

GEBELİKTE OBEZİTE, RİSKLERİ VE YÖNETİMİ

Emel GÜDEN¹

GİRİŞ

Obezite, 21. yüzyılın en ciddi halk sağlığı sorunlarından biri olarak dünya genelinde hızla artmaktadır. Artan obezite prevalansı yalnızca kardiyovasküler ve metabolik hastalıkları değil, aynı zamanda kadın üreme sağlığını da olumsuz etkilemektedir. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlarda obezite; infertilite, gebelik komplikasyonları ve doğum sonrası sağlık sorunlarının riskini artırmaktadır (Fitzsimons, Modder & Greer, 2009; Catalano & Shankar, 2017; ACOG, 2023).

Gebelik süreci fizyolojik ve metabolik değişimlerin yoğun yaşandığı bir dönemdir. Bu dönemde obezite; gestasyonel diyabet, hipertansif bozukluklar, preeklampsi, sezaryen oranlarında artış ve enfeksiyonlar gibi maternal komplikasyonların yanı sıra, makrozomi, yapısal anomaliler, neonatal hipoglisemi, solunum sıkıntısı ve intrauterin ölüm gibi fetal komplikasyonlara da yol açmaktadır (ACOG, 2021; Brunner vd., 2025; Langley-Evans vd., 2022). Ayrıca, bu bebeklerde çocukluk çağı obezitesi, tip 2 diyabet ve metabolik sendrom gibi uzun vadeli sağlık sorunları görülme riski yüksektir (UpToDate, 2024).

Gebelikte obezite çok yönlü bir halk sağlığı sorunudur ve yönetimi yalnızca kilo kontrolüyle sınırlı kalmamalıdır. Etkili bir yaklaşım; beslenme eğitimi, fiziksel aktivite programları, psikososyal destek, multidisipliner bakım modelleri ve doğum sonrası izlem gibi bütüncül stratejileri içermelidir (Dodd & Briley, 2017; Hanson vd., 2017). Gebelik öncesinden başlayarak doğum sonrası döneme kadar uzanan bireyselleştirilmiş ve kanıta dayalı bakım uygulamaları, maternal ve fetal sağlık sonuçlarını iyileştirmek açısından kritik öneme sahiptir (Fitzsimons vd., 2009).

Bu kitap bölümü, gebelikte obezitenin tanımından yönetimine kadar güncel bilimsel verilerle desteklenen kapsamlı bir çerçeve sunmayı hedeflemektedir. Amaç, yalnızca mevcut sorunları ortaya koymak değil,

¹ Kapadokya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Nevşehir/ Türkiye, e-mail: emelguden@gmail.com, ORCID: 0000-0003-3492-4298

aynı zamanda etkili yönetim stratejileri önererek sağlık profesyonellerine uygulamada rehberlik etmektir.

GEBELİKTE OBEZİTE TANIMI VE SINIFLAMASI

Obezite, vücutta sağlığı bozacak ölçüde anormal veya aşırı yağ birikimi olarak tanımlanmakta olup genellikle beden kitle indeksi (BKİ) 30 kg/m² ve üzeri olan bireyler için kullanılmaktadır (DSÖ, 2023; ACOG, 2021). BKİ, kilogram cinsinden vücut ağırlığının metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle hesaplanır (kg/m²). Gebelikte obezite ise, genellikle gebelik öncesi ya da ilk trimesterde ölçülen BKİ'nin 30 kg/m² veya üzerinde olması ile tanımlanır (Grivell vd., 2016).

Gebelik sürecinde fizyolojik kilo artışı beklenen bir durumdur; ancak gebelik öncesinde obez olan kadınlarda bu artışın önerilen sınırlar içinde tutulması önem arz eder. Institute of Medicine (IOM) tarafından belirlenen rehberlere göre, BKİ'si ≥ 30 kg/m² olan kadınlar için önerilen toplam gebelik kilo alımı 5-9 kg ile sınırlandırılmıştır (IOM, 2009). Gebelik boyunca önerilen kilo alımı, gebelik öncesi BKİ'ye göre farklılık göstermekte olup, özellikle ikinci ve üçüncü trimesterlerdeki haftalık kilo artışı değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Gebelik Öncesi VKİ'ne Göre Total ve Haftalık Kilo Alma Oranı (IOM, 2009)

	Total kilo alımı	Kilo alma oranı 2. ve 3. trimester
Gebelik öncesi VKİ	Kilogram olarak (kg)	Haftalık ortalama kilo artışı (kg/hf)
Zayıf (<18.5 kg/m ²)	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
Normal kilolu (18.5-24.9 kg/m ²)	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
Fazla kilolu (25.0-29.9 kg/m ²)	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
Obez (≥ 30.0 kg/m ²)	5-9	0.22 (0.17-0.27)

Obezite sınıflaması yalnızca fiziksel görünüm üzerinden değil, aynı zamanda gebelik sürecindeki risk düzeyini değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. BKİ arttıkça maternal ve fetal komplikasyonların riski artmakta; bu da doğum öncesi bakımın bireyselleştirilmesini ve yüksek riskli gebelik izlemine zorunlu hale getirmektedir (ACOG, 2021; DSÖ, 2023). Buna ek olarak, abdominal yağ dağılımı, bel/kalça oranı gibi

antropometrik ölçütlerin de bazı kaynaklarda risk değerlendirmesine yardımcı olarak kullanıldığı belirtilmektedir (Mayo Clinic, 2024).

