R., McDowell, T., Clarke, K. K., Hanss-Nuss, H., Cai, G., Puri, D. & Milani, T. J. (2006). Nutrition Knowledge is Associated with Greater Weight Loss in Obese and Overweight Low-Income Mothers. *Journal of the American Dietetic Association*, 106(1), 65–75.

- Kulie, T., Slattengren, A., Redmer, J., Counts, H., Eglash, A. & Schragar, S. (2011). Obesity and Women's Health: An Evidence-Based Review. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(1), 75–85.
- LaCoursiere, D. Y., Baksh, L., Bloebaum, L. & Varner, M. W. (2006). Maternal Body Mass Index And Self-Reported Postpartum Depressive Symptoms. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 385–390.
- Lee, C. Y. W. & Koren, G. (2010). Maternal Obesity: Effects on Pregnancy and the Role of Pre-conception Counselling. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 101–106.
- Majumdar, A., Saleh, S. & Candelier, C. K. (2010). Failure to Recognise the Impact of 'Moderate' Obesity (BMI 30–40) on Adverse Obstetric Outcomes. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(6), 567–570.
- Melchor, I., Burgos, J., Del Campo, A., Aiartzaguena, A., Gutiérrez, J. & Melchor, J. C. (2019). Effect of Maternal Obesity on Pregnancy Outcomes in Women Delivering Singleton Babies: A Historical Cohort Study. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(6), 625–630.
- Mhyre, J. M. (2007). Anesthetic Management for the Morbidly Obese Pregnant Woman. *International Anesthesiology Clinics*, 45(1), 51–70.
- Myles, T. D., Gooch, J. & Santolaya, J. (2002). Obesity as an Independent Risk Factor for Infectious Morbidity in Patients Who Undergo Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology*, 100(5), 959–964.
- Okesene-Gafa, K. A. M., Li, M., McKinlay, C. J. D., Taylor, R. S., Rush, E. C., Wall, C. R., Wilson, J., Murphy, R., Taylor, R., Thompson, J. M. D., Crowther, C. A. & McCowan, L. M. E. (2019). Effect of Antenatal Dietary Interventions in Maternal Obesity on Pregnancy Weight-Gain and Birthweight: Healthy Mums and Babies (HUMBA) Randomized Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(2), 152.e1-152.e13.
- Özcan, A., Töz, E., Halksever Özvatan, S., Vural, T. & Sancı, M. (2016). Obez Gebeliklerin Yönetimi. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 26(1), 1–9.
- Özer, E. M. (2005). Obezite ve Gebelik. *Journal International Medicine Science*, 1(37), 53–55.
- Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. & Gillman, M. W. (2016). Preconceptional and Maternal Obesity: Epidemiology and Health Consequences. *The Lancet Diabetes and Endocrinology*, 4(12), 1025–1036.
- RANZCOG. (2017). Management of Obesity in Pregnancy. *RANZCOG College*

Statement C-Obs 49, 2–19.

- RCOG. (2018). Care of Women with Obesity in Pregnancy Green-top Guideline No. 72. *BJOG*, 126(3), e62–e106.
- Sevil, Ü. & Ertem, G. (2016). *Gebeliği Etkileyen Sağlık Durumları*. In *Perinatoloji ve Bakım* (pp. 265–266). Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- Smith, S. A., Hulsey, T. & Goodnight, W. (2008). Effects of Obesity on Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing (JOGNN)*, 37(2), 176–184.
- Soma-Pillay, P., Nelson-Piercy, C., Tolppanen, H. & Mebazaa, A. (2016). Physiological Changes in Pregnancy. *Cardiovascular Journal of Africa*, 27(2), 89–94.
- Turan, Z. & Toker, E. (2020). *Kilo Durumu ve Prekonsepsiyonel Bakım ,Danışmanlık*. In G. Demirel & F. D. Sayiner (Eds.), *Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık* (pp. 79–86). Akademisyen Yayınevi.
- Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. (2018). *Obezite Tanı ve Tedavi Klavuzu* (pp.1-112). (6th ed.). Ankara Miki Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.
- Whittemore, A. D., Kelly, J., Shikora, S., Cella, R. J., Clark, T., Selbovitz, L. & Flint, L. (2005). Specialized Staff and Equipment for Weight Loss Surgery Patients: Best Practice Guidelines. *Obesity Research*, 13(2), 283–289.
- Wise, L. A., Rothman, K. J., Mikkelsen, E. M., Sorensen, H. T., Riis, A. H. & Hatch, E. E. (2012). A Prospective Cohort Study of Physical Activity and Time to Pregnancy. *Fertility and Sterility*, 97(5), 1136-1142.
- Wiseman, M. (2008). The Second World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research expert report. Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: A Global Perspective. *Proceedings of the Nutrition Society*, 67(3), 253–256.
- Yogev, Y. & Catalano, P. M. (2009). Pregnancy and Obesity. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 36(2), 285–300.