

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREEKLEMSİ TANISI ALAN VE ALMAYAN GEBELERDE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

GÜZİN YILMAZ YURTSEVER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA 2019

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PREEKLEMSİ TANISI ALAN VE ALMAYAN GEBELERDE
SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ
İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA**

GÜZİN YILMAZ YURTSEVER

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Emel EGE

KONYA 2019

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi Güzin Yılmaz Yurtsever' in "Preeklamsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Yer: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Tarih: 17/05/2019 11:30



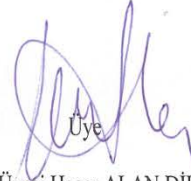
Tez Danışmanı
Prof. Dr. Emel EGE
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Hamide AYGÖR

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi



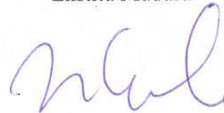
Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Selçuklu Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Fakültesi

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 17/05/2019 tarih ve 10/21. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Kısmet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü

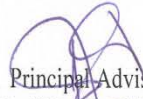


APPROVAL

We certify that we have read this dissertation entitled "Healthy Lifestyle Behaviors With And Without Preeclampsia: A Comparative Study" by "Güzin Yılmaz Yurtsever" that in our opinion it is fully adequate, in scope and quality, as dissertation for the degree of Master of Science in the Department of "Nursing", Institute of Health Sciences, University of Necmettin Erbakan

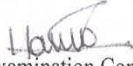
City: Necmettin Erbakan University, Faculty of Health Sciences

Date: 17/05/2019 11:30



Principal Advisor
Prof. Dr. Emel EGE

Necmettin Erbakan University
Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member

Dr. Öğr. Üyesi Hamide AYGÖR

Necmettin Erbakan University

Faculty of Health Sciences



Examination Committee Member

Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN

Selçuk University

Faculty of Health Sciences

This thesis has approved for the University of Necmettin Erbakan Institute of Health Sciences.

Prof. Dr. Kismet Esra NURULLAHOĞLU ATALIK

Director of Institute of Health Sciences



BEYANAT

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tarih: 18/04/2019

Öğrencinin Adı Soyadı: Güzin Yılmaz Yurtsever

İmzası: 

08.04.2019

Turnitin

[Öğrenciler](#)
[Not Defteri](#)
[Kütüphaneler](#)
[Takvim](#)
[Tartışma](#)
[Tercihler](#)

Bu sayfa hakkında

Bu sizin ödev kutunuzdur. Bir yazılı ödevi görüntülemek için yazılı ödevin başlığını seçin. Bir Benzerlik Raporunu görüntülemek için yazılı ödevin benzerlik sütunundaki Benzerlik Raporu ikonunu seçin. Tıklanabilir durumda olmayan bir ikon Benzerlik Raporunun henüz oluşturulmadığını gösterir.

PREEKLEMSİ TANISI ALAN GEBELERDE SAĞLIKLI YAŞAM Bİ...

Gelen Kutusu | Görüntüleniyor: yeni ödevler ▼

Dosyayı Gönder Çevrimiçi Derecelendirme Raporu | Ödev ayarlarını düzenle | E-posta bildirmeyenler

Sil İndir Şu sayfaya taşı...

| Yazar | Başlık | Benzerlik | web | yayın | student papers | Puanla | cevap | Dosya | Ödev Numarası | Tarih |
|-----------------|--|-----------|-----|-------|----------------|--------|-------|------------|---------------|-------------|
| Guzin Yurtsever | PREEKLEMSİ TANISI ALAN GEBELERDE SAĞLIKLI... | %19 | 16% | 11% | 9% | -- | -- | ödev indir | 1108028227 | 08-Nis-2019 |

Prof. Dr. Emel S63

ÖNSÖZ ve TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimimin her aşamasında engin bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, bana sabır ve hoşgörüsüyle değerli zamanını ayırıp beni motive eden, akademik anlamda öğrettikleri kadar örnek de olan değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Emel EGE' ye,

Yüksek Lisans eğitimimde her zaman güler yüzünü, destek ve yardımını esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ' a,

Tezimi en kısa sürede bitirmem konusunda her gördüğünde beni motive etmeye çalışan ve savunma sınavımda da bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen sayın Dr. Öğr. Üyesi Hamide AYGÖR' e

Tez savunma sınavıma eşlik edip beni onurlandıran, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan sayın Dr. Öğr. Üyesi Hacer ALAN DİKMEN' e

Araştırma bulgularının istatistiksel analizi sırasında yardımlarından dolayı sayın Dr. Saniye ÇİMEN' e,

Hayatın iyisiyle kötüsüyle getirdiklerini birlikte paylaştığım ve bu zorlu tez sürecinde ihtiyacım olduğunda hep yanımda olan, beni motive eden hayat arkadaşım, sevgili eşim Muhammed İrfan YURTSEVER' e,

Hayatımın her anında hep yanımda olup maddi ve manevi destekleriyle bana her zaman güç veren, her türlü zorluk karşısında beni cesaretlendirip, motive eden, hayatlarını bana adayan canım annem Gönül YILMAZ ve canım babam Salih YILMAZ' a,

Ona hamileyken başladığım bu tez serüveninde artık kocaman bir abi olan bitanecik oğlum Muhammed Batuhan YURTSEVER' e,

Sevgisini, desteğini esirgemeyen, ilk günden bu yana bana ailem gibi davranan annem Rukiye YURTSEVER ve babam Saffet YURTSEVER başta olmak üzere tüm YURTSEVER ailesine,

Araştırmamı yaparken bu dönemde ki anlayışı ve desteğinden dolayı çalışma arkadaşım Elvan TÜFEKÇİ' ye,

Sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Güzin YILMAZ YURTSEVER

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-------------|
| <i>İç Kapak</i> | <i>i</i> |
| <i>Tez Onay Sayfası</i> | <i>ii</i> |
| <i>Approval</i> | <i>iii</i> |
| <i>Tez Beyan Sayfası</i> | <i>iv</i> |
| <i>İntihal Raporu</i> | <i>v</i> |
| <i>Önsöz ve Teşekkürler</i> | <i>vi</i> |
| <i>İçindekiler</i> | <i>vii</i> |
| <i>Kısaltmalar ve Simgeler</i> | <i>x</i> |
| <i>Şekiller Listesi</i> | <i>xi</i> |
| <i>Tablolar Listesi</i> | <i>xii</i> |
| <i>Özet</i> | <i>xiii</i> |
| <i>Abstract</i> | <i>xiv</i> |
| 1. GİRİŞ VE AMAÇ | 1 |
| 2. GENEL BİLGİLER | 3 |
| 2.1. GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLAR | 3 |
| 2.1.1. PREEKLEMSİ | 4 |
| 2.1.1.1. Semptomlar ve Bulgular | 4 |
| 2.1.1.2. Epidemiyoloji | 5 |
| 2.1.1.3. Hafif ve Şiddetli Preeklamsi Ayrımı | 5 |
| 2.1.1.4. Ağır Preeklamsi Kriterleri | 6 |
| 2.1.1.5. Maternal ve Fetal Komplikasyonlar | 6 |
| 2.1.1.6. Preeklamside Tedavi | 7 |
| 2.1.1.7. Hafif Preeklamside Yaklaşım | 7 |
| 2.1.1.8. Şiddetli Preeklamside Yaklaşım | 8 |
| 2.2. SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ | 10 |

| | |
|---|-----------|
| 2.2.1. Sağlık..... | 10 |
| 2.2.2. Sağlıkın Korunması..... | 11 |
| 2.2.2.1. Birincil Koruma..... | 11 |
| 2.2.2.2. İkincil Koruma..... | 11 |
| 2.2.2.3. Üçüncül Koruma..... | 11 |
| 2.2.3. Sağlıkın Geliştirilmesi..... | 12 |
| 2.2.3.1. Sağlıkın geliştirilmesinde yaklaşımlar..... | 13 |
| 2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi..... | 14 |
| 2.2.4.1. Sağlık Sorumluluğu..... | 15 |
| 2.2.4.2. Fiziksel Aktivite..... | 15 |
| 2.2.4.3. Beslenme..... | 15 |
| 2.2.4.4. Manevi Gelişim..... | 17 |
| 2.2.4.5. Kişiler Arası İlişkiler..... | 17 |
| 2.2.4.6. Stres Yönetimi..... | 17 |
| 2.3. SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ..... | 18 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM..... | 19 |
| 3.1. Araştırmanın Tipi..... | 19 |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri..... | 19 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni..... | 19 |
| 3.4. Araştırmanın Örneklemi..... | 19 |
| 3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri..... | 20 |
| 3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları..... | 20 |
| 3.6.1. Anket Formu (Ek A)..... | 20 |
| 3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II (Ek B)..... | 21 |
| 3.7. Verilerin Toplanması..... | 22 |
| 3.8. Ön Uygulama..... | 22 |
| 3.9. Araştırmanın Değişkenleri..... | 22 |

| | |
|--|-----------|
| 3.9.1. Bağımlı Değişkenler..... | 22 |
| 3.9.2. Bağımsız Değişken..... | 23 |
| 3.10. Araştırmanın Etik Boyutu..... | 23 |
| 3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları..... | 23 |
| 3.12. Araştırma Soruları..... | 24 |
| 3.13. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi..... | 24 |
| 4. BULGULAR..... | 25 |
| 4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Tanımlayıcı Bilgileri..... | 25 |
| 4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular..... | 34 |
| 4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Preeklamsi Gelişme Durumuna Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Bulgular..... | 36 |
| 5. TARTIŞMA..... | 38 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER..... | 47 |
| 6.1. Sonuçlar..... | 47 |
| 6.2. Öneriler..... | 48 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 50 |
| 8. EKLER..... | 56 |
| 8.1. EK(A) Preeklamsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi | 56 |
| 8.2. EK(B) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II..... | 59 |
| 8.3. EK(C) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı..... | 62 |
| 8.4. EK (D) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Doğum Servisi Kurum İzni..... | 63 |
| 8.5. EK (E) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Kararı II..... | 64 |
| 9. ÖZGEÇMİŞ..... | 65 |

Kısaltmalar ve Simgeler Listesi

BKİ: Beden Kütle İndeksi

DM: Diyabetes Mellitus

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

HT: Hipertansiyon

IUGR: İntrauterin Gelişme Geriliği

IV: İntravenöz

MgSO₄: Magnezyum Sülfat

MMR: Maternal Mortalite Oranı

NST: Nonstress Test

SGA: Gestasyon Haftasına Göre Düşük Doğum Ağırlığı

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

SYBDÖ: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği

THSK: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

ŞEKİLLER

Şekil 1. Bishop Skorlama Sistemi.....8



TABLULAR

| | |
|---|----|
| Tablo 4.1.1. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sosyo-demografik Özellikler.... | 26 |
| Tablo 4.1.2. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Obstetrik Özellikleri..... | 28 |
| Tablo 4.1.3. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sağlık ile İlgili Özellikleri..... | 31 |
| Tablo 4.1.4. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Vücut Ağırlığı ve Beden Kütle İndeksi Ortalamasının Karşılaştırılması..... | 33 |
| Tablo 4.2.1. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... | 34 |
| Tablo 4.3.1. Preeklemsi Gelişme Durumuna Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları..... | 36 |

ÖZET

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi: Karşılaştırmalı Bir Çalışma

GÜZİN YILMAZ YURTSEVER

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ / KONYA-2019

Tüm dünyada maternal mortalite oranları (MMR) önemli bir sağlık göstergesidir. Gebelik döneminde maternal sağlığı etkileyen önemli faktörlerden biri de preeklemsidir. Bu araştırma, preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu araştırma karşılaştırmalı - tanımlayıcı türde yapılmıştır. Çalışma Konya il merkezinde bulunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde yapılmıştır. Çalışma preeklemsi tanısı alan 125 ve tanı almayan 125 olmak üzere 250 gönüllü ile tamamlanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen 28 soruluk anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II formu ile toplanmıştır. Verilerin analizinde sayı, yüzde, standart sapma, Pearson ki-kare test , t testi, Kolmogorow-Smirnow testi, Skewness ve Kurtosis, çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve alt boyut puanları preeklemsi tanısı alan ve almayan gruplar arasında karşılaştırıldığında stres yönetimi ve fiziksel aktivite puanlarının tanı alanlarda yüksek olduğu bulunmuştur. Stres yönetimi açısından gruplar arasında fark bulunmazken ($p > 0.005$), fiziksel aktivite ($p < 0.005$) ile fark tespit edilmiştir.

Gebelerde preeklemsi gelişmesine etkili olduğu belirlenen beş değişkenin etkisi β katsayılarına göre (olasılıklar oranı= odds ratio) en çok etkili bulunandan en az etkisi bulunana doğru önceki gebelikte hipertansiyon öyküsü ($p < .001$), yaş, sağlık kurumuna erişebilme, ailede hipertansiyon öyküsü ($p < .001$) ve gebelik haftası şeklinde sıralanmaktadır. Tanı alan gebelerin hem gebelik öncesi, hem de gebelikteki beden kütle indeksi ortalamasının tanı almayan gebelere göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$).

Sonuç olarak preeklemsi tanısı alan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi yüksek olmakla birlikte aile ve önceki gebeliklerinde ki sağlık öyküsünün önemli bir belirleyici olduğu bulunmuştur. Risk grubundaki gebelerin yakın izleniminin yapılması, erken tanı ve tedavi süreçlerinin yönetilmesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Gebelik; Preeklemsi; Sağlıklı Yaşam Biçim

ABSTRACT

REPUBLIC OF TURKEY
NECMETTİN ERBAKAN UNIVERSITY
INSTITUTE OF HEALTH SCIENCES

Healthy Lifestyle Behaviors With And Without Preeclampsia: A Comparative Study

GÜZİN YILMAZ YURTSEVER

Department of Nursing

MASTER THESIS/ KONYA-2019

Maternal mortality rate (MMR) is an important health indicator worldwide. Preeclampsia is one of the vital factors affecting maternal health during pregnancy. In this study it was aimed to evaluate healthy lifestyle behaviors in pregnant women who were diagnosed with and without preeclampsia.

This research was conducted in a comparative - descriptive way. The study was carried out in Gynecology and Obstetrics Clinic of Meram Medical Faculty Hospital at Necmettin Erbakan University located in Konya city center. The study was performed with a total of 250 volunteers 125 of whom were pregnant women diagnosed with preeclampsia and 125 pregnant without preeclampsia. The data were collected through a 28-item questionnaire developed by the researcher and the Healthy Lifestyle Behavior Scale (SYBRS) II form. In the analysis of the data, number, percentage, standard deviation, Pearson chi-square test, t-test, Kolmogorow-Smirnow test, Skewness and Kurtosis multiple logistic regression analysis were used.

When healthy lifestyle behaviors and sub-dimension scores were compared between the groups with and without preeclampsia, stress management and physical activity scores were found higher in the cases diagnosed with preeclampsia. While there was no difference between the groups in terms of stress management ($p > 0.005$), there was a difference in physical activity ($p < 0.005$).

The effect of the five variables determined to be effective on the development of preeclampsia in pregnant women, odds ratio according to the β coefficients from the most effective to the least one was as follow; the history of hypertension in previous pregnancy ($p < .001$), age, access to health institution, hypertension history of family ($p < .001$) and gestational week. It was determined that the mean body mass index of pregnant women diagnosed with preeclampsia before and during pregnancy was higher than that of undiagnosed pregnant and the difference was very significant ($p < 0.001$).

In conclusion, although healthy lifestyle behaviors were high in pregnant women with preeclampsia, it was found that health history in family and previous pregnancies was an important determinant. It is essential to monitor closely the pregnant women in the risk group and to manage the early diagnosis and treatment processes.

Key words: Pregnancy; Preeclampsia; Healthy Lifestyle

GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik ve doğum kadının yaşamında birçok değişime sebep olan, fizyolojik, psikolojik ve sosyal uyum gerektiren bir süreçtir. Bu nedenle gebelik ve doğumların birçoğu sorunsuz geçse de her gebelik potansiyel bir risk oluşturmaktadır (Karaçam ve Şen 2012; Mete 2013; Aydemir ve Hazar 2014; Pınar ve ark. 2014; Ölçer ve Oskay 2015; Aksoy ve ark 2017). Kadında gebe kalmadan önce var olan kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklar ya da gebelikte ortaya çıkan preeklamsi, eklamsi, kanama, hipertansiyon gibi sorunlar gebeliği riskli hale getirmektedir (Taşkın 2016).

Tüm dünyada maternal mortalite oranları (MMR) önemli bir sağlık göstergesidir. 2013 yılında tüm dünyada MMR 100000 canlı doğumda yaklaşık olarak 210 civarındadır (World Health Organization 2015). MMR gelişmiş ülkelerde 100000'de 12 iken, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran 100000'de yaklaşık 233 gibi yüksek rakamlara ulaşmaktadır (Kassebaum ve ark 2014). Gebelik, doğum ve postpartum dönemde görülen komplikasyonlar özellikle gelişmekte olan ülkeler de başlıca mortalite ve morbitide nedeni olmaktadır (Balkaya ve ark 2014). DSÖ (2015) global anne ölümlerinin yaklaşık % 99' unu gelişmekte olan bölgelerde olduğunu belirtmektedir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) 2015 faaliyet raporuna göre yıllara göre anne ölüm oranları 2008 yılında % 19. 4, 2013' de % 15. 9 iken, 2015 yılında bu oran % 13. 7' ye düşmüştür. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması (2005) verilerine göre gebeliğe bağlı anne ölümlerinin % 58. 4' ü doğrudan nedenlere bağlı olarak, % 15. 8' i de dolaylı nedenlere bağlı olarak gerçekleşmiştir. Doğrudan anne ölümleri nedenleri arasında ilk hemoraji (% 24. 9), daha sonra ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar (anne ölümlerinin % 18. 4'ü; gebeliğe bağlı ölümlerin % 13. 7'si) yer almaktadır.

