



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Merve COŞKUN

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İSTANBUL 2016



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**GEBELİKTE ALGILANAN SOSYAL
DESTEK DÜZEYİNİN SAĞLIKLI YAŞAM
BİÇİMİ DAVRANIŞLARINA ETKİSİ**

Merve COŞKUN

Hemşirelik Programı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU

İSTANBUL 2016

Bu çalışma, aşağıda yer alan jüri üyelerimiz tarafından Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Prof. Dr. Zuhâl BAHAR



Üye (Danışman)

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU



Üye

Doç. Dr. Ümran OSKAY



ONAY

Bu tez çalışması, 13.07.2016 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.



Prof. Dr. İhsan SOLAROĞLU

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ



13.07.2016

Koç Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Tez Sınavı Tutanağı

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencilerinden 0050829 numaralı **Merve Coşkun**'un yazılı ve sözlü tez jüri sınavı 13 Temmuz 2016 tarihinde yapılmış ve adı geçen öğrencinin "Gebelerde Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" başlıklı yüksek lisans tezi başarılı/~~başarısız~~ bulunmuştur.

Tez jüri üyeleri:

Prof. Dr. Kafiye EROĞLU (Danışman)

A blue ink signature of Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, written over a dotted line.

Prof. Dr. Zuhâl BAHAR

A blue ink signature of Prof. Dr. Zuhâl Bahar, written over a dotted line.

Doç. Dr. Ümran OSKAY

A blue ink signature of Doç. Dr. Ümran Oskay, written over a dotted line.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla 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 haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Merve COŞKUN

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca, benden vaktini, desteğini, bilgi ve deneyimlerini esirgemeyen, çalışmamın her aşamasında kendisinden çok şey öğrendiğim ve yoluma ışık tutan saygıdeğer danışman hocam Sayın Prof. Dr. Kafiye EROĞLU' na

Çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde bilgisini benden esirgemeyen, gece gündüz demeden bana her an katkı sağlayan ve yol gösteren çok kıymetli hocam Sayın Yrd. Doç. Dr. Memnun SEVEN'e

Tez öneri aşamasında katkılarını esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Zuhal BAHAR'a ve Sayın Prof. Dr. Aygül AKYÜZ' e

Lisans eğitimimden itibaren mesleğimi ve Kadın Sağlığı Hemşireliği alanını sevmeme sebep olan ve bu yolda gelişimimde önemli katkısı olan ve her konuda desteğini hissettiğim çok değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ümran OSKAY'a

Araştırmanın her aşamasında manevi desteğini esirgemeyen, her zaman yanımda olduğunu hissettiren benim için rol model olan değerli hocam, Sayın Doç. Dr. Ükke KARABACAK'a

Bu stresli süreçte bana destek olan, yardımlarını esirgemeyen, yükümü hafifleten başta sevgili kardeşim Büşra COŞKUN'a, sevgisini ve sabrını esirgemeyen sevgili annem Filiz COŞKUN, sevgili babam Birol COŞKUN'a ve dularından beni eksik etmeyen sevgili babaannem Cevriye COŞKUN'a

Son olarak bu süreçte her zaman yanımda olan, beni rahatlatan, desteğini ve ilgisini hep hissettiğim benim için kıymetli olan sevgili Ömer Doğu KANIĞ' ya teşekkür ederim.

ÖZET

Gebelikte Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Bu çalışma gebelerin algılandıkları sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Tanımlayıcı tipte olan araştırma 22.02.2016-04.04.2016 tarihleri arasında İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Gebe Polikliniklerinde ve Non Stres Test (NST) odasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini zihinsel engeli olmayan, okuma-yazma bilen, gebelikle ilgili herhangi bir riski bulunmayan 329 gebe oluşturmuştur. Araştırma için Koç Üniversitesi Etik Kurulu'ndan, ilgili kurumlardan ve gebelerden yazılı izin alınmıştır. Veriler Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu, Gebe Tanılama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) ile gebelerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama, önemlilik testlerinde ise Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve Korelasyon testleri kullanılmıştır. Çalışmada gebelerin %69'u 25 yaş üzerinde, % 65.7'si 4 yıl ve üzerinde evli, % 56.6'sı lise ve üzerinde eğitim düzeyinde, % 75.4'ü sosyal güvenceye sahip ve %87.5'i çalışmamaktadır. Gebelerin ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 53.86±20.21 bulunurken, alt boyutta “ Aile Desteği” 23.06±5.75 puan ile en yüksek düzeyde saptanmıştır. Gebelerin SYBDÖ II toplam puan ortalaması ise 124.44±24.87 bulunurken, alt boyutta ortalama 25.11±4.63 puan ile en yüksek “Manevi Gelişim” bulunurken ortalama 13.08±4.57 puan ile en düşük “Fiziksel Aktivite” bulunmuştur. ÇBASDÖ ve alt boyut puan ortalamaları ile SYBDÖ II toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki belirlenmiştir (p<0.05). Bu sonuçlara göre sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu olarak etkilediği ve bu davranışların geliştirilmesinde hekim, hemşire, aile ve arkadaş çevresinin etkili olduğu söylenebilir. Hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede sosyal desteğin önemi konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetini etkin bir şekilde sunması ve konu ile ilgili çalışmalar yapması önerilir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sosyal destek

ABSTRACT

The Effects of Social Support Level Perceived During Pregnancy on Healthy Lifestyle Behaviors

This study was conducted to determine the effects of social support level perceived by pregnant women on their healthy lifestyle behaviors. This descriptive study was performed in the outpatient clinics for pregnant women and Nonstress Test (NST) room in Istanbul Gaziosmanpasa Taksim Training and Research Hospital from 22.02.2016 to 04.04.2016. The study sample consisted of 329 literate pregnant women without intellectual disability or any pregnancy-related risk. Written consents were obtained from Koç University's Ethics Committee, relevant institutions and the pregnant women. Data was collected by interviews with the pregnant women using the Ministry of Health's Risk Assessment Form, Pregnant Diagnostics Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), the Healthy Lifestyle Behavior Scale II (HLBS). During assessment of the data, number, percentage, mean were used in descriptive statistics, whereas Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Correlation tests were used in significance tests. In the study, it was identified that 69% of the pregnant women were aged 25 years or above, 65.7% were married for 4 years or more, 56.6% graduated from high school or above, 75.4% had social security and 87.5% were unemployed. Total mean MSPSS score of the pregnant women was 53.86 ± 20.21 , while in the subscale, "Family Support" score was 23.06 ± 5.75 , which was the highest. Total mean HLBS II score of the pregnant women was 124.44 ± 24.87 ; in the subscale, the highest mean score (25.11 ± 4.63) was obtained for "Spiritual Development", whereas the lowest mean score (13.08 ± 4.57) was obtained for "Physical Activity". A positive significant correlation was identified between MSPSS and subscale mean scores and between total HLBS II score and subscale mean scores ($p < 0.05$). According to these results, it can be concluded that social support creates a positive impact on healthy lifestyle behaviors and physician, nurse, family and friends are effective on development of these behaviors. It's recommended that nurses provide effective education and consultancy services on the importance of social support in development of healthy lifestyle behaviors and conduct studies on this subject.

Keywords: Pregnancy, healthy lifestyle behaviors, social support

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	2i
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	x
KISALTMALAR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	5
1.3. Araştırmanın Soruları	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. Konu İle İlgili Kavram ve Tanımlar	6
2.1.1. Gebelik	6
2.1.2. Sosyal Destek	6
2.1.3. Algılanan Sosyal Destek	9
2.1.4. Gebelik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	9
2.2. Gebelikte Yaşanan Değişiklikler	19
2.2.1. Gebelikte Görülen Fizyolojik Değişiklikler	19
2.2.1.1. Üreme Sistemi	20
2.2.1.2. Memeler	22
2.2.1.3. Kardiyovasküler Sistem	23
2.2.1.4. Solunum Sistemi	24
2.2.1.5. Gastro-İntestinal Sistem	25
2.2.1.6. Üriner Sistem	26
2.2.1.7. Kas İskelet Sistemi	27
2.2.1.8. Endokrin Sistem	28
2.2.1.9. Deri ve Saç	28
2.2.1.10. Metabolik Değişiklikler	29

2.2.2.	Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler	29
2.3.	Gebelikte Sosyal Destek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları	31
2.4.	Gebelikte Sosyal Desteğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi	35
2.5.	Sosyal Destek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında Hemşirenin Rolü	36
3.	GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1.	Araştırmanın Tipi	38
3.2.	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	38
3.3.	Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	38
3.4.	Araştırmanın Değişkenleri	39
3.5.	Veri Toplama Araçları	40
3.6.	Uygulama	45
3.6.1.	Ön Uygulama	45
3.6.2.	Araştırmanın Uygulanması	44
3.7.	Araştırmanın Planı ve Takvimi	45
3.8.	Verilerin Değerlendirilmesi	45
3.9.	Araştırmada Yaşanan Güçlükler	45
3.10.	Araştırmanın Etik Boyutu	46
4.	BULGULAR	47
4.1.	Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	48
4.2.	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'ne İlişkin Bulgular	52
4.3.	Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Puan Ölçeklerine Ait Puan Ortalamaları	67
4.4.	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	68
5.	TARTIŞMA	70
6.	SONUÇLAR	78
7.	ÖNERİLER	80
8.	KAYNAKLAR	81
9.	EKLER	100
EK 1	Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu	102
EK 2	Gebe Tanılama Formu	103
EK 3	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	105

EK 4	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği	107
EK 5	Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı	110
EK 6	Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzin Yazısı	111
Ek 7	Bilgilendirilmiş Onam Formu	112
EK 8	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği' nin Kullanım İzni	114



TABLO DİZİNİ

- Tablo 2.1.4.1. ACOG'ye Göre Gebelikte Egzersiz İçin Kontraendike Durumlar
- Tablo 2.1.4.2. Gebelik Döneminde Besin Grupları ve Önerilen Günlük Alım Miktarları (Porsiyon/Gün)
- Tablo 2.1.4.3. Stresle Başetme Yolları
- Tablo 2.3.1. Gebelik Dönemindeki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları
- Tablo 3.4.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Düzeyleri
- Tablo 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Düzeyleri
- Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı
- Tablo 4.1.2. Gebelerin Mevcut Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımları
- Tablo 4.2.1. Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 4.2.2. Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları
- Tablo 4.2.3. Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları
- Tablo 4.3.1. Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı
- Tablo 4.4.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

KISALTMALAR DİZİNİ

WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
ACOG	: The American Congress of Obstetricians and Gynecologists
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek ölçeği
SYBDÖ	: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
NST	: Non Stres Test
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kadın için gelişimsel bir kriz süreci olarak tanımlanan gebelik; kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyumu gerektiren önemli bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Perry et al., 2010; Ricci & Kyle, 2009; Taşkın, 2016). Bu dönemde kadınlar gebelikleri süresince bazı olağan rahatsızlıklarla karşılaşabilmektedir. Beklenen ve doğal kabul edilen bu rahatsızlıkların yanında gebelerin %20-30'unda annede ve doğacak bebeğinde hayatı tehdit edebilen bazı riskli durumlar da görülebilmektedir (Coşkun, 2012). Dolayısıyla gebelik ve doğumlar çoğunlukla sorunsuz geçmekle birlikte beraberinde bazı riskler de taşıyabilmektedir (Gilbert & Harmon, 2002; Aydemir ve Hazar, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün (2015) raporuna göre; dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelik ve doğuma bağlı komplikasyonlar nedeniyle ölmektedir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre anne ölüm hızı farklılıklar göstermekte, ölümlerin %99'u gelişmekte %1'i ise gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Bu ölümlerin %99'u; aşırı doğurganlık, yetersiz beslenme, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yeterli bakım alamama ve sosyal faktör gibi kolayca önlenebilir nedenlerle meydana gelmektedir. Bir kadının yaşam boyu gebelik ve doğum nedeniyle ölme riski; Avrupa'da 1/3300 iken Afrika'da 1/40'tır. Gebelerin %28'i önceden var olan sağlık koşullarının şiddetlenmesi (diyabet, malarya, obezite, HIV), %27'si şiddetli kanama, %14'ü gebeliğe bağlı yüksek tansiyon, %11'i enfeksiyon (çoğunlukla doğum sonrasında), %9'u doğum eylemi engelleri ve diğer doğrudan doğum eylemi nedenleri, % 8'i düşük komplikasyonları, %3'ü ise kan pıhtıları nedenleri ile ölmektedir (WHO 2015).

Ülkemizde ise, anne ölüm hızı 100.000 canlı doğumda 20 olup (WHO 2015) anneler benzer nedenlerle yaşamını yitirmektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013'e göre; gebeliklerin %31'inin herhangi bir risk (*anne yaşı :<18 anne yaşı, >34 anne yaşı, doğum aralığı: <24 ay doğum aralığı ve doğum sırası:>3 doğum sırası*) taşıdığı belirtilmektedir. Bu sonuçlar hem dünya hem de ülkemizde fizyolojik bir olay olarak görülen gebelikte doğum öncesi bakım ve destekle gebelerde risklerin erken tanınmasının ve gerekli müdahalelerin zamanında yapılmasının hayati önem taşıdığını göstermektedir.

Gebeliğin sağlıklı sürdürülmesi ve sağlıklı bir şekilde sonlanmasında gebe kadınların sağlık davranışları önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle intrauterin dönemde fetüsün fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayan bir çevrenin varlığı zorunlu ve öncelikli bir gereksinimdir (Perry et al., 2010; Youngkin & Davis, 2004). Gereksinime uygun bir çevrenin oluşmasında kadınların sağlık davranışlarının rolü büyüktür. Sağlık davranışları, gebenin kendi sağlığını, fetüs ve yenidoğan sağlığını içine alan ve gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Frisbie et al., 1997; Zaybak ve Fadıoğlu, 2004). Yüksek kalitede sağlık davranışları gebelik sonuçlarının olumlu olmasıyla ilişkiyken, riskli sağlık davranışları olumsuz sonuçlarla bağlantılıdır (Pallikadavath et al., 2004). Gebelik döneminde kadınların sağlık davranışları doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebeğin sağlığını önemli ölçüde etkilemektedir (Kadayıfçı, 2005; Lindgren, 2005; Perry et al., 2010). Gebe kadınlar kendilerinin ve bebeklerinin sağlıkları için yaşam biçiminde bazı değişiklikler yapmak durumunda kalabilmektedir. Yapılan araştırmalarda yeterli ve dengeli beslenme (Api ve ark., 2005; Bawadia et al., 2010; Kaiser & Allen, 2002), egzersiz yapma (Api ve ark., 2005), giyim ve vücut bakımına dikkat etme, bağışıklık için aşı yaptıрма (Sönmez ve Aksakoğlu, 2005), sigara, alkol ve madde (Perry et al., 2010; Schuetze et al., 2007) kullanmama, sigara dumanına maruz kalmama (Kutlu, 2008), düzenli doğum öncesi kontrollere gitme (Kadayıfçı 2005; Perry et al., 2010) gibi davranışların hem gebelerin hem de bebeklerinin sağlığını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışmalarda her bir gebenin sağlık davranışlarının farklı olduğu ve bu durumu birçok faktörün etkilediği belirtilmektedir (Gilbert & Harmon, 2002; Pallikadavath et al., 2004; Perry et al., 2010). Gebelerin sağlık uygulama davranışlarını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyen faktörler içinde; gebe kadının yaşı, ekonomik durumu, gebeliğin istendik ve planlı olması, eğitim seviyesi, gebelik sayısı, sağlık güvencesinin varlığı ve sosyal destek faktörleri gibi değişkenler yer almaktadır (Gilbert & Harmon, 2002; Pallikadavath et al., 2004; Perry et al., 2010).

Gebelerin sağlık uygulama davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirtilen sosyal destek literatürde gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan, sağlığı korumada etkili olan tüm kişiler arası ilişkiler sosyal destek sistemleri olarak tanımlanmıştır (Ardahan, 2006). Sosyal desteğin sağladığı sosyal ağ, bireyin

etkileşimde bulunduğu aile, arkadaş ve iş çevresindeki kişileri içerebileceği gibi profesyonel kişilerden de oluşabilmektedir (Eker ve ark., 2001; Kaner, 2003).

Gebelikte sosyal destek alma bu sürece uyumu ve süreçte yaşanan sorunlarla baş etmeyi kolaylaştırmaktadır (Gilbert & Harmon, 2002; Perry et al., 2010; Yıldırım, 2011). Gebelik döneminde stres düzeyi yüksek olan ve sosyal desteği yetersiz olan kadınlarda doğum komplikasyonu görülme sıklığının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Gilbert & Harmon, 2002; Taşkın, 2016). Uluslararası ve ulusal çalışmalarda gebelerde sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını farklı düzeyde ve alanlarda etkilediğini ortaya koyan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalar arasında Cannella (2006), gebelerde sosyal desteğin olumlu sağlık davranışlarını arttırdığını, Downs ve Hausenblas (2004) ise ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını arttırdığını belirtmiştir. Harley ve Eskenazi (2006) çalışmalarında sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkili olduğu belirtirken, Murray ve McKinney (2010) çalışmalarında gebeliğinde yüksek düzeyde sosyal destek alan kadınların, düşük düzeyde destek alan kadınlara göre daha mutlu olduklarını ve gebelikle ilgili daha olumlu duygular yaşadıklarını belirlemişlerdir. Wilkinson ve Miller (2007) yaptıkları çalışmada, gebe kadınların eşlerinin ve annelerinin gebelik döneminde kadına destek olan kişiler olduğunu bildirmiş, aile ve yakın çevre desteği az olan gebe kadınların diğerlerine göre yetersiz doğum öncesi bakım aldıklarına dikkat çekmiştir. Duncan ve Strycker (2005) arkadaş desteğinin fiziksel aktivite ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Ülkemizde ise, sosyal destek düzeyini farklı boyutlarıyla ele alan sınırlı çalışmaların yapılmış olduğunu görmekteyiz. Bu çalışmalarda postpartum dönemde kadınların önemli düzeyde postpartum depresyon riski taşıdıklarını, annelerin sosyal destekleri arttıkça postpartum depresyon olasılığının azaldığı belirtilmektedir (Bingöl ve Tel, 2007; Yıldırım ve ark., 2011). Hergüner ve ark (2014); sosyal desteğin annedeki depresyon ve anne bebek ilişkisi üzerine olumlu etkileri olduğunu belirtmiştir. Ayrıca çalışmalarda eğitim düzeyinin sosyal destek düzeyini etkilediği; eğitim düzeyi arttıkça bireylerin kendini ifade etme ve sosyal paylaşımlarının arttığı ortaya konulmuştur (Bingöl ve Tel., 2007; Elsenbruch, 2007; Hung & Chung, 2005). Görüldüğü gibi ülkemizde gebelikle ilgili sosyal desteğin sağlık davranışlarına etkisi

konusunda çalışmaların daha çok gebelik ya da doğum sonu psikolojik değişikliklere odaklandığı gözlenmektedir.

Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları; anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri başlatma ve sürdürmede büyük önem taşımaktadır (Mermer ve ark., 2010). Yasada da hemşirenin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumlulukları bulunmaktadır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Hemşireler kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları değerlendirerek sosyal destek sistemlerini harekete geçirme konusunda annelere yardımcı olabilmektedir (Aksakallı ve ark., 2012; Mermer ve ark., 2010). Bu çerçevede annenin fiziksel ve ruhsal sağlığı çevresiyle bir bütün içinde ele alınmalı ve sosyal destek için aileye karşıda sorumluluk üstlenmelidir. Hemşire, gebelik süresince annenin duyu ve endişelerini ifade etmesine olanak sağlayarak, sorunlarla olumlu ve etkili başa çıkma stratejilerini geliştirerek aile içi ilişkilerin düzenlenmesine de katkı verebilmektedir. Bunun yanı sıra annenin çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında ve uygun ortamın hazırlanmasında önemli role sahiptir (Perry et al., 2010; Shieh et al., 2001). Bu rol kapsamında aile ile iletişim halinde olan hemşire; gebelik süresince kadının öncelikli sağlık gereksinimlerini belirleyerek sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında teşvik edebilir ve kadınların algıladıkları sosyal destek düzeyini tespit edebilir. Ancak gebelerde sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini ortaya koyan çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bu nedenle çalışma gebelerde algılanan sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini ortaya koymak amacıyla yapılmıştır.

1.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, gebelerin algılandıkları sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

1.3.Araştırmanın Soruları

- 1) Gebelikte sosyal destek ile gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
- 2) Gebelerin sosyodemografik özellikleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
 - 2.a. Yaş
 - 2.b. Evlilik süresi
 - 2.c. Eğitim durumu
 - 2.d. Çalışma durumu
 - 2.e. Sosyal Güvence
 - 2.f. Aile tipi
 - 2.g. Ailenin gelir durumu algısı
 - 2.h. Kadınların eşlerinin eğitim durumu
- 3) Gebelerin mevcut gebelik özellikleriyle sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamaları arasında ilişki var mıdır?
 - 3.a. Şuanki gebelik haftası
 - 3.b. Gebelik sayısı
 - 3.c. Son gebelikleri ile bu gebelikleri arasındaki süre
 - 3.d. Gebeliğin planlanma durumu
 - 3.e. Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı
 - 3.f. Doğum öncesi bakım alma sayısı
 - 3.g. Doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu
 - 3.h. Doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu

2.GENEL BİLGİLER

2.1.Konu ile ilgili kavram ve tanımlar (Gebelik, sosyal destek, sağlıklı yaşam biçimi davranışları)

Konu ile ilgili kavram ve tanımlar aşağıda sıralanmıştır:

2.1.1.Gebelik

Kadın yaşamının fizyolojik olaylarından biri olan gebelik; kadın üreme hücresi olan oosit ve erkek üreme hücresi olan spermin kaynaşması ile gerçekleşen fertilizasyon sonucunda başlamaktadır (Ayhan ve ark., 2008; Berkman ve ark., 2004; Çiçek ve ark., 2008; Coşkun, 2012; Kızılkaya Beji, 2015).Gebelik süresi son menstruasyonun başlangıcından itibaren dokuz ay 10 gün veya 280 gün veya 10 lunar ay veya 40 hafta olarak bilinmektedir (Perry et. al., 2010; Taşkın, 2016). Gerçek gebelik süresi ise fertilizasyonun olmasından itibaren 267 gündür (Taşkın, 2016). Fertilizasyonu takiben oluşan zigotun implante olduğu andan itibaren, annenin tüm sistemlerinde değişiklikler başlamaktadır (Ayhan ve ark.,2008; Berkman ve ark., 2004; Çiçek ve ark., 2008; Coşkun, 2012; Kızılkaya Beji, 2015).

Kırk haftalık bu süreç üç trimestırda ele alınmaktadır. Gebeliğin başlangıcından embrional devrenin tamamlandığı, fetal devrenin başladığı ilk 12 haftalık süreç birinci trimestır, 13-27.haftaları kapsayan süre ikinci trimestır ve 28.haftadan gebelik sonuna kadar olan süre ise üçüncü trimestır olarak tanımlanmaktadır (ACOG, 2014). Ayrıca sağlıklı gebelik, tahmin edilebilir bir risk bulunmaksızın kadının şimdiki gebeliğinde veya geçmiş ebeliklerde komplikasyonların, önemli maternal tıbbi hastalıkların aternal morbidite veya mortalite öyküsünün olmaması ve fetal büyümenin normal sınırlarda olması olarak tanımlanmaktadır (Yücel, 2005).

2.1.2.Sosyal Destek

Yıldırım (1997)'in belirttiğine göre sosyal destek kavramı ile ilgili geçmişten bugüne çeşitli kuramlar benimsenmiş olmakla birlikte bu kavramın kuramsal temelini Kurt Lewin (1954)'in Alan Kuramı ve Davranış tanımı ortaya koymuştur. Lewin “yaşam alanını; belirli bir zamanda bireyin davranışını etkileyen etmenlerin tümü, davranışı

ise; çevre ile bireyin fonksiyonu olarak tanımlanmaktadır” Lewin’in davranış tanımında yer alan "çevre" kavramı fiziksel çevreden farklı fakat fiziksel çevre içinde yer alan psikolojik çevreyi oluşturmaktadır. Davranış bu psikolojik çevrede oluşan değişimdir. Bireyin olumsuz davranışlarının ortadan kaldırılması ve yeni davranışlar kazanması psikolojik çevresindeki değişikliğe bağlıdır. Bireyin sosyal destek sistemi onun psikolojik çevresi içinde yer almaktadır (Yıldırım, 1997).

Konu ile ilgili bir diğer kuram da Tampon Kuramı’dır. Bu kuram da sosyal destek, kişileri yaşamdaki stres kaynaklarından koruyan bir tampon işlevi görmektedir (Shonkoff, 1984; Callaghan & Morrissey, 1993). Güçlü sosyal destek sistemlerine sahip olan bireylerin, stresli yaşam olayları ile başa çıkmada; psikolojik sorunların üstesinden gelmede daha başarılı oldukları (Lara et al., 1998) daha düşük kaygı ve depresyon belirtileri ile davranış sorunları yaşadıkları belirtilmektedir (Barrera et al., 2004).

Literatürde sosyal destek ile ilgili farklı tanımlar yapılmıştır. Yıldırım’ın belirttiğine göre (1973) Caplan’a 1973’ te sosyal desteği; kişinin duygusal sorunlarıyla baş edebilmesi için kişinin psikolojik kaynaklarını harekete geçirmesini sağlayan, bireylere gerekli para ve materyal sağlayarak ya da beceri, bilgi ve öğüt vererek yüz yüze geldikleri stres yaratan durumlarla baş etmelerinde destek olan, onların görevlerini paylaşan yakınlarından aldığı destek olarak tanımlamıştır.

Walker, Mcbride ve Vachon’a (1976) göre sosyal destek; bireylerin sosyal kimliklerini olumlu etkileyen ve kişilerarası ilişkileri sayesinde aldıkları duygusal destek, maddi yardım ve hizmetler, aldıkları bilgi ve kurulan yeni sosyal ilişkiler olarak tanımlamıştır. Cassel’e (1976) göre, sosyal destek stresin yaralayıcı ve olumsuz etkisine karşı bireyi “koruyan” bir faktördür. Lepore ve arkadaşlarına (1991) göre ise sosyal desteği; bireylerin sevildiklerine, korunduklarına inandıkları, önemli buldukları sosyal gruba ve sisteme bağlı olmaları olarak ifade etmiştir. Görüldüğü gibi sosyal destek kavramı ile ilgili literatürde pek çok tanım yapılmış olmakla birlikte bu kavramın ancak 1960’lı yıllarda koruyucu sağlık alanındaki çalışmalarda ele alındığı dikkat çekmektedir. İnsan yaşamında destekleyici ilişkilerin sağlığı yükselttiği, sağlık problemlerini önlemede, stresin yönetiminde ve hayata

karşı baş etme de kişiyi güçlendirdiği, önemli bir rol oynadığı kabul edilmiştir (Hancock, 1986). Sosyal destek bireye eşi, ailesi ve arkadaşları tarafından sağlanan destektir (Çalık, 2011; Vırt 2008). Sosyal destek, stres altında olan ya da baş etmede zorlanan bireylere çevrelerindeki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımların tümü olarak kabul edilmektedir (Sorias, 1988). İnsan sağlığı ile ilişkili olduğu düşünülen sosyal destek sosyal bir değişken olarak düşünülmektedir (Ardahan, 2006). İnsanların yaşamında önemli yeri olan, kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan kişiler arası ilişkileri, sağlığı koruyucu davranışları da sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Sorias, 1988).

