



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GEBE KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ
DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

MERVE AKSOY

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. NEZİHE KIZILKAYA BEJİ

İSTANBUL – 2018

TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()
Anabilim Dalı : Hemşirelik
Tez Sahibi : Merve OLGUN
Tez Başlığı : Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkiyen Faktörler
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Kavacık Yerleşkesi
Sınav Tarihi : 15.08.2018

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Prof.Dr.Nezihe KIZILKAYA BEJİ

Kurumu

İstanbul Üniversitesi

İmza



Sınav Jüri Üyeleri

Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL

İstanbul Medipol Üniversitesi

Dr.Öğr.Üyesi Özlem AVCI

İstanbul Medipol Üniversitesi



Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun 16./08/2018 tarih ve 2018.../32...-28 sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazıma kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

MERVE AKSOY



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimime başladığım günden itibaren bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, tezimin her aşamasında katkı sağlayan, yol gösteren, üstün sabrı ve yardımlarından dolayı danışmanım Sayın Prof. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji'ye,

Tezimin istatistiksel analizlerinde bana yardımcı olan Sayın Doç. Dr. Ergül Aslan'a,

Yüksek lisans eğitimine birlikte başladığım, başarı yolunu birlikte yürüdüğüm can arkadaşım Gülşah Kavraz'a,

Eğitim hayatıma her zaman destek veren aileme,

Beni destekleyen, cesaretlendiren, her zaman yanımda olan canım eşim Ali Aksoy'a,

Tezimi yazmayı tamamlarken tezi hem yazıp hem de yaşamamı sağlayan, rahat bir gebelik geçirmeme yardım eden minik Ege'ne çok teşekkür ederim...

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

TEZ ONAY FORMU	i
BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
KISALTMALAR LİSTESİ	VI
TABLO LİSTESİ	VII
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	6
4.1.Gebeliğin Tanımı Ve Fizyolojisi.....	6
4.2.Gebelikte Oluşan Fizyolojik Değişiklikler.....	6
4.3.Sağlığın Tanımı.....	10
4.4.Sağlık Davranışı.....	11
4.5.Sağlığı Koruma Ve Geliştirme.....	12
4.5.1. Sağlığı Koruma.....	13
4.5.2. Sağlığı Geliştirme.....	14
4.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	18
4.6.1. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.....	20
4.6.1.1.Kendini Gerçekleştirme.....	20
4.6.1.2.Sağlık Sorumluluğu.....	22
4.6.1.3.Egzersiz.....	23
4.6.1.4.Beslenme.....	26
4.6.1.5.Kişiler Arası Destek.....	32
4.6.1.6.Stres Yönetimi.....	33
4.7.Gebelik Döneminde SYBD Geliştirmede Ebe-Hemşirenin Rolü.....	35

5. MATERYAL VE METOD.....	39
5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	39
5.2.Araştırma Yeri ve Zamanı.....	39
5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
5.4.Verilerin Toplanması.....	40
5.5.Veri Toplama Araçları.....	40
5.6.Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
6. BULGULAR.....	43
7. TARTIŞMA.....	83
7.1.Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması..	83
7.2.Gebelerin SYBDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi.....	85
7.3.Gebelerin DASÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi.....	90
7.4.Gebelerin SYBDÖ ve DASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	98
8. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	100
8.1.Sonuçlar.....	100
8.2.Öneriler.....	101
9. KAYNAKÇA.....	102
10. EKLER.....	103
11. ETİK KURUL ONAYI.....	120
12. ÖZGEÇMİŞ.....	121

KISALTMALAR LİSTESİ

BAE: Beck Anksiyete Envanteri

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

DAS: Depresyon Anksiyete Stres Skalası

DKÖ: Durumluluk Kaygı Düzeyi Ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EADMS: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası

EDSDÖ: Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği

GDM: Gebelikte Diyabetes Mellitus

GİS: Gastro İntestinal Sistem

HAD: Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği

NSD: Normal Spontan Doğum

PRIME-MD: Primary Care Evaluation Of Mental Disorders

SCA: Section Cesarean Abdominal

SPSS: Statistical Package For Social Sciences

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TABLULAR LİSTESİ

	<u>Sayfa No</u>
Tablo 6.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı.....	43
Tablo 6.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	44
Tablo 6. 3. Gebelik Döneminde Yapılan Uygulamalara İlişkin Verilerin Dağılımı.....	45
Tablo 6. 4. Gebelikte Yaşanan Sorunlara İlişkin Verilerin Dağılımı.....	46
Tablo 6.5. Gebelerin SYBD Ve DAS Ölçek Puanları Ortalamalarına İlişkin Bulgular.....	47
Tablo 6. 6. Gebelik Haftasına Göre SYBD Ve DAS Ölçek Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı.....	47
Tablo 6. 7. Gebelerin Gebelik İle İlgili Bazı Özelliklerinin Trimesterlere Göre Dağılımı.....	49
Tablo 6. 8. Gebelerin Yaşları İle SYBD, DAS Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	51
Tablo 6. 9. Gebelerin Eğitim Durumları İle SYBD Ve DAS Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	52
Tablo 6. 10. Gebelikte Ve Gebelik Öncesi Çalışma Durumu İle SYBD, DAS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	56
Tablo 6. 11. Gebelerin Gelir Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	57
Tablo 6. 12. Gebelerin Yaşayan Çocuk ve Gebelik Sayılarının SYBD Ve DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamaları.....	60
Tablo 6. 13. Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 6. 14. Gebelerin Sağlığı Değerlendirme Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	63
Tablo 6. 15. DAS Ölçeği Depresyon Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	66

Tablo 6. 16. DAS Ölçeği Anksiyete Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	70
Tablo 6. 17. DAS Ölçeği Stres Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	72
Tablo 6. 18. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımları.....	73
Tablo 6. 19. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımları.....	77
Tablo 6. 20. Gebe Eğitim Sınıfına Katılma, Gebeliği Planlama Ve Uyku Sorunu Varlığı İle DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımı.....	80

1. ÖZET

GEBE KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Bu çalışma gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) ve depresyon, anksiyete, stres (DAS) düzeylerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Araştırmanın evrenini İstanbul Anadolu Yakası'nda bulunan bir dal hastanesinde 15.12.2015-15.03.2016 tarihleri arasında gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlar oluşturdu. Örneklem kapsamına ise araştırma kriterlerine uyan 300 sağlıklı gebe alındı. Veriler Sosyo-Demografik Bilgi Toplama formu, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD) Ölçeği II ve Depresyon, Anksiyete, Stres (DAS) Skalası formları kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde ki-kare, Spearman korelasyon analizi, Tukey testi, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test kullanıldı. Gebelerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması $133,72 \pm 21,97$, DAS toplam puan ortalaması $32,77 \pm 20,96$ 'dir. Gebelerin DAS ölçek alt boyut puanları depresyon $9,32 \pm 7,78$, anksiyete $10,67 \pm 6,99$, stres $12,77 \pm 7,52$ olarak bulundu. Eğitim durumu yüksek, gelir durumu iyi olan gebelerin SYBD puan ortalamalarının yüksek olduğu belirlendi ($p < 0,05$). Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren gebelerin, SYBDÖ II stres yönetimi puanı yüksek olarak saptandı ($p < 0,05$). Gebelik haftası 1-13 olan gebelerin depresyon alt boyut puanının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$). Gebeliği planlı olmayan kadınların, gebeliği planlı olanlara kıyasla, depresyon, anksiyete ve stres puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$). Depresyon ölçeği puan düzeyleri normal sınırlarda olan gebelerin SYBD puan ortalaması yüksekti ($p < 0,05$). Gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile depresyon semptomları arasındaki ilişki birbirlerini etkilediğini göstermektedir. Gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları, rutin antenatal bakım kapsamında değerlendirilmeli ve her gebeye özgü gerekli girişimler planlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Depresyon, Anksiyete Stres, Gebe kadın.

2. ABSTRACT

HEALTHY LIFE STYLE BEHAVIORS IN PREGNANT WOMEN AND AFFECTING FACTORS

This study was conducted as a descriptive study to determine the healthy lifestyle behaviors (HPLP) and depression, anxiety, stress (DAS) levels of the pregnant women. The population of the study consisted of women who applied to a pregnancy followed-up in policlinic of a branch hospital on the Anatolian side of Istanbul between 15.12.2015-15.03.2016. In the sample, 300 healthy pregnant women who met the research criteria were included. The Data Socio-Demographic Information Collection form was collected using the Healthy-Promoting Lifestyle Profile (HPLP) and the Depression, Anxiety, Stress (DAS) Scale forms. The chi-square test, spearman correlation analysis, tukey analysis, mann whitney u test and kruskal wallis test is used for data analysis. Pregnancies healthy life style behaviors scale II average total score is $133,72 \pm 21,97$, DAS scale average total score is $32,77 \pm 20,96$. DAS scale subscale scores of pregnant women were found as depression $9,32 \pm 7,78$, anxiety $10,67 \pm 6,99$, stress $12,77 \pm 7,52$. It was determined that the average of the HPLP scores was high for the ones with high education level and good income status ($p > 0,05$). Pregnant women who assessed their health as very good were found to have a high score of HPLP II stress management ($p < 0,05$). It was seen that the depression subscale scores of pregnancies with gestational week 1 to 13 were higher ($p < 0,05$). It was observed that women who had not planned pregnancies had higher depression, anxiety and stress scores than those who had planned pregnancy ($p < 0,05$). Depression scale score levels in the normal range of pregnant women with the mean of HPLP average score high ($p < 0,05$). The relationship between healthy lifestyle behaviors of pregnancies and symptoms of depression suggests that they affect each other. Healthy lifestyle behaviors of pregnant women should be evaluated within the scope of routine antenatal care and any necessary nursing interventions should be planned.

Key words: Anxiety, Depression, Stress, Healthy Life Style Behaviours, Pregnant women

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık; sadece hastalık veya sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlık; koruma, kişisel bakım, bireysel sorumluluk, maksimum iyilik hali, yaşam kalitesi, sağlık davranışı gibi kavramları da içeriğinde barındıran geniş bir kavramdır (1).

Sağlıklı olmak, sağlığı sürdürmek bireyin öz hakkı olup, sağlığın iyileştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi sağlık kurumlarının ve çalışanlarının öncelikli amacı olması ile birlikte aynı zamanda bireyin kendi sorumluluğu altındadır (2).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, insanların kendi sağlıklarını düzenleme ve kontrol etme ve tam bir sağlık potansiyeline sahip olmayı amaçlamaktadır. Bireyler sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi bir anlamda sağlıklarının korunmasını kendi görevleri olarak algılamaları ve bunun sonucunda riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları sağlanacaktır (3).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), bireyin sağlıklı olmak, sağlığını korumak ve hastalık durumundan kaçınmak amacıyla uyguladığı sağlık davranışlarının tamamını kapsamaktadır. Bireyin fiziksel, psikolojik, sosyal, duygusal, manevi boyut gibi bütün kavramları barındıran sağlık, kişinin yaşam doyumunu, yaşam kalitesini artırarak kendini gerçekleştirmesini sağlamaktadır (4).

Sağlıklı yaşam biçimi; kişilerin sağlığını tehdit eden unsurlara ve koruyucu önlemlere karşı bazı tutum ve davranışlar ortaya koymakta ve bu davranışlar kişiden kişiye farklılık göstermektedir (2).Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ise; bireylerin kendi iyilik seviyelerini korumalarına ve yükseltmelerine hizmet eden davranışlar şeklinde tanımlanmaktadır (5). Bireyin sağlığını etkileyen davranışlarını kontrol altına alması, günlük aktivitelerini düzenlemesi ve yaşamına uygun sağlık davranışları seçerek uygulamasıdır. Bu davranışlar, bireyin iyilik, sağlık seviyesini arttıran, kişiyi geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Yeterli ve dengeli beslenme,

egzersiz yapma, fiziksel aktivitelere katılma, sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklardan uzak durma yararlı davranışlara yönelme, sağlık sorumluluğu alma, çevreyle doğru iletişim halinde olma, herhangi bir stres ile karşılaşma durumunda onu yönetebilme gibi davranışlar sağlığın geliştirilmesinde etkin olan davranışlardır. Kişinin, ailesinin ve yaşadığı toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması gerekir (6).

Bireyin sağlıklarını geliştirebilmeleri için sağlığı geliştirici sağlık davranışlarını uygulamaları önemlidir. Bir toplumun sağlık seviyesi, o toplumu oluşturan bireylerin çoğunluğunun sağlık seviyesi ile ilişkilidir. Sağlıklı olmak, her bireyin hakkı olmakla beraber, sağlığın korunması ve sürdürülmesi, sağlığın geliştirilmesi demektir. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler (4).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını (SYBD) bir yaşam biçimi haline getirebilen birey, iyilik halini sürdürebildiği gibi, hastalıklardan korunabilmekte ve sağlık durumunu en üst düzeye çıkarabilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazanılması, uygulanması ve yaşam tarzı haline getirilmesi bireylerin bilgi, tutum ve düşüncelerinin değiştirilmesi ile sağlanabilir. Bu nedenle sağlık eğitimine gereken önemin verilmesi gerekmektedir (2).

Bireylerin yaşamında sağlık önemli bir yer tutmaktadır (7). Günümüz sağlık anlayışı toplumun, toplumu oluşturan bireylerin sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmeyi kapsamaktadır. Yalnız sağlıklı bireylerle sağlıklı bir toplum oluşturulabilmektedir. Bireylere kendi sağlık ve iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek, sağlığını koruyucu davranışlar kazanmaları ve sağlıklı kalmaları adına doğru kararlar almaları için desteklenmesi gerekmektedir (8).

Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılabilmesi için öncelikle bireylerin sahip oldukları yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir. Böylece bireylerin mevcut yaşam biçimi davranışlarının saptanması ile gereksinimleri doğrultusunda eğitim programları geliştirilebilir. Gebelerin de sağlıklı bir gebelik geçirebilmeleri için öncelikle bireyin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sahip olması gerekir. Sağlıklı yaşam biçimi gebelerin davranışlarının

belirlenmesi, gebenin sürecinin değerlendirilmesini ve gereksinimlerinin belirlenerek karşılanmasına yardımcı olacaktır. Sağlık profesyonellerinin, gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları gereksinimleri hakkında bilgi sahibi olması önemlidir. Böylece, gebe eğitimi programının, gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirecek şekilde düzenlenebilmesi sağlanabilecektir (9).

Toplumun sağlık düzeyi, toplumu oluşturan sağlıklı bireylerin çoğunlukta olması ile anlaşılır. Bu bakış gebeden başlar. Bireylerin sağlıklı olması, sağlığını koruması ve sürdürmesi sağlık personellerinin amaç ve sorumluluklarındandır. Sağlık alışanları, toplumda sorumluklarının yanı sıra rol modeli de olmalıdırlar. Bunun yanında bireylerin de kendilerine düşen görevleri yerine getirmeleri gerekmektedir. Bireylerin gereksinimleri belirlenerek hazırlanacak eğitimlerin sağlık personeli tarafından gebelere göre de içeriği düzenlenmeli, eğitime gebelikten başlanmalıdır (10).

Sağlığın geliştirilmesi için risk etmenlerinin belirlenerek bireylerin bilinçlendirilmesi ve bireylerin gebelikten itibaren risk etmenlerinden korunması önemlidir. Bu risklerin belirlenmesinde kullanılan önemli araçlardan biri Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları leği'dir (11). Literatürler incelendiğinde, sağlıklı yaşam biçimi leği birçok grup üzerinde uygulanmış, yalnız gebeler hakkında sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır.

Bu çalışmada gebelere sağlıklı yaşam biçimi davranışları leği uygulanarak gebelikte sağlıklı yaşam biçimini etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1.Gebeliğin Tanımı Ve Fizyolojisi

Gebelik, kadının overlerinden atılan ovum adı verilen dişi üreme hücresi ile erkeğin üreme hücresi olan spermin birleşip kaynaşması sonucunda (fertilizasyon) meydana gelen oluşumdur. Gebeliğin süresini kadının son menstrasyonunun ilk gününden itibaren 280 gün, 10 gebelik ayı ya da 40 hafta olarak tanımlayabiliriz. Fertilizasyon ile başlayan ve doğumla sonlanan gebelik periyodu doğal bir süreç olarak kabul edilir (12).

4.2.Gebelikte Oluşan Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik esnasında ortaya çıkan fizyolojik değişimlerin bilinmesi, bu dönemde annede oluşan yakınmaların anlaşılmasını kolaylaştırmaktadır (13). Gebelik sürecinde kadının vücudunda meydana gelen değişiklikler birçok faktörden etkilenir. Hormonal faktörler, uterusu fetüsün gelişmesi, annenin vücudunda meydana gelen değişiklikler, etkileyen faktörlerdendir (14).

Gebelikte meydana gelen değişiklikler; anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişikliklerdir. Endokrin, üriner, hematolojik, kardiyovasküler sistem, üreme, solunum, kas-iskelet sistemi ve ciltte de değişiklikler olmaktadır. Doğum sonrasında ise kadının vücudu önceki anatomik ve fizyolojik durumuna dönmektedir (12). Kadın vücudu gebelik boyunca gelişen ve büyüyen fetüsün gereksinimlerini karşılayarak uygun ortam sağlayıp onu doğuma hazırlar.

Gebelik süresince üreme sistemindeki değişikliklere baktığımızda; gebelik sırasında vücut tarafından salgılanan hormonlar ve uterusu büyüyen ve gelişen fetüsün etkisi ile uterusu önemli değişimler görülür. Estrojen ve progesteronun düz kas lifleri ve endometrium üzerine olan etkisinden dolayı kas liflerinde ve endometrium dokusunda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Gebeliğin başlangıcından itibaren uterusu normalde ağrısız, düzensiz, kontraksiyonlar gözlenir. Kontraksiyonlar gebeliğin dördüncü ayında başlayarak abdomenden palpasyonla hissedilebilir (14). Ağrısız düzensiz olan bu kontraksiyonlar, Braxton Hicks olarak adlandırılır (15, 16, 17).

Gebelik boyunca uterus fetus, plasenta ve amnion sıvısını taşıyacak kapasiteye sahip, görece ince duvarlı musküler bir organa dönüşür. Gebeliğin dördüncü ayıyla beraber uterusun büyüklüğü pelvis kavitesini doldurur, uterusun üst kısmı olan fundus, sinfisis pubis ile umblikus arasına ulaşır (16, 18).

Vajinanın gebelikte hormonların etkisi ile damarlanması, kanlanması artar; mor (chadwick bulgusu) ve ödemli görünür ve kas tabakası hipertrofiye uğrar, vajen mukozası kalınlaşır, konnektif doku gevşer ve böylece vajen doğuma hazır hale gelir. Gebeliğin 6-8, haftaları arasında pelvik damarların konjesyonu nedeniyle serviks yumuşar, vajen ve serviks mavi- erguvani bir renk alır. Bu değişimler artmış damarlanmanın ve tüm serviksteeki yaygın ödemin ayrıca servikal bezlerin hipertrofi ve hiperplazisinin bir sonucu olarak gerçekleşir (13, 14, 16, 17, 19).

Gebelikte kardiyovasküler sistemdeki değişikliklere baktığımızda; kan hacminde, kalp debisinde, kalp hızında, nabız basıncında artış ve sistolik kan basıncı ile sistemik vasküler dirençte azalma görülür. Gebelikte oksijen gereksiniminin, kan volümünün artması ve daha çok uterusu oluşturan vasküler değişikliklere bağlı olarak kardiyak out-put artar. Buna bağlı olarak, gebelikte kalp atım sayısı dakikada 10-15 vuruş artar. Dolayısıyla kalbin çalışma gücü artar. Büyüyen uterus kalbin yukarı ve sola doğru hareket etmesine sebep olur. Gebe kadınlarda aritmi ve taşikardi gibi kardiyak düzensizliklerin ortaya çıkması normal kabul edilir (12).

Gebelikte uterusun diyafragmayı yukarı itmesi, fetusun kan hücrelerinin artması, progesteronun solunum merkezini karbondioksite duyarlı hale getirmesi nedeniyle oksijene olan gereksinim %15-20 artar ve pulmoner ventilasyon %40 artar bu değişimler de gebede solunum sayısı artırır (12).

Gebelerin gastrointestinal sistemdeki değişikliklere baktığımızda; gebelerin birçoğunda ilk trimesterde başlayan ve gebelik süresince devam eden iştah artışı gözlenir. Progesteronun düz kas gevşetici etkisine bağlı olarak alt özofagus sfinkter basıncı azalır. Gebelik ilerlediğinde mide ağrısı ve reflü şikâyetleri artabilir. Gebeliğin ilk üç ayında bulantı ve kusma (emezis) görülebilir. Genellikle gebeliğin 6. haftasından itibaren başlar, bazı kaynaklara göre 9. haftada pik yapar, 6.-12. hafta içinde kendiliğinden geriler, kaybolur. Gebelikte büyüyen uterusun organların yerini

değiştirmesi, bası yapması ve gebelik hormonlarının etkisi ile konstipasyon, buna bağlı olarak hemoroit görülebilir (12).

Gebelikte hematolojik değişikliklere baktığımızda; gebelik sırasında hematolojik sistemde meydana gelen en önemli değişiklik kan hacminde artış ve koagülasyon sistemindeki değişikliklerdir. Artan kan hacmi uteroplental kan akımını sağladığı gibi, doğum sırasındaki kan kaybına karşı annenin korunmasında da önemlidir. Dolaşan kan hacmi artar. Gebelik sırasında toplam lökosit sayısı artar. Nötrofillerin hem toplam hem de yüzde sayıları artar. Lenfositler toplam sayı olarak da yüzde olarak da azalır. Monosit toplam sayısı artar ancak oranı değişmez. B lenfosit sayısı değişmez ancak T lenfosit sayısı azalmıştır (16).

Gebelikte hormon yapımındaki artma nedeniyle, memeler şekil ve görünüm olarak değişir ve büyür. Gebe kadın memelerde dolgunluk, duyarlılık ve karıncalanma hissedebilir. Gebeliğin erken haftalarında, kadınlar memelerinde hassasiyet artışı ve sızı hissederler (18, 20). Gebeliğin ikinci ayında pigmentasyon artışı görülür. Gebelerde areolanın pigmentasyonu artar, koyulaşır ve daha erektil bir durum alır. Memelerdeki gelişme, gebeliğin ilk belirtilerindedir. Gebeliğin 16. haftasından itibaren kolostrum (koyu kıvamlı sarı renkli sıvı) salgılanması başlayabilir. Pigmentasyon artışı sebebiyle alın, burun üstü, yanak kemiği üzerindeki derinin, koyulaşmasıyla gebelik maskesi ve simfizis pubisten umblikusa doğru uzanan koyu renkli bir çizgi (linea nigra) ve karın duvarında çatlaklar (stria) görülmektedir (12).

Gebelikte kas iskelet sistemine baktığımızda; hormon salınımındaki artış, öncelikle pelvis ve bütün kas iskelet sisteminin gevşemesine sebep olur. Büyüyen uterusun öne doğru çıkması ile lombo-sakral bölgede lordosis artar, buda sakro-iliak eklemi yükünü artırarak bel ağrılarına neden olur. Pelvik eklemlerdeki ve bağ dokusundaki bu gevşemeler aslında doğum eylemine yardımcı olur. Gebelikte kas-iskelet sistemindeki olumsuz değişiklikler hafif ve orta düzey egzersiz ile hafifletilebilir.

Gebelikte gastrointestinal sisteme baktığımızda; progesteronun etkisi ile büyüyen uterusun yaptığı baskıyla mide ve bağırsakların hareketi azalır. Buna bağlı olarak mide yanması, kabızlık ve pilyalim görülür. Gebelikte iştahta artma gözlenir,

birçok besin maddesine olan gereksinim artar ve bu gereksinim annede yeme isteği şeklinde ortaya çıkar. Gebelikte üriner sisteme bakıldığında; üriner sistemde genişleme ve peristaltik hareketlerde azalma olur. Büyüyen uterus mesaneye baskı yapar ve idrar torbası duyarlılığı artar, kapasitesi azalır ve gebede sık idrara çıkma gözlenir. Bu belirti ilk ve üçüncü trimesterde daha çok gözlemlenir. Progesteronun düz kas liflerinin üzerine yaptığı etki ve uterusun baskısıyla ortaya çıkan bu gevşeme sonucu idrar staza uğrar. Buna bağlı gebelikte üriner sistem enfeksiyonlarına yatkınlık artar (14).

Gebelikte metabolik değişiklikler incelendiğinde; oksijen ihtiyacının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında bazal metabolizmada değişiklik görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda bazal metabolizma hızında %20 artış olur. Gebelikte demir ihtiyacında artış olur, gebenin diyetine ilave edilmedikçe plazma demir ve plazma ferritin konsantrasyonları düşerken, transferrin artar. Fetüs glukozu esas olarak enerji için kullanır, ancak amino asitler, laktat ve keton cisimlerini de kullanabilir. Gebeliğin erken döneminde anne dolaşımında glukoz konsantrasyonu düşer, bunun yerine enerji için yağlar kullanılır. Birinci trimesterde bulantıya bağlı beslenmenin azaltılıp aksatılmasıyla hipoglisemiye yatkınlık artar, maternal hipoglisemi görülür, yağların kullanılması hızlanır. Sürekli beslenen fetusa karşı anne aralıklarla beslenmekte, yemek aralarında yağlar kullanılmaktadır. Bu nedenle sık aralarla ve yeterli karbonhidratla da beslenmesi önerilir (12, 14).

Gebelikte kilo artışı, fetusun ve annenin organların büyümesiyle, annede yağ ve protein depolanması, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebelikte normal kilo alma ortalama 12,5 kg'dir. Bunun ortalama 1,4 kg göğüslerde, 0,3 kg uterusu, 5 kg plesenta amniotik mai ve fetusa, 3 -4 kg cilt altı yağ ve protein deposuna, 1,5-2,0 kg interstisyel sıvıya aittir. Bazı kadınlar gebelikte çok az kilo alırlar, bazıları ise alınması gereken normal kilonun iki katına çıkabilirler. Bazı kaynaklarda ise 7-20 kilo arasındaki artışın normal gebelik gidişi ile birlikte olabileceği bildirilmiştir (16).

Gebelikteki psikolojik değişikliklere baktığımızda; gebelerde 1.trimesterde ambivalan duygular görülür. Mestruasyonun kesilmesi, mide bulantılarının olması,

kendisini yorgun ve bitkin hissetmesi, hasta olmadığı halde kendisini iyi hissetmemesi kadınlarda ambivalan duyguları ortaya çıkaran nedenlerdir. Bu gibi durumlar kadınların gebeliği istememesine de neden olur. Gebeliğin ilk aylarında kadınların çoğunda hormonal değişimle birlikte yorgunluk hissi, çok uyuma isteği görülebilir. Kadının bebeğinin normal ve sağlıklı olup olmayacağı, kendi sağlığı ile ilgili korkuları ve kaygıları vardır (15, 17).

2. trimesterde kadının gücü artmakta, bulantıları geçmekte, kendisini iyi hissetmekte ve olumlu duygular geliştirmektedir. Kadın, gebe bir kadın görünümünü almıştır. Aşırı duyarlılık, alınganlık, huzursuzluk, ani kızgınlık ve büyük mutluluk duygularında ani ve nedensiz değişimler görülebilir. Diğer gebelerle iletişimi artar, bebeği sahiplenir, bebeği ve gebeliği hakkında sorular sorar, durumunu kabullenmeye başlar, günlük aktivitelerini gebeliğini göz önüne alarak planlar.

3. trimesterde fiziksel olarak görünümü büyümüş, kilosuna artmış ve hantallaşmıştır. Çabuk yorulur ve büyüyen vücuduna uyum sağlamakta zorluk yaşar, kendini rahatsız hisseder. Bu sorunlar kadının günlük yaşamını zorlaştırır. Artık gebelikten bıkmaya başlamış, doğumu, bebeğine kavuşmayı bir an önce istemeye başlamış ve bunun yanında doğum hakkında endişeleri ve soruları artmıştır.

Fiziksel rahatsızlık, ilerleyen ve büyüyen gebelik, artan kilo ve ebeveyn sorumluluğu gebe kadının psikolojik olarak doğuma hazırlanma gereksinimini ortaya çıkarır. Günlük işlerini yapmakta zorlanır. Doğuma odaklanır, endişeleri, soruları artar. Huzursuzluk ve ambivalan duygular geri gelir. Eşten, çevreden ve sağlık profesyonellerinden yardım ve anlayış bekler.

4.3.Sağlığın Tanımı

Sağlık kavramı ilk zamanlarda hastalık kavramıyla birlikte ele alınmış, hastalık kavramına karşıt olarak açıklanmıştır. Bu görüş zamanla kaybolmuştur. Çünkü birçok hastalık olmasına karşın tek bir sağlık bulunmaktadır. Sağlık ve hastalığın aynı eşdeğerde olmadığı düşünülerek birçok sağlık tanımı ortaya çıkmıştır (21).

Sağlığın bireyin içinde bulunduğu ve yetiştiği toplumun özellikleriyle ilişkisi daha iyi anlaşılmaya başlanmış, sağlık ve hastalık durumları farklı kavramlar olarak

ele alınmıştır. Yirminci yüzyıl başlarında, sağlık ve hastalık bir süreç olarak kabul görmüş, “biri var ise diğeri yoktur“ anlayışı iki uç kavram olarak değerlendirilmiştir (22). Bütüncül sağlık anlayışına göre sağlık; fiziksel, ruhsal, spirütüel, sosyal sağlık bileşenlerinden oluşmaktadır (23).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından yapılan tanımda sağlık; yalnızca hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmıştır.

Türk Dil Kurumu ise sağlığı; bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet olarak tanımlamaktadır (24).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi yönüne odaklanan sağlık tanımlarında ise sağlık; vücuda enerjinin girişi ve çıkışı arasındaki dengeyi içeren bir aşama ve yapısal, kişisel, sosyal değerlerden etkilenen bir durum olarak tanımlanmıştır. Sağlık, bireyin kendinde ve çevresinde meydana gelen stresörlerle uyum içinde yaşamasını sağlayan durum ve koşullardır (21).

Subjektif olarak sağlık, bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden kendi durumunu algılaması halidir. Bu bakış açısına göre birey, hasta olmadığı halde kendini hasta ya da hasta olduğu halde kendini sağlıklı hissedebilir. Bu nedenle bireyin subjektif sağlık algılayışının bilinmesi gereklidir. Sağlığın algılanması ya da algılanan sağlık; bireyin fiziksel, toplumsal, ruhsal ve biyolojik durumunun kendisi tarafından değerlendirilmesidir. Objektif sağlık algılayışı ise; doktor muayenesi ve tanı testleri ile tanılanan hastalığın olmamasıdır. Bu tanımlamalar doğrultusunda bir bireye sağlıklı diyebilmek için, bireyin kendini hem subjektif olarak sağlıklı algılaması, hem de objektif olarak sağlıklı olması gereklidir (25).