Preeklamsi literatürde 20. gebelik haftasından sonra ve/veya doğumdan sonra 24 saat içinde görülen 300 mg/gün'den fazla proteinüri ve hipertansiyonla karakterize ve gebeliğe özgü bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü 2009). Gebelerde preeklamsi oluşumuna sebep olan bir çok risk faktörü bulunmaktadır. Bu risk faktörleri arasında anne yaşının 18 yaşından küçük ve 35 yaşından büyük olması,

düşük sosyo-ekonomik düzey, gebelik öncesi hipertansiyon varlığı, önceki gebelikte preeklampsi öyküsü, önceki gebeliklerde intrauterin gelişme geriliği (IUGR) öyküsü, obezite, primiparite, diabetes mellitus, birinci derece akrabada preeklampsi öyküsü, enfeksiyon, ablasyo plasenta öyküsü, çoğul gebelik, doğum sayısının fazla olması, gebelik süresince 20 kg' dan fazla kilo alınması sayılabilir (Çelik ve Parmaksız 2006; Güven ve Türkay 2011; Ozan ve ark 2012; Gezginç ve ark 2013; Koçer ve ark 2013; Selçuk ve Yurdakök 2015). Bu nedenle riskli gebeliği olan kadınlarda fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunlar görülebilir (Taşkın 2016). Her kadının kültür düzeyi, sosyo-ekonomik koşulları, ailesinin sosyal destek durumu, anneliğe kendini hazır hissetme durumu ve geçmiş yaşam deneyimleri gebeliğe tutumunu ve uyum sürecini etkilemektedir. Gebenin bu süreçte ki değişikliklere uyum sağlayamaması gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Arabacıoğlu 2012).

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerinde kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Bozhüyük ve ark 2012; Aksoy ve Uçar 2014). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları veya aktiviteleri sağlık sorumluluğu, düzenli egzersiz, yeterli ve dengeli beslenme, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir (Ünal ve ark 2007; Şen ve ark 2017). Kadının yaşamında özel bir yere sahip olan gebelik sürecinde de bu aktiviteler ve davranışlar büyük önem taşımaktadır (Saydam ve ark 2007). Dünya genelinde hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmede ki rolü giderek önem kazanmaktadır. Bunun sağlanması ve sürdürülmesi hemşirenin temel amacı olmakla beraber kişinin de kendini kontrol etmesi, bu davranışları kazanmak için istek duyması gerekmektedir. (Bahar ve Ark 2008; ilhan ve ark 2010). Hem sağlık profesyonellerin rolü hem de bireylerin sorumluluğu ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları günlük yaşam alışkanlıkları haline dönüştürülebilmektedir (Karadeniz ve ark 2008). Bu nedenle preeklampsi tanısı alan gebelerin sağlık davranışlarının incelenmesi ve eksik oldukları konularda desteklenmesi toplum sağlığı açısından önemlidir. Bu araştırma, preeklampsi tanısı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİKTE HİPERTANSİF HASTALIKLAR

Hipertansiyon gebelikte en sık görülen sistemik hastalıklardandır. Maternal morbitite ve mortalite sebeplerinden biri de gebelik hipertansiyonudur (Sibai 2009; Parmar ve ark 2012; Api ve Api 2013; Miller 2014; Nayak 2015; Tessema ve ark 2015; Demir 2016). Yaklaşık olarak maternal ölümlerin % 15'i hipertansiyona bağlı gelişmektedir (Miller 2014). Gebelikte hipertansiyon tanısı alan hastaların % 70' inde gestasyonel hipertansiyon/ preeklamsi görülmektedir (Gbulmiyyab ve Sibai 2014).

Sınıflama

Gebelik hipertansiyonlarını sınıflandırma konusunda çok farklı ve karmaşık sınıflandırmalar yapılmaktadır. Genel olarak gebelik hipertansiyonları dört gruba ayrılmaktadır (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013; Demir 2016).

1. Gebelikte oluşan hipertansiyon (gebeliğin indüklediği hipertansiyon)
 - 1.1. Preeklamsi
 - 1.2. Eklamsi
2. Gebelikten önce mevcut olan kronik hipertansiyon
3. Kronik hipertansiyona eklenen preeklamsi / eklamsi (süperimpoze preeklamsi / eklampsi)
4. Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon.

2.1.1. PREEKLEMSİ

2.1.1.1. Semptomlar ve Bulgular

Preeklamsi 20. gebelik haftasından sonra hipertansiyon ve proteinüri gebelerde görülmesidir (Çelik ve Parmaksız 2006; Leveno ve ark 2010; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013; Miller 2014; Seyom ve ark 2015). Ödem birçok normotansif gebede de görüldüğü için spesifik değildir. Bu nedenle ödem son yıllarda tanı kriterlerinden çıkarılmıştır (Çelik ve Parmaksız 2006; Leveno ve ark 2010; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013; Miller 2014).

Ödem: Ödem gebelikte normal bir bulgudur. Gebelerin en az yarısında ödem görülmektedir. Patolojik kabul edilen ödem elde, yüzde ve ayaklarda sabah başlayan gün boyu artan ödemdir (Çelik ve Parmaksız 2006; Leveno ve ark 2010; Kavak ve ark 2012).

Hipertansiyon: Preeklamsi tanısının en önemli kriteri hipertansiyondur. En az 6 saat arayla iki kez yatar durumda hastanın sistolik basıncı 140 mmHg ve üzeri, diastolik basıncı 90 mmHg ve üzeri olmasıdır (Çelik ve Parmaksız 2006; Leveno ve ark 2010; Kavak ve ark 2012; Miller 2014; Nayak 2015; Seyom ve ark 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı 2015; Demir 2016). Hasta kan basıncı ölçümü öncesinde mutlaka 10-15 dakika dinlenmiş olmalıdır. Bir defalık kan basıncı yüksekliği durumunda da mutlaka ikinci kez 6 saat sonra tekrar ölçüm yapılmalıdır (Çelik ve Parmaksız 2006; Leveno ve ark 2010; Kavak ve ark 2012; Miller 2014; Demir 2016).

Proteinüri: Preeklamsinin son bulgusu proteinürüdür. 24 saatlik idrarda protein kaybının ≥ 300 mg veya idrar örneğinde 2+ veya üzeri olması durumu proteinürüdür (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı 2015; Demir 2016). İdrarda 1+ protein durumunda en az 6 saat sonra idrar tetkikinin tekrar yapılması önerilmektedir. Bunun nedeni egzersiz, yorgunluk, bakteri, vajinal sekresyonların bulaşması durumunda idrarda 1+ protein görülebilmesidir. 6 saat sonra test tekrar yapıldığında proteinüri devam ediyorsa ve preeklamsi yönünden şüphe varsa

hastanın 24 saatlik idrarında protein miktarına bakılmaktadır (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012).

2.1.1.2. Epidemiyoloji

Preeklamsi tüm gebelerin yaklaşık % 5-7' sinde görülmektedir. Preeklamsi genel olarak genç ve nullipar gebelerde daha fazla görülmektedir. Preeklamsi gebelerin 2/3' ü primigravidadır. Diğer çoğunlukta 35 yaş üzeri multipar gebelerde görülmektedir. Diğer gebeliğinde preeklamsi geçirmiş olan kadınların sonra ki gebeliklerinde de preeklamsi riski artmaktadır. Preeklamsi ne kadar erken gebelik haftasında görülürse maternal ve fetal sonuçları da o kadar ağır olmaktadır (Kavak ve ark 2012; Miller 2014). Siyah ırk, multiparite, düşük sosyo-ekonomik durum, nulliparite, 18 yaşından küçük, 35 yaşından büyük gebelerde, çoğul gebeliklerde, polihidroamnios, diabetes mellitus, kronik hipertansiyon, birinci derece akrabasında preeklamsi öyküsü, ve altta yatan renal hastalık, kollajen doku hastalığı, troid bozuklukları, obezite (BKİ \geq 30) preeklamsi açısından risk faktörleridir (Çelik ve Parmaksız 2006; Sibai 2009; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013; Miller 2014; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı 2015; Taşkın 2016).

2.1.1.3. Hafif ve Şiddetli Preeklamsi Ayrımı

Hafif ve şiddetli şeklinde preeklamsi hipertansiyon ve proteinuri derecesine göre ayrılmaktadır (Miller 2014). Hafif ve şiddetli preeklamsi de tedavi yaklaşımları farklı olduğu için ayırım yapmak önemlidir. Ayrıca preeklamsi dinamik bir süreç olması sebebiyle hafif preeklamsi tanısı alan bir hasta kısa sürede şiddetli forma dönebilmektedir (Demir 2016).

2.1.1.4. Ağır Preeklemsi Kriterleri

Preeklemsilerin yaklaşık olarak % 15' i şiddetli preeklemsi olarak görülmektedir. Ağır preeklemsi belirtileri;

- Kan basıncının $\geq 160/110$ mm Hg,
- Proteinuri $\geq 5g/24$ saat veya 3- 4 (+) dipstickle,
- Serum kreatininde artış ($> 1,2$ mg/l),
- Karaciğer enzimlerde yükselme (AST' nin >70 U/l),
- Trombositopeni ($< 100.000/ mm^3$),
- Oligüri ($\leq 400 - 500ml/ 24$ saat),
- Pulmoner ödem veya siyanoz,
- Retinal hemorajiler,
- Eksüdasyon veya papil ödem varlığı,
- Ciddi organ hasarları,
- Baş ağrısı,
- Görme bozuklukları,
- Epigastrik veya üst kadran ağrısı,
- İntrauterin gelişme geriliği (IUGR),
- Oligohidramniostur.

Bu belirtilerden bir veya bir kaçının görülmesi ağır preeklemsi bulgularıdır (Sibai 2009; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013; Ghulmiyyab ve Sibai 2014; Taşkın 2016).

2.1.1.5. Maternal ve Fetal Komplikasyonlar

Preeklemsi çoklu organ hastalığı olduğu için hastalık birçok sistem ve organı etkilemektedir. Komplikasyonlar genellikle akut dönemde görülmektedir. Kronik dönemde ise daha çok kalıcı hipertansiyon, böbrek yetmezliği ve yeni doğanda prematüriteye sebep olmaktadır. HELLP sendromu, eklamptik konvulsiyonlar ve buna bağlı nörolojik sekeller, intraserebral hemoraji, kalp yetmezliği, pulmoner ödem, akut veya kronik böbrek yetmezliği, karaciğer yetmezliği ya da rüptürü, akut tubuler ve kortikal nekroz, dissemine intravasküler koagülopati ve ölüm gibi maternal

komplasyonlar; plasental dekolman, IUGR, oligohidramniyos, ablyasyon uteroplasental yetersizlik, prematür doğum ve ölüm gibi fetal komplasyonlar görülebilir (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012).

2.1.1.6. Preeklemside Tedavi

Preeklemside kesin tedavi doğumun yaptırılması ve plasentanın tamamen çıkarılmasıdır (Leveno ve ark 2010; Sak 2015). Preeklemsinin belirti ve bulguları doğum ile birlikte kaybolur ama aradan geçen süre değişebilmektedir. Anne için bu yeterli olmaktadır. Fakat doğumu başlatmak her zaman fetus için uygun olmayabilir. Bekle - gör yaklaşımında fetusun akciğer gelişimi için anneye kortikosteroid uygulanarak zaman kazanılmaktadır ve fetus bu durumdan fayda görmektedir (Miller 2014; Demir 2016). Bu nedenle tedavi planlanırken hastalığın şiddeti, gebelik haftası, maternal ve fetal durum, servikal bishop skoru bilinmelidir (Leveno ve ark 2010; Miller 2014). Hasta preeklemsi tanısını aldıktan sonra hastaneye yatırılmalıdır. İlk olarak preeklemsinin hafif mi yoksa ağır mı olduğu ayrımı yapılmakta ve sonrasında tedavi de bu ayrıma göre devam etmektedir (Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013).

2.1.1.7. Hafif Preeklemside Yaklaşım

Hafif preeklemsili gebeye yaklaşımı etkileyen en önemli unsur gestasyonel haftadır. 37 haftanın üzerinde ki gebeliklerde bishop skoru da 7 ve üzerinde ise doğum yaptırılabilir. Ama skor uygun değilse veya 37 haftadan küçük gebeliklerde ise haftanın miada yaklaştırılması gerekmektedir (Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013). Bu süreçte maternal ve fetal değerlendirmenin dikkatli yapılması önemlidir (Ghulmiyyab ve Sibai 2014).

Hasta kan basıncı ve proteinüri açısından sıkı takibe alınmaktadır. Ayrıca baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ağrı, bulantı, kusma açısından da değerlendirilmelidir. Her iki günde bir laboratuvar hematokrit ve trombosit, haftada iki kez de karaciğer fonksiyonları değerlendirilmelidir. Günlük olarak fetal hareket sayımı, en az üç haftada bir fetal büyüme ve haftada en az bir kez de nonstress test (NST) ile fetal değerlendirme yapılmalıdır. Hastanın kan basıncı stabilse ($< 140/90$

mmHg), trombosit değeri 125.000 ve daha fazla ise, 24 saatlik idrar da proteinüri 1000 mg ve daha az ise, baş ağrısı, görme bozukluğu, epigastrik ağrı bulantı ve kusma gibi semptomları yoksa ve hasta uyumlu, güvenilir ise evde yatak istirahati önerilerek ayaktan takip edilebilmektedir (Kavak ve ark 2012; Ghulmiyyab ve Sibai 2014). Hastanın aktiviteleri tam yatak istirahati dışında kısıtlanmalı, günlük kan basıncı ölçümü için uyarılmalı ve ciddi preeklamsi bulgularının neler olduğu konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca hastalara tuz kısıtlaması yapılmamaktadır. Normal beslenmeleri konusunda bilgi verilmektedir (Sibai 2009; Ghulmiyyab ve Sibai 2014). Ayaktan takip edilen hastalarda antihipertansif tedavi, diüretik tedavi ve MgSO₄ tedavisi önerilmemektedir (Kavak ve ark 2012; Ghulmiyyab ve Sibai 2014).

| | Skor 0 | Skor 1 | Skor 2 | Skor 3 |
|------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Dilatasyon (cm) | 0 | 1 – 2 | 3-4 | 5-6 |
| Efesman (%) | 0 – 30 | 40 – 50 | 60-70 | 80 |
| Seviye | -3 | -2 | -1/ 0 | +1/+2 |
| Konsistans | Sert | Orta yumuşak | Yumuşak | - |
| Pozisyon | Posterior | Mid | Anterior | - |

Şekil 1. Bishop Skorlama Sistemi (Chow ve Yancey 2006).

2.1.1.8. Şiddetli Preeklamside Yaklaşım

Şiddetli preeklamsi de perinatal mortalite, maternal mortalite ve morbidite riski artmaktadır (Ghulmiyyab ve Sibai 2014). Şiddetli preeklamside kritik sınır 34. gebelik haftasıdır. 34 haftanın üzerinde ki gebelere fetal akciğer maturasyonuna bakmaksızın doğum yaptırılmaktadır. 34 haftanın altında ki gebeliklerde yaklaşım tartışmalı olmakla birlikte hasta hastaneye yatırılarak maternal ve fetal yönden yakından izlenmektedir (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012; Api ve Api 2013). 32. haftadan sonra fetal akciğer olgunlaşması için steroid uygulaması yapılarak antihipertansif ilaçlarla zaman kazanılmaya çalışılmaktadır (Sibai 2009). Antihipertansif tedavisinde ki amaç kan basıncını normale döndürmek değil, serebral damarlardaki otopregulasyon kaybına yol açan, tekrarlayıcı ve uzun süreli şiddetli sistolik hipertansiyon etkisini azaltmaktır (Doğan 2017). Antihipertansif ilaç tedavisi ile sistolik kan basıncı 140-155 mmHg, diyastolik kan basıncının değerini de 90-105 mmHg arasında tutmaya çalışılmaktadır (Sibai 2009). Antihipertansif ilaçlar ile kan

basıncı kontrol altına alınamadığı durumlarda, eklampsi, AST /ALT yüksekliği, baş ağrısı, baş dönmesi, görme bozukluğu, oligüri, erken membran rüptürü, trombositopeni (< 100.000 mm), epigastrik ağrı, pulmoner ödem, vajinal kanama olduğu durumlarda ve fetal iyilik halinin bozulduğu durumlarda gebelik haftasına bakılmaksızın 32. gebelik haftasının altında bile olsa gebenin doğuma alınması önerilmektedir. Bu hastalara konvülsiyon riski nedeniyle intravenöz (IV) magnezyum sülfat ($MgSO_4$) verilmektedir. Bu hastaların hipovolemik olmaları nedeniyle uterin perfüzyonu bozabileceği için diastolik kan basıncının 90 mmHg' nın altına inmemesi gerekmektedir. Antihipertansif tedavi bu nedenle de hidrasyon uygulanarak verilmelidir. 24 saatlik gözlem sırasında hastanın diastolik kan basıncı 110 mmHg ve altına düştüğünde $MgSO_4$ kesilir ve fetusun akciğer maturasyonu gelişinceye ya da 34. gebelik haftasına ulaşınca kadar beklenebilir (Kavak ve ark 2012). Bekle- gör tedavisi doğru seçilmiş ciddi hastalık riskli gebeler için güvenli olmakla birlikte maternal ve fetal durumda bozulma hızlı olabilmektedir. Bu yüzden maternal ve fetal durum yakından izlenir (Ghulmiyyab ve Sibai 2014). $MgSO_4$ preeklemtik hastalar da konvülsiyonların önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. $MgSO_4$ böbreklerden atılmaktadır. Bu nedenle $MgSO_4$ infüzyonu sırasında idrar çıkışı, pulmoner ödem ve patella refleksi yakından takip edilmelidir. $MgSO_4$ toksisitesinin ilk bulgusu patella refleksinin kaybıdır. İdrar çıkışı > 30 ml/ saat olmalıdır. $MgSO_4$ toksisitesi durumunda %10 'luk kalsiyum glukonat infüzyonu (10 ml- 15 dakikada) uygulanması hayati önem taşımaktadır (Kavak ve ark 2012).