Sosyal destek sistemleri bireylerin psikolojik ve sosyolojik sorunlarının çözümünde, bu sorunların önlenmesi ve tedavisinde, güçlüklerle karşı karşıya kaldığından başa çıkılmasını sağlayabilen güçlü bir kaynak oluşturmaktadır (Yıldırım, 1997). Sosyal destek, sağlıklı olma davranışlarının devamlılığında önemli bir değişken olarak belirtilmekte (Çelikel ve Erkorkmaz, 2008); ve “kişinin sevildiğine, değer verildiğine, önemsendiğine ve bir sosyal ağın üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi” şeklinde tanımlanmaktadır (Cobb, 1976). Sosyal destekte iki önemli öge vardır. Bunlar; birey stres altındayken yardım isteyebileceği başka insanların nesnel varlığı ve sosyal destek algısıdır (Perrine, 1995). Literatürde dört tip sosyal destek tanımlamıştır (duygusal, yardımcı, bilgisel ve değerlendirme ile ilgili destek) (Chapman & Durham, 2010; Taşkın, 2016).

1. Duygusal destek: empatik iletişim, sevgi ve güven verme, onay, teşvik, beraberlik duygularının verilmesini içerir
2. Yardımcı destek: para yardımı, ev işlerinde yardım, çocuk bakımında yardım bu destek tipine örnektir
3. Bilgisel destek: problemlerle baş etmede kullanabileceği bilgiler konusunda destek olmayı içermektedir
4. Değerlendirme ile ilgili destek: bireylere kendilerini ya da içinde buldukları durumları değerlendirme konusunda yardımcı olmayı ifade etmektedir

2.1.3. Algılanan Sosyal Destek

Son yıllarda sosyal destek kavramıyla birlikte algılanan sosyal destek kavramının üzerinde durulmaya başlanmıştır. Literatürde sosyal desteğin kendisi değil algılanış ve yorumlanış biçimi psikolojik sağlık üzerinde etkilerinin olduğunu ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Ünüvar, 2003; Çeçen 2008) Sosyal destek kişinin sosyal açıdan kendini güvende hissetmesini sağlar. Bireylerin algıladığı sosyal destek; yaşamlarının çeşitli rol alanlarında geliştirdikleri, kendilerine değer verildiği, özen gösterildiği, gereksinimleri olduğunda başvurabilecekleri insanların bulunduğu, sahip oldukları ilişkilerde tatmin oldukları inancını işaret eden genel bir kanıdır (Akın ve ark., 2013). Sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalarda, sosyal destek konusunda kişinin kendi izlenimlerine yani algılanan desteğe odaklanılmaktadır (Eker ve ark., 2001; Şahin ve Altınel, 2010).

Algılanan sosyal desteğin dört temel belirleyicisi tanımlanmıştır. *Birinci belirleyicisi*, bireyin kişisel özellikleridir. *İkinci belirleyicisi*, desteğin algılandığı kişidir. Sosyal desteği sağlayan kişi, algılayan kişi kadar dikkat çekmemiştir. Aynı zamanda destek algıları, desteğin algılandığı kişinin özelliklerini de yansıtabilmektedir. Algılanan desteğin *üçüncü belirleyicisi*, desteği algılayan ve desteğin algılandığı kişi arasındaki iletişim, etkileşimdir. Algılanan desteğin *dördüncü belirleyicisi* ise ailenin kendi özelliğidir (Kaner, 2010; Yalçın, 2004). Bir aile içerisinde bütün aile üyeleri birbirlerinden destek algılayabilirken başka bir ailede destek daha az algılanabilir ya da hiç algılanmayabilir (Branje et al., 2002).

2.1.4. Gebelik ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışlar bütünü olarak tanımlanırken (Ünalın ve ark., 2007), sağlık davranışları, sağlığın korunması ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili davranışların bütünü oluşturur. Diğer bir deyişle bireylerin sağlıklı olmaları için inandıkları ve uyguladıkları eylemlerin tümünü kapsar (Ulupınar ve Sarıkaya, 2009).

Sağlığın geliştirilmesi ise, bireylerin kendi sağlıklarını geliştirme ve kendi sağlıkları üzerindeki denetimlerini artırma gücünü kazanması olarak tanımlanmıştır (Bahar ve

ark., 2008). Sağlığı geliştirme kavramının temelini bireylerin kendi potansiyelini ve enerjisini kullanma, tatmin edici bir yaşam sürdürme, üretken olabilme ve sağlık konusunda yeteneklerini kullanabilme durumları yer alır (Yetkin, 2000). Sağlığı geliştirmede kişinin sağlıkta en üst düzeyde olması amaçlanmıştır (Bozhüyük, 2010). Bu amaç sadece hastalıkları nlemeyle sınırlı değildir, yüksek standartlarda bir yaşantı için davranışların uzun vadeli olarak ortaya konulmasını içermektedir (Bahar, 2014). Yani sadece hastalık ya da bozukluğu önlemeye yönelik olmayıp, bireyin genel sağlık ve iyilik durumunun da iyileştirilmesi amaçlanmıştır (naln ve ark., 2007). Sağlığı geliştirici davranışların kullanılması hastalıklardan korunmada, erken tanıda bulunmada ve sağlığın sürdürülmesinde temel oluşturmuştur (Bahar ve ark., 2008; zkan ve Yılmaz, 2008). Sağlığın geliştirilmesi Pender (1987) tarafından bir model olarak ortaya konulmuştur. Sağlıklı yaşam biçimlerinin anlaşılmasına yardımcı olmak sağlığı geliştirme davranışlarını açıklamaya yönelik paradigma oluşturmak, bireyin sağlık algılarını etkileyecek faktörleri değerlendirmek modelin amacını oluşturmaktadır (Bahar, 2014).

Sağlıklı yaşam biçimi kavramı özellikle 1970’li yıllardan itibaren giderek artan bir Şekilde gündemdedir. Dünya Sağlık rgt 1977 yılında ‘‘herkes için sağlık’’ sloganını sosyal bir hedef olarak kabul etmiş ve sağlığın geliştirilmesi ortak bir hedef haline gelmiş, sağlığın geliştirilme potansiyelinin arttırılması ve ekonomik olanakların bu potansiyel için tahsis edilmesi, dünya ölçeğinde ele alınmış ve desteklenmiştir (Çelebi, 2013). Olumlu sağlık davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD) olarak bilinmektedir (Stark ve Brinkley 2007). Olumlu sağlık davranışı kişinin hem kendi hem de çevresindeki kişilerin sağlığını koruma ve bu konuda bir bilince sahip olmayı gerektirir (Çelebi, 2013). Olumlu sağlık davranışları, bireyin sağlığını geliştiren ve geliştirmeye teşvik eden davranış ve uygulamaları içermektedir (Stark ve Brinkley 2007). Walker, Sechirt ve Pender’e (1987) göre, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ‘‘kendi kendine başlayan hareketlerin çok boyutlu modeli, iyilik seviyesini korumaya ve yükseltmeye hizmet eden algılar, kendini gerçekleştirme ve bireyselliğin tamamlanması’’ olarak ifade edilmiştir. Bu davranışları tutum haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi, sağlık durumunu daha iyi bir düzeye de getirebilir (Johnson, 2005; Vural, 1998; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Kişiler, sağlıklı davranışları geliştirmede sorumluluk

almalı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını günlük yaşam alışkanlıkları haline getirmelidirler (Cihangiroğlu ve Deveci, 2011; Özyağcıoğlu ve ark., 2011). Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları kapsamında; *sağlık sorumluluğu alma, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi* başlıkları altında 6 alt boyut yer almaktadır (Bahar ve ark, 2008; Çelebi, 2013; İlhan ve ark., 2010; Johnson, 2005; Pender, 1987). Bu alt boyutlar aşağıda açıklanmıştır:

Sağlık Sorumluluğu Alma: Bireylerin kendi sağlığını korumak, hastalıkları önlemek, sağlığını geliştirici davranışları ve davranış değişikliklerini sergileyebilmek adına tutum ve davranışlarını değiştirmesi sağlık sorumluluğunu içermektedir (Battorf ve Johnson, 1996; Bahar ve ark., 2008; Bozhüyük ve ark., 2012; Tuğrul ve Bekar, 2008). Sağlık sorumluluğu kişinin kendi sağlığına önem vermesi, sağlık hakkında bilgi edinmesi gerekli durumlarda sağlık profesyonellerinden destek alma durumunun bütünüdür (Bahar ve ark., 2008; Bozhüyük ve ark., 2012; Tuğrul ve Bekar, 2008). Bireyin sağlık bakım kalitesine etki ederek sağlığına hangi düzeyde katıldığını sağlık sorumluluğu belirler. Bireylerin kendi sağlıklarına yönelik alabilecekleri sağlık sorumluluk düzeyi: (Bottorff et al., 1996; Lusk et al., 1994).

- Kendini ve vücudunu tanıması, sağlığı ile ilgili farklılıklar olduğunda hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi, belirli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerin sıklığına ve düzenine özen göstermesi,
- Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,
- Sağlıkla ilgili konularda tartışmalara girmesi,
- Sağlıkla ilgili olan yayınları takip etmesi,
- Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,
- Sağlıkla ilgili değişiklikler olduğunda gerekli önlemleri alması

ile belirlenir. Bu tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığını önemsediniğini göstermektedir

Sağlık uygulamaları gebelik dönemimde de hem kadının hem de bebeğin sağlığını doğrudan etkilemektedir. Sağlık sorumluluğu kavramı gebelik döneminde ön plana çıkmaktadır. Bu dönemde antenatal bakım alma ve izleme gitme, gebeliği ile ilgili bireysel sağlık sorumluluğunu alma, bakımına özen gösterme ve riskli sağlık

uygulamalarından kaçınma gebenin sağlık sorumluluğudur (Lindgren, 2005; Saydam ve ark. 2007; Bahar ve ark. 2008).

Fiziksel Aktivite: Binbeşyüzlü yıllarda fiziksel aktivitenin bireylerin sağlığına olan etkileri İtalyan hekimler tarafından egzersiz programları geliştirilerek gösterilmiştir (MacAuley, 1994; Bulut, 2013). Uzun yaşamak kadar yaşam kalitesi yüksek olarak yaşamakta önemli hale gelmiştir. Sağlıklı yaşamak ve yaşamın her döneminde fizyolojik değişikliklerle oluşabilecek sağlık risklerini çeşitli yöntemlerle en aza indirebilmek için fiziksel aktivite temel etkenlerden biri haline gelmiştir (Akyol, ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü 54. Dünya Assamblesi'nde 2002 yılı için konu "sağlık için zinde olmak" olarak önerilmiş ve "sağlık için hareket et" (move for health) yılın sloganı olmuştur. Vaizoğlu ve arkadaşlarının (2004) belirttiğine göre, T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2002' deki resmi yazısında "sağlıklı yaşam için fiziksel aktivitesinin gerekliliği ve yararları konusunda halkın bilgilendirilmesini" önermiştir Fiziksel aktivite literatürde günlük yaşam içinde kas ve eklemleri kullanarak enerji tüketimi ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (Bulut, 2013). Fiziksel aktivite ile egzersiz kavramı genellikle günlük yaşamda aynı anlamda kullanılsa da birbirinden farklı kavramlardır. Fiziksel aktivite günlük yaptığımız işler, oturma, kalkma, dolaşma, yıkanma gibi her türlü kas hareketlerini kapsarken, egzersiz genellikle spor faaliyeti içine girebilecek özel sürekli ve düzenli kas hareketlerini kapsamaktadır (Pinro et al., 2005). Egzersiz ve fiziksel aktivite daha iyi fiziksel ve zihinsel sağlığa ulaşmaya yardımcı olur, yaşam kalitesini artırır. Sağlıklı yaşam için egzersiz, yaşamın her döneminde insanların günlük hayatının bir bölümü ve yaşam tarzı haline gelmelidir (Şahin, 2002).

Gebelik döneminde kadının fiziksel olarak aktif olması ve gebeliğe yönelik egzersiz yapması gebeden beklenen sağlık davranışları arasındadır. Yapılan çalışmalarda gebelik döneminde yapılan düzenli egzersizin dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenlediği, kadının gebelikte ve doğum sonunda kilo kontrolünü sağladığı, sosyal etkileşimi güçlendirdiği, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik halinin artırdığı belirtilmektedir (Hinton & Olsan 2001; Api ve ark., 2005; Sağlık Bakanlığı, 2008). The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG; 2005)

gebeliğinde herhangi bir komplikasyon bulunmayan kadınların gebe olmayan kadınlarla eşit düzeyde, gün aşırı orta şiddette 30 dakika egzersiz yapmalarını önermektedir. 2002 yılında ACOG tarafından gebelik döneminde egzersiz için belirtilen kesin kontrendike durumlar Tablo 2.1.4.1’de verilmiştir. . Ancak egzersiz sırasında düşme, abdominal travmadan kaçınılması önerilmektedir (Balsak ve ark., 2007; Sağlık Bakanlığı, 2008).

Tablo 2.1.4.1.ACOG’ye Göre Gebelikte Egzersiz İçin Kontraendike Durumlar

- *Önemli hemodinamik kalp hastalığı
- *Restriktif karaciğer hastalığı
- *Servikal yetmezlik ve serklaj uygulanan gebeler
- *Preterm doğum riski
- *İkinci ve üçüncü trimestırda inatçı vajinal kanamalar
- *26. gebelik haftasından önceki plasenta previa
- *İntrauterin gelişme kısıtlılığı
- *Erken membran rüptürü
- *Preeklampsi ya da gebeliğin tetiklediği hipertansiyon
- *Ağır anemi

Beslenme: Büyüme ve gelişmede, yaşamın sürdürülmesinde ve sağlığın korunmasında besinlerin kullanılmasıdır (Baysal, 2002). Beslenme ile bireyin öğün seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerleri belirlenir (Walker et al.,1996). Yaşam zincirinin içerisinde yer alan beslenme, sağlık ve gelişimi kapsayan temel bir unsurdur. Bireyin sağlığının iyi olması için, beslenmenin yeterli ve dengeli olması gerekir (İrge, 2005). Sağlıklı ve doğru beslenme; dengeli beslenme, yeterli beslenme, çeşitli gıdaları tüketme ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınma kavramlarını içermektedir (Bozhüyük ve ark. 2012; Kavas, 2003). Metabolik hastalıklardan korunmada ve sağlıklı yaşamda doğru beslenme ön koşullar arasındadır (Oşar, 2004). Sağlıklı ve doğru beslenme insan yaşamının tüm evrelerinde olduğu gibi gebelikte de önem taşımaktadır. Anne sağlığını en iyi düzeye taşıırken, doğumsal anomalileri de azaltır (Shiman et al., 2006). Düzenli ve dengeli beslenme embriyonik, fetal gelişim ve gebelikte maternal sağlığın sürdürülmesinde önemli bir etkidir (Perry et al., 2010). Beslenme gebelik sürecinde çeşitli faktörlerden etkilenir bunlar; genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve kişisel faktörlerdir (Api ve ark., 2005). Gebelik öncesinde, gebelikte ve laktasyon sürecinde beslenme durumu annenin ve bebeğin

sağlığını etkilemektedir (Kızılkaya Beji, 2015). Gebe kadının enerji ve besin ögesi gereksiniminin karşılanması ve besin ögesi depolarının dengede tutulması, fetüsün büyümesinin (*vücut ağırlığının ve boy uzunluğunun artması*) ve gelişmesinin (*zekâ gelişimi, organların gelişimi vb.*) sağlanması ayrıca bebeğin, yetişkinlik döneminde oluşabilecek kronik hastalıklarının görülme riskinin önlenmesi, laktasyon dönemi süt yapımında gereken besin ögesi deposunun oluşması için gebelik döneminde kişiye özgü bir beslenme programı gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı,2008). Gebelikte büyüyen anne ve fetüs dokuları besin gruplarına ihtiyacı artırmaktadır (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016). Gebe olmayan bir kadında günlük demir ihtiyacı 1 mg iken, gebe bir kadında bu ihtiyaç 6-7 mg'a yükselir (Ayhan ve ark., 2008). Gebelikle oluşan fizyolojik değişikliklerle birlikte vücutta demir eksikliği anemisi ortaya çıkmaktadır (Kızılkaya Beji, 2015). Sağlık Bakanlığı; gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimestirden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmesini önermektedir (Kızılkaya Beji,2015; Samur,2008). Gebelikte alınması gereken bir diğer besin ögeside folik asittir. Gebelik öncesi ve sonrası fetüste nöral tüp defektinin önlenmesi için günlük 400-600 mcg. folik asid alınması önerilmektedir (ACOG,2015). Gebelik döneminde besin grupları ve önerilen günlük alım miktarları Tablo 2.1.4.2. verilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2008)

Tablo 2.1.4.2.Gebelik Döneminde Besin Grupları ve Önerilen Günlük Alım Miktarları (Porsiyon/Gün)

Besin Grupları	Yetişkin Kadın	Gebe Kadın
Et, yumurta ve kurubaklagiller	2	3
Süt ve ürünleri	2	3-4
Taze sebze ve meyveler	En az 5	En az 5
Ekmek	3-6 orta dilim	3-6 orta dilim
Tahıllar	1-2 porsiyon	1-2 porsiyon

Bu dönemde kadının beslenme durumu, kilo alımı, bilgi düzeyinin değerlendirilmesi ve planlanması hemşirenin görev ve sorumlulukları arasındadır (Perry et al.,2010). Hemşireler gebelerle kurdukları ilişkiler nedeniyle onların beslenme alışkanlıkları,

yaşam biçimi hakkında gerekli bilgileri toplayarak elde edilen bulgu ve belirtilerin beslenmeye yansımaları en iyi değerlendirecek olan sağlık ekibi üyesidir (Kızılkaya Beji,2015; Perry et al.,2010).

Manevi Gelişim/ Kendini Gerçekleştirme: Kendini gerçekleştirme, insan davranışlarını yöneten bir güdü olduğu kadar ulaşılmaya çalışılan gelişme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Erden ve Akman, 1985; Birol, 2005). Bireyin kendisinin ve varoluşunun ötesindeki güçtür. Bir başka tanımda ise hem fiziksel boyutu kapsayan hem de onun ötesindeki kişisel farkındalık olarak ifade edilmiştir. Bireyin, yaşamın anlamına ve amacına ulaştığı yer onun manevi gelişim alanıdır. İnsanın manevi yönü, fiziksel, duygusal, sosyal yönü ile yakından ilişkilidir. Bireylerin yaşamındaki değişimlere uyum sağlamasında, sorunlarının üstesinden gelebilmesinde, zorluklardan sonra yeniden umut edebilmesinde, sağlık ve hastalık davranışlarını sorgulamasında manevi gelişimin etkisinin olduğu bilinmektedir (Bozhüyük, 2012; Dedeli ve Karadeniz, 2009; Çetinkaya ve ark., 2007).

Kendini gerçekleştirme geçmişten günümüze sıkça ele alınan bir konudur. Birol (2005)'un belirttiğine göre, 1943 yılında Abraham Maslow'un temel ihtiyaçlar piramidinde kendini gerçekleştirme kavramına yer verilmiştir. Maslow'un piramidinin üst basamaklarından birinde kendini gerçekleştirme yer almaktadır. Burada kendini gerçekleştirme bireyin yeteneklerinin gelişimi açısından potansiyeline ulaşmak amacıyla gerekli bir ihtiyaç olarak ifade edilmektedir. Kişilerin yaratıcılıklarını ortaya çıkarmada ve sahip oldukları potansiyelleri geliştirmelerinde kendini gerçekleştirmenin önemli bir yeri vardır (Başal, 2006; Wilkinson & Miller, 2007). Manevi gelişim sadece insan davranışlarını yöneten bir güdü değil aynı zamanda ulaşılmaya çalışılan bir gelişim düzeyidir (Pender ve ark., 1992). Manevi gelişimin temelinde iç kaynakları güçlendirmek hedefidir. Bireyin gelişimi, ilişki kurması ve bir şeylerin aşılabilmesi ile gerçekleşebilir. Aşılma, bireyin iç huzura kavuşmasını sağlar, kim olduğunu ve yaptığı şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için imkan sağlama ihtimalini artırır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yaşamdaki amaçları için bireyin çalışması, iyilik durumuna yönelik gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark. 2008). Kendini gerçekleştiren birey "kapasitesini tam olarak kullanan"

ya da “verimli” birey olarak ifade edilmektedir (Erden ve Akman, 1985; Birol, 2005). Kendini gerçekleştirmiş birey, kendini tanımakta, güçlü ve zayıf yönlerini bilmekte, belli bir plan etrafında belli bir hedef ve amaca yönelik yaşam sürmekte, başarılarının farkına varmaktadır. Bireyin kendini takdir etmesi ve kendinden memnun olması, kendinin değerli olduğuna inanması da onun kendini gerçekleştirdiğini göstermektedir (Bottorff, 1996).

Gebelik ve doğum sürecinde kadının fizyolojik ve ruhsal durumu farklılıklar gösterir. Türk kültürüne göre; gebelik ve doğum kadına benlik ve bütünlük kazandırmakla birlikte kadınlık ve annelik statüsünü de arttırmaktadır (Başal,2006). Bu dönemde kadınlar kendilerini daha üretken ve güçlü hissedebilirler. Ancak gebelik dönemi ve sonrasında kadının kendini gerçekleştirmesi konusunda sağlık davranışları açısından net bir ilişki olduğu açıklanmamaktadır (Başal, 2006; Wilkinson & Miller, 2007).

Kişilerarası İlişkiler: Kişilerarası ilişkiler kavramı; karı-koca etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasındaki etkileşimler, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi duygusal ilişkiler gibi örnekler ile somutlaştırılabilir (Velioğlu ve ark., 1991). Kişilerarası ilişkiler, bireylerin yakın çevresiyle iletişimini ve süreklilik durumunu belirler ve anlamlı ilişkiler kurabilmek için iletişimi kullanmayı gerektirir (Bahar ve ark., 2008; Tuğut ve Bekar, 2008; Yalçınkaya ve ark., 2007). İletişim sözel ve sözel olmayan mesajlarla kişilerin düşüncelerini ve duygularını paylaşmasını içerir (Bahar ve ark., 2008; Tuğut ve Bekar, 2008). İnsan davranışlarının büyük çoğunluğu, genelde kişilerarası, özelde de ikili ilişkiler yoluyla şekillenmekte, sürdürülmekte ve değişmektedir (Hovardaoğlu, 1995; Velioğlu ve ark., 1991). Yaşam boyu başarıya ulaşmada, mutlu ve verimli olmada "insanlar arası ilişkiler" büyük rol oynamaktadır (Bozhüyük ve ark., 2008; Velioğlu ve ark., 1991). Chen (1999) kişilerarası ilişki desteğini yakın arkadaşlarla vakit geçirmek, başkalarıyla anlamlı ve doyumlu ilişkiler kurmak, başkalarına karşı ilgili olmak, sevgiyi ifade etmek, başkalarına karşı içten olmak, kendine ve yakın çevresindeki insanlara dokunmaktan ve onların dokunmasından hoşlanmak, kişisel sorunları aile üyeleri ile paylaşmak olarak ifade etmiştir. Kişilerarası ilişkiler insan yaşamını yakından etkilemekte ve bu ilişkiler birçok durum etkilemektedir.

Gebelik fiziksel ve duygusal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir ve bu değişimler kadının kişilerarası ilişkilerine olumlu ya da olumsuz şekilde yansımaktadır. Gebe kadının sosyal desteği yeterli olsa bile kişilerarası ilişkilerinde çatışmalar yaşanıyorsa ruhsal ve fiziksel sağlık doğrudan doğumsal sonuçları ise dolaylı olarak olumsuz etkileyebilmektedir (Altın, 2012; Westdahl, 2007). Kadının ailesi gebeliği onunla birlikte yakından yaşayan kişilerdir. Gebelik ve bunun sonucunda aile yeni bir üye eklenmesi kadın ve eşi arasındaki iletişimin niteliğini değiştiren bir olay olarak düşünölmektedir (Taşkın, 2016). Kadının ailesi ve yakın çevresi bu dönemde destek olan kişilerdir. Aile ve yakın çevre desteği az olan kadınların yetersiz doğum öncesi bakım aldığı bilinmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde kadını destekleyen kişilerin, aile tipinin ve ailedeki karar vericinin tanımlanmasının olumlu sağlık davranışlarına kadınları teşvik etmede etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Kadının gebeliğe olan bakış açısı, bilgi ve deneyimleri aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir (Wilkson & Miller,2007). Gebe kadın için en önemli destekleyici kişi hemşire olup, gebelik sürecinde kadın ve ailesiyle en çok birlikte olan ve yakın iletişim kuran tek sağlık personelidir (Kaplan ve ark.,2007). Bu dönemde hemşirelik bakımının amacı; gebe kadın ve ailesinin gebeliğe sağlıklı bir şekilde uyumunu sağlayarak aile sağlığını korumak ve geliştirmek üzerine olmalıdır (Taşkın,2016).

Stres Yönetimi: Latince “estrica” sözcüğünden dilimize geçen “stres”; insanların sağlığı ve huzuru için tehlike oluşturabilen, uyarı olarak algılanan ve yetersiz bir şekilde ele alınan olaylara gösterilen, belirgin olmayan fizyolojik ve psikolojik tepkiler bütünüdür (Erdoğan ve ark., 2009). Stres, bireysel, çevresel ve örgütsel faktörlerin etkili olduğu, kişinin tutum ve davranışlarına yön veren durum olarak değerlendirilmektedir. Stres, bedensel ve ruhsal olarak bireyleri zorlayan tehditler karşısında bu durumlara uyum sağlama çabasıdır (Erdoğan ve ark., 2009). Hans Selye(1974)’nin stres konusu ile ilgili olarak yaptığı araştırmalar stresin vücuttaki canlı hücrelere zarar verdiğini ve de çabuk yaşlanmaya neden olduğunu ortaya konulmuştur. Bazı araştırmacılar stresi iyi ve kötü olarak incelemişler ve insana faydalı olabilecek düzeydeki stresi “eustress”, aksine insan organizmasını yıpratın stresi de “distress” olarak ele alınmıştır (Uğur,2005). Bu yüzden stres bireyleri olumlu yönde etkiler ve onların hedeflerine ulaşmasında bir köprü olursa “olumlu

stres” , hastalık yapıcı etkileri ve zararlı yanları ön plana çıkarsa da “olumsuz stres” olarak adlandırılabilir (Gümüştekin & Gültekin, 2009; Selye,1974). Organizmayı zorlayan, iç ve ya dış, akut veya kronik uyaranlar veya durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır (Özmen ve Önen 2005; Stark & Brinkley 2007). Stres yönetimi, bireyin gerilimini azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek için fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir (Walker et al., 1996). Stres yönetimi, bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemektedir (Yalçınkaya, 2007). Stresi kontrol etmede birinci basamak, bireyin kendisini stres altında hissetmesine sebep olan durumların ve stres altında iken hissettiği duyguların farkında olmasıdır. Bireylerin, stresten fazla etkilenmemeleri adaptasyon kabiliyetlerini belirlemeleri ve baş etme teknikleri kullanmaları ile ilişkilidir (Beasley et al., 2003).

