

**LOĞUSALARIN DOĞUM ÖNCESİ BAKIMA İLİŞKİN DAVRANIŞLARININ  
VE ÖZ-BAKIM GÜÇLERİNİN İNCELENMESİ**

**Saadet Pekuslu**

**CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ**

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü**

**Kadın Hastalıkları ve Doğum**

**Hemşireliği Anabilim Dalı**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**olarak hazırlanmıştır.**

**Danışman: Doç.Dr.Ferda Özbaşaran**

**Ocak 2008**

## TUTANAK

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Saadet PEKUSLU'nun Yüksek Lisans tezi olarak hazırladığı "Loğusalarn Doğum Öncesi Bakıma Yönelik Davranışlarının ve Öz-Bakım Güçlerinin Belirlenmesi" başlıklı tezi, Jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca değerlendirilerek Kabul kararı verilmiştir.

05.02.2008

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN (Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye Prof. Dr. Ahsen ŞİRİN (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

Üye Yard. Doç. Dr. Hülya Demirci AVCI (Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi)

.....  
.....

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...../...../..... tarih ve ..... sayılı kararı ile onaylanmıştır

Prof. Dr. Beril ÖZBAKKALOĞLU  
Enstitü Müdürü

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU TEZ MERKEZİ**  
**TEZ VERİ GİRİŞ FORMU**

Tez No: .....

**Yazar Adı / Soyadı :** Saadet PEKUSLU

**T.C. Kimlik No :** 63124054342

**E – Posta Adresi :** saadetpekuslu@yahoo.com

**Tezin Özgün Dili :** Türkçe

**Tezin Adı :** Loğusaların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Davranışlarının ve Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi

**Tezin Yabancı Dildeki Adı :** Women\_ Recovering from Childbirth for Prenatal Care During Pregnancy and Measuring Their Self Care Agency.

**Tezin Konu Başlığı :** Gebelikte Olumlu Davranış, Öz-Bakım Gücü.

**Tezin Yapıldığı Yer :**

**Üniversite :** Celal Bayar Üniversitesi

**Enstitü :** Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**ABD / Bölüm :** Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Türü :** Yüksek Lisans

**Tez Yılı :** 2008

**Sayfa Sayıları :**

**Giriş Sayfaları :**26

**Ana Bölüm :** 85

**Ekler :** 11

**Tez Danışmanı :** Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN

**Dizin Terimleri :**

**Türkçe Dizin Terimleri :**

Gebelik

Gebelikte olumlu davranışlar

Öz-bakım gücü

**İngilizce Dizin Terimleri:**

Pregnancy

Pregnancy positive behaviour

Self-care agency

**Tarih :**

**İmza :**

**T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU**  
**Yayın ve Dökümantasyon Dairesi Başkanlığı**  
**Tez Merkezi**

**TEZLERİN BASIMI VE YAYIMI İÇİN İZİN BELGESİ**  
(Telif Hakkı Tez Yazarına ait olan tezler için)

**Tez Yazarının :**

Soyadı : Pekuslu

Adı : Saadet

Uyruğu : T.C.

T.C.Kimlik No : 63124054342

Sürekli Adresi : Şehitler Mah. Nergiz Sokak No:39 Turgutlu/MANİSA

Telefon No : (0236) 3145081

Faks : -

E – Posta :

[saadetpekuslu@yahoo.com](mailto:saadetpekuslu@yahoo.com)

**Üniversite Adı :** Celal Bayar Üniversitesi

**Enstitü / Eğitim Hastanesi Adı :** Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**Fakülte, Bölüm / Yüksekokul :** Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı

**Tez Türü :** Yüksek Lisans

**Mezuniyet Tarihi :**

**Tezin Başlığı :** Loğusaların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Davranışlarının ve Öz-Bakım Güçlerinin İncelenmesi

**Tez yazarı aşağıdaki seçeneklerden birini işaretleyerek imzalamalıdır.**

**Not :** Yükseköğretim Kurulu'nun kabul ettiği ilke ve tüm tezlerin, makul gerekçeler dışında (patent başvurusu, yayınlanma sürecinde oluşu vb.) hiçbir kısıtlama olmaksızın tüm araştırmacıların erişimine açık olmasıdır. (Tezin kopyalanması endişesi, tezin erişime açılmasının engellenmesi için bir gerekçe olarak kabul edilemez.)

a) Yukarıda başlığı yazılı olan tezimin, ilgilenenlerin incelemesine sunulmak üzere Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafından arşivlenmesi, kağıt, mikroform veya elektronik formatta, İnternet dahil olmak üzere her türlü ortamda tamamen veya kısmen çoğaltılması, ödünç verilmesi, dağıtımı ve yayımı için, tezimle ilgili fikri mülkiyet haklarım saklı kalmak üzere hiçbir ücret (royalty) ve erteleme talep etmeksizin izin verdiğimi beyan ederim.

İmza

Tarih

b) Tezimin Yükseköğretim Kurulu Tez Merkezi tarafında çoğaltılması veya yayımının ..... tarihine kadar ertelenmesini talep ediyorum. Bu tarihten sonra (a) maddesindeki koşulların geçerli olacağını kabul ve beyan ederim. (Erteleme süresi formun imzalandığı tarihten itibaren en fazla 3 (üç) yıldır.

İmza

Tarih

Erteleme gerekçeleri enstitümüz/fakültemiz/eğitim hastanemiz tarafından uygun bulunmuştur.

Enstitü Müdürü / Dekan / Baş Hekim

İmza

Tarih

## ÖZET

Bu araştırma, loğusaların tüm gebelikleri boyunca bakımlarına yönelik davranışlarını belirlemek ve öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla, kesitsel ve analitik olarak planlanmıştır.

Araştırma 1 Ocak – 31 Mart 2007 tarihleri arasında, T. C. Sağlık Bakanlığı Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi doğum servisinde yürütülmüştür. Bu tarihler arasında doğum servisinde canlı doğum yapmış ve ilk iki gün içerisinde olan 2009 loğusa araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmanın yapıldığı süre içinde doğum yapan, sınırlamalar dışında kalan, evreni belli örneklem seçim yöntemiyle seçilen ve uygulamayı kabul eden 300 loğusa araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Veriler; literatür bilgileri doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiş "Birey Tanıtım Formu", ve "Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE)" ve "Öz-Bakım Gücü" ölçeği kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Elde edilen verilerin analizi için SPSS paket programından yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmelerde sayısal değerler, yüzdelikler, Student t testi, One way ANOVA Varyans Analizi, multiple regression (çoklu analiz) testlerinden Lineer Regression analizi, korelasyon pearson testi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan loğusaların gebelikte olumlu davranış envanteri toplam puan ortalaması  $15.71 \pm 3.71$ , öz-bakım gücü toplam puan ortalaması  $100.34 \pm 17.15$  olarak belirlenmiştir.

Gebelere doğum öncesi bakım konusunda ve öz bakım gücünü arttırmaya yönelik olarak eğitim verilmeli ve sağlık çalışanlarına bu konularda hizmet içi eğitim programları oluşturulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Gebelikte olumlu davranışlar, Öz-bakım gücü.

## SUMMARY

This research was planned analytically and crosssectionally for the purpose of determining the behaviours of women for prenatal care during pregnancy and measuring their self care agency.

The research was carried out in the obstetric service of Turgutlu Government Hospital between 1st of January and 31st of March 2007. The scope of this research was composed of 2009 women who gave birth to alive babies and whom were in the first two days after delivery days of recovery. The number of samples was calculated as 300 by using the sampling method the scope of which is apparent. The samples were composed of 300 women recovering childbirth who accepted to be involved in the research.

The data were collected through “Individual Identification Form” that was developed by the owner of the research, “Positive Practice Inventory in Pregnancy” and “Self-Care Agency Level” by using face to face interview technique.

SPSS Programme was used for the analysis of data. Numerical values, student t test, one way ANOVA, variant analysis, Linear Regression analysis multipl regression tests and pearson correlation analysis were used for the statistical evaluation.

Mean value of total “Positive Practice Inventory in Pregnancy” of the samples was calculated as  $15.71 \pm 3.71$  and the mean value of total self care agency was calculated as  $100.34 \pm 17.15$ .

Pregnant women should be educated about prenatal care and self-care agency related seminars should also be given to the health workers.

Key words: Pregnancy, Pregnancy possitive behaviours, Self care agency.



## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın planlanmasından sonuçlanmasına kadar beni yönlendiren, öğrenciliğim boyunca mesleki bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, iyi niyet ve yardımını hep yanımda hissettiğim ve her zaman müstesna bir hocam olarak anacağım Doç. Dr. Ferda Özbaşaran'a,

Çalışmamın her aşamasında beni motive eden, yol gösteren ve bilimsel paylaşımlarını, aynı zamanda anlayışını esirgemeyen hocam Dr. Ayten Taşpınar'a,

Tezime olan katkılarından dolayı Prof. Dr. Ahsen Şirin ve Yard. Doç. Dr. Hülya Demirci'ye,

Araştırma verilerinin istatistik analizlerinde görüşleriyle yardımcı olan Prof. Dr. Erhan Eser ve Araş.Gör. Aynur (Çakmakçı) Çetinkaya 'ya,

Mesleki olarak bu günkü donanıma ulaşmamı sağlayan Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu'ndaki tüm hocalarıma,

Yüksek lisans eğitimim sırasında birlikte ders aldığım, tüm güzellik ve zorluklarını birlikte paylaştığım Nurcan Çelik ve Melek Kayacı'ya,

Araştırmama katılmayı kabul eden tüm loğusalara,

Yüksek lisans eğitimine başladığım günden bu yana destek ve yardımlarını her zaman yanımda hissettiğim Uz. Dr. Hatice Önal, Uz.Dr. Hakan Önal, Yücel Aksu, Psikolog Güliz Geren, Zehra Yüce ve çalışmamdaki yardımları için Op. Dr. Arzu Şencan'a,

Bu güne kadar hayatımın her anında bana her türlü destek ve hoşgörüyü gösteren, beni her zaman yüreklendiren, bu günlere ulaşmamı sağlayan, üzerimdeki haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, tüm yaşamım boyunca gösterdikleri özverileri için sevgili aileme,

Çalışmamda değerli katkılarınız için hepinize sonsuz teşekkür ediyorum.

**Saadet PEKUSLU**

**Manisa, 2008.**

## İÇİNDEKİLER

	<b>Sayfa</b>
<b>ÖZET</b>	<b>v</b>
<b>SUMMARY</b>	<b>vi</b>
<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>vii</b>
<b>ŞEKİLLER DİZİNİ</b>	<b>xi</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b>	<b>xii</b>
<b>BÖLÜM I</b>	
<b>1. GİRİŞ</b>	
1.1 Araştırmanın Konusu	1
1.2 Araştırmanın Amacı	3
1.3 Araştırmanın Hipotezleri	4
1.4 Araştırmanın Önemi	5
1.4.1 Araştırmanın Hemşirelik Mesleği Açısından Önemi	6
1.5 Genel Bilgiler	7
1.5.1 Kadın Sağlığının Önemi	7
1.5.2 Gebelik ve Kadın Sağlığı	7
1.6 Doğum Öncesi Dönemde Gebenin Bakımı ve Davranışları	9
1.6.1 Gebelikte Beslenme	9
1.6.2 Gebelikte Hijyen	11
1.6.3 Giyim	11
1.6.4 Gebelik ve seyahat	12
1.6.5 Uyku ve Dinlenme	12
1.6.6 Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı	12
1.6.7 Gebelikte Tetanoz Toksoid İmmünizasyonu	13
1.6.8 Gebelikte Alkol	14
1.6.9 Gebelikte Sigara	14
1.6.10 Gebelikte İlaç	14
1.6.11 Gebelik ve Cinsel İlişki	15
1.6.12 Gebelik ve Meme Bakımı	15

1.6.13	Gebelik ve Egzersiz	15
1.6.14	Gebelikte Prenatal Bakım ve İzlemler	16
1.7	Örem'in Öz-Bakım Kuramı	
17		
1.7.1	Öz-bakım Kavramı	18
1.7.2	Öz-bakım Gücü	22
1.7.3	Hastanın Öz-bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Kullanılan Hemşirelik Sistemleri	24
1.7.4.	Örem'in Teorisi ve Hemşirelik Süreci	25

## Sayfa

### **BÖLÜM II**

#### **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

2.1	Araştırmanın Tipi	27
2.2	Veri Toplama Araçları	27
2.2.1	Birey Tanıtım Formu	27
2.2.2	Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE)	27
2.2.3	Öz-Bakım Gücü Ölçeği	28
2.3	Araştırmanın Yeri ve Zamanı	28
2.4	Araştırmanın Evreni	29
2.5	Araştırmanın Örnekleme	29
2.6	Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	29
2.7	Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	30
2.8	Verilerin Değerlendirilmesi ve Bulguların Analizi	30
2.9	Süre ve Olanaklar	31
2.10	Etik Açıklamalar	32

### **BÖLÜM III**

#### **3. BULGULAR**

3.1	Loğusaların ve Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular	33
3.2	Loğusaların Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları	45
3.3	Loğusaların Öz-bakım Gücü puan Ortalamalarına İlişkin Bulguları	49
3.4	Loğusaların Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Alt Alanları ve Öz-Bakım Gücü Puan Skorları Arasındaki İlişkiye Ait Bulgular	54

**Sayfa**

### **BÖLÜM IV**

#### **4. TARTIŞMA**

4.1	Gebelerin ve Eşlerinin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların İncelenmesi	55
4.2	Loğusaların Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	61
4.2.1	Loğusaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Ortalamaları Dağılımı	61
4.2.2	Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Skorlarını Açıklayan Multiple Regresyon Modelleri	63
4.3	Loğusaların Öz-bakım Gücü Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların İncelenmesi	64
4.3.1	Loğusaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Öz-bakım	64

4.3.2	Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı Öz-bakım Gücü Puan Skorlarını Açıklayan Multiple Regresyon Modelleri	67
		<b>Sayfa</b>

## **BÖLÜM V**

<b>5.</b>	<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b>	
5.1	SONUÇLAR	69
5.2	ÖNERİLER	73
	Ek Açıklamalar	75
	<b>KAYNAKLAR</b>	78
	<b>EKLER</b>	86
	EK – 1. Sosyo Demografik Özellikler Anketi	86
	EK – 2. Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri ve Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Değerlendirme Yönergesi	89
	EK – 3. Özbakım Gücü Ölçeği	94
	EK – 4. Araştırma İzin Formu	96
	<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	97

## ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>		<u>Sayfa</u>
Şekil 1	Sağlıklı Bir Birey, Orem's Self-care Models	20
Şekil 2	İnsani Güç ve Öz-bakım Gücünün Özellikleri	23
Şekil 3	Zaman Çizelgesi	32

## TABLolar DİZİNİ

		<b>Sayfa</b>
Tablo 1	Loğusaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	33
Tablo 2	Loğusaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları	36
Tablo 3	Loğusaların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları	37
Tablo 4	Loğusaların Evlilikle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları	39
Tablo 5	Loğusaların Doğum Yapma Şekillerine Göre Dağılımları	40
Tablo 6	Loğusaların Başka Çocuğa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımları	40
Tablo 7	Loğusaların Gebeliklerini Planlama Durumlarına Göre Dağılımları	41
Tablo 8	Loğusaların Gebeliklerinde Problem Yaşama Durumları ve Yaşanan Problemlere Göre Dağılımları	41
Tablo 9	Loğusaların Doğumlarında Problem Yaşama Durumları ve Yaşanan Problemlere Göre Dağılımları	42
Tablo 10	Loğusaların Kronik Hastalıklarının Varlığına ve Hastalıklarına Göre Dağılımları	43
Tablo 11	Loğusaların Gebelik Bakımı Konusunda Bilgi Alma ve Bilgi Alınan Yerlere Göre Dağılımları	44
Tablo 12	Loğusaların Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı	45
Tablo 13	Loğusaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 14	Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan	49

Skorlarını Açıklayan Basamaklı Multiple Regresyon Modeli

Tablo 15	Loğusaların Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	49
Tablo 16	Loğusaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 17	Öz-Bakım Gücü Puan Skorlarını Açıklayan Basamaklı Multiple Regresyon Modelleri	53
Tablo 18	Envanter Alt Alanları ve Öz-Bakım Gücü Puan Skorları Arasındaki İlişki	54



## **BÖLÜM I**

### **1. GİRİŞ**

#### **1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU**

Sağlıklı toplumlara ulaşmanın ön koşulu; annelerin sağlıklı olmasıdır. Annelerin sağlıklı olması, yalnızca kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocukların da sağlıklı olması için ön koşuldur. Bebek ve çocuklar ise gelecek toplumların temelidir (1,2).

Ülkemiz ana-çocuk sağlığı göstergeleri açısından diğer ülkelerle kıyaslandığında; sağlık düzeyinin düşük olduğu gözlenir. Örneğin; (1994-1996) anne ölüm hızı yüz binde 132, bebek ölüm hızı ise kaynaklara göre değişmekle beraber binde 52-54 arasında olduğu hesaplanmıştır, 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)'na göre bebek ölüm hızı binde 29'dur.Yine 2003 TNSA verilerine göre, gebelerin %18.6'sı doğum öncesi bakım almamıştır (3). Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması'nda ise, annelerin %88.3'ünün en az bir kez doğum öncesi bakım aldıkları saptanmıştır (2005) (4). Normal ve doğal bir süreç olan gebelik dönemi boyunca, periyodik gebelik kontrolleri ve riskli gebeliklerin tespiti ile ana-çocuk sağlığı düzeyinde yükselmeler sağlanabilir. Türkiye Kadın Profili Araştırması sonuçlarına göre; gebelikleri sırasında düzenli hekim kontrolü yaptırmayan kadınlar çoğunluktadır (%62.3) (12).

Genel olarak kadınlarımızdaki, morbidite ve mortalite nedenlerine bakıldığında; erken yaşta evlenmeler, sık ve çok sayıda gebelikler, düşükler, doğum sonrası dönemde kadının erken çalışmaya başlaması, aile planlaması sorunu, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım sorunlarıdır. Kadın sağlığında önemli yer tutan gebelik bakımının her yönüyle iyi bilinmesi ve gerçek anlamıyla uygulanmasına bağlıdır. Gerekli olan kurallara ve sağlıklı olan davranışlara uyulmaksızın, seyri rastlantılara bırakılan bir gebelik daha başlangıcından itibaren, anne ve bebek için çeşitli tehlikelere zemin

hazırlar (1,5,6,8,9).