2.2. SAĞLIK VE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

2.2.1. Sağlık

Sağlık, temel bir insan hakkıdır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). Ancak sağlıklı bireyler ile sağlıklı toplumlara ulaşmak mümkündür (Şen ve ark 2017). Ayrıca sosyal ve ekonomik kalkınma için de gerekli olan en önemli unsurdur (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). Sağlık kavramının ilk üzerinde durulmaya başlandığı zamanlarda Aesculap (Eskülap) sağlığı hastalıkları yenme sanatı olarak, Hygiea (Hiji) ise sağlığı sorumlu ve disiplinli yaşam sürme çerçevesinde değerlendirmiştir. Hipokrat sağlığı “İyi sağlığa götürendir” şeklinde yorumlamıştır. Yani sağlık kavramı hastalık kavramı ile birlikte ya da onun karşıtı olarak ele alınmış ve tıbbi (medikal) sınırlar içinde kalmıştır. Günümüzde ise “sağlık” kavramının “hastalık” kavramı ile bağlantılı olarak tanımlanmasının doğru olmadığı düşünülmektedir (Piyal 2011).

Sağlığın tanımını 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlamıştır (WHO 1948). Günümüz sağlık anlayışı ise kişilerin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve bireylerin kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (İlhan ve ark 2010; Şen ve ark 2017). Birey ya da gruplar tam olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali için kişiler bir amaç belirlemeli ve gerçekleştirmeli, ihtiyaçlarını karşılamalı ve çevreyi değiştirmeli ya da çevreyle başa çıkmalıdır. Bu yüzden sağlık hayatın amacı değil, gündelik yaşam için bir kaynaktır. Barış, barınmak, gıda, gelir, eğitim, istikrarlı bir eko- sistem, sosyal adalet ve hakkaniyet, sürdürülebilir kaynaklar sağlığa yönelik temel şart ve kaynaklardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011). Bundan dolayı sağlığın geliştirilmesi sadece sağlık sektörünün sorumluluğunda değildir (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011; Piyal 2013). Hükümetin, sağlık ve diğer sosyal ve ekonomik sektörlerin, sivil toplum örgütlerinin, yerel yetkililerin, sanayi sektörünün ve basının işbirliği ile sağlığın geliştirilmesi mümkündür (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü 2011).

2.2.2. Sağlığın Korunması

Sağlığı koruma bir davranışı yapmamayı ve sakınmayı ifade etmektedir (Esin 1999). Sağlığın korunması biyolojik, fiziki ve sosyal çevrenin düzenlenmesi ile gerçekleştirilebilir (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2008).

2.2.2.1. Birincil Koruma

Hastalık nedenleri ve risk etmenlerini kontrol altına alınmaya çalışılmasıdır. Amaç Hastalık insidansını sınırlandırmaktır (Piyal 2011). Yani hastalıklar ile ilgili koruyucu önlemlerin alınmasıdır (T.C. Milli Eğitim Bakanlığı 2008). Örneğin HIV enfeksiyonunun bulaşma yolları ve korunmak için yapılması gerekenler hakkında bireylere eğitim vermek birincil korumadır (Piyal 2011).

2.2.2.2. İkincil Koruma

Hastalığın başlangıcı ile tanı arasında ki süreyi kapsamaktadır. Amaç hastaları tedavi etmek, erken tanı ve tedavi yolu ile de hastalıkların ileri evrelere gitmesini önlemektir. Örneğin sık olarak kullanılan ikincil koruma önlemleri tüberküloz için deri testi yapılması ve göğüs filmi çekilmesi, kan basıncı ölçümleri ve hipertansiyon tedavisi, işçilerde işitme kaybının ölçülmesi ve gürültüye karşı koruyucu önerilerin yapılması, yeni doğanlarda uygulanan fenilketonüri taramalarıdır (Piyal 2011).

2.2.2.3. Üçüncül Koruma

Hastalıklar sonucunda komplikasyonların oluşumunu engellemektir. Tedavi ve rehabilitasyonu amaçlamaktadır. Üçüncül korumayı tedaviden ayırt etmek zordur. Çünkü kronik hastalıkların tedavisinin asıl amacı yeni atakların oluşmasını önlemektir (Piyal 2011).

2.2.3. Sağlığın Geliştirilmesi

Sağlığın geliştirilmesi, bireyin kendi sağlığını geliştirme ve kendi sağlığı üzerindeki kontrolünü arttırma gúcünü kazanması olarak tanımlanmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi sadece hastalığı önlemekle ilgili değildir (Bahar ve ark 2008; Şimşek 2013; Özvarış 2013; Bahar ve Açı1 2014; Öztürk ve ark 2014). Özte1'in aktardığına göre Ottawa Bildirge'sinde sağlığın geliştirilmesi (health promotion), "toplumların kendi sağlıklarını bozan faktörleri kontrol edebilmeleri ve böylece gerçekleştirilen sağlık düzeylerini iyileştirici eylemlerin tümü" olarak ifade edilmiştir. Bireylerin uzun vadede sağlık davranışlarının en üst düzeye çıkarılmasını sağlar (Karadeniz ve ark 2008; Bahar ve Açı1 2014). Birey, aile, toplum ve toplum gruplarının sağlığını koruyan, sürdürren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını içermektedir (Karadeniz ve ark 2008). Bireylerin sağlıklarını geliştirmek için yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir (Demir ve Arıöz 2014).

Sağlığın geliştirilmesindeki temel ilke kişilerin sağlıklarıyla ilgili sorumluluğu alabilecek kapasitede olduklarını kabul etmektir. Kişilerin sağlıklarının gelişmesi için yapılması gerekenleri düzenleyip kontrol edebilmeleri için gerekli ortam hazırlanmalıdır (Özte1 2009). Böylece kişilerde sağlıklarının korunmasının kendi görevleri olduğu bilincinin gelişmesi ve hayatlarında var olan veya var olabilecek riskli davranışlardan kaçınarak sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlar kazanacakları beklenmektedir (Şen ve ark 2017).

Sağlığın geliştirilmesindeki diğer ilke ise, sağlık hizmetlerinin yalnızca tedavi hizmetleri olmadığı, daha geniş bir alanı kapsadığı görüşüdür. Yani sağlığı geliştirme çalışmalarında öncelikle çevrenin sağlığı olumlu yönde etkileyebilecek şekilde olmasına dikkat edilmelidir. Sağlıklı bir çevre içinde yaşama ve çalışma hakkına toplumda ki her birey sahip olmalıdır (Özte1 2009).

2.2.3.1.Sağlığın geliştirilmesinde yaklaşımlar

Sağlığın geliştirilmesinde birinci basamak sağlık hizmetleri şartlarında tıbbi yaklaşım, yaşam tarzı/davranışsal yaklaşım ve sosyal çevre yaklaşımı olmak üzere üç yaklaşımdan söz edilebilir (Öztek 2009; Piyal 2011).

Tıbbi yaklaşım: Sağlık hizmetleri koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetlerinden oluşmaktadır. Bu hizmetler toplumun sağlık düzeyinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Toplumların yaşam kalitelerini yükseltme ve yaşam süresini uzatma konusunda yani sağlığı geliştirme konusunda koruyucu hizmetler önemli bir yere sahiptir. Sağlığı geliştirme kavramı koruyucu hizmetlerin ötesinde bir anlayıştır. Kişiler ve toplum kendi sağlıklarına sahip çıkabilmeli, sağlıkları konusunda başkalarına bağımlı olmaktan çıkmalı ve sağlıkları ile ilgili yapılması gerekenleri kontrol edebilmelidirler. Bu noktada sağlık profesyonellerine büyük görev düşmektedir. Sağlık profesyonelleri kişileri (sağlam ve hasta) sosyal çevreleri ile bir bütün olarak ele almalı, kişileri kendi sağlıklarından sorumlu olacak şekilde bilinçlendirmeli, öz bakım konusunda eğitmeli ve onları çevrenin iyileştirilmesi yönünde bilinçlendirerek kendi sağlıklarına karşı olan olumsuzluklarla mücadele etmeleri için destek olmalıdır (Öztek 2009).

Yaşam tarzı/davranışsal yaklaşım: Bazı hastalıkların temeli kişinin yaşam tarzından (yüksek yağlı diyet alışkanlığı, tütün ve alkol kullanımı, yetersiz fizik aktivite gibi) kaynaklanmaktadır. Kişilerin tercihinden dolayı karşılaşılan sağlık sorunlarından kurtulmaları ancak kişilerin tercihlerini değiştirmeleri ile mümkün olacaktır. 1970'li yıllardan beri kronik hastalıklar için yüksek risk niteliğindeki bu davranışların değiştirilmesi için programlar yapılmaktadır. Bu hastalıkların tedavilerinin de yüksek maliyetli olması nedeniyle ekonomistler de bu programları desteklemektedirler. Bu programlarda amaç tek tek kişilerin bu davranışlarını değiştirmek değildir. Toplumun geneli tarafından benimsenen bir yaşam tarzı olmasını sağlamaktır. Yani kişisel yaklaşım yerine toplumsal yaklaşım benimsenmektedir. Örneğin “sağlığın geliştirilmesi” yaklaşımına göre bir kişinin sigarayı bırakması için çabalamak yetmez, o toplumun sigara içmeye karşı tutum almasının sağlanması gerekmektedir. Yani normal sosyal davranışın sigara içmemek olduğunun benimsetilmesi gerekmektedir (Öztek 2009). Örneğin Tayland' da sigara

paketleri üzerindeki uyarıcı sağlık mesajları sigara içme oranlarını azaltmış, Hindistan’da dumansız hava sahası medya kampanyaları sigara içme sıklığını azaltmıştır. Bununla beraber de medya kampanyaları ile vücut kütle indeksi hesaplamasının öğretilmesiyle kolesterolü ve sistolik kan basıncını düşürmesi sonucu kardiyovasküler hastalıklar azaltılmıştır (şimşek 2013).

Sosyal evre yaklaşımı: Toplumların tam iyilik halinde olabilmeleri bazı koşulların ve kaynakların var olmasına ve sağlık sektörü dışında da birçok sektörün iş birliği yapmasına bağlıdır (Öztek 2009). Sosyoekonomik durum, sosyal kontrol, sosyal destek, işsizlik ve çalışma koşulları, ayrımcılık, öğrenim durumu, kültürel farklılıklar gibi birçok faktör sosyal evre içerisinde değerlendirilmektedir (şimşek 2013).

2.2.4. Sağlıklı Yaşam Biçimi

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (Tambağ 2011; Ural 2016). Günümüzde hipertansiyon (HT), Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM), koroner kalp hastalıkları gibi yaşam biçimi ile ilgili kronik hastalıklar artmaktadır (Karadeniz ve ark 2008). Bu hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite, yaşam biçimi değişiklikleri ile önemli ölçüde azaltılabilmektedir (Bozhüyük ve ark 2012). Bu nedenle de sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme de en önemli husus; bireylerde sağlıklı yaşam bilincinin gelişmesi ve bireylerin sağlıklarını koruma konusunda kendi görevlerini algılayıp, riskli davranışlardan kaçınmasıdır (Karadeniz ve ark 2008). Pender’ e göre sağlıklı yaşam biçimi davranışları manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimidir (Bahar ve ark 2008; Karadeniz ve ark 2008; Bahar ve Açıl 2014; Öztürk ve ark. 2014). Pender' in sağlığın geliştirilmesi teorisi, kişiye bütüncül bir yaklaşım sunmaktadır. (Bahar ve Açıl 2014). Tüm bu davranışlar kadının yaşamında ayrı bir yere sahip olan gebelik döneminde daha da bir önem kazanmaktadır (Saydam ve ark 2007).

2.2.4.1. Sağlık sorumluluğu; kişinin iyilik hali için kendi sağlığından sorumlu olmasıdır (Bahar ve ark 2008; Bozhüyük ve ark 2012). Yani kişinin sağlığını koruyucu ve geliştirici davranışlarını ve davranış değişikliklerini göstermektedir. Bu kavram, kişinin sağlığına ne düzeyde dikkat ettiğini göstermektedir (Bozhüyük ve ark 2012). Kişi sağlığının değerini bilmeli, sağlığına özen göstermeli, sağlık hakkında bilgilenmeli ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmelidir (Bahar ve ark 2008; Bozhüyük ve ark 2012).

2.2.4.2. Fiziksel aktivite; hafif, orta ve ağır egzersizlerin düzenli olarak yapılmasıdır (Bahar ve ark 2008). Günlük yaşamın bir parçası olarak planlı bir şekilde ve sürekli yapılan aktivitedir (Bahar ve ark 2008; Bozhüyük ve ark 2012). Fiziksel aktivitenin bedensel, ruhsal ve sosyal sağlık ve gelecekteki yaşantı üzerine olumlu etkileri vardır (Bozhüyük ve ark 2012; Tümer ve Özsoy 2015). Fiziksel hareketsizlik günümüzde kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, tip 2 diabetes mellitus, obezite, stres ve depresyon gibi hastalıklar için risk oluşturmaktadır (Piyal 2009; T.C. SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013; Tümer ve Özsoy 2015). Gelir düzeyi yüksek ülkelerde fiziksel aktivite yetersizliği daha fazla görülmektedir (T.C. SB Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013).

2.2.4.3. Beslenme; bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir (Bahar ve ark 2008). Yaşamı sağlıklı ve mutlu olarak devam ettirmek, büyümek ve vücut fonksiyonlarını sürdürebilmek için vücudun yediğimiz gıdalardan yararlanmasıdır. Uluslar arası insan hakları belgelerinde beslenme bir hak olarak bildirilmektedir. Ayrıca bir ülkenin beslenme durumu o ülkenin en önemli gelişmişlik göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sağlıklı ve doğru beslenmek için yeterli ve dengeli beslenilmeli, çeşitli gıdalar tüketilmeli (tek tip beslenilmemeli) ve sağlığa zararlı gıdalardan kaçınılmalıdır (Bozhüyük ve ark 2012). Yeterli beslenme ve dengeli beslenme; kişinin yaşına, ağırlığına, cinsiyetine, yapılan işe, iklim şartlarına ve fizyolojik duruma göre değişiklik göstermektedir (Çalışkan 2011). Dünyada ve Türkiye’de küreselleşmenin etkisiyle birlikte beslenme sorunları, malnütrisyon ve şişmanlık arasında seyretmektedir (Aslan 2009). Birçok metabolik hastalıklardan korunmanın birinci şartı doğru beslenmedir. Doğru beslenme sağlıklı yaşamın ve metabolik hastalıklardan korunmanın ön koşuludur. Bu alışkanlığın kazanılması ile primer ve

sekonder hipertansiyon önlenilmekte, doğru beslenmeye fiziksel aktivitenin de eklenmesiyle % 30-50 oranlarında Tip 2 diyabet de önlenilmektedir. Kilolu veya şişman olmak, kalp damar hastalıkları, paradizi, şeker hastalığı, hipertansiyon, kolesterol, bazı kanser türleri ve solunum yetersizlikleri gibi sağlık sorunlarını artırırken, zayıflıkta kişinin vücut direncini düşüren ve verimliliğini azaltan bir durumdur (Aslan 2009; Bozhüyük ve ark 2012). Vücut ağırlığının boya göre ne kadar olması gerektiğini belirlemek için Beden Kütle İndeksi (BKİ) kullanılmaktadır. BKİ: Ağırlık (kg) / Boy Uzunluğu (m)² formülü kullanılmaktadır. Bu formüle göre, BKİ' nin; <18,5 olması zayıf, 18,5 - 24,99 arasında olması normal, 25,0 - 29,99 arasında olması kilolu, 30,0 - 34,99 arasında olması sınıf I obez, 35,0 - 39,99 arasında olması sınıf II obez, 40,0 ve üzerinde olması sınıf III obez olarak değerlendirilmektedir (Aslan 2009; Çalışkan 2011; Bozhüyük ve ark 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2013). Gebelik öncesinde BKİ' ne göre gebelikte önerilen sağlıklı ağırlık artışı sınırları zayıf gebelerde 12.5-18 kg, normal gebelerde 11.5- 16 kg, kilolu gebelerde 7- 11.5 kg, şişman gebelerde 7 kg ve altında olması gerekmektedir. Gebelik döneminde düzenli kilo alımı önemlidir. Gebelik öncesi normal kilo da olan bir gebe ilk trimestirde 1-2 kg, ikinci ve üçüncü trimestirlerde her hafta yarım kilo alan olması gerekmektedir. Gebelik öncesi normal kiloda olan bir gebenin 20'nci gebelik haftasında ortalama 4.5-6 kg almalıdır (Taşkın 2016).