Gebelik süreci ve çocuk sahibi olmak genelde ebeveynler için neşeli ve heyecan verici bir dönem olarak görülür. Fakat günümüzde gebe kadınlar da depresyon, anksiyete, stres ve distres bulgularının arttığı görülmektedir (Halbreich, 2005). Gebelik özellikle planlanmamışsa kadınlarda strese yol açan bir yaşam dönemi olarak ortaya çıkabilmektedir. Ayrıca çalışma koşullarının zorluğu da gebelik sürecinde kadınlarda strese yol açmaktadır. Gebelik sürecindeki stres ve anksiyete, gebelik sonuçları ve doğan çocuklarda olumsuz etkiler meydana getirebilmektedir (Elkin,2015; Madazlı, 2005). Stres faktörleri kişiden kişiye değişiklik gösterir ve kişilerin strese karşı verdikleri cevaplarda farklılık göstermektedir. Stresle başa çıkmada; gevşeme teknikleri, beden egzersizleri, gerilime sebep olan faaliyetlerden uzak kalma, sosyal faaliyetlere katılma, zihinsel düzenleme ve dönüşüm, davranış değişikliği ve inanç gibi yöntemler kullanılabilir (Bozhüyük ve ark., 2012). Stresle baş etme yolları tablo 2.1.4.3'te verilmiştir (Erci, 2009). Gebe kadın olumlu yöntemlere başvurarak stresin, kontrol edip olumlu sağlık davranışı geliştirebilir.

Tablo 2.1.4.3. Stresle Başetme Yolları

Etkili Yöntemler	Etkisiz Yöntemler
Bedene Yönelik Olanlar	Bedene Yönelik Olanlar
*Fizik egzersiz *Nefes alma egzersizi *Meditasyon *Biyofeed-back *Doğru beslenme	*İlaç, alkol, sigara bağımlılığı *Kötü beslenme
	Duygulara Yönelik Olanlar
	*Psikolojik savunma mekanizmalarının aşırılığı *Bilişsel çarpıtmalar
Duygulara Yönelik Olanlar	Davranışa Yönelik Olanlar
*Olumlu düşünme *Duyguları paylaşma	*İçe kapanma *Saldırganlık *Kaçma davranışları
Davranışa Yönelik Olanlar	
*Zamanı iyi kullanma *Sosyal destek sistemleri geliştirmek *Etkili iletişim becerileri geliştirmek *Etkili problem çözme *Stres yaratacak bir durumu tahmin edilebilir hale gelmek için bilgi toplama, sosyal karşılaştırmalar.	

2.2. Gebelikte Yaşanan Değişiklikler

Gebelik dönemi gebenin tüm sistemlerinde bazı değişiklikler yaşanmaktadır. Bu değişiklikler fizyolojik ve psikolojik değişiklikler olmak üzere aşağıda iki başlık altında açıklanmıştır.

2.2.1. Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik dönemi boyunca kadın vücudunda değişiklikler meydana gelir ve bu değişiklikler birçok faktörden etkilenir. Oluşan değişiklikler hormonal etkilerden, uterusun büyümesinden ve annenin fiziksel uyumu sonucunda ortaya çıkmaktadır. Bu değişiklikler doğumdan ve laktasyondan sonra neredeyse tamamen eski haline döner (Kızılkaya Beji, 2015). Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin bilinmesi gebelik döneminde karşılaşılan semptomların anlaşılmasında kolaylık sağlamaktadır. Gebenin prenatal takibi sürecinde sağlığın değerlendirilmesinde

kolaylık sağlar (Perry et al., 2010). Gebelerde görülen fizyolojik değişikliklerin başında üreme sisteminde görülen değişiklikler gelmektedir.

2.2.1.1. Üreme Sisteminde Değişiklikler

Vajina ve Vulva

Gebelikte östrojenin artması ile vajinal mukozada belirgin bir kalınlaşma oluşur (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010). Vaskülarizasyon artışı ve hiperemi görülür. Kaslarda hipertrofi ve bağ dokuda gevşeme meydana gelir (Ayhan ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2006; Perry et al., 2010). Böylece doğum esnasında vajinanın genişlemesi kolaylaşır (Ayhan ve ark., 2008). Vulvada bağ dokusu ve damarlanmadaki artış ile yumuşama görülür. Venaların aşırı dolgunluğu sonucu vulvada varisler görülebilir (Çiçek ve ark., 2006; Coşkun, 2012). Artan damarlanma ve pigmentasyondaki artış ile vajina morumsu menekşe rengini (Chandwick bulgusu) alır (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006; Coşkun, 2012; Perry et al.,2010). Bir değişim de vajenin pH'ında meydana gelir. Laktobasillerin etkisiyle glikojenden laktik asit üretimindeki artış sonucu vajen pH'ı düşer (pH 3.5-6) ve asidik özellik kazanır. Böylece enfeksiyon gelişme riski de azalmış olur ancak Candida albicans için ise uygun bir ortam hazırlanmış olur. Bu durumda da gebe kadında mantar enfeksiyonlarına yatkınlık artar (Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010). Enfeksiyon asemptomatik olabilmekle birlikte genelde vajinal akıntı, kaşıntı ve vulvada yanma ile karakterize semptomlar görülür (Carey & Rayburn,2006). Gebelik sırasında oluşan mukoid vajinal akıntı ve enfeksiyonlardan korumak adına gebe kadına günlük duş banyo yapması önerilir. Vajinal hijyene önem verilmelidir ve vajinal duştan kaçınılmalıdır, pamuklu giysiler ve çamaşırlar giymesi gebe kadını enfeksiyondan korumaya yönelik önlemlerdendir (Coşkun, 2012; Kızılkaya Beji, 2015).

Uterus

Gebe olmayan bir kadının uterus ağırlığı 60-80 g ve iç hacmi ortalama 10 ml'dir (Çiçek ve ark., 2006). Ancak gebeliğin erken dönemlerinde östrojen ve progesteronun etkisiyle uterusun düz kas hücrelerinde hipertrofi ve hiperplazi

meydana gelir (Cengiz ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2006; Coşkun, 2012; Perry et al., 2010; Taşkın, 2016). Kaslardaki bu değişimle gebelik döneminde uterusun şekli ve iç hacminde değişimler meydana gelir. Gebe bir kadının uterus ağırlığı gebeliğin sonuna doğru 900-1100g'a ulaşır ve iç hacim 5L hatta bazı gebelerde 10 L'ye kadar ulaşır (Çiçek ve ark., 2006). Uterin büyüme en çok fundusta ve plasentanın yerleştiği yerde belirgin olup (Cengiz ve ark., 2008) gebeliğin altıncı haftasına kadar ters armut şeklinde olan normal görüntüsünü korur (Ayhan ve ark.,2008; Perry et al.,2010). Altıncı haftadan 12. haftaya kadar yuvarlak şekildedir (Ayhan ve ark.,2008). Uterus pelvisten çıktıktan sonra sigmoid kolon ve rektum kaynaklı sağa rotasyon yapar (Ayhan ve ark., 2008; Cengiz ve ark., 2008; Coşkun, 2012).Uterusun kan damarları, sınırları ve lenflerinde de artış meydana gelir (Coşkun, 2012).Uteroplental kan akımı da gebelik boyunca artar ve term uterusunda kan akım hızı ortalama 500 ml/dk'dır (Perry et al., 2010). Bu artışta uterin damarlardaki (arter ve ven) hipertrofik değişikliklerin sebep olduğu bilinmektedir (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006 ; Perry et al.,2010). Gebe uterusun kontraksiyon eğilimi de artmıştır (Taşkın, 2016) ve birinci. trimesterden sonra irregüler olarak kasılmaya başlar (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006 ; Perry et al.,2010) ve ağrısız kasılmalar görülür, (Ayhan ve ark.,2008; Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010; Taşkın, 2016) ritmik olmayan bu kasılmalara Braxton-Hicks kontraksiyonları denir (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006 ; Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016). Bu kontraksiyonlar servikal dilatasyon ve silinmeye sebep olmaz (Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al.,2010). Ancak gebeliğin son dönemlerinde sıklığında artma görülebilir ve gebeyi huzursuz edici hale gelip gerçek doğum kontraksiyonları ile karıştırılabilir (Kızılkaya Beji, 2015). Kontraksiyon sırasında kadının sol lateral pozisyonda yatıp dinlenmesi, kontraksiyonlarını takip etmesi sıklıkta artış olduğu durumda sağlık kuruluşuna başvurması önerilir (Taşkın, 2016).

Serviks

Gebelik süresince servikte damarlanmada artış, endoservikal bezlerde hipertrofi ve hiperplazi meydana gelir. Bağ dokusu içeriği değişen servikte yumuşama ve renk değişikliği görülür (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006). Servikal glandlardan kalın ve bol miktarda mukus salgılanır ve mukozal bir plak oluşur bu plak

sendoservikal kanalı kapatır. Bu sayede serviks kanaldan uterusu bakterilerin ve diğer maddelerin asendan geçişi engellenmiş olur (Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010). Doğumdan hemen önce servikal dilatasyon başladığı zaman kanlı müköz sıvı şeklinde atılır. Buna nişane (Bloody Show) adı verilir. Gebelikle birlikte kollojen içeriği artan serviksin gerilime karşı koyma gücünü artırmaktadır (Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015).

Overler

Gebelik boyunca artan östrojen ve progesteronun etkisi ile folikül stimüle eden hormon (FSH) ve luteinize hormon (LH) baskılanır (Ayhan ve ark., 2008; Kızılkaya Beji, 2015) ve overlerden ovum üretimi durur (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006; Coşkun,2010 Kızılkaya Beji, 2015). Dolayısıyla gebelik süresinde ovulasyon gerçekleşmez ancak overlerde en yüksek seviyedeki fonksiyonu gebeliğin 7. haftasında kazanan sonradan atrofiye uğrayan korpus luteumdur. Korpus luteum bu haftada progesteron üretiminden sorumlu olan oluşumdur (Ayhan ve ark., 2008; Kızılkaya Beji, 2015). Progesteron 8. haftadan sonra plesanta tarafından yapılmaya başlanır (Ayhan ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2006; Coşkun,2010 Kızılkaya Beji, 2015).

2.2.1.2.Memeler

Gebelikte hormonal yapıya bağlı memelerde değişiklikler görülür. Gebeliğin erken döneminde memelerde hafif renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet ikinci aydan sonra ise hipertrofi ve hiperplazi kaynaklı büyüme izlenir (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015). Meme alveollerinde hipertrofiye bağlı olarak nodüller palpe edilebilir (Ayhan ve ark.,2008; Çiçek ve ark., 2006). Areola koyulaşır genişler ve meme başı erektil bir hale gelir. İkinci trimesterden itibaren kolostrum denen ilk süt salgısı görülebilir (Ayhan ve ark.,2008; Cengiz,2008; Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015) Bu değişiklikler birlikte memelerde hassasiyet gözlenebilmektedir. Gebelere memelerdeki ağrı ve hassasiyeti hafifletmek için memeleri iyi saran/destekleyen ve geniş askılı sutyen kullanmaları ve soğuk uygulama yapmaları, meme ucu akıntısı olursa sütyenle birlikte ped

kullanmaları ve memelerini ılık suyla yıkayıp kuru tutması önerilmektedir (Kızılkaya Beji,2015;Perry et al.,2010; Taşkın,2016).

2.2.1.3.Kardiyovasküler Sistem

Gebelikte büyüyen uterusun, fetüsün ve plesentanın oksijen ve kan ihtiyacının karşılanması için kardiyovasküler sistemde değişimler meydana gelir (Cengiz, 2008). Büyüyen uterus ile birlikte karın kasları ve toraks arasındaki uyumda değişimler meydana gelir diyafragma yukarı doğru yükselir (Perry et al.,2010). Üçüncü trimesterde uterusun diyafragmaya uyguladığı basınç ile birlikte kalp yukarı sol laterale doğru döner (Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015). Pozisyon değişimi ile birlikte kalp sesleri daha yukarıdan ve yandan alınır (Kızılkaya Beji, 2015). Bütün sesler artar ve birinci kalp sesi çiftleşir (Çiçek ve ark., 2006). Gebelikte sistolik mürmur 12. gebelik haftasından doğum sonu dönemde 2-4 haftaya kadar duyulabilir (Kızılkaya Beji, 2015). Gebelikte damar yapısında da değişimler meydana gelir. Gebelerde sistemik ve pulmoner damar direncinde azalma olurken, kan hacminde ve bazal metabolizma hızında artma meydana gelir. Kalbin dakikadaki volümü (kardiyak output) gebenin postürüne göre değişim gösterebilir ancak erken gebelik döneminde artmaya başlar ve 28-32. haftalarda en üst düzeye ulaşır (Ayhan ve ark.,2008). Normal bir kadında kardiyak output 4.5-5.5 ml iken gebe kadında 1.5 ml daha yükselir ve 6-7 ml olur. Bu artış kan basıncındaki ve kan hacmindeki artış ile ilişkilidir (Kızılkaya Beji, 2015). Erken gebelik döneminde vazodilatasyon ve sistemik vasküler dirençte düşme nedeni ile kan basıncında da düşme görülür (Barry et al.,2008). Gebeliğin ortalarına doğru kalp atım volümündeki artış ile birlikte kan basıncında artış gösterir. Doğumdan hemen sonra pelvis ve alt ekstremitelerde tutulan sıvıların da kalbe dönmesiyle tekrar yükselir. Arteriyal kan basıncı genelde aynı seyrederek (Coşkun, 2012; Kızılkaya Beji, 2015). Ancak gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterin ilk dönemlerinde kan basıncında düşüş meydana gelir ve sonra yükselir. Büyümüş uterus vena kava inferiora ve aortaya basınç uygular kardiyak debide azalma görülür ve arteriyal hipotansiyon meydana gelir (Çiçek ve ark., 2006; Coşkun, 2012).Gebede bradikardi, solgunluk, baş dönmesi, terleme, senkop belirtileri (Kızılkaya Beji, 2015) ile meydana gelen bu duruma supin hipotansif sendrom (Çiçek ve ark., 2006; Kızılkaya Beji, 2015) adı verilir. Uzun süre supin

pozisyonda yatan gebede plasentaya olan kan akımı azalacağından hipoksi gelişebilir (Kızılkaya Beji, 2015). Bu durumların önlenmesi için gebelere sol lateral pozisyonda yatmaları önerilir (Cengiz, 2008; Coşkun,2012; Kızılkaya, 2015).

2.2.1.4.Solunum Sistemi

Gebelik süresi boyunca fetüse yaşam desteğinin sağlanabilmesi için solunum fizyolojisinde değişiklikler meydana gelir (Ayhan ve ark.,2008). Diyafragma gebelikte yaklaşık olarak 4cm daha yükselir, kostalar dışa doğru açılır (Ayhan ve ark.,2008, Cengiz, 2008). Oluşan bu değişiklikler geri dönüşümlüdür doğumdan sonraki birkaç hafta içinde kaybolur (Ayhan ve ark.,2008).

Bu değişimlerle birlikte diyafragmatik hareket artar ve solunum daha çok diyafragmatik olarak gerçekleşir. Akciğer direnci azaldığından dolayı gebelik döneminde akciğerlerin uyumu progesteronun etkisiyle değişime uğramaz (Çiçek ve ark.,2008). Akciğerlerdeki fonksiyonel rezidüel kapasite ve volüm azalır bunun yanında vital kapasite ve maksimum insprium ve eksprium basınçlarında anlamlı bir değişim olmaz (Cengiz ve ark., 2008; Çiçek ve ark., 2008). Oksijen ihtiyacındaki artışa yanıt olarak maternal ventilasyon %50 oranında artış gösterir. Yüksek solunum hızından ziyade tidal volümdeki artış ile sağlanır (Barry et al., 2008). Ancak, gebelikte solunum hızı fazla değişim göstermez (Cengiz ve ark., 2008). Alveoler oksijendeki artışla beraber alveoler karbondioksitte azalma görülür. Dolaşımda yükselen hemoglobin ve oksijen taşıma kapasitesindeki artışa tidal volümdeki değişiklikler katkı sağlayarak maternal arter ve ven arasındaki oksijen farkı azalır böylelikle gebelikteki oksijen ihtiyacı karşılanmış olur (Çiçek ve ark., 2008).Ventilasyon artışı ile birlikte serum bikarbonatta da düşüş meydana gelir ve parsiyel karbondioksitte düşer. Bu durumda gebede hafif kompanze respiratuar alkaloz görülebilir (Barry et al.,2008; Cengiz ve ark., 2008). Gebelikte solunum sisteminde meydana gelen değişimler kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişimlere göre daha az yük getirir (Ayhan ve ark.,2008). Gebelikte normal faaliyetler esnasında solunum sıkıntısı görülmez ancak oluşan solunum yolu hastalıkları artan oksijen ihtiyacını sekteye uğratacağı bu dönemde daha ciddi seyredebilir (Çiçek ve ark., 2008). Egzersiz sırasında dakikadaki ventilasyon hızı 10

kat artabilir. Ancak kardiyak rezerv ancak 3 kat arttırılabilmektedir. Bu da solunumsal hastalıkların, kardiyak hastalıklara göre gebelikte daha iyi tolere edilmesini açıklamaktadır (Ayhan ve ark.,2008).

2.2.1.5.Gastro-İntestinal Sistem

Gebelikte gastrointestinal sistem değişiklikleri gebeliğin erken döneminde başlar ve bu değişikliklerden artan progesteron sorumludur. Gebelikte artan östrojene bağlı diş etleri hiperemik ve hipertrofikdir; süngerimsi ve hassastırlar, kolayca kanayabilirler (Coşkun, 2012). Özafagus alt sfinkter basıncı da progesteron hormonunun etkisiyle azalır ve sfinkter gevşer artan intraabdominal basınçla birlikte mide asidi ve safra asitleri özafagus içine kaçabilir. ve gebede pirosis (göğüste yanma hissi) görülebilir (Ayhan ve ark., 2008; Cunningham et al., 2010; Ricci & Kyle, 2009). Bunun yanısıra özafagus motilitesinin azalmasından kaynaklı gebelerde sıklıkla reflü görülür (Ayhan ve ark.,2008; Ricci and Kyle,2009; Sarris et al.,2009). Progesteronun kas gevşetici etkisiyle gastrik peristaltizm azalır, (Coşkun, 2012; Ricci & Kyle, 2009; Sarris et al., 2009). buna bağlı mide boşalma zamanı uzar ve besinlerin mideden geçişi gecikir (Ayhan ve ark.,2008) ve sonuçta mide yanması, bulantı ve kusma, kabızlık şikayetleri yaşanır (Ricci & Kyle,2009; Sarris et al., 2009). Ayrıca bu dönemde uterustaki büyümeye bağlı mekanik basıyla birlikte mide yukarı itilir, kalın ve ince barsağın büyük bir kısmı yukarı ve yanlara doğru yer değiştirir. İnce barsak ve kolon motilitesi de azalır. Demir ve kalsiyum absorpsiyonu gebelik öncesine oranla artmıştır. Bu değişimlerde konstipasyon için zemin hazırlamaktadır görülür (Ayhan ve ark.,2008). Bir diğer sorunda gebelikte yaygın olarak görülen hemoroidlerdir. Uterusun altındaki damarlarda basıncın yükseliği ve konstipasyon hemoroidlerin başlıca sebebidir (Cunningham et al., 2010). Konstipasyonun önlenmesi, sıcak su oturma banyoları, gerekirse hekim önerisi ile ağrıyı giderici ve rahatlatıcı kremlerin kullanılması ile gebelikteki bu problemler önlenmektedir (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016).

Gebelik döneminde bulantı ve kusma annenin yaşam kalitesine, sağlığına etki eden kompleks bir durumdur (Timur ve Kızılrnak, 2011; Köken ve ark., 2009). Gebelikteki bulantı kusmanın aile ve eş iletişimini olumsuz etkilediği, iş kaybına ve

depresyona neden olduğu saptanmıştır (Timur ve Kızılırmak, 2011). Bu sürecin yönetiminde psikolojik ve sosyal destek etkilidir (Köken ve ark., 2009). Yeme alışkanlıkları, psikososyal faktörler, çalışma ve yaşam koşullarıyla doğrudan ilişki göstermektedir. Yaşam şeklinin değiştirilmesi, diyet değişiklikleri, yoğun çalışma temposunun azaltılması, gerekirse medikal tedavinin güvenilirliğine dair annenin bilgilendirilmesi gerekir (Köken ve ark., 2009).

2.2.1.6.Üriner Sistem

Gebeliğin normal seyrinde tüm sistemlerde olduğu gibi üriner sistemde de fizyolojik olarak doğrudan ve dolaylı etkilerle bazı anatomik değişiklikler meydana gelir (Carlin & Alfirevic, 2008; Helli ve ark., 2011; Stapleton & Stamm, 1997). Üriner sistemde görülen değişiklikler gebeliğin 5. ve 7. haftasında ortaya çıkmaya başlar ve doğuma kadar devam eder (Vural ve Gönenç, 2000). Gebelikte renal kan akım hızı %50-70 oranında artmaktadır. Renal kan akımının artması fonksiyonel kapasitenin de artışına neden olmaktadır. Glomerüler filtrasyon hızı ve renal plazma akışı gebeliğin erken döneminde artış göstermektedir (Kızılkaya, 2015; Saidi & ark., 2005; Tunçkıran, 2011). Birinci ve ark, 2005; Tunçkıran, 2011). Glomerüler filtrasyon hızı ikinci trimester başına kadar artış göstermekte ve bu artış düzeyi doğuma kadar devam etmektedir. Renal plazma akışındaki artışta belirgin olan azalma üçüncü trimester boyunca devam eder (Kızılkaya, 2015). Glomerüler filtrasyon hızının artması, tubuler reabsorbsiyonun minimal azalması ve filtrasyon-reabsorbsiyon oranının azalmasıyla gebelikte fizyolojik glikozüri ve proteinüri görülebilmektedir (Kızılkaya, 2015; Vural ve ark., 2000; Taşkın, 2016). Gebelikle birlikte progesteronun artmasıyla ureter kas tonüsü kaybolur ve büyüyen uterus baskısıyla birlikte ureterde ve böbreklerde dilatasyon meydana gelebilir, idrar çıkışının da artmasıyla birlikte gebelerde üriner staz görülebilir. Bunlara bağlı olarak idrarda bulunan aminoasit ve glikozunda etkisiyle üriner sistem infeksiyon riski artar. Bunların yanında renal pelvisteki ve ureterlerdeki genişleme ile beraber büyüyen uterusun uretere baskısı sonucu hidronefroza gelişebilmektedir (Carlin & Alfirevic, 2008; Helli ve ark., 2011). Progesteron düzeyine bağlı olarak mesane kas tonusu azalmakta, vaskülarite artmakta ve gebelikte mesane kapasitesi artış göstermektedir. Bu değişikliklerle beraber uterustaki büyümeyle birlikte mesanenin öne ve yukarı yer

değiştirebilmektedir (Stapleton & Stamm,1997). Gebelikte büyüyen uterusun mesaneye baskısı nedeniyle 3. trimesterde mesane kapasitesinde tekrar azalma görülmektedir. Gebe kadınlar büyüyen uterusun mesaneye baskısı ve pelvis içi konjesyon nedeniyle gebeliğin ilk ve son üç ayında sık sık idrara çıkma ihtiyacı hissetmektedirler. Gebeliğin son aylarında mesane fetal baş ile pelvis arasında sıkışarak idrara çıkma sıklığını artırmaktadır. Progesteron artışının etkisiyle sfinkterlerdeki gevşeme nedeniyle, idrar kaçırma şikâyeti de yaşanabilmektedir (Kızılkaya,2015; Helli ve ark, 2011; Taşkın,2016; Decherney et al., 2007). Literatürde, gebelik döneminde üriner inkontinans prevalansı %30-59 arasında bildirilmiştir (Grandy et al., 2009). Sık idrara gitme, gece idrara gitme gebeliğin getirdiği bu fizyolojik değişikliklerle beraber sık görülen semptomlardandır (Saidi et al., 2005; Tunçkıran, 2011). Alt üriner sistem fonksiyonlarının düzgün çalışması detrüsor kası, sfinkter mekanizmalarının uyumlu çalışmasıyla gerçekleşir ancak gebelikte bu uyumun bozulması alt üriner sistemin düzgün çalışmamasına ve alt üriner semptomların görülmesine sebep olur (Çetinel, 2006).

2.2.1.7. Kas İskelet Sistemi

Gebelikte hormonların etkisiyle kas iskelet sisteminde gevşemeler görülür. Vücut mekaniğinde değişme olur gebe kadının vücudu lordoza eğilimli hale gelir. Eklem ve kemik ağrıları bu dönem boyunca görülebilir. Gebelik sırasında lordozun artması, eklemlerde gevşemeler ve karnın öne doğru çıkması gebede dengenin daha kolay bozulmasına ve düşmelere neden olabilir (Ayhan ve ark., 2008; Ricci & Kyle, 2009; Taşkın, 2016). Büyüyen uterusun, bacakları innerve eden pelvik sinir ya da pelvik damarlar üzerine bası yapması, kalsiyum-magnezyum seviyesindeki değişiklik sonucu bacak krampları oluşmaktadır (Kızılkaya Beji, 2015; Taşkın, 2016). Bacak masajları, bacakların fleksiyona çekilerek kasların gevşetilmesi, lokal ısı uygulaması, zaman zaman ayaklarını yükselterek dinlenmenin alışkanlık haline getirilmesi bacak kramplarının azalmasında etkili olabilmektedir (Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al.,2010; Taşkın, 2016).

2.2.1.8. Endokrin Sistem

Endokrin sistemde gebelik boyunca birçok değişim söz konusudur. Hormonal değişiklikler ve fetüsün büyümesi bu değişimin temel sebebidir. Değişiklik gösteren başlıca hormonlar östrojen ve progesteron olmasına rağmen diğer endokrin bezlerde değişikliğe bağlı birçok hormonlarda da değişim meydana gelir (Ricci and Kyle, 2009). Gebelikte tiroid bezi fazla çalışır vaskülerite artışı ve hiperplazi nedeniyle büyüme söz konusudur (Ricci & Kyle, 2009; Taşkın, 2016). Human koryonik gonodotropin hormonunun (hCG) etkisi ile erken gebelikte tiroid stimüle hormonun etkisi (TSH) düzeyi yükselir son trimesterde Beta hCG düşmesiyle birlikte TSH düşer (Ayhan ve ark., 2008; Taşkın, 2016). Total tiroksin (T4) ve total triiyodotironin (T3) ilk trimesterde yükselmeye başlar. Doğum sonrası 6.-12. haftaya kadar yüksek kalırken sonra normal haline döner. Paratiroid bezler de hiperplazi ve hipertrofiye uğrar (Taşkın, 2016). Gelişen fetüsün anneden insülin çekmesiyle gebelikte insülin ihtiyacı artar ve gebe kadında insülin sekresyonu artar (Ricci & Kyle, 2009). Gebelikte salgılanan koryonik gonadotropin hormonu etkisiyle hipofiz ön lobunda büyüme meydana gelir (Ayhan ve ark., 2008; Coşkun, 2012). Ancak östrojen ve progesteron hormonunun artmasıyla ön lobdan FSH ve LH salınımı baskılanır. TSH ve ACTH büyüyen fetüsün ve gebe kadının değişen metabolik sürecini destekler (Taşkın, 2016). Gebelik döneminde ön hipofizden salgılanan bir diğer hormon prolaktindir. Prolaktin gebelik boyunca salgılanarak meme gelişimini ve laktasyonu sağlar (Cunningham et al., 2010; Ricci & Kyle, 2009). Bu dönemde oksitosin arka hipofizden salgılanarak uterusun kontraksiyonunu ve memelerden sütün boşalmasını sağlar. Ancak gebelik boyunca progesteronun düz kaslar üzerine yaptığı gevşetici etkiden dolayı kontraksiyon gerçekleşmez. Gebeliğin sonunda progesteronun çekilmesiyle kontraksiyon etkisi başlar (Ricci & Kyle, 2009; Taşkın, 2016).