4.4.Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı açıkça fark edilebilen davranış biçimi değil, dolaylı olarak da gözlemlenebilen mental olaylar ve duygu durumlarını da içermektedir. Gochman'a göre kişinin sağlık davranışının içine; inançlar, beklentiler, güdüler, değerler, algılar, kişisel tavırlar, alışkanlıklar ve psikolojik özellikler gibi faktörler girmektedir (25). Koal ve Cobb ise sağlık davranışını, kendisinin iyi olduğuna inanan, herhangi bir

hastalık belirtisi göstermeyen kişilerin, sağlıklı kalmak amacıyla yaptıkları eylemler olarak ifade etmektedirler (26). Sağlık davranışları bireyin sağlığına önem vermesi, kontrol altında tutması, düzenli kontroller için sağlık kurumuna ulaşabilmesi ve bireyin kültürel yapısından etkilenir (27).

Sağlık davranışı; bireyin sağlıklı olabilmek için inandığı, uyguladığı tutum ve davranışları ve sağlıklı olduğu zaman hastalığı önleyici davranışları olarak tanımlanmaktadır. Gochman ise sağlık davranışını, sağlık düzeyinin korunması, sağlığın geliştirilmesi ve iyileştirilmesiyle ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlamıştır. Gochman ayrıca, sağlık davranışlarının, bireyin inançlarını, beklentilerini, değerlerini, algılarını, bireysel tavırlarını, duygusal, psikolojik özelliklerini ve alışkanlıklarını da kapsadığını belirtmiştir (23).

Bireylerin olumlu sağlık davranışları kazanması için, bu davranışlar konusunda bilgi sahibi olmaları ve edindikleri bilgiyi, mevcut davranış biçimlerini değiştirerek uygulamaları gerekir (23).

Sağlık davranışları, egzersiz, sağlıklı beslenme gibi sağlığın sürdürülmesine yönelik, aşılama, kondom kullanımı, taramaların yaptırılması gibi sağlığı korumaya yönelik ya da sağlığa zarar veren davranışların önlenmesi ve tıbbi tedaviye uyum sağlamaya yönelik davranışlardır. Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumak değil, yaşam boyunca iyilik düzeyini artıran davranışları benimsemek ve uygulamaktır. Bu davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini gerçekleştirmesini sağlayan davranışlar olup; yeterli ve dengeli beslenme, stres yönetimi, düzenli egzersiz yapma, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır (21).

Gebelik dönemindeki sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktif olma, stresle başa çıkmaya yönelik stratejilerini kullanma eklenebilir.

4.5.Sağlığı Koruma Ve Geliştirme

Bireylerin uyguladıkları sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ek olarak çevresel risklerle karşılaşma olasılığını azaltmaları, sağlıklarını tehdit eden davranışlarından kaçınmaları "sağlığı koruma" olarak ifade edilir (12). Brauker'in

sağlığı koruma ile sağlığı geliştirme kavramları arasındaki farklılığı açıklamalarında; koruma; bir şeyi saklama ve muhafaza etmek, geliştirme; bir şeyi olgunlaştırma, en üst düzeye çıkarma ve gerçekleştirmedir ifadesini kullanmıştır (22).

Sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar, sigara kullanmak, aşırı miktarda alkol tüketmek, aşırı yağlı yemek, fast food türü beslenmek gibi davranışları kapsarken, sağlığı geliştiren davranışlar ise bireyi hastalıktan koruyan, egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme gibi olumlu sağlık davranışlarını içermektedir (28).

4.5.1. Sağlığı Koruma

Sağlığı koruma tanımlarına baktığımızda, hastalıkları önlemek, erken teşhis etmek veya hastayken de aktif olmayı sağlayan davranış, sağlık için tehlike oluşturan davranışlardan kaçınma ve bu davranışları önleme olarak tanımlanmıştır (23). Sağlığın korunması, biyolojik, fizik, sosyal çevrenin uygun hale getirilmesi ve bireye özel sağlık önlemlerin alınmasıyla sağlanabilir.

Gerald Coplan, 1960 yılında sağlığı korumada üç düzeyi tanımlamıştır:

Birincil Koruma: Birincil koruma, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu önlemleri kapsar. Bireylerin, ailelerin ve toplum gruplarının hastalık riskini azaltan davranış geliştirme, sağlıklı yaşam biçimi geliştirme ve koruyucu hizmetlerden yararlanmaya yönelik uygulamaları içerir. Suyun temiz olması, sağlam konutlar, atıkların ayrıştırılarak sağlığı tehdit etmeyecek duruma getirilmesi gibi çevresel önlemlerin alınması, bunun yanında yeterli ve dengeli beslenmenin sağlanması, aile planlaması hizmetlerinin verilmesi ve kişisel hijyen için eğitimlerin planlanması birincil koruma uygulamalarındandır. Bunlara ek olarak bağışıklama, vektör kontrolü, genetik hastalıkların geçişinin durdurulması, sağlığı olumsuz etkileyen sosyo-ekonomik koşulların düzeltilmesi gibi uygulamalar da birincil koruma kapsamına girer (29).

İkincil Koruma: Hastalık sürecinin erken tanı ve tedavisi üzerinde durur. Böylece hastalık ciddi boyutlara ulaşmadan bireyin mümkün olan en erken dönemde eski sağlığına dönmesini ister. Örneğin; kendi kendine meme muayenesi, kemik mineral dansitesinin ölçümü, kan şekeri takibi ikincil koruma kapsamındadır (29).

Üçüncül Koruma: Herhangi bir hastalık ve sakatlık sonucu bireyde oluşan kalıcı yetersizlik durumlarında bireyin yaşamındaki olumsuz etkilerini en aza indirmek ve onu rahatlatmaktır. Bu durum rehabilitasyonla desteklenebilir (30). Üçüncül koruma, bireyin bedensel eksikliğinin olumsuz yönlerini telafi etmesinin (medikal rehabilitasyon) yanında, bireyin sosyal çevre ile uyumunu artıracak önlemleri (sosyal rehabilitasyon) de içermektedir (29).

4.5.2. Sağlığı Geliştirme

Sağlığı geliştirme, bireyin hastalık riskini azaltarak iyilik seviyesini arttıran davranışları kazanması ve sürdürmesi için eğitimsel, sosyal ve çevresel kaynaklarının kullanılmasıdır (31).

Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı beslenmesi, fiziki koşullarına uygun düzenli egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim içinde olması, dinlenme ve rahatlama gibi uygulamalarla kendine zaman ayırma alışkanlığını kazanması istenmektedir. Sağlığı geliştirmedeki hedef, bireylerin olumlu sağlık davranışlarını kazanması ve bunu uygulayabilmesidir. Bireylerin yaşam biçimlerini değiştirerek, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazanması ve bu davranışları uygulamaları gerekmektedir (31).

Bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi, yaşam tarzının iyileştirilmesi, bireylerin sağlıklarını korumalarında kendi görev ve sorumluluklarını algılayıp riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulamaları oldukça önemlidir. Bireyler, sağlıklı davranışlar geliştirmede kendi sorumluluklarını almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürmelidirler. Bireyler sağlıklı yaşam biçimini uygulayabilmeleri için sigara içme, alkol ve madde kullanımı, şiddet davranışları, güvensiz cinsel davranışlar, aile ile iletişim sorunları ve stres gibi riskli davranışlardan uzak durmalı, düzenli beslenme alışkanlığı ve fiziksel aktivite gibi davranışları alışkanlık haline getirmelidirler (4).

Sağlığın geliştirilmesi çalışmaları, bireylerin kendi sağlıklarını kontrol altında tutması ve düzenlemesi, sağlığına kavuşmasında kendine yeterli olması hedeflenmektedir. Böylece sağlıklı yaşam bilinci kazanan bireyler, sağlıklarının

korunmasında daha fazla sorumluluk alacak ve bunun sonucunda riskli sağlık davranışlarından kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları uygulayacaklardır (21).

DSÖ ise sağlığı geliştirme, “insanların sağlıkları üzerinde kontrollerini artırma ve sağlıklarını geliştirmek için bireysel ve sosyal sorumluluk almalarıdır ” şeklinde tanımlamaktadır.

Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalıkları önlemeye yönelik değil, bireyin genel sağlık ve iyilik halini korumayı, iyileştirmeyi hedefler; bireyi, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını benimser. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyarak, sağlığı geliştirip sürdürecekt davranışlar kazanmasını ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlayacaktır. Sağlığın geliştirilmesinde; bireylerin sağlıklı, dengeli ve düzenli beslenmesi, egzersiz yapması, sosyal ilişkilerinde uyumlu ve olumlu bir iletişim halinde olması, kendine yeteri kadar zaman ayırma alışkanlığı kazanması hedeflenmektedir (21).

Sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri farklı disiplinlerden (sağlık, psikoloji, sosyoloji, antropoloji, davranış bilimleri, pazarlama gibi) yararlanır. Birçok sağlık davranışı ve sağlığın geliştirilmesi teorileri sosyal öğrenme ve davranış teorilerinden adapte edilmiş olup, bunların epidemiyolojik, biyolojik ve sağlık bilimleri ile birlikte uygulanması gerekmektedir. Bunlardan biri de Pender tarafından geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model)'dir. Pender tarafından (1982-1984) geliştirilmiş olan Sağlığı Geliştirme Modeli, sağlığı koruma modelini tamamlayıcı olarak tanımlanmış olup, bilişsel faktörlere odaklanarak sağlığın yükseltilmesini ve sağlık davranışlarının iyileştirilmesini benimser (21).

Sağlığı Geliştirme Modeli, 1996 yılında Pender ve arkadaşları tarafından tekrar gözden geçirilerek yenilenmiştir. Modelin son halinde sağlığı değiştiren davranışları etkileyen bileşenler; “bireysel özellikler ve deneyimler”, “davranış-özel bilişsel süreçler” ve “davranış sonuçları” şeklinde tanımlanmıştır (32). Sağlığın geliştirilmesi, bireyin iyilik düzeyinin artırılmasıdır. Sağlığı Geliştirme Modeli, sosyal öğrenme teorisinden kaynaklanmış olup, bireyin sağlığı geliştirici

davranışlarını etkileyen bilişsel süreçlerin önemini açıklamaktadır. Yapısal olarak, bireyin hastalıktan korunmak için yaptığı davranışların nasıl şekillendiğini ve nelerden etkilendiğini açıklayan sağlık inanç modeline benzemektedir. Sağlığı geliştiren davranışları belirlemek ve etkileyen faktörleri değerlendirmek için kullanılan bu modelde, demografik ve toplumsal faktörler de sağlığı etkileyebilmektedir (21, 30, 33).

Johnson ve arkadaşlarının çalışmasında; Pender'in sağlığı geliştirme modelinde, bireye ait demografik özelliklerin, bilişsel-algısal faktörler aracılığı ile sağlığı geliştirici davranışları etkilediği özellikle yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum ve gelir düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bireyin boy, kilo, beden kitle indeksi gibi özelliklerinin sağlık davranışlarını, aile, arkadaş, sağlık görevlileri, akrabalarla iyi etkileşimin ise bireyin olumlu sağlık davranışı kazanma düzeyini etkilediği bildirilmektedir (21, 34).

Sağlığın geliştirilmesi, bireylerin sahip oldukları sağlık seviyelerini kontrol altına alarak sağlık düzeylerini geliştirme aşamasıdır. Bu süreci başarıyla uygulayan ve tamamlayan kişi sağlıklıdır. Çünkü sağlık insanların öğrendikleri, yaşadıkları, eğlendikleri, benimsedikleri, kendilerini huzurlu ve mutlu hissettikleri yerde yine kendileri tarafından ortaya çıkartılır ve yaşatılır. Bu nedenle fiziksel, ruhsal ve sosyal anlamda iyi olma durumunu sağlayabilmek için birey ya da gruplar isteklerinin farkında olmalı, çevreyi uygun hale getirebilmeli ve çevreyle uyum içinde yaşayabilmelidir (30).

Tablo 4. 1. Sağlığı Koruyan ve Geliştiren Davranışlara Örnekler

Düzenli Yapılması Gereken Davranışlar	Zararlı Alışkanlıklara Yönelik Davranışlar
<ul style="list-style-type: none">•Pap-smear, tansiyon ölçümü, şeker takibi, kan değerleri, kilo kontrolü gibi değerlerin düzenli bakılması,• 40 yasından sonra yılda bir gaitada gizli kan bakılması, mamografi çekilmesi ve düzenli meme muayenesi,•İki yılda bir göz ölçüm testi, göz muayenesi,•6-12 ayda bir diş bakımı ve muayenesi,•Aşı takibi ve uygun yaşlarda aşı yaptırma.	<ul style="list-style-type: none">•Sigara kullanılıyorsa bırakılması,•Alkol azaltılması ya da kullanılmaması•Kolesterol ve yağdan fakir beslenme•Diyete lifli gıdaların eklenmesi•Tuz kısıtlanması•Kafeinin azaltılması veya kullanılmaması
Egzersize Yönelik Uygulamalar	Sağlığı Koruyan Diğer Uygulamalar
<ul style="list-style-type: none">•Haftada üç gün 20 dakika egzersiz yapmak•6-8 saat düzenli uyku•Boş zamanlarda eğlenceli aktivitelerde bulunmak	<ul style="list-style-type: none">•Trafik işaretlerine uyarak emniyet kemeri kullanmak•Zararlı güneş ışınlarından korunmak•Genel hijyene dikkat etmek•Kişilerarası ilişkilerde olumlu ve uyumlu olmak
Kişinin Kendi Kendini Gerçekleştirme	Sağlık Sorumlulukları
<ul style="list-style-type: none">•Büyüme gelişme hızının takip edilmesi•Gerçekçi hedefler belirlenerek uyulması•Yaşama amacının farkında olunması•Huzur ve mutluluğu hissederek sürdürülmesi•Güçlü ve zayıf yönlerinin bilinmesi	<ul style="list-style-type: none">•Sağlığını takip ederek rahatsızlıklarını sağlık personeline iletmesi•Sağlıkla ilgili araştırmalar yapması, yayın okuması, tartışmalara girip bilgi alışverişinde bulunması•Çevre sağlığı hakkında duyarlı olması, programları takip etmesi

Egzersiz	Beslenme
<ul style="list-style-type: none"> •Hafta en az 3 kez 20 dk nabız artışını hissedecek şekilde egzersiz yapma •Eğlenceli, farklı aktiviteler edinme, yeni spor dalları deneme 	<ul style="list-style-type: none"> •Katkı maddesi içeren gıdalardan uzak durulması •Günde en az üç öğün, dört besin grubundan da beslenme •Diyete uygun lifli gıdaların tüketilmesi •Besin değeri yüksek gıdaların tercih edilmesi
Kişilerarası Destek	Stres Yönetimi
<ul style="list-style-type: none"> •Sorunları belirleyerek uygun kişilerle konuşup tartışabilme •Diğer bireylerle olumlu iletişim kurabilme •Sevgi ve saygıyı karşı tarafa aktarabilme 	<ul style="list-style-type: none"> •Her gün esneme ve gevşeme hareketleri yapma •Stres kaynaklarını belirleme •Düzenli uyku ve egzersiz alışkanlığı edinme •Stres faktörlerini belirleyerek kontrol altına almayı bilmesi •Duygularını uygun şekilde ifade etmesi

(30, 35)

4.6.Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlığı koruma ve geliştirme denilince insanların aklına ilk olarak hekimler, hemşireler ve hastaneler gelmiş, aslında insanların sağlıklarının kendi yaşam biçimleri ile ilgili olduğu öğrenilmiştir. Egzersiz, diyet, sigara içme ve stres gibi yaşam biçimi unsurlarının sağlığı ve kardiyovasküler hastalık riskini etkilediği, kanser, kalp hastalığı, hipertansiyon ve diyabet gibi kronik hastalıklardaki morbidite ve mortalitenin yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabildiği bilinmektedir. Çalışmalar, yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık hizmeti sistemleri arasında ilişki olduğunu göstermektedir (21).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen davranışlarını kontrol altına alması, yaşamını düzenlemesi, uygun davranışları seçebilmesi ve bunları

uygulayabilmesidir. Bireyin sağlığını korumasının yanı sıra var olan sağlığını geliştirme çabası içinde olması, kendini gerçekleştirme, sağlığına ilişkin sorumluluğunu üstlenmesi, egzersiz, beslenme, stres yönetimi, manevi destek gibi konuların bilincinde olması gibi davranışları da bulunmalıdır. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye getirebilir. (26, 30, 36).

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile ilgili olarak yapılan araştırmalar, sağlık davranışlarının benimsenmesi, geliştirilmesi, değiştirilmesi ve uygulanmasının yaş, cinsiyet, ırk, ekonomik durum gibi sosyodemografik değişkenlerden etkilendiğini göstermektedir. Kişinin yaşı, cinsiyeti, ırkı değiştirilemeyeceğinden, sağlık davranışlarının değiştirilmesi ve geliştirilmesi bireysel özelliklere göre ele alınmalıdır (4).

Her gün bilinçsiz olarak yapılan, sonuçları kabul edilen bireysel yaşam alışkanlıkları bizim yaşam biçimimizi belirler. Bu alışkanlıklar sağlığı olumlu veya olumsuz olarak etkiler. Yaşam biçimi, sağlık davranışlarının sergilendiği bir kavram olduğu için, sağlık davranışları ile ilgili çalışmalar yaşam biçimi kavramı üzerine odaklanmaktadır. Pender, Murdaugh ve Parsons'a göre sağlığı geliştirme ve sağlığı koruma arasındaki en önemli fark, bireysel davranış için motivasyonu temel almasıdır (21, 29).

Yapılan çalışmalarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının hastalıklara yakalanmayı, hastalık vakalarını azalttığı ve ölüm oranlarını düşürdüğu, yaşam süresini uzattığı, kalp hastalıkları ve kanserin önlenmesinde oldukça önemli bir yeri olduğu ifade edilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları; beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu, kişilerarası destek, stres yönetimi ve kendini gerçekleştirme olarak belirlenmiştir (37). Sağlıklı yaşamda;

- Kendini gerçekleştirme
- Sağlık sorumluluğu
- Egzersiz ve fiziksel aktivite
- Beslenme
- Kişiler arası destek
- Stres yönetimi

gibi altı faktör oldukça önemli düzeyde bir etkiye sahiptir (29).

4.6.1. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Gebelik döneminde kadının sağlık davranışları, gebeliğini, bu süreci ve bebeğinin sağlığını doğrudan etkilemektedir (38). Bu nedenle gebelik döneminde kadından sergilemesi beklenen birçok SYBD bulunur.

Gebelik dönemi SYBD davranışları;

- Erken zamanda ve düzenli DÖB alma
- Fetüs üzerinde zararlı olduğu bilinen maddelerden uzak durma (alkol sigara ve ilaç gibi)
- Gebelik, doğum ve anne baba olmaya ilişkin bilgi edinme
- DÖB sınıflarına katılma
- Sağlıklı bir diyet uygulama
- Rehberlere önerilen kilo alımını sağlama ve kontrol etme
- Gebeliğe uygun egzersizleri düzenli olarak yapma
- Stresle baş etme davranışları
- Ağız ve diş sağlığını sürdürme
- Cinsel açıdan riskli olabilecek davranışlardan kaçınma
- Toksik ya da enfekte ajanlara maruziyetten kaçınma
- Gebelikte sağlıklı ilişkiler sürdürme gibi aktivitelerden oluşur (12).

4.6.1.1.Kendini Gerçekleştirme

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı”, davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür. Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yönetmenin yanı sıra ulaşılmak istenen gelişim seviyesidir (39, 40).

Maslow’a göre kendini gerçekleştirme, bireyin tümüyle odaklanarak ve özümseyerek yaşamı dolu ve coşku ile yaşaması, kendinden memnun olması, gerçeği olduğu gibi algılayabilmesi ve kabullenmesi, kendini ve çevresini takdir edebilmesi gibi davranışlara sahip olabilmektir. Sağlıklı bireyler kendilerini olduğu gibi kabul

ederler ve kendilerinden şikâyetçi olmazlar, doyum sağlarlar, eksiklik veya hatalarından dolayı rahatsız olmazlar (25, 26).

Sağlık, insanın fiziksel, ruhsal, duygusal ve sosyal durum gibi yaşamının bütün boyutlarıyla ilgili bir kavramdır. Yapılan araştırmaların büyük bir bölümü ruhsal durum ile fiziksel ve mental sağlık sonuçları arasında ilişki kurmuş, kişinin inançlarının sağlığını, uzun yaşamasını ve fiziksel hastalığın iyileşmesini olumlu etkilediği ortaya koymuştur. Bireylerin sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulaması, değişimlere uyum sağlaması, sorunların üstesinden gelebilme becerisi kazanması, yeniden iyileşme gücünü bulmasında manevi gelişimin de etkisi olduğundan bahsedilebilir. (21, 41). Manevi güç, bireyin kendisini daha güçlü hissetmesini sağlamakta hastalıklarının kabul etmelerini ve gelecek için plan yapmalarına yardım etmekte, bireyi destekleyip rahatlatmaktadır (42).

Kendini gerçekleştirmiş bireyler, kendini tanır, güçlü ve zayıf yönlerini bilir, belli bir plan ve program çerçevesinde belli bir hedef ve amaca yönelik bir yaşam sürer, yapabileceklerinin ve yapamayacaklarının bilincindedirler. Bireyin kendini tanıması, takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini gösterir (29). Kendini gerçekleştirmiş birey farkındalık, dürüstlük, özgürlük ve güven gibi önemli özellikler gösterir (43).

Kendini gerçekleştirmiş kişi yeterlidir. Yeterli kişi yaratıcı, kararlı ve etkin davranışlarda bulunur. Yine kendini gerçekleştirme, toplumsal sorumluklarını bilmek ve uygulamak ile ilişkilidir (44, 45). Öz saygı ve öz güven kendini gerçekleştirmenin önemli olgularındandır ve öz saygı, öz güveni olan bireylerin egzersiz, meditasyon uygulamalarına daha fazla önem verdikleri bilinmektedir (46).

Gebelik durumunda kadının hem vücudu hem de ruhsal durumu değişebilmekte, yerini ambivalan duygulara bırakmaktadır. Duygu durumunda kızgınlık, pişmanlık birden bire neşelenme ve ciddi üzüntü gibi dalgalanmalar olabilmektedir. Kültürel bakış açısına göre annelik toplumda iyi bir statüye sahip, kutsal bir rol olarak görülmektedir. Bu bakış açısı gebelik döneminde gebelerin kendilerini daha üretken, güçlü ve önemli hissettiklerinden bahsedilebilir. Gebelik döneminde maneviyat ile sağlık davranışları arasındaki ilişkiyi açıklayacak yeterli çalışma yoktur. Kadınların kendini gerçekleştirmiş, doyum kazanmış olmalarının

yaptıkları doğum sayısı, bebeklerinin cinsiyeti gibi faktörlerden de etkilenebileceği göz önüne alınmalıdır (12).

4.6.1.2.Sağlık Sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığıyla ilgili olarak koruyucu, önleyici ve sağlığı geliştiren davranışlar edinmesi, önem vermesi ve sorumluluk almasıdır. Bireyin tutum ve davranışları direkt olarak kendi sağlığının kalitesini etkiler, bireyin sağlığını nasıl etkilediğini gösterir. Bu göstergeler bireyin sağlığında herhangi bir bozulma meydana geldiğinde bireyin riskli davranışlardan (sigara içmek, riskli seksüel deneyimler, alkol almak vb.) kaçınmasını sağlar (21, 23, 29).

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

- Vücudunu ve kendini tanıması, sağlığıyla ilgili herhangi bir aksaklık meydana geldiğinde, bunu fark edebilmesi ve en yakın sağlık kuruluşuna başvurabilmesi
- Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırmayı, sağlığını kontrol altına alması, takiplerini düzenli şekilde yaptırmayı
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi, bilgiye açık olması, bilgi ve tutumlarını paylaşım tartışması,
- Sağlıkla ilgili medya ve yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlem ve takip etmesi, iyilik durumunu hissetmesi,
- Sağlığıyla ilgili değişiklikler, sapmalar olduğunda gerekli önlemleri alması ile belirlenir (47).

Bireyin Sağlık sorumluluğunu almadığı ya da az önemseydiği durumlarda hastalıkların ortaya çıkması muhtemeldir. Bu duruma bağlı olarak diyet kısıtlaması, beslenme bozuklukları, kilo kaybı, sıvı kaybı gibi belirtiler görülebilir. Hastalıklardan korunmada birincil yapılacak işlem bireylerin sağlık sorumluluğunu alması, kendini hastalıklardan koruması, sağlıklarının değerini bilmesi ve üst düzeyde tutmaya çalışmasıdır (48).

Gebelik dönemindeki kadının, sağlık uygulamaları hem kendinin hem de bebeğinin sağlığını direkt etkilemektedir. Gebelikte sağlık uygulamaları, gebe kadının gebeliğini, kendinin ve yenidoğanın sağlık sonuçlarını etkileyebilecek

gebelikle ilişkili sağlık davranışları olarak tanımlanabilir. Gebelik dönemi sağlık uygulamaları sağlıklı beslenme, önerilen düzeyde kilo alma, düzenli egzersiz yapma, ağız hijyenine özen gösterme, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara, alkol ve gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem almayı içerir (12). Herkes kendi sağlığından sorumlu olduğu gibi gebeler de hem kendinin hem de bebeğinin sağlığın sorumludur. Bu yüzden sağlıkları konusunda diğer bireylere göre daha dikkatli olmalıdırlar.

4.6.1.3.Egzersiz

İlk çağlarda insanlar besin bulabilmek için avcılık, daha sonra tarım, çiftçilik gibi işlerle uğraştıklarından daha aktif bir yaşam sürdürmüşlerdir. Günümüzde ise gelişen teknoloji ile artık bireyler daha az beden gücü, daha fazla beyin gücüne ihtiyaç duymaktadırlar. Zamana daha hareketsiz bir yaşam biçimi benimsemişlerdir. Hareketsiz bir yaşam da obezite prevalansını artırmaktadır. Bireyler sağlıklarını koruyabilmek için yeterli ve dengeli beslenmenin yanında fiziksel aktivite ve egzersize de yaşamlarında yer vermek zorundadırlar. Sağlıklı yaşam için egzersizin önemi azımsanmayacak kadar büyüktür (4, 29).

Bireyler farklı nedenlerle günlük yaşantılarında egzersize yeterli zaman ayıramamaktadırlar. Bireylerin yaşam biçimlerinde meydana gelen değişimlere ve özellikle de düzensiz yaşam tarzını benimsemiş, fiziksel aktiviteyi yaşamına entegre edememiş bireylerde ortaya çıkan sorunlar günümüzün en önemli kronik hastalık ve ölüm nedenlerindedir. Bireylerin bu durumla başa çıkmak için günlük yaşantılarında egzersize zaman ayırmaları, önem vermeleri, hareketli bir yaşam tarzı benimsemeleri önemlidir (49, 50).

DSÖ tarafından fiziksel aktivite, dinlenme anındakinden daha fazla miktarda enerji harcanmasıyla kasların ekstra sarf ettiği güç olarak tanımlanmaktadır. Egzersiz ise bireyin bir amaca yönelik olarak çevrede yer değiştirmesi için kas gruplarının kasılıp gevşemeleri ile gerçekleştirdikleri hareket biçimi olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel aktivite ile egzersiz arasındaki farkı açıklamak gerekirse fiziksel aktivite günlük aktiviteler için kullanılan bütün kas hareketlerini içerirken; egzersiz, spor faaliyetleri içerisinde sürekli ve düzenli kas hareketlerinden oluşmaktadır (29).

Fiziksel egzersizin genel sağlığı uzun yıllar korumak, sürdürmek ve geliştirmek için birçok olumlu etkisi vardır. Bu etkiler;

- ✓ Kas kuvvetini, eklem hareketliliğini ve esnekliğini artırır
- ✓ Lökomotor sistemin hastalıklarını önler ve tedavi eder
- ✓ Vücut yağ oranını azaltarak, kilo kontrolüne yardımcı olur
- ✓ Kan basıncını düşürür
- ✓ İnsülin hassasiyetini artırır ve kan şekerini düşürür
- ✓ Serum LDL kolesterol düzeyini düşürür
- ✓ Serum HDL kolesterol düzenini artırır
- ✓ Bazı kanser türlerinin (meme, kolon ve prostat kanseri gibi) önlenmesine yardımcı olur
- ✓ Stresi azaltır
- ✓ Kardiyovasküler sistemin gücünü artırır
- ✓ Osteoporozu önler
- ✓ Hareketsiz yaşayan bireylere göre yaşam beklentisini artırır (21).

Egzersiz, bireyin kendini sağlıklı hissetmesine, kronik hastalıklara yakalanma riskinin azalmasına, metabolizmanın düzenli çalışmasına, eklem hareketlerinin iyileştirilmesine, kas gücünün artırılmasına, vücut yağ oranının azaltılmasına, enerji dengesi ve kilo kontrolüne yardımcı olur (30, 48, 51).

Düzenli egzersiz yapan bireylerde yaşam kalitesinin arttığı, yaşam süresinin uzadığı, sosyal izolasyonun azaldığı, hastalandıkları zaman daha hızlı iyileştikleri görülür. Bireylerden düzenli egzersizin yanında sigara, alkol gibi zararlı alışkanlıklar ve stresten uzak durmaları, iyi uyku alışkanlığı edinmeleri, yeterli ve dengeli beslenerek kilolarını kontrol altında tutmaları beklenir (23, 40).

Egzersiz bireyin yaşamında olduğu kadar gebelik döneminde de önemli bir yere sahiptir. Bireyler gebelik dönemlerinde de günlük yaşamlarında yaptıkları egzersizlere devam etmelidirler. Kadınlar gebelik süreçlerinde yorgunluk ve bulantı gibi gebelik belirtilerinin etkisiyle fiziksel aktivite düzeylerini azaltırlar. Bu durum hem anne hem de bebeğin sağlık durumu açısından risk oluşturabilmektedir. Kadınlarda herhangi bir tıbbi tanı ya da gebelikle ilgili komplikasyon, fiziksel

aktivite kısıtlaması bulunmuyorsa, gebelikleri sırasında hafif-orta düzeyde egzersiz yapmaları yönünde desteklenmelidirler (52). Kadınlara gebelik dönemlerindeki egzersizin önemi ve egzersiz kapsamındaki yapabilecekleri hareketlerin eğitimi verilerek cesaretlendirilmeli ve uygulamalarına yardımcı olunmalıdır. Öncelikle gebelerin gebelik ilerleyişinin egzersiz yapmasında sakınca olup olmadığı doktor kontrolü ile belirlenmelidir. Gebelikte yapılması sakıncalı olan egzersizlerin gebelere öğretilmesi, ortaya çıkabilecek istenmeyen sonuçlara karşı koruyucu olmaktadır (53, 54). Egzersiz yapmasında bir sakınca görülmeyen kadınlar ağır ve yorucu hareketlerden uzak duracak şekilde, günlük 20-30 dakika yürüyüş, yüzme, yoga, hamile platesi gibi aktivitelerde bulunabilirler (55).