Normal ve doğal bir fizyolojik süreç olan gebelik dönemi boyunca, periyodik gebelik kontrolleri ve riskli gebeliklerin tespiti ile ana-çocuk sağlığı düzeyinde yükselmeler sağlanabilir. Bu kontrollerde hemşirelerin/ebelerin etkinlikleri; anne ve fetusun gebelik süresince gelişmesini izlemek ve değerlendirmek; gebelik, genel vücut bakımı, beslenme, aktivite, aile planlaması, gebelikte tehlike belirtileri ve annenin ihtiyacı olabilecek konularda bilgi vermek, ortaya çıkabilecek potansiyel sorunların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak ve sorunlu durumlarda anneyi desteklemektir (1, 7,9).

Toplumun sağlıklı olması, insanların kendi sağlıklarının değerini bilmeleri, korumaları ve sunulan sağlık hizmetlerini iyi kullanmaları ile ilgilidir (10,11). Toplumsal gelişmenin ön koşulu olan sağlıklı topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması ise anne sağlığı ile yakından ilişkilidir. Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasına paralel olarak sağlık bakımında hemşirenin de rolü değişmiş ve gelişmiştir (10,11,17,18). Bireylerin sağlıklarını korumak için kendilerine düşeni yapmaları olarak tanımlanan 'öz-bakım' kavramı da üzerinde önemle durulan bir konuma gelmiştir (10,15,16).

Sağlık ya da iyilik hali, bireyin kendilerini tamamıyla; yani fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal açıdan sağlıklı ve sorunlarını çözümlenmede etkin sayabilme sürecidir. Bu süreç bireyin kendi kendine gerçekleştirebileceği davranışları ve içinde yaşadığı çevrenin değişimini içerir (19).

Sağlıklı bir toplum ve sağlıklı bir gelecek; kendi sağlığının değerini bilen, koruyan ve sunulan sağlık hizmetini iyi kullanan annelerin yetiştirdikleri çocuklar ile olasıdır. Ayrıca anne ve çocuk sağlığı sağlık hizmetinin veriliş biçimi ve koşullarının yanı sıra, bu hizmetin alınış biçimi ve koşulları ile birlikte değerlendirilmesi gereken bir durumdur (11).

Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere bağlı olarak gebenin bakım gereksinimi artmakta ve gebelerin kendilerine daha fazla özen göstermeleri gerekmektedir. Hemşirelik eğitimi, uygulaması ve araştırmaların en çok kullanılan, Orem'in genel hemşirelik kuramının ana kavramlarından biri olan öz-bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni

yapmalarıdır (10,11,15,21).

Bireylerin öz-bakım gereksinimlerini karşılama biçimi içgüdüsel olmaktan çok, kültürel kökeninden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranış ile ilgilidir. Bir başka deyişle öz-bakım gücü bireyin bakım ile ilgili etkinlikleri gerçekleştirebilme yeteneğidir. Öz-bakım gücü değişen derecelerde az veya çok bütün bireylerde vardır. Öz-bakım gücü yaş, cinsiyet, gelişim durumu, sosyo-ekonomik durum, eğitim, aile gibi etmenlerden etkilenebilir ( 10,11,15,21,23).

Bu bağlamda gebelerdeki öz-bakım gücü de eğitim, kültür ve geleneklerden etkilenebilir. Ayrıca geçirilen gebelik sayısının ve kazanılan deneyimlerin de öz-bakım gücüne olumlu yönde etkili olabileceği düşünülebilir (10).

Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insanın yaşam ve sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulma ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmek yani bireysel bakımını üstlenebilmek için duyduğu gereksinimde yoğunlaşır ( 24,25,26).

Orem hemşireliği bir toplum hizmeti, bir sanat, bir teknoloji olarak görmektedir. Orem bir sanat olarak hemşireliğin, ne yapacağına karar verme ve planlama gibi entelektüel bir yönü olduğunu, pratik yönünün ise bakım verme ve bakıma ilişkin engellerle baş etme olduğuna inanır (10,15,26).

Bu nedenle, her gebenin öz-bakım gücünün tanımlanması, etki eden etmenlerin ve öz-bakım yetersizliklerinin saptanması, buna dayalı olarak hemşirelik bakımının planlanması ve uygulanması doğum öncesi dönemin sağlıklı geçirilmesi yönünden gereklidir. İnsanların sağlıkları bozulduğunda kendi kişisel bakımlarını yerine getirme becerileri yetersiz olabilir. Bireyler, bakım gereksinimlerini karşılayamadıklarında bu gereksinimlerin karşılanması gerekir. Bu noktada hemşireliğin rolü ve amacı, bireye kendi kişisel bakımını yapar hale gelinceye dek yardımcı olmak ve en kısa zamanda onun bireysel bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamaktır. Tanımlanan yardım etme yöntemleri ise, bireye rehberlik etme, destek olma, gelişmesini sağlayan bir çevre oluşturmak ve sağlık eğitimi yapmaktır (9,10,15,22,25).

## **1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI**

Ülkemiz nüfusunun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için büyük önem taşımaktadır. Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir (27). Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem fizyolojik olaylar olmasına

rağmen, sağlık hizmeti gereksinimlerinin arttığı dönemlerdir (28).

Normal ve doğal bir süreç olan gebelik dönemi boyunca yapılan tüm davranışları ve öz-bakım güçleri yani kendi kendilerine bakabilme yetenekleri ana-çocuk sağlığını etkileyebilmektedir. Acaba kadınlar gebelikleri boyunca bakımlarına ilişkin hangi davranışlarda bulunuyorlar ve öz-bakım güçleri nasıl etkileniyor? Bu çalışma loğusaların tüm gebelikleri boyunca bakımlarına yönelik davranışlarını belirlemek ve öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla planlanmıştır.

### **1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ**

**H<sub>0</sub>:** Loğusaların gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları düşüktür.

**H<sub>1</sub>:** Loğusaların gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları yüksektir.

**H<sub>0</sub>:** Loğusaların bağımsız değişkenleri öz-bakım gücünü etkiler.

**H<sub>1</sub>:** Loğusaların bağımsız değişkenleri öz-bakım gücünü etkilemez.

### **1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ**

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesi, gebelik süresince verilecek bakım ve denetim ile sağlanabilir. Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir (29,30).

Bu nedenle tüm gebelere ve loğusalara birinci basamakta iyi eğitilmiş sağlık personeli tarafından (hekim veya ebe, hemşire) doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım verilmesi gerekmektedir (29). Gebelikte bakım ve eğitim birbirinden ayrılmayan ve etkileşen kavramlardır. Doğum öncesi hemşirelik bakımı, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, danışmanlık işlevlerini de içermektedir. Böylece hemşire, gebenin bakıma katılımını sağlayarak anlamlı sağlık davranışları kazanmasını hedefler.

Doğum öncesi bakım hizmetlerinden gebelerin ne kadar yararlandığı, aldıkları hizmetin uygulamalarına ne kadar yansıdığı belirsizdir. Oysa istenilen; doğum öncesi

bakım hizmetlerinden gebelerin mümkün olduğu kadar yararlanmasının sağlanmasıdır (29,30). Bu nedenle gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin uygulamalarının araştırılması, yanlışların belirlenmesi, doğruların pekiştirilmesi hizmetin etkinliğini arttıracaktır. Bu hedeften yola çıkıldığında doğum öncesi bakıma ilişkin davranışların belirlenmesi önem taşır.

Ülkemizde toplum sağlığı açısından anne sağlığının taşıdığı büyük öneme rağmen, anne sağlığı düzeyi hedeflenen düzeyin çok altında olduğu bilinmektedir (10). Özellikle gebe kadın vücudundaki değişikliklere uyum sağlamaya çalışırken bir yandan da gelişen gebelik olayı ve anne olma psikolojisi ile uğraşır, bu durumda gebenin öz-bakım gücü, dolayısıyla sağlığı da etkilenmektedir (15,22,25).

Gebelerin öz-bakım güçlerini yükseltmek ve toplum sağlığını özlenen düzeye getirebilmek için öncelikli olarak öz-bakım güçlerinin belirlenmesi gereklidir. Gebelerin öz-bakım güçleri belirlenerek grubun iyi tanımlanması ve buna bağlı olarak etkin prenatal bakım verilmesi önemlidir.

Bu araştırma; hemşirelerin etkin bir doğum öncesi hizmet verebilmesi için yapacakları sağlık eğitimi planlamasında temel oluşturacak olan, gebelerin doğum öncesi bakıma ilişkin davranışlarını saptamak ve öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla planlanmıştır.

#### **1.4.1. ARAŞTIRMANIN HEMŞİRELİK MESLEĞİ AÇISINDAN ÖNEMİ**

Gebelik, fizyolojik bir olay olmasına karşın öncelikli bakım verilmesi gereken gruplar arasındadır. Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir. Ana ölümlerinin %75'ini, gebelikle ilgili önlenemez nedenler oluşturmaktadır. Öyleyse iyi bir doğum öncesi bakımla bu ölümlerin büyük kısmı önlenemez (27).

Ana ve Çocuk Sağlığı Hizmetlerinde önemli bir yeri olan doğum öncesi bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir (9). Ancak koruyucu bakım kavramı içinde yer alan sağlığı koruma, sürdürme ve en üst tutma sorumluluğunu da gebe almalıdır. Hemşire kuramcısı Orem geliştirdiği kendine bakım (self care) modelinde bireyin kendi bakım sorumluluğunu alması gerektiğini belirtmektedir. Bireyler

sağlıklarının değerini anladıkları, sağlık sorunlarını çözebilecek girişkenliğe ulaşabildikleri ve sunulan hizmetten yararlanır hale geldikleri oranda sağlık hizmetleri başarıya ulaşabilir (21).

Hemşireler/ebeler, çalıştıkları kurumlarda sağlıklı yada hasta birey ile diğer sağlık personelinden daha çok iletişimde bulunmakta ve özellikle kontrole gelen gebelerle, muayene öncesi ve sırasında iletişim kurmaktadır. Bu dönemde kişinin eksiklerini veya yanlış uygulamalarını belirleyip bunlara yönelik girişimlerde bulunma imkanına sahiptir.

## **1.5. GENEL BİLGİLER**

### **1.5.1. KADIN SAĞLIĞININ ÖNEMİ**

Annelerin sağlıklı olması, yalnızca kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocuklarının da sağlıklı olması için ön koşuldur. Bebek ve çocuklar ise gelecek toplumların temelidir (1).

Anne ve çocukların sağlığı toplumun diğer kesimlerinden farklı özellik gösterir, bu nedenle sağlık hizmetlerinde öncelikleri vardır. Öncelik nedenlerinden birincisi; gebelik, büyüme ve gelişme süreçlerinden kaynaklanan biyolojik özellikler anne ve çocukların hem hastalanma, hem de ölüm risklerini arttırmaktadır. Bu nedenle anne ve çocuklar sağlıklı olduklarında bile sağlık hizmetlerinde risk grubu olarak ele alınırlar (9).

Kadının doğurganlığı, kadın vücudu için normal fizyolojik bir olay olmasına rağmen, gebeliğin getireceği risklerden ayrı düşünülemez. Her gebelik, sağlıklı kadınlar için bile risk yaratır (9,55). Gebelik, doğum ve aile planlaması hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları için dünyada her yıl 500 binden fazla kadın fizyolojik bir olgu olan gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmektedir (9).

Tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde iken, sadece %1'i gelişmiş ülkelerde yaşanmaktadır (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre ana ölümlerinin %99'u kolayca önlenabilir nedenlerle meydana gelmektedir. Bu nedenler;

- Aşırı doğurganlık (çok ve sık doğum),
- Beslenme yetersizliği,

- Doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde yeterli bakım alamama,
- Sosyal faktörlerdir (9).

### 1.5.2. Gebelik ve Kadın Sağlığı

Bütün canlılarda olduğu gibi insan da devamlılığını üreme ile sağlar. Kadın ve erkek vücudu bu fonksiyonu sağlayacak özelliktedir. Kadınlar erkekten farklı olarak yeni bir canlının gelişip doğmasını sağlayacak gebelik olgusunu yaşarlar (18). Kadın vücudunda puberteden itibaren her ay üreme hücrelerinden birisi oogenezis (üreme hücresinin olgunlaşma süreci) sürecini tamamlayıp ovariumlardan pelvis boşluğuna atılmaktadır (9,18,32). Primer oosit adı verilen olgunlaşmamış hücrelerin kız çocuğunun doğumunda iki milyon, pubertede 400.000-500.000 kadar olduğu ve bunların yalnızca 400-500'ünün ovulasyona girdiği saptanmıştır (18). Ovulasyon ile dışarı atılan oosit II fimbrialar tarafından tuba uterinalar içine alınır. Bu sırada fimbrialar overleri bir yaprak gibi sarar. Tubaların peristaltik hareketleri, tuba mukazasının silia hareketleri ve sekresyonu ile yumurta hücresi uterusu doğru taşınır. Fertilizasyon (döllenme) olmazsa oosit II 24-48 saat yaşadıkdan sonra, kaybolur (dejenere olur) (9,18,32,59). Oosit II deki, ikinci mayoz bölünme fertilizasyon (döllenme) gerçekleşirse olur. Erkek üreme hücresinde puberteden itibaren kadın hücresinde olduğu gibi belirli gelişim aşamalarından sonra spermatogenezisi (olgunlaşma süreci) tamamlar. Ancak spermiumlar ikinci mayoz bölünmeyide fertilizasyondan önce tamamlar. Yani kromozom sayıları fertilizasyon öncesi yarılanır. Son gelişmesini de epididimide tamamlar (9,18, 32,59).

Koitus denilen cinsel birleşmeden sonra 300 milyon kadar spermium 3-5 ml seminal mai ile birlikte vajinaya boşalır. Uterus ve tubalara doğru kendi hareketleriyle ilerler. Koitustan 1-2 saat sonra spermiumların ancak 300-500 tanesi tubaların ampulla kısmında oosit II'ye ulaşılabilir. Bunlardan ancak bir tanesi oosit II'yi delerek hücre içine girer. Daha sonra oosit II'nin hücre membranları diğer spermiumların içeri girmesini önleyici özellik kazanır. Spermiumun içeri girmesiyle oosit II ikinci mayoz bölünmesini tamamlar. Böylece 23 kromozomlu ovum ve daha önceden bölünmüş olan 23 kromozomlu spermium nükleusları büyür gelişir, pronükleus adını alırlar. Her iki

pronükleusun zarları kaybolarak kromozomlar kaynaşır, gerçek fertilizasyon (döllenme) gerçekleşmiş olur (18,32,55).

Fertilizasyon sonrası oluşan yeni hücreye zigot adı verilir ve gebelik gerçek anlamda başlamış olur. Zigot uterusu doğru yol alırken mitoz bölünmeyle gelişmeye devam eder. Bölünerek çoğalan hücreler önce marula evresini, 1-2 haftalık olunca blastula evresini 3-4 günde tamamlar (18, 9). Zigot fertilizasyondan sonra yedinci güne kadar uterusu ulaşır, 10. günde blastosit halinde endometriuma gömülür. Bu olaya implantasyon (yuvalanma) denir (9, 32, 18, 9). İnsan konsepsiyon ürününe sekizinci haftasına kadar embriyo, sekizinci haftadan doğuma kadar fetüs adı verilir (9,18,59). Bütün bu gelişmeler kadın vücudundaki hormonal ve fiziksel değişimler sonucu olur.

Gebelik süresince annenin genital organları süratli bir değişim gösterirken diğer organ ve sistemleri de etkilenmektedir (5). Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir (18).

Gebelikte hormon yapımındaki artma, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur (9).

Gastrointestinal sistemde ortaya çıkan en önemli değişim, motilite azalmasıdır (9). Buna bağlı gastrik boşalma zamanı uzar. Barsaklarda su absorpsiyonu artar, buna bağlı konstipasyon sık görülür (9).

Gebelikte oksijen harcamasının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında bazal metabolizmada değişiklik görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda bazal metabolizma hızında %20 artış olur (9).

Gebelik; fetus, plasenta, myometriyum, meme dokusu ve kanın hücresel ve protein içeriğindeki fizyolojik değişikliklerin gerektirdiği ihtiyaçları karşılayacak bir protein artışına neden olur. Gebelerde protein ihtiyacı gebe olmayanlara göre %25 artmıştır. Depolanan bu proteinler doğumda, involüsyon sürecinde, laktasyonda ve loşia ile kaybedilen nitrojeni karşılamak üzere kullanılır (9).

Normal gebelikte plazma proteinlerindeki azalmaya bağlı olarak serum kalsiyum ve magnezyum düzeylerinde fizyolojik bir azalma ortaya çıkmaktadır. Gebelikte kalsiyum ve fosfor ihtiyacı artar. Ancak normal bir diyet bu artan ihtiyacı karşılar. Artan anne eritrositlerinde ve fetusta, hemoglobin sentezi için demir ihtiyacı artar (9).

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır. Bu dönemi kadın yaşamında



değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmekte mümkündür. Gebeliğe uyum süreci, kadının geçmiş yaşam deneyimlerine göre değişiklik gösterir (9).

## **1.6. DOĞUM ÖNCESİ DÖNEMDE GEBENİN BAKIMI VE GEBEDEN İSTENEN DAVRANIŞLAR**

### **1.6.1 Gebelikte beslenme**

Gebenin artan besin gereksinimlerine paralel olarak beslenme şekli ve miktarı değişmektedir. Bu konuda yapılan araştırmalar gebelikte yanlış ve eksik beslenmenin anne ve fetüs üzerine zararlı olduğunu vurgulamaktadır. Gebenin yetersiz ve dengesiz beslendiği durumlarda fetüs annenin depolarını kullanır. Bu durumda bir yandan fetüsün büyüme ve gelişmesi olumsuz yönden etkilenirken, diğer yandan gebenin sağlığı tehlikeye girer (62).

Normal bir kadının yaklaşık günlük kalori gereksinimi 2100 kalori iken bu miktar gebelikte 2300, laktasyonda ise 3100 kalori olur. Gebeliğin ilk aylarında bazı yiyecek gruplarına karşı isteksizlik duyulabilir. Daha sonraki dönemde ise iştahta artma gözlenir (34,35).