2.2.1.9. Deri ve Saç

Gebe kadının derisinde pigmentasyon artışı görülür. Bu artışın sebebi melanosit stimulan hormon düzeyindeki artış veya östrojen ve progesteronun melanositlere olan etkisidir. Meme ve genital bölgede pigmentasyon artışı daha fazladır (Ayhan ve ark., 2008; Taşkın, 2016). Gebe kadında saçlarda da değişiklikler görülür. Gebe

olmayan kadınlara göre saçların büyüme hızı ve saç folüküllerinin sayısı azalmıştır. Doğumdan sonra folükül sayısında hızlı bir artış gözükür bu da saçlarda dökülmeye sebep olur, gebe kadına bu durum açıklanmalı geçici olduğunun bilgisi verilmelidir (Ayhan ve ark., 2008; Ricci & Kyle, 2009; Taşkın, 2016).

2.2.1.10. Metabolik Değişiklikler

Kilo artışı gebelikte en çok göze çarpan fizyolojik değişikliklerdendir. Gebelik boyunca normal kilo alımı 12.5 kg'dır (Ayhan ve ark., 2008; Taşkın, 2016) ancak bu dönem boyunca 7-20 kg artış normal kabul edilmektedir (Ricci & Kyle, 2009). Gebelerde ilk gebelik haftasından itibaren sodyum retansiyonu görülür (Ayhan ve ark., 2008). Östrojen salınımının artması, kapillerdeki geçirgenliğin artması ve alt ekstremitelerde staz venöz basıncın artmasına bağlı olarak sıvı retansiyonu oluşur (Ayhan ve ark., 2008; Coşkun, 2012; Ricci & Kyle, 2009). Sıvı retasyonun yanı sıra sodyum, potasyum, kalsiyum ve fosfor minerallerinde birikme görülür. Demir belirgin ölçüde artmıştır bu nedenle dışarıdan alma ihtiyacı vardır (Ayhan ve ark., 2008). Gebelikte serum lipitlerinde, lipoproteinlerde ve kolesterol düzeyinde de artış söz konusudur (Coşkun, 2012). Gebelik ilerledikçe insüline olan ihtiyaç artar ve karbonhidrat metabolizmasında da değişiklikler görülür. Bu dönemde anne pankreası enerji ihtiyacını karşılamak ve hiperglisemi önlemek için daha fazla insülin üretir. Bazı gebelerde bu durum gerçekleşmez insülin artışı söz konusu olmaz bu durumda da hiperglisemi yaşanır glikoz intoleransı ya da gebelik diyabeti olarak bilinen durum gerçekleşir (Ayhan ve ark., 2008; Taşkın,2016)

2.2.2.Gebelikte Görülen Psikolojik Değişiklikler

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanı sıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (Vırt, 2008). Gebe kadının vücudunda meydana gelen fizyolojik değişiklikler ile kadında ve ailede olan psikolojik değişiklikler eş zamanlıdır (Kızılkaya Beji, 2015). Gebe kadının bu dönemi olumlu biçimde geçirebilmesi, kadınlık rolünü benimsemesine, kendi annesiyle olan ilişkilerine, çevresindeki rol modellerine, geçmiş yaşamındaki paylaşımlarına, annelik rolüne adaptasyonuna, gebeliğinin planlı olmasına, eşiyile

olan ilişkilerine, bebeği isteme durumuna, değişen beden imajını kabullenmesine, sosyo-kültürel ve ekonomik yapısına bağlı olacaktır (Coşkun, 2012). Gebelik, planlı olsun ya da olmasın, bilinçli ve bilinçdışı güdüleyicileri vardır. Sevme, sevilme ve narsisistik gereksinimleri, yetiştirme istekleri, kadınlığını doğrulama ve bazen kaybın yerine konmasını bu güdüleyiciler arasındadır. Fakat bunlar bazen endişe, kaygılı bekleme ve yüklenme de yaratabilir. Gebelik, ambivalans (zıt-karşıt) ve çatışmanın da eşlik edebildiği, olgunlaşmayla ilgili potansiyel sağlayan normal gelişimsel bir deneyim olarak görülebilir (Kuğu ve Akyüz, 2001). Kadın gebelikte yaşadığı bu değişimlere uyumda sorun yaşabilmekte, gebelik süreci kadın ve ailesi için bir kriz dönemi olabilmektedir (Beydağ, 2007; Koyun ve ark., 2011). Her bir gebelikte, trimesterlere göre kadının tepkileri ve başarması gereken gelişimsel süreç farklılık göstermektedir (Taşkın, 2016). Birinci trimesterde kadında gebe olduğu gerçeğine adaptasyonda değişiklikler görülür. Bu dönemde ambivalan duygular yaygındır (Beji, 2015; Taşkın, 2016). Kadının yaşantısı ve içinde bulunduğu ruhsal durum gebelik sürecini etkiler ve gebelik durumu da ruhsal duygusal yaşantısına etki eder. Bu trimesterde bulantı, kusma, halsizlik gibi fiziksel problemlerde gebe kadında psikolojik bir çöküntü ve rahatsızlık yaratır (Kuğu ve Akyüz 2001). İkinci trimestere geçildiğinde birinci trimesterde görülen semptomlar azalır (Kızılkaya Beji, 2015). Gebelik kadın ve ailesi için daha gerçek bir olay olmaya başlamıştır ve gebe kadının fiziksel görünümünde de değişimler meydana gelmiştir (Taşkın, 2016). Gebe kadın bu dönemde seyirme şeklinde fetal hareketlerin başlamasıyla kendi içine yönelme (Kızılkaya Beji, 2015; Coşkun, 2012; Taşkın, 2016), kendini beğenme, pasiflik, beden imajındaki değişime bağlı gururlanma ya utanç duyguları içerisindedir (Taşkın, 2016). Gebe kadın bu dönemde kendisi ve bebeği ile ilgili bilgileri öğrenmeye istek duyar ve diğer gebelerle aktif iletişime geçtiği dönemdir (Coşkun, 2012). Üçüncü trimestere gelindiğinde fetüs annenin tüm sistemlerini etkilemiştir. Doğumun yaklaşmasıyla birlikte anne doğumun nasıl olacağını, bebeğin sağlıklı olup olmayacağı konusunda endişe içinde olabilir (Coşkun, 2012; Kuğu ve Akyüz 2001). Bu dönemde kadın özellikle kocasının desteğini bekler (Coşkun, 2012). Destekleyici bir eş gebe kadının baş etmesinde yardımcı olacaktır (Taşkın, 2016).

2.3.Gebelikte Sosyal Destek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Kadın için gelişimsel kriz dönemi olarak bilinen gebelik ve doğum sonrası dönem biyolojik değişikliklerin yaşandığı fizyolojik, sosyolojik ve psikolojik olarak karmaşık bir süreçtir (Coşkun, 2012; Taşkın, 2016). Bu dönem anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiğinden sosyal desteğe ihtiyaç yönünden en önemli yaşam dönemidir. Bu dönemi sağlıklı ve konforlu geçirmek kadın ve doğacak bebeği için büyük önem taşımaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010). Bu süreçte annenin sahip olduğu özellikler, ailesel ve sosyal faktörler, kültürel yapı, eşin desteği, sağlık profesyonellerinin desteği gibi birçok değişken kadının gebeliği algılayışını, gebeliğe ve annelik rolüne uyumunu etkilenmektedir (Yılmaz ve Beji, 2010). Sosyal destek varlığı gebelik ve doğum sonrası dönemde kadının annelik rolüne uyumunu olumlu yönde etkilemekte, bebeğe olan duyarlılığı artırmakta ve çevre ile ilişkiyi kolaylaştırmaktadır. Destekten yoksun olan bir kadın da ise bu durumların aksine olumsuz deneyim yaşayabilmektedir (Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010; Taşkın, 2016).

Sosyal destekler başa çıkma biçimlerini etkiler ve stres verici olay ile sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir. Gebe kadınlar için bu destek kaynaklarından en önemlisi yakın aile üyeleri, özellikle kadınların eşleridir (Collins, 2003; Hancock, 1986). Sosyal destek sistemleri güçlü olan gebeler; sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmakta, duygusal ve bilişsel açıdan rahatlayıp, stres ve kaygılarıyla daha kolay baş ederek annelik rolüne daha kolay geçebilmektedir (Çalık, 2011; Vırt, 2008). Yapılan bir çalışmada kadınların sosyal çevrelerinden sağladığı sosyal destek sayesinde, gebeliklerini daha olumlu geçirdikleri annelik rolüne uyumun daha hızlı kazanıldığı ve doğum sonrası bu kadınların daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (Okanlı ve ark., 2003).

Gebelik döneminde yeterli psikososyal desteğin olması ve gebenin ruh sağlığının iyi olması, fetüsün sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sosyal desteği düşük olan gebelerin yeterli sosyal destek alan gebelere kıyasla daha fazla sigara tükettiği ve “düşük doğum ağırlıklı bebek doğurduğu, doğumu komplikasyonlu geçirdiği, prematürite ve intrauterin gelişme geriliği gibi sağlık sorunlarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Eisenbruch, 2007; Vırt, 2008). Stresli durumların olduğu bu süreçte

annelere yeterli desteğin sağlanmaması, onların bedensel ve ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Baklaya, 2002; Webster ve ark., 2000). Yapılan çalışmalarda doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasındaki uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları yer almaktadır (Hung & Chung, 2001; Özdemir, 2008; Marakoğlu ve Çivi, 2008). Gebelik döneminde sosyal desteği yüksek düzeyde olan kadınlar, düşük düzeyde destek alan kadınlara göre gebelik sürecini daha mutlu geçirmekte ve gebeliklerinde olumlu duygular yaşamaktadır (Murray & McKinney, 2010). Destekleyici ilişkilerin insanların yaşamında sağlık problemlerini önleme, sağlığı yükseltme, stresin etkilerine karşı koruma ve stresin yarattığı olumsuz etkilerle baş etmede etki eden bir faktördür (Yıldırım, 2011). Bu durum insan yaşamının her evresinde olduğu gibi gebelikte daha önem kazanmaktadır. Kadının çevresinde önemseydiği kişilerden aldığı destek ile olumlu gebelik deneyimi yaşar. Yeterli sosyal destek alan bir kadın, gebeliğinin sağlıklı geçmesi için çevresindekilerden yardım talep edebilir ve yararlı sağlık uygulamaları ve davranışlarını arttırarak oluşabilecek gebelik komplikasyonlarını azaltabilir (Taşkın, 2016). Gebelikteki sağlık uygulamaları ve davranışları gebenin kendi sağlığını, fetüs ve yenidoğan sağlığını kapsayan ve gebeliğin sonuçlarını etkileyen aktiviteler olarak ifade edilebilir (Frisbie et al., 1997). Gebelik döneminde kadının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmesi kadının ve yenidoğanın sağlığına olumlu yönde katkı sağlar (Perry et al., 2010). Gebelik dönemi boyunca gebe kadın olumlu ve olumsuz sağlık davranışları sergileyebilir. Bu dönemde olumlu sağlık davranışları, doğum öncesi bakım, uygun kilo alımı ve beslenme, düzenli egzersiz, dinlenme ve düzenli uyku, gebelik ve doğumla ilgili bilgi edinme olarak belirtilebilir (Esperat et al., 2007; Korenbrot et al., 2005). Gebelik dönemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına gebelikte dengeli beslenme, fiziksel aktivite, stresle başa etmeye yönelik stratejilerini kullanma örnek gösterilebilir (Stark & Brinkley, 2007). Olumsuz sağlık davranışları düşük, kanama, erken doğum, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, ve doğum sonrası komplikasyonlar, yenidoğan bebekte nöropsikolojik defekt, makrozomi bebek, spontan abortus, ölü doğum, annede depresyon, uzun süren doğum eylemi, doğum travması, asfiksi, sezeryan doğum, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı gibi istenmedik gebelik sonuçlarına neden olur (Marakoğlu ve Sezer, 2003; Murray &

McKinney 2010, Lindgren, 2003). Bunların önlenmesi için sağlıklı yaşam biçimi davranışları bir alışkanlık haline getirilmelidir. Literatürde gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına ilişkin aktiviteler tablo 2.3.1’de özetlemiştir (Lindgren, 2001; Stark & Brinkley, 2007).

Tablo 2.3.1. Gebelik Dönemindeki Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (SYBD)

Erken ve düzenli doğum öncesi bakım almak
Fetüse zararlı maddelerden (alkol, tütün ya da ilaçlar) kaçınmak
Gebelik, doğum ve ebeveynlik hakkında eğitilmiş olmak
Prenatal sınıflara katılmak
Sağlıklı beslenmek
Rehberlerde önerilen kilo alımını sağlamak ve kontrol etmek
Düzenli ve gebeliğe uygun egzersizler yapmak
Stresle baş etme stratejileri geliştirmek
Ağız ve diş bakımını sağlamak
Riskli cinsel davranışlardan kaçınmak
Toksik veya enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınmak
Gebelikte sağlıklı ilişkiler sürdürmek.

Pender (1987) sağlığı geliştirici davranışların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile sağlanabileceğini ifade etmiştir. Bu doğrultuda gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını incelediğimizde tüm alt boyutların gebelikte yakından ilgisi olduğu görülmektedir. Bu alt boyutlar manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite ve stres yönetimidir (Walker et al., 1987; Esin 1999; Erci ve ark. 2001; İlhan ve ark., 2010). Gebelikte bu davranışları incelediğimizde; bu dönemde maneviyatın sağlık davranışları ile ilişkisi açık değildir. Jesse ve Reed (2004) gebelik döneminde yüksek maneviyatın sigara bırakmada etkili olduğunu bildirmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalarda gebelik öncesinde, gebelik döneminde ve laktasyon boyunca beslenme durumunun annenin ve bebeğin sağlığını önemli derecede etkilediği belirtilmektedir (Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010; Sağlık Bakanlığı, 2008; Şıman et al., 2006; Taşkın, 2016). Gebe kadınların yetersiz beslenme alışkanlıkları anemi, preeklamsi, obesite ve osteoporozla ilişkili hastalık ve ölüm

risklerini artırmaktadır. (Youngkin ve Davis, 2004). İrge ve arkadaşlarının (2005) 202 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebe kadınların %81.2'sinin gebelikte beslenme sorunu yaşadığı ortaya çıkmıştır. Gebelerin %33.2'sinin düzenli beslenmedikleri ve öğün sayılarında herhangi bir artış yapmadıkları belirlenmiştir.

Api ve ark. (2005) Gebelik döneminde yapılan egzersizlerin, bulantı ve kusmayı, eklem kas ağrılarının, duruş bozukluklarını, nefes darlığını azalttığı belirtilmiştir. Yapılan fiziksel aktiviteyle gebenin stres ve gerginliği azaldığı daha rahat uyuduğu ve kendini daha rahat hissettiği belirtilmektedir (Api, ve ark., 2005; Duncombe et al., 2009; Şirin, 2008, Taşkın, 2016). Downs ve Hausenblas (2004) 'ın çalışmasında kadınların egzersize olan inançlarının, gebelik ve doğum sonrası dönemlerde %33.8'inin egzersizin gebelik döneminde ruh sağlığını, %29.7'sinin enerjiyi artıracaklarını, %21.6'sının ise gebelik döneminde sağlıklı kalmaya yardımcı olacağını düşündükleri belirlenmiştir. Ayrıca kadınların %37.8'i egzersizin doğum sonrası kilo kontrolüne yardımcı olacağını, %36.5'inin doğum sonrası sağlıklı olmaya yardımcı olacağını, %31.1'inin ruh sağlığını artıracaklarına inandıkları bulunmuştur. Sözeri ve arkadaşlarının (2006) 310 gebe kadın dahil ederek, gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışlarını inceledikleri çalışmada; gebe kadınların %88,7'si düzenli yürüyüş ve egzersiz yaptıkları saptanmıştır. Clarke ve Gross'un (2004) 57 nullipar gebe üzerinde, kadınların gebeliklerinde fiziksel egzersiz hakkında bilgi aldıkları kaynaklar, düşünce ve davranışlarını inceledikleri çalışmanın sonuçlarında; gebelerin %39'u gebelik süresince aktif bir yaşam tarzı sürmek veya düzenli egzersiz yapmaktan çok istirahat ve dinlenmenin daha önemli olduğunu düşündüklerini, gebelerin %96'sının gebelikleri süresince en az bir kez fiziksel aktivitenin önemiyle ilgili bilgi aldıklarını belirlemişlerdir. Gebelikte planlanan egzersizler ile gebe kadının, doğumdan sonra vücudun doğumdan önceki haline dönmesi, enerji düzeyini, kendine olan güvenini ve zindeliğini arttırması, sağlıklı ve olması gereken vücut ağırlığının korunması, kas tonüsünün gelişmesi, menopozdan sonra osteoporoz riskini azaltmak gibi uzun vadeli kazanımları mevcuttur (Kızılkaya Beji, 2015). Bir diğer sağlıklı yaşam biçimi davranışı olan kişilerarası ilişkiler gebelik döneminde kadınları olumlu sağlık davranışlarına teşvik etmede önem taşımaktadır (Wilkinson & Miller, 2007). Wilkinson ve Miller (2007) 42 gebe kadın ile yaptığı odak grup görüşmesi çalışmasında, gebe kadınların eşlerinin ve annelerinin gebelik döneminde

kadına destek olan kişiler olduğunu bildirmiş, aile ve yakın çevre desteği az olan gebe kadınların diğerlerine göre yetersiz doğum öncesi bakım aldıklarına dikkat çekmiştir. Stark ve Brinkley'in (2007) çalışmasında gebeliğinde olumlu sağlık davranışı olan kadınların gebelik süresince daha az stres yaşadıkları belirlenmiştir.

2.4. Gebelikte Sosyal Desteğin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi

Hem gebelik hem de doğum sonrası dönem kişilerarası ilişkileri de etkileyen önemli fiziksel ve duygusal değişimlerin yaşandığı süreçlerdir. Yetersiz sosyal destek ve artmış sosyal çatışma gibi kişilerarası risk etkenleri bu dönemde kadının ruhsal ve fiziksel sağlığını olumsuz etkilemektedir (Altın, 2012; Westdahl, 2007). Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı koruma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik için de geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise, bu deneyimi olumsuz olarak etkileyebilmektedir (Taşkın, 2016). Harley ve Eskenazi'nin (2006) 568 Meksika asıllı gebe kadında yaptığı çalışmada sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu belirlenmişlerdir. Downs ve Hausenblas'ın 2004 yılında yaptıkları çalışma sonucunda; ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını artırmada önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Cannella'nın (2005) 152 gebe üzerinde sosyal desteğin, pozitif sağlık davranışlarına etkisini incelediği çalışmanın sonucunda, sosyal desteğin pozitif sağlık davranışlarını arttırdığı belirlenmiştir. Ching ve arkadaşlarının (2007) depresyon, sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının profilini belirlemek için postpartum 122 kadında yapılan çalışmada sosyal desteği yüksek seviyede algılayan kadınlarda kendini gerçekleştirme/manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, kişilerarası ilişkiler, beslenme ve stres yönetimi arttırdığı bulunurken, fiziksel aktiviteye ters yönde etki ettiği saptanmıştır.

2.5. Sosyal Destek ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarında Hemşirenin Rolü

Sağlığı koruma ve geliştirme denildiğinde insanların aklına ilk olarak hastaneler doktorlar ve hemşireler gelmiş ancak sonraları insanların sağlıklarının yaşam biçimlerine bağlı olduğu ortaya konulmuştur (Özvarış, 2006). Literatürde yaşam biçimi ile sağlık durumu, sağlık hizmeti sistemleri ve sağlık hizmetlerinin kullanımının ilişkili olduğunu gösterilmektedir (Fleming & Marshall, 2008). Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkiler bakımından önemlidir (Taşkın, 2016). Özellikle kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıklarının bilinmesi önem taşımaktadır. Sağlık çalışanları kadınları gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmeli (Mermer ve ark., 2010) ve sosyal destek sistemlerini harekete geçirme, olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmalıdırlar. Gebe bir kadın için, en önemli destek kaynaklarından birisi de hemşiredir. Hemşire, anneye gebelik süresince duygu ve endişelerini ifade etmesinde, pozitif başa çıkma stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir şekilde yararlanmasında aileye bu fırsatı sunacak ve ortamı hazırlayacak en uygun konumda olan sağlık ekibi üyesidir (Akbaş, 2006; Shieh et al., 2001). Hemşireler anne adaylarının endişelerini dinlemeye, kendisi ve bebeği ile ilgili sorularını cevaplandırmaya, annelik davranışını desteklemeye, annenin bebeği hakkındaki önyargılarını yenmesine, kendini ve bebeğini pozitif olarak algılamasına yardım eder. Hemşire doğum sonu erken dönemde anne ve bebeği değerlendirerek bakım gereksinimlerini karşılar, anne ve bebek arasındaki etkileşimi başlatır, annenin bebeğine karşı koruyucu, güven verici ve uyaran sağlayıcı davranışlar geliştirmesini destekler ve annenin özgüvenini artırarak, annelik davranışını öğrenme sürecini kolaylaştırır (Özkan,2010). Pahalank (1991) sağlığı geliştirme konusunda eğitici, danışman ve kolay ulaşılabilirliği açısından bireylere yardım edecek en uygun kişi olarak hemşireleri göstermiştir. Bu nedenle sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmede toplumu etkileme ve rol model olma yönünden hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir (Ayaz ve ark. 2005). Gebe kadının takibini yapan bir hemşirenin öncelikli olarak bakımı planlaması için kadının mevcut durumu ve yaşam alışkanlıkları (uyku, beslenme, egzersiz, kişisel hijyen, destek mekanizmaları)

konusunda bilgi sahibi olması gerekir (Perry et al.,2010). Hemşireler rol model olarak bireylere sağlık durumlarını geliştirmeleri konusunda yardım etmesi ve desteklemesi, stresle baş etme, beslenme, egzersiz ve etkin kişilerarası iletişim ile ilgili olumlu sağlık davranışları konusunda öneriler sunmalıdır (Perry et al.,2010). Hemşire gebe kadını bu süreçte yaşadığı fizyolojik ve psikolojik değişimler yönünden bütünsel olarak değerlendirmeli, bakımın temel amacına gebeliğin sağlıklı anne ve yenidoğanla sonuçlanması için eğitimler vermelidir (Coşkun, 2012). İletişim tekniklerini kullanarak gebenin ve ailenin yanında olduğunu hissettirmeli ve desteklemelidir (Taşkın, 2016). Perinatal dönemde hemşirelik yaklaşımının amacı gebenin ve ailesinin fiziksel ve psikososyal yönden uyumlu olmalarını sağlamak için bakım ve eğitim gereksinimlerinin karşılanmasına yardım etmektir (Kızılkaya Beji,2015). Böylece gebe kadının sağlık davranışları olumlu yönde gelişebilir, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik adımlar atılabilir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı-korelasyon çalışmasıdır.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma İstanbul Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gebe Poliklinikleri ve Non Stres Test (NST) odasında 22.02.2016-04.04.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde genel olarak 300 yatak sayısı, 100 poliklinik odası, 36 yoğun bakım yatağı ve 6 ameliyathane salonu bulunmaktadır. Hastanede 2 gebe polikliniği ve 1 NST odası bulunmaktadır. Klinikte, bir eğitim görevlisi hekim, 2 başasistan ve 12 uzman hekim görev yapmaktadır. Gebe polikliniklerinde hemşire çalışmamakta yalnızca Non Stres Test (NST) odasında 2 hemşire görev yapmaktadır. Ayrıca hastanede gebe okulu bulunmaktadır ve gebe okulu için 1 hemşire görevlendirilmiştir. NST için gelen gebeler gebe okuluna gelmeye teşvik edilmektedir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Gebe polikliniklerine ve NST odasına gelen gebe sayısı hastanenin istatistik biriminden elde edilen veriye göre 1 Eylül - 31 Ekim 2015'te polikliniğe 3462 gebe başvurmuştur. Ayda polikliniğe başvuran gebe sayısı ortalama 1731 kabul edilerek projeksiyon ile yılda yaklaşık 20772 (1731 x12) gebenin başvuracağı hesaplanmıştır. Elde edilen bu sayıda tekrarlı gebe izlemlerinin yer alması nedeniyle Sağlık Bakanlığı gebe izlem protokolü doğrultusunda bir kadının gebelik süresi boyunca en az 4 kez izlenebileceği göz önüne alınarak 20772/4 hesabı ile tahmini evren sayısı 5193 gebe olarak belirlenmiştir. Çalışmanın örnekleme ise, evrenin belirli olduğu durumdaki örneklem hesabı formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada olayın görülüş sıklığı (sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi); literatür doğrultusunda konu ile ilgili çalışmalar dikkate alınarak %35 (min:%30-

max:%40, ortalama: %35) kabul edilmiştir (Baheiraei et al., 2014; Downs Symons & Hausenblas,2004; Harley& Eskenazi, 2006).

Buna göre;

N: Evrendeki birey sayısı (5193)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı (olasılığı) (0.35)

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı (1-p) (0.65)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma (0.05)

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer (1.96)

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq} = \frac{5193*(1,96)^2 * 0,35*0,65}{(0,05)^2 * 5192 + (1,96)^2 * 0,35*0,65}$$

Hesaplamalar sonucunda örnekleme 329 gebe dahil edilmiştir.

Örnekleme Seçim Kriterleri

- Zihinsel engeli olmama
- Okuma- yazma bilme
- T.C. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuna göre herhangi bir riski bulunmama

3.4. Araştırmanın Değişkenleri

Çalışmanın bağımlı değişkeni; Sağlıklı yaşam biçimi davranışları (sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi),

Bağımsız değişkenleri ise; sosyal destek düzeyi, yaş, çalışma durumu, aile tipi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik özelliklerdir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada örnekleme alınacak gebeleri belirlemek için T.C. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu, araştırmacı tarafından geliştirilen Gebe Tanılama Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II olmak üzere dört form kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan veri toplama formlarının özellikleri aşağıda açıklanmıştır.

Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

Çalışmada örnekleme alınacak gebeyi belirlemek üzere kullanılmış olan Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu (EK 1), gebenin obstetrik öyküsü, mevcut gebelik bilgisi, genel tıbbi öyküsü olmak üzere 3 bölümün yer aldığı 24 sorudan oluşan bir formdur. Dolayısıyla Formda yer alan soruların herhangi birine evet cevabı veren gebe riskli gebe grubuna dahil edilmiş ve örnekleme dahil edilmemiştir.