Gebelikte oluşabilecek vücut değişimleri göz önüne alınarak egzersiz programı şu şekilde planlanmalıdır;

- Düzgün postürün sağlanması amacıyla eğitim verilmesi
- Postpartum bebek bakımı için kol kaslarının güçlendirilmesi,
- Kilo artışı ve artan vücut ağırlığı sebebiyle fazla yük binen bacakların kuvvetlendirilmesi,
- Ödem, varis ve krampları önlemek amacıyla bacak hareketleri
- Pelvik taban kaslarının kuvvetlendirilmesi
- Abdominal kasların çalıştırılması,
- Kardiyovasküler performansın artırılması için aerobik egzersiz programı uygulanması,
- Doğum sırasında kullanılarak doğuma yardımcı olacak kasların güçlendirilmesi (12).

Gebelikte planlanan egzersizlerin;

- Doğumdan sonra vücudun doğumdan önceki haline dönmesini kolaylaştırmak
- Enerji düzeyini, kendine güven ve zindelik hissini artırmak,
- Sağlıklı ve istendik vücut ağırlığını korumak,
- Kas tonüsünü geliştirmek,
- Menopozdan sonra osteoporoz riskini azaltmak gibi uzun vadeli kazanımları mevcuttur (14).

Gebelik döneminde yapılan düzenli egzersizin dolaşım ve sindirim sistemini düzenlediği, aşırı kilo alımına karşı koruduğu, doğum sonu dönemde kilo vermeyi kolaylaştırdığı, sosyal etkileşimi güçlendirdiği, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik halini artırdığı, fiziksel yakınmaları, gestasyonel diabet ve uzun dönem obezite riskini azalttığı, kas gücü ve dayanıklılığı artırarak hızlı bir doğum eylemi ve iyileşme süreci sağladığı belirtilmektedir (12, 52). Gebe egzersiz yaptığında; amniotik mayi miktarı artar, plasentanın fonksiyonları, hacmi ve canlılığı istenen seviyede olur. Egzersiz fetüsün normal ağırlıkta ve termde doğma olasılığını arttırmaktadır. Egzersiz ile fetüsün nöral gelişimi, hareket kabiliyeti, uyumu artmaktadır (56, 57).

Gebelikte egzersiz ile annenin kilosunu kontrol altına almasına, kendini daha mutlu hissetmesine, gebeliğini keyifle geçirmesine, gebelikte aşırı kilo alma korkusundan, postürünün, genel vücut elastikiyetinin bozulma kaygısından arındırmaya yardımcı olur. Düzenli ve tempolu yürüyüş ile anne gebeliğinde, kendi günlük işlerinden kendini soyutlamamış, öz güveni yerinde, stres ve anksiyete gibi psikolojik yorgunluklardan uzaklaşmış olur.

4.6.1.4.Beslenme

Beslenme; yaşam kalitesinin yükseltilmesinin yanında sağlığın korunması ve geliştirmesi amacıyla vücudun ihtiyaç duyduğu besinleri yeterli ve dengeli miktarlarda alması ve bu ürünlerin vücut tarafından kullanılması, fizyolojik büyüme ve gelişmenin sağlanması olarak tanımlanabilir (40).

Yapılan çalışmalar beslenme sorunlarının eğitim ve bilgi ile ilgili olduğunu ortaya koymaktadır. Sağlığın korunması ve hastalıkların iyileşme sürecinin hızlandırılması için bireylerin ve toplumun bilgi ve sorumluluk sahibi olması ve gerekirse profesyonel kişilerce eğitimler planlanarak bilinçlendirilmesi gereklidir (25).

Vücuttaki yağ oranının aşırı miktarda artması ile ortaya çıkan obezite, başta gelişmiş ülkeler olmak üzere dünyanın birçok ülkesinde hızla artan önemli bir sağlık sorunudur (58, 59). Obezite ile ilgili problemler bütün dünyada gittikçe artmaktadır

(58, 60). Toplumlara göre obezite prevalansı ve antropometrik değerlerin yorumlanması değişmektedir (61).

Sağlıklı ve iyi beslenen bireylerin, kilo ve boy arasında bir uyum söz konusudur. Boya göre bireyin sahip olması gereken kilo miktarı ideal ağırlık olarak adlandırılır. İdeal ağırlık değerini belirlemede en çok DSÖ tarafından öngörülen Beden Kitle İndeksi (B.K.İ.) hesaplaması kullanılır (25).

B.K.İ=	Ağırlık (kg)
	Boy uzunluğu (m ²)

B.K.İ skoru: 16–18.5 arası zayıf, 18.6–25 arası boya göre uygun kiloda, 25.1–30 arası hafif şişman, 30.1–35 arası şişman, 35.1 ve üstü ise çok şişman olarak değerlendirilir. Perez; bir yetişkinin sağlıklı ve dengeli beslenmesi için sağlıklı bir BKİ (<25,0 kg/m²) sahip olması ve BKİ uygun seviyede sürdürülmesi gerektiğini belirtmiştir (62).

Sağlıklı bireylerin olması gereken kilo boy oranı BKİ hesaplanarak değerlendirilir. Gebelikte ise bu değerler farklı değerlendirilir.

Tablo 4. 2. BKİ değerine göre gebelikte önerilen kilo alımı

BKİ değer aralığı	Gebelikte önerilen kilo alımı
IOM (1990)	IOM (1990)
Zayıf (BKİ <19.8)	12,5–18
Normal (BKİ 19.8–26.0)	11,5–16
Kilolu (BKİ 26.1–29.0)	7–11,5
Obez (BKİ >29.0)	7
Cedergren (2007)	Cedergren (2007)
Zayıf (BKİ <20)	4–10
Normal (BKİ 20–24.9)	2–10
Kilolu (BKİ 25–29.9)	<9
Obez (BKİ 30.0 ve üzeri)	<6
IOM (2009)	IOM (2009)
Zayıf (<18.5)	12,5–18
Normal (18.5–24.9)	11,5–16
Kilolu (25.0–29.9)	7–11,5
Obez (30.0 ve üzeri)	5–9,1

(12)

Vücuttaki faaliyetlerin aktif hale gelebilmesi için gereken enerji besin gruplarından karşılanır. Su, karbonhidrat, yağ, protein, vitamin ve mineraller günlük olarak alınması gereken besin gruplarıdır. En başta temel besin kaynağı sudur. Organizmanın canlı kalması ve fonksiyonlarının devam edebilmesi için besin gruplarından yeterli kalori miktarı alınmalı, protein içeriği zengin, yağ, kolesterol, rafine şeker, sodyum gibi besin grupları yönünden fakir olmalıdır. Karbonhidratlardan, yağlardan ve proteinlerden gereken enerji karşılanıp, besinler vitamin ve mineraller bakımından zengin ve bol posalı olmalıdır (21, 51).

Sağlıklı ve doğru beslenme; yeterli ve dengeli beslenme, tüketilen besin gruplarını çeşitlendirme ve sağlığa yararı olmayan gıdalardan uzak durma olarak açıklanmıştır. Yeterli ve dengeli beslenme, hücrelerin büyümesi ve yenilenmesi, canlılığının sürdürülmesi, fonksiyonlarının harekete geçmesi için gereken temel

besin gruplarından yeterli ve dengeli düzeyde tüketilmesidir. Besin gruplarının vücut gereksiniminden az alınması yetersiz beslenme, çeşitliliğin sağlanamaması ile dengesiz beslenme ortaya çıkar. Sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesi ancak bireyin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı edinmesi ile gerçekleşir. Sağlıksız beslenme türü zamanla birçok hastalığa (kanser, osteoporoz, kardiyovasküler hastalıklar gibi) alt yapı oluşturmaktadır. Sağlıklı beslenme ile birçok hastalığın önüne geçilebilir, ortaya çıkmasına engel olunabilir. Sağlıksız beslenme, günümüzde yaygın olan fast food beslenme tarzı, alışkanlık haline dönüşüp özellikle gençlerde ve çocuklarda obezite ve sağlık sorunlarına yol açabilir (21, 48, 51).

Sağlıklı Beslenmede;

- Öğün atlamadan beslenilmesi,
- Günde üç ana, üç ana öğün olarak beslenilmesi,
- Besinlerin yavaş ve iyi çiğnenmesi,
- Aşırı yağlı yiyeceklerden uzak durularak günlük alınan yağ miktarının azaltılması,
- Şeker ve tuz tüketiminin kısıtlanması,
- Posalı besinlerden zengin beslenme şekli,
- Her gün düzenli kahvaltı önerilmektedir (21, 63).

Gebelikte beslenme; normal seyreden, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan gebelik dönemini, zamanında doğumu, emzirme dönemini ve doğum sonu dönemde beslenmeyi kapsar. Beslenme ihtiyacı gebelikte oldukça artmıştır. Kadının gebe kalması, gebeliğini sürdürebilmesi, süreci başarı ile tamamlayabilmesi, aktif emzirme süreci yaşayabilmesi için gebe kalmadan önce yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı edinmiş, gebeliğe sağlıklı bir birey olarak başlamış olması gerekir (64). Beslenme alışkanlıklarını birey, erken dönemde, aile ve çevrenin yanında sosyo-ekonomik ve kültürel yapıdan da etkilenerek edinir (23). Sağlıklı bireyler sağlıklı gebelik geçirip, sağlıklı bireyler dünyaya getirebilmektedir. Asıl dengeli ve düzenli beslenme çocukluktan başlayıp bireyin yaşamı boyunca devam etmelidir. Ancak o zaman sağlıklı bireyler, sağlıklı nesiller, sağlıklı toplumdan bahsedebiliriz.

Çalışmalar, sağlıksız, yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı edinmeyen toplumlarda bebek ölüm hızının, sağlıklı ve yeterli beslenen toplumlardan 10 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu tip beslenen toplumların çocuklarının büyüme hızı ve zekâ gelişimleri de olması gereken seviyeden düşüktür (65).

Sağlıklı beslenme şekli bireyin hayatı boyunca özellikle de gebeliğinde çok önemli yere sahiptir. Besin alımındaki yetersizlik durumunda bebek gereksinimini annenin depolarından karşılar. Gebelikte ideal kilo alımı; anne ve fetüs açısından iyi gebelik sonuçlarıyla uyumlu kilo alınmalıdır. Optimal martenal ve fetal gebelik sonuçları için gebelik öncesi normal BKİ'sine sahip olanlar için gebelik esnasında ortalama kilo alımı 12 kg'dır (66). Doğum sonu annede yaklaşık 1,5 kg'lık kilo birikimi olur. Ortalama 13 kg artışın olduğu gebelerde; ortalama doğumda 5,5 kg, doğumdan sonraki iki hafta içinde 4 kg, iki hafta ile 6 aya kadar 2,5 kg ağırlık kaybı olur ve annede ise 1,4 kg kilo birikimi olur.

Gebelik esnasında anne adayının enerji, protein gibi besin gruplarına ihtiyacı artar. Buna rağmen birçok anne adayı yetersiz besin ve demir alarak demir depolarının yeterince dolmamasına sebep olur. Gebelik döneminde günlük enerji ve besin öğeleri gereksiniminin artmakta, oysa birçok kadın, bu dönemde yetersiz besin almakta ve sağlıklı beslenememektedir. Kadının gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenmesi, oluşan fizyolojik değişiklikleri, dolayısıyla da kendisinin ve bebeğinin sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir (67).

Gebelik süresince annenin yeterli ve dengeli beslenmesi ile hem anne hem de bebeğin sağlığı koruma altına alınacaktır. Bebek ve plesentanın büyümesi nedeniyle annenin besin gruplarına özellikle demir ve folik asid gereksinimini artırmaktadır. Gebelikte artan vitamin ve mineral ihtiyacının karşılanması için genellikle multivitamin ve multimineral preperatları önerilmektedir.

Günde 2-4 öğün meyve, 3-5 öğün sebze, 6-11 öğün unlu mamüller, 3-4 öğün protein, 3-4 öğün süt ürünleri yenmelidir. Haftada iki kere balık tüketilmelidir (14). Eğer bunları yiyemiyorsa et, süt, yumurta alımını artırıp haftada iki kez baklagil olarak açığı kapatmaya çalışılabilir.

Gebelikte beslenmeyle ilgili bazı temel öneriler;

- ✓ Sebze ve meyve tüketimini gebelikte artırılmalı,
- ✓ Doymuş yağ asitleri yerine doymamış yağ asitleri içeren bitkisel yağlar kullanılmalı
- ✓ Hidrojene yağlardan kaçınılmalıdır
- ✓ Tam yağlı süt ürünleri yerine yağ oranı azaltılmış ürünler kullanılmalıdır.

Gebeler arasında yetersiz kilo alımından daha çok aşırı kilo alımı yaygındır (68). Gebelikte kadınların bir bölümü yetersiz beslenip ihtiyacı olan besin gruplarından yeteri kadar almazken bir kısmı da alması gereken sınırın çok üzerine çıkmaktadırlar. Gebe olduktan sonra iki kişi gibi beslenmeleri gerektiğine inanır ve bunu uygularlar. Bu da aşırı kilo almalarına, anne ve bebeğin hayatını riske atmalarına sebep olur. Bunun için gebelere dengeli ve yeterli beslenme eğitimi verilebilir, egzersiz, yüzme, yürüyüş gibi aktiviteler önerilir, eğitimle ve gözetimle bu durumun önüne geçilebilir. Bununla birlikte hem annenin hem bebeğin sağlığı da riske atılmamış olur.

Gebelik dönemi beslenme, gebe kadının genel sağlık durumunu, fetusun büyüme ve gelişmesini etkilemektedir. Gebelikte uygun ve dengeli beslenme perinatal sonuçları olumlu yönde etkilemektedir. Kadın gebeliğinde yeterli ve dengeli beslenmemişse; anemi, osteomalasia, hipertansiyon gibi hastalıkların görülme oranı artar. Enfeksiyonlara karşı direnci düşer, anne ölümleri, gebelik zehirlenmeleri, çabuk yorulma ve zayıflık görülür. Bebeğe ise vücut ve beyin gelişiminde gerilik, düşük doğum ağırlığı ile doğması, erken doğum gibi sorunlar da yaşanabilir. Yetersiz beslenmenin kısa dönemde gebelik sonuçlarına etkisini belirlemek oldukça güçtür. Yetersiz beslenme gebelik döneminde komplikasyonlara neden olurken yenidoğanın uzun dönemde mortalite ve morbidite oranını yükseltmektedir (12, 69, 70).

Gebelere gebelik döneminde beslenmenin önemi, bebeğe fayda ve zararları, gereksiz kilo alımının anneye dönüşü ve bu kiloların anne üzerindeki etkileri anlatılmalı, rutin kilo kontrolleri yapılmalı, gebenin beslenme düzenini belirlemesi ve yanlışları üzerine konuşularak düzeltilmesi sağlanabilir.

4.6.1.5. Kişiler Arası Destek

Kişilerarası destek, bireylerin birbirleriyle olan ikili ya da grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmeye önemli etkisi olan bir olgudur. Kişilerarası destek ilişkinin niteliğine, sürekliliğine ve ilişki düzeyine bağlıdır (71, 72).

İletişim; bireyin kendini, duygu ve düşüncelerini, ihtiyaçlarını diğer bireylere aktarma şeklidir. İletişim en az iki kişinin saygı ve değer çerçevesinde, birbirlerine destek olarak, aralarında karşılıklı bağ geliştirerek kurdukları ilişkidir. Kişilerarası ilişki, bireyin ailesi, arkadaşları, sosyal ve mesleki çevresi arasındaki iletişimidir (25).

İnsanlar, iletişimi; kendilerini anlayabilmek, başkalarına anlatabilmek, başkalarını tanımak ve etkilemek amacıyla kullanırlar. İletişim kişilerarası ilişkileri, örgütleri, toplumları oluşturan ve bir arada tutan faktördür (4).

Chen, kişiler arası ilişki desteğini; bireyin kendine yakın hissettiği arkadaş grubu, ailesi ile zaman geçirmek, onlarla karşılıklı sevgi saygı içerisinde ilişki kurmak, sorunlarını onlarla paylaşmak olarak açıklamıştır. Bireyin hayatında başarıya ulaşması, mutlu, huzurlu ve verimli olmasında kişilerarası ilişkiler önemli bir etkene sahiptir. Kişilerarası ilişkileri, desteği iyi olan birey sorunlarıyla baş edebilir ve üretkenliğini ve yaşam kalitesini artırabilir (23, 51).

İnsanlar sağlıklarını sürdürmek için çevrelerinden destek alır ve kişiler arası ilişkilerini yüksek düzeyde tutarak güç kazanmış olurlar. Gebeler özellikle gebelik döneminde çevre desteğine daha çok ihtiyaç duyarlar. Kadınlar için gebelik yeni bir dönem, hatta bazıları için karmaşık bir durumdur. Bu gebelik serüvenlerine uyum sağlayabilmek, olumsuzluklarla başa çıkabilmek, normal ya da acil durumların farkında olabilmek, sorunları gidermek, kaygıları azaltmak, soruları cevaplandırmak için bilgiye, çevresindeki sağlık profesyonellerine, ailesine, doğum yapmış ya da gebe kadınların tecrübesine ihtiyaç duyarlar. Kişiler arası destek onların bu dönemde en büyük yardımcısıdır. Gebelik döneminde kişiler arası destek hem doğacak bebeğin hem de annenin sağlığını etkileyebilmektedir (12, 51).

4.6.1.6.Stres Yönetimi

Stres, aşırı baskıya gösterilen bir tepki, çevresel, bireysel ve örgütsel etmenlerin belli oranlarda etkili olduğu, kişinin tutum ve davranışlarını yöneten bir durumdur. Bireyler belirli bir seviyeye kadar stresle baş edebilirler. Üst düzey stres faktörü ile karşı karşıya geldiklerinde uyum sağlayamayabilir, bu durumda bireyin baş etme mekanizmaları etkilenebilir. Bireyde kronik mide hastalıkları, baş ağrıları, deri döküntüleri, sırt ağrıları, düzensiz solunum ve uykusuzluk gibi belirtiler erken dönemde görülebilir. Bunların yanında psikolojik etkiler, yüksek tansiyon, kalp hastalıkları gibi kronik hastalıklar da daha uzun vadede ortaya çıkabilir (21, 25, 26).

Organizmayı zorlayan iç veya dış, akut veya kronik uyaranlar ya da durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır (73). Stres faktörü bireyin olumlu sağlık davranışlarını etkileyerek, olumsuz sağlık davranışlarının artmasına sebep olabilir. Kişi stres altında iken, daha önceden verilebildiği kararları vermekte güçlük çekebilir. Stres durumunda kişiler kişisel hatalarını ve başarısızlıklarını sürekli düşünüp, aşırı hayal kurma, sık sık düşünceye dalma, duygusal ve cinsel hayatta olumsuz davranışlar gösterme ve sağlıklarına karşı aşırı duyarlılaşma gibi tavır ve tutum içinde olabilirler (29).

Stresi kontrol etmede ilk adım, bireyin stresli hissetmesine neden olan durum saptanır, ortadan kaldırılmaya çalışılır, mümkün değilse bireyin stresle baş etme mekanizmaları devreye girer. Bireyin stres durumunda kullandığı baş etme yöntemleri (etkili ve etkisiz yöntemler) vardır. Birey bu yöntemler doğrultusunda seçimlerini yaparak isterse hayat standardını, yaşam kalitesini yükseltebilir (47).

Tablo 4. 3. Stresle Baş Etme Yolları

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
<u>Bedene Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Fiziksel aktivite❖ Nefes alma teknikleri❖ Meditasyon❖ Düzenli ve dengeli beslenme alışkanlığı	<u>Bedene Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Alkol, sigara, zararlı madde kullanma❖ Sağlıksız beslenme alışkanlığı
<u>Duygulara Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Olumlu ve sağlıklı düşünme❖ Duyguları ifade edebilme	<u>Duygulara Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Savunma mekanizmalarının fazla kullanılması❖ Bilişsel Çarpıtmalar
<u>Davranışlara Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ Zamanı etkili ve iyi kullanabilme❖ Sosyal destek alma ya da sağlama❖ Etkili problem çözme yeteneği geliştirme❖ Strese sebep olacak durumu önceden saptayabilme ve önlem alma❖ Etkili iletişim becerileri kazanma ve geliştirme	<u>Davranışlara Yönelik Olanlar</u> <ul style="list-style-type: none">❖ İçer Kapanma❖ Saldırganlık❖ Olaylardan, sorumluluklardan kaçma hareketleri

(29)

Stresle başa çıkma yöntemleri, stresin birey üzerindeki olumsuz etkilerini ortadan kaldırarak bireyin çözüm yolları bulmasına yardımcı olabildiği gibi, aynı zamanda stresin artan etkisiyle bireyin duruma uyum sağlamasını da zorlaştırabilir (48).

Gebelik, her ne kadar doğal bir süreç olsa da ortada bir sağlık problemi olmasa bile stresli ve karmaşık bir süreçtir. Özellikle gebeliğinde riskli bir durumla karşılaşan gebeler yoğun kaygı ve stres içerisindedirler. Anne adayları bilinmezlik ve tedirginlik hali içerisindedirler. Doğurganlık dönemindeki kadın, gebelik ve doğumla, önemli psikolojik değişiklikler yaşarlar. Birçok çalışma, doğumun

anksiyeteye yol açtığını göstermiştir. Gebelikte, anksiyete ve nedenlerinin belirlenerek, saptanan sorunların giderilmesi ve gebenin rahatlatılması, gebenin sağlıklı bir gebelik geçirmesine yardımcı olur (74). Stres faktörünün azaltılmadığı durumlarda düşük riski, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek gibi olumsuz durumlarla karşılaşılabilir (12). Stresin, özellikle depresyon, kaygı ve anksiyetenin, gebelik ve doğuma dair komplikasyonları artırdığını, yenidoğanın sağlığını olumsuz yönde etkileyerek erken doğum, düşük doğum ağırlığı (DDA) ve intra uterin gelişme geriliği (IUGG) gibi sorunlara neden olabildiği bildirilmiştir. Bu sebeple gebeler anne ve bebek sağlığı için stresten uzak durmalıdır (75).

Gebenin en çok hangi dönemde strese maruz kaldığı saptanarak, stresin ne olduğu, bebeğe ve kendi sağlığına etkileri açıklanmalı, stresle baş etme yöntemleri anlatılmalı, uygun yöntemi seçmesi ve stresli durumda uygulayabilmesine yardımcı olunmalıdır. Gebelik döneminde stresin kontrol altına alınması, anne ve bebeğin bu durumdan etkilenmemesi çok önemlidir. Stresin sağlıklı, huzurlu ve mutlu gebelik sürecini gölgelemesine izin verilmemelidir.

4.7.Gebelik Döneminde SYBD Geliştirmede Ebe-Hemşirenin Rolü

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi, bireylerin ve toplumun sağlığını tehdit eden faktörlerin farkında olmak, bireylerin farkındalıklarını arttırmak hemşireliğin en önemli koruyucu görevidir (48). Sağlık çalışanları, mesleki konumları gereği topluma edindikleri davranış biçimleri ile örnek olmakta ve birlikte çalıştıkları gruba etkilemektedirler. Tüm yaş grupları ile çalışan hemşireler, sağlığı olumsuz etkileyebilecek davranış biçimlerinin toplumdaki yaygınlığını saptayarak, bunları değiştirmeye yönelik planlamalar yaparak bireylere sağlıklı yaşam bilincini kazandırmalı ve sağlıkları açısından uygun olmayan davranışların olumlu sağlık davranışlarıyla değiştirmelerini, bireylerin yeni davranışlarını uygulamaya geçirmelerini sağlamalıdır. Hemşireler bireylere özel girişimler planlamalıdır (43, 51, 76). Hemşireler, sağlığı geliştirmede bireylere yardım edecek en uygun kişi olarak gösterilmiştir. Çünkü toplumda hemşireler, kolay ulaşılabilir sağlık personelidir ve eğitici, danışman, yol gösterici gibi rollere sahiptir (12).

Yaşam davranışları ergenlikten erişkinliğe, erişkinlikten doğurganlık dönemine, anneden çocuğa geçecek böylece sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını

benimsemeyen ve uygulamayan toplum geliŒecektir. Kadınların sağlıklı yaŒam biçimi davranışları, doğrudan kendisini etkilediği gibi, yenidoğan, çocuk ve aile sağlığını da etkilemektedir. Bu sebeple değişime kadınlardan başlanmalı, düzenlenecek sağlıklı yaŒam biçimi davranışları ile birçok hastalığın önüne geçilmesi sağlanmalıdır (30).

DÖB kapsamında sağlığı korumak, gebe kadının, yenidoğanın ve ailesinin sağlığını korumak ve sürdürmek medikal, psikososyal ve sağlığı geliŒtirmeye yönelik girişimler ile mümkün olmaktadır. Kadının gebeliğe uyum, istirahat, stresle baş etme, beslenme ve egzersiz gibi konularda yeterli danışmanlık almasının kendisine ve bebeğine uzun dönemde sağlığına olumlu etki yaptığı bilirse de, gebe kadınların bu tarz danışmanlıkları DÖB kapsamı dışında bireysel çabaları ile edindikleri bildirilmektedir. Oysaki hemşireler, kadın doğum polikliniklerinde, ana-çocuk sağlığı merkezlerinde, gebelere SYBD geliŒtirmeleri hakkında eğitim, bakım ve danışmanlık hizmeti vermektedirler (12).

DÖB kapsamında SYBD geliŒtirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinde, kadına sunulacak sağlık eğitiminin temel amacı;

- Kadının gebeliğe hazırlanması ve uyum sağlamasına yardımcı olma,
- Gebeliğe bağlı komplikasyonları azaltma,
- Anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek sorunları erken zamanda tespit ederek harekete geçmektir.

Gebelik döneminde verilen eğitimlerde gebelik haftasına uygun bilgilendirme yapmak önemlidir. Gebelik döneminde çok fazla bilgi verilmesi Œaşkınlıđa, çeliŒkiye, karmaŒaya neden olabilir ve gebede anksiyete ve stres oluŒturabilir. İlk trimesterde kadına bedensel fiziksel değişiklikleri, kontrasepsiyon, fetüsün gelişim ve oluŒumu, gebeliğe bağlı görülebilecek belirti ve bulgular üzerine, ikinci trimesterde cinsel hayat, egzersiz, beslenme ve fetal hareketlere, son trimesterde ise doğuma hazırlık, doğum belirtileri, doğum, emzirme ve doğum sonrası ile ilgili durumlar eğitim içeriğine alınabilir.

Gebe kadının öğrenmeye hazır olması, öğrenme amaç ve hedeflerinin farkında olması, eğitimin öğrenmeyi güdüleyici bir ortamda sunulması, kadının

geçmiş deneyim ve bilgisi üzerine yapılandırılmış olması önemlidir. Gebelikte sağlık eğitimi ve danışmanlık, gebe kadının izlemi yapan sağlık personeli ile belirli zaman aralıklarında birebir görüştüğü, görüşmenin ayrıntılarının önceden belirlenmediği geleneksel tarzda yapılabileceği gibi son yıllarda Gebe merkezli bakım/ Gebe eğitim sınıflarında da sunulabilmektedir (12).

Gebelik döneminde yaşam biçimine yönelik girişimlerde amaç, kadını gebelikte olumlu sağlık davranışları hakkında bilgilendirmek, olumlu sağlık davranışlarının kendisinin ve bebeğinin sağlığına olan etkisine inandırıp farkındalığını artırmak, kendisi ve yenidoğanın uzun dönem sağlığı etkileyecek riskli sağlık davranışlarından vazgeçmesini sağlamak, tutum, davranış ve beceri kazandırmaktır (12). Elsinga ve arkadaşları yaşam stiline ve diğer sağlık davranışlarına ilişkin gebelik öncesi danışmanlık vermenin önemli olduğunu, gebelik öncesinde danışmanlık almanın bilgi düzeyini arttırdığını, riskli davranışlarını azalttığını bildirmektedir (77).

Gebelikteki fizyolojik etkilerle birlikte psikolojik etkilerin de bilinmesi ve önüne geçilmesi, anne ve bebek sağlığına etkilerinin azaltılması önem taşımaktadır. Bunun için doğum öncesi bakım hizmetlerinde etkin rol oynayan ebelerin, gebelik izlemlerinde fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikolojik değerlendirmeyi de yapması, bütüncül bir yaklaşım açısından önemlidir. Ebe/ hemşireler gebeyi hem objektif hem subjektif olarak değerlendirmelidirler. Gebelikteki distres, bebek ve annenin sağlığını olumsuz yönde etkilediğinden erken tanı konularak müdahale edilmesi gereken bir durumdur (78).

Kadının sağlıklı bir gebelik dönemi geçirmesi için gebelik egzersizleri konusunda gebelere ve onlarla iletişim halinde olacak sağlık personeline eğitim programları düzenlenerek, gebelere yönelik doğum öncesi eğitim programlarının yaygınlaştırılması sağlanmalıdır (55).

Hemşirelerin gebelikte beslenmenin değerlendirilmesinde ve planlanmasında önemli rolleri vardır. Hemşireler gebeler ile kurdukları yakın iletişim nedeniyle onların beslenme alışkanlıklarını, yaşam biçimleri hakkında daha fazla bilgiye sahip olurlar. Gebelik süresince elde edilen bulgu ve belirtilerin, beslenmeye yansımalarını en iyi hemşireler değerlendirir (14).

Gebelikte kadının ağırlık artışı ve BKİ gebenin besin tüketiminin iyi bir göstergesidir. Kadının besin tüketiminin saptanarak aldığı enerji ve besin öğelerinin miktarının belirlenmesi riskleri daha iyi ortaya koymaktadır. Sağlık çalışanları gebelik süresince kadının ağırlık durumu mutlaka izlemeli ve önerilen ağırlıkta olmasını sağlayacak enerji alımına yönelik tavsiyelerde bulunmalıdır (67). Gebelerde beslenme sorunlarının ortadan kaldırılmasında etkili olacak sağlık personelinin eğitimlerle bilinçlendirilmesi, prenatal izlemler sırasında beslenmenin değerlendirilmesi ve gerekli eğitimin yapılması geleceğimiz olan sağlıklı çocukların doğması açısından oldukça önemlidir (64).