Gebelikte obezitenin etkilerini anlamada biyopsikososyal model önemli bir çerçeve sunar. Bu modele göre, genetik yatkınlık, hormonal dengesizlikler, yanlış beslenme alışkanlıkları, düşük fiziksel aktivite düzeyi, çevresel faktörler ve sosyoekonomik koşullar obezitenin gelişimini etkileyen başlıca unsurlardır (Simon vd., 2020). Ayrıca sağlık hizmetlerine erişim, kültürel normlar ve gebelikte kilo algısı gibi sosyal belirleyiciler de obezite yönetimini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (Riley vd., 2018).

GEBELİKTE OBEZİTE PREVALANSI VE EPİDEMİYOLOJİSİ

Obezite, dünya genelinde kadın sağlığını tehdit eden en önemli epidemiyolojik sorunlardan biri haline gelmiştir. DSÖ, 2022 verilerine göre, 18 yaş ve üzeri kadınların %44'ü aşırı kilolu sınıfta yer almakta, bu oranlar hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde artış eğilimi göstermektedir (DSÖ, 2025). 1975 yılında %6 olan obezite prevalansı, 2016 yılı itibarıyla %15'in üzerine çıkmış ve artan bu eğilim, kadınlarda doğurganlık çağındaki obezite oranlarını da doğrudan etkilemiştir (Langley-Evans vd., 2022). Obezite oranlarındaki bu artışın temelinde, düşük eğitim ve gelir düzeyi, fiziksel aktivite azlığı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları ve kültürel etmenler gibi çok sayıda risk faktörü yer almaktadır (Marchi vd., 2015; Simon vd., 2020).

Gebelikte obezite prevalansı, ülkeler ve kıtalar arasında belirgin farklılıklar göstermektedir. Bu farklılıklar, bölgesel sosyoekonomik durum, yaşam tarzı, sağlık hizmetlerine erişim düzeyi ve kültürel normlarla yakından ilişkilidir. Genel olarak doğurganlık çağındaki kadınların %15-25'inin obez sınıfta yer aldığı bildirilmiştir (Poston vd., 2016). Örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda gebelik öncesi obezite oranları %24'ün üzerinde saptanmış, bazı etnik gruplarda bu oran daha da yüksek bulunmuştur (ACOG, 2021; CDC, 2023). Avrupa'da ise gebelik öncesi obezite oranları ülkeden ülkeye değişmekle birlikte ortalama %15-20 arasında değişmektedir (Jarvie & Ramsay, 2010). İngiltere'de ise gebelik öncesi fazla kilolu veya obez kadın oranı %50'ye yaklaşmaktadır (NHS, 2024). Türkiye'de doğurganlık

çağındaki kadınlar arasında obezite prevalansı yaklaşık %20–22 düzeyindedir (TNSA, 2019).

Afrika kıtasında maternal obezite açısından bölgesel farklılıklar dikkati çekmektedir. Tanzanya’da yapılan bir çalışmada gebelikte obezite oranı %12.3 olarak bildirilmiş, fazla kilolu ve obez kadınların toplam oranı ise %38.8’e ulaşmıştır (Mosha vd., 2021). Kentleşmenin daha yoğun olduğu bölgelerde obezite oranları daha yüksek seyretmekte, kırsal alanlarda ise bu oranların görece daha düşük olduğu görülmektedir. Afrika genelinde kadınlar arasında obezite ve aşırı kiloluluk oranlarının 2030 yılına kadar %50’ye ulaşacağı öngörülmektedir (Mosha vd., 2021).

Asya kıtasında genel olarak maternal obezite oranları görece düşük olmakla birlikte, son yıllarda hızlı kentleşme, beslenme alışkanlıklarındaki değişim ve fiziksel aktivite azlığı nedeniyle artış gözlenmektedir. Çin’de yürütülen geniş kapsamlı bir çalışmada, gebelikte fazla kilolu ve obez kadın oranı %9.6 olarak rapor edilmiştir (Zhang vd., 2020). Güneydoğu Asya bölgesinde ise kadınlar arasında aşırı kiloluluk oranı %14, obezite oranı ise yaklaşık %3 olarak bildirilmiştir (DSÖ, 2022).

Kuzey Amerika kıtası, gebelikte obezite oranlarının en yüksek seyrettiği bölgelerden biridir. Amerika Birleşik Devletleri’nde gebe kadınların %30–35’i obez sınıfında yer almakta olup bu oran Afro-Amerikan ve yerli halk gruplarında daha da artmaktadır (CDC, 2023). Kanada’da ise doğurganlık çağındaki kadınların yaklaşık %27’sinin obez olduğu bildirilmektedir (Public Health Agency of Canada, 2022).

Güney Amerika ülkelerinde obezite prevalansı, son yıllarda belirgin bir artış göstermiştir. Brezilya, Arjantin ve Şili gibi ülkelerde batılı diyet alışkanlıklarının yaygınlaşması, düşük fiziksel aktivite ve yetersiz sağlık okuryazarlığı bu artışın temel nedenleri arasında gösterilmektedir (Popkin & Reardon, 2018). Brezilya’da gebelerin yaklaşık %25’inin obez olduğu tespit edilmiştir (Ministério da Saúde, 2021).

Avrupa kıtası, maternal obezite açısından heterojen bir tabloya sahiptir. Kuzey Avrupa ülkelerinde (örneğin İsveç, Norveç, Danimarka) gebelikte obezite oranları %10–15 seviyesindeyken, Güney ve Doğu Avrupa ülkelerinde bu oranlar %20–30’a ulaşmaktadır (OECD, 2019).

Avustralya ve Okyanusya bölgesinde yerli halklar arasında maternal obezite oranları oldukça yüksektir. Özellikle Avustralya'daki Aborijin kadınlar arasında gebelikte obezite oranı %40'a yaklaşmakta ve bu durum maternal komplikasyon riskini belirgin biçimde artırmaktadır (Australian Institute of Health and Welfare, 2022).