Gebe Tanılama Formu

Gebe tanılama formu (EK 2), toplam 20 sorudan oluşan bir formdur. Bu formda gebelerin yaş, eğitim düzeyi, evlilik süresi gibi sosyodemografik özellikler, şimdiki ve geçmiş gebeliklere ait öykü ile gebenin genel tıbbi öyküsünü içeren sorular yer almaktadır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (EK 3), üç farklı kaynaktan aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan sosyal desteği ölçmek amacı ile Zimet ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiştir. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 gruba ayıran 3 alt boyutu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Likert tipi olan ölçekte her madde 1' den (kesinlikle hayır) 7'ye (kesinlikle evet) kadar puanlanmaktadır. Her alt boyutta yer alan madde puanlarının toplanması ile alt boyut toplam puanı; alt boyut toplam puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı hesaplanmaktadır Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84'tür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek

olduğunu, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destek azlığını veya yoksunluğunu gösterir. Orijinal geçerlik, güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.88$ (özel insan desteği alt ölçeği için 0.91, aile desteği alt ölçeği için 0.87, arkadaş desteği alt ölçeği için 0.85), üç ay arayla test-tekrar test güvenirligi 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçek Türkçe'ye Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından uyarlanmış, iç tutarlılık katsayısı $\alpha=0.89$ olarak bulunmuştur (özel bir insan alt ölçeği için 0.92, aile alt ölçeği için 0.85, arkadaş alt ölçeği için .88).

Yapılan bu çalışmada toplam ölçek cronbach alpha katsayısı 0.952, ölçek alt boyutlarının cronbach alpha katsayıları; özel bir insan desteği 0.981, aile desteği 0.967, arkadaş desteği 0.975 olarak bulunmuştur.

Eker ve arkadaşları (2001)'nin ölçeğin faktör yapısının geçerlik ve güvenilirliğini yaptığı çalışmada özel bir insan ve aile alt boyutları sınırlar içine alınmıştır. Özgül olarak aile; ebeveynler, eş, çocuk ve kardeşler dahil edilerek tanımlanmış özel bir insan dışlama yoluyla tanımlanarak ailenin ve arkadaşların dışında olan kişi (örneğin; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) olarak belirtilmiştir.

Tablo 3.4.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Düzeyleri

SYBDÖ II ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Cronbach Alpha Katsayıları
Özel Bir İnsan Desteği	4	1,2,5,10	4-28	0.92
Aile Desteği	4	3,4,8,11	4-28	0.85
Arkadaş Desteği	4	6,7,9,12	4-28	0.88
Toplam Ölçek	12		12-84	0.89

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II (EK 4) bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları ölçmek için Walker ve ark. (1987) tarafından geliştirilmiş, 1996 yılında tekrar revize edilmiştir (Walker ve ark., 1996). Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması en son 1998 yılında Akça tarafından yapılmıştır. Kullanılan ölçeğin uyarlama çalışması üzerinden on yıl bir

süre geçmiş olması ölçeğin yeniden toplumuza uyarlanmasına gereksinim göstermiştir.

Ölçeğin çeşitli grupların sağlık davranışlarının değerlendirilmesinde ve planlanan sağlığı geliştirici programlarının etkinliğinin değerlendirilmesinde etkin olarak kullanılabilmesi nedeniyle ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasının yenilenmesine gereksinim duyulmuştur. Bahar ve ark. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmışlardır (Bahar ve ark.,2008). Ölçek toplam 52 maddeden oluşmuş olup 6 alt faktörü vardır. Alt gruplar, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir. Ölçeğin genel puanı sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını vermektedir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Derecelendirme 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin sağlık sorumluluğu, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar 9-32'dir. Fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyutlarının en düşük ve en yüksek puanları 8-32'dir. Ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.92 olup yüksek güvenilirlik derecesine sahiptir. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları ise; Sağlık sorumluluğu 0.77, Fiziksel Aktivite 0.79, Beslenme 0.68, Manevi Gelişim 0.79, Kişilerarası İlişkiler 0.80, Stres Yönetimi 0.64 olarak saptanmıştır.

Bu çalışmada ise; toplam ölçek Cronbach Alpha değeri 0.956 olup, ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları Sağlık sorumluluğu 0.83, Fiziksel Aktivite 0.837, Beslenme 0.778, Manevi Gelişim 0.833, Kişilerarası İlişkiler 0.83, Stres Yönetimi 0.78 olarak saptanmıştır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinin alt boyutları aşağıda açıklanmıştır; (Yalçinkaya, Özer ve Karamanoğlu Yavuz, 2007).

- **Sağlık sorumluluğu alt boyutu;** bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.
- **Fiziksel aktivite alt boyutu;** sağlıklı yaşamın değişmez bir ögesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını gösterir.

- **Beslenme alt boyutu;** bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme, yiyecek seçimindeki değerlerini belirler.

- **Manevi Gelişim/ Kendini gerçekleştirme alt boyutu;** bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirler.

- **Kişilerarası ilişkiler alt boyutu;** bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve süreklilik düzeyini belirler.

- **Stres yönetimi alt boyutu;** bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirler

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' nin alt boyutları madde sayısı, soru numaraları ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanları ve Cronbach Alpha Katsayıları tabloda gösterilmiştir.

Bu çalışmada Walker ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan SYBD Ölçeği-II kullanılmıştır.

Tablo 3.4.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puan Korelasyonları ve Cronbach Alpha Düzeyleri

SYBDÖ II ve Alt Ölçekler	Madde Sayısı	Soru Numaraları	Alınabilecek En Düşük ve En Yüksek Puanlar	Cronbach Alpha Katsayısı
Sağlık Sorumluluğu	9	3,9,15,21,27,33,39,45,51	9-36	0.77
Fiziksel Aktivite	8	4,10,16,22,28,34,40,46	8-32	0.79
Beslenme	9	2,8,14,20,26,32,38,44,50	9-36	0.68
Manevi Gelişim	9	6,12,18,24,30,36,42,48,52	9-36	0.79
Kişilerarası İlişkiler	9	1,7,13,19,25,31,37,43,49	9-36	0.80
Stres Yönetimi	8	5,11,17,23,29,35,41,47	8-32	0.64
Toplam Ölçek	52		52-208	0.92

3.6.Uygulama

3.6.1. Ön Uygulama

Kullanılacak olan ölçeklerin doldurulma süresi ve tanılama formunun anlaşılabilirliği ve kullanılabilirliğini test etmek için gebe polikliniğinde örneklemin yaklaşık % 10'unu oluşturan 30 gebeye ön uygulama yapılmıştır. Araştırmaya başlarken planlanan şekilde Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu ve Gebe Tanılama Formu araştırmacı tarafından soru-cevap şeklinde doldurularak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK3), Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK4) araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gebelerin kendisine verilerek doldurmaları istenmiştir. Ön uygulama sonucu gebelerin doldurması istenen ölçek formlarını tam doldurmadıkları, bazı soruları uzun buldukları ve/veya okumak istemedikleri görüldüğü için uygulamaya geçildiğinde her iki ölçeğin araştırmacı tarafından gebelere sorulmasının daha uygun olacağına kararı verilmiş ve çalışmada tüm formlar araştırmacı tarafından gebelerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. "Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu (EK 1)" nun doldurulması ortalama 3 dakika, "Gebe Tanılama Formu (EK2)" nun doldurulması ortalama 5 dakika ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (EK 3) 'nin doldurulması 5 dakika "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK 4) doldurulması 10 dakika olmak üzere verilerin toplanması yaklaşık 23 dakika sürmüştür.

3.6.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra çalışmaya katılmayı yazılı onam ile kabul eden gebelere, poliklinikte ya da NST odasında "Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu (EK 1)" uygulanmış riski olmayan gebeler belirlenerek örnekleme dahil edilmiştir. Daha sonra bu gebelerle "Gebe Tanılama Formu (EK 2)", "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK3)", "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (EK 4)" yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

3.7. Araştırma Planı ve Takvimi

- Literatür tarama ve tez konusunu belirleme (Eylül-Ekim 2015)
- Tez önerisine hazırlık (Ekim-Kasım 2015)
- Öneri sınavı (25.11.2015)
- Etik kurul izni (02.12.2015, EK5)
- Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzni (24.12.2015, EK6)
- Verilerin toplanması (22.02.2016-04.04.2016)
- Veri analizi ve rapor yazımı (Mayıs 2016)
- Tez bitirme sınavı (13.07.2016)

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 21.0 paket programı kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım göstermediği için ikili gruplarda Mann Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplar arası karşılaştırmada Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinden median (ortanca) değerleride belirtilmiştir.

Parametreler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde korelasyon testi kullanılmıştır. Geçerlilik güvenilirlikte reliability analizi kullanılmış, sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık 0.05 düzeyinde değerlendirilmiştir. Bu değerden küçük ya da eşit "p" değerleri için istatistiksel olarak anlamlı; büyük değerleri için istatistiksel olarak anlamlı değil yorumu yapılmıştır.

3.9. Araştırmada Yaşanan Güçlükler

Araştırmaya başlarken İstanbul ilinde yer alan bazı hastaneler ile izin için görüşülmüş ancak söz konusu kurumlarda çalışmanın yürütülebilmesi için tez danışmanı olarak klinikten bir hekimin görevlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bir hastane yönetimi ise kurum çalışanı olmayan araştırmacılara çalışma izni vermediklerini ifade etmişir. Bu nedenlerden dolayı bu hastaneler araştırma

planından çıkarılmıştır. Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği'ne bağlı üç hastane; İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum kliniklerinde araŐtırmayı yŐrŐtebilmek için yazılı izin alınmıştır. Veri toplamaya Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde baŐlatılmıŐ ve yeterli sayıda gebeye ulaŐıldıđı için çalışma bu hastanede sŐrdŐrŐlmŐŐ ve tamamlanmıŐtır.

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Koç Őniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 02.12.2015 tarih ve 2015.266.IRB3.141 karar no"lu etik kurul izni (Ek 5), Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği"nden 24.12.2015 tarih ve 97175836-770 no"lu araştırma izni (Ek 6) alınmıştır. Çalışmaya katılan gebelere öncelikle çalışma detaylı olarak anlatılmıŐ ve yazılı onamları alınmıştır (EK 7). Araştırmacı tarafından hazırlanan yazılı onam formu için hastaların isminin alınmaması belirtildiğinden gebelerden isimsiz yazılı onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırma verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular aşağıda belirtilen 4 başlık altında ele alınmıştır:

1. Tanımlayıcı bulgular;
 - Gebelerin sosyodemografik özellikleri
 - Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özellikleri
2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'ne ilişkin bulgular;
 - Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin toplam puan ve ve alt ölçeklerine ait puan ortalamaları
 - Gebelerin sosyo demografik özelliklerine göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği puan ortalamaları
 - Gebelerin mevcut gebeliklerine ait özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği puan ortalamaları
3. Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Puan Ölçeklerine Ait Puan Ortalamaları
4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular;
 - Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanı ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği puanının korelasyonu

4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1 Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=329)

Özellikler	n	%
Yaş		
18-24	102	31.0
25-29	124	37.7
30-34	103	31.3
Yaş Ortalaması (min: 15 –max: 34)	$\bar{X} \pm SS=26.96 \pm 4.50$	
Evlilik süresi (yıl)		
1-3 yıl	113	34.3
4-6 yıl	84	25.5
7 -10yıl	80	24.3
11 yıl ve üzeri	52	18.8
Evlilik süre ortalaması	$\bar{X} \pm SS=5.93 \pm 4.15$	
Eğitim durumu		
Okur-yazar	31	9.4
İlköğretim mezunu	112	34.0
Lise mezunu	141	42.9
Üniversite ve üzeri	45	13.7
Çalışma durumu		
Çalışıyor	41	12.5
Çalışmıyor	288	87.5
Sosyal Güvence		
Evet	248	75.4
Hayır	81	24.6
Aile tipi		
Çekirdek aile	210	63.8
Geniş aile	119	36.2
Ailenin gelir durumu algısı		
İyi (Gelir giderden fazla)	23	7.0
Orta (Gelir gider ile dengeli)	259	78.7
Kötü (Gelir giderden az)	47	14.3
Kadınların eşlerinin eğitim durumu		
Okur-yazar değil	3	0.9
Okur-yazar	26	7.9
İlköğretim mezunu	112	34.0
Lise mezunu	143	43.5
Üniversite ve üzeri	45	13.7
TOPLAM	329	100.0

Tablo 4.1.1’de kadınların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, gebelerin yaş ortalamasının 26.96 ± 4.50 olduğu % 37.7’ sinin 25-29 yaş arasında, % 42.9’ unun lise mezunu olduğu, % 87.5’inin herhangi bir işte çalışmadığını ve % 75.4’ünün sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir. Gebelerin eşlerinin ise, % 43.5’ inin lise mezunu, %34’ünün ilköğretim mezunudur. Gebelerin % 63.8’ i çekirdek aile tipine sahiptir. Gelir durumu algısına bakıldığında ise kadınların % 78.7’ sinin gelirinin gideri ile dengeli olduğunu belirttiği saptanmıştır.



Tablo 4.1.2. Gebelerin Mevcut Gebeliklerine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (n=329)

Özellikler	n	%
Şuanki gebelik haftası		
İlk Trimester (0-12 hafta)	30	9.1
İkinci Trimester (13-27 hafta)	35	10.6
Üçüncü Trimester (28 ve üzeri hafta)	264	80.2
Şuanki gebelik haftası ortalaması (min: 1, max: 41)		$\bar{X} \pm SS=31.28 \pm 9.68$
Gebelik sayısı		
ilk gebelik	108	32.8
2	102	31.0
3	64	19.5
4 ve üzeri	55	16.7
Ortalama gebelik sayısı (min: 1, max: 4)		$\bar{X} \pm SS=2.99 \pm 0.88$
Son gebelikleri ile bu gebelikleri arasındaki süre		
24 aydan az	66	20.1
24 aydan fazla	155	47.1
Gebeliğin planlanma durumu		
Planlı	235	71.4
Plansız	90	27.4
Tedavi ile	4	1.2
Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı		
İlk Trimester (0-12 hafta)	302	91.8
İkinci Trimester (13-27 hafta)	16	4.9
Üçüncü Trimester (28 ve üzeri hafta)	11	3.3
Doğum öncesi bakım alma sayısı		
4'ten az	85	25.8
4 ve üzeri	244	74.2
Doğum öncesi bakım almaya başlama gebelik haftası ortalaması (min: 1, max: 36)		$\bar{X} \pm SS = 7.13 \pm 5.53$
Doğum öncesi bakım alma sayı ortalaması (min: 1, max: 20)		$\bar{X} \pm SS = 7.67 \pm 3.89$
Doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu		
Evet*	114	34.7
Hayır	215	65.3
Doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu		
Evet	213	64.7
Hayır	116	35.3

Tablo 4.1.2’de gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özelliklerinin dağılımları yer almaktadır. Çalışmada yer alan gebe kadınların %80.2’si üçüncü, %10.6’sı ikinci, %9.1’i ise birinci trimesterde bulunmaktadır. Gebe kadınların %32.8’inin ilk, %31’inin ise ikinci gebeliğini yaşadığını belirtmiştir. Gebelerin %20’si son gebelikleri ile bu gebelikleri arasındaki sürenin 24 aydan az, %71.4’ü ise gebeliğinin planlı olduğunu ifade etmiştir. Kadınların %91.8’i ilk trimesterde doğum öncesi bakım almaya başlamıştır. Doğum öncesi bakım alma sayısı Sağlık Bakanlığı kriterlerine göre 4’den fazla olmak üzere ele alınmıştır. Gebe kadınların %25.8’i 4’den az, %74.2’si ise 4’den fazla izlenmiştir. Birinci trimesterde bakım alma ortalamaları 2.36 ± 1.37 , ikinci trimesterde ortalama 4.37 ± 1.80 , üçüncü trimesterde ise 8.71 ± 3.54 olarak bulunmuştur. Doğum öncesi bakım alma sayısı ortalamalarına bakıldığında; 7.67 ± 3.89 kez bakım aldıkları dikkati çekmektedir. Gebelerin %64.4’ü doğum öncesi bakımda eğitim almadıklarını ifade etmiştir. Doğum öncesi bakımda eğitim aldıkları (%36.6) ifade eden kadınların emzirme, aile planlaması, bebek bakımı ve doğum sonu kanama kontrolü konusunda eğitim aldığı saptanmıştır. Gebelerin %64.7’ünün doğum öncesi bakıma yakını ile geldiği belirlenmiştir.

4. 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'ne İlişkin Bulgular;

Tablo 4.2.1. Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=329)

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Alt Boyutları	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Sağlık Sorumluluğu	9-36	22.13±5.65
Fiziksel Aktivite	8-32	13.08±4.57
Beslenme	9-36	20.11±4.80
Manevi Gelişim	9-36	25.11±4.63
Kişilerarası İlişkiler	9-36	24.68±4.66
Stres Yönetimi	8-32	19.30±4.46
Toplam Puan	52-208	124.44±24.87

Tablo 4.2.1'te gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBDÖ) toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları verilmiştir. SYBDÖ toplam puan ortalaması 124.44 ± 24.8 , ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu 22.13 ± 5.65 , fiziksel aktivite 13.08 ± 4.57 , beslenme 20.11 ± 4.80 , manevi gelişim 25.11 ± 4.63 , kişilerarası ilişkiler 24.68 ± 4.66 ve stres yönetimi 19.30 ± 4.46 puan olarak tespit edilmiştir. SYBDÖ'nin alt boyutlarının ortalama standart sapmalarına baktığımızda sırasıyla en yüksek manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi, fiziksel aktivite olduğu görülmektedir.

Tablo.4.2.2.Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Yaş														
18-24	22	21.37±5.62	11	11.99±4.48	19	18.98±4.48	24	24.0±4.62	24	23.37±4.62	18	18.45±4.04	117.5	118.16±23.36
25-29	22	22.41±5.72	12	13.55±4.87	20.5	20.69±5.09	26	25.71±4.89	25	25.36±4.94	19.5	19.83±4.94	126	127.58±26.61
30-34	22	22.55±5.57	12	13.57±4.85	20	20.52±4.60	26	25.44±4.18	25	25.15±4.13	19	19.53±4.20	124	126.78±23.32
χ^2 / p^{**}		1.546/ 0.672		6.562/ 0.087		7.161/ 0.067		8.533/ 0.036 ^{a,b}		10.068/ 0.018 ^{a,b}		4.465/ 0.215		7.746/ 0.052
Eğitim durumu														
Okur-yazar	20	19.58±4.08	10	11.12±3.68	17	17.45±4.68	22	22.03±3.91	21	20.48±4.03	16	16.67±3.98	103	107.35±19.90
İlköğretim	20.5	20.32±5.05	11	11.40±3.53	17	18.15±4.27	24	23.91±3.99	24	23.41±4.26	17	17.99±3.90	113	115.19±20.96
Lise	23	22.58±5.41	13	13.51±4.00	21	21.02±4.14	26	25.47±4.43	25	25.35±4.18	20	19.92±4.21	127	127.86±22.25
Üniversite ve üzeri	28	27.04±5.58	17	17.31±5.92	24	23.97±4.84	29	29.11±4.40	29	28.64±3.92	23	22.46±4.73	152	148.55±24.59
χ^2 / p^{**}		16.443/ <0.001 ^{ci}		24.440/ <0.001 ^{ci}		37.471/ <0.001 ^{ci}		21.569/ 0.001 ^{a,ci}		37.911/ <0.001 ^{a,ci}		25.843/ <0.001 ^{ci}		35.861/ <0.001 ^{a,ci}

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

a= 2. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) b= 2. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

c= 3. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) i= 1. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

Tablo.4.2.2.(Devamı) Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Çalışma durumu														
Çalışıyor	27	25.63±6.44	16	16.60±5.71	24	23.39±5.20	28	28.26±4.66	28	27.39±4.82	22	22.29±5.02	145	143.58±27.47
Çalışmıyor	22	21.64±5.36	11	12.58±4.15	19	19.64±4.56	24	24.66±4.45	24	24.30±4.51	18	18.88±4.22	119	121.72±23.28
z/ p*	-3.810/ <0.001		-4.465/ <0.001		-4.582/ <0.001		-4.497/ <0.001		-3.937/ <0.001		-4.133/ <0.001		-4.918/ <0.001	
Sosyal Güvence														
Evet	23	22.74±5.49	12	13.51±4.64	20	20.59±4.74	25	25.43±4.52	25	25.02±4.54	19	18.48±4.38	126	126.79±24.18
Hayır	20	20.29±5.77	11	11.77±4.08	18	18.64±4.70	24	24.13±4.82	24	23.66±4.87	18	18.75±4.68	111	117.27±25.75
z/ p*	-3.228/ 0.001		-3.321/ 0.001		-3.037/ 0.002		-2.201/ 0.028		-2.504/ 0.012		-1.326/ 0.185		-3.214/ 0.001	

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

Tablo.4.2.2.(Devamı) Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları														
Özellikler	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Evlilik süresi														
1-3 yıl	22	22.22±6.21	12	13.21±4.69	20	20.30±4.93	25	25.23±5.20	25	24.46±5.25	20	19.34±4.64	125	124.77±26.86
4-6 yıl	22	22.35±5.64	12	13.64±5.06	20.5	20.85±5.25	25	24.95±4.79	24.5	24.88±4.70	19	19.53±4.67	123.5	126.22±26.53
7 -10yıl	22	21.81±5.11	12	12.60±3.91	19	19.23±4.32	24	24.96±4.04	25	24.50±3.94	18	18.95±4.20	119.5	122.01±21.29
11 yıl ve üzeri	22	22.11±5.35	11	12.67±4.40	20	19.82±4.31	26	25.36±3.94	26	25.23±4.27	19	19.40±4.22	119	124.61±23.07
χ^2 / p^{**}	0.266/ 0.966		1.566/0.667		3.883/ 0.274		1.000/ 0.801		1.161/ 0.762		0.901/ 0.825		0.605/0.895	
Ailenin gelir durumu algısı														
İyi	23	24.17±6.04	13	14.65±6.43	21	21.56±5.77	26	26.91±4.43	26	26.65±4.00	20	20.56±5.29	128	134.52±28.72
Orta	22	22.54±5.48	12	13.39±4.41	20	20.49±4.67	25	25.13±4.58	25	24.77±4.61	19	19.44±4.31	125	125.79±24.07
Kötü	18	18.93±5.36	9	10.61±3.44	17	17.27±3.94	24	24.10±4.78	23	23.25±4.85	17	17.91±4.66	109	112.10±23.50
χ^2 / p^{**}	17.655/ <0.001^{a,d}		21.852/ <0.001^{a,d}		21.174/ <0.001^{a,d}		5.382/ 0.068^d		9.673/ 0.008^{a,d}		6.541/ 0.038^{a,d}		15.899/<0.001^{a,d}	

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

a= 2. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) d= 1. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

Tablo.4.2.2.(Devamı) Gebelerin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Kadınların eşlerinin eğitim durumu														
Okur-yazar değil	16	16.66±8.02	8	12.33±7.50	15	17.33±6.80	19	23.0±9.64	18	22.66±9.86	16	19.0±8.88	92	111.0±50.26
Okur-yazar	19	19.23±4.30	9	10.57±2.78	16.5	16.80±4.42	22	22.30±3.51	21	20.57±3.51	17	16.88±2.79	104	106.38±16.09
İlköğretim	21.5	21.27±5.18	11	11.58±3.61	18	18.41±3.73	24.5	24.44±4.15	24	24.14±4.51	18	18.33±3.92	116	118.18±21.16
Lise	22	22.37±5.64	13	13.43±4.07	21	20.83±4.56	25	24.16±4.42	25	25.02±4.32	19	19.41±4.22	127	126.23±23.23
Üniversite ve üzeri	26	25.60±5.79	18	17.24±5.88	25	24.15±4.84	28	28.40±4.96	28	27.46±4.38	23	22.82±5.08	148	145.68±26.51
χ^2 / p^{**}	26.851/ <0.001^{b,e,f,g}		49.348/ <0.001^{b,c,e,f,g}		57.142/ <0.001^{a,b,e,f,g}		33.138/ <0.001^{a,b,e,f,g}		40.004/ <0.001^{a,b,e,f,g}		34.748/ <0.001^{b,c,e,f,g}		49.677/ <0.001^{a,b,c,e,f,g}	
Aile tipi														
Çekirdek aile	23	22.82±5.36	12	13.30±4.52	20.5	20.75±4.54	25	25.28±4.38	25	24.93±4.25	19	19.30±4.23	125	126.40±23.16
Geniş aile	20	20.92±5.98	11	12.70±4.64	18	18.98±5.05	25	24.82±5.03	24	24.24±5.28	19	19.31±4.67	118	193.31±4.86
z / p^*	-2.942/ 0.003		-1.561/ 0.119		-3.288/ 0.001		-0.885/ 0.376		-1.337/ 0.181		-0.230/ 0.818		-2.162/ 0.031	

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

a= 2. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) b= 2. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

c= 3. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) e= 2. ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

f= 3. ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) g=4. ve 5. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

4.2.2. Gebelerin bazı sosyo demografik özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanı Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.2’te gebelerin sosyo demografik özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu, gebelerin çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı, ailenin gelir durumu algısı ve aile tipi değişkenleriyle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin toplam ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanırken ($p<0.05$), yaş ve evlilik süresi değişkenleri arasındaki ilişki anlamsız saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutunda gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu, gebelerin çalışma durumu ve sosyal güvence varlığı ve ailenin gelir durumu algısı ve aile tipi değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanırken ($p<0.05$), yaş ve evlilik süresi ile sağlık sorumluluğu alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamsız bir ilişki saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş, evlilik süresi, aile tipi ile fiziksel aktivite boyut puan ortalamaları arasında fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$), eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu algısı, kadınların eşlerinin ve eğitim durumu arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile ölçeğin beslenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş ve evlilik süresi ile beslenme alt boyut puan ortalama/ortancaları arasında fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$), gebelerin ve eşlerinin eğitim durumu, gebelerin çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu algısı ve aile tipi arasında fark anlamlı bulunmuştur. ($p<0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile ölçeğin manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; evlilik süresi ve aile tipi ile manevi gelişim alt boyut puan ortalama arasında fark anlamsız bulunurken

($p>0.05$), yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu algısı, kadınların eşlerinin ve eğitim durumu arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; evlilik süresi ve aile tipi ile kişilerarası ilişkiler alt boyut puan ortalamaları arasında fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$), yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu algısı, kadınların eşlerinin ve eğitim durumu arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelerin sosyo demografik özellikleri ile stres yönetimi alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş, evlilik süresi ve aile tipi ile stres yönetimi alt boyut puan ortalamaları arasında fark anlamsız bulunurken ($p>0.05$), eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence, ailenin gelir durumu algısı, kadınların eşlerinin ve eğitim durumu arasında fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$).