5. MATERYAL VE METOD

5.1.Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu çalışma sağlıklı gebe kadınların, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı nitelikte bir araştırmadır.

5.2.Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, 15.12.2015-15.03.2016 tarihleri arasında, İstanbul ili Üsküdar ilçesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe İzlem Polikliniğinde gerçekleştirildi.

5.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Üsküdar ilçesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 15.12.2015- 15.03.2016 tarihleri arasında gebe izlem polikliniğine başvuran kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örneklemini, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe izlem polikliniğine, 15.12.2015- 15.03.2016 tarihler arasında başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden, rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 1.trimester 100, 2.trimester 100, 3.trimester 100 olan toplam 300 gebe oluşturmaktadır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

- Araştırmaya katılmayı kabul etmek
- Riskli gebe olmamak

Araştırma Soruları:

- 1- Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimleri davranışları nasıldır?
- 2- Gebe kadınların depresyon, stres ve anksiyete semptomları ve şiddeti nasıldır?
- 3- Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarıyla depresyon, stres ve anksiyete düzeyleri birbirlerini etkiler mi?

5.4.Verilerin Toplanması

Çalışmanın gebe izlem polikliniğinde gerçekleştirilebilmesi için kurum ve etik kurul izini alındı. Alınan izinler doğrultusunda veriler gebelerle karşılıklı görüşme yöntemi ile elde edildi. Çalışma öncesi gebelere açıklama yapılarak sözel bilgilendirilmiş onamları alındı. Katılımcılara elde edilen verilerin gizli tutulacağı konusunda güvence verildi.

5.5.Veri Toplama Araçları

Çalışmada literatür taranarak hazırlanan Sosyo-Demografik Bilgi Toplama formu (Ek 1), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (Ek 2) ve Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası (Ek 3) formları kullanıldı.

5.5.1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama formu (Ek 1)

Araştırmacı tarafından literatür çalışması yapılarak hazırlanan ve gebelerin sosyo-demografik/obstetrik özelliklerini belirleyen tanıtıcı bilgi formu, toplam 39 sorudan oluşmaktadır. Sosyo-demografik özellikler; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, evlilik süresi, aile tipi, gelir durumu ve sosyal güvence durumunu içeren sorulardan, obstetrik özellikler kısmı ise; gebeliğin istenme durumu, gebelik sayısı, gebelik haftası, gebelik ve doğum hakkında bilgi alma durumunu içeren sorulardan oluşmaktadır.

5.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Değerlendirme Ölçeği (Ek 2)

Pender'in sağlığı geliştirme modeline dayandırılarak 1987 yılında Walker ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup, bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçen bir ölçektir. Ölçek, 1996 yılında revize edilmiş ve SYBD-II ölçeği olarak adlandırılmıştır (79). Revize edilen ölçeğin, sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin ülkemizdeki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bahar ve arkadaşları (80) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak belirtilmiştir. SYBD-II ölçeği, dörtlü Likert'e göre [1 (hiçbir zaman), 2 (bazen), 3 (sık sık) ve 4 (düzenli olarak)] tümü olumlu 52 maddeden oluşmaktadır. En düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçekten alınan puanların

yükselmesi, bireyin belirtilen sağlık davranışlarını yüksek düzeyde uyguladığını gösterir. Uygulama süresi yaklaşık 10-12 dakika olan ölçeğin altı alt başlığı bulunmaktadır.

“Tinsellik” bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler (Tinsellik alt ölçeği madde numaraları: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52).

“Beslenme” bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler (Beslenme alt ölçeği madde numaraları: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44,50).

“Fiziksel aktivite” sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir (Fiziksel aktivite alt ölçeği madde numaraları: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46).

“Sağlık sorumluluğu” bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler (Sağlık sorumluluğu alt ölçeği madde numaraları: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51).

“Kişiler arası ilişki” bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler (Kişiler arası ilişki alt ölçeği madde numaraları: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49).

“Stres yönetimi” bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler (Stres yönetimi alt ölçeği madde numaraları: 5, 11, 17, 23, 29,35, 41, 47).

Sunulan çalışmada SYBD ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,90 olarak belirlendi.

5.5.3. Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası (Ek 3)

Lovibond ve Lovibond (1995a) tarafından geliştirilen Depression Anxiety Stress Scale (DASS)’da 14’ü depresyon, 14’ü anksiyete ve 14’ü stres boyutlarına ait olmak üzere toplam 42 madde bulunmaktadır. Ölçek 0 bana hiç uygun değil 1 bana biraz uygun, 2 bana genellikle uygun ve 3 bana tamamen uygun, şeklinde 4’lü likert tipi bir derecelendirmeye sahiptir. Depresyon, anksiyete ve stres boyutlarının her

birinden alınan puanların yüksek olması, bireyin ilgili probleme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ters madde bulunmayan ölçeğin toplam puanları her bir alt boyut için 0 ile 42 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Akın ve Çetin (81) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmaları sonucunda; test-tekrar test güvenirliği $r=.99$, iki yarı güvenirlik puanları $r=.96$ ve madde-test korelasyonları ise $.51$ ile $.75$ arasında hesaplanmıştır.

5.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package for Social Sciences 15 (SPSS 15) paket programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde ki-kare, Spearman korelasyon analizi, Gruplar arasındaki farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için Post-Hoc testi olarak Tukey testi, Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis Test kullanıldı.

6. BULGULAR

Kadınların gebelik dönemlerinde sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri, yaşamlarını uygun hale getirmeleri gerekmektedir. Gebe kadınlar sağlıklarına normal yaşantılarından daha fazla önem verecekleri, beslenme, fiziksel aktivite, egzersiz, sigara alkol kullanımı gibi alışkanlıklarına dikkat edecekleri bir döneme girmiş bulunmaktadır.

Bu çalışmanın amacı gebelere sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve depresyon, anksiyete, stres skalası uygulanarak sağlıklı gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörleri belirlemektir.

Bu bölümde, sağlıklı kadınlara uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği ve Depresyon Anksiyete Stres Skalasına ait bulgular ve tablolar yer almaktadır.

Tablo 6. 1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Verilerin Dağılımı

ÖZELLİKLER	$\bar{x} \pm SD$	N	%
Yaş	29, 1±5,73		
Eğitim Durumu			
İlköğretim		122	40,7
Lise		83	27,7
Lisans Ve Üstü		95	31,7
Çalışma Durumu			
Çalışan		81	27
Çalışmayan		219	73
Ekonomik Durum			
Gelir Giderden Az		73	24,3
Gelir Gidere Eşit		179	59,7
Gelir Giderden Fazla		48	16
Aile Tipi			
Çekirdek Aile		235	78,3
Geniş Aile		65	21,7

Araştırmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 29,1±5,73'dür. Eğitim durumlarına bakıldığında %40,7' sinin ilköğretim mezunu olduğu, %73'ünün çalışmadığı %59,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu %78,3'ünün aile tipinin çekirdek aile olduğu görüldü.

Tablo 6. 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	N	%	$\bar{X} \pm SD$
Gebelik Sayısı			2,1±1,13
1 Gebelik	127	42,3	
2 Gebelik	69	23	
3 Gebelik	51	17	
4 Gebelik ve üzeri	53	17,7	
Gebelik Haftası			
1-13 Hafta	100	33,3	
14-27 Hafta	100	33,3	
28-40 Hafta	100	33,3	
Canlı Doğum Sayısı			1,72±0,85
1 Doğum	69	23	
2 Doğum	53	17,7	
3 Doğum	13	4,3	
4 Doğum ve üzeri	8	2,7	
Düşük Sayısı			1,47±0,78
1 Düşük	50	16,7	
2 Düşük	15	5	
3 Düşük	7	2,3	
4 Düşük ve üzeri	2	0,7	
Kürtaj Sayısı			1,47±0,87
1 Kürtaj	19	6,3	
2 Kürtaj	12	4	
3 Kürtaj	1	0,3	
4 Kürtaj ve üzeri			
Ölü Doğum Sayısı			1,31±0,48
1	9	3	
2	4	13	
Yaşayan Çocuk Sayısı			1,7±0,84
1 Çocuk	69	23	
2 Çocuk	50	16,7	
3 Çocuk	13	4,3	
4 Çocuk ve üzeri	7	2,3	
Gebelikler Arası Süre			
24 Ay ve altı	22	7,3	
25 Ay ve üzeri	150	50	
Gebeliği Planlama Durumu			
Evet	219	73	
Hayır	81	27	
Son Doğum Şekli			
Nsd	86	28,7	
Sca	82	27,3	
Planlanan Doğum Şekli			
Nsd	196	65,3	
Sca	88	29,3	

Çalışmaya katılan gebelerin %42,3'ünün ilk gebeliği olup ortalama gebelik sayısı $2,1 \pm 1,13$ 'dür. Çalışmaya her trimestirden eşit sayıda gebe katıldı. Canlı doğum sayısı ortalaması $1,72 \pm 0,85$ olarak bulundu. Düşük sayısı ortalaması $1,47 \pm 0,78$, küretaj sayısı $1,47 \pm 0,87$, ölü doğum sayısı $1,31 \pm 0,48$, yaşayan çocuk ortalaması ise $1,7 \pm 0,84$ 'dür. İki gebelik arası süre %50'sinde 25 ay ve üzeridir. Gebelerin %73'ü gebeliği planladığı bildirdi. Son doğum şekillerine bakıldığında %28,7'si NSD, %27,3'ü SCA'dır ve planlanan doğum şekli olarak %65,3'ü NSD, 29,3'ü SCA olduğunu belirtti.

Tablo 6. 3. Gebelik Döneminde Yapılan Uygulamalara İlişkin Verilerin Dağılımı

Özellikler	N	%
Gebelikte İlaç Kullanımı		
Evet	203	67,7
Hayır	97	32,3
Gebelikte Egzersiz Yapma		
Evet	71	23,7
Hayır	229	76,3
Gebelikte Yapılan Egzersiz Türleri		
Yürüyüş		
-Evet	55	18,3
-Hayır	245	81,7
Yoga		
-Evet	10	3,3
-Hayır	290	96,7
Plates		
-Evet	10	3,3
-Hayır	290	96,7
Yüzme		
-Evet	1	0,3
-Hayır	299	99,7
Düzenli Gebelik Kontrolü Yaptırma Durumu		
-Evet	263	87,7
-Hayır	20	6,7
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı		
1-4 Kez	81	27
5-8 Kez	89	29,7
9 ve üzeri	110	36,7
Gebelik Sınıfına Katılma Durumu		
-Evet	69	23
-Hayır	231	77

Gebelerin %67,7'sinin gebelikte ilaç kullandığı, %23,7'sinin egzersiz yaptığı belirlendi. Egzersiz türleri incelendiğinde %18,3'ü yürüyüş, %3,3'ü yoga, %3,3'ü plates, %0,3'ü yüzme yapmaktaydı. Düzenli kontrole gitme durumlarına bakıldığında %87,7'sinin düzenli kontrole gittiği, %36,7'sinin 9 ve üzeri kez kontrole gittiği ve yalnızca %23'ünün gebe eğitim sınıfına katıldığı saptandı.

Tablo 6. 4. Gebelikte Yaşanan Sorunlara İlişkin Verilerin Dağılımı

Sorunlar	N	%
Gebelikte Uyku Sorunu		
Evet	169	56,3
Hayır	131	43,7
Gebelikte Cinsel Sorun		
Evet	11	3,7
Hayır	289	96,3
Gebelikte Eşle Sorun		
Evet	9	3
Hayır	291	97
Gebelikte Sigara Kullanımı		
Evet	24	8
Hayır	276	92
Gebelikte Kullanılan Sigara Miktarı		
Gebelikte Değişmedi	5	1,7
Gebelikte Arttı	1	3
Gebelikte Azaldı	18	6

Gebelikte yaşanan sorunların dağılımına baktığımızda, %56,3'ünün gebelikte uyku sorunu yaşadığını, %96,3 gibi büyük bir kısmının gebelikte cinsel sorun yaşamadığı ve %97'sinin eşyle bir sorunu olmadığı saptandı. Gebelikte sigara kullanımına bakıldığında maalesef %8'inin gebelikte sigara kullanmaya devam ettiğini ve %3'ünün sigara kullanımını gebeliğinde arttırdığı saptandı.

Tablo 6. 5. Gebelerin SYBD Ve DAS Ölçek Puanları Ortalamalarına İlişkin Bulgular

SYBD	Min	Max	$\bar{X} \pm Sd$
1-Sağlık Sorumluluğu	9	36	23,3 ± 5,11
2-Fiziksel Aktivite	8	32	16,70 ± 5,09
3-Beslenme	9	36	23,08 ± 4,32
4-Manevi Gelişim	9	36	25,58 ± 4,56
5-Kişiler Arası İlişkiler	9	36	25,14 ± 4,48
6-Stres	8	32	19,88 ± 4,18
Toplam	52	208	133,72 ± 21,97
DAS	Min	Max	$\bar{X} \pm Sd$
1-Depresyon	0	40	9,32 ± 7,78
2-Anksiyete	0	32	10,67 ± 6,99
3-Stres	0	39	12,77 ± 7,52
Genel Toplam	0	105	32,77 ± 20,96

Gebelerin SYBD ve DAS ölçek toplam ve alt boyut minimum, maksimum değerleri ve ortalamaları tablo 6.5' te görülmektedir. SYBD ölçeği toplam puan ortalaması 133,72±21,97, DAS toplam puan ortalaması 32,77±20,96 dır.

Tablo 6. 6. Gebelik Haftasına Göre SYBD Ve DAS Ölçek Toplam Ve Alt Boyut Puanlarının Dağılımı

SYBD	1-13 Hafta	14-27 Hafta	28-40 Hafta	X²	P
	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$	$\bar{X} \pm Sd$		
1-Sağlık Sorumluluğu	23,02 ± 4,9	23,68 ± 5,39	23,30 ± 5,06	1,12	p>0,05
2-Fiziksel Aktivite	17,50 ± 5,15	16,64 ± 4,93	15,97 ± 5,12	3,76	0,152
3-Beslenme	22,51 ± 4,75	23,53 ± 4,06	23,22 ± 4,09	5,42	0,066
4-Manevi Gelişim	24,61 ± 4,96	26,53 ± 4,28	25,60 ± 4,25	11,42	0,003
5-Kişiler Arası İlişkiler	24,31 ± 4,85	26,21 ± 4,25	24,90 ± 3,93	10,04	0,007
6-Stres	19,94 ± 4,34	19,93 ± 4,24	19,77 ± 4,0	0,284	0,867
Toplam	131,89 ± 24,17	136,52 ± 21,35	132,76 ± 20,14	4,925	0,85
DAS					
Depresyon	11,55 ± 8,35	9,11 ± 7,94	7,31 ± 6,37	13,04	0,001
Anksiyete	11,89 ± 7,48	10,97 ± 7,27	6,16 ± 5,91	7,927	0,019
Stres	13,25 ± 8,11	13,13 ± 7,41	11,94 ± 7,00	2,256	0,324
Toplam	36,69 ± 23,10	33,21 ± 21,04	28,41 ± 17,78	7,448	0,024

*Kruskal-Wallis Test, Post –Hoc Test

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik haftalarına (1-13 hafta,14-27 hafta, 28-40 hafta) göre SYBD ölçek alt gruplarına bakıldığında sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlendi. İleri analiz için yapılan Post- hoc test sonucunda gebeliği 1-13 hafta ile 14-27 hafta olan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği “Manevi Gelişim” puan farklılığından kaynaklandığı görüldü (Adj.Sig.p=0,002). 14-27 haftalık gebeliği olan kadınların 1-13 hafta gebe olanlara karşın daha yüksek puanı vardı.

Yapılan ileri analizde benzer şekilde gebeliği 1-13 hafta ile 14-27 hafta olan kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği “Kişilerarası İlişkiler” alt boyut puan farklılığında (Adj.Sig.p=0,006) olduğu belirlendi. 14-27 haftalık gebeliği olan kadınların, 1-13 hafta gebe olanlara karşın daha yüksek puanı mevcuttu. 2. trimesterde kadınların manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler boyutu olumlu yönde değişmişti.

Gebelerin gebelik haftasına göre DAS ölçek alt boyut puanları karşılaştırıldığında, depresyon ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde, 28-40 hafta gebe olan ve 1-13 hafta gebe olan kadınların gruplar arası hem depresyon hem anksiyete hem de toplam puan farklılığından kaynaklandığı görüldü (depresyon-Adj.Sig.p=0,001, anksiyete-Adj.Sip.p=0,017, DAS toplam-Adj.Sig.p=0,02). 2. ve 3. trimesterde depresyon ve anksiyete puanları azalmaktaydı.

Tablo 6. 7. Gebelerin Gebelik İle İlgili Bazı Özelliklerinin Trimesterlere Göre Dağılımı

Gebelik Haftasına Göre	1-13 Hafta		14-27 Hafta		28-40 Hafta		X ²	P
	N	%	N	%	N	%		
Sağlığı Değerlendirilme								
Çok İyi	7	7,0	10	10,0	13	13,0	3,270	P>0,05
İyi	82	82,0	81	81,0	81	81,0		
Kötü	11	11,0	9	9,0	6	6,0		
İlaç Kullanımı								
Evet	65	65,0	64	64,0	74	74,0	2,773	P>0,05
Hayır	35	35,0	36	36,0	26	26,0		
Düzenli Uyku								
Evet	52	52,0	62	62,0	56	56,0	2,063	P>0,05
Hayır	48	48,0	38	38,0	44	44,0		
Kontrol Sayısı								
1-4 Kez	73	80,2	7	7,4	1	1,1	185,676	P:0,000
5-8 Kez	18	19,8	39	41,5	32	33,7		
9 Ve Üzeri	0	0	48	51,1	62	65,3		
Düzenli Kontrol								
Evet	81	86,2	90	95,0	92	96,8	9,888	P:0,007
Hayır	13	13,8	4	4,3	3	3,2		
Gebe Eğitim Sınıfına Katılım								
Evet	18	18,0	25	25,0	26	26,0	2,146	P>0,05
Hayır	82	82,0	75	75,0	74	74,0		
Emzirmeyi Düşünme								
Evet	77	77,0	71	71,0	69	69,0	1,732	P>0,05
Hayır	23	23,0	29	29,0	31	31,0		
Gebeliğin Planlı Olması								
Evet	71	71,0	74	74,0	74	74,0	0,304	P>0,05
Hayır	29	29,0	26	26,0	26	26,0		
Egzersiz								
Evet	12	12,0	26	26,0	33	33,0	12,658	P:0,002
Hayır	88	88,0	74	74,0	67	67,0		
Yürüyüş								
Evet	10	10,0	20	20,0	25	25,0	7,792	P:0,020
Hayır	90	90,0	80	80,0	75	75,0		
Yoga								
Evet	0	0	2	2,0	8	8,0		
Hayır	100	100,0	98	98,0	92	92,0		
Plates								
Evet	3	3,0	4	4,0	3	3,0	0,207	P>0,05
Hayır	97	97,0	96	96,0	97	97,0		
Yüzme								
Evet	0	0,0	1	1,0	0	0,0		
Hayır	100	100,0	99	99,0	100	100,0		

Gebelikle ilgili bazı özelliklerin, gebelerin trimesterlerine göre dağılımı tablo 6.7' de görülmektedir. Gebelerin büyük çoğunluğu sağlık durumlarını iyi olarak değerlendirdiğini bildirdi.

Gebeliklerinin ilk trimesterde olan gebelerin %65'i, ikinci trimesterde olan gebelerin %64'ü, üçüncü trimesterde olan gebelerin %74'ü ilaç kullandığını belirtti.

Gebeliğinin 1-13 haftasında olan gebelerin %52'si, 14-27 haftasında olan gebelerin %56'sı gebelikte uykularının düzenli olduğunu belirtti.

Gebelerin büyük çoğunluğu düzenli olarak gebelik kontrollerini yaptırıyordu. Gebelik haftaları ile düzenli olarak gebelik kontrollerini yaptırma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p:0,000$). Gebelik haftası arttıkça kontrole gitme sayısının da arttığı saptandı.

Kontrole düzenli gitme durumları sorgulandığında 1-13 haftada %86,2'sinin, 14-27 haftada %95'inin 28-40 haftasında %96,8'inin düzenli kontrole gittiği saptandı. Yine gebelik haftası arttıkça düzenli kontrole giden gebe sayısı da arttı. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p:0,007$).

Gebelerin %23'ü gebe eğitim sınıfına katılmıştı ve %72,3'ü bebeklerini emzirmeyi düşündüğünü söyledi. Gebe eğitim sınıfına katılma ve emzirme durumları trimesterlere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin %73'ü planlı olarak gebe kalmışlardı. Gebelerin gebeliği planlama durumu, trimesterlere göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Gebelikte egzersiz yapma durumları 1-13 haftada %12, 14-27 haftada %26 iken, 28-40 haftada %33'e yükselmiştir. Trimesterlere göre egzersiz yapma durumu karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p:0,002$). Gebelik haftası ilerledikçe egzersiz yapma oranları da arttı. Gebelerin %18,33'ü yürüyüş, %3,33' ünün yoga, %3,33' ünün pilates yaptığı belirlendi. 1 gebe de yüzüyordu.

Tablo 6. 8. Gebelerin Yaşları İle SYBD, DAS Ölçekleri Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Yaş	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
18-27	130	23,18±5,18	16,43±5,13	23,15±4,34	25,43±4,76	25,55±4,36	19,82±4,36	133,56±22,06	9,33±7,75	10,83±6,80	12,53±7,47	32,70±20,69
28-37	143	23,71±5,0	16,98±5,01	23,20±4,36	25,99±4,49	25,08±4,68	20,16±4,07	135,13±21,87	9,08±7,86	10,37±7,20	12,70±7,41	32,16±21,18
38 ve üzeri	27	22,07±5,36	16,59±5,40	22,11±4,04	24,11±3,70	23,44±3,64	18,62±3,78	126,96±21,56	10,55±7,62	11,44±6,93	14,25±8,41	36,25±21,55
		X ² :2,457 P>0,05	X ² :1,062 P>0,05	X ² :1,415 P>0,05	X ² :4,314 P>0,05	X ² :5,430 P>0,05	X ² :3,022 P>0,05	X ² :2,949 P>0,05	X ² :1,291 P>0,05	X ² :1,151 P>0,05	X ² :0,878 P>0,05	X ² :0,996 P>0,05

Araştırmaya katılan gebelerin yaş grupları (18-27, 28-37, 38 ve üzeri) ile SYBD alt ölçek boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı. Gebelerin yaş grupları ile DAS ölçek alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo 6.8).

Tablo 6. 9. Gebelerin Eğitim Durumları İle SYBD Ve DAS Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Eğitim Durumu	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
a-Oyd/İlköğretim	122	21,95±4,96	15,59±4,79	22,20±4,32	24,50±4,86	23,67±4,38	18,89±4,15	126,81±22,37	10,02±7,89	11,0±7,22	13,43±7,90	34,46±21,72
b-Lise	83	23,84±4,96	16,22±4,77	23,25±3,96	25,84±4,43	25,81±4,48	20,07±3,89	135,06±19,93	9,66±8,59	10,87±7,24	12,39±7,57	32,93±22,32
c-Lisans Ve Üstü	95	24,66±5,04	18,53±5,27	24,07±4,43	26,73±3,97	26,43±4,11	20,97±4,21	141,42±20,52	8,12±6,76	10,06±6,48	12,25±6,97	30,44±18,61
		χ^2 :15,012 p:0,001 a<b,c	χ^2 :17,796 p:0,000 a,b<c	χ^2 :8,827 p:0,012 a<c	χ^2 :11,723 p:0,003 a<c	χ^2 :22,589 p:0,000 a<b,c	χ^2 :11,750 p:0,003 a<c	χ^2 :23,019 p:000 a<c	χ^2 :2,918 p>0,05	χ^2 :0,648 p>0,05	χ^2 :1,143 p>0,05	χ^2 :1,372 p>0,05

*Kruskal Wallis test, Post-hoc test

Eğitim durumu ile SYBD ölçeği alt boyutları incelendiğinde sağlık sorumluluğu alt boyut ortalamaları okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarında 21,95±4,96, lise mezunlarında 23,84±4,96, lisans ve üstü mezunlarında 24,66±5,04'dür. Gebelerin eğitim durumu ile sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. İleri analiz için yapılan post-hoc testte SYBDÖ "sağlık sorumluluğu" alt boyut puanının oyd/ilköğretim ile lise (Adj.Sig.p=0,048) ve oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,000) gruplar arası farklılığından kaynaklandığı görüldü. Okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan gebelerin sağlık sorumluluğu puan ortalaması lise ve lisansüstü mezunu gebelere göre daha azdır.

Eğitim durumu ile fiziksel aktivite puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların puan ortalamaları 15,59±4,79, lise mezunlarının 16,22±4,77, lisans ve üstü mezunlarının 18,53±5,27'dir. Gebelerin eğitim durumları ile fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü ve lise ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,008) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı bulundu. İlköğretim ve lise mezunlarının lisans ve üstü mezunlara göre fiziksel aktivite puanları daha düşüktür.

Gebelerin eğitim durumları ile beslenme alt boyut puanları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu gebelerin $22,20 \pm 4,32$, lise mezunu gebelerin $23,25 \pm 3,96$, lisansüstü mezunu gebelerin $24,07 \pm 4,43$ 'dür ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,01) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. İlköğretim mezunu olan gebelerin lisans ve üstü eğitimi olan gebelere oranla beslenme alt boyut puanı daha azdır.



Gebelerin eğitim durumu ile manevi gelişim alt boyut puanları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde; okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olanların puan ortalamaları $24,50 \pm 4,86$, lise mezunlarının $25,84 \pm 4,43$, lisans ve üstü mezunlarının $26,73 \pm 3,97$ 'dir. Manevi gelişim ve eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Yapılan ileri analizde oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,002) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarının lisans ve üstü mezunlarına göre manevi gelişim puanları daha azdır.

Gebelerin eğitim durumu ile kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları değerlendirildiğinde okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunları $23,67 \pm 4,38$, lise mezunları $25,81 \pm 4,48$, lisans ve üstü mezunları $26,43 \pm 4,11$ olarak belirlendi. Eğitim durumu ile kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. İleri analiz için yapılan post-hoc testte SYBDÖ "kişilerarası ilişkiler" alt boyut puanının oyd/ilköğretim ile lise (Adj.Sig.p=0,005) ve oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,000) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı görüldü. İlköğretim mezunlarının kişisel arası ilişkiler alt boyut puanları lise ve lisansüstü mezunlarına göre daha azdır.

Gebelerde eğitim durumu ile stres yönetimi puan ortalamaları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarının $18,89 \pm 4,15$, lise mezunlarının $20,07 \pm 4,21$ 'dir. Stres yönetimi alt boyut puanı ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,002) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. İlköğretim mezunlarının lisans ve üstü mezunlara göre stres yönetimi puanları daha azdır.

SYBD ölçeğinin toplam puanı ile eğitim durumu değerlendirildiğinde, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunlarının $126,81 \pm 22,37$, lise mezunlarının $135,06 \pm 79,93$, lisans ve üstü mezunları $141,42 \pm 20,52$ puan ortalamasına sahip oldukları belirlendi. Toplam puanları ile eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde oyd/ilköğretim ile lisans ve üstü (Adj.Sig.p=0,000) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Okuryazar

olmayan ve ilköğretim mezunlarının toplam puanları, lisans ve üstü mezunlarının puanlarına göre daha düşüktür.

DAS ölçeği toplam ve alt boyut puanları eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu gebelerin ortalama depresyon puanı $10,02 \pm 7,89$ anksiyete puanı $11,0 \pm 7,22$ stres ortalama puanı $13,43 \pm 7,90$ 'dır.

Eğitim durumu lise olan gebelerin DAS ölçeği alt puanlarına baktığımızda, depresyon ortalaması $9,66 \pm 8,59$, anksiyete $10,87 \pm 7,24$, stres $12,39 \pm 7,57$ olarak saptandı. Lisans ve üstü eğitimin DAS ölçeği değerleri ise depresyon $8,12 \pm 6,76$, anksiyete $10,06 \pm 6,48$, stres $12,25 \pm 6,97$ idi. DAS ölçeği toplam ortalamaları ise ilköğretim ve okuryazar olmayan gebelerin $34,46 \pm 21,72$, lise mezunu olanların $32,93 \pm 22,32$, lisans ve üstü okuyanların ise $30,44 \pm 18,61$ idi. Eğitim durumu ile DAS ölçeği alt grup ve toplam puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Tablo 6. 10. Gebelikte Ve Gebelik Öncesi Çalışma Durumu İle SYBD, DAS Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelikte Çalışma Durumu	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	81	24,12±5,14	17,93±4,69	23,38±4,29	26,07±4,48	25,40±4,32	20,14±4,11	137,07±20,94	9,69±7,31	11,13±6,67	13,49±7,24	34,32±19,91
Hayır	219	23,04±5,08	16,24±5,16	22,97±4,34	25,39±4,59	25,04±4,55	19,78±4,22	132,48±22,25	9,18±7,95	10,50±7,11	12,50±7,62	32,19±21,35
Gebelik Öncesi Çalışma Durumu		P>0,05	P:0,006	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05
Evet	75	23,80±5,16	18,17±4,71	23,22±4,44	25,80±4,60	25,24±4,44	20,05±4,09	136,29±21,76	9,81±7,54	11,06±6,86	13,45±7,64	34,33±20,79
Hayır	225	23,17±5,10	16,21±5,13	23,04±4,29	25,50±4,56	25,10±4,51	19,82±4,22	132,86±22,02	9,16±7,86	10,54±7,04	12,54±7,48	32,24±21,04
		P>0,05	P:0,001	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05

Gebelikte çalışma durumunun SYBD ölçeği toplam ve alt boyut puanları gebelikte ve gebelik öncesi çalışma durumu ile karşılaştırıldığında, sadece fiziksel aktivite alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Diğer alt boyut puanları ile anlamlı bir fark saptanmadı (Tablo 6.10).

Gebelikte çalışma durumunun DAS alt ölçek boyut puanları ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik öncesi çalışma durumlarıyla SYBD toplam ve alt boyut puanları karşılaştırıldığında, fiziksel aktivite alt boyutunda anlamlı bir fark bulundu ($p<0,05$). Diğer alt boyutlarda anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik öncesi çalışma durumu ile DAS toplam ve alt boyut puanları incelendiğinde, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$) (Tablo 6.10).