Gebenin beslenmesi ile fetusun sağlığı arasında önemli bir ilişki bulunmaktadır. Fetusun bedensel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesi annenin gebeliği boyunca yeterli ve dengeli beslenmesi ile mümkündür. Gebelik süresince annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi ile hem annede (anemi, osteomalasia, toksemi, ödem, yetersiz kilo alımı, anne ölümleri) hem de bebekte (erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, bebek ölümleri, zihinsel ve fiziksel gelişim bozukluğu) bir takım sorunlar görülebilmektedir (Çalışkan 2011; Taşkın 2016). Gebenin beslenme durumunu annenin yaşı, gebelikteki besin ihtiyacı, gebelik sayısı, doğum aralıkları, bireyin yeme alışkanlığı, kültürü, sosyo-ekonomik durumu, kadının gebeliğe karşı tutumu ve duyguları gibi birçok faktör etkileyebilmektedir. Gebelik döneminde annenin sağlıklı beslenmesi için beslenme durumunun izlenmesi, değerlendirilmesi ve eğitiminin verilmesi gerekmektedir (Taşkın 2016).

2.2.4.4. Manevi gelişim, kişinin iç kaynaklarının gelişimi ile ilişkilidir. Gelişme de, kişinin amaçları doğrultusunda çalışması ve iyi yönde gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark 2008).

2.2.4.5. Kişilerarası ilişkiler; başkaları ile olan ilişkilerdir. Kişiler arası ilişkide önemli olan iletişimdir. Anlamlı bir ilişki kurabilmek için iletişimi kullanmak gerekmektedir (Bozhüyük ve ark 2012). İletişim en az iki kişi arasında ki bilgi alışverişidir (Akdur 2011). İletişim de duygu ve düşünceler sözel (doğrudan ve yüz yüze) veya sözel olmayan (dolaylı olarak yazı, genelge, broşür, kitap, radyo, tv gibi) mesajlarla anlatılmaktadır (Bahar ve ark 2008; Akdur 2011; Bozhüyük ve ark 2012). Kişiler arası ilişkilere, karı-koca etkileşimi, akrabalar, arkadaşlar, meslektaşlar arasında ki etkileşim, çocuğun anne ve babasıyla etkileşimi, öğrenci- öğretmen etkileşimi duygusal ilişkiler örnek verilebilir (Bozhüyük ve ark 2012). Gebelik döneminde kadının sosyal çevresi gebelikten etkilenebilmektedir. Aynı şekilde kadının gebeliği de sosyal çevreden etkilenmektedir. Normal dönemde olduğu kadar gebelik döneminde de destekleyici ilişkiler sağlık problemlerini önlemede, azaltmada, stresin etkilerinden korunmada ve baş etme mekanizmasının güçlendirilmesinde pozitif bir etkiye sahiptir. Gebelikte destekleyici ilişkileri az olan kadınların gebelikte komplikasyon oranları artmaktadır. Eşleri ve diğer yakın çevreden destek alan kadınların ise yeterli doğum öncesi bakım alma ve gebelik döneminde de olumlu sağlık davranışı sürdürme oranları yükselmekte böylece gebelik komplikasyonları da azalmaktadır (Taşkın 2016).

2.2.4.6. Stres yönetimi; gerilimi azaltmak ya da kontrol altına alabilmek için bireyin fizyolojik ve psikolojik baş etme metotlarıdır (Bahar ve ark 2008; Bozhüyük ve ark 2012). Stres, kişiye gerginlik hali veya tehdit oluşturan durum sonucunda değişim ya da uyum gerektiren herhangi bir çevresel istek veya beklentiler bütünüdür (Ekinci ve ark 2013). Stresi yaşamdan tamamen uzak tutmak mümkün değildir. Stres yaşamın doğal bir parçasıdır (Ural 2016). Bireyin stresle baş etme şekli kültüre, etnik yapıya, çalışıp çalışmama durumuna göre farklılık gösterebilmektedir (Ekinci ve ark 2013). Stres genellikle negatif olarak düşünülmektedir. Fakat stres iyi veya kötü olabilmektedir. Stres kişiye güç ve uyanıklık verdiği sürece iyi, kişiye zarar verdiği ve hastalıklara neden olduğu durumda da kötü olarak değerlendirilmektedir (Kaplan 2009; Bozhüyük ve ark 2012). Fiziksel (travma, açlık, yoğun egzersiz, cerrahi

girişimler), sosyal (birey- çevre ilişkisi/ çatışması) ve psikolojik (hayal kırıklığı, izolasyon) olmak üzere üç çeşit stres etmeni bulunmaktadır. Kişi stresli bir durum ile karşılaştığında vücutta adrenalin ve diğer stres hormonları salgılanır ve kalp hızı artar, kan basıncı yükselir ve kaslarda gerginlik meydana gelir. Bunlarda kişide ya stresten kaçma yada savaşma enerjisi sağlamaktadır. Stres durumunun uzaması durumunda organ, sistem ve fonksiyonlar olumsuz etkilenmektedir (Bozhüyük ve ark 2012).

2.3.SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Hemşirelerin sağlık bakım sağlayıcı konumundan dolayı sağlığın geliştirilmesinde de önemli bir rolü vardır (Erzincanlı ve ark 2015). Hemşirelik hizmetleri geleneksel sistem içerisinde sağlığın korunması ve geliştirilmesini önceliğine almalıdır (Taşkın 2016). Bu nedenle hemşirelerin sağlığı koruma ve geliştirmedeki rolü dünya genelinde daha sık vurgulanmaktadır. Pender' in modeli, hemşirenin odak noktasının hastalığı önlemekten sağlığı geliştirmeye doğru kaymasını sağlamaktadır (Bahar ve Açıl 2014). Hemşirenin çağdaş rollerinden eğitici rolü gereği hemşirenin amacı bireylerin sağlığını koruması ve geliştirmesi, hastalık durumunda da bireylerin yeniden sağlığına kavuşması için kaynak, eğitim, danışmanlık ve bakım desteği sağlamaktır (Özpulat 2010; Tambağ 2011; Bahar ve Açıl 2014). Hemşirenin çağdaş eğitici rolü ile düzenleyeceği sağlık eğitimleri, bireylere ve topluma sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılması, yaşam kalitesinin artırılması ve sağlığın geliştirilmesinde etkili olacak ve hemşirelik mesleğinin olumlu yönde ilerlemesini de sağlayacaktır (Özpulat 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma karşılaştırmalı - tanımlayıcı türde yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Çalışma Konya il merkezinde bulunan Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde ve Kadın doğum polikliniğinde yapılmıştır. Servis 64 yataklıdır. Ayrıca servisin içinde 15 yataklı travay odası bulunmaktadır. Poliklinik de ise gebe polikliniği, jinekoloji polikliniği ve öğretim üyeleri polikliniği yer almaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum servisinde preeklemsi tanısı ile yatmakta olan gebeler ve gebe polikliniğine rutin kontrole gelen gebeler oluşturmaktadır.

3.4. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde “bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde” önerilen (Lemeshow ve ark 2000) bir tabloda yararlanılmıştır (Lemeshow ve ark 2000). İncelenen olayın (preklemesi görülme oranı) toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak bir çalışmanın (Koç ve ark 2005) bildirdiği oran (% 18.4) kullanılmıştır. Bildirilen oran % 95 güven düzeyinde ve preeklemsi tanısı alan grup klinik ile sınırlı olacağı için % 0.7 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğü en az preeklemsi tanısı alan gebeler için 125, preeklemsi tanısı almayan 125 gebe olmak üzere toplam 250 gebeden oluşmuştur.

3.5. Araştırmaya Alınma Kriterleri

1. En az ilkokul mezunu olan
2. 18 yaş ve üzeri olan
3. Preeklemsi tanısı alan gebelik haftası 20 hafta ve üzerinde olan
4. Gebelik haftası 20 hafta ve üzerinde olan ve herhangi bir riski olmayan
5. Spontan gebelik ve sağlıklı tek fetusu olan
6. Gebelik öncesi veya sırasında akut ve kronik hipertansiyon öyküsü olmayan gebeler (özbildirime)

3.6. Veri Toplama Tekniği ve Araçları

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından literatürden yararlanılarak (Ünalın ve ark 2007; Çulha ve ark 2009; Mermer ve ark 2010; İlhan ve ark 2010; Yılmaz ve Beji 2010; Akyol ve ark 2011; Ersoy ve ark 2011; Aksoy ve Uçar 2014; Aydemir ve Hazar 2014; Pınar ve ark 2014; Malakouti ve ark 2015; Sak ve ark 2015) geliştirilen anket formu (Ek A) ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını değerlendirmek için de Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) II formu (Ek B) kullanılmıştır (Bahar ve ark 2008).

3.6.1. Anket Formu (Ek A)

Literatür gözden geçirilerek araştırmacı tarafından oluşturulan anket formu sosyo-demografik, obstetrik ve sağlıkla ilgili özellikler olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır. Kadınların sosyo-demografik özellikleri olarak; yaş, ilk evlilik yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, gelir durumunu algılama, aile tipi, sağlık kuruluşuna erişebilme durumu olarak 7 soru, obstetrik özellikleri olarak; gebelik haftası, gebelik sayısı, gebelik öncesi BKİ, gebelikte BKİ, planlı bir gebelik olma durumu, ilk doğum yaşı, ilk gebelik değilse yaşayan çocuk sayısı, ilk gebelik değilse diğer gebelikleri ile arasında ki süre, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, erken

doğum öyküsü, anomalili bebek öyküsü olarak 13 ve sağlıkla ilgili bazı özellikler olarak; gebelik hakkında daha önce eğitim alma durumu, gebelik öncesi sigara kullanımı, gebelikte sigara kullanımı, anne veya kız kardeş de gebeliğe bağlı hipertansiyon öyküsü, aile de hipertansiyon öyküsü, önceki gebeliklerde hipertansiyon öyküsü, önceki gebeliklerde intrauterin gelişme geriliği öyküsü ve sağlık uygulamalarına dikkat ettiğini düşünme durumunu içeren 8 olmak üzere toplam 28 soru bulunmaktadır.

3.6.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ) (II EK B)

İlk 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştiren davranışları ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması ilk 1997 yılında Esin tarafından yapılmıştır (Esin 1999). Daha sonra 1996 yılında Walker ve arkadaşları bu ölçeği güncelleyerek Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II olarak adlandırmışlardır. SYBD II ölçeğinin, ülkemizde ki geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını ise Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmıştır. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II, 52 maddeli ve ‘hiçbir zaman (1)’, ‘bazen (2)’, ‘sık sık (3)’ ve ‘düzenli olarak (4)’ seçeneklerini içeren 4’lü likert tipi bir ölçektir. Ölçek sağlık sorumluluğu (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51), fiziksel aktivite (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46), beslenme (2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50), manevi gelişim (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 52), kişilerarası ilişkiler (1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49) ve stres yönetimi (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47) başlıkları altında altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçekten alınan en düşük toplam puan 52, en yüksek toplam puan ise 208’dir. Ölçeğin tüm maddeleri olumludur. Toplam puan arttıkça, kişinin daha fazla sağlıklı yaşam biçimi davranışına sahip olduğu kabul edilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.92’dir ve yüksek güvenirlik derecesine sahiptir (Bahar 2008).

Bu çalışmada Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı tüm grup için 0.89, preeklamsi tanısı alan grupta 0.85, preeklamsi tanısı olmayan sağlıklı grupta 0.92 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Toplanması

Veriler 10.11.2017-30.05.2018 tarihleri arasında araştırmacı tarafından toplanmıştır. Verilerin toplanmasında olasılıksız örnekleme yöntemlerinden gelişi güzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan verilerin toplanma süresi her bir birey için ortalama 15-20 dakikadır.

3.8. n Uygulama

Veri toplama formları araştırma öncesi araştırmanın yürütüldüğü hastanenin gebe polikliniğine başvuran preklemsi tanısı alan 10, preklemsi tanısı almayan 10 gebe olmak üzere toplam 20 gebeye araştırmacı tarafından uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır. n uygulamada veri toplanan gebeler araştırmanın örneğine dahil edilmemiştir.

3.9. Araştırmanın Değişkenleri

3.9.1. Bağımlı Değişkenler

1. SYBD II' den alınan toplam puan düzeyi
2. Sağlık puan düzeyi,
3. Fiziksel aktivite puan düzeyi,
4. Beslenme puan düzeyi,
5. Manevi gelişim puan düzeyi,
6. Kişilerarası ilişkiler puan düzeyi,
7. Stres yönetimi puan düzeyleridir.

3.9.2. Bağımsız Değişkenler

1. Sosyo demografik özellikler
2. Obstetrik özellikler
3. Sağlık alışkanlıkları ile ilgili özellikler

3.10. Araştırmanın Etik Boyutu

1. Etik kurul izni Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 20.10.2017 tarihinde 2017/1044 karar sayılı izin alınmıştır (EK-C).
2. Verilerin toplanabilmesi için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği'nden 09.11.2017 tarihinde 14567952-900-E.15882 sayılı kurum izni alınmıştır (EK-D).
3. Araştırmaya katılan gebelere soru formu dağıtılmadan önce çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapıldı ve sözel onamları alınarak çalışmaya katılmada gönüllülük esası dikkate alınmıştır (EK-A).

3.11. Araştırmanın Sınırlılıkları

1. Araştırma preeklamsi tanısı ile yatmakta olan gebeler ve gebe polikliniğine başvuran preeklamsi riski taşımayan ve gebelik haftası 20 haftanın üzerinde olan gebeler ile sınırlıdır.
2. Araştırmadan elde edilecek bulgular ve sonuçlar örneklem grubu için geçerlidir, topluma genellenemez.

3.12. Araştırma Soruları

1. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları düzeyi arasında fark var mıdır?
2. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sağlık alışkanlıkları arasında fark var mıdır?
3. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin sağlık sorumluluğu düzeyi arasında fark var mıdır?
4. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin fiziksel aktivite düzeyi arasında fark var mıdır?
5. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin beslenme düzeyi arasında fark var mıdır?
6. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin manevi gelişim düzeyi arasında fark var mıdır?
7. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin kişilerarası ilişkiler düzeyi arasında fark var mıdır?
8. Preeklemtik ve sağlıklı gebelerin stres yönetimi düzeyi arasında fark var mıdır?

3.13. Verilerin İstatistiksel Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Grupların tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılmasında kategorik değerkenlerde Pearson ki-kare testi, sayısal değerkenlerde bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin SYBD ölçeği ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnow testi, Skewness ve Kurtosis değerleri ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $p < .05$ kabul edilmiştir. Gebelerde preeklemsi gelişme durumuna bağımsız değerkenlerin etkisi çoklu lojistik regresyon analizi (backward wald yöntemi) ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Preeklemsi tanı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada bulgular üç farklı başlık altında sunulmuştur. Bu bölümlerde;

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Tanımlayıcı Bilgileri

4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Göre Puanları

4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Preeklemsi Gelişme Durumuna Bağımsız Değişkenlerin Etkileri

4.1. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Tanımlayıcı Bilgileri

Araştırma kapsamına alınan gebelerin tanımlayıcı bilgileri içinde sosyo-demografik özellikler, obstetrik özellikler, preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sağlık ile ilgili özellikleri ve preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin BKİ ortalamasının karşılaştırılması yer almaktadır.

Tablo 4.1.1. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri (n:250)

Çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özellikleri preeklemsi yaşama durumlarına göre preeklemsi tanısı alan ve almayan olarak incelendi.

| Preeklemsi Özellikler | Tanı Alan (n:125) | | Tanı Almayan (n:125) | | Test İstatistiği | |
|--|-------------------|------|----------------------|------|------------------|--------------|
| | n | % | n | % | χ^2 | p |
| Yaş | | | | | 18.645 | 0.000 |
| 18-34 Yaş | 90 | 72.0 | 116 | 92.8 | | |
| 35 Yaş ve üzeri | 35 | 28.0 | 9 | 7.2 | | |
| Eğitim Durumu | | | | | 3.402 | 0.183 |
| İlköğretim | 70 | 56.0 | 62 | 49.6 | | |
| Lise | 21 | 16.8 | 33 | 26.4 | | |
| Üniversite ve üzeri | 34 | 27.2 | 30 | 24.0 | | |
| Çalışma Durumu | | | | | 1.986 | 0.159 |
| Çalışıyor | 23 | 18.4 | 15 | 12.0 | | |
| Çalışmıyor | 102 | 81.6 | 110 | 88.0 | | |
| Gelir Durumu | | | | | 21.624 | 0.000 |
| Asgari ücret altı | 8 | 6.4 | 36 | 28.8 | | |
| Asgari ücret ve üzeri | 117 | 93.6 | 89 | 71.2 | | |
| Gelir Durumunu Algılama | | | | | 9.016 | 0.011 |
| İyi | 42 | 33.6 | 22 | 17.6 | | |
| Orta | 72 | 57.6 | 85 | 68.0 | | |
| Kötü | 11 | 8.8 | 18 | 14.4 | | |
| Aile Tipi | | | | | 0.568 | 0.451 |
| Çekirdek | 99 | 79.2 | 94 | 75.2 | | |
| Geniş | 26 | 20.8 | 31 | 24.8 | | |
| Sağlık Kuruluşuna Erişebilme Durumu | | | | | 4.747 | 0.029 |
| Evet | 97 | 77.6 | 110 | 88.0 | | |
| Hayır | 28 | 22.4 | 15 | 12.0 | | |

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Preeklemsi tanısı alan gebelerin %72' sinin, preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 92.8' inin 18-34 yaş grubunda olduğu saptandı. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde, preeklemsi tanısı alan gebelerin 35 yaş ve üzerinde olan gebe oranının preeklemsi tanısı almayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 4.1.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 93.6' sının, preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 71.2' sinin asgari ücret ve üzerinde geliri olduğu saptandı. Preeklemsi tanısı alan gebelerin asgari ücret ve üzerinde geliri olanların oranı preeklemsi tanısı almayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 4.1.1).