Bununla birlikte, son yıllarda artan sağlık farkındalığı, gebelik öncesi kilo yönetimi programları ve toplum temelli müdahaleler bazı bölgelerde obezite artış hızını yavaşlatmıştır (Yu vd., 2024).

GEBELİKTE OBEZİTENİN RİSKLERİ

Gebelikte obezite, yalnızca gebelik sürecinde değil; doğum ve postpartum dönemde de hem anne hem fetüs açısından çok yönlü riskler doğuran sistemik bir sağlık sorunudur. Endokrin, metabolik, kardiyovasküler, immünojenik ve psikososyal etkileri ile obezite, gebeliğin fizyolojik akışını bozmakta; doğum sonuçlarını ve uzun vadeli anne-bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir (Duman & Bayram, 2018; Catalano & Shankar, 2017).

Maternal Riskler

Abortuslar

Obezite, spontan ve tekrarlayan abortus riskini artıran bağımsız bir faktördür. Cozzolino ve arkadaşlarının (2021) çok merkezli çalışmasında, obez kadınlarda düşük oranı %22,7 olarak saptanmış; düşüklerin %13,5'i klinik olarak doğrulanmıştır.

Gestasyonel Diyabet Mellitus (GDM)

Artmış insülin direnci ve glikoz intoleransı nedeniyle obez gebelerde GDM riski 3-5 kat yüksektir (Fitzsimons vd., 2009; ACOG, 2023). GDM, makrozomi, neonatal hipoglisemi ve postpartum tip 2 diyabet gibi kısa ve uzun vadeli komplikasyonlara zemin hazırlar (Catalano & Shankar, 2017; Simmons, 2011).

Hipertansif Bozukluklar

Obezite; preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon ve HELLP sendromu gibi bozuklukların gelişiminde güçlü bir etkidir. Bu durum, hem maternal morbiditeyi hem de erken doğum ve intrauterin gelişme geriliği riskini artırmaktadır (Grivell vd., 2016; Poston vd., 2016).

Erken Doğum

Gebelik öncesi obezite, doğrudan ve dolaylı yoldan erken doğumla ilişkilidir. GDM ve preeklampsi gibi eşlik eden durumlar da bu riski artırmaktadır (Liu vd., 2022).

Doğum Komplikasyonları ve Sezaryen

Obez gebelerde doğum süreci sıklıkla uzamakta, distosi ve sezaryen oranları artmaktadır. VKİ'si ≥ 40 kg/m² olan kadınlarda sezaryen oranı %50'nin üzerindedir (Gunatilake & Perlow, 2011; ACOG, 2021). Ayrıca anestezi uygulamaları daha zorlu hâle gelebilmektedir (Kim, 2021).

Enfeksiyonlar

Artmış yağ dokusu ve bağışıklık sisteminin baskılanması, enfeksiyon riskini artırır. Yara yeri enfeksiyonu, üriner sistem enfeksiyonları ve endometrit gibi durumlar obez gebelerde daha sık görülmektedir (Duman & Bayram, 2018; Chu vd., 2008).

Tromboembolik Olaylar

Obez gebelerde venöz tromboembolizm riski yüksektir. Mobilizasyon gecikmesi, sezaryen doğum ve artmış kan koagülabilitesi, postpartum dönemde pulmoner emboli ve derin ven trombozu riskini artırmaktadır (Catalano & Shankar, 2017).

Postpartum Sorunlar

Obez kadınlarda postpartum hemoraji, emzirme güçlükleri ve lohusalık depresyonu daha sık görülmektedir. Emzirmenin geç başlaması ve kısa sürmesi, neonatal sağlığı da olumsuz etkileyebilir (Mayo Clinic, 2024).

Psikolojik Etkiler

Obez gebelerde kaygı, depresyon ve beden algısı bozuklukları yaygındır. Bogaerts ve ark. (2013), obez kadınlarda trimester boyunca kaygı düzeylerinin belirgin şekilde arttığını; depresif belirtilerin ise normal kilolu gebelere göre daha dirençli olduğunu bildirmiştir.

Fetal ve Neonatal Riskler

Makrozomi

Maternal obezite fetal hiperglisemiye neden olarak insülin düzeylerini artırır ve fetal büyümeyi hızlandırır. Bu durum doğum travması, omuz distosisi ve neonatal hipoglisemi gibi komplikasyonlara neden olabilir (Brunner vd., 2025; Marchi vd., 2015).

Konjenital Anomaliler

Maternal obezite, nöral tüp defekti, kardiyak malformasyonlar ve diğer yapısal anomalilerin riskini artırır. Folik asit metabolizmasındaki bozulma ve hipergliseminin teratojenik etkileri bu artışta rol oynar (Poston vd., 2016; Yu vd., 2024).

Preterm Doğum ve Gelişme Geriliği

Obezite, intrauterin gelişme geriliği ve prematür doğum riskini artırarak perinatal mortalite ve morbiditeyi yükseltir (UpToDate, 2024).

Ölü Doğum

Gebelikte maternal obezite, özellikle üçüncü trimesterde intrauterin fetal ölüm riskini artırmaktadır. Bu nedenle fetal izlem büyük önem taşır (UpToDate, 2024).

Doğum Sonrası Neonatal Komplikasyonlar

Obez gebeliklerde doğan bebeklerde hipoglisemi, hiperbilirubinemi, polisitemi ve solunum sıkıntısı gibi metabolik ve solunumsal problemler daha sık görülür. Bu bebeklerin yoğun bakım ihtiyacı daha yüksektir (Gunatilake & Perlow, 2011; Chu vd., 2008; Herring vd., 2010).

Epigenetik Etkiler ve Uzun Vadeli Sonuçlar

Maternal obezite, epigenetik programlama yoluyla çocukta ileriki yaşamda obezite, tip 2 diyabet ve metabolik sendrom riskini artıran genetik değişikliklere neden olabilir (Catalano & Shankar, 2017; Hanson vd., 2017).