Tablo 6. 11. Gebelerin Gelir Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Aylık Gelir	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
a-Gelir Giderden Az	73	21,95±5,24	15,56±5,23	21,83±4,27	24,50±5,06	23,21±4,77	19,02±4,33	126,10±23,31	9,83±8,33	11,31±7,70	13,87±7,99	35,02±22,57
b-Gelir Gidere Eşit	179	23,73±5,05	17,10±4,96	23,54±4,30	25,95±4,45	25,81±4,25	20,30±4,04	136,45±21,25	9,32±7,32	10,70±6,56	12,44±7,09	32,47±19,66
c-Gelir Giderden Fazla	48	23,91±4,86	16,95±5,18	23,27±4,19	25,81±3,97	25,56±4,11	19,60±4,35	135,12±20,17	8,54±8,63	9,56±7,44	12,33±8,31	30,43±23,19
		$\chi^2:6,644$ p:0,036 a<b	$\chi^2:6,744$ p:0,034 a<b	$\chi^2:8,917$ p:0,012 a<b	$\chi^2:4,626$ p>0,05	$\chi^2:17,134$ p:0,000 a<b,c	$\chi^2:5,474$ p>0,05	$\chi^2:13,496$ p:0,001 a<b,c	$\chi^2:1,750$ p>0,05	$\chi^2:2,267$ p>0,05	$\chi^2:1,521$ p>0,05	$\chi^2:1,630$ p>0,05

*Kruskal Wallis test, post-hoc test

Gebelerin aylık gelir durumları ile SYBD alt boyut puanları karşılaştırıldığında, SYBD sağlık sorumluluğu alt boyutu için, geliri giderinden az olan gebelerin puan ortalaması 21,95 ±5,24, geliri giderine eşit olan gebelerin 23,73 ±5,05, geliri giderinden fazla olan gebelerin ise 23,91±4,86 olarak belirlendi. Gelir durumlarına göre sağlık sorumluluğu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde geliri giderinden az ile geliri giderine eşit (Adj.Sig.p=0,042) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Geliri giderinden az olan gebelerin geliri giderine eşit olanlara göre sağlık sorumluluğu puanı daha fazla olduğu belirlendi.

Aylık gelir durumu ile fiziksel aktivite alt boyut puanları arasında ilişki varlığı incelendiğinde, geliri giderinden az olan gebelerin puan ortalaması $15,56 \pm 5,23$, geliri giderine eşit olan gebelerin $17,10 \pm 4,96$, geliri giderinden fazla olan gebelerin $16,95 \pm 5,18$ olarak bulundu. Yapılan ileri analizde geliri giderinden az ile geliri giderine eşit (Adj.Sig.p=0,037) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Geliri giderinden az olanların, geliri gidere eşit olanlara kıyasla puan ortalamaları daha yüksektir.

Gebelerin beslenme durumu ile gelir durumu puanları incelendiğinde, puan ortalamaları gelir giderden az olan gebelerin puanı $21,83 \pm 4,27$, geliri giderine eşit olanların $23,54 \pm 4,30$, geliri giderinden fazla olan gebelerin puanı $23,27 \pm 4,19$ dur. Beslenme alt boyut puanları ile gelir durumu arasında anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde geliri giderinden az ile geliri giderine eşit (Adj.Sig.p=0,009) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Geliri giderinden az olanları, geliri giderine eşit olanlardan daha az puanı vardır.

Manevi gelişim boyutu ile gelir durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark görülmedi ($p > 0,05$).

Kişiler arası ilişkiler boyutu ile gelir durumu karşılaştırıldığında, geliri giderinden az olan gebelerin alt boyut puanı $23,21 \pm 4,77$, geliri giderine eşit olan gebelerin $25,81 \pm 4,25$, geliri giderinden fazla olan gebelerin $25,26 \pm 4,11$ dir. Gelir durumu ile kişiler arası ilişkiler arasında anlamlı bir fark saptandı. İleri analiz için yapılan post-hoc test sonucunda geliri giderinden az ile geliri giderinden fazla (Adj.Sig.p=0,012) ve geliri giderinden az ile geliri giderine eşit (Adj.Sig.p=0,000) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Geliri giderinden az olanların; geliri giderine eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre kişiler arası ilişkiler boyutu puan ortalaması daha düşüktür.

Stres yönetimi ile gelir durumu ilişkilendirildiğinde, SYBD puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$).

SYBD toplam puanları, gelir durumlarına göre karşılaştırıldığında, geliri giderinden az olan gebelerin puan ortalaması $126,10 \pm 23,31$, geliri giderine eşit olan gebelerin $136,45 \pm 21,25$, geliri giderinden fazla olan gebelerin $135,12 \pm 20,17$ idi.

Gebelerin SYBD toplam puanları ile gelir durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark belirlendi. İleri analiz için yapılan post-hoc test sonucunda geliri giderinden az ile geliri giderinden fazla (Adj.Sig.p=0,025) ve geliri giderinden az ile geliri giderine eşit (Adj.Sig.p=0,001) gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı. Geliri giderinden az olanların, geliri giderinden eşit ve geliri giderinden fazla olanlara göre aldıkları puan daha düşüktür. DAS ölçeği alt boyutları olan depresyon, anksiyete, stres ve toplam boyut puanı ile gelir durumu arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).



Tablo 6. 12. Gebelerin Yaşayan Çocuk ve Gebelik Sayılarının SYBD Ve DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamaları

Yaşayan Çocuk Sayısı	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
1	69	23,18±5,23	16,56±5,18	23,39±4,0	25,40±4,25	25,26±4,45	19,37±4,11	133,18±21,47	9,65±8,33	11,02±7,05	13,28±7,54	33,97±21,69
2	50	22,36±4,64	15,94±3,71	21,66±3,67	24,92±4,37	24,22±3,82	19,12±3,34	128,22±17,50	11,30±8,06	11,74±7,34	13,88±7,97	36,92±22,15
3 Ve Üzeri	20	22,05±5,52	16,65±4,40	22,35±4,71	24,95±6,28	23,20±6,04	19,40±4,61	128,60±27,13	10,80±8,31	11,70±8,65	12,60±8,54	35,10±24,91
Gebelik Sayısı		X ² :1,507 P>0,05	X ² :0,127 P>0,05	X ² :5,917 P>0,05	X ² :0,258 P>0,05	X ² :2,672 P>0,05	X ² :0,178 P>0,05	X ² :0,676 P>0,05	X ² :1,991 P>0,05	X ² :0,276 P>0,05	X ² :0,371 P>0,05	X ² :0,598 P>0,05
a-1	127	23,90±5,19	17,58±5,31	23,55±4,45	26,12±4,71	25,56±4,55	20,64±4,44	137,68±22,64	8,71±7,54	10,37±6,86	12,52±7,39	31,61±20,30
b-2	69	24,00±5,12	15,94±5,38	23,40±4,026	25,75±4,11	25,72±4,13	19,65±3,69	134,47±20,77	9,07±8,27	10,75±6,80	12,95±7,76	32,78±21,55
c-3	51	21,62±4,63	15,72±4,19	22,11±4,19	24,60±4,73	23,68±4,09	18,88±4,35	126,64±19,63	9,82±6,37	10,52±6,87	12,86±7,31	32,21±19,30
d-4 ve Üzeri	53	22,73±5,02	16,52±4,72	22,47±4,10	24,98±4,51	24,03±4,69	19,30±3,76	130,05±22,29	10,62±8,86	11,43±7,76	13,03±7,9	35,09±23,53
		X ² :9,416 P:0,024 a>c	X ² :8,086 P:0,044 a>c	X ² :4,726 p>0,05	X ² :4,092 p>0,05	X ² :11,336 P:0,010 a>c	X ² :7,094 p>0,05	X ² :9,931 P:0,019 a>c	X ² :3,083 p>0,05	X ² :0,418 p>0,05	X ² :0,344 p>0,05	X ² :0,780 p>0,05

*Kruskal Wallis test, Post-hoc test

Tablo 12’ de gebelerin yaşıyan çocuk sayısı ve gebelik sayıları ile SYBD ve DAS ölçekleri alt boyut ve toplam puan karşılaştırmaları görülmektedir.

Gebelerin yaşıyan çocuk sayısı ile SYBD ölçeği, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark saptanmadı ($p>0,05$).

1 yaşıyan çocuğu olan gebelerin SYBD ölçeği toplam puan ortalaması $133,18\pm 21,47$, 2 yaşıyan çocuğu olan gebelerin $128,22\pm 17,50$, 3 ve daha fazla çocuğu olanların ise $128,60\pm 27,13$ tür. Gebelerin yaşıyan çocuk sayıları ile SYBD toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi.

Gebelerin yaşıyan çocuk sayıları ile DAS ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin gebelik sayılarına göre SYBD ölçeği alt boyut puanları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu alt boyut puanı ilk gebeliği olanlarda $23,90\pm 5,19$, ikinci gebeliği olanlarda $24,00\pm 5,12$, üçüncü gebeliği olanlarda $21,62\pm 4,63$, dört ve üzeri gebeliği olanlarda $22,73\pm 5,02$ idi. Gebelerin gebelik sayıları ile sağlık sorumluluğu alt boyut puanı karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. İleri analizde, ilk gebeliği olan ile 3. gebeliği olan gebeler arasındaki farklılıktan kaynaklandığı görüldü (Adj.Sig.p=0,034). İlk gebeliği olan gebelerin, üçüncü gebeliği olanlara kıyasla sağlık sorumluluğu puanlarının yüksek olduğu görüldü.

Gebelik sayıları ile fiziksel aktivite alt boyut puanları karşılaştırıldığında, ilk gebeliği olanların puanı $17,58\pm 5,31$, ikinci gebeliği olanların $15,94\pm 5,38$, üçüncü gebeliği olanların $15,72\pm 4,19$, dört ve üzeri gebeliği olanların $16,52\pm 4,72$ idi. Gebelik sayılarına göre fiziksel aktivite alt boyut puanları karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde SYBDÖ “fiziksel aktivite” alt boyutu genel değerlendirmede farklılık olmasına rağmen ikili kıyaslamalarda hiçbir farklılık bulunmadı.

Gebelik sayıları ile beslenme alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik sayıları ile manevi gelişim alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerde kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları gebelik sayılarına göre karşılaştırıldığında, ilk gebeliği olanların $25,56\pm 4,55$, ikinci gebeliği olanların $25,72\pm 4,13$, üçüncü gebeliği olanların $23,68\pm 4,09$, dört ve üzeri gebeliği olanların $24,03\pm 4,69$ puan ortalamasında olduğu görüldü. Kişiler arası ilişkiler alt boyutu ile gebelik sayısı arasında anlamlı bir fark saptandı ($p<0,05$). Yapılan ileri analizde SYBDÖ “kişilerarası ilişkiler” alt boyutunda gebelik sayısı 1 ve 3 olan gebelerin kişilerarası ilişkiler puan farklılığından kaynaklandığı belirlendi (Adj.Sig.p=003). İlk gebeliği olan kadınların, 3. gebeliği olanlara kıyasla kişilerarası ilişkiler puanı daha fazlaydı.

Gebelik sayılarına göre stres yönetimi alt boyut puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin gebelik sayılarına göre SYBD toplam puanları incelendiğinde, ilk gebeliği olanların puanı $137,68\pm 22,64$, ikinci gebeliği olanların $134,47\pm 20,77$, üçüncü gebeliği olanların $126,64\pm 19,63$, dört ve üzeri gebeliği olanların $130,05\pm 22,29$ olarak bulundu. Gebelik sayılarına göre SYBD toplam puanları karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. İleri analizde ilk gebeliği olan ile 3. gebeliği olan gebeler arasındaki farklılıktan kaynaklandığı görüldü (Adj.Sig.p=0,034). İlk gebeliği olan gebelerin SYBD toplam puan ortalamaları üçüncü gebeliği olanlara göre daha yüksekti.

Gebelerin gebelik sayıları ile DAS ölçeği alt boyutları depresyon, anksiyete, stres puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. 13. Gebelerin Gebeliği Planlama Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebeliği Planlama Durumu	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Evet	219	23,42±4,97	16,71±5,11	23,15±4,19	25,57±4,54	25,36±4,29	19,99±4,11	134,21±21,40	8,26±7,03	9,94±6,42	12,00±6,94	30,22±18,98
Hayır	81	23,08±5,50	16,66±5,05	22,91±4,69	25,60±4,66	24,53±4,94	19,58±4,38	132,38±23,54	12,17±8,95	12,62±8,07	14,83±8,61	39,64±24,40
		P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P>0,05	P:0,000	P:0,015	P:0,014	P:0,003

*Kruskal Wallis test

Gebelerin gebeliklerinin planlı olması ile SYBD ölçek toplam ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin gebeliklerinin planlı olması ile DAS ölçek alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Gebeliklerini planlayan gebelerin DAS ölçeği alt boyut puanlarının gebeliklerini planlamayan gebelere oranla daha düşük olduğu belirlendi. Gebeliği planlı olan gebelerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri normal sınırlardaydı.

Tablo 6. 14. Gebelerin Sağlığı Değerlendirme Durumu İle SYBD, DAS Ölçekleri Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlığı Değerlendirme	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam	Depresyon	Anksiyete	Stres	DAS Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
a-Çok İyi	30	23,83±5,13	17,83±5,10	23,80±4,38	26,53±4,80	26,10±4,88	21,26±4,84	139,36±22,05	7,00±6,94	8,33±6,32	12,00±6,55	27,33±18,44
b-İyi	244	23,32±4,99	16,52±5,09	23,02±4,58	25,54±4,41	25,10±4,38	19,84±4,00	133,37±21,37	9,30±7,90	10,65±7,09	12,59±7,70	32,56±21,41
c-Kötü	26	22,80±6,26	17,07±5,11	22,80±4,68	24,76±5,59	24,34±4,94	18,65±4,79	130,46±26,80	12,15±6,72	13,50±5,89	15,30±6,57	40,96±17,26
		X ² :0,293 p>0,05	X ² :2,094 p>0,05	X ² :0,808 p>0,05	X ² :1,412 p>0,05	X ² :1,479 p>0,05	x ² :6,065 p:0,048 c<a	x ² :2,639 p>0,05	x ² :8,894 p:0,012 a<c	x ² :9,826 p:0,007 a,b<c	x ² :4,032 p>0,05	x ² :8,015 p:0,018 a,b<c

*Kruskal Wallis test, post-hoc test

Gebelerin sağlığı değerlendirme durumları ile SYBD ve DAS lekleri alt boyut puanları karşılaştırılması tablo 6.14'de görülmektedir. Gebelerin sağlığı değerlendirme durumları ile sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Stres yönetimi alt boyut puanları, sağlığı değerlendirme durumlarına göre karşılaştırıldığında, puanları çok iyi $21,26\pm 4,84$, iyi $19,84\pm 4,00$, kötü $18,65\pm 4,79$ olarak saptandı. Stres yönetimi ile sağlığı değerlendirme durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde, sağlık durumunu kötü ve çok iyi değerlendiren gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı saptandı (Adj.Sig.p=0,046). Sağlığını değerlendirmede çok iyi cevabını veren gebeler, sağlığını kötü olarak yorumlayan gebelere oranla stres yönetiminden daha yüksek puan aldıkları görüldü.

SYBD leği toplam puanı ile sağlığı değerlendirme arasındaki ilişkiye bakıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Sağlığı değerlendirme durumları ile DAS leği alt boyutu depresyon puanları karşılaştırıldığında, ortalama puanlar çok iyi $7\pm 6,94$, iyi $9,30\pm 7,90$, kötü $12,15\pm 6,72$ olarak belirlendi. Sağlığı değerlendirme ile depresyon alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde (post-hoc test), sağlık durumunu kötü ve çok iyi değerlendiren gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı belirlendi (Adj.Sig.p=0,009). Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren gebelerin sağlığını kötü olarak değerlendiren gebelere oranla depresyon puan ortalamaları daha düşüktü.

Gebelerde anksiyete alt boyutu puanları ile sağlığı değerlendirme durumu karşılaştırıldığında, ortalama puanlar çok iyi $8,33\pm 6,32$, iyi $10,65\pm 7,09$, kötü $13,50\pm 5,89$ dur. Anksiyete alt boyutu ve sağlığı değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde sağlık durumunu kötü ile iyi (Adj.Sig.p=0,043) ve kötü ile çok iyi (Adj.Sig.p=0,06) değerlendiren gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı görüldü. Sağlık durumunu çok iyi ve iyi olarak

değerlendiren gebelerin kötü olarak değerlendiren gebelere oranla anksiyete alt boyut puanları daha düşüktü.

Stres ölçek alt boyut puanları ile sağlığı değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

DAS ölçeği toplam puanları ile sağlığı değerlendirme durumları karşılaştırıldığında, çok iyi $27,33\pm 18,44$, iyi $32,56\pm 21,41$, kötü $40,96\pm 17,26$ puanları bulundu. Toplam puanlar ile sağlığı değerlendirme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde sağlık durumunu kötü ile iyi (Adj.Sig.p=0,018) ve kötü ile çok iyi (Adj.Sig.p=0,049) değerlendiren gruplar arası farklılıktan kaynaklandığı görüldü. Sağlığını çok iyi ve iyi olarak değerlendiren gebelerin, sağlığını kötü olarak değerlendiren gebelere oranla DAS ölçeğinden aldıkları puanlar daha düşüktü.

Tablo 6. 15. DAS Ölçeği Depresyon Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DAS Depresyon	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
a-0-9 Normal	185	24,03±5,11	16,48±5,42	23,76±4,50	26,73±4,17	26,18±4,17	20,45±4,15	137,67±21,37
b-10-13 Hafif	31	20,06±4,49	15,38±4,99	21,35±4,19	23,06±4,97	22,38±4,31	17,64±4,83	119,90±23,27
c-14-20 Orta	48	23,12±4,90	17,52±4,38	22,08±3,61	23,60±4,57	23,70±4,63	19,35±4,03	129,39±21,59
d-21-27 İleri	36	22,80±4,91	17,86±3,97	22,41±3,68	24,44±4,21	24,05±4,36	19,52±3,22	131,11±18,63
		X ² :15,940 P:0,001 a>b	X ² :7,785 P>0,05	X ² :14,168 P:0,003 a>b	X ² :33,459 P:0,000 a>b,c,d	X ² :27,495 P:0,000 a>b,c	X ² :12,986 P:0,005 a>b	X ² :22,333 P:0,000 a>b,c

*Kruskal Wallis test, Post-hoc test

Gebelerin DAS ölçeği depresyon alt boyut puan düzeyleri ile SYBD ölçeği alt boyut puanları karşılaştırıldı (Tablo 6.15). Depresyon alt boyut puan dereceleri ile sağlık sorumluluğu alt boyut puanı karşılaştırıldığında, normal 24,03±5,11, hafif 20,06±4,49, orta 23,2±4,9, ileri 22,80±4,91 puan ortalamasında olduğu görüldü. Depresyon puan düzeyleri ile sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. İleri analiz için yapılan post- hoc testte, depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ve 10-13 (hafif) puan alan gebelerin sağlık sorumluluğu puan farklılığından kaynaklandığı belirlendi (Adj.Sig.p=0,01). Hafif depresyon puanına sahip gebelerin sağlık sorumluluğu puanı, normal depresyon puanı olan gebelere kıyasla daha azdı.

Depresyon puan düzeyleri ile fiziksel aktivite alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı (p>0,05).

Gebelerin depresyon puan düzeyleri ile beslenme alt boyut puan ortalamaları karşılaştırıldığında normal $23,76 \pm 4,50$, hafif $21,35 \pm 4,19$, orta $22,08 \pm 3,61$, ileri $22,41 \pm 3,68$ puan idi. Beslenme ve depresyon alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ve 10-13 (hafif) puan alan gebelerin beslenme puan farklılığından kaynaklandığı görüldü (Adj.Sig.p=0,021). Hafif depresyon puanına sahip gebelerin beslenme puanı, normal depresyon puanı alan gebelere kıyasla daha azdı.



Depresyon puan düzeyleri ile manevi gelişim alt boyut puanlarına bakıldığında, gebelerin normal $26,73\pm 4,17$, hafif $23,66\pm 4,97$, orta $23,60\pm 4,57$, ileri $24,44\pm 4,21$ puan ortalamasında olduğu bulundu. Manevi gelişim ile depresyon alt boyut puanları arasında anlamlı fark saptandı. Yapılan ileri analizde depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ile 14-20 (orta) puan alan gebeler (Adj.Sig.p=0,000) ve 0-9 (normal) ile 10-13 (hafif) puan alan gebeler (Adj.Sig.p=0,001) ve 0-9 (normal) ile 21-27 (ileri) puan alan gebeler (Adj.Sig.p=0,026) arasındaki puan farklılığından kaynaklandığı saptandı. Normal depresyon puanına sahip gebelerin hafif, orta ve ileri depresyon puanlarına sahip olanlara kıyasla manevi gelişim puanı daha yüksekti.

Depresyon puan düzeyleri ile kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarına bakıldığında, normal $26,18\pm 4,17$, hafif $22,38\pm 4,31$, orta $23,70\pm 4,63$, ileri $24,05\pm 4,36$ puandı. Kişilerarası ilişkiler ile depresyon alt boyut puanları arasında anlamlı bir fark saptandı. Yapılan ileri analizde, depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ile 10-13 (orta) puan alan gebelerde (Adj.Sig.p=0,000) ve 0-9 (normal) ile 10-14 (orta) puan alan gebeler (Adj.Sig.p=0,002) arasındaki puan farklılığından kaynaklandığı saptandı. Normal depresyon puanına sahip olan gebelerin hafif ve orta depresyon puanına sahip gebelere kıyasla kişilerarası ilişkiler puanı daha yüksektir.

Depresyon puan düzeyleri ile stres yönetimi alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, normal $20,45\pm 4,15$, hafif $17,64\pm 4,83$, orta $19,35\pm 4,03$, ileri $19,52\pm 3,22$ puan ortalamaları bulundu. Depresyon ile stres yönetimi alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde, depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ile 10-13 (orta) puan alan gebelerin (Adj.Sig.p=0,009) stres yönetimi puan farklılığından kaynaklandığı görüldü. Normal depresyon puanına sahip olan gebelerin, hafif depresyon puanına sahip olanlara kıyasla stres yönetimi puanı daha yüksekti.

Depresyon puan düzeyleri ile SYBD ölçeğinin toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, normal $137,67\pm 2,37$, hafif $119,90\pm 23,27$, orta $129,39\pm 21,59$, ileri $131,11\pm 18,63$ olarak belirlendi. Depresyon ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ile 10-13 (hafif) puan alan gebelerin SYBDÖ toplam puanları arasındaki (Adj.Sig.p=0,000) farklılıktan ve depresyon düzeyleri 0-9 (normal) ile

14-20 (orta) puan alan gebelerin toplam puanları arasındaki (Adj.Sig.p=0,015) farklılıktan kaynaklandığı belirlendi. Depresyon puanı normal olan gebeler hafif ve orta olanlara kıyasla daha yüksek SYBD ölçeği toplam puanına sahipti. Depresyon puanı normal düzeyler arasında olan gebelerin SYBD ölçeği toplam puanı daha yüksekti.



Tablo 6. 16. DAS Ölçeği Anksiyete Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DAS Anksiyete	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
a-)0-7 Normal	117	23,76±4,81	16,10±5,35	53,53±4,31	26,80±4,38	25,99±4,29	20,28±4,24	136,47±21,42
b-)8-9 Hafif	35	23,11±4,99	16,77±5,83	23,25±4,23	25,85±3,73	25,48±4,28	20,22±4,20	134,71±21,19
c-)10-14 Orta	70	21,62±5,49	16,31±4,82	22,30±4,72	24,31±4,93	23,94±4,63	18,80±4,28	127,30±23,67
d-)15-19 İleri	39	25,20±4,77	17,94±4,86	23,92±4,16	25,35±4,75	25,87±4,44	20,66±4,23	138,97±22,53
e-)20+ Çok İleri	39	23,43±5,04	17,89±3,99		24,15±4,03	23,69±4,37	19,51±3,53	130,84±18,22
		X ² :13,338 P:0,010 d>c	X ² :8,027 p>0,05	X ² :7,661 p>0,05	X ² :17,007 P:0,002	X ² :14,833 P:0,005 a>c	X ² :5,542 p>0,05	X ² :10,491 P:0,033

*Kruskal Wallis test, Post-hoc test

Gebelerin DAS ölçeği anksiyete alt boyut puan dağılımları ile SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu alt boyut puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında, gebelerin puan ortalamaları normal 23,76±4,81, hafif 23,11±4,99, orta 21,62±5,49, ileri 25,20±4,77, çok ileri 23,43±5,04'dür. Anksiyete puan dağılımı ve sağlık sorumluluğu alt boyut puanı arasında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde anksiyete düzeyi 10-14 (orta) ile 15-19 (ileri) puan alan gebelerin sağlık sorumluluğu alt boyut puanları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı saptandı (Adj.Sig.p=0,006). Anksiyete düzeyi ileri olan gebelerin sağlık sorumluluğu puanı, orta düzey olanlara kıyasla daha fazlaydı.

Gebelerde anksiyete alt boyut puanı ile fiziksel aktivite alt boyut puanı karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05). Anksiyete alt boyut puan dağılımı ile beslenme durumu alt boyut puan dağılımı karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık saptanmadı (p>0,05).

Anksiyete alt boyut puan dağılımları ile manevi gelişim alt boyut puanı karşılaştırıldığında, normal $26,80 \pm 4,38$, hafif $22,85 \pm 3,73$, orta $24,31 \pm 4,93$, ileri $25,35 \pm 4,75$, çok ileri $24,15 \pm 4,03$ ' idi. Manevi gelişim ile anksiyete puan dağılımları arasında anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde 0-7 (normal) ile 20 ve üzeri (çok ileri) puan alan gebelerin (Adj.Sig.p=0,015) ve 0-7 (normal) ile 10-14 (orta) puan alan gebelerin (Adj.Sig.p=0,006) manevi gelişim alt boyut puanları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı belirlendi. Normal anksiyete puanı alan gebelerin orta ve ileri düzey puanı olanlara kıyasla manevi gelişim puanı daha fazlaydı.

Gebelerin anksiyete alt boyut puan dağılımı ile kişilerarası ilişkiler alt boyut puan dağılımları karşılaştırıldığında, normal $25,99 \pm 4,29$, hafif $25,48 \pm 4,28$, orta $23,94 \pm 4,63$, ileri $25,87 \pm 4,44$, çok ileri $23,69 \pm 4,37$ idi. Anksiyete alt boyut puan dağılımları ile kişilerarası ilişkiler alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Yapılan ileri analizde, 0-7 (normal) ile 10-14 (orta) puan alan gebelerin kişilerarası ilişkiler alt boyut puanları arasındaki farklılıktan kaynaklandığı görüldü. Normal anksiyete puanı alan gebelerin, orta düzey puanı alanlara kıyasla kişilerarası ilişkiler puanı daha fazlaydı.

Anksiyete puan dağılımları ve stres yönetimi alt boyut puanları karşılaştırıldığında, aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p > 0,05$).

Anksiyete alt boyut puan dağılımları ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında, normal $136,47 \pm 21,42$, hafif $134,71 \pm 21,19$, orta $127,30 \pm 23,67$, ileri $138,97 \pm 22,53$, çok ileri $130,84 \pm 18,22$ idi. Toplam puan ortalamaları ile anksiyete alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Yapılan ileri analizde, SYBD ölçeği toplam puanları ile anksiyete düzeyleri arasında genel değerlendirmede farklılık olmasına rağmen, ikili karşılaştırmalarda hiçbir farklılık bulunmadı ($p > 0,05$).

Tablo 6. 17. DAS Ölçeği Stres Alt Boyut Puan Ortalamaları İle SYBD Ölçeği Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DAS Stres	N	Sağlık Sorumluluğu	Fiziksel Aktivite	Beslenme	Manevi Gelişim	Kişilerarası İlişkiler	Stres Yönetimi	SYBD Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
0-14 Normal	190	23,30±5,07	16,62±5,15	23,23±4,48	25,88±4,63	25,43±4,46	20,05±4,30	134,52±22,20
15-18 Hafif	45	23,40±5,19	16,55±5,01	23,42±4,04	25,64±4,39	24,82±4,51	19,55±3,50	133,40±20,86
19-25 Orta	50	22,84±5,16	16,94±5,27	22,60±4,25	24,56±4,64	24,76±4,38	19,70±4,57	131,40±23,76
26-33 İleri	15	25,20±5,26	17,40±4,23	21,86±3,09	24,86±3,77	23,66±5,03	19,26±3,32	132,26±16,66
		X ² :2,219 p>0,05	X ² :0,669 p>0,05	X ² :2,795 p>0,05	X ² :3,928 p>0,05	X ² :2,288 p>0,05	X ² :1,545 p>0,05	X ² :1,631 p>0,05

Gebelerde DAS ölçeği stres alt boyut puan dağılımı ile SYBD ölçeği alt boyut puan ortalamaları tablo 6.17' de görülmektedir.

Gebelerin DAS ölçeği stres alt boyut puan dağılımları ile SYBD ölçeği sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmedi (p>0,05).

Gebelerin stres alt boyut puan dağılımlarına göre SYBD toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında, normal 134,52±22,20, hafif 133,40±20,86, orta 131,40±23,76, ileri 132,26±16,66 puan idi. Aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p>0,05).