Gebelerin gelir durumunu algılama durumlarına bakıldığında preeklemsi tanısı alan gebelerin % 33.6' sının iyi, % 57.6' sının orta, % 8.8' inin kötü algıladığı ve preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 17.6' sının iyi, % 68.0' sının orta, % 14.4' ünün kötü algıladığı saptanmıştır. Gelir durumunu algılama durumunda gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.1.1). Farkın hangi seçenekten kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri ki-kare analizinde, farkın geliri iyi algılayan grubundan kaynaklandığı, preeklemsi tanısı alan gebelerin gelir durumunu iyi olarak algılayanların oranının preeklemsi tanısı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir.

Sağlık kuruluşuna kolay erişebilme durumuna bakıldığında preeklemsi tanısı alan gebelerin % 22.4' ünün, tanı almayan gebelerin % 12' sinin sağlık kuruluşuna kolay erişemediği saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark incelendiğinde, preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlık kuruluşuna kolay erişemediğini ifade edenlerin oranının preeklemsi tanısı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.1.1).

Gebelerin eğitim durumuna bakıldığında preeklemsi tanısı alan gebelerin % 56' sının, tanı almayan gebelerin % 49.6' sının ilköğretim mezunu olduğu; çalışma durumuna bakıldığında tanı alan gebelerin % 81.6' sının, tanı almayan gebelerin 88' inin çalışmadığı; aile tipine bakıldığında tanı alan gebelerin 79.2' sinin, tanı almayan gebelerin % 75.2' sinin çekirdek aile tipine sahip olduğu saptanmıştır. Gruplar arasında gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu ve aile tipi arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n:250)

Gebelerin bazı obstetrik özellikleri preeklemsi yaşama durumuna göre preeklemsi tanısı alan ve almayan olarak incelendi.

| Preeklemsi Özellikler | Tanı Alan (n:125) | | Tanı Almayan(n:125) | | Test İstatistiği | |
|---------------------------------------|-------------------|------|---------------------|------|------------------|--------------|
| | n | % | n | % | χ^2 | p |
| Gebelik haftası | | | | | | |
| 2.Trimester | 33 | 26.4 | 51 | 40.8 | 5.809 | 0.016 |
| 3.Trimester | 92 | 73.6 | 74 | 59.2 | | |
| Gebelik Sayısı | | | | | | |
| İlk Gebelik | 27 | 21.6 | 39 | 31.2 | 2.964 | 0.085 |
| ≥ 2 | 98 | 78.4 | 86 | 68.8 | | |
| Planlı Gebelik | | | | | | |
| Evet | 91 | 72.8 | 96 | 76.8 | 0.531 | 0.466 |
| Hayır | 34 | 27.2 | 29 | 23.2 | | |
| İlk Doğum Yaşı(s:86/74) | | | | | | |
| ≤ 19 | 17 | 19.8 | 12 | 16.2 | 3.586 | 0.166 |
| 20-30 | 63 | 73.3 | 61 | 82.4 | | |
| ≥ 31 | 6 | 7.0 | 1 | 1.4 | | |
| Yaşayan Çocuk Sayısı | | | | | | |
| Yok | 45 | 36.0 | 58 | 46.4 | 9.443 | 0.009 |
| Bir Çocuk | 33 | 26.4 | 42 | 33.6 | | |
| ≥ İki Çocuk | 47 | 37.6 | 25 | 20.0 | | |
| Diğer Gebelik İle Aradaki Süre | | | | | | |
| ≤ 1 Yıl | 17 | 17.3 | 22 | 25.6 | 3.295 | 0.192 |
| 2 Yıl | 17 | 17.3 | 19 | 22.1 | | |
| ≥ 3 Yıl | 65 | 65.4 | 45 | 52.3 | | |
| Düşük öyküsü | | | | | | |
| Var | 46 | 36.8 | 32 | 25.6 | 3.652 | 0.056 |
| Yok | 79 | 63.2 | 93 | 74.4 | | |
| Küretaj öyküsü | | | | | | |
| Var | 22 | 17.6 | 23 | 18.4 | 0.027 | 0.869 |
| Yok | 103 | 82.4 | 102 | 81.6 | | |
| Erken Doğum Öyküsü | | | | | | |
| Var | 31 | 24.8 | 17 | 13.6 | 5.054 | 0.025 |
| Yok | 94 | 75.2 | 108 | 86.4 | | |
| Anomalili Bebek Öyküsü | | | | | | |
| Var | 4 | 3.2 | 8 | 6.4 | 0.380 | 0.537 |
| Yok | 121 | 96.8 | 117 | 93.6 | | |

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Çalışmaya katılan preeklemsi tanısı alan gebelerin % 26.4' ü 2. trimester de, % 73.6' sı 3. trimesterde; preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 40.8'i 2. trimesterde, % 59.2' si 3. trimesterde yer almaktadır. Çalışma gruplarındaki gebelerin gebelik haftasının dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu, preeklemsi tanısı alan gebelerin 3. trimesterde bulunanların preeklemsi tanısı

almayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.1.2).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 78.4' ünün 2 ve üzeri gebelik sayısı olduğu, % 72.8 inin planlı gebelik olduğu, % 73.3' ünün ilk doğum yaşının 20-30 yaş arasında olduğu, % 65.4' ünün diğer gebelik ile arasında sürenin 3 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 68.8' inin 2 ve üzeri gebelik sayısı olduğu, % 76.8 inin planlı gebelik olduğu, % 82.4' ünün ilk doğum yaşının 20-30 yaş arasında olduğu, % 52.3' ünün diğer gebelik ile arasında sürenin 3 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması, daha önce doğum yapanların ilk doğum yaşı, bir önceki gebelikle aradaki süre yönünden dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.2). Preeklemsi tanı alan ve almayan gruplar bu obstetrik özellikler yönünden benzer bulunmuştur.

Yaşayan çocuk sayıları oranı preeklemsi tanısı alan gebelerin % 36' sının 0, % 26.4' ünün 1, % 37.6' sının 2 ve üzeri; preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 46.4' ünün 0, % 33.6' sının 1, % 20' sinin 2 ve üzeridir. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında çok anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, Tablo 4.1.2). İleri analizde farkın iki çocuk ve üzerinde çocuğa sahip olma seçeneğinden kaynaklandığı (iki ve üzeri çocuk grubu analiz dışında tutulduğunda gruplar arasında fark bulunmuyor, $p>0.05$), preeklemsi tanısı alan gebelerin iki ve daha fazla çocuğu olanların oranının tanı almayan gebelere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan preeklemsi tanısı alan gebelerin % 36.8' inin düşük öyküsü, % 17.6' sının küretaj öyküsü, % 24.8' inin erken doğum öyküsü, % 3.2' sinin anomalili bebek öyküsü olduğu belirlenmiştir. Preeklemsi tanısı almayan gebelerin ise % 25.6' sının düşük öyküsü, % 18.4' ünün küretaj öyküsü, % 13.6' sının erken doğum öyküsü, % 6.4' ünün anomalili bebek öyküsü mevcuttur. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin düşük ve küretaj öyküsü ve anomalili bebek öyküsü yönünden dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.2). Preeklemsi tanısı alan ve almayan gruplar bu obstetrik özellikler yönünden benzer bulunmuştur. Erken doğum öyküsüne göre preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin dağılımları incelendiğinde ise tanı alan gebelerin oranının tanı almayan

gebelere göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.1.2).



Tablo 4.1.3. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sağlık ile İlgili Özellikleri (n:250)

Çalışmaya katılan gebelerin sağlık ile ilgili özellikleri preeklemsi yaşama durumlarına göre preeklemsi tanısı alan ve almayan olarak incelendi.

| Preeklemsi | Tanı Alan (n:125) | | Tanı Almayan (n:125) | | Test İstatistiği | |
|--|-------------------|------|----------------------|------|------------------|--------------|
| | n | % | n | % | χ^2 | p |
| Özellikler | | | | | | |
| Gebelik Hakkında Eğitim Alma | | | | | | |
| Evet | 53 | 42.4 | 51 | 40.8 | 0.066 | 0.797 |
| Hayır | 72 | 57.6 | 74 | 59.2 | | |
| Sağlık Uygulamalarına Dikkat etme Durumu | | | | | | |
| Evet | 102 | 81.6 | 104 | 83.2 | 0.110 | 0.740 |
| Hayır | 23 | 18.4 | 21 | 16.8 | | |
| Gebelik Öncesi Sigara Kullanma | | | | | | |
| Evet | 18 | 14.4 | 16 | 12.8 | 0.136 | 0.712 |
| Hayır | 119 | 85.6 | 109 | 87.2 | | |
| Bu Gebelikte Sigara Kullanma | | | | | | |
| Evet | 6 | 4.8 | 3 | 2.4 | 0.461 | 0.497 |
| Hayır | 119 | 95.2 | 122 | 97.6 | | |
| Anne / Kız kardeşin Gebeliklerinde Hipertansiyon Öyküsü | | | | | | |
| Var | 16 | 12.8 | 6 | 4.8 | 4.984 | 0.026 |
| Yok | 109 | 87.2 | 119 | 95.2 | | |
| Ailede Hipertansiyon Öyküsü | | | | | | |
| Var | 78 | 62.4 | 43 | 34.4 | 19.620 | 0.000 |
| Yok | 47 | 37.6 | 82 | 65.6 | | |
| Önceki Gebelikte Hipertansiyon Öyküsü | | | | | | |
| Evet | 40 | 32.0 | 4 | 3.2 | 35.745 | 0.000 |
| Hayır | 85 | 68.0 | 121 | 96.8 | | |
| Önceki Gebelikte IUGR Öyküsü | | | | | | |
| Var | 21 | 16.8 | 9 | 7.2 | 5.455 | 0.020 |
| Yok | 104 | 83.2 | 116 | 92.8 | | |

χ^2 : Pearson ki-kare analizi

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 57.6' sının gebelik hakkında eğitim almadığı, % 81.6' sının sağlık uygulamalarına dikkat ettiği (yürüyüş, beslenme vb.) , % 14.4' ünün gebelik öncesi sigara kullandığı ve % 4.8' inin bu gebelikte sigara kullanmaya devam ettiği saptanmıştır. Preeklemsi tanısı almayan gebelerin ise % 59.2' sinin gebelik hakkında eğitim almadığı, % 83.2' sinin sağlık uygulamalarına dikkat ettiği, % 12.8' inin gebelik öncesi sigara kullandığı ve % 2.4' ünün bu gebelikte sigara kullanmaya devam ettiği saptanmıştır. Preeklemsi tanısı alan ve

almayan gebelerin gebelik hakkında eğitim alma, sağlık uygulamalarına dikkat etme, gebelik öncesi ve bu gebelikte sigara kullanma durumuna göre dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.3).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 12.8' inin, tanı almayan gebelerin % 4.8' inin anne veya kız kardeşinde gebeliklerinde hipertansiyon öyküsü olduğu bulunmuştur. Preeklemsi tanısı alan gebelerin anne veya kız kardeşte hipertansiyon öyküsü olanların oranı tanı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 4.1.3).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 62.4' ünün, tanı almayan gebelerin % 34.4' ünün aile bireylerinde hipertansiyon öyküsü olduğu saptanmıştır. Preeklemsi tanısı alan ve almayan gruplar arasındaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 4.1.3).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 32' sinin, tanı almayan gebelerin % 3.2' sinin önceki gebeliğinde hipertansiyon öyküsü olduğu bulunmuştur. Preeklemsi tanısı alan gebelerin hipertansiyon görülme oranı tanı almayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.001$, Tablo 4.1.3).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 16.8' inin, tanı almayan gebelerin % 7.2' sinin önceki gebeliklerde bebeğinde intrauterin gelişme geriliği öyküsü olduğu bulunmuştur. Preeklemsi tanısı alan gebelerde intrauterin gelişme geriliği görülme oranının tanı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.4. Preeklemsi Tanısı alan ve Almayan Gebelerin Vücut Ağırlığı ve Beden Kütle İndeksi Ortalamasının Karşılaştırılması (n:250)

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin vücut Ağırlığı ve beden kütle indeksi ortalaması karşılaştırıldı.

| Preeklemsi | Tanı Alan (n:125) | | Tanı Almayan (n:125) | | Test İstatistiği | |
|---------------------------|-------------------|------------------|----------------------|------------------|------------------|-------------|
| | Min-Max | $\bar{x} \pm SS$ | Min-Max | $\bar{x} \pm SS$ | t | p |
| Gebelik Öncesi BKİ | 17.30- 48.28 | 27.90±5.77 | 16.61-42.58 | 23.79±4.46 | 6.297 | .000 |
| Gebelikte BKİ | 19.72-46.66 | 31.59±5.29 | 18.33-45.31 | 26.80±4.24 | 7.894 | .000 |

t: Bağımsız gruplarda t testi

Çalışmaya katılan preeklemsi tanısı alan gebelerin gebelikte BKİ ortalaması 31.59±5.29; tanı almayan gebelerin gebelikte BKİ ortalaması 26.80±4.24' dür.

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki beden kütle indeksi ortalaması arasındaki fark incelendiğinde, tanı alan gebelerin hem gebelik öncesi, hem de gebelikteki beden kütle indeksi ortalamasının tanı almayan gebelere göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0.001, Tablo 4.1.4).

4.2. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Tablo 4.2.1. Preeklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n: 250)

| Preklemsi | Tanı Alan (n:125) | Tanı Almayan (n:125) | Test İstatistiği | |
|--|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
| Ölçekler ve Alt Boyutları | $\bar{x} \pm SS$ | $\bar{x} \pm SS$ | t | P |
| Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları (Toplam) | 139.03±16.99 | 131.37±20.63 | 3.206 | .002 |
| Alt Boyutları | | | | |
| 1. Sağlık Sorumluluğu | 27.83±4.79 | 22.97±4.63 | 8.15 | .000 |
| 2. Fiziksel Aktivite | 11.78±3.86 | 14.42±4.24 | 5.14 | .000 |
| 3. Beslenme | 25.81±4.15 | 23.17±3.92 | 5.172 | .000 |
| 4. Manevi Gelişim | 27.98±4.67 | 25.93±4.70 | 3.469 | .001 |
| 5. Kişiler Arası İlişkiler | 27.62±4.06 | 25.86±4.45 | 3.266 | .001 |
| 6. Stres Yönetimi | 18.00±4.05 | 19.02±4.21 | 1.943 | .053 |

t: Bağımsız gruplarda t testi

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması incelendiğinde, preeklemsi tanısı alan gebelerin puan ortalamasının (139.03±16.99) preeklemsi tanısı almayan gebelere (131.37±20.63) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur ($p < 0.01$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının (27.83±4.79) preeklemsi tanısı almayan gebelere (22.97±4.63) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı olan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının (11.78±3.86) tanı almayan sağlıklı gebelere (14.42±4.24) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyut puan ortalamasının (25.81 ± 4.15), tanı almayan sağlıklı gebelere (23.17 ± 3.92) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının (27.98 ± 4.67), tanı almayan sağlıklı gebelere (25.93 ± 4.70) göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının (27.62 ± 4.06), tanı almayan sağlıklı gebelere (25.86 ± 4.45) göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$, Tablo 4.2.1).

Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının (18.00 ± 4.05), tanı almayan sağlıklı gebelere (19.02 ± 4.21) göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 4.2.1).