PREKONSEPSİYONEL DANIŞMANLIK VE RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Obez kadınlara yönelik gebelik öncesi danışmanlık süreci, multidisipliner bir yaklaşımı gerektirir. İlk adım olarak BKİ hesaplanmalı ve obezite

derecesine göre sınıflama yapılmalıdır. Ayrıca, gebelikle ilişkili risklerin belirlenebilmesi için glukoz tolerans testi, kan basıncı, lipid profili, karaciğer fonksiyon testleri gibi metabolik parametreler değerlendirilmelidir (ACOG, 2023; Simmons, 2011). Obeziteye eşlik edebilecek tip 2 diyabet, hipertansiyon, uyku apnesi, tiroit bozuklukları ve polikistik over sendromu (PCOS) gibi kronik hastalıklar da bu süreçte ele alınmalıdır.

Kilo Kaybı ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

Gebelik öncesinde sağlıklı kilo kaybı, maternal ve fetal komplikasyonların önlenmesinde etkilidir. ACOG ve UpToDate, gebelik planlayan obez kadınların vücut ağırlıklarının %5-10'unu kaybetmelerini önermektedir (ACOG, 2025; UpToDate, 2024). Bu hedefe ulaşmak için:

- Diyetisyen rehberliğinde dengeli ve bireyselleştirilmiş beslenme programları oluşturulmalı,
- Haftada en az 150 dakika orta şiddette fiziksel aktivite (yürüyüş, yüzme, bisiklet) yapılmalı,
- Uyku düzeni sağlanmalı, stres yönetimi desteklenmeli,
- Gerekirse psikolojik danışmanlık ve davranışsal terapi ile bütüncül bir destek verilmelidir (Langley-Evans vd., 2022; Simon vd., 2020).

Mikronutrient Takviyeleri ve Besin Destekleri

Obez bireylerde bazı mikronutrientlerin biyoyararlanımı bozulabilir. Bu nedenle gebelik öncesi dönemde folik asit, demir, B12 vitamini, iyot ve D vitamini düzeyleri değerlendirilmelidir. Nöral tüp defekti riskinin azaltılması amacıyla gebelikten en az üç ay önce başlanmak üzere günde 0,4 mg folik asit takviyesi önerilmektedir (ACOG, 2023).

Gebeliğe Hazırlık Eğitimi ve Ulusal Politikalar

Obez bireyler, gebelikte karşılaşılabilecekleri riskler konusunda bilgilendirilmelidir. Sağlık Bakanlığı, gebelik planlayan kadınlara sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasını, fiziksel aktivite düzeyinin artırılmasını ve sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durulmasını önermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022). Ancak Türkiye'de

henüz prekonseptiyon dönem danışmanlığı yeterli ilgiyi görmemekte ve Sağlık Bakanlığının bu konuda henüz bir programı bulunmamaktadır.

Obezitenin Üreme Sağlığına Etkisi

Obezite, hormonal bozukluklara ve ovulasyon disfonksiyonuna yol açarak doğurganlığı olumsuz etkiler. Polikistik Over Sendromu (PCOS), obez kadınlarda sık görülen bir durum olup infertilite ile ilişkilidir (Gonatilake & Perlow, 2011). Ayrıca, tüp bebek (IVF) uygulamalarında başarı oranlarının düşmesi, embriyo implantasyonundaki sorunlar ve düşük riskindeki artış da obeziteyle bağlantılıdır (Catalano & Shankar, 2017).

VKİ ≥ 30 kg/m² olan kadınlarda gebelik öncesi kilo verilmesi, endometriyal reseptiviteyi artırır ve gebelikteki komplikasyon riskini azaltır (ACOG, 2021).

GEBELİKTE TAKİP VE YÖNETİM STRATEJİLERİ

Gebelikte obezitenin yönetimi, hem maternal hem de fetal sağlığı korumaya yönelik bütüncül, bireyselleştirilmiş ve multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Obez gebelerin izlemi; kilo alımı kontrolü, metabolik izlem, beslenme ve egzersiz danışmanlığı, psikososyal destek ve ekip temelli bakım ilkeleri doğrultusunda yürütülmelidir (ACOG, 2021; Grivell vd., 2016).

Kilo Alımının Takibi

IOM, obez gebelerde toplam kilo alımını 5–9 kg ile sınırlandırmayı önermektedir. Bu doğrultuda, özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde haftalık kilo artışı 0.2–0.3 kg arasında olmalı ve her prenatal ziyarette düzenli olarak izlenmelidir. Aşırı kilo alımı, GDM, hipertansiyon, makrozomi ve sezaryen riskini artırırken; yetersiz kilo alımı fetal gelişme geriliğine yol açabilir (Langley-Evans vd., 2022).

Metabolik ve Kardiyovasküler İzlem

Obez gebelerde glukoz metabolizması bozuklukları sık görülmektedir. Bu nedenle ilk trimesterde açlık glukozu veya HbA1c ile tarama yapılmalı, risk saptanmazsa 24–28. haftalarda 75 g oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanmalıdır (ACOG, 2023). Ayrıca her kontrolde tansiyon ölçümü yapılmalı; lipit profili, karaciğer enzimleri ve ürik asit gibi metabolik

parametreler erken dönemde değerlendirilmelidir. Hipertansiyon ve preeklampsi riski, uyku apnesi ve tiroid disfonksiyonlarıyla birlikte izlenmelidir (Gunatilake & Perlow, 2011).