Gebelikte birçok besin maddesine olan gereksinim artar. Bu gereksinim annede yeme isteği şeklinde ortaya çıkar. Gebelikte kilo artışı, fetusa ve anneye ait organların büyümesine, annede yağ ve protein depolanmasına, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına bağlı olarak gelişir. Gebeliğin erken dönemlerinde anne dolaşımında glikoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. Sürekli beslenen fetusa karşı anne aralıklarla beslenmektedir. Bu nedenle gebelikte sık aralarla ve yeterli karbonhidratla beslenmesi önerilir (9).

Gebelerde protein anne ve fetüs için çok önemlidir. Protein depolanması gebeliğin sekizinci haftasından başlayarak sonuna kadar sürer, fetüsün protein gereksinimi son aylarda çok artar. Proteinin yeteri kadar alınmamasının doğacak çocuğun vücut ağırlığı ve boyu üzerindeki etkisi bilinmektedir. Ülkemiz genelinde yapılan araştırmalar ailelerin günlük diyetlerindeki protein kalitesinin bölgelere ve sosyoekonomik duruma bağlı olarak değişmekle birlikte genellikle düşük olduğunu

göstermektedir (29).

Dengeli ve yeterli beslenmede protein, karbonhidrat, yağ, vitamin ve mineraller gibi bütün besin öğeleri alınabilir. Ancak demir gereksinimi karşılanamaz. Çünkü fetüsün kan ve dokularının şekillenmesi, doğum sonu bebek tarafından kullanılmak üzere depo edilmesi ve annenin artan kan miktarının karşılanması için gebenin demire olan gereksimi büyük bir artış göstermektedir. Bu nedenle gebelerin çoğunda demir eksikliği anemisi görülmektedir (36).

Uygun beslenme, bilgilendirmenin yanı sıra ekonomik, sosyal, kültürel faktörlere de bağlıdır. İdeal olanı annenin gebelik oluşmadan önceki dönemden itibaren uygun beslenme alışkanlığını kazanmasıdır. Diyetle ilgili öneriler doğru bilgileri içermeli ancak baskıcı bir tutumdan kaçınılmalıdır. Gebelere önerilen diyet, dengeli enerji temini ve yeterli protein desteğini amaçlamalıdır. Annenin beslenme alışkanlıkları, diabetes mellitus, chron hastalığı gibi özel diyet gerektiren tanısı konulmuş bir hastalığı olup olmadığı sorgulanmalıdır. Madde bağımlılığı, alkol ve sigara kullanımı yeterli ve dengeli beslenmeyi engelleyebilir. Annenin belli gıdaları yememesi, yeme bozukluğu olması, öğünleri atlaması veya tıbbi bir dayanağı olmayan diyetlerin uygulanması beslenme yetersizliklerine yol açabilir. Vejeteryan beslenenlerde fetüsün gelişimi için gerekli olan esansiyel aminoasitler, demir ve kompleks vitaminlerin alımında yetersizlik ortaya çıkabilir. Maternal obesite, gestasyonel diabet, preeklampsi, sezaryen ve zor doğum riskini artırır. Gelir yetersizliğide annenin beslenmesini olumsuz etkileyebilir. Primigravidalarda önerilen ortalama kilo artışı 12.5 kg'dır. Bu artışın 9 kg'ı fetüs, plasenta, uterusun ve memelerin büyümesi ve fizyolojik su tutulmasına bağlıdır, geri kalanı ise annede yağ deposu olarak saklanır. Aylık kilo alımı 1 kg'ın altında veya 3 kg'ın üstünde olan annelerde diyet ve beslenme alışkanlıkları dikkatle sorgulanmalıdır. Gebelik başlangıcında 45 kg'ın altında olan anneler mutlaka 11-12 kg artış için bilgilendirilmelidir. Gebeliğin son ayları ve laktasyonda günlük kalsiyum alımı 1.5g/G'e çıkarılmalıdır. Annenin günde 2 porsiyon (su bardağı) süt veya süt türevleri (yoğurt, muhallebi vs) alması önerilir, gerekirse kalsiyum destek tedavisi verilir. Gebelikte yıkanmamış meyve ve sebze, pastörize olmayan veya iyi kaynatılmamış süt ve süt ürünleri, çiğ et, çiğ yumurta alımından kaçınılmalıdır. Günlük kafein miktarının 500 mg'ın üstüne çıkması spontan abortus

riskini arttırır, düşük doğum ağırlığına neden olur, bu nedenle kafein alımı (kahve ve benzeri) kısıtlanmalıdır (37).

### **1.6.2. Gebelikte hijyen**

Gebelikte ter bezlerinde görülen değişime bağlı olarak deride kuruluk ve iritasyon görülebilir. Günlük banyolar hem terin vücutta oluşturacağı rahatsız etkilerini ortadan kaldırır, hem de vücuda canlılık ve rahatlık verir. Olanak varsa her gün yada haftada en az iki kez banyo yapılmalıdır. Banyo ayakta duş şeklinde ya da su dökülerek yapılmalıdır.

Gebeye herhangi bir yerinde kızarıklık, tırnak enfeksiyonu, yara ya da su toplanması gibi durumlar oluştuğunda hemen bir sağlık kuruluşuna gitmesi önerilmelidir. El ve ayak tırnakları kısa kesilmelidir.

Vajinal hijyene önem gösterilmelidir. Gebelikte vajinal duştan kaçınılmalıdır. Gebelikte vajinal akıntıda artış olması ve vajinal epitelyum hücrelerinin glikojen salgılaması nedeniyle gebeler genital enfeksiyona yatkındırlar. Kilotun her gün değiştirilmesi her gün duş şeklinde banyo yapılması, tuvalet öncesi ve sonrası ellerin yıkanması, perine temizliğinde, önce genital bölgenin sonra anal bölgenin temizlenmesi, iç çamaşırın pamuklu olmasına dikkat edildiğinde, gebelikte enfeksiyon oluşumu engellenebilir (29,37).

Günlük bakımda üzerinde durulması gereken bir konuda ağız hijyenidir. Çünkü gebelikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümleri çok sık görülür. Bu dönemde diş etleri artan estrogen hormonunun etkisiyle hiperemik, şiş, süngerimsi ve kanamaya eğilimlidir. Bu durum gebenin beslenme şekli, alınan besinlerin ağız pH'ının değişmesiyle birlikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümlerine neden olmaktadır. En büyük etkende ağız hijyeninin yetersizliğidir. Oysa her yemekten sonra yumuşak bir fırçayla dişlerin fırçalanması, diş eti enfeksiyonu ve diş çürümlerini önleyebilir (29,36).

### **1.6.3. Giyim**

Gebeler giysi ve ayakkabı seçiminde dikkatli olmalıdır. Giyecekler rahat,

omuzdan itibaren bol olmalı, göğüsleri destekleyecek sütyenler seçilmelidir. Dolaşımı bozacak, baskı yaratacak kemer, dar pantolon ve çorap lastiklerinden kaçınılmalıdır. Yüksek ve ince topuklu ayakkabılar bacaklarda ağrı ve kramp yapmakta, pelvisi öne eğerek bedenin ağırlık merkezini ve dengesini bozarak bel ağrısına neden olmaktadır. Bu nedenle ayakkabıların topukları geniş ve alçak olmalıdır (38).

#### **1.6.4. Gebelik ve seyahat**

Gebe kadın uzun ya da yorucu tatil planı yapması konusunda dikkatli olmalıdır. Uzun süre oturmak zorunda kalmak, dolaşım problemleri yaratır ve ödeme yol açar. Uzun süre oturulduğunda kalçalarda, belde, diz üstünde ve özellikle karında ağrı oluşabilir. Seyahat etmek genellikle yorucudur ve beslenme düzeni normalden sapar. Konstipasyon ve diare görülebilir. Özel araba ile yapılan yolculuklarda 2-3 saatte bir 20 dakika ara verip yürüyüş yaparak dolaşımın düzenlenmesi sağlanmalıdır (29).

#### **1.6.5. Uyku ve dinlenme**

Gebelikte vücut sürekli gelişmekte olan bebeği desteklediğinden yorgun düşmekte ve her zamankinden daha fazla çalıştığı için dinlenmeye daha fazla ihtiyaç duymaktadır (60). Buna bağlı gerginlik endişe, korku, duygusallık, huzursuzluk ve uykusuzluk gelişebilir. En iyi dinlenme rahat bir gece uykusuyla sağlanabilir. Olanak varsa sabah ve öğleden sonra yarımşar saatlik uykular önerilebilir. Rahat bir oturuş için sırt dik olacak şekilde yastıkla desteklenmeli, ayaklar venöz dönüşü kolaylaştıracak şekilde yükseltilmelidir. Aynı pozisyonda uzun süre kalmak yerine sık sık pozisyon değiştirmek yararlıdır. Gebe kadın eğilme ve uzanma hareketlerinden kaçınılmalıdır. Vücut mekaniklerine dikkat etmelidir (36).

#### **1.6.6. Gebelikte ağız ve diş sağlığı**

Her anne adayını gebe kalmadan önce veya gebeliğin erken dönemlerinde tam bir diş muayenesinden geçmelidir. Gerekli olan tüm müdahaleler önceden planlanmalıdır.

Çünkü gebelik süresince acil müdahale gerektiren durumlar risk oluşturabilir. Diş eti enflamasyon ve hastalıkları için mevcut risklerin önceden kontrolü ve tespiti yapılmalıdır. Gebe kadınların diş eti ve diş etleri özel bakım gerektirir. Diş eti hastalığı yaşayan gebelerin düşük doğum ağırlıklı veya prematür bebek sahibi olma olasılıkları yüksektir. Mikroplar annenin ağzından bebeğe plasenta, amniyotik sıvı ve annenin midesindeki doku katmanları aracılığı ile ulaşır ve bebeği olumsuz etkiler. Gebelikte diş etlerinde hipertrofi ve kanamalar görülebilir. Üst gingivada epulis oluşabilir ve kendiliğinden nadiren kaybolduğu için diş hekimi tarafından eksize edilmesi gerekebilir. Lokal anestezi altında yapılabilecek basit işlemler gebeliğin herhangi bir döneminde uygulanabilir. Uzun sürecek girişimler ikinci trimesterde gerçekleştirilmelidir. Gebe diş doktoruna mutlaka gebe olduğunu söylemelidir. Diş abselerinde, romatizmal kalp hastalığı ve mitral valv prolapsusu olanlarda antibiyotikler girişim öncesi verilmelidir.

Günde en az iki kez yumuşak başlı diş fırçası ile dişler fırçalanıp, diş ipi ile temizlenmelidir (37).

#### **1.6.7. Gebelikte tetanoz toksoid immünizasyonu**

Tetanoz, etkeni toprakta, toz ve gübrede bulunan Clostridium Tetani mikroorganizmasının ürettiği toksinin yol açtığı bakteriyel bir hastalıktır. Bu bakteri bir iğne deliği yada sıyrık kadar küçük bir yara yerinden vücuda girebilir ve sinir sistemini etkilemeye başlar. Tetanozun yaygın belirtileri baş ağrısı ve çene kilitlenmesi olarak da bilinen çene kaslarında sertleşmedir. Bu belirtileri ense sertliği, yutkunmada güçlük, karın kaslarında sertlik, spazmlar, terleme ve ateş takip eder. Gelişmekte olan ülkelerde tetanozun en sık görülen şekli göbek kordonunun klempe edildikten sonra kalan kısmının enfekte olmasıyla yeni doğanda ölümlere neden olabilen neonatal tetanozdur. Tetanozun bulaşması, başta gebe kadınlar olmak üzere tüm doğurganlık çağındaki kadınlara bağışıklama hizmetlerinin yeterli uygulanması ile önlenir. Çünkü annede aşılama sonrası oluşan antikorlar hem anneyi enfeksiyondan korur hem de plasentadan fetüse geçerek neonatal tetanoza karşı fetüsü korur. Bunun yanı sıra temiz ve hijyenik şartlarda bir doğumun sağlanması ve göbek kordonu bakımında iyi uygulamaların

teşvik edilmesi yenidoğanın enfekte olma riskini azaltır ve neonatal tetanozu önler (37).

### **1.6.8. Gebelikte alkol**

Alkolün kalorisi yüksek buna karşın besin değeri düşüktür, Likör, bira, şarap gibi alkolü az olan içkilerin aşırı olmamak şartıyla kullanılmasında sakınca yoktur.

Alkol alan gebelerin bebeklerinde konjenital anomali, mental yetersizlik, büyüme ve gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebeklere sık rastlanmaktadır (29).

### **1.6.9. Gebelikte sigara**

Sigara gebelikte fetus için zararlıdır. Günde 10 taneden fazla sigara içen kadınlarda abortus, perinatal ölüm ve intrauterin büyüme geriliği görülme hızı daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmalar gebelikte sigara içiminin plasentanın beslenme ve dolaşımını bozmasının yanında annesinde yeterli kilo almasını engellediğini göstermiştir. Ayrıca sigara içen gebenin kendinde ve bebeğinde ortaya çıkan komplikasyonlar şunlardır; plasenta previa, ablosia plasenta, gebelikte kanama, pre eklampsi, erken membran rüptürü, zor doğum eylemi, sponton abortus, fetal distres, prematür doğum, doğum ve doğum sonu dönemlerde hastalık ve ölüm oranlarında artma, doğum sonu fiziksel ve mental gelişme geriliğidir. Ayrıca bu gebelerin bebeklerinde konjenital deformasyon tehlikesinin arttığı ileri sürülmektedir (29,39).

Gebelikleri boyunca sigara içen annelerin çocuklarında hiperaktivite, dikkat süresinin kısalığı, imla ve okuma testlerinde daha düşük skorlar gibi davranışsal anormalliklere rastlanmaktadır (29,39).

### **1.6.10. Gebelikte ilaç**

Annenin aldığı ilaçlar fetüsü de etkiler, yapılan araştırmalar birçok ilacın fetus üzerine zararlı etkiler yaptığını kanıtlamıştır. Bu nedenle gebelik süresince özellikle ilk trimestirde ilaç kullanmaktan kesinlikle kaçınılmalıdır (9).

İlaçların en önemli tehlikeleri gebeliğin ilk trimestrinde fetal malformasyonlara yol açmalarıdır. Gebeye doktor istemi olmadan herhangi bir ilaç kullanmamasının önemi anlatılmalıdır (9).

#### **1.6.11. Gebelik ve cinsel ilişki**

Bebek bekleyen eşlerin cinsel istek ve tepkilerinde bazı değişiklikler olmaktadır. Cinsel ilişkinin fetüse zarar vereceği korkusu, göğüslerde hassasiyet, cinsel ilişki esnasında ağrı cinsel yaşamı olumsuz etkileyen faktörlerdir. Eşlerin gebelikte cinsel ilişkiyi engelleyen bazı korkuları vardır. Bunlar; abortus, enfeksiyon, erken doğum gibi nedenlerdir.

Koitusun sıklığı ve seksüel istek birinci trimesterde azalır. İkinci ve üçüncü trimesterde artar, fakat gebelik boyunca genelde düşük kalır. Eşler cinsel ilişkide temizliğe dikkat etmelidir. Üçüncü trimestrin sonuna doğru cinsel ilişkinin yasaklanmasının amacı bebeği ve anneyi enfeksiyona karşı korumaktır. Seksüel ilişkinin yasaklandığı durumlar şunlardır: membran rüptürü, servikal yetmezlik, kanama, önceki gebeliklerinde düşük, ve erken doğum öyküsü olanlarda ilk ve son trimestrinde koitus yasaklanır (9,36).

#### **1.6.12. Gebelik ve meme bakımı**

Emzirme bebeğin beslenmesi için en ideal beslenme yöntemidir. Yapılan çeşitli araştırmalar, anne sütünün yerini tutan başka bir besin olmadığını göstermiştir. Yine bu çalışmalar annelerin bebeklerini emzirmeyi istemelerine karşın emzirmeye ilişkin sorunları nedeniyle emziremediklerini belirtmektedirler. Meme ucunda oluşan çatlak, ağrı ve şekil bozuklukları özellikle ilk 10 gün emzirmeyi engellemektedir. Bu problemlerin ortadan kaldırılmasında doğum öncesi yapılan meme bakımının etkisi büyüktür. Bu bakıma gebeliğin yedinci ayında başlanmalıdır. Günlük banyo ya da duş sırasında göğüs ucunda kolostrumun oluşturduğu sert kabuk su ile yıkanıp yumuşatılarak temizlenmelidir (9,36).

### **1.6.13. Gebelik ve egzersiz**

Açık havada yapılan egzersizler kasları güçlendirir, sinir sistemini rahatlatır, iştahı açar, iyi bir uyku düzeni sağlar. Temiz ve güneşli havada yürüyüş her gebe kadın için önerilebilir. Gebelik öncesi sporla uğraşan bayanlar yorucu olmamak koşulu ile bu alışkanlıklarını sürdürebilir. Doğum sırasında annenin duruma uyumun, ağrı kontrolünün ve sakinliğin sağlanması için rahatlama tekniklerine gereksinimi vardır. Solunum egzersizleri de gebeliğin başlangıcından itibaren yapılmalıdır (9).

### **1.6.14. Gebelikte prenatal bakım ve izlemler**

Doğum öncesi bakım, annenin ve fetusun bir sağlık personeli tarafından bütün gebelik boyunca gerekli muayeneler ve öneriler yapılarak düzenli olarak kontrol edilmesidir (3). Anne ve çocuk sağlığı hizmetlerinde önemli bir yeri olan antenatal bakım hizmeti temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir (18). Ülkemiz nüfusunun neredeyse yarısını oluşturan kadınlarımızın sağlığı sağlıklı bir toplum oluşturabilmesi için büyük önem taşımaktadır. Prenatal dönemdeki sağlık, kadın sağlığının önemli bir bölümüdür. Çünkü kadın sağlığını bozan nedenlerin büyük kısmı gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinde normalden sapmalarla ilgilidir (27).