4.3. Araştırma Kapsamına Alınan Gebelerin Preeklemsi Gelişme Durumuna Bağımsız Değişkenlerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.3.1. Preeklemsi Gelişme Durumuna Bağımsız Değişkenlerin Etkisi: Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları (n: 250)

| Değişkenler | B | S.Hata | Wald | p | Exp (β) | EXP(B) | % 95 Güven Aralığı |
|---|------|--------|--------|------|---------|--------|-----------------------|
| Sabit | .68 | .33 | 26.116 | .000 | .19 | | |
| Önceki Gebelikte HT Öyküsü | | | | | | | |
| (0: Yok / 1: Var) | 2.36 | .57 | 17.098 | .000 | 10.55 | 3.45 | 32.25 |
| Yaş | | | | | | | |
| (0:<35 / 1:≥35) | 1.29 | .45 | 8.160 | .004 | 3.65 | 1.50 | 8.88 |
| Sağlık Kuruluşuna Erişebilme | | | | | | | |
| (0: Evet / 1: Hayır) | 1.09 | .40 | 7.644 | .006 | 2.98 | 1.37 | 6.47 |
| Ailede HT Öyküsü | | | | | | | |
| (0: Yok / 1: Var) | 1.02 | .30 | 11.655 | .001 | 2.76 | 1.54 | 4.96 |
| Gebelik Haftası | | | | | | | |
| (0:2.trimester / 1:3.trimester) | .75 | .32 | 5.575 | .018 | 2.12 | 1.14 | 3.97 |

Bağımlı Değişken: Preeklemsi gelişme durumu χ^2 : 74.210 sd: 5 p: .000

Gebelerde preeklemsi gelişmesine etkili olduğu belirlenen beş değişkenin etkisi β katsayılarına göre (olasılıklar oranı= odds ratio) en çok etkili bulunandan en az etkili bulunana doğru (en çok önemliden en az önemliye doğru); önceki gebelikte hipertansiyon öyküsü ($p<.001$), yaş, sağlık kurumuna erişebilme, ailede hipertansiyon öyküsü ($p<.001$) ve gebelik haftası şeklinde sıralanmaktadır.)

Önceki gebeliğinde hipertansiyon öyküsü olanlarda preeklemsi gelişme olasılığı hipertansiyon öyküsü olmayanlara göre 10.55 kat fazla bulunmuştur.

Yaşı 35 yaş ve üzerinde olan gebelerde preeklamsi gelişme olasılığı 35 yaştan küçük olanlara göre 3.65 kat fazladır. Sağlık kuruluşuna erişebilme durumuna hayır diyen gebelerde preeklamsi gelişme olasılığı sağlık kuruluşuna erişebilmeye evet diyenlere göre 2.98 kat fazladır. Aile bireylerinde hipertansiyon öyküsü olanlarda preeklamsi gelişme olasılığı ailede hipertansiyon öyküsü olmayanlara göre 2.76 kat fazladır. Gebelik dönemi olarak üçüncü trimesterde bulunanlarda preeklamsi gelişme olasılığı ikinci trimestere göre 2.12 kat fazladır (Tablo 4.3.1).



5. TARTIŞMA

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma ile elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Preeklemsi tanısı alan gebelerin % 72'si, tanı almayan gebelerin ise % 92.8' i 18-34 yaş arasındadır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde yaşa özel doğurganlık hızı en fazla 25-29 yaş grubunda gözlenmiş olup Türkiye'de ki doğumların % 64' ünün 30 yaşından önce meydana geldiği tespit edilmiştir. Çalışma verileri TNSA (2013) verileri ile benzerlik göstermektedir.

Tablo 4.1.1' deki bilgilere göre gebelerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında preeklemsi tanısı alan gebelerin 35 yaş ve üzerinde olan gebe oranının preeklemsi tanısı almayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksektir ($p < 0.001$). Çalışmadan farklı olarak; Yavuzkır ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu çalışmada preeklampsi grubunda bulunan hastaların yaş ortalaması (28.3 ± 4.6) ve kontrol grubunda bulunan gebelerin yaş ortalaması (27 ± 3.5) arasında anlamlı bir fark olmadığı belirtilmiştir ($p > 0.05$). Bej ve arkadaşlarının (2013) preeklemsi ve eklamsilerde risk faktörlerinin belirlenmesi çalışmasında da vaka grubunun yaş ortalaması (24.4 ± 4.2) ile kontrol grubu yaş ortalaması (23.9 ± 3.6) arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. TNSA (2013) verilerinde gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık beşte birini oluşturmaktadır. Yapılan çalışmanın sonucu literatürde tanımlanan 20 yaş altı ve 35 yaş üstünde gebelerde preeklemsi riski yüksektir (Taşkın 2016) görüşü ile benzerdir. Özellikle ileri yaş gebeliklerin yakın izlenmelerinin gebelerde risk faktörlerinin erken tanılanması açısından önemli olduğu söylenebilir.

Tablo 4.1.1'deki bilgilere göre; preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu ve aile tipi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p = 0.451$). Çalışma sonuçları ile benzer şekilde Yeasmin ve Uddin'in (2017) yapmış olduğu çalışmada da gebelerin eğitim seviyesi, çalışma durumu, aile tipi ile preeklemsi arasında anlamlı bir sonuç bulunmamıştır. Bej ve arkadaşlarının

(2013) çalışmasında da vaka ve kontrol grubu arasında gebelerin eğitim durumu, mesleği ve aile tipi arasında bir fark bulunamamıştır. Gebelerin çalışma durumuna bakıldığında preeklemsi tanısı alan gebelerin % 18.4' ü, tanı almayan gebelerin de % 12'si çalışmaktadır (Tablo 4.1.1). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerinde kadınların % 31' inin araştırma sırasında çalışmakta olduğu ve % 4' ünün halen çalışmamalarına rağmen araştırmadan önceki son 12 ayda çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Çalışmak bazen annelerin iş ve ev sorumluluğunu artırmakta, iş ortamı stres yaşamalarına sebep olabilmekteyken bazen de annelerin ekonomik bağımsızlığının olması özgüvenini destekleyebilmektedir.

Çalışmada asgari ücret üzerinde geliri olduğunu söyleyen preeklemsi tanı alan grupta gebelerin yoğunlaştığı ve aralarında ki farkın ileri düzeyde anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, Tablo 4.1.1). Çalışmadan farklı olarak; Çulha ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada gelir düzeyi ile gebeliğe bağlı hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p= 0.569$). Bej ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da aile geliri ile preeklemsi gelişimi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmada gelir durumunu algılama durumu incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 4.1.1). Farkın geliri iyi algılayan grubundan kaynaklandığı, preeklemsi tanısı alan gebelerin gelir durumunu iyi olarak algılayanların oranının preeklemsi tanısı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir. Kültürel, bölgesel, psikolojik ve sosyo ekonomik bir çok faktör kişilerin beslenme alışkanlıklarını etkileyebilir. Gebenin uygun beslenmesi, bebeğin anne sütü ile beslenmesi ve annenin aşerme durumu karşılanmazsa bebekte doğum lekesi oluşabileceği gibi bir çok yanlış kültürel inançlar beslenme bozukluklarını da beraberinde getirmektedir (Taşkın 2016). Bu sonuçlar doğrultusunda gelir düzeyinin preeklemsi gelişimi üzerine doğrudan etkili bir değişken olmadığı, beslenme davranışının değerlendirilmesinin daha önemli olduğu söylenebilir.

Tablo 4.1.1'deki verilere göre; preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlık kuruluşuna kolay erişemediğini ifade edenlerin oranının preeklemsi tanısı almayan gruptan daha yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bu sonuç preeklemsi öyküsü olan veya tanı alıp izlenen gebelerin sağlık kuruluşuna

zamanında erişebilme konusunda hem kendi hem de bebeklerinin sağlığı hakkında ki endişeleri ile açıklanabilir.

Araştırmada gebelerin obstetrik öyküsü, preeklemsi açısından değerlendirilmiştir. Gebelik haftası, gebelik sayısı, gebelik kaybı ve düşük öyküsü gibi değişkenler incelenmiştir. Tablo 4.1.2' e göre; çalışmada yer alan preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin gebelik haftaları karşılaştırıldığında preeklemsi tanısı alan grubun 3. trimesterde yoğunlaştığı ve gruplar arasında fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Yavuzkır ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında, çalışmadan farklı olarak gestasyonel haftalar yönünden anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Bu sonuç 20. gebelik haftasından sonra ortaya çıkan ve tanı alan gebelerin 3. trimesterde da izlem ve kontrollerinin devam etmesi ile açıklanabilir.

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin gebelik sayısı, gebeliğin planlı olması, daha önce doğum yapanların ilk doğum yaşı, bir önceki gebelikle aradaki süre, düşük öyküsü, küretaj öyküsü, anomalili bebek öyküsü yönünden dağılımları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.2). Yeasmin ve Uddin (2017) 'ın çalışmasında da çalışma bulgusuna benzer bir önceki gebelikle aradaki süre, kürtaj ve kötü obstetrik öyküsü ile preeklemsi arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Bej ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da nulliparite, primigravida, ikiz gebelik, kötü obstetrik öyküsü ve kürtaj öyküsü ile preeklemsi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamıştır.

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sahip oldukları çocuk sayısına göre dağılımları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ($p<0.01$, Tablo 4.1.2). İleri analizde farkın iki çocuk ve üzerinde çocuğa sahip olma seçeneğinden kaynaklandığı (iki ve üzeri çocuk grubu analiz dışında tutulduğunda gruplar arasında fark bulunmamıştır ($p>0.05$)). Preeklemsi tanısı alan gebelerin iki ve daha fazla çocuğu olanların oranının tanı almayan gebelere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Gebelerde iki yıldan sık aralıklarla doğum ve emzirme hem anne beslenmesi hem de bebek bakımı ile ilgili sorumluluklar açısından gebeyi zorlayan bir süreç olarak değerlendirilebilir.

Preeklemsi tanısı alan gebelerde erken doğum öyküsü tanı almayan sağlıklı gebelere göre daha fazladır ($p<0.05$, Tablo 4.1.2). Erken doğum riskini artıran

maternal, fetal ve plasental bir çok faktör bulunmaktadır. Erken doğum riskini artıran maternal faktörlerden biride preeklemsi ve eklemsidir (Spong ve ark 2011; Villar ve ark 2012; Brown ve ark 2015). Yapılan çalışmada preeklemsi tanısı alan gebelerin ikinci gebeliklerinde hipertansiyon öyküsünün olması da bu sonucu desteklemektedir (Tablo 4.1.3).

Tablo 4.1.3' de gebelerin sağlık ile ilgili özellikleri incelenmiştir. Preeklemsi tanısı alan gebelerle tanı almayan gebelerin gebelik hakkında eğitim alma, sağlık uygulamalarına (yürüyüş, beslenme vb.) dikkat etme, gebelik öncesi ve gebelikte sigara kullanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.1.3). Çulha ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada da çalışma bulgusuna benzer olarak sigara kullanım durumu ile gebeliğe bağlı hipertansiyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Çalışmada preeklemsi tanısı alan gebelerin % 14.4' ü gebelik öncesi sigara kullanmış, % 4.8'i de halen bu gebeliğinde sigara kullanmaya devam etmektedir. Preeklemsi tanısı almayan gebelerin % 12.8' i gebelik öncesi sigara kullanırken, % 2.4' ü gebeliklerinde halen sigara kullanmaya devam etmektedir. TNSA 2008 verilerine göre gebe olan her on kadından biri ve emziren kadınların % 17'si sigara içmektedir. Kadınların gebelik öncesi sigara kullanımı infertilite problemlerine, gebelikte sigara kullanımı ise plasenta previa, abruptio plasenta türü komplikasyonlara, erken membran rüptürüne, erken doğum, düşük, ölü doğum, konjenital malformasyon, bebeklerde ortalama 200-250 gr. daha düşük ağırlıkta olma olasılığına neden olmaktadır. Ayrıca sigara içen annelerin anne sütünde azalma ve erken menopoza girme durumu olabileceği belirtilmektedir (Aşut 2009). Gebelikte sigara kullanımının dikkate alınması gereken bir sağlık sorunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1.3' deki verilere göre preeklemsi tanısı alan gebelerde anne veya kız kardeşinde gebeliklerinde hipertansiyon öyküsü ve gebelerin önceki gebeliklerinde bebeğinde intrauterin gelişme geriliği olma durumu oranları tanı almayan gebelere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Yeasmin ve Uddin (2017) 'ın çalışmasında da ailede preeklemsi öyküsü ile preeklemsi arasında ilişki saptanmıştır. Kadınların annelerinde preeklemsi öyküsü olanlarda gebeliklerinde preeklampsi görülme sıklığı %20-40 arasında, kız kardeşlerinde preeklemsi öyküsü olanlarda gebeliklerinde preeklemsi görülme sıklığı ise %11-37 arasındadır. İkiz kız

kardeşi olanlarda preeklampsi görülme oranı %22-47 arasındadır. (Cunningham ve ark 2014). Ayrıca primigravid gebe ablasında preeklampsi öyküsü varsa 8 kat, annesinde preeklampsi öyküsü varsa 4 kat preeklampsi için risk altındadır (Taner 2002). Aile bireylerinde hipertansiyon öyküsü olan gebelerin oranı preeklampsi tanısı alan gebelerde % 62.4 iken, tanı almayan sağlıklı gebelerde ise % 34.4' dür. Buna göre ailesinde hipertansiyon öyküsü olan gebelerde preeklampsi görülme oranı artmaktadır ($p<0.001$, Tablo 4.1.3). Ayrıca preeklampsi tanısı alan gebelerin önceki gebeliğinde hipertansiyon öyküsü oranları tanı almayan sağlıklı gebelere göre yüksektir (Tablo 4.1.3). Çalışma bulguları ile benzer olarak Nayak (2015)' in yaptığı çalışmada da gebelerin % 60' ının aile de hipertansiyon öyküsü olduğu belirtilmiştir. Diğer bir çalışmada da aile de hipertansiyon öyküsü, preeklampsi geçirme ve geçmişte hipertansiyon öyküsü ile preeklampsi arasında ilişki saptanmıştır (Yeasmin ve Uddin 2017). Bej ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da ailede geçmişte preeklampsi öyküsü, önceki gebeliğinde preeklampsi ve hipertansiyon öyküsü olan gebeler ile preeklampsi arasında ilişki olduğu belirtilmiştir. Gebelerin diğer gebeliklerinde ki deneyimleri mevcut gebeliği olumlu ya da olumsuz etkileyebilmektedir. Daha önceki gebeliğinde sorun yaşamış bir gebe aynı sorunları yaşamaktan endişe duyarken rahat bir gebelik deneyimi geçirmiş gebe daha az kaygı duyacaktır. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması 2017' ye göre nüfusun yaklaşık yarısının (%45,8), ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik bir hastalık olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerinde ya da kardeşlerinde tanı konulmuş, tedavi gerektiren kronik hastalık olanların % 51' inde hipertansiyon görülmekte ayrıca kadınlarda hipertansiyon sıklığı % 20'dir. Yaşla birlikte hipertansiyon sıklığı artmaktadır. İlk gebeliğinde preeklampsi geçiren kadınlarda sonra ki gebeliklerinde preeklampsi görülme riski % 3.4 kat artmaktadır. Bu gebeler de sonrasında kronik hipertansiyon görülme riski %25' dir. Ayrıca ilk gebelikte geçiren preeklampsi ikinci trimestırda görülmüş ise gebenin sonra ki gebelikte preeklampsi geçirme riski % 60'dır. (Çelik ve Parmaksız 2006; Kavak ve ark 2012). Bu nedenle prenatal izlemlerde aile öyküsünün değerlendirilmesi risk grubundaki gebelerin yakın izlemi açısından önemlidir.

Tablo 4.1.4' deki verilere göre preeklampsi tanısı alan gebelerin hem gebelik öncesi hem de gebelikteki BKİ ortalaması tanı almayan gebelere göre yüksek olduğu, aradaki farkın çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). BKİ arttıkça preeklampsi görülme riski de artmaktadır. Sak ve arkadaşlarının (2015)

preeklampside serum troponin I düzeyinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptığı çalışmada preeklemsi grubunun BKİ ortalamasının kontrol grubuna göre yüksek olduğu ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir ($p<0.001$). Sonuçlar çalışma ile benzer bulunmuştur. Yeasmin ve Uddin (2017) çalışmasında da BKİ ile preeklemsi arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Diğer bir çalışmada da BKİ yüksek ($BKİ\geq 25$) olan kadınların preeklemsi riski BKİ düşük ($BKİ<25$) olan kadınlardan 6 kat daha fazla olduğunu belirtmiştir ($P < 0.001$) (Bej ve ark. 2013). 31 Mayıs 2017 de yayınlanan Türkiye Sağlık Araştırması 2016' ya göre ülkenin % 19.6' sı, kadınlarında % 23.9' unun obez ve % 30.1' inin ise obez öncesi olduğu belirtilmiştir. Bu oranlar obezitenin ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu olduğunu göstermektedir. Obezitenin derecesi arttıkça gebelikte pek çok maternal ve fetal komplikasyona sebep olabilmektedir (Blomberg 2013). Obezite normal kilolu kadınlara göre gebelik öncesi, gebelik ve gebelik sonrası bir çok komplikasyona neden olmaktadır. Preeklemsi de bunlardan birisidir (ACOG 2015; Aşçı ve Oskay 2015). Dünyada obezite artışı preeklemsi görülme oranlarını artırmaktadır. Obezite ile yakın ilişkili olan insülin direnci preeklemsi için de bir risk faktörüdür (Galan ve ark 2009).

Tablo 4.2.1' de preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması incelenmiştir. Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puan ortalaması tanı almayan sağlıklı gebelere göre daha yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmaya benzer şekilde Aksoy ve arkadaşlarının (2017) yaptığı normal ve riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi çalışmasında risk taşıyan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanları (123.62 ± 25.44), normal gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği toplam puanından (117.27 ± 24.24) yüksek bulunmuştur. Ancak iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durum gebelikte bebek ve anne sağlığını riske sokan bir durumla karşılaşılmasının gebenin ve yakınlarının sağlık göstergelerine dikkatlerini artırdığı şeklinde açıklanabilir.