Fetal Büyümenin İzlenmesi

Fetal gelişimin değerlendirilmesinde seri ultrasonografi kontrolleri önemlidir. Obez gebelerde makrozomi veya intrauterin gelişme geriliği riski nedeniyle 28. haftadan itibaren perinatoloji takibi önerilebilir. Amniyotik sıvı, plasental yapı ve doppler bulguları da izleme sürecine dahil edilmelidir (Jarvie & Ramsay, 2010).

Beslenme ve Egzersiz Danışmanlığı

Kilo kontrolü için enerji sınırlı ancak yeterli beslenme esas alınmalıdır. Rafine karbonhidratlardan kaçınılmalı, lifli gıdalar ve yeterli protein tercih edilmelidir. Mikronutrient takviyeleri (folik asit, D vitamini, demir) diyetisyen gözetiminde düzenlenmelidir (Yu vd., 2024). Egzersiz açısından haftada 3-5 gün, günde 30 dakika orta şiddette aktivite (örneğin yürüyüş, yüzme) önerilir. Bu yaklaşım glukoz kontrolünü desteklerken, psikolojik iyilik hâlini de olumlu etkiler (Dodd & Briley, 2017; Mayo Clinic, 2024).

Psikososyal Destek

Obez gebelerde beden algısı, özgüven eksikliği, depresyon ve anksiyete gibi sorunlar yaygındır. Bu nedenle bireysel danışmanlık, grup temelli eğitimler, davranışsal terapi ve motivasyonel görüşmelerle destek sağlanmalıdır (Herring vd., 2010). Özellikle düşük sosyoekonomik gruplarda, davranış değişikliğine yönelik destekleyici yaklaşımlar daha fazla önem taşımaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

Multidisipliner İzlem

Obez gebelerin izlemi; kadın doğum uzmanı, aile hekimi, ebe, diyetisyen, psikolog ve gerektiğinde endokrinolog gibi profesyonellerin iş birliği ile yürütülmelidir. Ekip temelli bu yapı, bireyselleştirilmiş bakım planlarının oluşturulmasına olanak sağlar (Dodd & Briley, 2017). Doğum Öncesi Bakım Rehberi (2020), bu süreci tanımlayarak desteklemektedir.

Ulusal Rehberlere Uygun İzlem

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, obeziteyi riskli gebelik kategorisinde değerlendirmektedir. Obez gebelerin erken tespit edilmesi, Aile Sağlığı Merkezlerinde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarıncı sık takibini önermektedir. Ulusal Gebe İzlem Rehberi, ilk trimesterde detaylı sağlık taramalarının yapılmasını, risk bazlı takip çizelgelerinin oluşturulmasını ve obez gebeler için özel bakım planlarının geliştirilmesini desteklemektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2022).

DOĞUM PLANLAMASI VE YÖNETİMİ

Obez gebelerde doğum planlaması ve yönetimi, hem maternal hem de fetal sağlık açısından çok boyutlu bir süreci ifade eder. Artmış maternal yağ dokusu, metabolik disfonksiyonlar ve ilişkili sistemik inflamasyonlar doğum sürecini fizyolojik ve teknik olarak daha karmaşık hale getirmektedir (ACOG, 2021; Gunatilake & Perlow, 2011). Bu nedenle doğumun şekli, yeri ve uygulanacak müdahale stratejileri, multidisipliner ekipler tarafından gebeliğin son trimesteri başlamadan planlanmalıdır.

Doğum Şekli ve Yeri

Obez gebelerde vajinal doğum öncelikli seçenek olmakla birlikte, sezaryen doğum oranları bu grupta belirgin biçimde yüksektir. Literatürde sezaryen oranlarının obez kadınlarda %40'a kadar ulaşabildiği bildirilmektedir (Fitzsimons vd., 2009). Doğum şekline karar verilirken fetal makrozomi, servikal olgunluk, önceki doğum öyküsü ve eşlik eden maternal hastalıklar dikkate alınmalıdır.

Doğumun gerçekleştirileceği sağlık kuruluşu, ileri düzey anestezi, cerrahi ve yenidoğan bakım hizmetlerine erişim sağlayabilmelidir. Bu nedenle tercihen 2. veya 3. basamak sağlık kuruluşları tercih edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Anestezi Değerlendirmesi

Obez gebelerde epidural ve spinal anestezi uygulamalarında teknik zorluklar sık görülmektedir. Kalın cilt altı yağ dokusu nedeniyle epidural boşluğun tespiti zorlaşmakta, girişim süresi uzamakta ve başarısızlık riski artmaktadır (Jarvie & Ramsay, 2010). Hava yolu yönetiminde zorluk, hipoksi ve aspirasyon riski de artmış olduğundan doğum öncesi dönemde

anestezi uzmanı tarafından preanesteziik değerlendirme yapılmalıdır (Shaikh vd., 2010). Sezaryene geçiş olasılığı göz önünde bulundurularak, genel anesteziye hazırlıklı olunmalıdır (UpToDate, 2024).

Doğum Eyleminin Yönetimi

Obez gebelerde doğumun latent fazı sıklıkla uzar, servikal dilatasyon yavaşlar ve ineffectif uterus kontraksiyonları görülür (Vahratian vd., 2004). Baş-pelvis uygunsuzluğu, omuz distosisi ve doğum travmaları riski de bu grupta daha fazladır (Abenhaim vd., 2007; Usha Kiran vd., 2005). Eylem sırasında fetal distres nedeniyle acil sezaryen gerekebilir (Weiss vd., 2004).

Eylem süreci, deneyimli ekipler tarafından desteklenmeli ve gerekli durumlarda hızlı müdahale sağlanmalıdır. Postpartum hemoraji, özellikle atoniye bağlı olarak obez kadınlarda daha sık görülür ve doğum sonrası izlemde dikkatli olunmalıdır (Usha Kiran vd., 2005).