Gebelerin izlemleri sırasında alışkanlıklarını değiştirmek olasıdır. Diyet düzenlenmesi ile beslenmesinin sağlanması, emzirme ile ilgili fikirlerin gebelikte belirlenmesi, alkol, sigara gibi kötü alışkanlıkların azaltılması gibi olumlu etkileri de vardır. Gebenin sağlık kontrolü, gebeliğin ilk üç ayında başlar ve 28. gebelik haftasına kadar aylık muayenelerle devam eder, 28-36. haftalar arası iki ya da üç haftada bir, 36 haftadan itibaren haftalık muayenelerle sonlanır (3,41). TNSA 2003 verilerine göre, kadınların %63.7'si son doğumlarında 4 kez ve üzerinde doğum öncesi bakım almıştır. Eğitim durumu yükseldikçe yoksul olma riski azalmaktadır ve prenatal bakım alma sayısı yükselmektedir. Düzenli ziyaretler, gebelik süresince annenin ve çocuğun uygun bir şekilde takip edilmesini sağlamaktadır. TNSA 2003 raporuna göre, kadınların yarıdan fazlasının dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım için sağlık personeli tarafından ziyaret edildiği bilinmektedir. Aynı rapor



sonuçlarına göre, annelerin %81'i araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez, sağlık personelinin doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım hizmetlerinin kullanımı annenin eğitim düzeyi ile güçlü bir ilişki içindedir. Doğum öncesi bakım gebeliğin erken dönemlerinde başlatılıp gebelik süresince devam ettirilirse daha yararlı olmaktadır. Gebeliğin erken belirlenmesinin avantajı, kadının temel sağlık durumunun değerlendirilmesini ve normal olmayan herhangi bir durumun daha kolay ve erken teşhis edilmesini sağlamasıdır (3).

## **1.7. OREM'İN ÖZ-BAKIM KURAMI**

Öz-bakım kavramı Dorethea E. Orem tarafından geliştirilerek ilk kez 1959 yılında yayınlanmıştır. Bu raporda Orem öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında bireyden kaynaklanan yetersizliklerin hemşireliğe gereksinim duyulmasına neden olduğunu belirtmiştir (10, 15, 21).

Öz-bakım kuramı yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz-bakım bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır (24,25).

Orem'e göre hemşireliğin ilgi alanı; insanın yaşam ve sağlığının devamı, hastalık ve sakatlıklardan kurtulma ve onların olumsuz etkileri ile baş edebilmek yani bireysel bakımını üstlenebilmek için duyduğu gereksinimlerde yoğunlaşır (10,20,25,26).

Orem hemşireliği bir toplum hizmeti, bir sanat bir teknoloji olarak görmektedir. Orem bir sanat olarak hemşireliğin, ne yapacağına karar verme ve planlama gibi entelektüel bir yönü olduğunu, pratik yönünün ise bakım verme ve bakıma ilişkin engellerle baş etme olduğuna inanır (10,15,26).

Hemşirelik hizmetleri, tıbbi bakıma katılmada ve öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yetersizliklere sahip olan ve yardıma gereksinim duyan bireylere yapılan bakım ve yardım hizmetlerini içerir. Hemşireler çeşitli yardım etme yöntemlerini kullanarak bireyin kendi gereksinimlerini kullanmasına yardımcı olarak ya da bakım gereksinimi olan bir aile üyesine nasıl bakım verebileceğini öğreterek sanatlarını uygularlar (15,22,26).

Orem, gereksinimleri karşılamada birey, her zaman yeterli olmadığı için hemşireliğin doğduğunu bu nedenle de hemşireliğin toplum hizmeti olduğunu söyler. Orem, hemşireliği aynı zamanda bir teknoloji olarak görür ve belli teknik ve yöntemleri ile kendine özgü uygulamaları olan bir disiplin olduğunu söyler (10,15,19,22,26).

Öz-bakım; İnsan, çevre, kültür ve günlük yaşam değerleri gibi pek çok kavramla ilgilidir (43,44).

İnsan Kavramı, onun içsel, bedensel, psikolojik ve sosyal doğasını içerir.

Çevre kavramı, insanın dışındaki öğeleri kapsar. Orem, “insanın işlevselliği onun çevresiyle bağlantılıdır. İnsan ve çevre birlikte işlevsel bir bütün ya da bir sistem oluştururlar” demektedir. İnsan gereksinimlerini çevrenin baskılarına uyarlamıştır ve gereksinimlerini karşılamak için de çevreyi denetlemede çeşitli teknolojiler geliştirmiştir ve kullanmıştır.

Kültür kavramı; bireyin öz-bakım için gereksinimlerini karşılama biçimi, iç güdüsel olmaktan çok, kültürel kökeninden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranıştır.

Günlük yaşamın değerleri kavramını ise Orem şöyle açıklar; öz-bakımı bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz, bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Kişinin değerler sistemi onun öz-bakımındaki öncelikleri belirler (15,25).

Sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede kişisel sorumluluğa önem veren öz-bakım kuramı, kişideki biyolojik, psikolojik ve sosyal sistemlerin üzerinde durur. Kuramda birbiriyle ilişkili altı kavram tanımlanmıştır. Bunlar “öz-bakım, öz-bakım gücü, terapötik (tedavi edici) öz-bakım gereksinimi, öz-bakım açığı (yetersizliği), hemşirelik gücü ve hemşirelik sistemidir”. Bu kavramların birbirleriyle ilişkileri incelendiğinde, Orem’in kuramını altında yatan ana fikrin ve hemşireliği diğer sağlık disiplinlerinden ayıran özelliğin ne olduğu, daha iyi anlaşılabilir (15,22,31).

### **1.7.1. ÖZ-BAKIM KAVRAMI**

Öz-bakım Orem’in kuramının ana kavramlarından biridir. “Yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler” olarak açıklanan öz-bakım, bireyin kendi sağlığına sürekli katılımıdır (15,

25). Öz-bakım öğrenilmiş bir davranıştır. Davranışın şekillenmesinde bireylerin kültürleri, uygulamaları, alışkanlıkları ve inançları etkili olur. Bireyler kendi öz-bakım gereksinimlerini bu faktörler etkisi altında algırlar. Bu algılama iyilik, sağlık ve hastalığın yorumlanma şekli ve kültürleri ile yakından ilgilidir. Etnik yapı ve kültürel özellikler bireylerin kendi sağlık bakımlarında ve hastalık semptomları karşısında sorumluluk alma düzeylerini etkiler (11,22).

Öz-bakım gerçekleştirme sürekliliği olan bir kararı içerir. Öz-bakım etkinlikleri alışkanlık haline gelmedikçe, neyin yapılacağı ve nasıl yapılacağı konusunda bireylere açıklama yapılmasına gerek vardır. Öz-bakım gereksinimlerinin karşılanmasında güdülenen birey daha fonksiyonel olacağından güdülemede süreklilik kadar önemlidir (11,15,21,22).

Öz-bakım aşağıdaki varsayımlar ile daha iyi anlaşılabilir:

- ❖ Öz-bakım insanların sorumluluk alabildikleri gönüllü eylemlere dayanır.
- ❖ Öz-bakım, bireyin eyleme geçmesini sağlayan dikkatli yargılamalara ve olguları incelemelere dayanır. Öz kontrol bu sürecin bir parçasıdır. Bu durumda birey kendi davranışlarını düzenleyen, yöneten ve rehberlik eden asıl ajan olur.
- ❖ Öz-bakım herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığı ve bakım sürdürülmediği zaman sağlık olumsuz yönde etkilenir.
- ❖ Öz-bakım, bireyin kişiler arası ilişkiler, iletişim ve kültür yoluyla öğrendiği, sosyal ve bilişsel deneyimleri ile geliştirdiği bir davranıştır.
- ❖ Öz-bakım, doğrudan benlik kavramı (öz kavramı) tarafından etkilenir; kişinin benlik saygısı ve ben imajına katkıda bulunur (15).

Sağlık; bedensel, mental fonksiyonların ve insan yapısının, gelişiminin bütünlük ve sağlamlıkla karakterize olduğu bir durumdur. Normalde yetişkinler iyilik durumlarını korumada kendisi öz-bakım aktivitelerini başlatabilir ve yapabilir. Bebekler, çocuklar, yaşlılar, hastalar ve sakatlar tamamen veya kısmen yardım ve bakıma muhtaç kişilerdir. Bebekler ve çocuklara başkaları tarafından bakılması gerekir. İyi bir hizmet ve bakım kişilerin sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirebilmeleri için öz-bakım aktivitelerine yardımcı olur. Bireyler sürekli olarak öz-bakımı karşılamak için yetenekleri ile çeşitli öz

bakım gereksinimleri arasında dengeyi sürdürmeye çalışırlar (15,21,33).

**Orem'e göre öz bakım gereksinimlerinin 3 çeşidi vardır.**

1. Evrensel öz-bakım gereksinimleri,
2. Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri,
3. Sağlıktan sapma durumunda öz-bakım gereksinimleri (15,21,25,26,33).

**1. Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri**

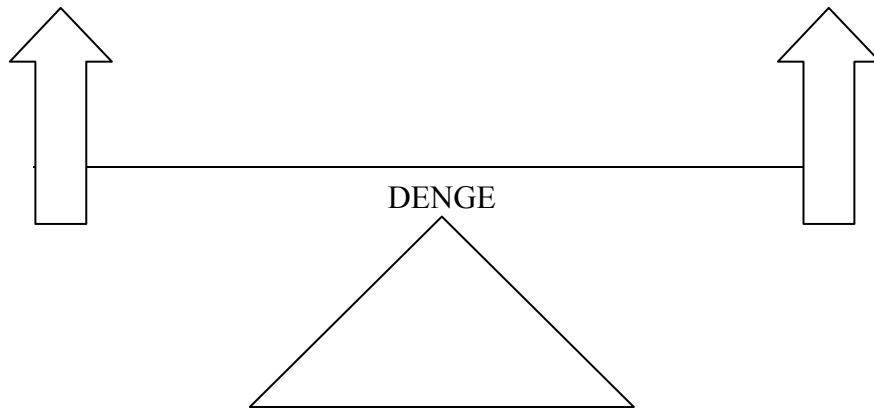
İnsan yapı ve fonksiyonunun bütünlüğünün devamlılığı ve yaşam süreci ile ilgilidir. Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili olan temel istek gereksinimleridir. Bu gereksinimler tüm insanlar için hayat siklusunun tüm dönemlerinde gereklidir (15,26).

Sağlıklı bir birey için gerekli olan öz-bakım gereksinimleri şunlardır;

Hava, su, yiyecek, boşaltım, aktivite, dinlenme, yalnızlık, sosyal etkileşim, tehlikelerin önlenmesi, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde olmayı içerir. Bu gereksinimler, insan yapı ve işlevselliğini sürdürmeye yönelik eylemlerin çeşitliliğini gösterir. Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman öz-bakım pozitif sağlığı ve iyiliği destekler. Sağlıklı bir kişinin bu temel gereksinimleri karşılaması için yeterli öz-bakım yeteneklerine sahip olması gereklidir (15,21,25,33).

Öz-bakım yetenekleri

Evrensel öz-bakım gereksinimleri



Şekil 1. Sağlıklı Bir Birey (Aggleton P, Chalmers H(1985), Orem's Self-care Models, Nursing Times, Jan, 2, 36-39 )

**1. Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Orem 1980'den önce gelişimsel bakım gereksinimlerini evrensel bakım

içerisinde ele alıyordu. Gelişimsel gereksinimler hayat sürecini ve insan gelişimini devam ettirmek için koşulların devamını, gelişme sürecini etkileyen olumsuz koşulları önleyici bakımları ve farklı gelişimsel aşamalardaki gereksinimleri kapsar.

#### Bu Evreler:

- Yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci,
- Yaşamın neonatal dönemi: (1) zamanında ya da prematüre doğmak, (2) normal doğum kilosuna ya da düşük doğum tartısında olmak,
- Bebeklik dönemi,
- Puberte ve adolesan dönemi,
- Yetişkinliğin gelişimsel dönemleri,
- Gebelik dönemi (11, 15, 21, 26).

Kendi kendine bakım becerisi aile, okul, akranlar ve toplumun sosyo-kültürel yapısı içine şekillenir. Orem'e göre çocuk, biyofizik, kognitif, affektif ve sosyal gelişim içindedir. Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri aynı zamanda insanın gelişimini etkileyebilecek "eğitsel, yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma" gibi durumların sağlığa zararlı etkilerden korunmasını, bu durumlarla başa çıkabilmek ya da en az düzeyde etkilenmek için bakımın sağlanmasını da gerektirir (25).

### **3. Sağlıktan Sapma Durumlarında Öz Bakım Gereksinimleri**

Sağlıktan sapma durumlarındaki gereksinimler insan yapısındaki değişiklikleri, tıbbi tedavi kadar yaralanma, hastalık ya da rahatsızlık geçiren bireyin, ek bazı öz-bakım gereksinimlerini içine alır. Burada kişi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman hemşirelik yardımı gereklidir. Orem'e göre hemşirelik girişimine gereksinim gösteren durumlar; bireyin kendi yetenekleri ve varolan gereksinimleri arasındaki dengeyi sürdüremedikleri durumlardır. Bunlar, gereksinimleri yetenekleri aştığı zaman oluşur (11,15,22,25,26).

Sağlık durumundaki bir değişimle, birey yaşamını ve iyilik durumunu sürdürmede, desteklemede başkalarına tümüyle ya da kısmen bağımlı duruma gelmişse o zaman kişi "öz bakım ajanı" konumundan "bakım alıcısı" konumuna doğru yer

değiştirmiş olur (15,26).

Bireyler öz-bakımı sürdürmede becerili olurlarsa, kendi bakımları için ilgili tıbbi bilgiye başvurabilme özelliğini de gösterebileceklerdir. Bu durumda ortaya giren hemşirelik girişimleri, öz-bakım yetenekleri ile gereksinimleri arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturacaklardır (11, 22).

Orem yaşamın sürekliliği için öz-bakımın gerekliliğini savunur. Bu üç grup gereksinim etkili bir biçimde karşılandığında, aşağıda sıralanan durumların gerçekleşmesini sağlanmış olur;

- Yaşam sürecinin desteklenmesi,
- Normal sınırlar içinde insan yapı ve işlevselliğinin sürdürülmesi,
- İnsan potansiyeline uygun olan gelişmenin desteklenmesi,
- Patolojik durum ve yaralanmalardan korunma,
- Yaralanma ve patolojik durumları kontrol altına alma ya da kontrol altına almaya katkıda bulunma,
- Genel iyilik durumunu geliştirme.

### **1.7.2. ÖZ-BAKIM GÜCÜ**

Orem 1980’de öz-bakım anlayışı içinde büyük bir kavram olan öz-bakım gücünü (self-care agency), “ sağlığın sürdürülmesi ve yükseltilmesine yönelik öz-bakım davranışlarını düzenleme, öz-bakımla ilgili özel konularla ilgilenme, anlama ve kavrama, düzenlenen etkinlikleri gözleme, bilgiyi kullanma, karar verme, başarmaya yönelik insan yetenekleri olarak tanımlamıştır” . Öz-bakım gücü bu tanımda da öne sürüldüğü gibi bireyin öz-bakım başarısını etkileyen faktörler, onların öz-bakım güçleridir (11,15,22,44).

Öz-bakım bireylerin kendileri için harekete geçmeleri şeklinde ortaya çıkarken, öz-bakım gücü bireyin yaşamı, sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için sağlık etkinliklerini başlatma yada uygulama olarak ifade edilmektedir (15,41).

Çocukluktan yaşlılığa kadar değişme, gelişme gösteren bu yetenek kendiliğinden öğrenme süreci, zihinsel etkinlik, merak, eğitim, denetim ve deneyim yolu ile gelişen bir insani güç ya da yetenektir. İnsani güç, zihinsel etkinliği, duygulanımları ve



yetişkinler gönüllü olarak kendi kendilerine bakarlar. Yenidoğanlar, çocuklar, yaşlılar, hastalar ve ihtiyaçlarını karşılayamayanlar öz-bakım aktiviteleri ile bakımını tamamlarlar (15,33).

( 2 ) Öz-bakım yetersizliği/açığı: Normalde bireyin sahip olduğu öz-bakım gücü yeteneği ile öz-bakım gereksinimleri arasında bir denge vardır. Bazen bireyin öz-bakım gücü/yeteneği öz-bakım yeteneklerini karşılamada yetersiz kalır ve denge bozulur. Bu duruma öz-bakım yetersizliği/açığı ( self care deficit ) denir (10, 22, 33, 42, 43, 44 ).

Öz-bakım yetersizliği kuramı hemşireliğin niçin ve ne zaman gerekli olduğunu açıklar. Öz-bakım yetersizliği “ öz-bakım davranışları ile tedavi edici öz-bakım ihtiyacı arasındaki bir ilişkidir” (25).

( 3 ) Tedavi edici öz-bakım gereksinimi: Öz-bakım faaliyetlerinin tümünde, faaliyetler veya ortaya konan işlemlerle ilgilidir. Öz-bakıma yönelik olarak, onun sürdürülmesi için çaba gösterilmesidir (11,21,22). Orem tedavi edici öz-bakım gereksiniminin, kişisel öz-bakım faaliyetlerinden daha büyük olduğunu tanımlamıştır. Bireyin sahip olduğu öz-bakım yetenekleri, zaman içinde ortaya çıkan ek öz-bakım gereksinimlerini karşılamada yeterli ise, hemşirelik yardımı olmayacaktır (22).

### **1.7.3. Hastanın Öz-Bakım Gereksinimlerinin Karşılanmasında Kullanılan Hemşirelik Sistemleri**

Orem hemşireliği, “bir insanın diğer bir insana yardım etmek için yaratıcı bir çabası yada bir yardım hizmeti” olarak nitelendirmiş ve insanın kendi sınırlarını aşmasının bir yolu olduğunu belirtmiştir. Bu durumda hemşirelik, sağlıkla ilgili günlük bakımlarını uygulamada kısmen ya da tümüyle yetersizlikleri olan bireylere yardım sağlamada bir araç olarak görülebilir (15).

Bireylerin sağlık gereksinimlerini nasıl karşılayacağı ya da varolan potansiyel terapötik öz-bakım gereksinimlerini karşılayabilmek için ne tür yaklaşımların ele alınması gerektiği hemşirelik sistemlerinde yer alır. Hemşirelik sistemleri; hasta, birey ve hemşirelerin birlikte belirledikleri, planladıkları ve yerine getirdikleri aktivitelerin tümüdür. Bakımın derecesi ve güçlüğü, hastanın gereksinimlerine bağlıdır (43,44).

Hemşirelik sistemleri hastaların kendi kendilerine bakım gereksinimleri ve



bunları karşılayabilme yeteneklerine bağlıdır. Orem hastanın gereksinimlerini karşılamada üç hemşirelik sistemi geliştirmiştir (33).

1. Tam kompanzasyon

2. Kısmen kompanzasyon

3. Destekleme ve eğitim

1. Tam Kompanzasyon (Tamamen destekleyici)

Hastanın öz-bakımında hiçbir aktifliğinin olmadığı durumları temsil eder. Hemşire hastaya “ hasta yerine ve hasta için “ yaparak yardım eder.