Tabloda ölçek toplam ve alt puan ortalamaları ile sosyo demografik özellikler arasında anlamlı ilişki saptanan değişkenlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek üzere yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Yapılan analiz sonucunda sağlık sorumluluğu alt boyutu ile gebenin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ve gebe kadının gelir durumu algısı değişkeni arasında anlamlı farkın, gelir durumunun orta olduğunu ifade eden ve kötü olduğunu ifade eden gebeler ile gelir durumunun iyi olduğunu söyleyen ve kötü olduğunu söyleyen gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Sağlık sorumluluğu alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve lise mezunu, okur-yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite alt boyutu ve gebe kadının gelir durumu algısı değişkeni arasında anlamlı farkın, gelir durumunun orta olduğunu ifade eden ve kötü olduğunu ifade eden gebeler ile gelir durumunun iyi olduğunu söyleyen ve kötü olduğunu söyleyen gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve lise mezunu, ilköğretim ve lise mezunu, okur-yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Beslenme alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Beslenme alt boyutu ve gebe kadının gelir durumu algısı değişkeni arasında anlamlı farkın, gelir durumunun orta olduğunu ifade eden ve kötü olduğunu ifade eden gebeler ile gelir durumunun iyi olduğunu söyleyen ve kötü olduğunu söyleyen gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Beslenme alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve ilköğretim mezunu eşler, okur-yazar ve lise mezunu, okur-yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Manevi gelişim alt boyutu ile gebenin yaşı değişkeni arasında anlamlı farkın, 18-24 yaş ile 25-29 yaş grupları ve 25-29 ile 30-34 yaş grupları arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Manevi gelişim alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, ilköğretim mezunu ve lise mezunu, okur-yazar olan ve üniversite ve

üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Manevi gelişim alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve ilköğretim mezunu eşler, okur-yazar ve lise mezunu, okur- yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile gebenin yaşı değişkeni arasında anlamlı farkın, 18-24 yaş ile 25-29 yaş grupları ve 25-29 ile 30-34 yaş grupları arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, ilköğretim mezunu ve lise mezunu, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu ve gebe kadının gelir durumu algısı değişkeni arasında anlamlı farkın, gelir durumunun orta olduğunu ifade eden ve kötü olduğunu ifade eden gebeler ile gelir durumunun iyi olduğunu söyleyen ve kötü olduğunu söyleyen gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Kişilerarası ilişkiler alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve ilköğretim mezunu eşler, okur-yazar ve lise mezunu, okur- yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi alt boyutu ve gebe kadınların eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar olan ve üniversite ve üzerinde eğitim alan gebeler arasında, ilköğretim mezunu ve lise mezunu gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi alt boyutu ve gebe kadının gelir durumu algısı değişkeni arasında anlamlı farkın, gelir durumunun orta olduğunu ifade eden ve kötü olduğunu ifade eden gebeler ile gelir durumunun iyi olduğunu söyleyen ve kötü olduğunu söyleyen gebeler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi alt boyutu ve gebe kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı farkın, okur-yazar ve lise mezunu, ilköğretim ve lise mezunu, okur-yazar ve üniversite ve üzeri eğitim alan eşler, ilköğretim ve üniversite ve üzerinde eğitim alan eşler, lise mezunu, üniversite ve üzeri eğitim alan eşler arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.



Tablo.4.2.3. Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		ToplamPuan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Şuanki gebelik haftası (Trimester)														
İlk	23.5	23.43±5.67	13	13.53±4.90	22	20.83±6.01	24.5	24.30±5.27	25	24.06±4.42	20	19.13±3.76	129	125.30±25.78
İkinci	23	23.62±5.62	13	14.54±4.62	21	20.77±4.96	26	25.57±4.35	25	25.11±4.73	20	19.74±3.68	133	129.37±23.19
Üçüncü	22	21.79±5.62	11	12.84±4.50	19	19.94±4.63	25	25.14±4.59	25	24.70±4.68	19	19.26±4.64	120	123.70±25.00
χ^2 / p^{**}	5.360/ 0.069		5.466/ 0.065		2.429/ 0.297		0.908/ 0.635		0.254/ 0.881		1.558/ 0.459		2.928/ 0.231	
Gebelik sayısı														
İlk gebelik	23	22.51±5.81	12	13.50±4.75	20	20.66±4.92	26	25.53±4.78	25	24.95±4.90	20	19.85±4.55	127	127.02±25.30
2	22	22.53±5.87	12	13.66±4.94	20	20.51±4.86	25	25.21±4.58	24.5	24.67±4.35	19	19.25±4.45	124.5	125.87±25.58
3	22	21.81±5.32	11	12.68±3.93	20	19.54±4.45	24.5	24.76±4.72	25	24.82±4.61	18	19.12±4.62	119	122.76±23.96
4 ve üzeri	22	21.03±5.29	10	11.67±3.90	18	18.92±4.68	24	24.50±4.30	24	24.01±4.83	18	18.54±4.09	113	118.70±23.29
χ^2 / p^{**}	3.057/ 0.383		8.593/ 0.035^{b,i}		7.078/0.069		2.449/ 0.485		2.000/ 0.572		3.729/ 0.292		4.905/ 0.179	

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

b= 2. ve 4.gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05) i= 1. ve 4. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

Tablo.4.2.3.(Devamı) Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler		Stres Yönetimi		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Son gebelikleri arasındaki süre (ay)														
24 aydan az	21.5	21.33±6.22	11	12.92±4.73	18	19.65±5.70	25	24.65±5.34	24	23.8±5.60	19.5	19.30±4.99	118.5	121.65±29.20
24 aydan fazla	22	22.27±5.27	12	12.83±4.38	20	19.97±4.31	25	25.03±4.19	25	24.92±3.98	18	18.90±4.14	122	123.95±22.42
z/ p*	-1.004/ 0.316		-0.044/ 0.965		-0.979/ 0.327		-0.379/ 0.705		-1.748/ 0.080		-0.477/ 0.633		-0.790/ 0.430	
Gebeliğin planlanma durumu														
Planlı**	22	22.49±5.61	12	13.53±4.83	20	20.61±4.76	25	25.40±4.65	25	24.00±4.63	19	19.61±4.62	125	126.67±25.13
Plansız	21	21.18±5.69	11	11.88±3.54	19	18.78±4.66	24.5	24.34±4.49	25	23.84±4.64	18	18.47±3.93	116	118.53±23.31
χ^2 / p^*	-1.760/ 0.078		-2.600/ 0.009		-3.076/ 0.002		-1.555/ 0.120		-1.761/ 0.078		-1.808/ 0.071		-2.334/ 0.020	

* Mann Whitney U test

** Gebeliğin planlanma durumu değişkeninde planlı gebelik içerisinde tedavi ile olan (n=4) gebelerde dahil edilmiştir.

Tablo.4.2.3.(Devamı) Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Puan Ortalamaları (n=329)

Özellikler	SYBD II Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları													
	Sağlık Sorumluluğu		Fiziksel Aktivite		Beslenme		Manevi Gelişim		Kişilerarası İlişkiler Yönetimi		Stres		Toplam Puan	
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$	Median	$\bar{X} \pm SS$
Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı														
İlk Trimester	22	22.19±5.66	12	13.26±4.60	20	20.30±4.79	25	25.25±4.60	25	24.85±4.64	19	19.49±4.46	125	125.37±24.78
İkinci Trimester	22	22.00±5.32	10	11.37±3.42	17	18.56±4.16	24.5	24.18±4.03	23	23.18±4.29	17	17.50±4.16	114	116.81±22.00
Üçüncü Trimester	20	20.72±6.21	9	10.81±4.33	16	17.00±4.66	21	22.54±5.55	24	21.18±4.85	15	16.90±4.03	103	110.18±27.13
χ^2 / p^{**}	0.559/ 0.756		7.224/ 0.027^d		6.516/ 0.038^d		4.149/ 0.126		4.205/ 0.122		7.122/ 0.028^d		5.043/ 0.080	
Doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu														
Evet	21	22.29±6.42	13	13.71±5.05	20	20.37±4.99	26	25.92±5.17	26	25.44±5.02	20	20.36±4.95	125.5	128.12±28.35
Hayır	22	22.05±5.21	12	12.75±4.26	19	19.97±4.70	25	24.68±4.26	24	24.28±4.41	18	18.74±4.08	120	122.50±22.65
z/ p*	-0.210/ 0.834		-1.399/ 0.162		-0.626/ 0.531		-1.859/ 0.063		-2.027/ 0.043		-2.460/ 0.014		-1.313/ 0.189	
Doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu														
Evet	22	21.94±5.85	12	13.11±4.53	20	20.05±4.89	25	24.0±4.81	25	24.56±4.85	19	19.30±4.63	122	123.99±25.76
Hayır	23	22.49±5.27	12	13.03±4.64	20	20.22±4.63	25	25.32±4.28	25	24.90±4.30	19	19.30±4.15	124	125.28±23.24
z/ p*	0.880/ 0.379		-0.266/ 0.790		-0.331/ 0.740		-0.685/ 0.493		-0.603/ 0.547		-0.074/ 0.941		-0.573/ 0.566	

* Mann Whitney U test, **Kruskal Wallis

d= 1. ve 3. gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark (p<0.05)

4.2.3. Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Puanı Ortalamaları Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo 4.2.3 'te gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özellikleri ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasındaki ilişkiye bakıldığında; Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'nin toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları ile tüm değişkenler (*şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebeliğini planlama durumu, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu*) arasında istatistiksel olarak fark anlamsız bulunmuştur($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebeliklerine ilişkin özellikleri ile ölçeğin alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; sağlık sorumluluğu alt boyutu ile tüm değişkenler (*şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebeliğini planlama durumu, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu*) arasında istatistiksel olarak anlamsız bir fark saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebelik özellikleri ile ölçeğin fiziksel aktivite alt boyutlundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebelik sayısı ve gebeliğini planlama durumu değişkeni ile fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalamaları arasında fark anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), şuan ki gebelik haftası, son iki gebelik arasındaki süre, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu arasında fark anlamsız saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebelik özellikleri ile ölçeğin beslenme alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliğini planlama durumu değişkeni ile beslenme alt boyutu puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunurken ($p<0.05$), şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu arasında fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebelik özellikleri ile ölçeğin manevi gelişim alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; manevi gelişim alt boyutu ile tüm değişkenler (*şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebeliğini planlama durumu, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu*) arasında istatistiksel olarak anlamsız fark saptanmıştır ($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebelik özellikleri ile ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu değişkeni ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanırken ($p<0.05$), şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arasındaki süre, gebeliğini planlama durumu, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı ve doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu arasında fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Gebelerin mevcut gebelik özellikleri ile ölçeğin stres yönetimi alt boyutundan aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; gebeliğini planlama durumu, doğum öncesi bakımı almaya başlama zamanı, doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu değişkenleri ile kişilerarası ilişkiler alt boyutu puan ortalamaları arasında fark anlamlı fark bulunurken ($p<0.05$), şuan ki gebelik haftası, gebelik sayısı, son iki gebelik arası süre, doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu değişkenleri arasında fark anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$).

Tabloda ölçek puan ortalamaları ile mevcut gebelik özellikleri arasında anlamlı ilişki saptanan değişkenlerde farkın hangi gruptan kaynaklandığı belirlemek üzere yapılan istatistiksel analiz sonuçlarına ilişkin bulgular aşağıda verilmiştir.

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda fiziksel aktivite alt boyutu ile gebelik sayısı arasında anlamlı farkın, ikinci gebelik ve dört ve üzeri gebeliğe sahip olma, ilk gebelik ile dört ve üzeri gebeliğe sahip olma durumları arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Fiziksel aktivite alt boyutu ve doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı değişkeni arasında anlamlı farkın, “ilk trimestir ve üçüncü trimestir” grupları arasındaki ilişkiden ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Beslenme alt boyutu ve doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı değişkeni arasında anlamlı farkın, “ilk trimestir ve üçüncü trimestir” grupları arasındaki ilişkidir ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

Stres yönetimi alt boyutu ve doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı değişkeni arasında anlamlı farkın, “ilk trimestir ve üçüncü trimestir” grupları arasındaki ilişkidir ($p<0.05$), kaynaklandığı belirlenmiştir.

4.3. Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Puan Ölçeklerine Ait Puan Ortalamaları

Tablo 4.3.1. Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=329)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	Min-Max	$\bar{X} \pm SS$
Özel Bir İnsan Desteği	4-28	13.45±9.08
Aile Desteği	4-28	23.06±5.75
Arkadaş Desteği	4-28	17.34±8.87
Toplam Puan	12-84	53.86±20.21

4.3.1’de, Gebelerin ÇBASDÖ toplam ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları yer almaktadır. ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 53.86 ± 20.21 , ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise özel bir insan desteği 13.45 ± 9.08 , aile desteği 23.06 ± 5.75 , arkadaş desteği 17.34 ± 8.87 puan olarak tespit edilmiştir. Her alt boyutta en az ve en yüksek puanı alan en az bir gebe bulunmaktadır. Gebelerin %16.7’ si (n=55) özel bir insan desteği, %31.9’u (n=105) aile desteği, %20.4’ü (n=67) arkadaş desteği alt boyutlarından tam puan almıştır. Çalışmada ölçekten alınan toplam puana baktığımızda; gebelerin %14.3’ ünün tam puan aldığı bulunmuştur. En düşük puanlara baktığımızda; gebelerin %35.6’ sı (n=117) özel bir insan desteği, %3’ü (n=10) aile desteği, %20.1’i (n=66) arkadaş desteği aldığını ifade etmiştir. Gebelerin % 2.4 ‘si (n=8) en düşük toplam puan almıştır.

4.4.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği Arası İlişkiye Yönelik Bulgular

Tablo.4.4.1.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin Alt Boyutları	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları							
	Özel Bir İnsan Desteği		Aile Desteği		Arkadaş Desteği		ÇBASÖ Toplam Puan	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Sağlık Sorumluluğu	0.265	<0.01	0.342	<0.01	0.432	<0.01	0.420	<0.01
Fiziksel Aktivite	0.343	<0.01	0.320	<0.01	0.426	<0.01	0.432	<0.01
Beslenme	0.375	<0.01	0.428	<0.01	0.488	<0.01	0.497	<0.01
Manevi Gelişim	0.270	<0.01	0.390	<0.01	0.445	<0.01	0.423	<0.01
Kişilerarası İlişkiler	0.364	<0.01	0.460	<0.01	0.584	<0.01	0.548	<0.01
Stres Yönetimi	0.300	<0.01	0.393	<0.01	0.468	<0.01	0.445	<0.01
Toplam Puan	0.375	<0.01	0.452	<0.01	0.533	<0.01	0.539	<0.01

r= Spearman Korelasyon Katsayısı

4.4.1. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişisine Yönelik Bulgular

Tablo.4.4.1’te Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve alt boyut puan ortalamalarının arasındaki ilişki yer almaktadır. Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam ve her bir alt boyut ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin toplam ve her bir alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Gebe kadınların özel bir insan desteği, aile desteği ve arkadaş desteği arttıkça, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığı görülmektedir.

5. TARTIŞMA

Gebelik, kadında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere yol açan ve uyum gerektiren gelişimsel bir kriz dönemi olarak tanımlanmaktadır (Kızılkaya Beji, 2015; Ladewig et al., 2002; Phillips, 2003; Taşkın, 2016) Sağlıklı bir gebelik geçirilmesi ve sonlandırılmasında kadınların olumlu sağlık davranışlarının önemi büyüktür. Çünkü sağlık davranışları, gebenin hem kendi hem de doğacak bebeğin sağlığını kapsaması nedeniyle gebelik sonucu etkilemektedir (Frisbie et al., 1997; Zaybak ve Fadiloğlu, 2004). Literatürde (Baheiraei et al., 2014; Downs & Housenblas, 2004; Gilbert & Harmon, 2002; Harley & Eskenazi, 2006; Pallikadavath et al., 2004; Murray & Mckiney, 2010) gebelerde sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını farklı düzeyde ve alanlarda etkilediğini ortaya koyulmuştur. Destekleyici ilişkilerin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme ve kişinin zorluklarla başetme mekanizmalarını güçlendirmekte önemli rol oynadığı bilinmektedir (Taşkın, 2016) Gebelik döneminde de sosyal destek kadının gebelik deneyimine pozitif yönde etki etmektedir (Perry et al., 2010; Taşkın, 2016). Bu çalışmada, gebelerin algılandıkları sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır.

Türkiye’ de kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla ölçeğin ilk versiyonunun kullanıldığı görülmektedir (Bahar ve ark., 2008). Gebelik döneminde ise kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına yönelik çalışmaların oldukça sınırlı olduğu (Aşçı, 2013; Gökyıldız ve ark., 2014; Neggers et al., 2006; Saydam ve ark., 2007; Thaewpia et al., 2013) görülmüştür.

Çalışmamız kapsamında gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (SYBDÖ) total puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde SYBDÖ toplam puan ortalaması 124.44 ± 24.8 , ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise en yüksek manevi gelişim ikinci sırada kişilerarası ilişkiler en düşük puan ortalaması da fiziksel aktivite olarak tespit edilmiştir. (Tablo 4.2.1) Literatürde kadınlarda SYBD’ni inceleyen çalışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Bu çalışmalarda en yüksek alt ölçek puan ortalamasının manevi gelişim, en düşük alt ölçek puan ortalamasının fiziksel aktivite değişkeninde olduğu bildirilmiştir (Altay, 2006; Altıparmak ve Koca, 2009; Arslan ve Ceviz, 2007; Bilgili

ve Ayaz, 2009). Gebe kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ile ilgili çalışmalarda da benzer sonuç elde edilmiş fiziksel aktivite alt boyutu en düşük puanı alırken manevi gelişim alt boyutunun en yüksek puanı aldığı saptanmıştır (Aşçı, 2013; Gökyıldız ve ark., 2014; Neggers et al., 2006; Thaewpia et al., 2013) Saydam ve arkadaşlarının (2007) riskli gebelerde yaptığı çalışmada da aynı sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmamızda manevi gelişimim ilk sırada yer almasını kültürel yapı ve inanç sistemleri faktörleri ile fiziksel aktivitenin son sırada yer almasını ise kadınların çoğunun çalışmaması, günün büyük bir kısmını evde geçirmesine yaşanan çevre nedeniyle spor alanlarının yetersiz olması ve maliyet açısından kadının gelir durumuna uymaması ile ilişkilendirebiliriz.

Gebelerin Sosyo-demografik özelliklerine Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamalarına bakıldığında; eğitim durumu, çalışma durumu, ailenin gelir durumu algısı ve kadınların eşlerinin eğitim durumu değişkenleriyle SYBDÖ II' nin toplam puan ve tüm alt boyutlarının puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.2.2).

Çalışmamızda yaş ile manevi gelişim alt boyutu ve kişilerarası ilişkiler alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.2). Gökyıldız ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada yaş ile manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutunda anlamlı fark olduğu ve bu farklılığın 31 yaş ve üzeri gebe kadınlardan kaynaklandığını belirtilmiştir. Lindgren' in (2001) de yaptığı çalışmada yaş ile olumlu sağlık davranışları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile birlikte bireylerin bilinç düzeyi de artar bununla birlikte kişilerin inanç sistemleri ile kişilerarası ilişkilerinin de güçlendiği söylenebilir.

Gebenin eğitim durumu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalamaları arasında toplam puan ve her bir alt boyutta istatistiksel olarak anlamlı fark ($p<0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.2.2). Eğitim düzeyi yükseldikçe gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanının da arttığı görülmektedir. Eğitim seviyelerine bakıldığında üniversite ve üzerinde eğitim alan gebelerden daha yüksek puana sahip olduğu belirlenmiştir. Literatürde ki çalışmalarda çalışma sonucumuzu desteklemektedir (Gökyıldız ve ark.,2014; Kavak ve ark.,2013; Lin et al.,2009; Lindgren, 2001; Thaewpia, 2013; Thaewpia 2012; Yıldız, 2012). Hinton ve Olson (2001) yaptığı çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça kadınların gebelik öncesi egzersiz

yapma oranlarının yüksek olduğunu, gebelik döneminde fiziksel olarak aktif olmanın gebelik öncesi egzersiz yapma durumu ile ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Eğitim düzeyi arttıkça, bireylerin farkındalığında da artış beklenir (Karadeniz ve ark., 2008) gebe kadının farkındalığı arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışları da bununla orantılı olarak artar yorumu yapılabilir.

Çalışma durumu ile de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları toplam puan ve her bir alt boyut puan ortalamaların anlamlı ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2). Çalışan gebelerin çalışmayanlara sağlık sorumluluğu alma, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatüre baktığımızda çalışmamız ile uyumlu olduğunu görmekteyiz. Yıldız (2012) gebe kadınlarla yaptığı çalışmada SYBD II ölçeği toplam puan ve her bir alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlılık ($p<0.05$) olduğu belirlenmiştir. Bireyler çalışma hayatına girdiklerinde sosyal imkanları artar çevresi genişler daha fazla bilgi birikimine sahip olur ve sağlık uygulamalarını daha fazla yerine getirebilir.

Sosyal güvence ve SYBD II Ölçeği' nin toplam boyutu ve her bir alt boyutunda anlamlılık ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2). Her bir alt boyutta sosyal güvencesi olan gebelerin puan ortalamalarının olmayanlara göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Sosyal güvenceye sahip olan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha üst düzeyde yerine getirdikleri söylenebilir. Sosyal güvenceye sahip olan gebeler sağlık hizmetlerinden daha çok faydalanabileceği ve sağlık kuruluşuna başvurularında eğitilecekleri için olumlu sağlık davranışları hakkında daha fazla bilgiye sahip olabilir ve bu davranışları daha kolay yerine getirebilecekleri düşünülebilir. Ancak literatürde sosyal güvencenin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyip etkilemediği konusunda bir çalışmayla karşılaşılmamıştır.

Çalışmamızda evlilik süresi ve SYBD II ölçeği toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2.2). Evlilik süresinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği söylenebilir. Literatürde aynı ya da zıt görüşte olan çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

Ailenin gelir durumu algısı ve SYBD II ölçeği toplam puan ve her bir alt boyutunda anlamlılık ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.2). Kadının gelir

durumu algısı iyileştikçe puan ortalamalarında da artış söz konusudur. Konu ile ilgili yapılan çalışmalar sonucumuzu desteklemektedir (Gökyıldız ve ark., 2014; Hinton ve Olsan 2001; Kavlak ve ark., 2013; Lindgren, 2001; Yıldız, 2012). Maddi olanakların artmasıyla birlikte kadının yaşadığı çevre, imkanları da değişeceği için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmesinin saha kolay olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda anlamlı çıkan bir diğer değişkende eşin eğitim durumudur. Eşin eğitim durumu ve SYBD II ölçeğinin her bir alt boyutu ve toplam puanında anlamlı fark olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.2). Yapılan çalışmalarda da) eşin eğitim durumu ve SYBDÖ arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kavlak ve ark., 2012 ,Gökyıldız ve ark., 2014). Çalışmalarda eğitim düzeyi yükseldikçe ölçek toplam puanının arttığı örülmektedir. Çalışmamızdan farklı olarak her iki çalışmada alt boyutların anlamlılığı ile ilgili veri bulunmamaktadır. Konu ile ilgili uluslararası literatürde de bir bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmamızda hem ölçek toplam puanı ve hemde her bir alt boyut puanlarında eşin eğitim düzeyi arttıkça puanların da arttığı dikkati çekmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan eşlerin sağlıkla ilgili farkındalıklarının yüksek olması nedeniyle gebelikle ilgili daha fazla bilgiye sahip olacağı içineşlerini olumlu sağlık davranışlarına yönlendirdiği düşünülebilir

Çalışmamızda aile tipi ile SYBD II Ölçeği' nin toplam puan, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları arasında farkın anlamlı ($p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.2.2). Çekirdek ailede yaşayan gebelerin geniş ailede yaşayanlara göre puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda sonucumuzu desteklemektedir(Gökyıldız ve ark., 2014, Kavlak ve ark., 2012), Bu sonuca göre çekirdek aileye sahip olan gebelerin sağlık sorumluluğu ve beslenme durumunun daha iyi düzeyde olduğunu söylenebilir. Ailedeki birey sayısı arttıkça kişi başına düşen gelir miktarı da azalacağı ve gebe kadının aile üyelerine karşı sorumluluğu da artacağı için kendi sağlığını ihmal etmeriskinin daha fazla olacağı, beslenme durumuna yeterli özen gösteremeyeceği düşünülebilir. Gebelerin mevcut gebelik özelliklerinin ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında; gebeliğin planlı olma durumu ile toplam puan arasında ($p<0.05$), gebelik sayısı ile fiziksel aktivite arasında, ($p<0.05$) gebeliğin planlı olma durumu ile fiziksel aktivite ($p<0.05$), beslenme, stres yönetimi arasında ($p<0.05$), doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı ile fiziksel aktivite ($p<0.05$), beslenme, stres

yönetimi arasında ($p<0.05$), doğum öncesi bakımda eğitim alma durumu ile kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi arasındaki farkın anlamlı ($p<0.05$) olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.3). Gebelik haftası, son gebelikler arası süre, bakıma yakını ve gelme durumu ile hiçbir alt boyut arasında anlamlı fark saptanmamıştır. ($p>0.05$) (Tablo 4.2.3).

Gebelik haftası ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları incelendiğinde çalışmamızda anlamlı ($p>0.05$) bir sonuç elde edilmemiştir. Gebelik haftasıyla sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını yerine getirmenin bağlantılı olmadığı söylenebilir. Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen sonuçlar bulunmaktadır (Gökyıldız ve ark., 2014; Kavlak ve ark., 2013; Lin et al., 2009). Ancak Aşçı' nın (2013) "Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi" konulu tez çalışmasında gebe kadınlar deney ve kontrol grubu olarak ayrılmış bakım alan kontrol grubunda gebeliğin ilk trimesterinde yapılan ölçümler son trimesteri ile karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam ve alt boyut puan ortalamalarında yükselme olduğu fakat sadece fiziksel aktivite alt boyutunun puan ortalamasındaki yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ifade edilmiştir ($p<0.05$). Aşçı'ya göre bu bulgular kadınların gebeliğin ilk trimesterine göre son trimesterinde fiziksel aktivitelerinin arttığına işaret etmektedir. Ancak bu sonucu destekleyen farklı bir çalışma sonucuna rastlanmamıştır.

Çalışmamızda gebelik sayısı ile SYBD II Ölçeği' nin sadece fiziksel aktivite alt boyutu arasında anlamlı fark ($p<0.05$) bulunmuştur (Tablo 4.2.3). Çalışmamızı doğrudan desteklememekle birlikte Lindgren' in (2001) çalışmasında düşük pariteye sahip olan gebe kadınların pozitif sağlık davranışları arasında anlamlı fark saptandığı ($p<0.05$) ve düşük paritenin pozitif sağlık davranışlarını etkilediği belirtilmiştir. Bazı çalışmalarda ise çalışma sonucumuzun tersine gebelik sayısı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). (Gökyıldız ve ark., 2014 , Lin et al., 2009). Son gebeliklerin arasındaki süre ile SYBD II Ölçeği' nin toplam puan ve hiçbir alt boyutunun anlamlı olmadığı ($p>0.05$) tespit edilmiştir (Tablo 4.2.3). Gebelikler arasındaki sürenin iki yıldan az ya da çok olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemediği düşünülmektedir. Literatürde de herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Gebeliği istemenin, sağlık davranışlarına olan etkisi net olarak bilinmemekle birlikte, kadının ve doğacak bebeğin sağlığını olumlu etkilediği, istenmeyen gebeliklerdeki yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir (Özkan ve Mete 2010; Chuang ve ark. 2011). Çalışmamızda gebeliğin planlı olması ve SYBD II Ölçeği toplam puan, fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutları arasında anlamlılık ($p < 0.05$) olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2.3). Puan ortalamalarına bakıldığında gebelikleri planlı olan kadınların plansız olanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmektedir. Kavlak ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmada da çalışmamızla benzer sonuç elde edilmiş, gebeliğin planlı olması ile SYBD arasındaki fark anlamlı ($p < 0.05$) bulunmuştur. Kadınlar gebe olamayı kendileri tercih ettikleri için bu süreçte sağlık personelleriyle de iş birliği içine girecek ve gebeliğin devamı için sağlık davranışlarına daha çok önem vererek olumlu sağlık davranışlarını yerine getirecektir şeklinde yorumlanabilir.

Doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı ile SYBD II Ölçeği' nin fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt boyutları arasında anlamlı fark ($p < 0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Bu farkın birinci ve üçüncü trimestırlar arasında olduğu aynı tabloda görülmektedir (Tablo 4.2.3). Birinci trimestırdaki gebe kadınların üçüncü trimestırdaki gebe kadınlara göre anlamlı olan alt boyutların puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebeliğin getirdiği fizyolojik değişikliklerle birlikte birinci trimestırdaki bakım almaya başlayan kadın sağlık personelleri ile iletişim halindedir ve onların önerileri doğrultusunda daha sağlıklı bir gebelik geçireceği düşünülebilir. Literatürde çalışma sonucumuzu destekleyen ya da zıt görüş bildiren bir bulguya rastlanmamıştır.

Doğum öncesi bakımda eğitim alma değişkeni ile SYBD II Ölçeği' nin kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları arasındaki farkın anlamlı olduğu ($p < 0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.3). Doğum öncesi bakımda eğitim aldığını belirten gebelerin puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumda eğitim alan gebelerin kişilerarası ilişkilerinin almayanlara göre daha üst düzeyde olduğunu streslerini daha iyi yönetebildiklerini söyleyebiliriz. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Gebeler kendilerinde meydana gelen değişiklikleri iyi tanımlamalı ve sorunlarının çözümünde destek olunması ve danışmalık yapılması önemlidir (Coşkun, 2012;

Taşkın, 2016). Sözeri ve arkadaşları (2006) gebelikle ilgili bilgi alan gebelerin çoğunun düzenli sağlık kontrolüne gittikleri, beslenme ve uyku düzenlerine dikkat ettikleri, gebelik de kullanması gereken ilaçları kullandıkları, egzersiz yaptıklarını saptamıştır. Bu dönemde eğitim alan gebeler gebelikleri hakkında bilgi sahibi olur ve kendilerini yakından takip etme imkanı bulabilirler bu süreçte sağlık personeli ve çevresindekiler ile iletişiminin güçlendiği ve bilgisi arttığı için stresini daha kolay yönettiği çıkarılabilir.

Doğum öncesi bakımda eş ve aile desteği önemli bir yere sahiptir. DÖB' da hemşirelik yaklaşımı gebe ve ailesinin fiziksel ve psikososyal yönden uyum sağlayabilmeleri için önemlidir (Kızılkaya Beji, 2015; Perry et al., 2010; Taşkın, 2016). Bu nedenle bu bakımlara gebe ile birlikte eşin katılmasında gebeye destek açısından önem taşımaktadır. Doğum öncesi bakıma yakını ile gelme durumu ile SYBD II Ölçeği' nin toplam puan ve alt boyut puan ortalamalarına bakıldığında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) görülmektedir. Literatür incelendiğinde konu ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışma kapsamında gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) total puan ve alt boyut puan ortalamalarının dağılımları incelendiğinde ÇBASDÖ total puan ortalaması 53.86 ± 20.21 olarak tespit edilmiştir. Alt boyutlara bakıldığında en yüksek puanı sırası ile aile desteği, arkadaş desteği ve özel bir insan desteğinin aldığı görülmektedir (Tablo 4.3.1). ÇBASDÖ'de puan arttıkça sosyal destek düzeyinin fazla olduğunu söyleyebiliriz, bu durumda aile ve eşten alınan sosyal destek, özel bir insan desteği ve arkadaş desteğinden daha yüksek bulunmuştur. Gebe kadınların sosyal destek sistemlerini daha çok akrabalarının oluşturduğu ve duygusal desteği genellikle anne ve babalarından aldıkları belirtilmiştir (Glasser et al., 1998). Literatürdeki diğer çalışmalarda çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir (Karataş, 2012; Mermer ve ark., 2010; Metin, 2014; Şen ve ark., 2012, Vırıt, 2008; Yılmaz, 2012). Sorias (1988) çalışmasında eş desteğinin ilk sırada olduğunu belirtmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında özel bir insan desteği alt boyut ortalaması en yüksek çıkmıştır. Bu iki çalışmanın çalışmamızla farklılık göstermesinin sebebi, bu çalışmalarda araştırmacıların gebelerin "özel bir insan desteği" sorularını yanıtlarken eşlerini özel

insan alt boyutunda düşündüklerini ifade etmeleri ile ilgili olabilir. Oysa çalışmamızda eş, aile desteği içinde yer alan bir alt boyut olarak ele alınmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği arasındaki ilişkiye bakıldığında ÇBASDÖ' nin her bir alt boyutu ile SYBD II Ölçeği' nin her bir alt boyutu arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0.05$) görülmektedir (Tablo 4.4.1). Gebelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da olumlu olarak etkilendiği ve yükseldiği söylenebilir.

Baheiraei ve arkadaşlarının (2014) gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına sosyodemografik özellikler ve sosyal desteğin etkisini araştırdıkları çalışmada çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının her bir alt boyutunu anlamlı olarak etkilediği, algılanan sosyal desteği yüksek olan kadınların sağlık davranışlarını daha fazla yerine getirdiği belirtilmiştir (Baheiraei et al., 2014). Cannella (2006) çalışmasında, gebelerde sosyal desteğin olumlu sağlık davranışlarını arttırdığı, Downs ve Hausenblas (2004) ise çalışmalarında ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını arttırdığı belirtmiştir. Harley ve Eskenazi' nin (2006) çalışmasında sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu saptarken, Murray ve McKinney (2010) çalışmalarında gebeliğinde yüksek düzeyde sosyal destek alan kadınların, düşük düzeyde destek alan kadınlara göre daha mutlu olduklarını ve gebelikle ilgili daha olumlu duygular yaşadıklarını belirtmiştir. Görüldüğü gibi literatürdeki sonuçlarda çalışma sonucumuzu destekler niteliktedir. Ancak Türkiye' de sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını gebeler de ne ölçüde etkilediğini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu konuda literatürün oldukça sınırlı olduğu görülmektedir.

6. SONUÇLAR

Araştırmada gebelerin algılandıkları sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda belirtilmiştir.

- Çalışmada gebelerin yaş ortalamasının 26.96 ± 4.50 olduğu, ortalama 5.93 ± 4.15 yıldır evli oldukları, eşlerinin %43.5' inin lise mezunu olduğu kendilerinin de %42.9' unun lise mezunu olduğu ve %12.5' inin gelir getiren bir işte çalıştığı ve sadece %24.6' sının sosyal güvencesi olmadığı, yalnızca %7' sinin gelir düzeyi algısının iyi olduğu ve %63.8' inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.1.1).
- Gebelerin ortalama gebelik haftalarının 31.28 ± 9.68 olduğu, %16.7'sinin 4 ve üzerinde gebe kaldığı ve %71.4' ünün gebeliğinin planlı olduğu, doğum öncesi bakım almaya başlama gebelik haftası ortalaması 7.13 ± 5.53 , bakım alma sayısının ortalama 7.67 ± 3.89 olduğu ve %64.7' sinin doğum öncesi bakım almaya bir yakını ile geldiği görülmektedir (Tablo 4.1.2)
- Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puan ortalaması 124.44 ± 24.87 ve ölçeğin alt boyut puan ortalamaları ise; sağlık sorumluluğu 22.13 ± 5.65 , fiziksel aktivite 13.08 ± 4.57 , beslenme 20.11 ± 4.80 , manevi gelişim 25.11 ± 4.63 , kişilerarası ilişkiler 24.68 ± 4.66 ve stres yönetimi 19.30 ± 4.46 puan olarak bulunmuştur (Tablo 4.2.1).
- Gebelerin yaş ve evlilik süresi hariç, incelenen tüm sosyo demografik özelliklerle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p < 0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.2).
- Gebeliğin planlı olması ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeğinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık olduğu ($p < 0.05$) görülmektedir (Tablo 4.2.3).
- Kadının kaç kez gebe kaldığı ile fiziksel aktivite, gebeliğin planlı olması ile fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi, doğum öncesi bakım almaya başlama zamanı ile fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi, doğum öncesi bakımda eğitim alma durumuyla kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görülmektedir (Tablo 4.2.3).

- Gebelerin Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puan ortalaması 53.86 ± 20.21 ve alt boyut puan ortalamaları özel bir insan desteği 13.45 ± 9.08 , aile desteği 23.06 ± 5.75 , arkadaş desteği 17.34 ± 8.87 puan olarak tespit edilmiştir. Gebelerin aile desteğinin özel bir insan desteği ve arkadaş desteğine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.1)
- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları arası ilişkiye bakıldığında toplam puan ve her bir alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki ($p < 0.05$) olduğu (Tablo 4.4.1) ve algılanan sosyal destek düzeyi arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığı saptanmıştır.

7. ÖNERİLER

- Gebelerde sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Bu nedenle;
 - ✓ Sosyal desteğin olumlu sağlık davranışları geliştirmede etkisinin önemine yönelik sağlık çalışanlarına, gebe ve ailelerine eğitim ve danışmanlık yapılması,
 - ✓ Sağlık çalışanlarının gebelerin sosyal destek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını belirlemede kullanabilecekleri standart formlar geliştirerek DÖB' da bu formların kullanımı sağlayacak kurumla işbirliğinin sağlanması,
- Çalışmamızda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II ölçeğinin alt boyutu olan fiziksel aktivitenin en düşük puanı aldığı belirlenmiştir. Bu nedenle;
 - ✓ Sağlık profesyonellerinin özellikle hemşirelerin DÖB'de fiziksel aktiviteni önemine yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetine ağırlık vermesi konusunda bilgilendirilmesi.
- Konu ile ilgili Türkiye' de yapılan araştırma olmadığı ve uluslararası literatürde de sınırlı sayıda araştırmaya rastlandığı için farklı kültürlerle sahip gebelerde sosyal desteğin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini inceleyen geniş kapsamlı tanımlayıcı ve müdahale çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

8. KAYNAKLAR

- Akbaş, E. (2009). Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Akın, A., Uysal, R., Çitemel, N. (2013). Sosyal Güvende Hissetme ve Memnuniyet Ölçeğinin Türkçe' ye Uyarlanması. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi 9(1), 34-40.
- Aksakallı, M., Çapık, A. T., Ejder Alpay, S. T., Pasinlioğlu, T. & Bayram, S. (2012). Loğusaların Destek İhtiyaçlarının ve Doğum Sonu Dönemde Alınan Destek Düzeylerinin Belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(3), 129.
- Akyol, A., Bilgiç, P., Ersoy, G.(2008). Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Sağlıklı Yaşam. Hacettepe Üniversitesi-Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- Altay, B. (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi, 23(1), 1-8.
- Altın, G. E. (2012). Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi. Current Approaches In Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklaşımlar, 4(2), 188-203. doi:10.5455/cap.20120412
- Altıparmak, S. ve Koca, A.K. (2009). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 8 (5), 421-426.
- Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Nutrition, weight gain and exercise during pregnancy. Perinatal Journal, 13(2), 71-79.
- Ardahan, M. T. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(2), 68.

- Arıkan, D., Kahriman, İ. (2002). Yenidoğan Bebeği Olan Primipar Annelerin Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Desteğin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5, 60-67.
- Arslan, C. ve Ceviz, D.F.Ü. (2007). Ev Hanımı Ve Çalışan Kadınların Obezite Prevalansı Ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Dergisi, 21(5), 211-220.
- Aşçı, Ö. (2013). Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Aydemir, H., Hazar, H.(2014). Düşük Riskli, Riskli ve Yüksek Riskli Gebelik ve Ebinin Rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 3(2) ,815-825.
- Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürkan, T., Önderoğlu, L.S., Yaralı, H., Yüce, K., (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi.
- Bahar, Z., Açıl, D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Elektronik Dergisi, 7(1), 59-67.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., Kıssal, A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(1),1-12.
- Baheiraei, A., Mirghafourvand, M., Charandabi, S. M., Mohammadi, E., & Nedjat, S. (2014). Health-Promoting Behaviors And Social Support in Iranian Women of Reproductive Age: A Sequential Explanatory Mixed Methods Study. International Journal Of Public Health, 59(3), 465-473. doi:10.1007/s00038-013-0513-y
- Baklaya, AN. (2002). Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri Ve Ebe-Hemşirenin Rolü. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 6, 42-49.
- Balsak, D., Yıldırım, Y., Avcı, M., Töz, E., Gültekin, E., Kayhan, K., Yorgun, S., Tınar, Ş. (2007). Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizi Hakkındaki

- Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24(3), 200-204.
- Barrera, M., Fleming, C. F. & Khan, F. S. (2004). "The Role of Emotional Social Support in the Psychological Adjustment of Siblings of Children with Cancer". *Child Care Health Development*, 30(2), 103–111.
- Başal, H.A. (2006). Türkiye’de Doğum Öncesi, Doğum ve Doğum Sonrası Çocuk Gelişimi ve Eğitimine İlişkin Gelenek, Görenek ve İnançlar. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, 19 (1),45-70.
- Bawadia, H. A., Al-Kuranb, O., Al-Bastonia, L. A., Tayyemc, R. F., Jaradatd, A., Tuurie G., Al-Beitawif, S. N., & Al-Mehaisenb, L. M. (2010). Gestational Nutrition Improves Outcomes Of Vaginal Deliveries in Jordan: An Epidemiologic Screening. *Journal of Nutrition Research*, 30 (2),110- 117.
- Baysal, A. (2002). *Beslenme* (9 baskı). Ankara: Hatipoğlu Yayınevi
- Beasley M, Thompson T, Davidson J. Resilience in response to life stres: the effects of coping style and cognitive hardness. *Pers Individ Dif* 2003; 34: 77-95.
- Berkman, S. (2004). Doğum Bilgileri. İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Beydağ, K.D.(2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6,s:479-484.
- Bilgili, N., & Ayaz, S. (2009). Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), 497-502
- Bingöl, T. T., & Tel, H. T. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3), 1.
- Birol, L. (2005). *Hemşirelik Süreci*. İzmir. Bozyaka Matbaası, 13.

- Bottorff, J.L., Johnson, J.L., Ratner, P.A., Hayduk, L.A. (1996). The Effects Of Cognitive – Perceptual Factors on Health Promotion Behavior Maintenance. *Nursing Research*, 45(1), 30-36.
- Bozhüyük, A. (2010) Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana.
- Bozhüyük, A., Özcan, S., Kurdak, H., Akpınar, E., Saatçı, E., Bozdemir, N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal Of Family Medicine and Primary Care*, 6, 13-21.
- Branje, S. J. T., Van Aken, M. A. G. ve Van Lieshout, C. F. M. (2002). Relational Support in Families With Adolescents. *Journal Of Family Psychology*, 16, 351-362.
- Bulut, S. (2013). Sağlıkta sosyal bir belirleyici; fiziksel aktivite. *Turkish Bulletin Of Hygiene & Experimental Biology / Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji*, 70(4), 205-214. doi:10.5505/TurkHijyen.2013.67442
- Callaghan, P. & Morrissey, J. (1993). “Social Support and Health: A Review”. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 203–210.
- Cannella, B. (2006). Mediators Of The Relationship Between Social Support And Positive Health Practices In Pregnant Women, *Nursing Research*, 55(6), 437-445.
- Carey, C.J., Rayburn, W.F. (2006). *Obstetrik & Jinekoloji* (H. Güner, Çev.) 4. baskı, Ankara: Güneş Kitabevi.
- Carlin, A., Alfirevic, Z.(2008). Physiological Changes of Pregnancy and Monitoring. *Best Practice and Research Clinical Obstetric and Gynaecology*, 22.(5),s:801-823.
- Cassel, J. (1976). The Contribution Of The Social Environment to Host Resistance. *American Journal Of Epidemiology*, 104, 107-123.
- Cengiz, H., Dede, S., Karadeniz, S., Karakoç, G., Yıldırım, U. (2008). *Kadın Hastalıkları ve Doğum. Klinisyen Tıp Kitabevleri*.

- Chapman, L., Durham, R. (2010). *Maternal-Newborn Nursing, The Critical Components of Nursing Care*, Davis Company, USA.
- Charlan, D., Kroelinger, M.A., Kathryn, S. (2000). Partner Support And Pregnancy Wantedness. *Birth Berkeley Calif*, 27(2), 112-119.
- Chen, M. (1999). The Effectiveness Of Health Promotion Counseling To Family Caregivers. *Public Health Nurse*, 16(2), 125-132.
- Ching-Min, C., Shu-Fen, K., Yu-Hua, C., & Hsiu-Chuan, C. (2007). Postpartum Taiwanese Women: Their Postpartum Depression, Social Support And Health-Promoting Lifestyle Profiles. *Journal Of Clinical Nursing*, 16(8), 1550-1560. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01837.x
- Chou, F.H., Kuo, S.H., Wang, R.H. (2008). A Longitudinal Study Of Nausea And Vomiting, Fatigue And Perceived Stress In, And Social Support For Pregnant Women Through The Three Trimesters. *Kaohsiung J Med Sci.*, 24(6), 306-14.
- Chuang, C.H., Hillemeier, M.M., Anne-Marie, D. ve Weisman, C.S. (2011). The Relationship Between Pregnancy Intention And Preconception Health Behaviors. *Preventive Medicine*, 53, 85–88.
- Cihangiroğlu, Z., Deveci, S.E. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16, 78-83.
- Clarke, P. E., & Gross, H. (2004). Women's Behaviour, Beliefs And Information Sources About Physical Exercise In Pregnancy. *Midwifery*, 20, 133-141. doi:10.1016/j.midw.2003.11.003
- Cobb, S. (1976). "Social Support as a Moderator of Life Stress". *Psychosomatic Medicine*, 38, 300–314.
- Collins, N.L., Laurson, W. (2003). Adolescents' Relationships With Parents. *Journal of Language & Social Psychology*, 22, 58-65.

- Coşkun, A.M. (2012). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. İstanbul, Koç Üniversitesi Yayınları.
- Cunningham Gary, F., Leveno, K.J., Bloom, S.L., Hauth, J.C., Rouse, D.J., Spong, C.Y. (2010). Williams Obstetrics, 23 rd Education, McGraw-Hill, New York.
- Çalık, Y.K., Aktaş, S. (2011). Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*,3(1),142-162.
- Çeçen, R.A. (2008). Öğrencilerinin Cinsiyetlerine ve Anababa Tutum Algılarına Göre Yalnızlık ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(3), 415-431.
- Çelebi, E., Oğuzöncül, A.F. (2013). “Özel Eğitim Öğretmenlerinin Bazı Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi”, *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi*, 27 (2), 87-92.
- Çelikel Çam, F. ve Erkorkmaz, Ü. (2008). “Üniversite Öğrencilerinde Depresif Belirtiler ve Umutsuzluk Düzeyleri ile İlişkili Etmenler”. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 45, 122–9.
- Çetinel, B. (2006). İşeme Bozukluklarında Botulinum Toksin Tedavisi. *Türk Üroloji Dergisi*, 32 (3), 387-392.
- Çiçek, M.N., Akyürek, C., Çelik, Ç., Haberal, A. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İstanbul: Güneş Kitabevi.
- Danaci, A. E., Dinç, G., Deveci, A., Sen, F. S., & İçelli, I. (2002). Postnatal Depression In Turkey: Epidemiological And Cultural Aspects. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 37(3), 125-129.
- Decherney, A.H, Nathan, L., Goodwin, T.M. (2007). *Current Diagnosis and Treatment, Obstetrics & Gynecology*. Newyork, McGraw-Hill Medical.
- Dedeli, Ö., Karadeniz, G. (2009). Kanser Ağrısının Kontrolü İle Psikososyal-Spiritüel Modelin Birleştirilmesi. *Ağrı*, 21(2), 45-53.

- Downs Symons, D., Hausenblas, H.A.(2004). Women's Exercise Beliefs And Behaviors During Their Pregnancy And Postpartum. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 42(2), 138-144.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., & Strycker, L. A. (2005). Sources And Types Of Social Support In Youth Physical Activity. *Health Psychology*, 24, 3-10.
- Duncombe, D., Wertheim, E., Skouteris, H., Paxton, S., Kelly, L. (2009). Factors Related To Exercise Over The Course Of Pregnancy Including Women's Beliefs About The Safety Of Exercise During Pregnancy, *Midwifery*, 25, 430-438.
- Eker,D., Arkar, H., Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 17-25.
- Elkin, N. (2015). Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*,8(1).
- Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen J., Pincus Knackstedt, M.K., Klapp, B.F., Ark, P.C. (2007). Social Support During Pregnancy Effects On Maternal Depressive Symptoms, Smoking And Pregnancy Outcome. *Human Reproduction Update*, 22, 869-877.
- Erci, B. (2009). Sağlıkın Geliştirilmesi ve Sağlıklı Yaşam. *Halk Sağlığı Hemşireliği*. Göktuğ Yayıncılık, Fırat Matbaacılık, Ankara, 192-201.
- Erci, B., Tortumluoğlu, G., Aydın, İ. (2001). Koruyucu Hizmetlerde Görev Yapan Ebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları İle Gebe ve Loğusa İzlemlerinde Verilen Bakım Hizmetleri Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3(1), 16-22.
- Erden, M., Akman, Y. (1985). Kendini gerçekleştirme. *Eğitim Psikolojisi*. Ankara, Arkadaş Yayınları.
- Erdoğan, T., Ünsar, S., Süt, N. (2009). Stresin Çalışanlar Üzerindeki Etkileri: Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 447-461.

- Esperat, C., Feng, D., Zhang, Y., Owen, D. (2007). Health Behaviors Of Lowincome Pregnant Minority Women. *Western Journal of Nursing Research*, 2284-300.
- Fleming, P., & Godwin, M. (2008). Lifestyle Interventions In Primary Care: Systematic Review Of Randomized Controlled Trials. *Canadian Family Physician Médecin De Famille Canadien*, 54(12), 1706-1713.
- Frisbie, W.P., Biegler, M., Turk, P., Forbes, D., Pullum, S.G. (1997). Racial and Ethnic Differences in Determinants of Intrauterine Growth Retardation and Other Compromised Birth Outcomes, *AM J Public Health*, 87, 1977–1983.
- Gilbert, E.S, Harmon, J.S. (2002). *Manual of High Risk Pregnancy & Delivery*. 2nd Edition. New York: Mosby.
- Glasser, S., Barell, V., Shoham, A., Ziv, A., Boyko, V., Hart, S. (1998). Prospective Study Of Postpartum Depression In An Israeli Cohort= Prevalence, Incidence And Demographic Risk Factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 19 (3): 155–164.
- Gökyıldız, S., Alan, S., Elmas, E., Bostanci, A., & Küçük, E. (2014). Health-Promoting Lifestyle Behaviours In Pregnant Women In Turkey. *International Journal Of Nursing Practice*, 20(4), 390-397. doi:10.1111/ijn.12187
- Grady, D., Brown, J.S., Vittinghoff, E., Applegate, W., Varner, E., Synder, T. (2001). Postmenopausal Hormones And Incontinence: The Heart And Estrogen/ Progestin Replacement Study. *Obstet Gynecol*, 97(1), 116-20.
- Gümüştekin Eren, Gülten., Gültekin, F. (2009). Stres Kaynaklarının Kariyer Yönetimine Etkileri. *Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi*, 23.
- Halbreich, U. (2005). The Association Between Pregnancy Processes, Preterm Delivery, Low Birth Weight, And Post Partum Depressions. The Need For Interdisciplinary Integration. *AJOG*, 193, 1312–22.
- Hancock, Z.A., Mc Carty, A.N., Abrams, M.E. (1986). *The Prenatal Period. Health Promotion*'da. Missouri, The CV Mosby, 274- 313.

- Harley, K., & Eskenazi, B. (2006). Time In The United States, Social Support And Health Behaviors During Pregnancy Among Women Of Mexican Descent. *Social Science & Medicine*, 12, 3048.
- Helli, A., Dolapçioğlu, K., Çekiç, Ç. (2011). Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2, 121-123.
- Hergüner, S., Çiçek, E., Annagur, A., Hergüner, A., & Ors, R. (2014). Association of Delivery Type with Postpartum Depression, Perceived Social Support and Maternal Attachment. *Dusunen Adam: Journal Of Psychiatry & Neurological Sciences*, 27(1), 15-20. doi:10.5350/DAJPN2014270102
- Hinton, P.S ve Olson, C.M. (2001). Predictors Of Pregnancy-Associated Change In Physical Activity In A Rural White Population. *Maternal and Child Health Journal*, 5(1), 7-14.
- Hovardaoğlu, S. (1995). Kişilerarası İlişkiler ve Davranış Bozuklukları. *Kriz Dergisi* 3(1-2), 7-12.
- Hung, C., & Chung, H. (2001). The Effects Of Postpartum Stress And Social Support On Postpartum Women's Health Status. *Journal Of Advanced Nursing*, 36(5), 676-684. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.02032.x
- İlhan, N., Batmaz, M., Akhan, L.U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 34-44.
- İRge, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., Dursun, S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi. *STED*, 14(7), 157-160.
- Jesse, D.E., Reed, P.G. (2004). Effects Of Spirituality And Psychosocial Wellbeing On Health Risk Behaviors In Appalachian Pregnant Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 739-747.
- Kadayıfçı, O. (2005). *Lamaze Yöntemi İle Doğuma Hazırlık ve Doğum*. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.

- Kaiser, L. L., & Campbell, C. G. (2014). Practice Paper Of The Academy Of Nutrition And Dietetics Abstract: Nutrition And Lifestyle For A Healthy Pregnancy Outcome. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 114(9), 1447.
- Kaner, S. (2010). Yenilenmiş Ana-Baba Sosyal Destek Ölçeği'nin Psikometrik Özellikleri. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, 35(157), 15-29.
- Kaner, S.(2003). Aile Destek Ölçeği: Faktör Yapısı, Güvenirlik ve Geçerlik Çalışmaları. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*,4,57-72.
- Kaplan, S. T., Bahar, A. T., & Sertbaş, G. T. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 113.
- Karadeniz, G., Uçum, E.Y., Karaağaç, Ö. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(6), 497-502.
- Karataş, T., Mete, S. (2012). Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5(2), 47-52.
- Kavas, A. (2003). Sağlıklı Yaşam İçin Doğru Beslenme. İstanbul: Literatür Yayıncılık, 3. Basım, 6-15.
- Kavlak, O., Atan, S. U., Şirin, A., Şen, E., Güneri, S. E., & Dağ, H. Y. (2013). Pregnant Turkish Women With Low Income: Their Anxiety, Health-Promoting Lifestyles, And Related Factors. *International Journal Of Nursing Practice*, 19(5), 507-515 9p. doi:10.1111/ijn.12093
- Kızılaya Beji, N. (2015). Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Korenbrodt, C.C., Wong, S.T., Stewart, A.L. (2005). Health Promotion And Psychosocial Services And Women's Assessments Of İnterpersonal Prenatal Care In Medicaid Managed Care. *Maternal and Child Health Journal*, 9, 135-149.