Çalışmada sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği sağlık sorumluluğu ve beslenme alt puan ortalaması preeklemsi tanısı alan gebelerde tanı almayan sağlıklı gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($t=8.158$; $t=5.172$; $p<0.001$, Tablo 4.2.1). Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlık sorumluluğu ve

beslenmeye dikkat etme durumu tanı almayan gebelere göre daha yüksektir. Aksoy ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında benzer şekilde yaşam biçimi ölçeği alt boyutlarından sağlık sorumluluğu alt puan ortalaması normal gebelere göre riskli gebelerde daha yüksek ve aralarında ki fark anlamlı bulunmuşken ($p<0.05$), beslenme açısından bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlık sorumluluğu ve beslenmesine dikkat ederek riski minimuma indirmeye çalışma çabaları ile açıklanabilir. Klinikte tedavi altında olan gebelerde preeklemsiye özel diyet uygulamasının yapılması ve hastanın kendisinin ve bebeğinin sağlığına daha fazla odaklanması sebebiyle sağlık sorumluluğu ve beslenmeye dikkat etme ile ilgili fark ortaya çıkmış olabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt puan ortalaması preeklemsi tanısı alan gebelerin tanı almayan sağlıklı gebelere göre çok anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($t= 3.469$; $t=3.266$; $p<0.01$, Tablo 4.2.1). Preeklemsi tanısı alan gebelerin tanı almayan gebelere göre manevi gelişiminin ve kişiler arası ilişkilerinin daha iyi olduğunu söyleyebiliriz. Çalışma sonucundan farklı olarak Aksoy ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması açısından riskli gebeler ile normal gebeler arasında bir fark bulunmamıştır. Gebelik döneminde kadının gebeliği sosyal çevreden etkilenirken aynı şekilde sosyal çevre de gebelikten etkilenebilmektedir. Gebelikte destekleyici ilişkileri az ol kadınların gebelikte komplikasyon oranları artmaktadır. Eşleri ve diğer yakın çevreden destek alan kadınların ise yeterli doğum öncesi bakım alma ve gebelik döneminde de olumlu sağlık davranışı sürdürme oranları yükselmekte böylece gebelik komplikasyonları da azalmaktadır (Taşkın 2016). Bu sonuç gebeliğinde sağlık sorunu yaşayan gebenin eş ve aile üyeleri tarafından desteklenmesi ile açıklanabilir.

Sağlıklı yaşam biçimi fiziksel aktivite alt boyutu puan ortalaması preeklemsi tanısı alan gebelerde tanı almayan gebelere göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($t=5.145$; $p<0.001$, Tablo 4.2.1). Preeklemsi tanısı alan gebeler sağlıklı gebelere göre daha az hareket etmektedir. Çalışmanın aksine Aksoy ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında riskli gebelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının normal gebelerin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasından yüksek ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bunun sebebi çalışmanın tanı

alan yatan hastalardan seçilmiş olması, gebelerin tansiyonunun stabil tutulabilmesi için fiziksel aktivite kısıtlamasına gidilmesinden kaynaklı olabilir. Fiziksel hareketsizlik dünyada mortalite risk faktörleri içinde dördüncü sırada yer almaktadır. Kanıtların sınırlı olmasına rağmen, egzersizin gebelik sonuçları üzerinde olumlu etkileri vardır. Büyükbayrak' ın (2016) "gebelik ve egzersiz" çalışmasına göre gözlemsel çalışmalar egzersiz yapan gebelerde azalan GDM, sezaryen-operatif vajinal doğum oranları, postpartum iyileşme zamanı gibi yararları göstermektedir. Gebelik öncesinde ve özellikle gebeliğin erken döneminde yapılan egzersiz damar sağlığı faydası nedeniyle preeklampsi riskini düşürdüğü bilinmektedir (Rudra 2008; Vollebregt 2010; Büyükbayrak 2016). Fakat Büyükbayrak' ın (2016) "gebelik ve egzersiz" verilerinde preeklampsi veya gebeliğe bağlı hipertansiyon durumu gebelik sırasında egzersiz için kesin kontraendikasyonlar içinde yer almaktadır.

Sağlıklı yaşam biçimi stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması preeklampsi tanısı alan gebelerde tanı almayan gebelere göre daha düşük bulunmuş ancak arada anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.943$; $p>0.05$, Tablo 4.2.1). Aksoy ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında bu çalışmanın aksine riskli gebelerin stres yönetimi alt boyutu puan ortalaması normal gebelerin stres yönetimi alt boyutu puan ortalamasından fazla olduğu ve aralarında anlamlı fark olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Aksoy ve arkadaşlarının çalışmalarını polikliniğe başvuran gebeler üzerinde yapmışken bu çalışmanın ise klinikte yatan preeklampsi tanısı alan gebeler üzerinde yapılmış olması farklılığa neden olmuş olabilir. Çünkü hastanede yatmak gebelerde tek başına stres kaynağı olabilmektedir. Hem kendi hem de bebeğinin sağlığı ile ilgili endişeleri gebelerde stres yönetimini güçlendirebilir.

Tablo 4.3.1' de preeklampsi gelişme durumuna bağımsız değişkenlerin etkisi lojistik regresyon analizi yapılarak incelenmiştir. Gebelerde preeklampsi gelişmesine etkili olduğu belirlenen beş değişkenin etkisi β katsayılarına göre (olasılıklar oranı= odds ratio) en çok etkili bulunan en az etkisi bulunana doğru (en çok önemliden en az önemliye doğru); önceki gebelikte hipertansiyon öyküsü ($p<.001$), yaş, sağlık kurumuna erişebilme, ailede hipertansiyon öyküsü ($p<.01$) ve gebelik haftası şeklinde sıralanmaktadır. Yaşı 35 yaş ve üzerinde olan gebelerde preeklampsi gelişme olasılığı 35 yaştan küçük olanlara göre 3.65 kat fazladır. Çulha ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu çalışmada 35 yaş ve üzeri gebelerde 35 yaş altı gebelere göre

hipertansiyon görülme riskinin arttığını bildirmektedir. Diğer bir çalışmada da 35 yaş ve üzeri gebeler de 25-29 yaş arası gebelere göre preeklamsi görülme riski 4.5 kat artmaktadır (Tessema ve ark. 2015). Bu çalışmada sağlık kuruluşuna erişebilme durumuna hayır diyen gebelerde preeklamsi gelişme olasılığı sağlık kuruluşuna erişebilmeye evet diyenlere göre 2.98 kat fazladır. Aile bireylerinde hipertansiyon öyküsü olanlarda preeklamsi gelişme olasılığı ailede hipertansiyon öyküsü olmayanlara göre 2.76 kat fazladır. Gebelik dönemi olarak üçüncü trimesterde bulunanlarda preeklamsi gelişme olasılığı ikinci trimestere göre 2.12 kat fazladır (Tablo 4.3.1). Tessema ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada da ailede hipertansiyon öyküsü olan gebelerde olmayan gebelere göre preeklamsi görülme oranı yaklaşık 7.2 katken, kronik hipertansiyonu olan gebelerde preeklamsi görülme oranı olmayan gebelere göre 4.3 kat daha fazla bulunmuştur. Beji ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında da lojistik regresyon analizi sonucuna göre preeklamsi belirleyicileri olarak son derece anlamlıdan en az anlamlıya doğru ailede preeklamsi öyküsü, yüksek kalori alımı, istihdam, düşük protein alımı, hamilelik sırasında daha az fiziksel aktivite ve artan BKİ bulunmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda genetik faktörler ve yaşın preeklamsi açısından önemli risk faktörleri olduğu söylenebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Preeklemsi tanısı alan ve almayan gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışma ile elde edilen bulgular doğrultusunda şu sonuçlar elde edilmiştir:

6.1. Sonuçlar

- Preeklemsi tanısı alan gebelerin SYBD ölçeği puan ortalamasının (139.03 ± 16.99) preeklemsi tanısı almayan gebelere (131.37 ± 20.63) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalamasının (27.83 ± 4.79) preeklemsi tanısı almayan gebelere (22.97 ± 4.63) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı olan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin fiziksel aktivite alt boyut puan ortalamasının (11.78 ± 3.86) tanı almayan sağlıklı gebelere (14.42 ± 4.24) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme alt boyut puan ortalamasının (25.81 ± 4.15), tanı almayan sağlıklı gebelere (23.17 ± 3.92) göre çok ileri düzeyde anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin manevi gelişim alt boyut puan ortalamasının (27.98 ± 4.67), tanı almayan sağlıklı gebelere (25.93 ± 4.70) göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalamasının (27.62 ± 4.06), tanı almayan sağlıklı gebelere (25.86 ± 4.45) göre çok anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.01$, Tablo 4.2.1).
- Preeklemsi tanısı alan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin stres yönetimi alt boyut puan ortalamasının (18.00 ± 4.05), tanı almayan sağlıklı

gebelere (19.02±4.21) göre düşük olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı düzeyde olmadığı saptanmıştır (p>0.05, Tablo 4.2.1).

- Gebelerde preeklemsi gelişmesine etkili olduğu belirlenen beş değişkenin etkisi β katsayılarına göre (olasılıklar oranı= odds ratio) en çok etkili bulunandan en az etkisi bulunana doğru (en çok önemliden en az önemliye doğru); önceki gebelikte hipertansiyon öyküsü (p<.001), yaş, sağlık kurumuna erişebilme, ailede hipertansiyon öyküsü (p<.01) ve gebelik haftası şeklinde sıralanmaktadır.

6.2.Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre şu önerilerde bulunulabilir:

- Gebe eğitimlerinde gebelikte beslenme, fiziksel aktivite, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara-alkol kullanımı, madde bağımlılığı ve ilaç kullanımı gibi konularda eğitim verilmelidir. Doğum öncesi kontroller sırasında da gebelikte ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ile ilgili semptomlar konusunda gebelere ve eşlere eğitim ve danışmanlık hizmetleri verilmelidir.
- Kadın sağlığı alanında çalışan hemşire, ebe ve hekimlere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlere ilişkin hizmet içi eğitimler verilmeli ve bu eğitimler doğrultusunda sahip oldukları bilgi ve becerilerini klinik uygulamalarda ortaya koymaları sağlanmalıdır.
- Kadın doğum polikliniklerinde ve ana çocuk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine yönelik danışmanlık yapmalı, eğitim vermeli ve bireysel destek verilmesi gereken gebeler saptanarak bu gebelere yönelik programları oluşturulmalıdır.
- Gebeliğin doğal fizyolojik seyri içerisinde de bir çok riski barındırdığı göz önüne alınarak hemşirelerin olası riskleri erkenden belirlemeleri, izlemlerde risk değerlendirmesini tekrarlamaları, gerekli durumlarda gebeleri ileri değerlendirme için yönlendirmeleri, antenatal dönemden itibaren risklere ve sonuçlarına yönelik gerekli koruyucu bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verilmelidir.

- Hemşire gebe ve ailesinin riskli gebeliğe bağlı stres durumu ile baş etmesi için hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarını sorgulamalı ve uygun olanların kullanılması sağlanmalı hem de gevşeme egzersizleri, solunum egzersizleri, sosyal destek, pozitif iletişim, düşünme, yoga masaj terapisi, müzik terapisi, maneviyatı güçlendirme gibi yeni baş etme yöntemleri öğretmelidir.
- Literatürde sağlıklı yaşam biçimi davranışları konusunda çok sayıda çalışma olmasına rağmen gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilgili sınırlı sayıda çalışma yapılmıştır. Gebeler üzerinde yapılan çalışmaların sayısı artırılabilir.



7. KAYNAKLAR

- Akdur R. İletişim. In: Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları Halk Sağlığı. Editör: Birgül Piyal. Inc. 2011, 1. Baskı, p: 514- 542 ISBN: 978-975-482-970-9
- Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014; 53-67.
- Aksoy YE, Turfan EÇ, Yılmaz SD. Assessment of health-promoting lifestyle habits in normal and high-risk pregnancies. Perinatal Journal. 2017; 25(1): 26-31.
- Akyol A, Çakmak D, Tekirdağ Aİ. Ağır Preeklampside ki proteinüri maternal ve perinatal sonuçları etkiler mi? JOPP Dergisi. 2011; 3(3): 111-117.
- Api O ve Api M. Gebelik ve hipertansiyon. Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics. 2013; 6(3): 79-91.
- Arabacıoğlu C. Gebelerde yaşam kalitesi ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2012 (Tez Danışmanı: Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN).
- Aslan D. Toplumun Sağlıklı Beslenmesi İle İlgili Hekimler İçin Uygulanabilir Öneriler. In: Halk Sağlığı ile ilgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Editör: Aslan D, Inc. 2009, Grafker Matbaası, Ankara, p: 45- 48 ISBN: 978-605-5867-13-3
- Aşçı Ö, Oskay Ü. Obez kadınlarda gebelik ve ağırlık yönetimi. Uluslararası Hakemli Ekonomi Yönetimi Araştırmaları Dergisi. 2015; 3(2): 56-67.
- Aşut ÖA. Tütün Kontrolünde Sağlık Meslek Örgütleri. In: Halk Sağlığı ile ilgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Editör: Aslan D, Inc. 2009, Grafker Matbaası, Ankara, p: 26- 30 ISBN: 978-605-5867-13-3
- Aydemir H, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(2): 815-833.
- Bahar Z, Açıl D. Sağlığı geliştirme modeli: kavramsal yapı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(1): 59-67.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II' nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008; 12(1): 1-13.
- Balkaya NK, Vural G, Eroğlu K. Gebelikte belirlenen risk faktörlerinin anne ve bebek sağlığı açısından ortaya çıkardığı sorunların incelenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014; 4(1): 6-16.
- Bej P, Chhabra P, Sharma AK, Guleria K. Determination of risk factors for pre-eclampsia and eclampsia in a tertiary hospital of india: a case control study. Journal of Family Medicine and Primary Care. 2013; 2(4): 371-375.
- Blomberg M. Maternal obesity, mode of delivery, and neonatal outcome. Obstet Gynecol. 2013; 122(1): 50-55.
- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. TJFMPC. 2012; 6(1): 13-21.
- Brown HK, Speechley KN, Macnab J, Natale R, Campbell MK. Maternal, fetal, and placental conditions associated with medically indicated late preterm and early term delivery: a retrospective study. BJOG. 2016; 123: 763-770.

- Büyükbayrak EE. Gebelik ve Postpartum Dönemde Fiziksel Aktivite ve Egzersiz. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ACOG Diyor ki, 09.09.2016
<http://tmftp.org/webkontrol/uploads/files/Gebelikte%20Egzersiz.pdf>
- Chow GE, Yancey MK. Normal ve Anormal Eylem ve Doğum. In: Cep Kaynağı Obstetrik Jinekoloji Pratiği İçin İlkeler. Eds: Ling FW, Duff P. Nobel Tıp Kitabevleri, Inc. 2006, p: 329- 352.
- Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Pregnancy hypertension. In: Williams Obstetrics. Eds: Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Inc. 2014, 24th Edition, New York, McGraw-Hill, p: 728-779.
- Çalışkan D. Beslenme. In: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları Halk Sağlığı. Eds: Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Inc. 2011, 1. Baskı, p: 454- 492. ISBN: 978-975-482-970-9
- Çelik H, Parmaksız C. Gebelik ve Hipertansiyon. In: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Eds: Çiçek MN, Akyürek C, Haberal A. Inc. 2006, Ankara/İstanbul, Güneş Kitabevi, p: 451-467.
- Çulha G, Ocaktan ME, Çöl M. Ankara üniversitesi tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon araştırması. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 2010; 30(2): 639-649.
- Demir G, Arıöz A. Göç eden kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2014; 4(2): 1-8.
- Demir N. Gebelikte Hipertansiyon. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ACOG Diyor ki, 16.05.2016 http://tmftp.org/icerik/107_acog-diyor-ki erişim 20.06.2017.
- Doğan Y. Gebelikte ve Postpartum Dönemde Ani Başlangıçlı Şiddetli Hipertansiyonun Acil Tedavisi. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği ACOG Diyor ki, 18.02.2017
http://tmftp.org/icerik/107_acog-diyor-ki erişim 20.06.2017.
- Ekinci M, Altun ÖŞ, Can G. Hemşirelik öğrencilerinin stresle başa çıkma tarzları ve atılgnlık düzeylerinin bazı değişkenler açısından incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013; 4(2): 67-74.
- Ersoy H, Sarı O, Aydoğan Ü, Akbulut H, Önge K, Yenen MC, Sağlam K. Tıp fakültesi kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerde hipertansiyon sıklığı. Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi. 2011; 20(2): 187-191.
- Erzincanlı S, Zaybak A, Khorshid L. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve zaman yönetimi becerileri. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 31(2): 8-25.
- Esin N. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği' nin Türkçe' ye uygulanması. Hemşirelik Bülteni. 1999;12 (45): 87- 96.
- Gbulmiyyab LM, Sibai BM. Gestasyonel Hipertansiyon, Preeklampsi ve Eklampsi. In: Yüksek Riskli Gebeliğin Yönetimi. Eds: Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Inc. 2014, 6. Baskı, Ankara, Modern Tıp.
- Gezginç K, Yazıcı F, Sayal HB. Gebeliğin hipertansif hastalıkları. Tıp Araştırmaları Dergisi. 2013; 11(Ek 2/Kadın Hastalıkları ve Doğum): 1-9.
- Güven S, Türkay C. Gebelik ve karaciğer hastalıkları. Güncel Gastroenteroloji. 2011; 15(2): 107-113.
- İlhan N, Batmaz M, Akhan LU. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2010; 3(3): 34-44.
- Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2012; 80-91.