2. Kısmen Kompanzasyon

Hasta ve hemşire birlikte bakıma katılır. Gereksinimleri karşılamada ya hemşire yada hasta temel role sahiptir.

3. Destekleyici ve Eğitici Hemşirelik Bakım Sistemi

Hastanın gerekli öz-bakım önlemlerini gerçekleştirmek için öğrenebilme yeteneğine sahip olduğu ve öğrenmek zorunda olduğu, fakat bunu yardımcı olmadan yapamadığı bir sistemdir.

Bu sistemde yardım etmek ile ilgili yöntemler şunlardır.

-Destekleme

-Rehberlik etme

-Gelişme sağlayan bir çevrenin oluşturulması

-Öğretim

Bu sistemin gelişim bakımından geçiş dönemi yaşayan birey için uygulanabilirliği vardır (15,33).

#### **1.7.4. Orem'in Teorisi ve Hemşirelik Süreci**

Orem'e göre hemşirelik ve öz-bakım hem entelektüel hem de uygulama aşamasını içerir. Orem'e göre hemşirelik süreci: kişinin hemşireliğe neden ihtiyaç duyduğunu saptamak, bir hemşirelik yardım sistemi düzenlemek, hemşirelik yardımı verilmesini planlamak, hemşirelik yardımının devamını sağlamak olarak tanımlanır (25, 33).

Orem'in hemşirelik sistemi şu şekilde özetlenir.

Adım 1- Bir kişinin neden hemşirelik bakımı almaya başlaması gerektiğini saptama

Adım 2- Bir hemşirelik sisteminin düzenlenmesi ve düzenlenen sisteme göre hemşirelik bakımının planlanması

Adım 3- Yardımcı uygulamaların başlatılması, sürdürülmesi ve kontrolü (22, 25)

Orem'in Hemşirelik Süreci

Entelektüel Aşama

Hemşirelik Süreci

- |     |  |                  |
|-----|--|------------------|
| I.  | Basamak; veri toplama, hastanın niçin hemşirelik bakımına gereksinim( Değerlendirme ) duyduğunu belirleme, hastanın yaşam öyküsünü ve biçimini değerlendirme | 1. Veri Toplama  |
| I.  | Basamak; bir hasta hemşire sisteminin biçimlendirilmesi, hemşirelik bakımını planla  | 2. Tanı          |
|     | Uygulama Aşaması   | 3. Planlama      |
| II. | Basamak; hemşirelik bakım eylemlerini başlatma, yürütme  | 4. Uygulama      |
|     | Hemşirelik bakımını denetleme  | 5. Değerlendirme |

Özetle, öz-bakım gereksinimlerinin her bir grubu, insan oğlunun gereksinimlerinden doğan ve bireyler tarafından gerçekleştirilen amaçlı eylemler topluluğudur. Evrensel ve gelişimsel öz-bakım gereksinimleri tüm eğitilebilir yetişkinler tarafından, sağlıktan sapmada öz-bakım gereksinimleri ise daha çok doğumsal yada sonradan oluşan bir yetersizlik, sakatlık yada hastalığı olanlar tarafından bilinmeli ve karşılanmalıdır (15,22,33).

## **BÖLÜM II**

### **2. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ**

Araştırma, loğusaların doğum öncesi bakıma ilişkin davranışlarının ve öz-bakım güçlerinin belirlenmesi amacıyla kesitsel ve analitik tipte planlanmıştır.

#### **2.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verilerinin toplanmasında;

- Örnekleme alınan gebelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen “Birey Tanıtım Formu” (Ek I),
- “Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE)” ve “Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Anket Değerlendirme Yönergesi”(Ek II),
- “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” (Ek III) kullanılmıştır.

##### **2.2.1. Birey Tanıtım Formu**

Araştırmada veri toplamak amacıyla, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilen Birey Tanıtım Formu (Ek I) kullanılmıştır. Birey Tanıtım Formu, gebelerin sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerini, eşinin sosyo-demografik özelliklerini, sosyal güvencesini, aile tipini, gelir durumunu, doğurganlık bilgilerini, gebelik ve doğumda problem yaşama durumunu, kronik hastalığı olup olmama durumunu, gebelik bakımı konusunda bilgi alıp almadığı ve bilgi alınan yerleri içeren toplam 29 sorudan oluşmuştur.

### **2.2.2. Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE)**

Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri (GODE), gebe izlemlerinin sonucunda kazanılması beklenen ve gebelikte bilimsel olarak kanıtlanmış döneme özgü davranışları, niteliksel açıdan değerlendirebilmek amacıyla Çakmakçı ve Eser tarafından geliştirilmiş 2003 yılında Hemşirelik Forumu'nda yayınlanmıştır. "Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri"; gebelikte izlem, beslenme, hijyen, meme bakımı, giyim, alışkanlıklar, egzersiz, ağır işler ve uyku/dinlenme, seyahat ve cinsel ilişki başlıklarında toplam 34 sorudan oluşmaktadır. Gebelikte olumlu davranış envanterinin alt alanlarındaki soru sayılarını incelenecek olursa; izlem/takip ile ilgili altı soru, beslenme ile ilgili sekiz, kişisel hijyenle ilgili üç, meme bakımı ile ilgili bir, giyim ile ilgili altı, alışkanlıklar ile ilgili dört, egzersiz ile ilgili iki, uyku/dinlenme ve ağır işlerle ilgili iki, seyahat ile ilgili bir, cinsel ilişki ile ilgili bir soru olmak üzere 10 alt alanda toplam 34 sorudan oluşmaktadır. Her soruya verilen yanıt gebelikte olumlu davranış envanteri anket değerlendirme yönergesine bakılarak yanıtlara karşılık gelen 0, 0.5 ve 1 puan verilerek toplam puan üzerinden değerlendirilmektedir (1).

### **2.2.3. Öz-Bakım Gücü Ölçeği**

Bireyin kendi-kendisine bakım verme yeteneği ya da öz-bakım gücünü ölçmek için kullanılan ölçek, Kearney ve Fleicher tarafından(1979 yılı) İngilizce olarak 43 madde halinde geliştirilmiştir. Nahçıvan tarafından 1993 yılında Türk toplumuna uygulanarak 35 madde olarak düzenlenmiştir. Her bir ifade, 0'dan 4'e kadar puanlanmış, öz-bakıma karşı olumlu yönelmiş, 5 Likert-tip ölçek üzerine deneklerin cevabına göreler. "Beni hiç tanımlamıyor" yanıtına 0 puan, diğerlerine sırasıyla "Beni pek tanımlamıyor " 1 puan, "Fikrim yok " 2 puan, "Beni biraz tanımlıyor" 3 puan ve "Beni çok tanımlıyor "yanıtına dört puan verilir. Türkçeleştirilen ölçekte 8 madde (3,6,9,13,19,22,26 ve 31. maddeler) negatif olarak değerlendirilir ve puanlama ters döndürülür. Maksimum puan ise 140'dır. Ölçek dört özellik üzerine temellendirilmiştir. Bunlar, durumlar karşısında aktif pasif yanıt, motivasyon, sağlık uygulamaları bilgisi ve

bireyin kendi kendine duyduğu değer olarak sıralanmıştır (15).

### **2.3. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI**

Araştırma, 1 Ocak – 31 Mart 2007 tarihleri arasında, T. C. Sağlık Bakanlığı Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi doğum servisinde yapılmıştır. Araştırma, ön çalışma tamamlandıktan ve izinler alındıktan sonra mesai saatleri içinde yürütülmüştür.

T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi 1955 yılından, bu yana hizmet vermektedir. 19-02-2005 tarihinde Sağlık Bakanlığı'na devredilen eski adı Turgutlu SSK Hastanesi devredildikten sonraki adı 82.Yıl Devlet Hastanesi ile 11-11-2006 tarihinde Sağlık Bakanlığı kararıyla birleştirilmiştir.

Hastane 270 yataklı olup, 65 uzman hekim, 27 pratisyen hekim, 100 hemşire ve 23 ebe ile hizmet vermektedir. Doğum servislerinde toplam 29 adet hasta yatağı bulunmaktadır.

### **2.4.ARAŞTIRMANIN EVRENİ**

Araştırmanın evrenini, veri toplama sürecinde T.C. Sağlık Bakanlığı Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi'nde doğum yapmış 2009 loğusa oluşturmuştur.

### **2.5.ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın örneklem seçiminde evreni belli örneklem seçim yöntemi kullanılmış ve 2006 yılında hastanede doğum yapmış toplam 2009 loğusa sayısı üzerinden hesaplanarak örneklem 300 olarak bulunmuş ve canlı doğum yapmış ve ilk iki gün içerisinde olan tüm loğusalar araştırma kapsamına alınmıştır.

## 2.6.ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

**Bağımlı Değişken:** Araştırmaya katılan gebelerin, “Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri” ve “Öz-Bakım Gücü” puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenidir.

**Bağımsız Değişkenler:** Loğusaların yaş grupları, eğitim durumları, çalışma durumları, sosyal güvencesi, aile tipi, gelir durumu, gebeliği isteme durumu, gebelikte problem yaşama durumu, kr. hastalığı olma durumu, gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, eşinin eğitim durumu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

## 2.7.VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Araştırma, doğum sonrası ilk iki gün içerisinde loğusalara uygulanmıştır. Araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan loğusalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılmış olan Birey Tanıtım Formu, Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri ve Öz-Bakım Gücü ölçeği, araştırmacı tarafından loğusalarda yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır (Ek 1, Ek 2, Ek 3).

Birey Tanıtım Formu'nun doldurulması ortalama 5-10 dakika ve Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri'nin doldurulması 15-20 dakika, Öz-bakım Gücü Ölçeğinin doldurulması 10-15 dakika olmak üzere veriler toplam 30-45 dakika içinde toplanmıştır. Loğusaların çevre faktöründen etkilenmemeleri için görüşmeler yalnız oldukları zamanda sakin ve sessiz bir ortamda gerçekleştirilmiştir. Ayrıca loğusaların loğusalık, bebek ve öz-bakım konusundaki soruları yanıtlanmıştır.

Araştırmacı, loğusalara önce kendini tanıtmış ve çalışmanın amacı, bu çalışmanın niçin yapıldığı ve loğusaların seçiminin nasıl yapıldığı konularında açıklama yapmıştır.









## 2.8.VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Elde edilen verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistic Pocoge Social) 10.0 bilgisayar programı kullanılmıştır.

1. Loğusaların ve eşlerinin sosyo-demografik ve evliliğe ilişkin özelliklerinin, doğurganlık özelliklerinin, gebelikte ve doğumda problem yaşama, gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumlarının sayı ve yüzde dağılımları yapılmıştır.
2. Loğusaların yaş grubu, eğitim, çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, gelir durumu, gebeliği isteme, gebelikte problem yaşama, kronik hastalığa sahip olma, gebelik bakımı konusunda bilgi alma, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, eşinin eğitim durumu ile gebelikte olumlu davranış envanteri ve öz-bakım gücü puan ortalamaları student-t ve One way ANOVA Varyans Analizi kullanılarak aralarındaki fark incelenmiştir.
3. Gebelikte olumlu davranış envanteri ve öz-bakım gücü puan skorları multiple regression (çoklu analiz) testlerinden Lineer Regression kullanılarak istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.
4. Gebelikte olumlu davranış envanteri ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki ilişki korelasyon pearson testi ile değerlendirilmiştir.

## **2.9.SÜRE VE OLANAKLAR**

Ekim 2006–Mart 2006 döneminde araştırma planı yapılmış gerekli literatürler taranmış ve tez konusu belirlenmiştir. Araştırma verileri Ocak-Şubat-Mart 2007 tarihlerinde toplanmış aynı zamanda araştırmacı tarafından kodlamaları yapılmıştır (Şekil 1)

TARİH							
Yapılan Çalışmalar	Ekim 2006	Kasım 2006	Aralık 2006	Aralık 2006	Ocak Şubat Mart 2007	Nisan Mayıs Haziran 2007	Temmuz-Aralık 2007
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi							
Araştırma Deseninin Seçimi							
Tez Konusu Bildirimi							
Düzeltilmelerin Yapılması-İzinlerin Alınması							
Veri Toplama Aşaması							
Verilerin Kodlanması Değerlendirilmesi-Analizi							
Literatür İnceleme							
Tez Yazımı							

**ŞEKİL. 3:** Zaman çizelgesi

## 2.10. ETİK AÇIKLAMALAR

“Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri” ve “Öz-Bakım Gücü Ölçeği” nin kullanılabilmesi için, gebelikte olumlu davranış envanterini geliştiren Erhan Eser, Aynur Çakmakçı ve öz-bakım gücü ölçeğini Türkçe’ye uyarlayan Nursen Nahçıvan ile sözlü olarak görüşülmüş ve gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için; Manisa İl Sağlık Müdürlüğü’nden yazılı izin alınmıştır (Ek IV). Ayrıca gebelere görüşme öncesi, araştırmanın amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcanacak zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

## BÖLÜM III



### 3. BULGULAR

#### 3.1. LOĞUSALARIN VE EŞLERİNİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Bu bölümde loğusaların ve eşlerinin tanımlayıcı özellikleri açıklanmıştır.

**Tablo 1: Loğusaların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

	Sayı	Yüzde	Ortalama
<b><u>Yaş Grubu</u></b>			
19 yaş ve altı	25	8.3	
20-24	100	33.3	
25-29	98	32.7	26.070± 4.922*
30-34	55	18.3	(min:16,max:38)
35 yaş ve üzeri	22	7.4	
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>			
Okur yazar değil			
Okur yazar			
İlkokul			
Ortaokul			
Lise ve dengi okul			
Ön lisans			
Lisans			
<b><u>Meslek</u></b>			

Ev hanımı	252	84.0
İşçi / esnaf	18	6.0
Memur	30	10.0
<b><u>Sosyal Güvence Durumu</u></b>		
Sosyal Güvencesi Olmayan	31	10.3
Yeşil Kart	64	21.4
Emekli Sandığı	36	12.0
SSK	138	46.0
Bağ- Kur	30	10.0
Özel sigorta	1	0.3
<b><u>Aile Tipi</u></b>		
Çekirdek aile	231	77.0
Geniş aile	69	23.0
<b><u>Ailenin Gelir Durumu</u></b>		
Geliri giderinden az	119	39.7
Geliri gidere denk	135	45.0
Gelir giderden fazla	46	15.3
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*  $X \pm S_s$

Araştırma kapsamına alınan loğusaların, %8.3'ünün 19 yaş ve altında olduğu, %33.3'ünün 20-24 yaş grubunda, %32.7'sinin 25-29 yaş grubunda, %18.3'ünün 30-34 yaş grubunda, %7.4'ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Loğusaların yaş ortalaması  $26.070 \pm 4.922$  olarak saptanmıştır (Tablo 1).

Loğusaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %49.3'ünün ilkokul, %17.3'ünün lise, %12.7'sinin ortaokul, %8.7'sinin okuma yazma bilmediği,

%5' inin okur yazar olduğu, %4.7'sinin önlisans, %2.3'ünün lisans düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırmaya katılan loğusaların, %84'ünün ev hanımı, %10'unun memur, %6'sının işçi/esnaf olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Loğusaların %10.3'ünün sosyal güvencesi olmadığı, sosyal güvencesi olan loğusaların %21.4'ünün Yeşil Kart, %12'sinin Emekli Sandığı, % 46' sının SSK, %10'unun Bağ- Kur güvencesi, %0.3'ünün ise özel sigortası olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Loğusaların aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde, %77'sinin çekirdek aile, %23'ünün ise geniş ailede yer aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 1 'de loğusaların ailelerinin gelirlerini algılama durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında, %39.7'sinin gelirini giderlerinden az, %45'inin gelirlerini giderlerine denk, %15.3'ünün ise gelirlerini giderlerinden fazla algıladığı saptanmıştır (Tablo 1).

**Tablo 2: Loğusaların Eşlerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Eşlerin Tanımlayıcı Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>		
İlkokul	144	48.0
Ortaokul	74	24.7
Lise ve dengi okul	47	15.7
Üniversite/Yüksekokul mezunu	35	11.6
<b><u>Eşin Mesleği</u></b>		
İşsiz	12	4.0
Memur	39	13.0
İşçi	170	56.7
Esnaf/Zanaatkar	57	19.0
Çiftçi	22	7.3
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Loğusaların eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %48'inin ilkokul, %24.7'sinin ortaokul, %15.7'sinin lise ve dengi okul, %11.6'sının ise üniversite/yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan loğusaların eşlerinin %4'ünün işsiz olduğu, %13'ünün memur, %56.7'sinin işçi ve %19'unun esnaf/zanaatkar, %7.3'ünün çiftçi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 3: Loğusaların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Loğusaların Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Ortalama</b>
<b><u>Gebelik Sayısı</u></b>			
1-2 gebelik	198	66.0	2.246 ± 1.308* (min:1, max:10)
3-4 gebelik	83	27.7	
5 ↑ gebelik	19	6.3	
<b><u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u></b>			
1-2 çocuk	229	76.3	1.823± 1.023* (min:1, max:6)
3-4 çocuk	64	21.3	
5 ↑ çocuk	7	2.3	
<b><u>Düşük Sayısı</u></b>			
Hiç düşüğü olmayan	244	81.3	0.280±0.709* (min:0,max:3↑)
1 düşük	35	11.7	
2 düşük	18	6.0	
3 düşük ve üzeri	3	1.0	
<b><u>Ölü Doğum Sayısı</u></b>			
Ölü doğumu olmayan	290	96.7	
1	8	2.7	
2	2	0.7	

<b><u>Kürtaj Sayısı</u></b>		
Hiç kürtajı olmayan	243	81.0
1	39	13.0
2	15	5.0
3 ve üzeri	3	1.0
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

\*  $X \pm S_s$

Loğusaların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; %66'sının 1-2 gebeliği, %27.7'sinin 3-4 gebeliği, %6.3'ünün 5 ve üzeri gebeliği olduğu belirlenmiştir. Ortalama gebelik sayısı;  $2.246 \pm 1.308$  (min:1, max:10) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan loğusaların %76.3'ünün 1-2 yaşayan çocuğu olduğu, %21.3'ünün 3-4 yaşayan çocuğu olduğu, %2.3'ünün ise 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır. Ortalama çocuk sayısının;  $1.823 \pm 1.023$  (min:1, max:6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Loğusaların %81.3'ünün hiç düşük yapmadığı, %18.7'sinin ise en az 1 düşük yaptığı saptanmıştır (Tablo 3).