Tablo 6. 18. Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımları

	Depresyon Alt Boyutu								Anksiyete Alt Boyutu										Stres Alt Boyutu							
	0-9 Normal		10-13 Hafif		14-20 Orta		21-27 İleri Ve Çok İleri		0-7 Normal		8-9 Hafif		10-14 Orta		15-19 İleri		20+ Çok İleri		0-14 Normal		15-18 Hafif		19-25 Orta		26-33 İleri Ve Çok İleri	
Yaş	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
18-27 (N=130)	83	44,9	15	48,4	14	29,2	18	50	47	40,2	17	48,6	34	48,6	14	35,9	18	46,2	86	45,3	18	40,0	20	40,0	6	40,0
28-37 (N=143)	89	48,1	11	35,5	28	58,3	15	41,7	61	52,1	16	47,7	29	41,4	20	51,3	17	43,6	90	47,4	24	53,3	22	44,0	7	46,7
38 Ve Üzeri (N=27)	13	7,0	5	16,1	6	12,5	3	8,3	9	7,7	2	5,7	7	10,0	5	12,8	4	10,3	14	7,4	3	6,7	8	16,0	2	13,3
	X ² :8,487 P>0,05								X ² :4,258 P>0,05										X ² :4,766 P>0,05							
Eğitim Durumu																										
Oyd/İlköğretim	73	39,5	15	48,4	16	33,3	18	50	45	38,5	15	42,9	28	40,0	15	38,5	19	48,7	72	37,9	14	31,1	28	56,0	8	53,3
Lise	50	27,0	6	19,4	17	35,4	10	27,8	32	27,4	9	25,7	21	30,0	9	23,1	12	30,8	54	28,4	17	37,8	8	16,0	4	26,7
Lisans ve Üstü	62	33,5	10	32,3	15	31,3	8	22,2	40	34,2	11	31,4	21	30,0	15	38,5	8	20,5	64	33,7	14	31,1	14	28,0	3	20,0
	X ² :4,990 P>0,05								X ² :3,878 P>0,05										X ² :10,125 P>0,05							
Aylık Gelir																										
Gelir Giderden Az	44	23,8	8	25,8	10	20,8	11	30,6	32	27,4	6	17,1	12	17,1	10	25,6	13	33,3	42	22,1	10	22,2	15	30,0	6	40,0
Gelir Gidere Eşit	111	60,0	18	58,1	32	66,7	18	50,0	63	53,8	21	60,0	51	72,9	23	59,0	21	53,8	117	61,6	30	66,7	26	52,0	6	40,0
Gelir Giderden Fazla	30	16,2	5	16,1	6	12,5	7	19,4	22	18,8	8	22,9	7	10,0	6	15,4	5	12,8	31	16,3	5	11,1	9	18,0	3	20,0
	X ² :2,480 P>0,05								X ² :10,359 P>0,05										X ² :5,553 P>0,05							
Gebelikten Önce																										
Çalışma Durumu	42	22,7	7	22,6	16	33,3	10	27,8	27	23,1	9	25,7	18	25,7	11	28,2	10	25,6	43	22,6	13	28,9	15	30,0	4	26,7
Çalışmama Durumu	143	63,6	24	77,4	32	66,7	26	72,2	90	76,9	26	74,3	52	74,3	28	71,8	29	74,4	147	77,4	32	71,1	35	70,0	11	73,3
	X ² :2,543 P>0,05								X ² :0,482 P>0,05										X ² :1,620 P>0,05							
Gebelikte																										
Çalışma Durumu	46	24,9	9	29,0	15	31,3	11	30,6	27	23,1	12	34,3	20	28,6	11	28,2	11	28,2	47	24,7	14	31,1	17	34,0	3	20,0
Çalışmama Durumu	139	75,1	22	71,0	33	68,8	25	69,4	90	76,9	23	65,7	50	71,4	28	71,8	28	71,8	143	75,3	31	68,9	33	66,0	12	80,0
	X ² :1,164 P>0,05								X ² :2,001 P>0,05										X ² :2,496 P>0,05							

Gebelerin yaş grupları (18-27, 28-37, 38 ve üzeri) ile depresyon düzeyleri karşılaştırıldığında, 18-27 yaş grubunun %50'si, 28-37 yaş grubunun %41,7'si, 38 ve üzeri yaş grubunun %8,3'ü ileri ve çok ileri düzeyde depresyon puanı aldığı görüldü. Depresyon toplam puanlarına bakıldığında ise, sırayla; 18-27 yaş aralığı %43,3, 28-37 yaş aralığı %47,7, 38 ve üzeri %9 dur. Yaş grupları ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Yaş grupları ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında 18-27 yaş aralığındaki gebelerin %46,2'sinin, 28-37 yaşın %43,6'sının, 38 ve üzeri yaşın %10,3'ünün çok ileri düzeyde puan aldıkları görüldü. Yaş grupları ile anksiyete arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Yaş grupları ile stres puanlarına bakıldığında, 18-27 yaş aralığındaki gebelerin %40,0, 28-37 yaş aralığındakilerin %46,7'sinin, 38 ve üzeri yaş aralığındakilerin %13,3' ünün ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldığı saptandı. Yaş grupları ile stres düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmamızda gebelerin eğitim durumuna göre DAS alt ölçek boyutlarından depresyon puanları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan grubumuzun %50'sinin depresyon puanı ileri ve çok ileri düzeydedir. Eğitim düzeyi lise olan gebelerin %27,8'i, lisans ve üstü olanların %22,2'si ileri ve çok ileri düzeyde puan aldılar. Eğitim durumu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Eğitim durumu ile anksiyete düzeylerine baktığımızda, eğitim seviyesi ilköğretim ve okuryazar olmayan grup ile lisans ve üstü grubun %38,5'inin, lise mezunlarının %23,1'inin ileri düzeyde anksiyete puanı olduğu saptandı. Okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan gebelerin %48,7'sinin çok ileri düzeyde anksiyete puanı vardı. Eğitim durumu ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Eğitim durumu ile stres puanları karşılaştırıldığında, okuryazar olmayan ve ilköğretim mezunu olan gebelerin %53,3'ü, lise mezunlarının %26,7'si, lisans ve üstü mezunlarının %20'sinin ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldığı saptandı. Bu

puanlar her ne kadar eğitim seviyesi yükseldikçe, stres puanı düştüğünü düşündürse de, eğitim durumu ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin aylık gelir durumlarına göre depresyon puanları karşılaştırıldığında, geliri giderinden az olan gebelerin %30,6'sının, geliri giderine eşit olanların %50'sinin, geliri giderinden fazla olanların %19,4'ünün ileri ve çok ileri düzeyde depresyon puanı aldığı görüldü. Aylık gelir durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Aylık gelir durumu ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında, geliri giderinden az olan gebelerin %33,3'ünün, geliri giderine eşit olanların %53,8'inin geliri giderinden fazla olanların %12,8'inin anksiyete puanlarının ileri düzeyde olduğu saptandı. Aylık gelir durumu ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gelir durumu ile stres düzeyleri ilişkisine bakıldığında, geliri giderine eşit ve geliri giderinden az olan gebelerin %40'ının geliri giderinden fazla olanların %20'sinin ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldığı saptandı. Gelir durumu ile stres düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikten önce çalışan gebelerin depresyon puanları karşılaştırıldığında, gebelikten önce çalışmayanların %72,2'sinin, çalışanların %27,8'inin ileri düzeyde depresyon puanı olduğu saptandı. Yine gebelikten önce çalışmayanların %63,6'sının, gebelikten önce çalışanların sadece %22,7'sinin normal sınırlarda puan aldıkları saptandı. Bu sonuçlara göre gebelikten önce çalışma durumu ile depresyon puanları arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikten önce çalışan gebelerin anksiyete puanlarına bakıldığında, çalışanların %25,6'sının, çalışmayan gebelerin %74,4'ünün çok ileri düzeyde puan aldıkları görüldü. Yine çalışmayan gebelerde %71,8 olan ileri düzey puanı, çalışanlarda %28,2 dir. Çalışan gebelerin normal puan sınırındaki yüzdesi %23,1 iken çalışmayan grupta %76,9 dur. Verilere göre gebelik öncesi çalışma durumu ile anksiyete arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikten önce çalışma durumları ile stres puanları karşılaştırıldığında, çalışan gebelerin %26,7'sinin, çalışmayanların %73,3'ünün ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldığı bulundu. Normal sınırlardaki stres puanları açısından bakıldığında çalışan gebelerin %22,6'sı, çalışmayanların %77,4'ünde belirlendi. Gebelikte çalışma durumu ile stres arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelerin gebelikte çalışma durumları ile depresyon puanları karşılaştırıldığında, %30,6'sının çalışan grupta, %64,9'unun çalışmayan grupta ileri ve çok ileri düzeyde puan aldıkları görüldü. Gebelikte çalışma durumu ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikte çalışan kadınların anksiyete düzeyleri karşılaştırıldığında, çalışan gebelerin %28,2'sinin, çalışmayanların %71,8'inin çok ileri düzeyde anksiyete puanı aldığı, normal sınırlarda alınan puanlara baktığımızda ise bu oranın çalışan gebelerde %23,1, çalışmayan gebelerde %76,9 olduğu görüldü. Gebelikte çalışma durumu ile anksiyete arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikte çalışma durumu ile stres puanlarına baktığımızda, gebeliğinde çalışanların normal stres düzeyleri %24,7 iken çalışmayanların %75,3 dür. Çalışan gebeler %20 oranında ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı alırken, çalışmayan gebelerde bu oran %80'dir. Gebelikte çalışma durumu ile stres düzeyi ilişkisi değerlendirildiğinde, aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. 19. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımları

	Depresyon Alt Boyutu								Anksiyete Alt Boyutu								Stres Alt Boyutu									
	0-9 Normal		10-13 Hafif		14-20 Orta		21-27 İleri Ve Çok İleri		0-7 Normal		8-9 Hafif		10-14 Orta		15-19 İleri		20+ Çok İleri		0-14 Normal		15-18 Hafif		19-25 Orta		26-33 İleri Ve Çok İleri	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Canlı Doğum Sayısı																										
1	44	54,3	3	21,4	9	36,0	13	56,5	26	50,0	8	47,1	15	48,4	8	42,1	12	50,0	39	47,0	10	52,6	18	52,9	2	28,6
2	27	33,3	6	42,9	13	52,0	7	30,4	18	34,6	6	35,3	13	41,9	7	36,8	9	37,5	31	37,3	5	26,3	13	38,2	4	57,1
3	6	7,4	2	14,3	3	12,0	2	8,7	4	7,7	2	11,8	1	3,2	4	21,1	2	8,3	6	7,2	4	21,1	3	8,8	0	0
4 Ve Üzeri	4	4,9	3	21,4	0	0	1	4,3	4	7,7	1	5,9	2	6,5	0	0	1	4,2	7	8,4	0	0	0	0	1	14,6
	X ² :14,722 P>0,05								X ² :6,527 P>0,05								X ² :11,240 P>0,05									
Gebelik Sayısı																										
1	81	43,8	16	51,6	18	37,5	12	33,3	48	41,0	16	45,7	34	48,6	15	38,5	14	35,9	85	44,7	21	46,7	14	28	7	46,7
2	46	24,9	3	9,7	8	16,7	12	33,3	30	25,6	7	20,0	13	18,6	9	23,1	10	25,6	41	21,6	9	20,0	16	32,0	3	20,0
3	30	16,2	5	16,1	13	27,1	3	8,3	19	16,2	6	17,1	13	18,6	7	17,9	6	15,4	32	16,8	7	15,6	10	20,0	2	13,0
4 Ve Üzeri	28	15,1	7	22,6	9	18,8	9	25,0	20	17,1	6	17,1	0	14,3	8	20,5	9	23,1	32	16,8	8	17,8	10	20,0	3	20,0
	X ² :13,621 P>0,05								X ² :4,039 P>0,05								X ² :5,829 P>0,05									
Gebelik Haftasına Göre																										
1-13 Hafta	46	24,9	11	35,5	22	45,8	21	58,3	32	27,4	9	25,7	25	35,7	17	43,6	17	43,6	59	31,1	13	28,9	22	44,0	6	40,0
14-27 Hafta	61	33,0	14	45,2	15	31,1	10	27,8	36	30,8	11	31,4	25	35,7	14	35,9	14	35,9	61	32,1	18	40,0	17	34,0	4	26,7
28-40 Hafta	78	42,2	6	19,4	11	22,9	5	13,9	49	41,9	15	42,9	20	28,6	8	20,5	8	20,5	70	36,8	14	31,1	11	22,0	5	33,3
	X ² :26,516 P>0,000								X ² :12,827 P>0,05								X ² :6,058 P>0,05									

*Pearson x² test

Gebelerin canlı doğum sayısı ile depresyon alt ölçeğinden aldıkları puana bakıldığında, bir canlı doğumu olan gebelerin %56,5'inin ileri ve çok ileri düzeyde depresyon puanı aldığı, iki canlı doğumu olanlarının %52'sinin orta düzeyde depresyon puanı aldığı görüldü. Depresyon puanları ile canlı doğum sayısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Canlı doğum sayısı ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında, bir canlı doğumu olan kadınların %50'sinin, iki canlı doğumu olanların %37,5'inin çok ileri düzeyde anksiyete puanı aldığı saptandı. Canlı doğum sayısı ile anksiyete arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Canlı doğum sayısı ile stres faktörüne bakıldığında iki canlı doğum yapmış kadınların %57,1'inin ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldıkları saptandı. Canlı doğum sayısı ile stres puanları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan gebelerin gebelik sayılarına göre depresyon alt düzey boyut puan ortalamalarına bakıldığında, ilk ve ikinci gebelikleri olan kadınların %33'ünün ileri ve çok ileri depresyon puanı aldıkları saptandı. Gebelik sayısı ve depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısı ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında, özellikle ilk gebeliği olan kadınlarda anksiyete puanlarının yüksek olduğu görüldü. İlk gebeliği olan kadınların %48,6'sının orta, %38,5'inin ileri, %35,9'unun çok ileri düzeyde anksiyete yaşadığı görüldü. Gebelik sayısı ile anksiyete puanları arasında anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik sayısı ile stres puanlarına bakıldığında, ilk gebeliklerde %46,7'sinin ileri ve çok ileri düzeyde, ikinci gebeliklerin %32'sinin orta düzeyde stres puanlarına sahip oldukları saptandı. İlk gebeliklerin stres puanları fazla olmasına rağmen, gebelik haftası ile stres puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi ($p>0,05$).

Gebelerin gebelik haftasına göre depresyon puanlarına bakıldığında, ileri ve çok ileri düzeyde depresyon puanı alan gebelerin %58,3'ünün 1-13 haftada, %27,8'inin 14-27 haftada, %13,9'ünün 28-40 haftada olduğu saptandı. Gebelik haftasına göre depresyon puanları arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($\chi^2=26,52$, $p=0,000$). 1-13 gebelik haftalarında olan gebelerde orta (14-20 puan) ve ileri (21-27)

düzy depresyon puanı alanların sayısı beklenenin üzerindeydi. Erken gebelik aylarında depresyon semptomları daha fazlaydı.

Gebelik haftasına göre anksiyete alt boyut puanları incelendiğinde, ileri ve çok ileri düzeyde puan alan gebelerin %43,6'sının 1-13 haftada ve 35,9'unun 14-27 haftada %20,5'inin 28-40 haftada olduğu saptandı. Normal ve hafif düzeyde anksiyete puanları olan gebe sayısının gebelik haftası ilerledikçe arttığı gözlemlenmesine rağmen, gebelik haftası ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelik haftasına stres puan ortalamaları karşılaştırıldığında, 1-13 haftadaki gebelerin %40'ının, 14-27 haftadaki gebelerin 26,7'sinin, 28-40 haftadaki gebelerin %33,3'ünün ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı aldıkları saptandı. Gebelik haftası ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p>0,05$).

Tablo 6. 20. Gebe Eğitim Sınıfına Katılma, Gebeliği Planlama Ve Uyku Sorunu Varlığı İle DAS Ölçek Alt Boyut Puan Dağılımı

	Depresyon Alt Boyutu								Anksiyete Alt Boyutu								Stres Alt Boyutu									
	0-9 Normal		10-13 Hafif		14-20 Orta		21-27 İleri Ve Çok İleri		0-7 Normal		8-9 Hafif		10-14 Orta		15-19 İleri		20+ Çok İleri		0-14 Normal		15-18 Hafif		19-25 Orta		26-33 İleri Ve Çok İleri	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Gebe Eğitim Sınıfına Katılma	43	23,2	4	12,9	11	22,9	11	30,6	28	23,9	7	20,0	10	14,3	10	25,6	14	35,9	42	22,1	12	26,7	12	24,0	3	20,0
Gebe Eğitim Sınıfına Katılmama	142	76,8	27	87,1	37	77,1	25	69,4	89	76,1	28	80,0	60	85,7	29	74,4	25	64,1	148	77,9	33	73,3	38	76,0	12	80,0
	X ² :2,951 P>0,05								X ² :7,053 P>0,05								X ² :0,532 P>0,05									
Gebeliğin Planlı Olması	147	79,5	18	58,1	34	70,8	20	55,6	94	80,3	23	65,7	52	74,3	29	74,4	21	53,8	145	76,3	35	77,8	32	64,0	7	46,7
Gebeliğin Planlanmaması	38	20,5	13	41,9	14	29,2	16	44,4	23	19,7	12	34,3	18	25,7	10	25,6	18	46,2	45	23,7	10	22,2	18	36,0	8	53,3
	X ² :13,097 P:0,004								X ² :11,497 P:0,022								X ² :8,913 P:0,030									
Gebelikte Uyku Sorunu Yaşama	92	49,7	23	74,2	32	66,7	22	61,6	55	47,0	19	54,3	46	65,7	24	61,5	25	64,1	97	51,1	27	60,0	37	74,0	8	53,3
Uyku Sorunu Yaşamama	93	50,3	8	25,8	16	33,3	14	38,9	62	53,0	16	45,7	24	34,3	15	38,5	14	35,9	93	48,9	18	40,0	13	26,0	7	46,7
	X ² :9,717 P:0,021								X ² :8,086 P>0,05								X ² :8,799 P:0,032									

Gebe eğitim sınıfına katılan veya katılmayan kadınların depresyon alt boyut puanlarına baktığımızda, gebe eğitim sınıfına katılanların % 30,6'sının, katılmayanların 69,4'ünün ileri ve çok ileri düzeyde depresyon puanı aldıkları, yine eğitime katılan gebelerin sadece %23,2'sinin katılmayanların ise % 76,8'inin normal düzeyde puan aldıkları bulundu. Gebe eğitim sınıfına katılma durumu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Gebelerin gebe eğitim sınıfına katılma durumları ile anksiyete alt boyut puanları karşılaştırıldığında, katılan gebelerin %35,9'unun, katılmayanların %64,1'inin çok ileri düzeyde, eğitime katılanların %23,9'unun katılmayanların ise %76,1'inin normal sınırlar arasında puan aldığı görüldü. Gebe eğitim sınıfına katılma durumu ile anksiyete puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ($p>0,05$).

Gebe eğitim sınıfına katılan gebelerin %20'si katılmayanların %80'i ileri ve çok ileri düzeyde stres puanı vardı. Eğitime katılanların %22,1'i, katılmayanların %77,9'u normal puanlar arasında puan aldı. Gebe eğitim sınıfına katılma durumu ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Gebeliğin planlama durumu ile depresyon puanları karşılaştırıldığında, gebeliğini planlayan gebelerin, depresyon puan yüzdeleri sırasıyla normal %79,5, hafif %58,1, orta %70,8, ileri ve çok ileri %56,6 iken, gebeliğini planlamayanların yüzdeleri normal %20,5, hafif %41,9, orta %29,2, ileri ve çok ileri %44,4'dür. Gebeliğini planlama durumu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Gebeliği planlı olmayanlarda hafif (10-13 puan) ve ileri (21-27 puan) düzey depresyon puanı beklenenden daha fazlaydı ($\chi^2=13,09$, $p=0,004$).

Gebeliğin planlanması ile anksiyete puanları arasındaki ilişkiye bakıldığında, gebeliği planlayan gebelerin sayısı anksiyetenin her düzeyinde daha yüksekti. Bu verilerle gebeliğin planlama durumu ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gebeliği planlı olmayanlarda çok ileri (20+ puan) düzey anksiyete puanı beklenenden daha fazlaydı ($\chi^2=11,49$, $p=0,022$).

Gebeliği planlanma durumu ile stres düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, gebeliği planlayanların ileri ve çok ileri stres düzey puanı olan gebe oranı %46,7 iken

gebeliği planlamayan gebe oranı %53,3' tür. Gebeliğin planlı olma durumu ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gebeliğini planlayan gebelerin stres puanları düşüktü. Gebeliği planlı olmayanlarda ileri ve çok ileri (26 ve üzeri puan) ve orta (19-25 puan) düzey stres puanı beklenenden daha fazlaydı ($x^2=8,913$, $p=0,03$).

Gebelikte uyku sorunu yaşama ve depresyon puanları karşılaştırıldığında, uyku sorunu yaşayan gebelerin %74,2'si hafif, %66,7'si orta, %61,6'sı ileri ve çok ileri depresyon puanlarına sahipti. Gebeliğinde uyku sorunu yaşamayanların ise %25,8'i hafif, %33,3'ü orta, %38,9'u ileri ve çok ileri depresyon puanına sahipti. Gebelikte uyku sorunu ile depresyon puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Gebelikte uyku sorunu olanlarda hafif (10-13 puan) ve orta (14-20 puan) düzey depresyon puanı beklenenden daha fazlaydı ($x^2=9,72$, $p=0,021$).

Gebelikte uyku sorunu yaşama ile anksiyete puanları karşılaştırıldığında, uyku sorunu yaşayan gebelerin %64,1'inin, yaşamayanların %35,9'unun çok ileri düzeyde, uyku sorunu yaşayan kadınların %54,3'ünün, yaşamayanların %45,7'sinin hafif düzeyde anksiyete puanı aldığı görüldü. Gebelikte uyku sorunu ile anksiyete arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0,05$).

Gebelikte uyku sorunu yaşama ile stres puanları karşılaştırıldığında, uyku sorunu yaşayan gebelerin stres puan aralıklarının hepsinde daha fazla oranda (normal %51,1, hafif %60, orta %74, ileri ve çok ileri %46,7) oldukları görüldü. Gebelikte uyku sorunu ile stres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Gebelikte uyku sorunu olanlarda orta (19-25 puan) düzey stres puanı beklenenden daha fazlaydı ($x^2=8,79$, $p=0,032$).

7. TARTIŞMA

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını kontrol altına alması, beslenme düzenini, günlük aktivitelerini, stres yönetimini, sağlığına dair iyilik durumunu artıran tüm davranışlarını yönetmesi ve olumlu sağlık davranışı tutumu sergilemesidir. Gebelik özel bir dönemdir. Bu dönemde anne adaylarının sağlık sorumluluğu iki katına çıkmakta, görevleri artmaktadır. Sağlıklı anneler, sağlıklı gebelik, sağlıklı bebekler ve sağlıklı nesiller demektir.

Gebelik dönemini anne ve bebeğin sağlıklı geçirmesi, düzenli sağlık kontrolünde olmaları, tehlikelerin erken fark edilip önüne geçilmesi, anne ve bebek ölümlerinin engellenmesi sağlıklı bir toplum oluşturmak için önemli etkenlerdir.

Bu bölümde gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon, anksiyete, stres düzeyleri incelenmiş ve literatür eşliğinde tartışılmıştır. Tartışma aşağıdaki başlıklar altında incelenmiştir.

7.1.Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

7.2.Gebelerin SYBDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

7.3.Gebelerin DASÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

7.4.Gebelerin SYBDÖ ve DASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

7.1.Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda gebelerin yaş ortalaması $29,1\pm 5,73$ 'dür. Aksoy ve ark (82)'nin Konya Doğumevi'nde 145 gebe ile normal ve riskli gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirildiği çalışmasındaki gebelerin yaş ortalaması $26,11\pm 5,47$ 'dir. Aşçı (12)'nin gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi amacıyla İstanbul'da 90 gebe ile yaptığı çalışmada deney grubundaki gebelerin yaş ortalaması $24,31\pm 4,22$, kontrol grubu gebelerinin yaş ortalaması $24,28\pm 4,15$ 'dir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'nın (83) 2013 yılı rapor sonuçlarına göre yaşa özel doğurganlık hızı en yüksek 25-29 yaş grubu olarak tespit

edilmiştir. Bu çalışmanın örnekleminin yaş değişkeni açısından toplumla benzer olduğu, uygun yaş grubundaki gebe kadınlardan oluştuğu söylenebilir.

Gebelerin %40,7'si ilköğretim mezunudur. Aşcı (12)'nin araştırma grubunu oluşturan gebelerin eğitim düzeyi ilkokul ve altı olarak belirlenmiştir. Aksoy ve ark (82)'nin çalışmasında da gebelerin %49,7'si ilköğretim mezunudur. Ural (57)'in da çalışmamızla aynı hastanede 88 GDM'li kadın ile yaptığı çalışmada deney grubundaki kadınların %43,5'i, kontrol grubundaki kadınların %66,7'si ilköğretim mezunudur.

Gebelerin %73'ünün çalışmadığı görülmüştür. Aksoy ve ark (82)'nin çalışmasındaki gebelerin de %84,8'i çalışmıyordu. Türkmen (84)'in İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ana Bilim Dalı'nda gebeliğinin son trimesterinde 200 gebe ile gebelikteki sağlık sorunlarının yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmasında gebelerin %77,5'inin çalışmadığı görülmüştür. Gebelerin çalışma oranı diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Çalışmada gebelerin %59,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu görülürken, bu oran Aksoy ve ark (82)'nin çalışmasında %77,9 idi. Türkmen (84)'in 200 gebe ile yaptığı çalışmasında gebelerin %58'inin geliri giderine denkti. Akın (85)'in gebelerin öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla özel bir hastanede 150 Primigravida, 150 multigravida ile yaptığı çalışmada primigravidaların %68'inin, multigravidaların ise %74,7'sinin gelirlerinin giderlerine eşit olduğunu görmüştür. Ayan (86)'ın gebelerin olağan şikâyetleriyle başa çıkma yollarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla İstanbul'da 300 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerin %61'inin gelirinin giderine denk olduğu sonucuna ulaşmıştır. Gebelerin gelir durumu diğer çalışmaların bulguları ile benzerdir.

Gebelerin %78,3'ünün aile tipinin çekirdek aile olduğu görüldü. Akın (85)'in çalışmasında da bu oran primigravidalarda %99,3, multigravidalarda %87,3'dü. Türkmen (84)'in 200 gebe üzerinde yaptığı çalışmada gebelerin %77'sinin, Ayan (86)'ın yapmış olduğu çalışmada gebelerin %78,7'sinin çekirdek aileye sahip oldukları bildirilmiştir. Araştırma sonuçları toplumumuzda çekirdek aile yapısının çoğunlukta olduğunu göstermektedir. Ayrıca TNSA 2013 verilerinde hane halkı büyüklüğünün azalmaya devam ettiği bulgusu elde edilmiştir. Son 20 yılda

Türkiye'deki ortalama hane halkı büyüklüğü 4,5 kişiden 3,6 kişiye düşmüştür. Araştırma sonucu, ülkemizde yapılan diğer araştırma sonuçlarına benzerdir.

7.2.Gebelerin SYBDÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, gebelerin SYBDÖ toplam puan ortalaması $133,72 \pm 21,97$ 'dir. Alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde, sağlık sorumluluğu $23,3 \pm 5,11$, fiziksel aktivite $16,70 \pm 5,09$, beslenme $23,08 \pm 4,32$, manevi gelişim $25,58 \pm 4,56$, kişilerarası ilişkiler $25,14 \pm 4,48$ ve stres yönetimi $19,88 \pm 4,18$ 'dir (Tablo 6.5).

Gebelerde SYBDÖ uygulanan çalışmalar az sayıdadır. Aşçı (12)'nin gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirmek amacıyla gebeliği 12 haftadan önce olan deney grubunun $124,26 \pm 16,96$, kontrol grubunun $122,75 \pm 17,66$ toplam ölçek puanına sahip olduğu görüldü. Uşak'ta 255 gebe ile Onat ve Aba (87)'nin yaptığı çalışmada toplam SYBDÖ puanı $130,7 \pm 20,0$ 'dir. Gökyıldız ve ark (88)'nin Adana'da Türkiye'deki gebe kadınların sağlığı geliştirici davranışlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada, ölçek toplam puanı $126,45 \pm 21,58$ 'dir. Ural (57)'in GDM'li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada toplam puan $133,50 \pm 18,39$ 'dur. Aksoy ve ark (82)'nin 145 gebe ile Konya'da yaptığı çalışmada normal gebelerde toplam puanı $117,27 \pm 24,24$ bulmuştur. Gebeler üzerinde yapılan birçok çalışmada, SYBD ölçek toplam puanı 115 – 135 puan aralığında olduğu anlaşılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puanı 208 olduğu göz önüne alındığında, gebelerin toplam puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

İnsan davranışlarını inceleyen psikologlara göre, bireyin davranışlarının en önemli belirleyicisi “benlik kavramı” , davranışlarını yöneten en önemli güdü de “kendini gerçekleştirme” güdüsüdür (89). Kendini gerçekleştiren birey kendini tanır, bilinçli bir şekilde yaşamını sürdürür. Kendini gerçekleştirme ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36'dır ve çalışmamızda gebelerin kendini gerçekleştirme ölçek alt boyut puan ortalaması $25,58 \pm 4,56$ 'dir.

Ural (57)'in çalışmasındaki GDM'li kadınların kendini gerçekleştirme ölçek alt boyut puan ortalaması $27,02 \pm 3,83$, Aksoy ve ark (82)'nin normal gebelerdeki kendini gerçekleştirme ölçek alt boyut puanı $33,28 \pm 6,74$, Gökyıldız ve ark (88)

gebelerle yaptığı çalışmada ise $25,14 \pm 5,03$ 'dür. Çalışmalardaki gebelerin eğitim düzeyleri ve çalışma durumlarının ayırıcı faktör olabileceği göz önüne alınarak karşılaştırıldığında, tartışılan çalışmalardaki gebelerin çoğunluğunun ev hanımı ve ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

SYBDÖ'nün alt boyutlarından bir diğeri olan egzersiz ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 32'dir. Araştırma grubunu oluşturan gebelerin egzersiz ölçek alt boyut puan ortalaması $16,70 \pm 5,09$ 'dur. Gökyıldız ve ark (88)'nin Adana'da gebelerle yaptığı çalışmada $14,39 \pm 4,55$, Onat ve Aba (87)'nin Uşak'ta 255 gebe ile yaptığı çalışmada $14,4 \pm 5,0$ puan ortalamasına ulaşmıştır. Ural (57)'in 88 GDM'li kadın ile olan çalışmasında $14,67 \pm 3,53$, Aksoy ve ark (82) da 145 gebe ile yaptığı çalışmada 73 normal gebenin egzersiz alt ölçek puanının $9,60 \pm 3,53$ olduğu sonucuna ulaşmıştır. Gebelerde SYBDÖ egzersiz alt boyut puanı açısından çalışmalar karşılaştırıldığında, genel olarak düşük düzeyde olduğu görülmüştür. Toplumumuzda egzersiz yapma davranışının yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir.

Gebeler yetersiz bilgi sahibi olma, bebeği kaybetme korkusu, hangi egzersiz hareketlerini yapacağını bilememe, yanlış ya da eksik yönlendirilme gibi nedenlerle gebelikte egzersize önem verememektedirler. Gebeler eğitim ile egzersize teşvik edilmeli ve bilinçlendirilmelidir.

Sağlık sorumluluğu, bireyin sağlığıyla ilgili sorumluluk alması, sağlığını koruma ve geliştirme faaliyetlerine katılmasıdır. Bu ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36'dır. Gebelerin sağlık sorumluluğu ölçek alt boyut puan ortalaması $23,3 \pm 5,11$ olarak belirlenmiştir. Gökyıldız ve ark (88) $22,15 \pm 5,23$, Ural (57) $23,00 \pm 4,78$, Aksoy ve ark (82) $22,98 \pm 6,83$ gebelerdeki sağlık sorumluluğu ölçek alt boyut puanı ile çalışmamıza yakın veri elde ettikleri görülmüştür. Gebelik gibi özel bir dönemde bile kadınların sağlık sorumluluğu alt boyut puanı olarak, en yüksek puana yakın bir puan alamadıkları görülmektedir. Gebelerin içinde buldukları özel konumlarından dolayı sağlıklı nesillere erişebilmek için daha fazla sağlık sorumluluğu almaları arzu edilir.