Sezaryen Cerrahisi ve Postoperatif Riskler

Sezaryen kararı, obez gebelerde daha özenli alınmalıdır. Cerrahi girişim sırasında doku ayrımı, görüş alanının kısıtlılığı, artmış kanama riski ve enfeksiyon gibi komplikasyonlara karşı önlemler alınmalıdır (Catalano & Shankar, 2017). Sezaryen sonrası yara yeri enfeksiyonu, tromboz, hematom ve yeniden hastaneye yatış oranları anlamlı şekilde artmaktadır (Gunatilake & Perlow, 2011).

Doğum Sürecinde İzlem

Obez gebelerde fetal kalp atımlarının izlenmesi, artmış abdominal yağ dokusu nedeniyle teknik olarak zorlaşabilir. Kardiyotokografik izlemde sinyal kalitesi düşebilir; fetal pozisyonun elle belirlenmesi güçleşebilir (Dodd & Briley, 2017).

Obeziteye Bağlı Doğum Komplikasyonları

Obeziteyle ilişkili doğum süreci komplikasyonları řu şekilde sıralanabilir:

- Latent fazın uzaması ve servikal ilerlemenin yavaşlaması
- Hipotonik doğum eylemi (ineffektif kontraksiyonlar),
- Baş-pelvis uygunsuzluęu ve fetüsün pelvise iniřinde zorluk
- Omuz distosisi ve doğum travması

- Fetal distres nedeniyle acil sezaryen gereksinimi
- Postpartum hemoraji (atoniye bağlı)
- Tromboembolik olaylara yatkınlık (Usha Kiran vd., 2005; Weiss vd., 2004).

DOĞUM SONRASI İZLEM VE DESTEK

Obez kadınlar için doğum sonrası dönem, hem kısa vadeli komplikasyonlar hem de uzun vadeli sağlık sonuçları açısından kritik bir izlem sürecidir. Bu dönemde enfeksiyonlar, tromboembolik olaylar, emzirme sorunları, kilo yönetimi ve ruhsal uyum gibi çok yönlü sağlık gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle postpartum bakım, yalnızca tıbbi değil, aynı zamanda psikososyal destek ve sağlık davranışlarının güçlendirilmesini de içermelidir (Catalano & Shankar, 2017; ACOG, 2021).

Yara Bakımı ve Enfeksiyon Takibi

Sezaryen doğum oranlarının yüksek olduğu obez annelerde yara yeri enfeksiyonu, hematoma ve iyileşme gecikmeleri sık görülmektedir. Bu nedenle postpartum bakım sürecinde yara yerinin günlük gözlemi yapılmalı, profilaktik antibiyotik kullanımı gözden geçirilmelidir. Hijyen ve yara bakımı eğitimi, hastaneden taburculuk öncesi mutlaka verilmelidir (Gunatilake & Perlow, 2011).

Tromboemboli Önleme Stratejileri

Obeziteyle ilişkili artmış venöz staz ve hiperkoagülabilitate riski, postpartum dönemde tromboembolik olayların sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle erken mobilizasyon teşvik edilmeli, uzun süreli yatak istirahatinden kaçınılmalı ve bireysel risk faktörlerine göre düşük molekül ağırlıklı heparin ile farmakolojik tromboprolaksi uygulanmalıdır (ACOG, 2023).

Emzirme Desteği ve Laktasyon Yönetimi

Obez kadınlarda emzirmeye başlama süresi uzayabilir, süt üretimi gecikebilir ve emzirme süresi daha kısa olabilir. Hormonal değişiklikler, meme dokusundaki yapısal farklılıklar ve beden algısındaki olumsuzluklar bu süreci olumsuz etkileyebilir (Herring vd., 2010). Emzirmeyi desteklemek için doğum sonrası ilk saat içinde ten tene temas sağlanmalı, emzirme danışmanlığı sunulmalı ve annenin emzirme

motivasyonu desteklenmelidir. Bu destek, aynı zamanda annenin postpartum kilo kontrolüne de olumlu katkı sağlar.

Psikolojik İzlem ve Ruhsal Destek

Obez kadınlar, beden imajı bozukluğu, özgüven kaybı ve sosyal izolasyon gibi nedenlerle postpartum depresyon açısından risk altındadır (Simon vd., 2020). Postpartum dönemde Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) gibi tarama araçları ile değerlendirme yapılmalı, gerekli durumlarda psikolojik danışmanlık ve sosyal destek hizmetleri sunulmalıdır. Bu süreçte özellikle stigma ile mücadele eden yaklaşımlar benimsenmeli, bireyin duygusal iyilik hâli güçlendirilmelidir (Dodd & Briley, 2017).

Kilo Yönetimi ve Yaşam Tarzı Danışmanlığı

Obez kadınlarda gebelikte kazanılan kiloların postpartum dönemde kalıcı hâle gelme riski yüksektir. Bu durum, uzun vadede metabolik sendrom ve kardiyovasküler hastalık riskini artırmaktadır (Langley-Evans vd., 2022). Postpartum dönemde kalori kısıtlamasından kaçınılarak sağlıklı ve dengeli beslenme programları uygulanmalı, emzirmeyi destekleyecek şekilde yapılandırılmış egzersiz programları planlanmalıdır. Bireyselleştirilmiş diyet ve fiziksel aktivite rehberliği, yaşam tarzı değişikliklerinin sürdürülebilirliğini artırır (Yu vd., 2024).

Uzun Dönem İzlem ve Metabolik Takip

Postpartum dönemde yalnızca obstetrik değil, aynı zamanda metabolik izlemler de önemlidir. Gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlarda doğumdan 6–12 hafta sonra oral glukoz tolerans testi yapılmalı; hipertansiyon, hiperlipidemi ve kardiyovasküler riskler açısından düzenli değerlendirme gerçekleştirilmelidir (Simmons, 2011). Uzun dönem sağlık yönetiminde aile hekimi ile koordinasyon sağlanmalı, gerekirse endokrinoloji ve kardiyoloji uzmanlarının dâhil olduğu multidisipliner bir takip süreci oluşturulmalıdır.