Loğusaların ölü doğum sayısı dağılımlarına bakıldığında; %96.7'sinin hiç ölü doğumu olmadığı, %2.7'sinin 1, %0.7'sinin ise 2 ölü doğumu olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Araştırma kapsamındaki loğusaların kürtaj olma dağılımlarına bakıldığında %81'inin hiç kürtaj olmadığı, %13'ünün 1, %5'inin 2, %1'inin 3 ve üzeri kürtaj olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

**Tablo 4: Loğusaların Evlilikle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları**

<b>Evlilik İle İlgili Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>	<b>Ortalama</b>
<b><u>Evlilik Yaşı</u></b>			
19 yaş ve altı	147	49.0	20.273±3.646 min:14,max:35
20-24	114	38.0	
25-29	32	10.7	
30-34	6	2.0	
35 yaş ve üzeri	1	0.3	
<b><u>Evlilik Yılı</u></b>			
1-5	183	61.0	
6-10	66	22.0	
11-15	41	13.7	
16-20	7	2.3	
20 yıl ve üzeri	3	1.0	
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>	

\*  $X \pm S_s$

Loğusaların evlenme yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %49'u 19 yaş ve altı, %38'si 20-24 yaş grubunda, %10.7'si 25-29 yaş grubunda, %2'si 30-34 yaş grubunda evlendiği belirlenmiştir. Araştırmaya katılan loğusaların %61'ini 1-5 yıllık evli olanlar oluştururken, loğusaların %22'si 6-10 yıllık, %13.7'si 11-15 yıllık, %2.3'ü 16-20 yıllık, %1'inin 20 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 5: Loğusaların Doğum Yapma Şekillerine Göre Dağılımları**

<b>Doğum Şekli</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Sezaryen	130	43.3
Normal doğum	115	38.4
Müdahaleli doğum	55	18.3
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Loğusaların doğum yapma şekilleri incelendiğinde; %43.3'ünün sezaryenle doğum, %38.4'ünün normal doğum, %18.3'ünün ise müdahaleli doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 5).

**Tablo 6: Loğusaların Başka Çocuğa Sahip Olma Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Başka Çocuğa Sahip Olma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Başka çocuğu olan	175	58.3
Başka çocuğu olmayan	125	41.7
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Araştırma kapsamındaki loğusaların başka çocuğu olanlar %58.3, başka çocuğu olmayanlar ise %41.7'dir (Tablo 6).



**Tablo 7: Loğusaların Gebeliklerini Planlama Durumlarına Göre Dağılımları**

<b>Planlama Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Planlı gebelik	262	87.3
Plansız gebelik	38	12.7
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>

Araştırmaya katılan loğusaların, %87.3'ünün planlayarak, %12.7'sinin ise planlamadan gebe kaldığı saptanmıştır (Tablo 7).

**Tablo 8: Loğusaların Gebeliklerinde Problem Yaşama Durumları ve Yaşanan Problemlere Göre Dağılımları**

<b>Problem Yaşama Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Problem yaşayan	75	25.0
Problem yaşamayan	225	75.0
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Yaşanan Problemler</u></b>		
Kanama	25	33.3
Düşük tehdidi	25	33.3
Aşırı bulantı kusma	19	25.4
Hipertansiyon	3	4.0
Anemi	3	4.0
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Loğusaların gebelik döneminde problem yaşama ve yaşanan problemin dağılımları incelendiğinde; %25'inin gebeliğinde problem yaşadığı, %75'inin ise problem yaşamadığı görülmektedir. Yaşanan problemlere bakıldığında ise; %33.3'ünün kanama, %33.3'ünün düşük tehdidi, %25.4'ünün aşırı bulantı kusma, %4'ünün anemi , %4'ünün hipertansiyon problemi yaşadığı görülmektedir (Tablo 8).

**Tablo 9: Loğusaların Doğumlarında Problem Yaşama Durumları ve Yaşanan Problemlere Göre Dağılımları**

<b>Problem Yaşama Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Problem yaşayan	22	7.3
Problem yaşamayan	278	92.7
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100</b>
<b><u>Yaşanan Problemler</u></b>		
Şiddetli ağrı	11	50.0
Kanama	7	31.8
Kordon sarkması	4	18.2
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>22</b>	<b>100.0</b>

Loğusaların doğumları esnasında problem yaşama ve yaşanan problemin dağılımları incelendiğinde; %7.3'ünün problem yaşadığı, %92.7'sinin ise problem yaşamadığı saptanmıştır. Problem yaşayanların ise %50'sinde şiddetli ağrı, %31.8'inde kanama, %18.2'sinde kordon sarkması yaşadığı belirlenmiştir (Tablo 9).

**Tablo 10: Loğusaların Kronik Hastalıklarının Varlığına ve Hastalıklarına Göre Dağılımları**

<b>Kronik Hastalık Varlığı</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Var	24	8.0
Yok	276	92.0
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Kronik Hastalıklar</u></b>		
Anemi	11	45.8
Hipertansiyon	6	25.0
Astım	3	12.5
Kr. bronşit	3	12.5
Diabetes Mellitus	1	4.2
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>24</b>	<b>100.0</b>

Tablo 10 incelendiğinde; loğusaların %8'inin bir kronik hastalığının olduğu, %92'sinin ise bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır. Kronik hastalığı olan loğusaların %45.8'inde anemi, %25'inde hipertansiyon, %12.5'inde astım, %12.5'inde kr. bronşit, %4.2'sinde diabetes mellitus hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11: Loğusaların Gebelik Bakımı Konusunda Bilgi Alma Durumları ve Bilgi Alınan Yerlere Göre Dağılımları**

<b>Bilgi Alma Durumu</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
Alan	238	79.3
Almayan	62	20.7
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>300</b>	<b>100.0</b>
<b><u>Bilgi Alınan Yerler</u></b>		
Sağlık kuruluşu(S.K)	161	67.6
S.K+televizyon+ radyo	29	12.2
Arkadaş+akraba	16	6.8
S.K+arkadaş+akraba	15	6.3
Televizyon+radyo	11	4.6
Dergi+radyo	6	2.5
<b><u>TOPLAM</u></b>	<b>238</b>	<b>100.0</b>

Loğusaların doğum öncesi bakım konusunda bilgi alma durumları incelendiğinde; %79.3'ünün bilgi aldığı, %20.7'sinin bilgi almadığı saptanmıştır. Bilgi alınan yerler ise; %67.6 sağlık kuruluşu, %12.2 S.K+televizyon+radyo, %6.8 arkadaş+akraba, %6.3 S.K+arkadaş+akraba, %4.6 televizyon+radyo, %2.5 dergi+radyo oluşturmaktadır (Tablo 11).

### 3.2. LOĞUSALARIN GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARI

**Tablo 12: Loğusaların Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Alt Alan Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Alt Alanları	X	Ss
İzlem	2.72	0.86
Beslenme	3.36	1.71
Hijyen	1.73	0.92
Meme bakımı	0.33	0.47
Giyim	3.32	1.09
Alışkanlıklar	1.78	0.65
Egzersiz	0.80	0.72
Uyku ve dinlenme	0.86	0.68
Cinsel yaşam	0.77	0.41
Toplam Envanter Puanı	15.71	3.71

Gebelikte olumlu davranış envanteri alt alanları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; en fazla beslenme alt alanı ( $3.36 \pm 1.71$ ), daha sonra giyim ( $3.32 \pm 1.09$ ), izlem ( $2.72 \pm 0.86$ ) ve sırayla alışkanlıklar ( $1.78 \pm 0.65$ ), hijyen ( $1.73 \pm 0.92$ ), uyku ve dinlenme ( $0.86 \pm 0.68$ ), egzersiz ( $0.80 \pm 0.72$ ), cinsel yaşam ( $0.77 \pm 0.41$ ), meme bakımı ( $0.33 \pm 0.47$ ) gelmektedir. Toplam envanter puanı  $15.71 \pm 3.71$  olarak bulunmuştur (Tablo 12).

**Tablo 13: Loğusaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>X±Ss</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b><u>Yaş Grubu</u></b>				
26 yaş ve altı	177	15.62±3.61		
27 yaş ve üzeri	123	15.82±3.87	-0.46	0.64*
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>				
İlköğretim	227	15.12±3.50		
Lise ve üzeri	73	17.53±3.78	5.1	0.00
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>				
Çalışıyor	48	15.35±3.49		
Çalışmıyor	252	15.12±3.50	-3.90	0.00*
<b><u>Sosyal Güvence</u></b>				
Var	269	15.72±3.77		
Yok	31	15.61±3.19	0.153	0.87*
<b><u>Aile Tipi</u></b>				
Çekirdek	227	15.78±3.69		
Geniş aile	73	15.47±3.80	0.60	0.54*
<b><u>Gelir Durumu</u></b>				
Geliri giderden az	119	15.28±3.23		
Geliri gidere denk	135	15.83±3.92		
Geliri giderden fazla	46	16.43±4.14	1.73	0.17**
<b><u>Gebeliği İsteme Durumu</u></b>				
İsteyerek	262	15.84±3.71		
İstemeden	38	14.76±3.64	1.68	0.09*
<b><u>Gebelikte Problem Yaşama Durumu</u></b>				
Yaşayan	75	15.76±4.37		
Yaşamayan	225	15.69±3.47	0.13	0.89*
<b><u>Kr. Hastalığa Sahip Olma Durumu</u></b>				
Olan	24	15.70±4.29		
Olmayan	276	15.71±3.66	-0.00	0.99*
<b><u>Gebelik Bakımı Konusunda Bilgi Alma Durumu</u></b>				
Alan	238	15.77±3.71		
Almayan	62	15.45±3.72	0.61	0.53*

<b><u>Gebelik Sayısı</u></b>	102	14.76±3.69		
2 üzeri	198	16.19±3.63	-3.21	0.00*
2 ve altı				
<b><u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u></b>				
2 üzeri	71	14.39±3.16		
2 ve altı	229	16.11±3.78	-3.47	0.00
<b><u>Eş Eğitim Durumu</u></b>				
İlköğretim	218	15.29±3.53		
Lise ve Üzeri	82	16.81±3.69	3.13	0.00*
<b><u>TOPLAM</u></b>	100	15.71±3.71		

\* Student t testi p değeri

\*\* One way ANOVA Varyans Analizi

Loğusaların yaş gruplarına göre envanter puan ortalamalarına bakıldığında; 26 yaş ve altı yaş grubunda olan loğusaların puan ortalamaları 15.62±3.61, 27 yaş ve üzeri yaş grubunda olan loğusaların puan ortalamaları 15.82±3.87 olup yaş grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t:-0.46, p>0.05) (Tablo 13).

Eğitim durumlarına göre envanter puan ortalamaları incelendiğinde ise; ilköğretim mezunu olan loğusaların puan ortalamaları 15.12±3.50, lise ve üzeri eğitime sahip olanların puan ortalamaları 17.53±3.78 olarak bulunmuş olup eğitim grupları arasında puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:5.1, p<0.05) (Tablo 13).

Loğusaların çalışma durumlarına göre puan ortalamalarını incelediğimizde; çalışan loğusaların puan ortalamaları 15.35±3.49, çalışmayanların ise 15.12±3.50 olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:-3.90, p<0.05) (Tablo 13). Sosyal güvencesi olan loğusaların puan ortalamaları 15.72±3.77, olmayanların ise 15.61±3.19'dur, puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (t:0.153, p>0.05) (Tablo 13).

Çekirdek aile tipinde olanların envanter puan ortalamaları 15.78±3.69, geniş aile tipinde olanları ise 15.47±3.80 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür (t:0.60, p>0.05) (Tablo 13).

Gelir durumuna göre puan ortalamalarına bakıldığında; geliri giderden az olanların 15.28±3.23, geliri gidere denk olanların 15.83±3.92, geliri giderden fazla

olanların ise  $16.43 \pm 4.14$  olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t:1.73, p>0.05$ ) (Tablo 13).

Gebeliklerini isteme durumlarına göre aldıkları puan ortalamaları değerlendirildiğinde; isteyerek gebe kalanların puan ortalamaları  $15.84 \pm 3.71$ , istemeden gebe kalanların ise  $14.76 \pm 3.64$  olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t:1.68, p>0.05$ ) (Tablo 13).

Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarına göre aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında; gebeliğinde problem yaşayanların  $15.76 \pm 4.37$ , yaşamayanların  $15.69 \pm 3.47$  puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t:0.13, p>0.05$ ) (Tablo 13).

Tablo 13’de loğusaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olanların puan ortalamaları  $15.70 \pm 4.29$ , kronik hastalığı olmayanların  $15.71 \pm 3.66$  olup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $t:-0.00, p>0.05$ ).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alan loğusaların puan ortalamaları  $15.77 \pm 3.71$ , almayanların ise  $15.45 \pm 3.72$  olup loğusaların bilgi alma durumlarının envanter puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $t:0.61, p>0.53$ ) (Tablo 13).

Loğusalar gebelik sayılarına göre envanter puan ortalaması incelendiğinde; gebelik sayısı 2’den fazla olanların puan ortalamaları  $14.76 \pm 3.69$ , gebelik sayısı 2 ve altında olanların puan ortalamaları  $16.19 \pm 3.63$  olarak saptanmış olup loğusaların gebelik sayılarının envanter puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ( $t:-3.21, p<0.05$ ) (Tablo 13).

Loğusalar sahip oldukları çocuk sayısına göre incelendiğinde; 2’den çok çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $14.39 \pm 3.16$ , 1 ve 2 çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $16.11 \pm 3.78$  olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t:-3.47, p<0.05$ ) (Tablo 13).

Loğusaların eşlerinin eğitim durumları ve gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi ilköğretim olanlar  $15.29 \pm 3.53$ , eğitim düzeyi lise ve üzeri olanların puan ortalamaları  $16.81 \pm 3.69$ ’dır, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $t:3.13, p<0.05$ ) (Tablo 13).



**Tablo 14: Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri Puan Skorlarını Açıklayan Basamaklı Multiple Regresyon Modelleri**

$R^2$  :0.124

Tanımlayıcı Değişkenler	B	St.E	t	p
Sabit	17.88	0.55	32.32	0.000
Eğitim	-1.64	0.52	-3.13	0.002
Gebelik Sayısı	-0.52	0.15	-3.32	0.001

Yapılan çok değişkenli analizlerde loğusaların eğitim düzeyleri ve gebelik sayıları arttıkça, gebelikte olumlu davranış envanteri puan skorları da artmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 14).

Loğusaların eğitim düzeyi, çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve eş eğitim düzeyi modele atılmış, istatistiksel olarak anlamsız çıkan çalışma durumu, yaşayan çocuk sayısı ve eş eğitim düzeyi modelde gösterilmemiştir.

### 3.3. LOĞUSALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARI

**Tablo 15: Loğusaların Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı**

Öz-bakım Gücü Puan Ortalaması	n	$\bar{X} \pm S_s$
<b>TOPLAM</b>	<b>300</b>	100.34±17.15

Loğusaların toplam öz-bakım gücü puan ortalaması 100.34±17.15 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

**Tablo 16: Loğusaların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Öz-Bakım Gücü Puan Ortalamalarının Dağılımı**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>n</b>	<b>X±Ss</b>	<b>t/f</b>	<b>p</b>
<b><u>Yaş Grubu</u></b>				
26 yaş ve altı	177	99.44±16.35		
27 yaş ve üzeri	123	101.64±18.23	-1.09	0.27*
<b><u>Eğitim Durumu</u></b>				
İlköğretim	73	108.61±13.93	4.91	0.00*
Lise ve üzeri	227	97.68±17.28		
<b><u>Çalışma Durumu</u></b>				
Çalışıyor	48	99.01±17.00	-3.12	0.02*
Çalışmıyor	252	107.33±16.38		
<b><u>Sosyal Güvence</u></b>				
Var	269	100.55±16.94	0.60	0.54*
Yok	31	98.58±19.07		
<b><u>Aile Tipi</u></b>				
Çekirdek	227	100.69±16.99	0.61	0.54*
Geniş aile	73	99.27±17.70		
<b><u>Gelir Durumu</u></b>				
Geliri giderden az	119	100.67±16.96		
Geliri gidere denk	135	100.05±16.54	0.041	0.09**
Geliri giderden fazla	46	100.36±19.60		
<b><u>Gebeliği İsteme Durumu</u></b>				
İsteyerek	262	100.62±17.39	0.74	0.46*
İstemeden	38	98.42±15.46		
<b><u>Gebelikte Problem Yaşama Durumu</u></b>				
Yaşayan	75	99.53±18.59	-0.47	0.63*
Yaşamayan	225	100.61±16.67		
<b><u>Kronik Hastalığa Sahip Olma Durumu</u></b>				
Olan	24	105.16±18.09	1.43	0.15*
Olmayan	276	99.92±17.03		

<b><u>Gebelik Bakımı Konusunda Bilgi Alma Durumu</u></b>				
Alan	238	100.89±17.15	1.07	0.28*
Almayan	62	98.25±17.11		
<b><u>Gebelik Sayısı</u></b>				
2 üzeri	102	99.50±17.49	-0.61	0.54*
2 ve altı	198	100.78±17.00		
<b><u>Yaşayan Çocuk Sayısı</u></b>				
2 üzeri	71	97.59±15.77	-1.55	0.12*
2 ve altı	229	101.20±17.50		
<b><u>Eş Eğitim Durumu</u></b>				
İlköğretim	218	98.46±17.04	3.21	0.00*
Lise ve Üzeri	82	105.34±16.50		
<b><u>TOPLAM</u></b>	300	100.34±17.15		

\* Student t testi p değeri

\*\* One way ANOVA Varyans Analizi

Loğusaların yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde; 26 yaş ve altı yaş grubunda olan loğusaların puan ortalamaları 99.44±16.35, 27 yaş ve üzeri grubunda olan loğusaların puan ortalamaları 101.64±18.23 olup yaş grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t :-1.09, p>0.05) (Tablo 16).

İlköğretim mezunu olan loğusaların puan ortalamaları 97.68±17.28, lise ve üzeri eğitime sahip olanların puan ortalamaları 108.61±13.93 olarak bulunmuş olup aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:5.1, p<0.05) (Tablo 16).