Fetal gelişimin erken dönemlerinde, doğumda, bebeklikte, çocuklukta, adolesan dönemde, gebelikte laktasyon döneminde, yetişkinlikte, yaşlılıkta, yaşamın

sürdürülmesi, fiziksel büyüme, mental gelişimin sağlanması ve sağlığın sürdürülmesi için uygun besin alımı ve iyi beslenme en önemli etkidir (70).

Beslenme hayatımızda önemli bir yere sahiptir. Beslenme ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36 iken gebelerin beslenme ölçek alt boyut puan ortalamaları $23,08 \pm 4,32$ 'dir. Gökyıldız ve ark (88)'nin $21,05 \pm 4,57$, Aksoy ve ark (82)'nin $15,80 \pm 3,20$, Ural (57)'in GDM'li kadınlar üzerinde yaptığı çalışmanın $23,55 \pm 4,75$ puan ile çalışmamıza yakın puanlar aldığı görülmektedir. Gebelerin özel konumları, beslenme alışkanlıklarının hem kendi hem de fetal sağlığı etkilemesi sebebiyle beslenme puanının daha yüksek olması arzu edilir.

Kişilerarası destek bireylerin birbiriyle olan ikili ya da grup ilişkileri sonucu elde edilen ve sağlığı geliştirmedeki en önemli olgudur (89). Kişilerarası destek ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 36'dır ve araştırma grubunu oluşturan gebelerin alt ölçek puan ortalaması $25,14 \pm 4,48$ olarak hesaplanmıştır. Gökyıldız ve ark (88) $24,95 \pm 4,79$, Ural (57) $25,80 \pm 3,79$, Aksoy ve ark (82) $18,94 \pm 3,80$ puan ile gebelerle yapılan çalışmaların birbirine yakın puan ortalamasına sahip olduklarını göstermektedir. Gebelerin dönemsel ihtiyaç ve hassasiyetlerinden dolayı gerek sağlık profesyonelleri gerekse çevre yönünden desteklenerek kişilerarası destek puanlarının yükseltilmesi arzu edilmektedir.

Stres yönetimi bireyin stres kaynağını tanıması, özümsemesi ve stresle baş etme yöntemlerini kullanarak durumu atlatmasıdır. Stres yönetimi ölçek alt boyutundan alınabilecek en yüksek puan 32'dir. Araştırmamızda gebelerde stres yönetimi ölçek alt boyut puan ortalamaları $19,88 \pm 4,18$ 'dir. Ural (57)'in $19,65 \pm 3,51$, Gökyıldız (88)'in $18,77 \pm 4,05$, Aksoy ve ark (82)'nin $16,64 \pm 4,22$ 'dir. Yapılan çalışmalarda gebelerin stres yönetimi puanlarının benzer olduğu görülmektedir.

Stresin gebeyi, bebeği, doğum sürecini, erken doğum riskini, süt salınımını, doğum komplikasyonları gibi daha birçok durumu etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, stres yönetim becerisinin gebelik döneminde daha da önem kazandığı söylenebilir. Gebeler desteklenerek stres yönetimi puan ortalamaları yükseltilmek istenilmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş grupları ile sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, stres yönetimi ölçek alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamaları açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6.8).

Sağlığı geliştirme modeline göre, yaş arttıkça sağlığı geliştiren davranışlara sahip olma düzeyi artmaktadır (89). Çalışmamızda yaş ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık olmamasına rağmen, yapılan bazı çalışmalarda anlamlılık saptanmıştır. Altay (90)'ın Samsun'da 15-49 yaş grubu evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 130 kadında yaptığı çalışmada da yaş ilerledikçe sağlık sorumluluğu puanının yükseldiği, egzersiz alt boyut puanının düştüğü görülmüştür. Sayan ve Erci (91)'nin çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla 301 kadınla Erzurum'da yaptığı çalışmada, çalışan kadınlarda 39 yaş üzerindeki kadınlarda yaş ilerledikçe sağlık sorumluluğu alt boyut puanının yükseldiği görülmüştür. Gökyıldız ve ark (88)'nin gebelerle yaptığı çalışmada yaş ilerledikçe gebelerin SYBDÖ puanlarının yükseldiği görülmüştür. Araştırmamızda gebelerin yaş grupları değerlendirildiğinde, 38 yaş üzeri gebe sayısının az olması nedeniyle yaş ile SYBDÖ puan ortalamaları arasında anlamlılık belirlenmemiş olabilir.

Gebelerin eğitim durumlarına göre SYBDÖ ve ölçek alt boyutlarının puan ortalamalarına bakıldığında, gruplar arasında sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kendini gerçekleştirme ve stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalaması açısından anlamlılık saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6.9). Eğitim durumu yükseldikçe SYBDÖ puanlarının arttığı görülmüştür. Onat ve Aba (87)'nin, Gökyıldız ve ark (88)'nin gebelerle yaptıkları çalışmalarda eğitim seviyesi arttıkça SYBDÖ puanlarının yükseldiği görülmüştür. Bu sonuçlar bizim çalışmamızın sonucuna paraleldir.

Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, Kaya ve ark (92)'nin 18 yaş ve üzeri kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen bazı faktörleri belirlemek amacıyla 224 kadın ile yaptığı çalışmada lise ve üzeri eğitim seviyesinde, Sayan ve Erci (91)'nin eğitim durumu yüksek olan kadınlar üzerinde

yaptığı çalışmada sırasıyla SYBDÖ toplam puanı ve SYBDÖ puanları yüksek bulunmuştur. Kumsar ve Pakyüz (93)'ün İstanbul'da Metabolik sendrom tanısı alan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla 225 kadın ile yaptığı çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe fiziksel aktivite alt boyut puanını arttığı görülmüştür.

Demir ve Arıöz (94)'ün göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve bu davranışları etkileyen faktörleri incelemek amacıyla Kırşehir'de 76 kadın ile yaptığı çalışmada, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puanlarındaki düşüşte okuryazar olmayan grupla anlamlılık saptamıştır. Küçükberber ve ark (95)'nin kalp hastalarında sosyo-demografik hastalığa ilişkin özelliklerin yaşam kalitesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini incelemek amacıyla 136 kalp hastası kadınla olan çalışmasında lise ve lisansüstü hasta grubunun ilköğretim mezunlarına göre manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve ölçek toplam puanlarının, lise grubunun ilköğretim mezunlarına göre kişilerarası ilişkiler alt boyut puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelerin çalışma durumu ile SYBDÖ toplam ve alt boyutları karşılaştırıldığında, sadece fiziksel aktivite ile anlamlılık saptandı ($p<0,05$, Tablo 6.10).

Arslan ve Ceviz (96)'in ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi amacıyla Elazığ'da 383 ev hanımı 414 çalışan olmak üzere toplam 797 gönüllü kadın ile yaptığı çalışmasında ise sağlık sorumluluğu beslenme, fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının çalışan kadınlarda ev hanımlarına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Onat ve Aba (87)'nin gebelerle olan çalışmasında çalışan gebelerin SYBDÖ puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda gebelerin gelir durumu ile SYBDÖ toplam ve alt boyutları karşılaştırıldığında, gelir durumu düşük olanlarının sağlık sorumluluğu ve fiziksel aktivite puanlarının, gelir durumu yüksek olan gebelerin beslenme, kişilerarası ilişkiler ve SYBDÖ toplam puanının yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$, Tablo 6.11). Gebelerle yapılan diğer çalışmalara baktığımızda Onat ve Aba (87), Gökyıldız ve ark (88), Aksoy ve ark (82)'nin çalışmasında gelir durumu yükseldikçe SYBDÖ

puanlarının yükseldiği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızın sonuçları bu sonuçlara benzerdir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile SYBD ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.12). Yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, Altay (90)'ın kadınlarla yaptığı çalışmasında çocuk sayısı azaldıkça beslenme alt boyut puanının arttığı görülmüştür.

Çalışmamızda gebeliğin planlanmasıyla SYBD ölçek toplam ve alt grup puan ortalamaları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.13). Onat ve Aba (87) da gebelerle yaptığı çalışmada gebeliğini planlayan gebelerin SYBD puanları arasında fark bulamazken, Aksoy ve ark (82) gebeliğin planlanması ile SYBD ortalamaları arasında fark bulmuşlardır.

Gebelerin sağlığı değerlendirme durumları ile SYBD ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6.14). Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren gebelerin stres yönetimi puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Onat ve Aba (87)'nin çalışmasında sağlığını iyi ve çok iyi olarak değerlendiren gebelerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, SYBD toplam puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

7.3.Gebelerin DASÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ve Çeşitli Değişkenlere Göre Değerlendirilmesi

Depresyon önemli bir ruh sağlığı sorunu olup bireyin işlevselliğini üretkenliğini huzur ve mutluluğunu, yaşam doyumunu engelleyerek yaşam kalitesini düşürmekte ve iş gücü kayıplarına sebep olmaktadır (95). Anksiyete algılanan tehdide karşı doğal bir tepki olarak ortaya çıkan gerginlik ve endişe halidir (100). Gebelikte görülen fizyolojik durumların çoğu anksiyete semptomlarına çok benzer, bu nedenle anksiyete bozuklukları gebe kadında maskelenir. Sağlık profesyonellerinin bu konuda dikkatli olması gerekir (97). Organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan bir durumdur. Stresin bireylerin fiziksel ve psikolojik iyi oluşları üzerinde önemli etkileri vardır (100).

Gebelikte kadının yaşadığı psikolojik, biyolojik, fizyolojik değişiklikler, anneliğe uyum süreci, geleceğe dair beklentiler, özel hayatı, gelecek kaygısı, oluşabilecek sağlık sorunları gibi sayılabilecek daha birçok nedenden ötürü gebeler anksiyete, depresyon, stres gibi duyguları yaşamaya eğilimlidir. Bu duygu durumlarını yoğun yaşamaları da sağlığı bozarak gebeliklerini etkileyecek düzeye gelebilmektedir. Gebelerin gebelik süreçleri dikkatli değerlendirilmeli, gerekli yerlerde destek olunmalıdır.

Gebelerin DAS ölçeği toplam puan ortalaması $32,77 \pm 20,96$ 'dır. Ölçek toplam maximum puanı 105'dir. Depresyon, anksiyete, stres ölçeği (DASÖ) ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında, depresyon $9,32 \pm 7,78$, anksiyete $10,67 \pm 6,99$, stres $12,77 \pm 7,52$ 'dir. DAS ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en yüksek puanlar sırayla 40, 32, 39'dur (Tablo 6.5).

Taranan literatürler doğrultusunda, DAS ölçeği kullanılan çalışmalar oldukça azdır. Araştırmacılar çalışmalarında depresyon, kaygı, strese yönelik farklı ölçekler kullanmayı tercih etmişlerdir.

Gebelerin depresyon, anksiyete, stres puanları azımsanamayacak kadar önemlidir. Kadınların gebelik sürecini tamamlarken çeşitli etkenlerle karşılaşmak kendilerini depresyon, anksiyete, stres gibi duygu durumlarının içinde bulmalarına sebep olmaktadır. Bu önemli dönemlerinde desteklenerek süreci en iyi şekilde tamamlamaları sağlanmalıdır.

Gebelik kadınlar için doğal bir yaşam krizidir (101). Kadınlar bu dönemde gebeliğe, anneliğe uyum süreci içerisindedirler, bu dönemi kendilerine özgü yaşarlar.

Gebeliğin ilk döneminde ambivalan duygular, gebeliği kabullenme, yeni bir döneme uyum sürecine girerler. İkinci trimesterinde artık gebeliğe uyum sağlamış, anne ve bebek arası bağ oluşmuş ve kuvvetlenmeye başlamıştır. Anne adayını vücudunda fizyolojik ve psikolojik değişiklikleri kabullenmiş gebeliğe alışmıştır. Üçüncü ve son dönemde fizyolojik rahatsızlıklar artmış anne adayının sabrı tükenmeye başlamış, stres, doğuma ve bebeğin sağlığına ilişkin kaygılar artmıştır.

Gebelik kadının yaşamındaki en önemli olaylardan biri, biyolojik, psikolojik, fizyolojik değişimleri yaşadığı evredir. Gebeler gebelikleri boyunca duygu durum değişikliği sebebiyle anksiyete ve stres yaşamış, depresyona eğilimleri artmıştır.

Gebelik sırasında ve doğum sırasında kadının anneliğe uyum sağlamaya çalışması, stresin asıl kaynağı olmakla birlikte çevrenin kadından iyi bir anne olmasını beklemesi de stresi artıran faktörler olabilir (100).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaşlarına göre depresyon, anksiyete, stres puanları incelendiğinde gebelerin yaş gruplarına göre DAS ortalamaları arasında anlamlılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.18).

Anksiyete, depresyon, stres ile ilgili farklı ölçekler kullanılarak yapılan çalışmalar incelendiğinde; Yücel ve ark (103) PRIME-MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği kullanarak gebelikteki depresyon ve anksiyete varlığını ortaya çıkarmak ve bu duruma etki eden sosyo-kültürel faktörleri belirlemek amacıyla 1. trimesterde 30 yaş ve üzeri 111 gebe ile yaptığı çalışmada gebelerde anksiyete görülme oranının yüksek olduğunu bulmuştur. Şahin (104)'in gebelerin depresyon, anksiyete belirti düzeyleri ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'nde 96 gebe ile BDÖ (Beck Depresyon Ölçeği) kullanarak yaptığı çalışmada 30 yaş üzerindeki gebelerin 30 yaş altındakilere göre depresyon puanının yüksek, 30 yaş altındakilerin ise 30 yaş üstündekilere göre anksiyete puanının yüksek olduğunu görmüştür.

Yılmaz (105)'in gebelik depresyonunun, sıklığı, gebelikteki komplikasyonları ve diğer ilişkili etmenler ve depresyonun gebelik, doğum ve yenidoğan üzerine etkilerini belirlemek amacıyla Ankara'da 600 gebe ile EDSDÖ (Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği) kullanarak yaptığı çalışmada 19 yaş altı ve 35 yaş üstü gebelerde depresyon puanını daha yüksek düzeyde bulmuştur. Özer (97)'in son trimesterinde bulunan gebelerin yaşam kalitesi ve depresyon durumlarını değerlendirmek amacıyla İstanbul'da 100 gebeye EADMS (Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi Depresyon Skalası) uyguladığı çalışmasında depresif duygulanım alt boyut puanının yaşı küçük olan gebe grubunda anlamlı olduğunu görmüştür. İkinci trimesterde 126 gebe ile PRIME-MD (Primary Care Evaluation Of Mental Disorders) ölçeği kullanan Ortaarık ve ark (106) ve gebelere HAD (Hastane

Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği) ölçeği uygulayan Arslan (107) yaş ile depresyon, anksiyete puanı arasında, Öztürk (108) BDÖ uyguladığı gebelerde ve Yılmaz ve Beji (109) EDSDÖ (Edinburg Doğum Skalası Depresyon Ölçeği) uyguladığı gebelerde yaş ile depresyon arasında anlamlılık saptamamıştır.

Gebelerin eğitim durumları ile DAS ölçeği ve alt boyutları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6.18).

Yücel ve ark (103)'nın gebelerde PRIME-MD ölçeği ile yaptığı çalışmada eğitim durumu ve anksiyete, depresyon arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Öztürk (108)'ün BDÖ kullanarak 215 gebede yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile depresyon görülme olasılığı arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kardaş (110)'ın BDÖ kullanarak doğurgan yaştaki kadınlarla yaptığı çalışmasında eğitim durumu ile depresyon görülme oranını karşılaştırdığında, ilköğretim mezunu kadınların depresyon görülme oranının daha yüksek olduğunu bulmuştur. Akın (85)'in gebelerin öz yeterlilik algıları ve doğum şekli tercihlerine etkisini belirlemek amacıyla 150 primigravida, 150 multigravidaya DASÖ ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında primigravidalarda lise mezunu olan gebelerin üniversite mezunu olan gebelere kıyasla stres puanı daha fazladır.

Özer (97)'in EADMS kullandığı çalışmasında, ilköğretim mezunu gebelerin depresif belirtiler görülme oranının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Şahin (104) BDÖ ile ilköğretim mezunu gebelerin üniversite eğitim düzeyinde olan gebelere oranla anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu bulmuştur. Dağlar (102)'in gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 277 gebeye uyguladığı BAE (Beck Anksiyete Envanteri) ile eğitim seviyesi düştükçe gebelerin anksiyete puanlarının yükseldiği sonucuna ulaşmıştır. Özdemir (111) yetişkinlerde DAS ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında ilköğretim mezunlarının üniversite ve yüksek lisans mezunlarına göre depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğunu görmüştür.

Yılmaz (105)'in 600 gebeyle (EDSDÖ), Arslan ve ark (99)'nın (HAD) gebelerin sosyodemografik özelliklerini belirlemek ve bunların depresyon, anksiyete ile ilişkisini araştırmak amacıyla 452 gebeyle, Yılmaz ve Beji (109)'nin (EAMDS)

gebelerin stresle başa çıkma tarzları, depresif semptomları, prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörleri belirlemek amaçlı 342 gebeyle yaptığı çalışmada ise belirtilen ölçekleri kullanarak eğitim seviyesi yükseldikçe alınan depresyon puanlarının azaldığı sonucuna varmışlardır.

Durmuş (112) gebelerin anksiyete, algılanan stres ve depresif belirti durumlarının incelenmesi amacıyla Malatya'da 200 gebe ile yaptığı çalışmada, Algılanan Stres Ölçeğine göre eğitim seviyesi yükseldikçe algılanan stres seviyesinin azaldığı, eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin düşük depresyon puanına sahip olduğu, Durumluluk –Süreklilik Kaygı Ölçeğine göre eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük durumluluk kaygı puanına sahip olduklarını saptamıştır.

Gebelerin eğitim seviyesi yükseldikçe özel dönemlerini sağlıklı ve rahat geçirmelerine, doğacak bebeğin de sağlıklı olmasına katkı sağlayacaktır.

Gebelerin gelir düzeyleri ile DAS ölçeği alt boyutları olan depresyon, anksiyete, stres ve toplam boyut puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6.18).

Kardaş (110)'ın kadınlarda depresyon ile jinekolojik sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla 301 kadınla (BDÖ), Yılmaz ve Beji (109)'nin 342 gebeyle (EAMDS) yaptığı çalışmalarda gelir durumu düştükçe depresyon görülme oranının arttığı sonucuna ulaşmışlardır. Kaplan ve ark (113)'nin gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi, kaygı durumuna etki eden sosyo-demografik ve doğurganlıkla ilgili özelliklerin doğum öncesi ve sonrası durumluk kaygı düzeyi üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla 96 gebe ile yaptığı çalışmada (DKÖ) gelir durumu arttıkça gebelerin kaygı düzeyinin düştüğü, Arslan ve ark (99)'nin (HAD) 452 gebe ile yaptığı çalışmada gelir durumu arttıkça depresyon puanının düştüğü, anksiyete puanı ile anlamlılık içinde olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Dağlar (102)'in (BEA) 277 gebeyle olan çalışmasında ise gelir durumu düştükçe anksiyete puanının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Gelir durumu ile depresyon, anksiyete puanlarının karşılaştırmalarında farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Yücel ve ark (103) (PRIME-MD), Ortaarık ve

ark (106) (PRIME-MD), Akın (85) (DASÖ) ise aylık gelir düzeyi ve depresyon, anksiyete alt boyutlar arasında anlamlı farklılık saptamamıştır. Bu sonuçlar bizim çalışmamıza benzerdir.

Çalışmamızda gelir durumu ile depresyon, anksiyete, stres ile anlamlılık saptayamasak da yetersiz ekonomik durumun gebenin beslenme düzeyini, genel sağlık algılayışını, anksiyete ve stres düzeyini artırabileceği akıllara gelmektedir. Sağlık profesyonelleri bu ihtimalleri göz önünde tutarak gebenin gelir durumunu değerlendirmeli, bu durumun gebeliğe etkilerini gözlemlemelidir.

Kadınlar çalışma hayatında da önemli bir yere sahiptir. Bazı kadınlar gebe kalmaları halinde işten ayrılmakta, bazıları ise çalışma hayatına devam etmektedir. Önemli olan gebenin çalışma düzenini gebeliğini etkilemeyecek şekilde düzenlenmesi ve ancak uygun koşullar sağlandığında çalışmaya devam etmesidir. Gebelik iş stresi, ağır iş yükü, zorlu çalışma saatleri gibi nedenlerle tehlikeli durumlara girebilmektedir. Bilindiği üzere stres, anksiyete gibi nedenlerle gebelik etkilenecek süreç zorlaşmaktadır. Bu çalışmada gebelikten önce ve gebelikte çalışma durumunun depresyon, anksiyete, stres puanlarına bakılmış, aralarında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$, Tablo 6.18).

Kardaş (110) çalışmasında, BDÖ kullanmış ve doğurgan yaştaki kadınların çalışma durumları ile depresyon arasında anlamlılık saptamamıştır. Özer (97)'in son trimesterindeki 100 gebeyle (EAMDS) yaptığı çalışmasında çalışma durumu ile depresif duygular arasında anlamlılık saptamamıştır.

Sansar (114) çalışan ve çalışmayan gebelerin depresyon durumlarını karşılaştırmak üzere BDÖ uygulamış, çalışan gebeler çalışmayan gebelere göre daha çok depresyondadır sonucuna ulaşmıştır. Leigh ve Milgram (115) da (BDÖ) çalışan gebelerde depresyon puanının yüksek olduğu sonucuna varmışlardır.

Şahin (104) çalışmayan gebenin çalışan gebelere oranla depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu, Dağlar (102) çalışmayan gebelerin anksiyete düzeylerinin çalışan gebelere oranla yüksek olduğu, Yılmaz ve Beji (109) çalışmayan gebelerin depresyon puanları, çalışan gebelere oranla yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Yılmaz (105) çalışan gebelerde depresyon görülme olasılığının düştüğü, Arslan ve ark (99) gebelikte çalışma durumu ile anksiyete arasında anlamlılık olmadığı, çalışan gebelerin depresyon puanının düştüğü sonucuna ulaşmışlardır. Akın (85) da depresyon, anksiyete, stres ve toplam puan ortalamalarının gebelik döneminde çalışanların, çalışmayanlara kıyasla daha düşük olduğunu belirtmiştir.

Gebelerin gebelik sayıları ile depresyon, anksiyete, stres alt boyut puanlarına bakıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.19). Özer (97) EADMS ölçeği kullandığı çalışmada, gebelik sayısı ile depresyon arasında anlamlı farklılık saptamamıştır. Yılmaz ve Beji (109) da gebelik sayısı ve depresyon arasında EADMS ölçeğine göre anlamlılık görememiştir. Dağlar (102) da BEA ölçeği ile primigravidalar ile multigravidalar arasında anksiyete puanlarının anlamlı olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Bu sonuçlar çalışmamıza benzerdir.

Yılmaz (105) EDSÖ göre gebelik sayısı arttıkça depresyon puanının arttığı, Arslan ve ark (99) HAD ölçeğine göre gebelik sayısı arttıkça anksiyete ve depresyon puanlarının arttığı sonucuna ulaşırken, Kaplan ve ark (113) Durumluluk Kaygı Envanterine göre primigravidaların multigravidalara göre DKE puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Gebenin gebelik sayısı ile anksiyete, depresyon, stres durumlarına bakarken primigravidalarda bilgi düzeyi, planlı gebelik, eğitim seviyesi gibi durumlar, multigravidalarda yine eğitim seviyesi, gelir düzeyi, aile yapısı, eş tutumu, planlı gebelik, bakım gücü, iş yükü, yaşadığı çevre gibi faktörlerle birlikte değerlendirilmelidir. Doğum sayısı ve yaşayan çocuk sayısı artışı, kadınlar üzerindeki maddi ve manevi yükü artırmakta, hem psikolojik hem de fizyolojik olarak yorulmalarına neden olarak gebelik depresyonuna zemin hazırlayabilmektedir.

Gebelik haftasına göre depresyon, anksiyete, stres puanları karşılaştırıldığında, gebelik haftasıyla DASÖ alt boyutları olan anksiyete, stres arasında anlamlı farklılık saptanmazken 1-13 hafta gebeliklerin depresyon puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$, Tablo 6.19). Bu durum birinci trimesterde yaşanan ambivalan duygular, gebeliğe bağlı fiziksel sorunlar, gebeliğin planlanmamış olması gibi nedenlerle olabilir.

Gebelikte depresyon ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla Beck Depresyon Envanteri uygulanarak yapılan çalışmada birinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin depresyon semptomlarını yaşama oranları yüksek bulunmuştur (120).

Ortaarık ve ark (106) ise PRİME-MD ölçeği kullandıkları çalışmalarında gebeliğin ikinci trimesterinde olan kadınların %40,5'inde anksiyete bozukluğu görüldüğü sonucuna varmışlardır. Bennet ve ark (117) BDÖ kullandığı çalışmasında gebelikte depresyon oranlarının ilk trimesterde %7,4, ikinci trimesterde %12,8, üçüncüde %12 olarak bulmuşlardır.

Öztürk (108) (BDÖ), Özer (97) (EADMS), Arslan (107) (HAD), Yılmaz ve Beji (109) (EADMS) çalışmalarında gebelik haftasıyla depresyon puanları arasında anlamlılık saptamamıştır.

Gebeliği planlama durumu ile depresyon, anksiyete, stres düzeyi arasındaki ilişkiye bakıldığında, gebeliği planlı olmayanlarda depresyon, anksiyete, stres puanları yüksek bulunmuştur ($p<0,05$, Tablo 6.20).

Gebeliği istemeyen, planlamayan gebelerde depresyon görülme oranı daha yüksektir. (105, 107). Kaplan ve ark (113) gebeliği planlamayan gebelerde planlayanlara göre Durumluluk, Kaygı Envanteri puanlarının yüksek olduğunu, Şen ve Şirin (118) de preterm eylem tanısı alan gebelerde kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla 113 gebede yaptığı çalışmada BDÖ puanlarının gebeliği planlamayanlarda arttığını bulmuşlardır.

Yücel ve ark (103) PRİME-MD ölçeğine göre gebeliği planlı olanların %20,7'sinde depresyon, %28,8'inde anksiyete görülmüş, gebeliği plansız olanlarda bu oran sırasıyla %21,6, %43'e yükselmiştir. Pişirgen (119)'in riskli ve risksiz gebelerde BDÖ ile anksiyete ve depresyon düzeyine baktığı çalışmasında istenmeyen riskli ve risksiz gebeliklerde depresyon ve anksiyete puanlarının yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Arslan (107) HAD ölçeği ile gebeliğini istemeyen grubun depresyon puanlarının yüksek olduğunu görürken anksiyete arasında anlamlılık saptamamıştır. Ortaarık ve ark (106) gebeliğin planlanması ile depresyon, anksiyete arasında, Dağlar

(102) da anksiyete puanlarıyla, Akın (85) da depresyon, anksiyete, stres puanları arasında anlamlılık saptamamıştır.

Gebeliğin istenmeyen, planlanmayan gebelik olması, eşin, yakınlarının, sosyal desteğin azlığı, gebelik ve sonrası depresyon gelişmesine neden olabilir (120). Gebeye aile planlaması yöntemleri gibi ihtiyaç duyduğu konularda profesyonel destek sağlanabilir.

7.4.Gebelerin SYBDÖ ve DASÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

DAS ölçeği depresyon alt boyutu ile SYBDÖ alt ölçek boyutları karşılaştırıldığında, hafif depresyon puanına sahip gebelerin normal depresyon puanına sahip gebelere oranla sağlık sorumluluğu puanının az olduğu, depresyon ve fiziksel aktivite arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Hafif depresyon puanına sahip gebelerin normal depresyon puanına sahip gebelere göre beslenme puanları düşüktü. Normal depresyon puanına sahip gebelerin hafif, orta ve ileri depresyon puanına sahip gebelere kıyasla manevi gelişim puanı yüksektir. Normal depresyon puanına sahip gebelerin hafif ve orta depresyon puanına sahip gebelere göre kişilerarası ilişkiler puanı yüksekti, yine normal depresyon puanına sahip gebelerin hafif depresyon puanına sahip gebelere göre stres yönetimi puanı yüksekti. Depresyon ile SYBD ölçeği toplam puan ortalaması karşılaştırıldığında, depresyon puanı normal düzeyler arasında olan gebelerin SYBD ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0,05$, Tablo 6.15).

DAS ölçek alt boyutu olan anksiyete ile SYBD ölçek alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimi ile anksiyete arasında anlamlılık bulunmazken, anksiyete düzeyi ileri olan gebelerin sağlık sorumluluğu puanı orta düzey anksiyete puanı olan gebelere oranla daha fazlaydı. Normal anksiyete puanı olan gebelerin orta ve ileri düzey puanı olanlara kıyasla manevi gelişim puanı yüksekti yine normal anksiyete puanı olan gebelerin orta düzey puanı olanlara oranla kişilerarası ilişkiler puanı yüksekti. Anksiyete ile SYBD ölçeği toplam puan ortalamasına bakıldığında, genel değerlendirmede farklılık olsa da ikili karşılaştırmada farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.16).

DAS ölçeği stres ölçek alt boyutu ile SYBD ölçeği alt boyutları (sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, stres yönetimi) ve SYBDÖ toplam puanları karşılaştırıldığında, aralarında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$, Tablo 6.17). Literatür taramalarında her iki ölçeği aynı çalışmada kullanan çalışmalara rastlanmadığından bu çalışma ile karşılaştırma yapılamamıştır.



8. SONUÇ VE ÖNERİLER

8.1.Sonuçlar

Bu çalışma gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapıldı. Sonuçlar şu şekildedir.

SYBD ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan ortalaması 208 iken gebelerin ölçek toplam puan ortalaması $133,72 \pm 21,97$ olarak bulundu (Tablo 6.5). Gebelerin puan ortalaması orta düzeydedir.

Gebelerin eğitim durumu yükseldikçe SYBD puan ortalamalarının arttığı görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.9).

Gelir durumu açısından gebeler değerlendirildiğinde, geliri giderine eşit ya da fazla olan gebelerin, geliri giderinden az olan gebelere kıyasla sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler, SYBD toplam puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.11). Sağlığını çok iyi olarak değerlendiren gebelerin stres yönetimi puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.14).