- Karadeniz G, Uçum EY, Dedeli Ö, Karaağaç Ö. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(6): 497-502.
- Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, et al. Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2014; 13: 384 (9947): 980-1004.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4255481/> erişim: 28.06.2017.
- Kaplan B. Stres ve Korunma. In: Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ed: Aslan D. Grafker Matbaası, Inc. 2009, p: 60- 65. ISBN: 978-605-5867-13-3
- Kavak SB, Çelik H, Çelik E. Gebelik ve Hipertansiyon. In: Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Eds: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Atlas Kitapçılık. Inc. 2012, 1. Cilt, Ankara, p: 523- 541.
- Koç İ, Schumacher R, Campbell O, Türkyılmaz S, Ergöçmen B, Yüksel İ. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 Ana Raporu. ISBN 975-491-236-X
<https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/428>
- Koçer H, Karacaoğlu MÜ, Karacan T, Sağlam D, Dayan H, Naki MM. gebeliğin indüklediği hipertansif olgularda yoğun bakım sonuçları. Göztepe Tıp Dergisi. 2013; 28(3): 107-109.
- Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J and Lwanga SK. Sağlık Araştırmalarında Örneklem Büyüklüğünün Yeterliliği. (Çeviren: S. Oğuz Kayaalp). Inc. 2000, Hacettepe TAŞ Kitapevi, Ankara, p: 143.
- Leveno KJ, Cunningham FG, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Roberts SW. Williams Obstetrik El Kitabı Gebelik Komplikasyonları. (Çeviren: Lütfü S. Önderoğlu). Inc. 2010, Güneş Kitabevi, Ankara, p: 149- 164.
- Malakouti J, Sehhati F, Mirghafourvand M, Nahangi R. Relationship between health promoting lifestyle and perceived stress in pregnant women with preeclampsia. Journal of Caring Sciences. 2015; 4(2): 155-163.
- Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(2): 71-76.
- Mete S. Kadın sağlığı hemşireliğinde yaşam kalitesi. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, 2013; 196- 202, İzmir.
- Miller DA. Gebelikte Hipertansiyon. In: Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Eds: Decherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Güneş Tıp Kitabevleri, Inc. 2014, 11. Baskı, Ankara, p: 454- 464. ISBN: 978-975-277-550-3.
- Nayak D. Effectiveness of structured teaching programme on pregnancy induced hypertension among primigravida mothers. Cloud Publications International Journal of Advanced Nursing Science and Practice. 2015; 2 (1): 49-53 ISSN: 2320 – 0278.
- OzanYD, Ertuğrul M, Okumuş H. Preeklampsi Tanılama, değerlendirme ve hemşirelik yönetimi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2012; 2: 59-65.
- Ölçer Z, Oskay U. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı stresörler ve stresle baş etme yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi. 2015; 12 (2): 85-92.
- Özpuat F. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde hemşirenin çağdaş bir rolü: eğitici kimliği. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. Sempozyum Özel Sayısı 2010; 293-297.

- Öztek Z. Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Sağlık Yönetimi Özellikleri. In: Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ed: Aslan D. Grafker Matbaası, Inc. 2009, p: 75-78. ISBN: 978-605-5867-13-3
- Öztürk M, Ataman Yancı HB, Türksoy A, Yıldız E. İstanbul üniversitesi öğrencilerinin fakültelere göre kişilik özelliklerinin ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının incelenmesi. İ Ü Spor Bilim Dergisi. 2012-2014; 4: 39- 44.
- Özvarış ŞB. Sağlığı Geliştirmede Tarihsel Süreç ve Kavramsal Çerçeve. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Antalya, 27-31 Ekim 2013; 46-52 ISBN: 978-975-97836-6-2.
- Pınar ŞE, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2014; 7(3): 171-177.
- Piyal B. Fiziksel etkinlik. In: Halk Sağlığı İle İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar. Ed: Aslan D. Inc. 2009, Grafker Matbaası, p: 49- 53. ISBN: 978-605-5867-13-3
- Piyal B. Sağlığı Koruma ve Geliştirme İlkeleri. In: Ankara Üniversitesi Uzaktan Eğitim Yayınları Halk Sağlığı. Eds: Akdur R, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME. Inc. 2011, 1. Baskı, p: 20-42. ISBN: 978-975-482-970-9
- Piyal B. Uygulamadaki Sorunlar ve Engeller. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 27- 31 Ekim 2013; 53- 56, Ankara. ISBN: 978-975-97836-6-2.
- Rudra CB, Sorensen TK, Luthy DA, Williams MA. A Prospective analysis of recreational physical activity and preeclampsia risk. Med Sci Sports Exerc. 2008; 40(9): 1581-1588.
- Sak S, Erdemoğlu M, Ağaçayak E, Yalınkaya A, Gül T. Preeklampside serum troponin I düzeyinin değerlendirilmesi. Dicle Tıp Dergisi. 2015; 42(2): 186-191.
- Saydam BK, Bozkurt ÖD, Hadımlı AP, Can HÖ, Soğukpınar N. Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi. 2007; 15(3): 131-139.
- Selçuk SN, Yurdakök M. Preeklamptik anne bebekleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2015; 58 (3): 110-122.
- Seyom E, Abera M, Tesfaye M, Fentahun N. Maternal and fetal outcome of pregnancy related hypertension in mettou karl referral hospital, ethiopia. Journal of Ovarian Research. 2015; 8(10).
- Sibai BM. Hipertansiyon. In: Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler. Eds: SG Gabbe, JR Niebyl, JL Simpson. Inc. 2009, İstanbul, Nobel Güneş Tıp Kitabevi, p: 863- 904. ISBN: 978-975-6466-25-4.
- Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of Indicated Late-Preterm and Early-Term Birth. Obstet Gynecol. 2011;118: 323-333.
- Şen MA, Ceylan A, Kurt ME, Palancı Y, Adın C. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Dicle Tıp Dergisi. 2017; 44(1): 1-11.
- Şimşek Z. Sağlığı Geliştirmenin tarihsel gelişimi ve örneklerle sağlığı geliştirme stratejileri. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(3): 343-358.
- Tambağ H. Hatay sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 2011; 47-58.
- Taner MZ. Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları. In: Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. Eds: K Yamaç, R Gürsoy, Nuri Çakır. Inc. 2002, Medikal Nobel, p: 482-510. ISBN: 975-567-019-X.

- Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Inc. 2016, 13. Baskı, Ankara p: 239-324. ISBN: 975-94661-0-4
- T.C. Kalkınma Bakanlığı ve T.C. Sağlık Bakanlığı. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Kasım 2014, Ankara ISBN 978-975-491-390-3
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı. MEGEP Hasta ve Yaşlı Hizmetleri Sağlığını Koruma. Ankara, 2008.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Anne ve Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Ekim 2009, Ankara. ISBN 978-975-491-274-6
- T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Ankara. 2009; 7-43.
- T. C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları Global Konferanslardan Bildiriler. 1. Baskı. Nisan, Ankara, 2011 ISBN: 978-975-590-362-0
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2013-2017). Ankara, 2013 ISBN: 978-975-590-311-8
- T. C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2015 Faaliyet Raporu. Şubat 2016; 81-83.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı. Ankara, 2015; Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 993ISBN 978-975-590-561-7
- Tessema GA, Tekeste A, Ayele TA. Preeclampsia and associated factors among pregnant women attending antenatal care in dessie referral hospital, northeast ethiopia: a aospital-based study. BMC Pregnancy and Childbirt. 2015; 15:73.
- Tümer A, Özsoy S. Fiziksel aktiviteyi artırmada değişim aşaması temelli bireysel danışmanlık girişiminin etkisi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2015; 31(2): 26-39.
- Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2016. 31 Mayıs 2017 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573>
- Ural A. Gestasyonel diabetes mellitus ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016; 6(2): 120-127 ISSN: 2146-443X.
- Ünalın D, Şenol V, Öztürk A, Erkorkmaz Ü. Meslek Yüksekokullarının sağlık ve sosyal programlarında öğrenim gören öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve öz-bakım gücü düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2007; 14(2): 101-109.
- Walker SN, & Hill-Polerecky DM (1996). Psychometric Evaluation Of The Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. Nursing Research. 1987; 36(2): 76-81.
- World Health Organization. Constitution. WHO, 1948.

WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Trends in maternal mortality 1990 to 2015. Geneva: World Health Organization, 2015. ISBN:978924156514 <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> erişim: 29.06.2017

Villar J, Papageorghiou AT, Knight HE, Gravett MG, Iams J, Waller SA, Kramer M, Culhane JF, Barros FC, Conde-Agudelo A, Bhutta ZA, Goldenberg RL. The preterm birth syndrome: a prototype phenotypic classification. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2012; 206(2): 119-123.

Vollebregt KC, Wolf H, Boer K, Van der Wal MF, Vrijkotte TG, Bonsel GJ. Does physical activity in leisure time early in pregnancy reduce the incidence of preeclampsia or gestational hypertension? *Acta Obstetrica et Gynecologica*. 2010; 89(2): 261–267.

Yavuzkır Ş, Can B, Akyol A. Ortalama trombosit hacmi preeklamsi ile ilişkili midir? *Fırat Tıp Dergisi*. 2016; 21(1): 40-43.

Yeasmin S, Uddin MJ. Determination of risk factors for pre-eclampsia in a tertiary hospital of Bangladesh. *Chattagram Maa-O-Shishu Hospital Medical College Journal*. 2017; 16(1): 29-32.

Yego F, D'Este C, Byles J, Williams JS, Nyongesa P. Risk factors for maternal mortality in a tertiary hospital in Kenya: a case control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014; 14:38.

Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi*. 2010; 20(3): 99-108.

8. EKLER

EK (A)

PREEKLEMSİ TANISI ALAN VE ALMAYAN GEBELERDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışmada preeklemsi tanısı alan gebelerin ve herhangi bir risk taşımayan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar bu çalışma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Araştırmaya katılmama ya da daha sonra ayrılma hakkınız vardır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

ANKET NO:

Güzin YILMAZ YURTSEVER

A) SOSYO- DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

1.Yaşınız.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

- 1) İlköğretim 2) Lise 3) Üniversite ve üzeri

3. Çalışma durumunuz

- 1) Çalışıyor (.....) 2) Çalışmıyor

4. Gelir durumunuz (Asgari ücret 1404 TL)

- 1) Asgari ücretin altı 2) Asgari ücret ve üzeri

5. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?

- 1)İyi 2) Orta 3)Kötü

6. Aile tipi nedir?

- 1) Çekirdek 2) Geniş aile

7. Sağlık kuruluşlarına kolayca erişebiliyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

B) OBSTETRİK ÖZELLİKLER

8. Şuan ki gebelik haftanız.....

9. Kaçınıcı gebeliğiniz ?

- 1) ilk 2) 2 3) 3 ve üzeri

10. Gebelik öncesi kilonuz (kg).....

11. Boyunuz (cm)

12. Şu anki gebelik kilonuz (kg).....

13. Bu gebeliğiniz planlı bir gebelik miydi?

- 1) Evet 2) Hayır

14. İlk doğum yaşıınız.....

15. İlk gebeliğiniz değilse yaşayan çocuk sayısı.....

16. İlk gebeliğiniz değilse diğer gebeliğiniz ile arasında ki süre.....

17. Düşük öyküsü

- 1) Evet (.....) 2) Hayır

18. Küretaj öyküsü

- 1) Evet (.....) 2) Hayır

19. Erken doğum öyküsü

- 1) Evet 2) Hayır

20. Anomalili bebek doğurma öykünüz var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

C) Sağlıkıla ilgili Bazı Özellikler

21. Gebelik hakkında daha önce eğitim aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

22. Gebelik öncesi sigara kullanıyor muydunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

23. Şu anda gebelikte sigara kullanıyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

24. Anne yada kız kardeşte gebeliğe bağlı hipertansiyon (gebelik zehirlenmesi) öyküsü var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

25. Ailenizde hipertansiyon (yüksek kan basıncı) öyküsü var mı?

- 1) Evet 2) Hayır

26. Önceki gebelikte gebeliğe bağlı hipertansiyon (gebelik zehirlenmesi) öykünüz var mıydı?

- 1) Evet 2) Hayır

27. Önceki gebelikleriniz de intrauterin gelişme geriliği (bebekte haftasına göre büyüme geriliği) görüldü mü?

- 1) Evet 2) Hayır

28. Sağlık uygulamalarına (yürüyüş, beslenme gibi) dikkat ettiğinizi düşünüyor musunuz?

- 1) Evet 2) Hayır

EK (B)

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANISLARI ÖLÇEĞİ II

Bu ankette su 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 bir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

| | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sık | Düzenli Olarak |
|---|--------------|-------|---------|----------------|
| 1. Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım | | | | |
| 2. Sıvı ve katı 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. Sekeri 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 | | | | |

| | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sık | Düzenli Olarak |
|--|--------------|-------|---------|----------------|
| 13. İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm | | | | |
| 14. Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim | | | | |
| 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 profesyonellerin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım | | | | |
| 22. Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım | | | | |
| 23. Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm | | | | |
| 24. Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim | | | | |
| 25. Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır | | | | |
| 26. Her gün 3-5 öğün sebze yerim | | | | |
| 27. Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım | | | | |
| 28. Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım | | | | |
| 29. Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım | | | | |
| 30. Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım | | | | |
| 31. Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum | | | | |
| 32. Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim | | | | |
| | | | | |

| | Hiçbir Zaman | Bazen | Sık Sık | Düzenli Olarak |
|--|--------------|-------|---------|----------------|
| 33. Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim | | | | |
| 34. Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim) | | | | |
| 35. İş ve eğlence zamanımı dengelerim | | | | |
| 36. Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum | | | | |
| 37. Yakın dostlar edinmek için caba harcarım | | | | |
| 38. Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu 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-C

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ
VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:55

Toplantı Tarihi: 20.10.2017

Karar Sayısı:2017/1044:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emel EGE' nin "Preeklamsi Tanısı Alan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi: Bir Vaka Kontrol Çalışması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 10.10.2017 tarihli dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Güzin YILMAZ YURTSEVER' in yüksek lisans tez çalışmasının N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emel EGE' nin sorumluluğunda yürütülmesinin uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.
Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emel EGE
Yardımcı araştırmacı: Güzin YILMAZ YURTSEVER

**ASLI GİBİDİR
20.10.2017**

Prof. Dr. Saim ACIKGÖZÜĞLU
İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanı

EK-D

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
KADIN DOĞUM SERVİSİ KURUM İZİNİ**



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 14567952-900-E.15882
Konu : Tez Çalışması

09/11/2017

Sayın, Güzin YILMAZ YURTSEVER

İlgi : 02/11/2017 tarihli dilekçeniz.

"Preeklampsi Tanısı Alan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi: Bir Vaka Kontrol Çalışması" konulu yüksek lisans tez çalışmasını Hastanemiz gebe polikliniğinde yapmanız uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Ahmet TEKİN
Başhekim

Adres: Meryem UÇAR
Telefon: 0332 225 60 01 Faks: Elektronik Adı: <http://www.konya.edu.tr>

5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile gerçekleştirilmiştir.
Evrak teyidi: <https://obyssorgu.konya.edu.tr> adresinden 0M2A-0GGD-SA0H kodu ile yapılabilir.

EK- E

**NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ İLAÇ
VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI II**

T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ MERAM TIP FAKÜLTESİ
İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ DIŞI ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

Toplantı Sayısı:90

Toplantı Tarihi: 21 Haziran 2019

Karar Sayısı:2019/1948:N.E.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Emel EGE' nin "Preklemsi Tanısı Alan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi: Bir Vaka Kontrol Çalışması" başlıklı yüksek lisans tez çalışması ile ilgili 14.06.2019 tarihli çalışma başlığı değişikliği dilekçesi ve ekleri görüşüldü, Güzin YILMAZ YURTSEVER' in yüksek lisans tez çalışma başlığının "Preklemsi Tanısı Alan ve Almayan Gebelerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma" uygun olduğuna oybirliği ile karar verilmiştir.

Not: Çalışma ile ilgili gerekli izin ve yasal sorumluluk araştırmacılara aittir.
Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Emel EGE
Yardımcı Araştırmacı: Güzin YILMAZ YURTSEVER

ASLI GİBİDİR
21.06.2019

Prof. Dr. Ayşe S. ŞAHİN

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkan Yardımcısı

9. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Güzin Yılmaz Yurtsever

Doğum tarihi: 13.05.1988

Doğum yeri: Altındağ

Medeni hali: Evli

Uyruğu: T.C.

Adres: Şeker Mah. Şehit Ömer Halis Demir Cad. Dört Mevsim Konutları
No:10D/25 Selçuklu/ KONYA

Tel: 05374217871

E-mail: mirfan_yurt@hotmail.com

EĞİTİM

Lise: Erbil Kuru Lisesi (YDAL) (2006)

Lisans: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (2011)

Yüksek lisans: Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2019)

MESLEKİ DENEYİM

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (2011-2013)

Necmettin Erbakan üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi (2013-Halen)