Çalışma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarını incelediğimizde; çalışan loğusaların puan ortalamaları 99.01±17.00, çalışmayanların ise 107.33±16.38 olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t:-3.124, p<0.05) (Tablo 16).

Sosyal güvencesi olan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları

100.55±16.94, olmayanların ise 98.58±19.07'dir, aralarındaki fark istatistiksel anlamlı bulunmamıştır (t:0.605, p>0.05) (Tablo 16).

Çekirdek aile tipine sahip loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları 100.69±16.99 geniş aile tipi olanların ise 99.27±17.70 olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t:0.61, p>0.05) (Tablo 16).

Geliri giderden az olan loğusaların öz-bakım gücü ortalamaları 100.67±16.96, geliri gidere denk olanların 100.05±16.54, geliri giderden fazla olanların ise 100.36±19.60 olarak bulunmuş olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t:0.041, p>0.05) (Tablo 16).

İsteyerek gebe kalan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları 100.62±17.39, istemeden gebe kalanların ise 98.42±15.46 olarak bulunmuş olup aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (t:0.74, p>0.05) (Tablo 16).

Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarına göre aldıkları öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında gebeliğinde problem yaşayanların 99.53±18.59, yaşamayanların 100.61±16.67 puan ortalamasına sahip olduğu saptanmış olup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (t:-0.47, p>0.05) (Tablo 16).

Tablo 16'da loğusaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre aldıkları öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde; kronik hastalığı olanların 105.16±18.09, kronik hastalığı olmayanların 99.92±17.03'tür ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (t:1.43, p>0.05).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumlarına göre loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamalarının dağılımını incelediğimizde; gebelik bakımı konusunda bilgi alanların öz-bakım gücü puan ortalaması 100.89±17.15, almayanların ise 98.25±17.11 olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür (t:1.07, p>0.05) (Tablo 16).

Gebelik sayısı 2 'den fazla olan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları 99.50±17.49, gebelik sayısı 2 ve altında olanların puan ortalamaları 100.78±17.00 olarak saptanmış, aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (t:-

0.61,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Sahip olunan çocuk sayısına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde 2'den fazla çocuğa sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $97.59\pm 15.77$ , 1 ve 2 çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $101.20\pm 17.50$  olarak bulunmuş olup, puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $t:-1.55$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Loğusaların eşlerinin eğitim durumları ve öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eğitim düzeyi ilköğretim olanlar  $98.46\pm 17.04$ , eğitim düzeyi lise ve üzeri olanların puan ortalamaları  $105.34\pm 16.50$ 'dir, ortalamalar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t:3.21$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 16).

#### **Tablo 17: Öz-Bakım Gücü Puan Skorlarını Açıklayan Basamaklı Multiple Regresyon Modelleri**

$R^2 :0.08$

Tanımlayıcı Değişkenler	B	St.E	t	p
Sabit	107.91	2.55	42.24	0.000
Eğitim	-8.88	2.63	-3.37	0.001

Öz-bakım gücü puan ortalaması ve loğusaların eğitim düzeyi, çalışma durumu ve eş eğitim düzeyi üzerinde yapılan çok değişkenli analizlerde, çalışma durumu ve eş eğitim düzeyi modele atılmış fakat aralarında anlamlı bir fark çıkmadığı için gösterilmemiştir. Öz-bakım gücü ve loğusaların eğitim düzeyi arasında anlamlı fark vardır, eğitim düzeyi arttıkça öz-bakım gücü puan skorları da artmaktadır (Tablo 17).

### 3.4 LOĞUSALARIN GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ ENVANTERİ ALT ALANLARI VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN SKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİYE AİT BULGULAR

**Tablo 18: Envanter Alt Alanları ve Öz-Bakım Gücü Puan Skorları Arasındaki İlişki**

Envanter Alt Alanları	Öz-Bakım Gücü Ölçeği
İzlem	r:0.00 p:0.89
Beslenme	r:0.27 p:0.00 Zayıf
Hijyen	r:0.17 p:0.00 Zayıf
Meme Bakımı	r:0.24 p:0.00 Zayıf
Giyim	r:0.05 p:0.03
Alışkanlık	r:0.07 p:0.19
Egzersiz	r:0.14 p:0.01 Zayıf
Uyku ve Dinlenme	r:0.12 p:0.02 Zayıf
Cinsel İlişki	r:0.06 p:0.24

Gebelikte olumlu davranış envanteri alt alan puanları ve öz-bakım gücü incelendiğinde; beslenme, hijyen, meme bakımı, egzersiz, uyku ve dinlenme alt alanları ile öz-bakım gücü arasında zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

## BÖLÜM IV

### 4. TARTIŞMA

#### 4.1. GEBELERİN VE EŞLERİNİN TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

Araştırma kapsamına alınan loğusaların, %8.3'ünün 19 yaşın altında olduğu, %33.3'ünün 20-24 yaş grubunda, %32.7'sinin 25-29 yaş grubu, %18.3'ünün 30-34 yaş grubu, %7.3'ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Loğusaların yaş ortalaması  $26.070 \pm 4.922$  olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Ülkemizde gebe ve doğumların en fazla olduğu yaş 20-24 yaş grubudur (3). Taşçı' nın hiperemesis gravidarum tanısı alan ve almayan gebelerin evlilik uyum düzeylerini karşılaştırmak amacıyla 110 gebe üzerinde yaptığı çalışmada da, gebelerin yaş ortalaması  $25.890 \pm 4.030$  yıl olarak saptanmıştır (46). Görüldüğü gibi araştırma kapsamına alınan loğusaların çoğunluğu bu yaş grubunda yer almaktadır. Loğusaların %15.6'sı gebelik yaşı açısından risk kabul edilen 19 yaş altı ile 35 yaş ve üzerinde olan yaş grubundadır. Fetal ölümler 20-34 yaş grubu kadınlarda az olmasına karşın, annenin yaşı 19 yaş ve altında yada 35 yaş ve üzerinde ise, doğum öncesi fetal ölüm riski artmakta ve 19 yaş ve altında doğum yapanlarda ölüm oranı, 20-24 yaş grubunda doğum yapanlara oranla üç kat daha fazladır (1,9,47)

Loğusaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde, %8.7'sinin okuma yazma bilmediği, %5' inin okur yazar olduğu, %49.3'ünün ilkokul, %12.7'sinin ortaokul, %17.3'ünün lise, %4.7'sinin önlisans, %2.3'ünün lisans düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Çakmakçı ve Eser'in gebelikte olumlu davranış envanteri geliştirme amacıyla 90 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin %59'u ilkokul mezunu olarak bulunmuştur (1). Ünsal'ın gebelerde ve eşlerinde aile dinamiklerinin incelenmesi amacıyla 152 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %61.9'unun ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır (48). TNSA 2003 verilerine göre, kadınların %53.7'si ilkokul mezunudur (3). Taşpınar ve arkadaşlarının 145 gebede Manisa İli Horozköy Sağlık Ocağı

bölgesinde bulunan gebelerde risk faktörlerinin saptanması amacıyla yaptıkları araştırmada, gebelerin %56.6'sının ilkökul mezunu olduğu saptanmıştır. Kadınların eğitim düzeyi düşük bulunmuştur. Oysa kadınların eğitim düzeylerini düşük düzeyde olması kadınların toplum içindeki statüleri ve doğurganlık davranışları açısından önem taşımaktadır (6).

Araştırmaya katılan loğusaların, %84'ünün ev hanımı, %10'unun memur, %5.7'sinin işçi, %0.3'ünün esnaf olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Er ve Şirin'in gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasında %80.9'unun ev hanımı olduğu bulunmuştur (41). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların %73'ünün çalışmadığı saptanmıştır (3). Literatürdeki araştırma sonuçları ve bu çalışma ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğunu göstermektedir.

Loğusaların %10.3'ünün sosyal güvencelerinin olmadığı, %89.7'sinin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında, gebelerin %80'inin sosyal güvencesi olduğu belirlenmiştir (1). Araştırma sonuçları sağlık kurumlarına başvuranların çoğunluğunun sağlık güvencesi olduğunu göstermektedir.

Loğusaların aile tiplerine göre dağılımları incelendiğinde, %77'sinin çekirdek aile, %23'ünün ise geniş ailede yer aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Bakıcının 300 gebe üzerinde gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi amacıyla yaptığı çalışmada %74'ünün çekirdek aile olduğu bulunmuştur (18).

Loğusaların ailelerinin gelirlerini algılama durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %39.7'sinin gelirini giderlerinden az, %45'inin gelirlerini giderlerine denk, %15.3'ünün ise gelirlerini giderlerinden fazla algıladığı saptanmıştır (Tablo 2).

Ünsal'ın çalışmasında, gebelerin %49.4'ünün aile gelir durumunun gelir gidere denk olduğu belirlenmiştir (48).

Loğusaların eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, eşlerin



%48'i ilkokul, %24.7'si ortaokul, %15.7'si lise ve dengi okul, %11.6'sı ise üniversite/yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında, gebelerin eşlerinin %44.4'ünün ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar ülkemizde erkeklerin eğitim düzeyinin yüksek düzeyde olmadığını göstermektedir.

Araştırma kapsamına alınan loğusaların eşlerinin %4'ü işsiz olduğu, %13'ünün memur, %56.7'sinin işçi ve %19'unun esnaf/zanaatkar %7.3'ünün çiftçi olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

Ünsal'ın çalışmasında, gebelerin eşlerinin %7.6'sının işçi, %6.9'unun memur, %78.6'sının esnaf ve zanaatkar olduğu belirlenmiştir (48). Aslan'ın adölesan gebelerde öz-bakım gücünü belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada gebelerin eşlerinin %42.6'sı işçi olarak bulunmuştur (33). Araştırmalar arasındaki farklar farklı kurumlarda yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Loğusaların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; %66'sının 1-2 gebeliği, %27.7'sinin 3-4 gebeliği, %6.3'ünün 5 ve üzeri gebeliği olduğu belirlenmiştir. Ortalama gebelik sayısı;  $2.246 \pm 1.308$  (min:1, max:10) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Er ve Şirin'in gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlilik güvenilirlik çalışmasında ortalama gebelik sayısı;  $1.812 \pm 0.899$  (min:1, max:5) olarak bulunmuştur (7).

Araştırma kapsamına alınan loğusaların, %76.3'ünün 1-2 yaşayan çocuğu olduğu, %21.3'ünün 3-4 yaşayan çocuğu olduğu, %2.3'ünün ise 5 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu saptanmıştır. Ortalama çocuk sayısının;  $1.873 \pm 1.023$  (min:1, max:6) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Taşpınar ve arkadaşlarının çalışmasında, gebelerin yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.29 olarak bulunmuştur (49). Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında, gebelerin yaşayan çocuk sayı ortalaması  $0.67 \pm 1.02$  olarak saptanmıştır (1). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların hayatta olan çocuklarının sayısı 2.4 olarak belirlenmiştir (3). Araştırma sonucumuz TNSA 2003 sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

Loğusaların %81.3'ünün hiç düşük yapmadığı, %18.7'sinin ise en az 1 düşük yaptığı saptanmıştır (Tablo 3).

Ökten ve Yıldızoğlu'nun 112 gebede gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma ile ilgili yaptığı araştırmada, gebelerin %24.1'inin abortus deneyimleri olduğu bulunmuştur ve araştırma sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (50).

Loğusaların ölü doğum yapma dağılımlarına bakıldığında; %96.7'sinin hiç ölü doğum yapmadığı, %2.7'sinin 1, %0.7'sinin ise 2 ölü doğum yaptığı görülmektedir (Tablo 3). TNSA 2003 raporuna göre, kadınların 0.1'inden azının ölü doğum yaptığı bulunmuştur (3).

Ökten ve Yıldızoğlu'nun çalışmasında, gebelerin %9.8'inin ölü doğum yaptığı bulunmuştur (50).

Loğusaların, %81'inin hiç kürtaj olmadığı, %13'ünün 1, %5'inin 2, %1'inin 3 ve üzeri kürtaj olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Özbaşaran ve arkadaşlarının Manisa Doğumevi'ne başvuran 150 gebede gebelerde anemi durumunun incelenmesi amacıyla yaptığı araştırmasında %77.3'ünün hiç kürtaj olmadığı, %23.7'sinin ise en az 1 kez kürtaj olduğu bulunmuştur (51). Ökten ve Yıldızoğlu'nun çalışmasında, gebelerin %81.2'sinin hiç kürtaj olmadığı, en az 1 kez kürtaj olan sayısı ise %18.8 olarak bulunmuştur (50). Araştırma sonuçları benzerlik göstermektedir.

Loğusaların evlenme yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında; %49'u 19 yaş ve altı, %38'si 20-24 yaş grubunda, %10.7'si 25-29 yaş grubunda, %2'si 30-34 yaş grubunda evlendiği belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan loğusaların, %61'ini 1-5 yıllık, %22'si 6-10 yıllık, %13.7'si 11-15 yıllık, %2.3'ü 16-20 yıllık, %1'inin 20 yıl ve üzeri evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Bakıcının çalışmasında 1-5 yıllık evliliği olanlar %66.6 oluşturmaktadır (18). Araştırma sonuçları gebeliklerin genellikle evliliklerin ilk yıllarında olduğunu

göstermektedir.

Loğusaların doğum yapma şekillerine göre dağılımlarına bakıldığında %43.3'ünün sezaryenle doğum, %38.3'ünün normal doğum, %18.3'ünün ise müdahaleli doğum yaptığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Sözeri ve arkadaşlarının Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran kadınların doğum şekli tercihleri ve tercih nedenlerini belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada kadınların %38.6'sının sezaryenle doğum yaptığı saptanmıştır (14).

Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre sezaryenle doğum oranı %21.2 iken bu oran hızla artmaktadır (3). Sezaryenle doğum oranları çalışmalarda yüksek bulunmuştur.

Sağlık Bakanlığı'nın uygulamakta olduğu döner sermaye yasasına göre sezaryenle doğumlardan uzman hekimler daha fazla döner sermaye puanı almaktadır, yapılan araştırmalarda sezaryenle doğum oranlarının yüksek çıkması uygulanmakta olan döner sermaye yasası ile ilişkilidir denilebilir.

Araştırma kapsamındaki loğusaların başka çocuğu olanlar %58.3, başka çocuğu olmayanlar ise %41.7'dir (Tablo 6).

Bakıcının çalışmasında başka çocuğu olanlar %47.7 olmayanlar ise % 52.3 olarak saptanmış ve sonuçların aynı paralellikte olduğu görülmektedir (18).

Araştırmaya katılan loğusaların, %87.3'ünün planlayarak, %12.7'sinin ise planlamadan gebe kaldığı saptanmıştır (Tablo 7).

Er ve Şirin'in çalışmasında %77'sinin isteyerek, Bakıcının yaptığı çalışmada %69'u isteyerek gebe kalmıştır (7, 18).

Loğusaların gebelik dönemlerinde problem yaşama ve yaşanan problemlerin dağılımına bakıldığında ise, %25'inin gebeliğinde problem yaşadığı, yaşanan problemlerin ise; %33.3 kanama, %33.3 düşük tehdidi, %25.4 aşırı bulantı kusma, %4 hipertansiyon, %4'ü anemi olduğu görülmektedir(Tablo 8). Sözeri ve arkadaşlarının 310 gebe üzerinde gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada gebelerin %28.6'sı gebeliğinde ağrılı veya ağrısız

kanama, %19.6'sı bulantı ve kusma sorunu yaşadığını belirtmiştir (61).

Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında %17.9 bulantı-kusma yaşandığı bulunmuştur (1).

Tablo 10 incelendiğinde; loğusaların %8'inin bir kronik hastalığının olduğu, %92'sinin bir kronik hastalığının olmadığı saptanmıştır.

Çebişli ve Şirin'in 300 gebe üzerinde primiparların doğum öncesi bakıma ilişkin uygulamalarının incelenmesi amacıyla yapılan çalışmada %94'ünün kronik bir hastalığının olmadığı, Çakmakçı ve Eser'in çalışmalarında ise %92.2'sinin sağlık sorunu yaşamadığı ve sonuçların aynı olduğu görülmektedir (1, 29).

Loğusaların doğum öncesi bakım konusunda bilgi alma durumları incelendiğinde ise %79.3'ünün bilgi aldığı, %20.7'sinin bilgi almadığı saptanmıştır.

Bakıcı çalışmasında gebelerin %62.7'sinin gebelik bakımı hakkında bilgi aldığını, Çebişli çalışmasında ise %64.6'sı bilgi aldığını belirtmiştir (18,29).

Bilgi alınan yerleri ise; %67.6 sağlık kuruluşu, %12.2 sağlık kuruluşu+televizyon+radyo, %6.8 arkadaş, akraba, %6.3 sağlık kuruluşu+arkadaş+akraba, %4.6 televizyon+radyo, %2.5 dergi+radyo oluşturmaktadır (Tablo 11).

Çebişli ve Şirin'in çalışmasında bu oranlar %43.9 sağlık kuruluşu, %15.9 televizyon-radyo, %3 dergi-gazete, %38.1 arkadaş-akraba olarak bulunmuştur (29). Oysa bilindiği gibi doğum öncesi bakım ve eğitim, annelerin ve doğacak bebeklerin sağlıklı olmalarını sağlayan en etkili sağlık hizmetidir. Sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimi daima, profesyonel sağlık personelinin uygulamalarının bir parçası olarak kabul edilmektedir (12).

## **4.2. LOĞUSALARIN GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ (GODE) PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ**

Gebelikte olumlu davranış envanteri alt alanları puan ortalamalarının dağılımı incelendiğinde; en fazla beslenme alt alanı ( $3.36\pm 1.71$ ), daha sonra giyim ( $3.32\pm 1.09$ ), izlem ( $2.72\pm 0.86$ ) ve sırayla alışkanlıklar ( $1.78\pm 0.65$ ), hijyen ( $1.73\pm 0.92$ ), uyku ve dinlenme ( $0.86\pm 0.68$ ), egzersiz ( $0.80\pm 0.72$ ), cinsel yaşam ( $0.77\pm 0.41$ ), meme bakımı ( $0.33\pm 0.47$ ) gelmektedir. Toplam envanter puanı  $15.71\pm 3.71$  olarak bulunmuştur (Tablo 12). Karaçam ve arkadaşlarının doğum sonrası 314 kadında yaptığı araştırmada da  $14.78\pm 3.08$  olarak bulunmuş ve çalışma bulguları ile benzer olduğu görülmektedir (52).