Depresyon, anksiyete, stres skalasından alınabilecek en yüksek puan ortalaması 105 iken gebelerin ölçek puan ortalaması $32,77 \pm 20,96$ olarak bulundu (Tablo 6.5). Gebelerin DAS ölçek alt boyut puanları depresyon 9,32, anksiyete 10,67, stres 12,77 olarak bulundu (Tablo 6.5).

Gebelik haftasına göre depresyon, anksiyete, stres puanları arasında 1-13 haftada olan gebelerin depresyon puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.19).

Gebeliği planlı olmayan kadınların depresyon, anksiyete, stres puanlarının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.20).

DAS ölçeği alt ölçek boyutu depresyon ile SYBD ortalamaları değerlendirmesinde, depresyon düzeyi normal sınırlarda olan gebelerin SYBD ölçeği puan ortalamasının yüksek olduğu görüldü ($p < 0,05$, Tablo 6.15).

8.2.Öneriler

Gebelik dönemi özel ve önemli bir süreç olduğundan dikkatle izlenmeli ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının uygulanması, geliştirilmesi için fırsat olarak görülmelidir.

Gebelere yönelik yapılan eğitim programlarına, gebe eğitim sınıflarına, doğum öncesi bakımın yanı sıra sağlıklı yaşam biçimi davranışları da eklenmelidir.

Gebelerle birebir iletişime geçen sağlıklı profesyonellerinin öncelikle rol modeli olarak sağlığı geliştirici davranışları benimsemeleri, uygulamaları gerekmektedir. Gebelerle çalışan tüm sağlık profesyonellerine sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda eğitimler planlanmalı, hizmeti uygun koşullarda sunabilmeleri için desteklenmelidirler.

Ayrıca antenatal bakım hizmeti sırasında gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları belirlenerek, yanlış olan uygulamaları düzeltilmeli, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimseyerek uygulamaları sağlanmalıdır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi ve her gebeye özgü gerekli girişimler planlanması rutin antenatal bakım kapsamına alınmalıdır.

Gebelik dönemi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları, etkileyen faktörler konusunda ulusal boyutta, geniş kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

9. KAYNAKÇA

1. Ertop NG., Yılmaz A., Erdem Y.(2012). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimleri. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 14 (2).
2. Kostak MA., Kurt S., Süt N., Akarsu Ö., Ergül GD. (2014). Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin; 13(3):189-196.
3. Altay B., Çavuşoğlu F., Güneştaş İ. Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2015, 8(1),12-18.
4. Cihangiroğlu Z. (2010). Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.
5. Tambağ H. Hatay Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2011) s:47-58.
6. Vural PI. , Bakır N. Meslek Yüksek Okulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015 (1): 36-42.
7. Güner İC., Demir F. (2006). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının (SYBD) Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (9):3,17-25.
8. Türkol E., Güneş G. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. JIUMF 2012; 19(3):159-66.
9. Aksoy T., Uçar H. (2014). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi s.53-67.
10. Karadeniz G, Yanikkerem-Uçum E, Dedeli Ö, Karağaç, Ö. Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008; 7(6): 497-502.

11. Şimşek H., Öztoprak D., İkizoğlu E., Safalı F., Yavuz Ö., Onur Ö., Tekel Ş., Çiftçi Ş. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 26(3), 151-157.
12. Aşçı Ö. (2013). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
13. Uludağ S, Çepni İ. Gebelikte Annede Oluşan Fizyolojik Değişikler İçinde: Uludağ S, Gezer A, Benian A. Eds. Kadın hastalıkları ve doğum ders kitabı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Basın ve Yayın Müdürlüğü; s. 109-125,2009.
14. Beji N.K. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, s. 227-302. 1. Baskı,Nobel kitap evleri, İstanbul,2015.
15. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, s. 251274, 8. Baskı,Sistem Ofset Matbaacılık, İstanbul,2007.
16. Cengiz C, Kimya Y. Maternal Fizyoloji. İçinde: Ayhan A,Durukan T, Günalp S, Gürkan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. Eds. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Öncü Basım Evi, Ankara, s.163-176,2008.
17. Taşpınar A. Normal Gebelik. İçinde: Şirin A, Kavlak O, eds. Kadın Sağlığı. 1. Baskı İstanbul: Bedray Yayıncılık; s. 453-470,2008.
18. Cunningham F,Gant N, Leveno K, Gilsrap L, Hauth J, Wenstrom K. Williams Doğum Bilgisi. Çeviren: Akman A. Nobel Matbaacılık, İstanbul,2005.
19. Günalp G, Tuncer Z. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan.2004.
20. Fenikçi İV. Maternal Fizyoloji. İçinde: Çiçek MN, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Ankara. Öncü Basım Evi; s.161-169,2004.
21. Çetiner H. (2014). Hastane Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. . Marmara Üniversitesi, İstanbul.
22. Kocaakman M.(2009). İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Birinci Ve Dördüncü Sınıf Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.

23. Aksoy T. (2010). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
24. <http://www.tdk.gov.tr> Sağlığın tanımı. Erişim 13/07/2016.
25. Karakoç A. (2006). Sınıf Öğretmenlerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Bazı Faktörlerin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
26. Kılıç E. (2012). Ameliyathane Hemşirelerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
27. Karadamar M. (2010). Ergenlerin Kiloları İle İlgili Algılarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle İlişkisi Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.
28. Chew F, Palmer S, Sloska S, Soubbiah K. Enhancing Health Knowledge, Health Belief and Health Behavior in Poland Through a Health Promoting Television Program Series. *J of Health Communication*, 2002; 7:179-196.
29. Berçin T. (2010). Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Bu Davranışları Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
30. Çalmaz A. (2011). Tunceli Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlık, Sosyal Ve Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi, Elazığ.
31. Yılmaz A. (2013). Yetişkin Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Besin Tüketimi Ve Vücut Bileşimlerinin Karşılaştırılması Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
32. Srof BJ, Friedrich BV. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review Of Pender's Health Promotion Model. *Nurs Sci Q*, 19(4): 366-373.
33. Pender, N. Barkauskas, V. Health Promotion and Disease Prevention Toward Excellence in Nursing Practice and Education. *Nursing Outlook* 1992; 40(3), 278-290.

34. Pasinlioğlu T, Güzüm S. (1998). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Sağlık Personelinin Sağlık Davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2 (2):60-68.
35. Erdoğan S, Nahçıvan N, Esin N, İbrikçi S. Sağlığı Sürdürme, Sağlığı Geliştirme Ve Hemşirelik. Hemşirelik Bülteni 1994; 8 (32): 28-35.
36. Avcı Öztürk D. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve İş Yaşam Kalitesinin İş Doyum Düzeyine Etkileri Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
37. Thomas SA. Caring in Community Health Nursing. J.E. Hitchcock, P.E. schubert & S.A. Thomas (Ed.), Community Health Nursing Caring in Action (s. 12-14). United States Of America: Delmar Publishers,1999.
38. Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. Research in Nursing & Health, 24,3,203-217.
39. Smoyak SA. Self –Concept in the Nurse- Client Relationship. E. Arnold&K.U.Boggs(Ed). Interpersonal Relationships Professional Communication Skills for Nurses(3.bs.,s.41-77). United States of America:W.B. Saunders Company,1999.
40. Kefeli B.(2010). Samsun İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Yüksek Lisans Tezi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun.
41. Bostan N. (2013). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
42. Ölçer Z. Oskay U. (2015). Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Dergisi; 12(2):85-92.
43. Binay ř. (2012). Ergenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Öz Yeterlilikleri Arasındaki İlişi Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.

44. Durusoy ve ark (1995). Kadına Özgü Kanserlerde Kendine Yardım El Kitabı, Konyılmaz Matbaası, İzmir.
45. Bottorf JL. et al.(1996). The effect of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance, *Nursing Research*, 45(1):30-36.
46. Palank C. (1991). Determinants of health-promotive behaviors: a review of current research, *Nursing Clinics of North America*,26(4):815-832.
47. Uz D. (2011). Bir Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Öz-Etkililik-Yeterlilik Düzeylerinin Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi, Ankara.
48. Khaghanyrad E. (2014). İki Farklı Ülkede Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
49. Bilir N. (2001). Gelecek Yılların Önemli Sağlık Sorunu: Kronik Hastalıklar. *Yeni Türkiye*, 39:953-961.
50. Çöl M. (2006). Dünyada Kronik Hastalıkları Ve Kontrol Programlarından Örnekler. 10. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Van, s.54-57.
51. Bozhüyük A. (2010). Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi, Adana.
52. Bain, E., Crane, M., Tieu, J., Han, S., Crowther, C.A. ve Middleton, P. (2015). Diet and exercise intervention for preventing gestational diabetes mellitus, *The Cochrane Library*, 4, 1-146.
53. Colberg, S.R., Castorino, K. ve Jovanovic, L. (2013). Prescribing physical activity to prevent and manage gestational diabetes. *World Journal of Diabetes*, 4, 256-262.
54. T.C. Sağlık Bakanlığı (2008a). Gebelik ve Egzersiz. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Erişim 13.07.2016. <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t38.pdf>

55. Yalçın H., Tekin M. (2013). Gebelikte Egzersizler Hakkında Gebelerin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *International Journal Of Human Sciences*(online). (10). 24-33.
56. Padayachee, C. ve Coombes, J.S. (2015). Exercise guideline for gestational diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes*, 6, 1033-1044.
57. Ural A. (2016). Gestasyonel Diabetes Mellitus Gelişen Kadınlara Uygulanan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Eğitim Programı"nın Anne Ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
58. Atkinson RL. A 33-year old woman with morbid obesity. *JAMA* 2000; 283;4:32,36-43.
59. Lawrence OG. Law as a tool to facilitate healthier life- styles and prevent obesity. *JAMA* 2007; 297/1:87-90.
60. Seidell JC. Obesity; a growing problem. *Acta Paediatr Suppl* 1999; 88/428:46-56.
61. Bjorn P.(eds). *International textbook of obesity*. Chichester, John Wiley&Sons,London;2001.
62. Perez AP., Phillips MM., Cornell CE., Mays G., Adams B. (2009). Promoting dietary change among state health employees in Arkansas through a worksite wellness program: The Healthy Employee Lifestyl Program (HELP). *Preventing Chronic Disease Public Health Research, Practice and Policy*, 6(4). www.cdc.gov/pcd/issves/2009/oct/08_0136.htm (07.12.2017).
63. Çakır B, Toprak İ, Yüksel B. (2002). Saha Personeli İçin Toplum Beslenme Programı Eğitim Materyali. Onur Matbaacılık Ofset Ltd. Şti, 3. Baskı, Ankara.
64. İrge, E, Timur, S. Zincir, H. ve ark. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi, *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*;14(7):157-160.
65. Tiryaki K. (2013). Üniversitede Görev Yapan Akademik Personelin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.

66. Coşkun A, Özdemir Ö. Gebelikte Vitamin-Mineral Kullanımı ve Beslenmenin İrdelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6:155-170, 2009.
67. Garipağaoğlu M, Budak N, Elmacioğlu F, Bulut A. İstanbul'da Yaşayan Bir Grup Gebe Kadının Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Dergisi*, 2007, 11:27-31.
68. Olson CM. Achieving a Healty Weight Gain During Pregnancy. *Annu Rev Nutr* 2008; 28: 411-23.
69. Bilgel N. Gebe ve Emzikli Beslenmesi, 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara, 217-224, 2001.
70. Özalper B. (2014). Gebelikte Beslenme, Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi; 2(2): 270-278.
71. Tomaka J., Thomsan S., Palacios R. The relation of Social Isolation, loneliness, and Social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health* 2006;18(3),-359-384.
72. Akın B., Emiroğlu ON. Evde Yaşayan Yaşlılarda Sosyal Destek Yapısı, Sağlık Durumu Ve Yetiyimi İlişkisi. *Turkish Journal of Geriatrics* 2006; 9(3),170-176.
73. Özmen M, Önen B. (2005). Stresle başa çıkma yolları. Medikal açıdan stres ve çareleri. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 2005,47: 171-180.
74. Tekgöz İ. Sunay D. Çaylan A. Kısa C. (2009). Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2009; 13(3):132-136.
75. Eskici L , DemirAkca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. (2012). Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğunun Obstetrik Sonuçları ve Yenidoğan Üzerine Etkileri. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(1):10-6.
76. Erol S., Erdoğan S. (2007). Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 2007; 10: 2.

77. Elsinga J. Jong-Potjer, L.C., Pal-de Bruin, K.M., Cessie, S.L., Assendelft, W.J.J. ve Buitendijk, S.E. (2008). The effect of preonconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Women's Health Issues*, 18, 117-125.
78. Çapık A., Apay SE., Sakar T. (2015). Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 18:3.
79. Walker, S. N., Sechrist, K. R. ve Pender, N. J. (1996). Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle: Health-Promoting Lifestyle Profile [HPLP II] (Adult Version). Erişim 27.06.2015. <http://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/85349>
80. Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F. Ve Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 1-13.
81. Akın A., Çetin B., (2007). Depresyon, Anksiyete Ve Stress (DASÖ) Ölçeği Geçerlilik Ve Güvenirlik Çalışması, *Educational Science: Theory Practice*, 7 (1), 241-268.
82. Aksoy EY., Turfan ÇE., Yılmaz SD. Normal Ve Riskli Gebeliklerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 2017;25(1):26-31.
83. TNSA (2013). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 18.11.2017, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/>.
84. Türkmen S. (2014). Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları Ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.
85. Akın S. (2017). Gebelerin Öz Yeterlilik Algıları Ve Doğum Şekli Tercihlerine Etkisi Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.

86. Ayan R. (2013). Gebelerin Olağan Şikâyetleriyle Başa Çıkma Yolları Ve Etkileyen Faktörler Yüksek Lisans Tezi. T.C Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
87. Onat G., Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. Turk J Public Health 2014;12(2).
88. Gökyıldız S., Alan S., Elmas E., Bostancı A., Küçük E.. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. International Journal of Nursing Practice 2014; 20: 390–397.
89. Yıldırım N. (2005). Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
90. Altay B. Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. O.M.Ü. Tıp Dergisi 23(1):1-8,2006.
91. Sayan, A., Erci, B., Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum Ve Davranışları İle Öz-Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 4, Sayı: 2, 2001.
92. Kaya M., Özvarış ŞB., Atlas H., Altay M., Atik Ç., Aytekin G. Ankara’da Bir Sağlık Ocağına Ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş Ve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Düzeylerinin Belirlenmesi. Toplum Hekimliği Bülteni 2009;28(1):8-13.
93. Kumsar AK., Pakyüz SÇ. Metabolik Sendromlu Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015;12(1):19-24.
94. Demir G., Arıöz A. Göç Eden Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,2014;4(2):1-8.
95. Küçükberber N., Özdilli K., Yorulmaz H. Kalp Hastalarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesine Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. Anadolu Kardiyoloji Derg.2011;11:619-26.

96. Arslan C, Ceviz D. Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 21(5):211-20.
97. Özer K. (2015). Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi, İstanbul.
98. Sarıçam H., Şahin SH., Soyuçok E. Doğayla İlişkili Olma İle Depresyon, Anksiyete Ve Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Uluslararası Hakemli Psikiyatri Ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi 2015; 4, 38-57.
99. Arslan B., Arslan A., Kara S., Öngel K., Mungan MT. Gebelik Anksiyete Ve Depresyonunda Risk Faktörleri: 452 Olguda Değerlendirme. Tepecik Eğit Hast Derg 2011;21(2):79-84.
100. Korkmaz Y. (2014). Lise Öğrencilerinin Depresyon, Anksiyete, Stres Ve İnternet Bağımlılığı İlişkinin Bazı Değişkenlere Göre Yordanması Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İstanbul.
101. Kuğu N., Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi 23(1):61-64, 2001.
102. Dağlar G., Naim N. Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete Ve Depresyon Düzeyi İle İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Derg. 2014;36:429-441.
103. Yücel P., Çayır Y., Yücel M. Birinci Trimester Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu, Klinik Psikiyatri 2013;16:83-87.
104. Şahin P. (2015). Gebelikte Depresyon Ve Anksiyete Belirti Düzeyi Ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi, Mersin.
105. Yılmaz EA. (2013). Ankara'da Bir Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Ve Doğum Polikliniği'ne Başvuran Gebelerde "Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği" İle Depresyon Sıklığı Ve İlişkili Etmenler, Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi, Ankara.

106. Ortaarık E., İmran T., Muharrem A., Kaya E. İkinci Trimestir Gebelerde Depresyon Ve Anksiyete Bozukluğu İle İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 1:16-20.
107. Arslan B. (2010). Gebelerde Anksiyete Ve Depresyonla İlişkili Sosyodemografik Özellikler Uzmanlık Tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta.
108. Öztürk EAG. (2017). Gebelikte Depresyon Belirtilerinin Ortaya Çıkmasında Psikososyal Faktörlerin Ve Kişilerin Psikolojik Dayanıklılığının Etkileri Yüksek Lisans Tezi. Beykent Üniversitesi, İstanbul.
109. Yılmaz SD., Beji NK. Gebelerin Stresle Başa Çıkma, Depresyon Ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Ve Bunları Etkileyen Faktörler. Genel Tıp Derg. 2010;20(3):99-108.
110. Kardaş F. (2016). Doğurgan Yaştaki Kadınlarda Depresyonun Jinekolojik Sağlığa Etkisi, Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.
111. Özdemir GS. (2015). Duygusal Yememin Depresyon, Anksiyete Ve Stres Belirtileri İle Olan İlişkisi Yüksek Lisans Tezi. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, İstanbul.
112. Durmuş E. (2015). Gebelerin Anksiyete, Algılanan Stres Ve Depresif Belirti Durumlarının İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. Medipol Üniversitesi, İstanbul.
113. Kaplan S., Bahar A., Sertbaş G. Gebelerde Doğum Öncesi Ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,2007;10:1.
114. Sansar N. (2017). Çalışan Ve Çalışmayan Gebe Kadınların Depresyon Durumlarının Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep.
115. Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk Factors For Antenatal Depression, Postnatal Depression And Parenting Stress. BMC Psychiatry, 8(1), 24.
116. Erbil N., Oruç H., Karabulut A. Gebelikte Depresyon Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2009;19(2):67-74.

117. Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalence Of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetric&Gynecology*(103), 698-709.
118. Şen E., Şirin A. Preterm Eylem Tanısı Alan Gebelerin Kaygı, Depresyon Ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyini Etkileyen Faktörler. *Gaziantep Tıp Derg* 2013;19(3):159-163.
119. Pişirgen TN. (2011). Riskli Gebeliklerde Depresyon Ve Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir.
120. Şahin EM., Kılıçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon Ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniv Tıp Fak Derg* 2010;27(1):51-58.

10.EKLER

EK 1. Sosyo-Demografik Bilgi Toplama Formu

AD SOYAD:	YAŞ:
KİLO:	GEBELİK ÖNCESİ KİLO:
BOY:	BKI:
EĞİTİM DÜZEYİ: a)okur yazar değil b)ilköğretim c)lise d)lisans e)yüksek lisans	MESLEK:
EŞİN EĞİTİM DÜZEYİ: a)okur yazar değil b)ilköğretim c)lise d)lisans e)yüksek lisans	EŞİN MESLEĞİ:
SAĞLIK GÜVENCESİ: a)sosyal güvencesi yok b)yeşil kart c)sgk	MEDENİ DURUM: a)evli b)bekar
AYLIK GELİR DÜZEYİNİZ NEDİR? a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla	NASIL BİR AİLE TİPİNE SAHİPSİNİZ? a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile
ÇALIŞIYOR MUSUNUZ? a)Evet b)Hayır	GEBELİKTE ÇALIŞTINIZ MI? a)Evet b)Hayır
BU GEBELİK KAÇINCI GEBELİĞİNİZ? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri	KAÇ DÜŞÜK YAPTINIZ? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
KAÇ KEZ KÜRETAJ OLDUNUZ? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri	KAÇ CANLI DOĞUM YAPTINIZ? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
KAÇ ÖLÜ DOĞUM YAPTINIZ? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri	KAÇ TANE YAŞAYAN ÇOCUĞUNUZ VAR? a)1 b)2 c)3 d)4 ve üzeri
BU GEBELİĞİNİZ PLANLI MI? a)Evet b)Hayır	ŞU ANDA KAÇ HAFTALIK GEBESİNİZ?..... a)1-13. hafta b)14-27. hafta c)28-40.hafta
EN SON DOĞUMUNUZU NASIL YAPTINIZ? a) normal (vajinal) doğum b) sezaryen ile doğum c) normal ve sezaryen ile doğum	BİR ÖNCEKİ GEBELİK İLE BU GEBELİK ARASINDAKİ SÜRE NE KADAR? a) ilk gebelik b)24 ay ve daha az c) 25 ay ve üzeri

<p>GEBELİK SÜRECİNİZDE ORTALAMA UYKU SÜRESİ...../SAAT</p> <p>DÜZENLİ Mİ? a)Evet b)Hayır</p>	<p>GEBELİKTEN DOLAYI UYKU DÜZENİNDE SORUN OLUŞTUMU?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>SAĞLIĞINIZI NASIL DEĞERLENDİRİYORSUNUZ?</p> <p>a)çok iyi b)iyi c)kötü d)çok kötü</p>	<p>GEBELİK BOYUNCA KULLANDIĞINIZ İLAÇ VAR MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>GEBELİK ÖNCESİ EGZERSİZ YAPIYOR MUYDUNUZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>ŞU ANDA EGZERSİZ YAPIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır cevabınız evet ise nedir?.....</p>
<p>SİGARA KULLANIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a) gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum b) gebelikte arttırdım c) gebelikte azalttım d) gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım e) kullanmıyorum</p>	<p>ALKOL KULLANIYOR MUSUNUZ?</p> <p>a) gebelik öncesi kullandığım kadar devam ediyorum b) gebelikte arttırdım c) gebelikte azalttım d) gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım e) kullanmıyorum</p>
<p>GEBELİĞİNİZ BOYUNCA KAÇ KEZ SAĞLIK KURULUŞUNA KONTROLE GİTTİNİZ?</p> <p>a)1-4 kez b)5-8 kez c)9 kez ve üzeri d) bilmiyorum</p>	<p>GEBELİĞİNİZ BOYUNCA DÜZENLİ KONTROLE GİTTİNİZ Mİ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>GEBE EĞİTİM SINIFLARINA KATILDINIZ MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>EVDE SİZE YARDIMCI OLABİLECEK DESTEKÇİNİZ (EŞ, KARDEŞ ANNE VB.) VAR MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>BEBEĞİ EMZİRME HAKKINDA BİLGİ SAHİBİMİSİNİZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>BEBEĞİ EMZİRMEYİ DÜŞÜNÜYOR MUSUZ?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>
<p>PLANLANAN DOĞUM ŞEKLİNİZ VAR MI?</p> <p>a) Normal Doğum b) Sezaryen Doğum c) Diğer.....</p>	<p>GEBELİK ÖNCESİ KRONİK BİR HASTALIĞINIZ VAR MI?</p> <p>a) Evet b)Hayır cevabınız evet ise nedir?.....</p>
<p>EŞİNİZLE YAŞADIĞINIZ SORUNUNUZ VAR MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>	<p>GEBELİKTE YAŞADIĞINIZ CİNSEL SORUNUNUZ VAR MI?</p> <p>a)Evet b)Hayır</p>

EK 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Değerlendirme Ölçeği

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği işaretleyiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az 3 kez 20 dk ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (Hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez yada daha fazla yürürüm)				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				

27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (Örneğin; yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapılacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dk gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 3. Depresyon, Anksiyete, Stres Skalası

DEPRESYON-ANKSİYETE-STRES SKALASI LOVİBOND & LOVİBOND 1995

NO	SON 1 HAFTADAKİ DURUMUNUZ	HİÇİR ZAMAN	BAZEN VE ARASIRA	OLDUKÇA SIK	HER ZAMAN
1 S	OLDUKÇA ÖNEMSİZ ŞEYLER İÇİN ÜZÜLDÜĞÜMÜ FARKETTİM	0	1	2	3
2 A	AĞZIMDA KURULUK OLDUĞUNU FARKETTİM	0	1	2	3
3 D	HİÇ OLUMLU DUYGU YAŞAYAMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
4 A	SOLUK ALMADA ZORLUK ÇEKTİM (ÖRNEĞİN FİZİK EGZERSİZ YAPMADIĞIM HALDE AŞIRI HIZLI NEFES ALMA, NEFESSİZ KALMA GİBİ)	0	1	2	3
5 D	HİÇBİR ŞEY YAPAMAZ OLDUM	0	1	2	3
6 S	OLAYLARA AŞIRI TEPKİ VERMEYE MEYİLLİYİM	0	1	2	3
7 A	BİR SARSAKLIK DUYGUSU VARDI (SANKİ BACAKLARIM BENİ TAŞIYAMAYACAKMIŞ GİBİ)	0	1	2	3
8 S	KENDİMİ GEVŞETİP SALIVERMEK ZOR GELDİ	0	1	2	3
9 A	KENDİMİ, BENİ ÇOK TEDİRGİN ETTİĞİ İÇİN SONA ERDİĞİNDE ÇOK RAHATLADIĞIM DURUMLARIN İÇİNDE BULDUM	0	1	2	3
10D	HİÇBİR BEKLENTİMİN OLMADIĞI HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
11S	KEYFİMİN PEK KOLAY KAÇIRILABİLDİĞİ HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
12S	SİNİRSEL ENERJİMİ ÇOK FAZLA KULLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
13D	KENDİMİ ÜZGÜN VE DEPRESSİF HİSSETTİM	0	1	2	3
14S	HERHANGİ BİR ŞEKİLDE GECİKTİRİLDİĞİMDE (ASANSÖRDE, TRAFİK IŞIKLARINDA, BEKLETİLDİĞİMDE) SABIRSIZLANDIĞIMI HİSSETTİM	0	1	2	3
15A	BAYGINLIK HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
16D	NEREDYSE HERŞEYE KARŞI OLAN İLGİMİ KAYBETTİĞİMİ HİSSETTİM	0	1	2	3
17D	BİREY OLARAK DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
18S	ALINGAN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
19A	FİZİK EGZERSİZ VEYA AŞIRI SICAK HAVA OLMASA BİLE BELİRGİN BİÇİMDE TERLEDİĞİMİ GÖZLEDİM (ÖRNEĞİN ELLERİM TERLİYORDU)	0	1	2	3
20A	GEÇERLİ BİR NEDEN OLMADIĞI HALDE KORKTUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
21D	HAYATIN DEĞERSİZ OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
22S	GEVŞEYİP RAHATLAMAKTA ZORLUK ÇEKTİM	0	1	2	3

23A	YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKTİM	0	1	2	3
24D	YAPTIĞIM İŞLERDEN ZEVK ALMADIĞIMI FARKETTİM	0	1	2	3
25A	FİZİK EGZERSİZ SÖZ KONUSU OLMADIĞI HALDE KALBİMİN HAREKETLERİNİ HİSSETTİM (<i>KALP ATIŞLARIMIN HIZLANDIĞINI VEYA DÜZENSİZLEŞTİĞİNİ HİSSETTİM</i>)	0	1	2	3
26D	KENDİMİ PERİŞAN VE HÜZÜNLÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
27S	KOLAY SİNİRLENDİRİLEBİLDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
28A	PANİK HALİNE YAKIN OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
29S	BİR ŞEY CANIMI SIKTIĞINDA KOLAY SAKINLEŞEMEDİĞİMİ FARKETTİM	0	1	2	3
30A	ÖNEMSİZ FAKAT ALIŞKIN OLMADIĞIM BİR İŞİN ALTINDAN KALKAMAYACAĞIM KORKUSUNA KAPILDIM	0	1	2	3
31D	HİÇBİR ŞEY BENDE HEYECAN UYANDIRMIYORDU	0	1	2	3
32S	BİRŞEY YAPARKEN İKİDE BİR RAHATSIZ EDİLMEYİ HOŞ GÖREMEDİĞİMİ FARKETTİM.	0	1	2	3
33S	SİNİRLERİMİN GERGİN OLDUĞUNU HİSSETTİM	0	1	2	3
34D	OLDUKÇA DEĞERSİZ OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
35S	BENİ YAPTIĞIM İŞTEN ALIKOYAN ŞEYLERE DAYANAMIYORDUM	0	1	2	3
36A	DEHŞETE DÜŞTÜĞÜMÜ HİSSETTİM	0	1	2	3
37D	GELECEKTE ÜMİT VEREN BİRŞEY GÖREMEDİM	0	1	2	3
38D	HAYATIN ANLAMSIZ OLDUĞU HİSSİNE KAPILDIM	0	1	2	3
39S	KIŞKIRTILMAKTA OLDUĞUMU HİSSETTİM	0	1	2	3
40A	PANİKLEYİP KENDİMİ APTAL DURUMUNA DÜŞÜRECEĞİM DURUMLAR NEDENİYLE ENDİŞELENDİM.	0	1	2	3
41A	VÜCUDUMDA (<i>ÖRNEĞİN ELLERİMDE</i>) TİTREMELER OLDU.	0	1	2	3
42D	BİR İŞ YAPMAK İÇİN GEREKLİ OLAN İLK ADIMI ATMADA ZORLANDIM	0	1	2	3

A= ANKSİYETE D= DEPRESYON S= STRES

11.ETİK KURUL ONAYI



ZEYNEP KAMIL KADIN VE ÇOCUK HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU



ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler"
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
	DİĞER:	<input type="checkbox"/>					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 198	Tarih: 25.12.2015					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmann/çalışmanın gereke, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmann/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile İlişki		Katılım *		İmza
Başkan Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR	Çocuk Cerrahisi	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Cetin ÇAM	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Güner KARATEKİN	Neonatoloji	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Op. Dr. Mehmet KÜÇÜKBAŞ	Kad. Hast. ve Doğum	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sağ. Bak. Hizm. Müdürü Dr. Yeliz DOĞAN MERİH	Doğum ve Kadın Hastalıkları	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya CABADAK	Biyofizik	Marmara Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Fulya İçin GÖNENÇ	Hukuk	Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Günay CAN	Halk Sağlığı	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ahmet Özer ŞEHİRLİ	Farmakoloji	Marmara Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yard. Doç. Dr. Ayten ARIKAN	Tıp Tarihi ve Tıp Etiği	Yeni Yüzyıl Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ahmet ÇETİNALP	Memur	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ayşenur CELAYİR
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

12.ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Merve	Soyadı	(OLGUN) AKSOY
Doğum Yeri	Ankara	Doğum Tarihi	02.09.1990
Uyruğu	T.C.	Tc Kim. No	16465087210
Email	Asli-merve.10@hotmail.com	Tel	5062797841

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Doktora		
Yüksek Lisans		
Lisans	Ahi Evran Üniversitesi	2012
Lise	Ayrancı Yabancı Dil Ağırlıklı Lise	2008

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre Yıl-Yıl
Hemşire	Sivas Numune Hastanesi	2016-Halen
Hemşire	Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları EAH	2013-2016

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Orta	Orta		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
ALES PUANI			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Microsoft Office Programları	İyi