- Koyun, A., Taşkın,L.,Terzioğlu,F. (2011). Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(1),67-99.
- Köken, G. T., Coşar, E. T., Şahin, F. T., Arıöz, D. T., Yeşildağ, E. T., & Yılmaz, M. T. (2009). Erken Gebelikte Bulantı ve Kusmaya Etki Eden Faktörler. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 6(2), 92.
- Kuğu, N., Akyüz, G. (2001). Gebelikte Ruhsal Durum. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 23(1), 61 – 64.
- Kutlu, R. T. (2008). Aktif Ve Pasif Sigara İçiciliğinin Gebelik ve Fetüs Üzerine Etkileri. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni, 7(5), 445.
- Lara, M. E., Leader, J. & Klein, D. N. (1998). “What is Social Support?”Harvard Mental Health Letter, 14(12), 6-8.
- Lepore, S. J., Evans, G. W., Schneider, M. L. (1991), “Dynamic Role of Social Support in The Link Between Chronic Stress and Psychological Distress”, Journal of Personality and Social Psychology, 61(6), 899-909.
- Lin, Y., Tsai, E., Chan, T., Chou, F., Lin, Y. (2009). Health Promoting Lifestyles And Related Factors In Pregnant Women. Chang Gung Medical Journal, 32, 650–661.
- Lindgren, K. (2003). A Comparison Of Pregnancy Health Practices Of Women In Inner-City And Small Urban Communities. JOGNN Clinical Research, 32(3), 314-321.
- Lindgren, K. (2005). Testing The Health Practices İn Pregnancy Questionnaire–Iı. JOGNN Clinical Research, 34(4), 465-472.
- Lusk, S.L, Kerr, M.J, Ronis, D.L. (1994). Test of health promotion model as a causal model of worker’s use of hearing protection. Nursing Research, 43(3), 151-157.
- MacAuley, D. A History Of Physical Activity, Health And Medicine. J R Soc Med, 87, 32-35.
- Madazlı, R. (2005). Gebelik ve Stress. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açından Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47, 61-62.

- Marakoğlu, K. ve Sezer, E. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı, C. Ü. Tıp Fakóltesi Dergisi, 25(4), 157 – 164.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik Ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2), 71-76.
- Metin, A.(2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Murray, S. and McKinney, E. (2010). Foundations of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing, 5th Edition, Saunders Elsevier.
- Neggers, Y., Goldenberg, R., Cliver, S., & Hauth, J. (2006). The relationship between psychosocial profile, health practices, and pregnancy outcomes. Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 85(3), 277-285.
- O' Reilly, B., Bottomley, C., Rymer, J. (2008). Temel Obstetrik ve Jinekoloji (S. Günalp, Çev.) Ankara: Güneş Kitabevi.
- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 98-105.
- Oruçlu, D. (2011). Diyarbakır Kadın Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, Şanlıurfa.
- Oşar, Z. (2004). Erkan T. Beslenme ve Metabolizmada Temel Kavramlar. Sağlıkta ve Hastalıkta Beslenme. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi, 41, 13-17.
- Özcan, H., & Kızılkaya Beji, N. (2015). Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. Perinatoloji Dergisi, 23(1), 13-19. doi:10.2399/prn.15.0231003

- Özdemir, F., Bodur, S., Nazik, E., Nazik, H., Kanbur, A. (2010). Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Belirlenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin, 9(5), 463-470.
- Özdemir, S., Marakoğlu, K., Çivi, S. (2008). Konya İl Merkezinde Doğum Sonrası Depresyon Riski ve Etkileyen Faktörler. TAF Prev Med Bull, 7, 391-398.
- Özkan Arslan, İ., & Mete, S. (2010). Pregnancy Planning And Antenatal Health Behaviour: Findings From One Maternity Unit In Turkey. Midwifery, 26, 338-347. doi:10.1016/j.midw.2008.07.005
- Özkan, H. (2010). Annelik Kimlik Gelişimi Eğitiminin Primiparların Annelik Rolü Kazanımına ve Bebeğim Algısına Etkisi, Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Özkan, S., Yılmaz, E. (2008). Hastanede Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 7, 89-105.
- Özmen, M. ve Önen. B (2005). Stresle Başa Çıkma Yolları. İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47, 171-180.
- Özvarış, Ş.B. (2006). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 1132-1136.
- Özyazıcıoğlu, N., Kılıç, M., Erdem, N., Yavuz, C., Afacan, S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2, 278-332.
- Pahalank, C. (1991). Determinant Of Health Promotive Behavior; A Review Of Current Research. Nursing Clinic North America, 26(4), 815-832.
- Pallikadavath, S., Foss, M., Stones, R.W. (2004). Antenatal Care: Provision And Inequality In Rural North India. Social Science and Medicine 59, 1147–1158

- Pender, N.J, Barkauskas, V., Hayman, L., Rice, V.H., Anderson, E.T. (1992). Health Promotion And Disease Pervation: Toward Excellence In Nursing Practice And Education. *Nursing Outlook* ,40(3),106-112.
- Perrine, R. M. (1995). Please See Me. Student' Reactions To Professor Request As A Function Of Attachment And Perceived Support. *Journal of Experimental Education*, 68(1), 60-73.
- Perry, S.E., Hockenberry, M.J., Lowdermik, D.L., Wilson, D. (2010). *Maternal Child Nursing Care* (4th Ed.).Mosby Elsevier.
- Pinro, B.M., Goldstein, M.G., Ashba, J.(2005). Randomized Controlled Trial of Physical Activity Counseling for Older Primary Care Patients, 29(4), 247-255.
- Ricci, S.S. & Kyle, T. (2009). *Maternity and Pediatric Nursing*. Wolters Kluwer Health.
- Saidi, A., Delaporte, V., Lechevallier, E. (2005). Urological Conditions Encountered During Pregnancy. *Prog Urol*, 15, 1-5.
- Samur, G. (2008). Gebelik ve Emziklik Döneminde Beslenme. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Klasmat Matbaacılık,Ankara.http://diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a2.pdf Erişim tarihi: 27.05.2016
- Sarris, I., Bewley, S., Agnihotri, S. (2009). *Training in Obstetrics and Gynaecology*. Oxford University Press, London.
- Saydam, B.K., Bozkurt, B.Ö., Hadımlı, A.P., Can, H.Ö. ve Soğukpınar, N. (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 15,3, 131-139.
- Shieh, C., Kravitz, M., Wang, H.H. (2001). What Do We Know About Maternal-Fetal Attachment? *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 17, 448-54.
- Shiman, S., Rich, J., Kleinman, K., Okan, E., Gilliman, M. (2009). Dietary Quality During Pregnancy Varies by Maternal Characteristics _n Project Viva: A Us Chort Journal of the American Dietetic Association, 109(6),1004-10011.

- Shonkoff, J. P. (1984). "Social Support and The Development of Vulnerable Children". *American Journal Public Health*, 74(4), 310–312.
- Sorias, O. (1988). Sosyal desteğin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Seminer Dergisi*, 6, 19-40.
- Sorias, O. (1988). Sosyal Destekler ve Ruh Sağlığı. *Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1) , 359–362.
- Sönmez, Y., Aksakoğlu, G. (2005). Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Etmenler. *Sted 2005*; 14 (9), 212-16.
- Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Semiz, O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 93-103.
- Stapleton, A., Stamm, E. (1997). Prevention Of Urinary Tract İnfection. *Infect Dis Clin North Am*, 11(3),719-33.
- Stark, M.A., Brinkley, R.L., Stark, M.A., Brinkley, R.L. (2007). The Relationship Between Perceived Stress And Health-Promoting Behaviors İn High-Risk Pregnancy. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 21(4), 307-314.
- Şahin, E.M. ve Altınel, T. (2010). Edirne’de yaşayan kadınların algıladıkları sosyal destek ve etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 30(3), 864-870.
- Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri İle Bunları Etkileyen Etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 27(1), 51-58
- Şen, S., Egelioglu Cetişli, N., & Saruhan, A. (2012). Göçün gebelikteki depresyon, kaygı düzeyi ve sosyal destekle ilişkisi. *International Journal of Human Sciences [Online]*. (9)2, 1- 13.
- Şentürk, V. (2008). Gebelik Ve Doğum Sonrası Dönemde Sık Görülen Ruhsal Bozukluklar. *Kriz Dergisi*, 16(1), 25-34.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). Beslenme Modülleri. Ankara: Temel Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi. Erişim:24.05.2016<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t9.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). *Gebelik ve Egzersiz*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Erişim:24.05.2016,http://www.diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/fiziksel_aktivite_bilgi_serisi/E6.pdf
- Taşkın, L.(2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 13. Basım. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Thaewpia, S., Howland, L. C., Clark, M. J., & James, K. S. (2013). Relationships Among Health Promoting Behaviors and Maternal and Infant Birth Outcomes in Older Pregnant Thais. *Pacific Rim International Journal Of Nursing Research*, 17(1), 28-38.
- Thaewpia, S., Howland, L. C., Clark, M. J., & James, K. S. (2012). "Factors Predicting Health Promoting Behaviors among Older Pregnant Thais." *Pacific Rim International Journal Of Nursing Research*, 16(2), 113-123.
- The American College Of Obstetricians and Gynecologist (2015). Womens Health Care Physicians. <https://www.acog.org/-/media/ForPatients/faq001.pdf?dmc=1&ts=20160530T0302445986> Erişim tarihi: 27.05.2016
- Timur, S. T., & Kızılırmak, A. T. (2011). Erken Gebelikte Bulantı-Kusma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 10(3), 281.
- TNSA. (2013). Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması. Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Tuğut, N., Bekar, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Algılama Durumları İle Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Arasındaki İlişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(1), 17-26.

- Tunçkiran, M.A. (2011). Gebelikte Meydana Gelen Diğer Ürolojik Problemler. Türk Ürol Sem., 2(1), 131-3.
- Türkoğlu, N. T., Çelik sis, A. T., & Pasinlioğlu, T. T. (2014). Annelerin Doğum Sonrası Sosyal Destek İhtiyaçlarının Ve Alınan Desteğin Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 11(1), 18.
- Uğur, M. (2005). Stres Kavramı ve Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi, 47, 13-33.
- Ulupınar Alıcı, S., Sarıkaya, Ö. (2009). Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Yaşantılayarak Öğrenme Uygulaması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2(1), 95-101.
- Ünalın, D., Şenol, V., Öztürk, A., Erkorkmaz, Ü. (2007). Meslek Yüksekokullarının Sağlık ve Sosyal Programlarında Öğrenim Gören Öğrencilerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Öz-Bakım Gücü Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Dergisi, 14(2), 101-109.
- Vaizoğlu, S.A, Akça, O., Akdağ, A., Omar, A., Çoşkun, D. (2004). Genç Erişkinlerde Fiziksel Aktivite Düzeyinin Belirlenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 3(4), 63-71.
- Velioğlu, P., Pektekin, Ç., Şanlı, T. (1991). Hemşirelikte Kişilerarası İlişkiler. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Ders Kitapları, Yayın No: 102/HKİ. (<http://w2.anadolu.edu.tr/aos/kitap/EHSM/1208/unite01.pdf>) Erişim tarihi: 24.05.2016.
- Vırt, O. T., Akbaş, E. T., Savaş, H. T., Sertbaş, G. T., & Kandemir, H. T. (2008). Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 45(1), 9.
- Vural Tuzcular, E.A., Gönenç, I., Yazıcıoğlu, E. (2000). Gebelikte Üriner Sistem Enfeksiyonları. Türk Aile Hek Derg.,4 (1-4), 34-37.

- Vural, B.K. (1998). Sağlık Riskinin Belirlenmesi ve Hemşirelik İçin Önemi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2), 39-43.
- Walker, S.N., Sechrist, K.R., Pender, N.J. (1987). The Health Promoting Lifestyle Profile: Development And Psychometric Characteristics. Nursing Research, 36(2), 76-81.
- Webster, J., Linnane, J., Dibley, L., Hinson, J., Starrenburg, S., & Roberts, J. (2000). Measuring Social Support In Pregnancy: Can It Be Simple And Meaningful? Including Commentary By Richards MPM. Birth: Issues In Perinatal Care, 27(2), 97-103.
- Westdahl, C., Milan, S., Magriples, U., Kershaw, T.S., Rising, S.S, Ickovics, J.R. (2007). Social Support And Social Conflict As Predictors Of Prenatal Depression. Obstet Gynecol, 110, 134-140.
- WHO.2015.http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/.02.11.2015.
5.
- Wilkinson, S. A., & Miller, Y. D. (2007). Improving health behaviours during pregnancy: a new direction for the pregnancy handheld record. The Australian & New Zealand Journal Of Obstetrics & Gynaecology, 47(6), 464-467.
- Yalçinkaya, M., Özer Gök F., Karamanoğlu Yavuz, A. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6(6), 409-420.
- Yetkin, A., Uzun, Ö. (2000). Eğitimi Sağlıkla İlgili Olan Ve Olmayan Yüksekokul Öğrencilerinin Sağlık Davranışlarının Karşılaştırılması. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1), 1-10.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R., & Karakurt, P. (2011). The Relationship Between Postpartum Depression And Social Support And Affecting Factors. International Journal Of Human Sciences, (1), 31.
- Yıldırım, İ. (1997). Algılanan Sosyal Destek Ölçeği' nin Geliştirilmesi Güvenirliği ve Geçerliği. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 13(1), 81-87.

- Yıldırım, İ. (1998), “Akademik Başarı Düzeyleri Farklı Olan Lise Öğrencilerinin Sosyal Destek Düzeyleri”, Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2(9), 33- 39.
- Yılmaz, F. (2012). Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Gebeliğe ve Anneliğe Uyum Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum.
- Yılmaz, S. D., & Beji, N. K. (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. Genel Tıp Dergisi, 20(3), 99-108.
- Youngkin, E. and Davis, M. (2004). Women A Primary Care Clinical Guide, Third Edition, Practice Hall, New Jersey.
- Yücel, M. (2005). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara: Palme Yayıncılık, 33-47.
- Zaybak A., Fadıloğlu Ç. (2004) Üniversite Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışı ve Bu Davranışı Etkileyen Etmelerin Belirlenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1), 77-95.

8. EKLER

EK 1 Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

EK 2 Gebe Tanılama Formu

Ek 3 Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

EK 4 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

EK 5 Koç Üniversitesi Etik Kurul Kararı

EK 6 Kamu Hastaneler Birliği Beyoğlu Genel Sekreterliği İzin Yazısı

EK 7 Bilgilendirilmiş Onam Formu

EK 8 Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği'nin Kullanım İzni

EK 1:RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

	HAYIR	EVET
OBSTETRİK ÖYKÜ		
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı		
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü		
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf.arası)		
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü		
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g		
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g		
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış		
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, konizasyon, klasik CS servikal serklaj)		
MEVCUT GEBELİK		
9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik		
10. 18 yaşından genç		
11. 35 yaş ve üstü		
12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu		
13. Vajinal kanama		
14. Pelvik kitle		
15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması		
16. Anemi öyküsü		
GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ		
17. İnsülin bağımlı diyabet hastası		
18. Renal hastalık		
19. Kardiyovasküler hastalık		
20. Tiroid hastalığı		
21. Talasemi taşıyıcılığı		
22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı		
23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum		
24. Yapılan muayene sonucuna göre tespit edilen riskli durum		

EK2
GEBE TANILAMA FORMU

- 1. Gebelik haftası:**
- 2. Yaşı:**
- 3. Kan Grubu:**
- 4. Eğitim durumunuz nedir?**
 - a) Okur-Yazar Değil
 - b) Okur-Yazar
 - c) İlkokul Mezunu
 - d) Ortaokul-Lise Mezunu
 - e) Fakülte-Yüksekokul
- 5. Eşinizin eğitim durumu nedir?**
 - a) Okur-Yazar Değil
 - b) Okur-Yazar
 - c) İlkokul Mezunu
 - d) Ortaokul-Lise Mezunu
 - e) Fakülte-Yüksekokul
- 6. Şuan da herhangi bir işte çalışıyor musunuz?**
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 7. Sosyal güvenceniz var mı?**
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 8. Ailenizde eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle birlikte sürekli kalan başka kişiler var mı?**
 - a) Evet (Geniş aile)
 - b) Hayır(Çekirdek aile)
- 9. Kaç yıllık evlisiniz?**

.....
- 10. Ailenizin gelir ve gider durumunu karşılaştırdığımızda ekonomik durumunuzu nasıl buluyorsunuz?**
 - a) İyi (Gelir giderden fazla),
 - b) Orta (Gelir giderle dengeli)
 - c) Kötü (Gelir giderden az)

11. Bu gebeliğiniz planlı mıydı?

- a) Planlı
- b) Plansız
- c) Tedavi ile

12. Kaç kez gebe kaldınız?

- a) Hiç
- b) 1
- c) 2
- d) 3 ve üzeri

13. Bu kaçınıcı gebeliğiniz?

- a) 1 (15. Soruya geçiniz.)
- b) 2
- c) 3
- d) Diğer

14. Bu gebeliğiniz ile bir önceki gebelik arasındaki süre ne kadar?

- a) 24 aydan (2 yıl) daha az
- b) 24 aydan (2 yıl) daha fazla

15. Doğum öncesi kontrol aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır (diğer soruları yanıtlamayınız)

16. Doğum öncesi kontrole gebeliğiniz kaçınıcı haftasında başladınız?

.....

17. Şuan kaçınıcı kontrolünüze geldiniz?

.....

18. Doğum öncesi kontrollerde eğitim ve danışmanlık hizmeti aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

19. Hangi konularda bilgi aldınız?

.....

20. Doğum öncesi kontrollere bir yakınınız ile mi gittiniz?

- a) Evet
- b) Hayır

EK 3

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir.

Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 **Kesinlikle Evet**

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ***Kesinlikle Evet***

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ***Kesinlikle Evet***

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ***Kesinlikle Evet***

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle Hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 ***Kesinlikle Evet***



EK4: Sağlıklı Yaşam Biçimleri Davranışları II Ölçeği

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 daire içine alarak belirtiniz. Hiç birzaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endiselerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
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 üç kez 20 dakika 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	Hergün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da 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 hissederim				
25	Baskalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
29	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
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				

		Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
36	Hergün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Hergün 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 dakika 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 5

Rumelifeneri Yolu Sarıyer 34450 İstanbul T: 0212 338 10 00 F: 0212 338 12 05 www.ku.edu.tr



**KOÇ
ÜNİVERSİTESİ**

ETİK KURUL KARARI

Toplantı Tarihi:	02.12.2015
Karar No:	2015.266.IRB3.141
Sorumlu Araştırmacı:	Merve Coşkun
Araştırma Başlığı:	Gebelikte algılanan sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi
Başlangıç tarihi:	09.12.2015
Etik Kurul izninin süresi:	1 yıl (Uzatma hakkı mevcut olarak)

Koç Üniversitesi Etik Kurulu'na değerlendirilmek üzere başvuruda bulunduğunuz yukarıda künyesi yazılı projenizin başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, Üniversitemiz "Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu" tarafından araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiştir.

Yapılan inceleme sonucunda çalışmanın gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına karar verilmiştir.

Notlar:

- Araştırma başlangıç tarihinin gecikmesi durumunda Etik Kurul'a başvurularak tarihlerin değiştirilmesi gereklidir.
- Etik Kurul incelemesi ve onayı olmadan bu araştırmada kullanılan prosedürler, formlar ya da protokollerde herhangi bir değişiklik yapılamaz.
- Araştırmanın gerçekleştirileceği birimlerin yöneticilerinden de ayrıca izin alınması gerekli olabilir.
- Araştırmaya katılan kurum dışı merkezlerden ayrıca idari izin alınması gerekmektedir.

Saygılarımla,

Hakan S. Orer
Başkan

EK 6

İdari Form ve Sayısı: 24/12/2015-00105



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 97175836-770-
Konu : Araştırma İzni (Merve COŞKUN)

KOÇ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Rumelifeneri Yolu, 34450, Sarıyer/İstanbul

İlgi : 16/12/2015 tarihli ve 81917885-302.14-605.99-30 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yüksek Lisans Programı öğrencisi Merve COŞKUN'un HSGN 599 Yüksek Lisans Tez Dersi kapsamında Prof.Dr. Kafiye EROĞLU danışmanlığında, "Gebelikte Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi" konulu anket çalışmasını yapmak istediğine dair ilgi sayılı yazınız incelenmiş olup söz konusu araştırma çalışmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapabilmesi uygun görülmüştür. Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Dr. Aşkın AYYAZ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkanı

İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Zeynep D. ÇİĞDEM
Güvenli Elektronik
Gözetilmez Aslı ile Aynıdır.
24.12.2015

EK 7

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sayın Katılımcı

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Gebelikte Algılanan Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ’na Etkisi” dir.

Bu araştırmanın amacı gebelerin algılanan sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesidir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız. Bu araştırmada size, gebeliğiniz boyunca aileniz ve çevrenizden almış olduğunuz sosyal destek düzeyi belirlenerek, almış olduğunuz bu desteğin sizin gebelik süreciniz boyunca sağlığınıza geliştirmeye yönelik yapmış olduğunuz davranışlara etkisinin belirlenmesi amacı ile hazırlanmış bir form olmak üzere 4 adet veri toplama formu verilecektir. Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen araştırmacının sorularına uygun ve doğru cevap vermenizdir. Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Araştırmanın sonucunda elde edilen bilgiler, algılanan sosyal destek düzeyinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin belirlenmesinde kaynak olarak kullanılacaktır.

Araştırma süresince sizin ve bebeğinizin üzerinde olumsuz hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Çalışmaya katılıp katılmama konusunda tamamen özgürsünüz. Katılım için karar verme aşamanızda istediğiniz bilgileri sorma ve doğru, güvenilir, anlaşılır yanıtlar alma hakkına sahipsiniz. Katılmayı kabul ettiğinizde dilediğiniz zaman araştırmadan çekilebilirsiniz. Araştırmaya katılmak istemezseniz klinikten aldığımız hizmette hiçbir değişiklik ve aksaklık olmayacaktır. Araştırmanın tüm aşamalarında kimlik bilgileriniz gizli tutulacak yalnızca sizden aldığımız bilgiler bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırma sonucu elde edilen bilgiler herhangi bir yayında kullanılırken bu yayında kimlik bilgileriniz yer almayacak, size ulaşamayacaktır.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Merve COŞKUN

Görevi: Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Öğrencisi

Adresi: Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Sağlık Bilimleri Kampüsü Koç Üniversitesi Hastanesi Davutpaşa cad. No: 4 34010 Topkapı – İSTANBUL

Tel.-Faks:537 550 51 02

Tarih ve İmza:

EK 8

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği' nin Kullanım İzni

 **MERVE COSKUN** <mcoskun14@ku.edu.tr> 6/19/15 ☆  

to Zuhal, Ayşe, Kafiye ▾

Saygıdeğer Hocalarım,

Yapacak olduğum "Sağlıklı ve Yüksek Riskli Gebelerin Sosyal Destek Düzeyinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 'na Etkisi" konulu tez çalışmamda, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II" ölçeğini kullanmak için izin ve müsadelerinizi arz ederim.

Saygılarımla.

MERVE COŞKUN



 **zbahar@ku.edu.tr** 10/27/15 ☆  

to me ▾

Sevgili Merve
Ölçeğimizi kullanabilirsiniz
Kolay gelsin

iPhone'umdan gönderildi

27 Eki 2015 tarihinde 14:29 saatinde, MERVE COSKUN <mcoskun14@ku.edu.tr> şunları yazdı:

...

ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı :Merve COŞKUN

İletişim Bilgileri
Adres

:Sarıgöl Mahallesi,Cephanelik Sokak,No:58-60 Daire:10
Gaziosmanpaşa/İSTANBUL

Telefon
Mail

:05375505102
:merve.coskun@acibadem.edu.tr /mervecskn20208@gmail.com

2. Doğum Tarihi :5 ŞUBAT 1991

3. Unvanı :Uzman Hemşire

4. Öğrenim Durumu :Yüksek Lisans

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Acıbadem Üniversitesi	2013
Yüksek Lisans	Hemşirelik Programı	Koç Üniversitesi HYO	2014-2016
Doktora			

5. Yayınlar

5.1. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

1. Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Araştırma Kongresi: Gülsuyu ve Esenkent'te Fındırcı Skorlarına Göre Diyabet Riski ve Beslenme Alışkanlıkları İlişkisi: 2011 Kentsel Tarama Çalışması
2. Ulus, B., **Coşkun, M.** (2016). Simülasyon Temelli Eğitim Planı Nasıl Yapılır? 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-097).
3. **Coşkun, M.**, Şancı, Y., Arabacı, N., Çan, G.S., Uğur, Z. (2016). Bir Vakıf Üniversitesinde Hemşirelik Eğitimi Alan Öğrencilerin Simülasyon Uygulamaları Hakkındaki Görüşleri. 15.Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-199).
4. Şancı, Y., **Coşkun, M.**, Ersoy, F., Albayrak, Eda. (2016). Simülasyon Eğitimi Alan Hemşirelik Öğrencilerinin Stres Kaynaklarına İlişkin Görüşlerinin Belirlenmesi. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, Eskişehir. (Poster Bildiri-PS-200).

5.2. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

Yalin, H., Karabacak, U., Yilmaz, E., & Coşkun, M. (2014). Our One Year Experience With CASE:What has changed in the Fundamentals of Nursing curriculum?. HPSN Europe, Istanbul. (Poster Presentation - 05)

6. Katıldığı Bilimsel Etkinlikler

1. 15. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, **Katılımcı (Üç Poster Bildiri ile)**, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 22-26 Nisan 2015, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Kongre ve Kültür Merkezi, Eskişehir.
2. Hemşirelik Eğitiminde Akreditasyon Sempozyumu, **Katılımcı**, 17 Kasım 2015, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SANERC, İstanbul.
3. Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, **Katılımcı**, 01 Ekim 2015, İstanbul Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi, İstanbul.
4. Kadın Sağlığını Etkileyen İnfeksiyon Hastalıkları Sempozyumu, **Katılımcı**, Florence Nightingale Bilim Günleri-3, 17 Nisan 2015, İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, İstanbul.
5. Jinekolojik Onkoloji Hastalarında Cinsel Sağlık ve Psikososyal Yaklaşımlar Kursu, **Katılımcı**, 14 Ekim 2014, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul.
6. Acıbadem Sağlık Grubu XIII. Hemşirelik Haftası Etkinlikleri, **Katılımcı**, Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, 10 Mayıs 2013, Acıbadem Kadıköy Hastanesi, İstanbul.
7. 4. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 04 Nisan 2013, Türkan Saylan Kültür Merkezi, İstanbul.
8. 3. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 04 Mayıs 2012, Türkan Saylan Kültür Merkezi, İstanbul.
9. Hemşirelikte Yaratıcılık Projesi Ödül Töreni, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 22 Mart 2012, Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul.
10. Acıbadem Sağlık Grubu XI. Hemşirelik Haftası Etkinlikleri, **Katılımcı**, Acıbadem Sağlık Grubu Hemşirelik Hizmetleri Direktörlüğü, 12 Mayıs 2011, Acıbadem Maslak Hastanesi, İstanbul.

11. 2. Geleneksel Bilgi Güncelleme Sempozyumu, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 15 Nisan 2011, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.
12. Organ Bağıışı Paneli, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 10 Mart 2011, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.
13. “Neden Ekosağlık?” Paneli, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 16 Şubat 2011, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.
14. Florence Nightingale’ i Anma Toplantısı, **Katılımcı**, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, 18 Mart 2010, Acıbadem Üniversitesi, İstanbul.

7. Sertifikalar

Temel Yaşam Desteği Eğitimi Sertifikası, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (Türk Kalp Vakfı İşbirliği ile), 22 – 23 Mart 2013, Koç Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İstanbul. (Son Geçerlilik Tarihi: 23.03.2018)

8. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

1. Türk Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği 2015