Yenidoğan İzlemi

Obez annelerden doğan bebeklerde neonatal hipoglisemi, solunum sıkıntısı ve ilerleyen yaşlarda obezite riski artmıştır. Yenidoğanın ilk 24 saatlik glukoz düzeyi takip edilmeli, büyüme eğrileri yakından izlenmeli

ve gerekli durumlarda yenidoğan uzmanı değerlendirmesi yapılmalıdır (Catalano & Shankar, 2017).

Evde İzlem Uygulamaları ve Sağlık Bakanlığı Rehberleri

T.C. Sağlık Bakanlığı, doğum sonrası ilk 48 saat içinde evde ziyaretlerin gerçekleştirilmesini önermektedir. Bu ziyaretlerde yara yeri değerlendirmesi, emzirme takibi, ruhsal durum taraması ve beslenme danışmanlığı sunulmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2022).

SONUÇ

Gebelikte obezite, hem anne hem de fetüs açısından kısa ve uzun vadeli ciddi sağlık riskleri oluşturan sistemik bir durumdur. Günümüzde obezitenin artan prevalansı, gebelik sürecinde daha fazla komplikasyonun görülmesine ve sağlık sistemlerinin bu bireyler için özel yönetim stratejileri geliştirmesini zorunlu hale getirmiştir. Obez gebelerin izleminde; gebelik öncesi danışmanlık, gebelik sürecinde sıkı takip, doğumun ayrıntılı şekilde planlanması ve doğum sonrası dönemde destekleyici hizmetlerin sunulması çok boyutlu bir yaklaşımı gerektirir.

Multidisipliner ekip çalışması bu sürecin temel taşıdır. Kadın doğum uzmanları, aile hekimleri, ebeler, diyetisyenler, psikologlar, endokrinologlar ve diğer uzmanların koordineli çalışması; hem komplikasyon risklerini azaltmakta hem de anne ve bebek sağlığını iyileştirmektedir. Bu kitap bölümü, kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda obezite ile ilişkili gebelik yönetimine ışık tutarak, sağlık profesyonellerine rehberlik etmeyi amaçlamaktadır.

KAYNAKÇA

- Abenhaim, H. A., Kinch, R. A., Morin, L., Benjamin, A., & Usher, R. (2007). Effect of prepregnancy body mass index categories on obstetrical and neonatal outcomes. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 275(1), 39–43. <https://doi.org/10.1007/s00404-006-0200-1>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2021). Obesity in pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 230. *Obstetrics and Gynecology*, 137(6), e128–e144. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004395>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2023). *Obesity and pregnancy*. <https://www.acog.org/womens-health/faqs/obesity-and-pregnancy>

- Australian Institute of Health and Welfare. (2022). *Australia's mothers and babies*. <https://www.aihw.gov.au/reports/mothers->
- Bogaerts, A. F., Devlieger, R., Nuyts, E., Witters, I., Gyselaers, W., Guelinckx, I., & Van den Bergh, B. R. (2013). Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: A prospective controlled cohort study. *Obesity Facts*, 6(2), 152-164. <https://doi.org/10.1159/000346315>
- Brunner, K., Linder, T., Klaritsch, P., Tura, A., Windsperger, K., & Göbl, C. (2025). The impact of overweight and obesity on pregnancy: A narrative review. *Current Diabetes Reports*, 25. <https://doi.org/10.1007/s11892-025-01585-3>
- Catalano, P. (2007). Management of obesity in pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 109, 419-433. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000253311.44696.85>
- Catalano, P., & Shankar, K. (2017). Obesity and pregnancy: Mechanisms of short-term and long-term adverse consequences. *BMJ*, 356, j1. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Overweight & obesity: Data & statistics*. <https://www.cdc.gov/obesity/data/index.html>
- Chu, S. Y., Callaghan, W. M., Bish, C. L., & D'Angelo, D. (2008). Association between obesity during pregnancy and increased use of health care. *The New England Journal of Medicine*, 358(14), 1444-1453. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0706786>
- Cozzolino, M., García-Velasco, J. A., Meseguer, M., Pellicer, A., & Bellver, J. (2021). Kadınlarda obezite, öploid embriyoların düşük riskini artırır. *Doğurganlık ve Kısırlık*, 115(6), 1495-1502.
- Dodd, J. M., & Briley, A. (2017). Managing obesity in pregnancy: An obstetric and midwifery perspective. *Midwifery*, 49, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.001>
- Duman, G., & Bayram, F. (2018). Obezite ve gebelik. *Türk Diyabet Obezite*, 3, 101-105.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2022). *Overweight and obesity in women of reproductive age in Southeast Asia*. <https://www.who.int/southeastasia>

- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2025). *Obesity and overweight*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Fitzsimons, K. J., Modder, J., & Greer, I. A. (2009). Obesity in pregnancy: Risks and management. *Obstetric Medicine, 2*(2), 52–62. <https://doi.org/10.1258/om.2009.090009>
- Grivell, R. M., O'Brien, C. M., & Dodd, J. M. (2016). Managing obesity in pregnancy. *Seminars in Reproductive Medicine, 34*, e38–e46. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1583532>
- Gunatilake, R. P., & Perlow, J. H. (2011). Obesity and pregnancy: Clinical management of the obese gravida. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 204*(2), 106–119. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.10.002>
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (TNSA). (2019). *2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Temel Göstergeler*. https://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_rapor.pdf
- Hanson, M., Gluckman, P., & Godfrey, K. (2017). Interventions to prevent maternal obesity. *The Lancet Diabetes & Endocrinology, 5*(1), 65–76. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30108-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30108-5)
- Herring, S. J., Oken, E., Haines, J., Rich-Edwards, J. W., Rifas-Shiman, S. L., & Gillman, M. W. (2010). Addressing obesity in pregnancy. *Journal of Women's Health, 19*(1), 65–70. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.1343>
- Institute of Medicine (IOM) & National Research Council (NRC). (2009). *Weight gain during pregnancy: Reexamining the guidelines*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/12584>
- Jarvie, E., & Ramsay, J. E. (2010). Obstetric management of obesity in pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 15*(2), 83–88. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2009.10.001>
- Kim, S. T. (2021). Anesthetic management of obese and morbidly obese parturients. *Anesthesia and Pain Medicine, 16*(4), 313–321. <https://doi.org/10.17085/apm.21090>
- Langley-Evans, S. C., Pearce, J., & Ellis, S. (2022). Overweight, obesity and excessive weight gain in pregnancy. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 35*, 250–264. <https://doi.org/10.1111/jhn.12999>

- Liu, K., Chen, Y., Tong, J., Yin, A., Wu, L., & Niu, J. (2022). Association of maternal obesity with preterm birth phenotype and mediation effects of gestational diabetes mellitus and preeclampsia: a prospective cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 459. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04780-2>
- Marchi, J., Berg, M., Dencker, A., Olander, E. K., & Begley, C. (2015). Risks associated with obesity in pregnancy. *Obesity Reviews*, 16, 621–638. <https://doi.org/10.1111/obr.12288>
- Mayo Clinic. (2024). *Pregnancy and obesity*. <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/pregnancy-week-by-week/in-depth/pregnancy-and-obesity/art-20044409>
- Ministério da Saúde (Brazil). (2021). *Health statistics on maternal health*. <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/svsa/cnie/obesidade>
- Mosha, D., Paulo, H. A., Mwanyika-Sando, M., Mboya, I. B., Madzorera, I., Leyna, G. H., ... & Fawzi, W. W. (2021). Risk factors for overweight and obesity among women of reproductive age in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC nutrition*, 7(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s40795-021-00445-z>
- National Health Service (NHS). (2024). *Overweight and pregnant*. <https://www.nhs.uk/pregnancy/related-conditions/existing-health-conditions/overweight/>
- OECD. (2019). *The heavy burden of obesity: The economics of prevention*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/67450d67-en>
- Popkin, B. M., & Reardon, T. (2018). Obesity and the food system transformation in Latin America. *Obesity Reviews*, 19(8), 1028–1064. <https://doi.org/10.1111/obr.12694>
- Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalan, C., Uauy, R., Herring, S., & Gillman, M. W. (2016). Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), 1025–1036. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(16\)30217-0](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(16)30217-0)
- Public Health Agency of Canada. (2022). *Maternal obesity in Canada*. <https://www.canada.ca/en/public-health.html>
- Riley, L., Wertz, M., & McDowell, I. (2018). Obesity in pregnancy: Risks and management. *American Family Physician*, 97(9), 559–561.

- Sağlık Bakanlığı. (2020). *Doğum öncesi bakım rehberi*. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kadin-ve-ureme-sagligi-db/Rehberler/dogum_onesi_bakim_2020.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Ulusal gebe izlem rehberi*. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadinsagligikitaplar/ulusal-gebelik-izlem-rehberi>
- Shaikh, H., Robinson, S., & Teoh, T. (2010). Management of maternal obesity. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 15(2), 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2009.10.003>
- Simmons, D. (2011). Diabetes and obesity in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 25(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2010.10.006>
- Simon, A., Pratt, M., Hutton, B., Skidmore, B., Fakhraei, R., Rybak, N., Corsi, D. J., Walker, M., Velez, M. P., Smith, G. N., & Gaudet, L. M. (2020). Guidelines for the management of pregnant women with obesity: A systematic review. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 21(3), e12972. <https://doi.org/10.1111/obr.12972>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TUİK). (2023). *Türkiye sağlık araştırması, 2022*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
- UpToDate. (2024). *Obesity in pregnancy: Complications and maternal management*. <https://www.uptodate.com/contents/obesity-in-pregnancy-complications-and-maternal-management>
- Usha Kiran, T. S., Hemmadi, S., Bethel, J., & Evans, J. (2005). Outcome of pregnancy in a woman with an increased body mass index. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(6), 768–772. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00546.x>
- Vahratian, A., Zhang, J., Troendle, J. F., Savitz, D. A., & Siega-Riz, A. M. (2004). Maternal prepregnancy overweight and obesity and the pattern of labor progression in term nulliparous women. *Obstetrics & Gynecology*, 104(5), 943–951. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000142715.53626.58>
- Weiss, J. L., Malone, F. D., Emig, D., Ball, R. H., Nyberg, D. A., Comstock, C. H., ... & D'Alton, M. E. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate – A population-based screening study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 190(4), 1091–1097. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2003.09.058>

- Yu, H., Li, M., Qian, G., Yue, S., Ossowski, Z., Szumilewicz, A. (2024). Comparing interventions on gestational weight gain. *Advances in Nutrition*, 15. <https://doi.org/10.1016/j.advnut.2024.100253>
- Zhang, L., Wang, Z., Wang, X., Chen, Z., Shao, L., Tian, Y., Zheng, C., Li, S., Zhu, M., Gao, R., & China Hypertension Survey investigators (2020). Prevalence of overweight and obesity in China: Results from a cross-sectional study of 441 thousand adults, 2012-2015. *Obesity research & clinical practice*, 14(2), 119-126. <https://doi.org/10.1016/j.orcp.2020.02.005>