### **4.2.1 LOĞUSALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ (GODE) PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI**

Eğitim durumlarına göre envanter puan ortalamaları incelendiğinde; ilköğretim mezun olan loğusaların puan ortalamaları  $15.12\pm 3.50$ , lise ve üzeri eğitime sahip olanların puan ortalamaları  $17.53\pm 3.78$  olarak bulunmuş olup aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t:5.1, p<0.05$ ), (Tablo 13).

Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında da lise ve üzeri okul mezunu olanların tüm gebeliğe özgü olumlu davranış indeks skorları ilköğretim mezunu olanlara göre daha yüksektir (1). Çünkü eğitim faktörü hemen hemen her alanda olduğu gibi, bireylerin sağlık durumunda da direkt etkili bir etken olarak düşünülebilir.

Çalışma durumlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde, çalışan loğusaların puan ortalamaları çalışmayanlara oranla yüksektir ( $p<0.05$ ), (Tablo 13).

Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında gebelerin şu an çalışma durumları ile aldıkları

davranış skorları incelendiğinde; çalışmayan gebelerin tüm gebelik dönemine özgü olumlu davranış indeks skorları daha düşük saptanmıştır (1). Gebelik süresince bir çok kadın, iş yaşamını da sürdürmek zorundadır. Yasalarımız annelere doğum öncesi sekiz hafta, doğum sonrası sekiz hafta izin hakkı tanımaktadır (60). Gebelik ve loğusalık süresince kadının çalışma durumu, gebeliğini önemli ölçüde etkilemektedir. Kadın gebeliği tespit edildiğinde işyerine bildirmelidir. Oturarak ya da ayakta uzun sürede yapılması gereken işlerde, gebelere işyerlerinde dinlenme süreleri tanınmalıdır. Yapılan iş gebelik için risk oluşturuyorsa, görevini değiştirmesi ya da daha uygun koşullarda çalışması sağlanabilir (9).

Aile tipi çekirdek aile olanların envanter puan ortalamaları  $15.78 \pm 3.69$ , geniş aile olanları ise  $15.47 \pm 3.80$  olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t:0.60$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Loğusaların gelir durumuna göre gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamalarına bakıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t:1.73$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Gebeliği isteme durumlarına göre değerlendirildiğinde gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t:1.68$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 13).

Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarına göre gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $t:0.13$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo13).

Tablo 13 'de loğusaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamalarına bakıldığında aralarında anlamlı bir istatistiksel fark yoktur ( $t:-0.00$ ,  $p>0.05$ ).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumlarına göre loğusaları gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları incelediğinde; arasındaki puan ortalamaları farkının istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t:0.61$ ,  $p>0.53$ ) (Tablo 13).

Loğusalar gebelik sayılarına göre gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları incelendiğinde; gebelik sayısı ikiden fazla olanların puan ortalamaları  $14.76 \pm 3.69$ , gebelik sayısı iki ve altında olanların puan ortalamaları  $16.19 \pm 3.63$  olarak

saptanmış, aralarında istatistiksel olarak fark bulunmuştur ( $t:-3.21$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 13). Gebelik sayısı arttıkça olumlu davranış skorları azalmakta, gebelik sayıları azaldıkça olumlu davranış skorları artmaktadır.

Kadınlar, gebelik sayısı arttıkça doğum öncesi dönemde kendi sağlıklarına daha az önem gösteriyor denilebilir.

Sahip olunan çocuk sayısına göre gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları incelendiğinde; ikiden çok çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $14.39\pm3.16$ , bir ve iki çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $16.11\pm3.78$  olarak bulunmuş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t:-3.47$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 13). Gebelik sayısı nasıl ki arttıkça alınan skor puan azalıyorsa sahip olunan çocuk sayısı da arttıkça puan ortaması azalmaktadır.

Loğusaların eşlerinin eğitim durumları ve gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi ilköğretim olanlar  $15.29\pm3.53$ , eğitim düzeyi lise ve üzeri olanların puan ortalaması  $16.81\pm3.69$ 'dır, ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $t:3.13$ ,  $p<0.05$ ), (Tablo 13). Çakmakçı ve Eser'in çalışmasında, eşleri lise ve üzeri okul mezunu olan gebelerin, tüm gebelik dönemlerine özgü ve II. trimestere özgü aldıkları olumlu davranış skorları, eşleri ilköğretim okulu olan gebelere göre daha yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (1).

Er ve Şirin'in çalışmasında eşleri üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile eşleri lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip gebeler ve eşleri lise ve dengi okul mezunu olan gebeler ile ortaokul mezunu olan gebeler arasında gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (7). Yapılan çalışmaların sonucunda, sağlığın korunması ve sürdürülmesinde gebelerin eğitimi kadar eşlerinin eğitiminin de önemli olduğu söylenebilir.

#### **4.2.2 GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ PUAN SKORLARINI AÇIKLAYAN MULTİPLE REGRESYON MODELLERİ**

Yapılan çok değişkenli analizlerde loğusaların eğitim düzeyleri arttıkça ve

gebelik sayıları azaldıkça, gebelikte olumlu davranış envanteri puan skorlarında artmaktadır ( $p<0.05$ ) (Tablo 14). Çakmakçı ve Eser'in araştırmasında da eğitim düzeyi arttıkça olumlu davranış indeks skorları artmıştır ( $p<0.05$ ).

### **4.3 LOĞUSALARIN ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ**

Loğusaların toplam öz-bakım gücü puan ortalaması  $100.34\pm 17.15$  olarak bulunmuştur (Tablo 15).

Nahçıvan sağlıklı adölesanlarla yaptığı araştırmada gençlerin öz-bakım gücü puan ortalamasını  $93.54\pm 17.40$  (15), Yazıcı anneler üzerinde yaptığı çalışmada öz-bakım gücü puan ortalamasını  $103.23\pm 12.2$  (11), Pasinlioğlu yaptığı çalışmada gebelerin öz-bakım gücü puan ortalamasını  $92.46\pm 11.71$  (10), Süzek ve arkadaşı çalışmasında sağlık yüksek okulu öğrencilerinde öz-bakım gücü puan ortalamasını  $96.6\pm 18.2$  (54), Sayan çalışan kadınlar üzerindeki yaptığı çalışmada öz-bakım gücü puan ortalamasını  $79.27\pm 14.5$  (19), Altun ve arkadaşları sağlık yüksek okulu öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada  $99.19\pm 17.14$  (23), Altıparmak çalışmasında  $80.3\pm 10.2$  (47), Aslan çalışmasında adölesan gebelerde öz-bakım gücü puan ortalamasını  $76.38\pm 19.91$  (33), Akduman ve arkadaşları sağlıklı ergenlerin öz-bakım gücü ortalamasını  $95.63$  (57), Bakoğlu ve arkadaşının yaptığı araştırmada hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücü puan ortalaması  $98.9\pm 20.1$  (56), Tortumluoğlu ve arkadaşlarının gebelerin aile ortamını algılamaları ve öz-bakım gücü arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada öz-bakım gücü puan ortalamasını  $86.80\pm 24.30$  olarak bulmuştur(58).

Araştırma sonuçları Nahçıvan, Sayan, Akduman ve arkadaşları, Altıparmak, Bakoğlu, Tortumluoğlu ve Aslan'ın sonuçlarıyla karşılaştırıldığında loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları yüksek bulunmuştur.



### 4.3.1 LOĞUSALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE GÖRE ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Loğusaların yaş gruplarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; 26 yaş ve altı yaş grubunda olan loğusaların puan ortalamaları  $99.44 \pm 16.35$ , 27 yaş ve üzeri grubunda olan loğusaların puan ortalamaları  $101.64 \pm 18.23$  olup yaş grupları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t = -1.09$ ,  $p > 0.05$ ), (Tablo 16).

Altıparmak'ın 269 gebede sosyo-demografik özellikler, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi üzerine yaptığı araştırmasında, gebelerin yaşı ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ), (47).

İlköğretim mezunu olan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $108.61 \pm 13.93$ , lise ve üzeri eğitime sahip olanların puan ortalamaları  $97.68 \pm 17.28$  olarak bulunmuş olup aralarındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t: 5.1$ ,  $p < 0.05$ ), (Tablo 16).

Pasinlioğlu'nun 30 gebe üzerinde gebelerin öz-bakım gücü ve öz-bakım gücünü artırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi araştırmasında gebelerin eğitim durumu ile öz-bakım gücü arasında çok önemli ilişki bulunmuştur ( $p < 0.05$ ) (10). Yazıcı'nın annelerde yaptığı araştırmada eğitim durumu ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ( $p < 0.05$ ) (11). Altıparmak'ın gebeler üzerindeki araştırmasında da eğitim ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark vardır (47).

Çalışma durumlarına göre öz-bakım gücü puan ortalamalarını incelediğimizde çalışan loğusaların puan ortalamaları  $99.01 \pm 17.00$ , çalışmayanların ise  $107.33 \pm 16.38$  olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $t: -3.124$ ,  $p < 0.05$ ) (Tablo 16).

Altıparmak'ın gebeler üzerindeki araştırmasında da, çalışma durumu ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark vardır ( $p < 0.05$ ), (47). Bu çalışma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmayan kadınların, çalışan kadınlara göre daha fazla zamanları olduğu

düşünülürse kendilerine karşı daha duyarlı oldukları söylenebilir.

Sosyal güvencesi olan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $100.55 \pm 16.94$ , olmayanların ise  $98.58 \pm 19.07$ 'dir, aralarındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $t:0.605$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Altıparmak'ın gebeler üzerindeki araştırmasında sosyal güvence varlığı ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ) (47). Pasinlioğlu'nun araştırmasında gebelerin sosyal güvencesi ile öz-bakım gücü arasında çok önemli ilişki bulunmuştur (10). Sağlık güvencesinin bulunmasının sağlık bakımın olumlu yönde etkileyen bir gerçek olduğu kesindir ancak her iki çalışmada da sosyal güvencesi olmayan birey sayısının çok az olması sonuçları etkilemiş olabilir.

Aile tipi çekirdek aile olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $100.69 \pm 16.99$  aile tipi geniş aile olanların ise  $99.27 \pm 17.70$  olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t:0.61$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Gelir durumuna göre öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında geliri giderden az olanların  $100.67 \pm 16.96$ , geliri gidere denk olanların  $100.05 \pm 16.54$ , geliri giderden fazla olanların ise  $100.36 \pm 19.60$  olarak bulunmuş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $t:0.041$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

İsteyerek gebe kalan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $100.62 \pm 17.39$ , istemeden gebe kalanların ise  $98.42 \pm 15.46$  olarak bulunmuş ve ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t:0.74$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarına göre aldıkları öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında; gebeliğinde problem yaşayanların  $99.53 \pm 18.59$ , yaşamayanların ise  $100.61 \pm 16.67$  puan ortalamasına sahip olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $t:-0.47$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre aldıkları öz-bakım gücü puan ortalamalarına bakıldığında aralarında istatistiksel olarak fark yoktur ( $t:1.43$ ,  $p>0.05$ ). Kronik bir hastalığa sahip olanların  $105.16 \pm 18.09$  iken kronik hastalığı olmayanların  $99.92 \pm 17.03$ 'tür (Tablo 16).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumlarına göre loğusalar incelendiğinde; gebelik bakımı konusunda bilgi alanların öz-bakım gücü puan

ortalaması  $100.89 \pm 17.15$ , almayanların ise  $98.25 \pm 17.11$  olarak bulunmuş ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ( $t:1.07$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Loğusalar gebelik sayılarına göre incelendiğinde; gebelik sayısı ikiden fazla olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $99.50 \pm 17.49$ , gebelik sayısı iki ve altında olanların puan ortalamaları  $100.78 \pm 17.00$  olarak saptanmış, aralarında istatistiksel olarak fark anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $t:-0.61$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Altıparmak'ın gebeler üzerindeki araştırmasında da gebelik sayısı ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ) (47). Bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir.

Sahip olunan çocuk sayısına göre incelendiğinde ikiden çok çocuğa sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları  $97.59 \pm 15.77$ , bir ve iki çocuğa sahip olanların puan ortalamaları  $101.20 \pm 17.50$  olarak bulunmuş, aralarında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $t:-1.55$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 16).

Pasinlioğlu'nun araştırmasında gebelerin çocuk sayısı ile öz-bakım gücü arasında çok önemli ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (10). Bu çalışma ile benzerlik göstermemektedir.

Loğusaların eşlerinin eğitim durumları ve öz-bakım gücü puan ortalamaları karşılaştırıldığında eğitim düzeyi ilköğretim olanlar  $98.46 \pm 17.04$ , eğitim düzeyi lise ve üzeri olanların puan ortalaması  $105.34 \pm 16.50$ 'dir, ortalamalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $t:3.21$ ,  $p<0.05$ ) (Tablo 16).

Altıparmak'ın gebeler üzerindeki araştırmasında da eşlerin eğitim düzeyi ve öz-bakım gücü arasında anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ) (47).

### **4.3.2 ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN SKORLARINI AÇIKLAYAN MULTİPLE REGRESYON MODELLERİ**

Yapılan çok değişkenli analizlerde loğusaların eğitim düzeyleri arttıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının azaldığı, eğitim düzeyi azaldıkça öz-bakım gücü puan ortalamasının arttığı görölmektedir ( $p<0.05$ ) (Tablo 17).

### **4.4 LOğUSALARIN GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ ENVANTERİ ALT ALANLARI VE ÖZ-BAKIM GÜCÜ PUAN SKORLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Gebelikte olumlu davranış envanteri alt alan puanları ve öz-bakım gücü incelendiğinde; beslenme, hijyen, meme bakımı, egzersiz, uyku ve dinlenme alt alanları ile öz-bakım gücü arasında zayıf ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 18).

## BÖLÜM V

### 5.1. SONUÇ

Loğusaların tüm gebelikleri boyunca bakımlarına yönelik davranışlarını belirlemek ve öz-bakım güçlerini ölçmek amacıyla planlanan ve uygulanan araştırmanın sonuçları genel olarak incelendiğinde;

Araştırma kapsamına alınan loğusaların gebelikte olumlu davranış envanteri toplam puan ortalaması  $15.71 \pm 3.71$ , öz-bakım gücü toplam puan ortalaması  $100.34 \pm 17.15$  olarak belirlenmiş olup toplam envanter puanı ve toplam öz-bakım gücü puanı düzeyleri farklı gruplar üzerinde yapılan araştırmalarla karşılaştırıldığında her iki puan ortalamasının da yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmadan elde edilen bulgularda, loğusaların eğitim durumu, çalışma durumu, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı ve eşlerinin eğitim durumunun gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamasını etkilediği, loğusaların eğitim durumu, çalışma durumu ve eş eğitim durumunun öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilediği ve bu sonuçların araştırma hipotezini desteklediği görülmüştür.

Loğusaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı incelendiğinde; %33.3'ünün 20-24 yaş grubunda, %49.3'ünün ilkokul mezunu, %84'ünün ev hanımı olduğu belirlenmiştir.

Loğusaların %89.7'sinin her hangi bir sosyal güvencesinin olduğu, %80.6'sının çekirdek aileye sahip olduğu, %45'inin gelirlerinin giderlerine denk algıladığı bulunmuştur.

Loğusaların eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımlarına bakıldığında, eşlerin %48'inin ilkokul düzeyinde eğitim aldıkları, %56.7'sinin işçi olduğu belirlenmiştir.

Loğusaların obstetrik özelliklerine göre dağılımına bakıldığında, gebelerin %66'sının 1-2 gebeliği olduğu, %76.3'ünün 1-2 yaşayan çocuğu olduğu, %81.3'ünün hiç düşük yapmadığı, %96.7'sinin hiç ölü doğum yapmadığı, %81'inin hiç kürtaj olmadığı belirlenmiştir.

Evlenme yaşlarına göre dağılımlarına bakıldığında büyük bir çoğunluğunun

(%49) 19 yaş ve altı, %61'inin 1-5 yıllık evlilik süresine sahip olduğu saptanmıştır.

Loğusaların çoğunluğunun sezaryenle doğum yaptığı (%43), başka çocuğu olduğu (%58.3), planlayarak gebe kaldığı (%87.3), %25'inin gebeliğinde problem yaşadığı, gebelikte yaşanan problemlerin çoğunlukla kanama ve düşük tehdidi olduğu (%33.3), doğum esnasında sorun yaşadığı (%7.3), şiddetli ağrının yaşanan sorunlar içerisinde en fazla olduğu (%50) belirlenmiştir.

Loğusaların %79.3'ünün gebelik bakımı konusunda bilgi aldığı, en çok bilgi alınan yerin sağlık kuruluşu (%67.6) olduğu saptanmıştır.

Loğusaların gebelikte olumlu davranış envanteri toplam puanı  $15.71 \pm 3.71$  olarak bulunmuştur.

Loğusaların yaş gruplarına göre envanter puan ortalamalarına bakıldığında; gruplar arasında puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Eğitim durumlarına göre envanter puan ortalamaları incelendiğinde ise; eğitim grupları arasında puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.05$ ). Eğitim düzeyi arttıkça envanter puan ortalamasının da arttığı görülmüştür.

Loğusaların çalışma durumlarına göre puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunurken ( $p < 0.05$ ), sosyal güvencesi olan ve olmayan loğusaların puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Aile tipinin envanter puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Gelir durumuna göre puan ortalamalarına bakıldığında; envanter puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ).

Gebeliği isteme durumlarına göre değerlendirildiğinde; envanter puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ) Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarının; envanter puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Loğusaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarına göre aldıkları puan ortalamaları ile; envanter puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ( $p > 0.05$ ).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumlarına göre loğusaların puan ortalamaları incelendiğinde; bilgi alma durumlarının envanter puan ortalamalarını etkilemediği saptanmıştır ( $p > 0.05$ ).

Loğusaların gebelik sayılarının envanter puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Loğusalar sahip oldukları çocuk sayısına göre incelendiğinde; envanter puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Loğusaların eşlerinin eğitim durumları ve gebelikte olumlu davranış envanteri puan ortalamaları karşılaştırıldığında, eşlerin eğitim düzeyi ile envanter puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ( $p<0.05$ ).

Loğusaların toplam öz-bakım gücü puan ortalaması  $100.34\pm 17.15$ 'dir.

Loğusaların yaş grupları ve öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

İlköğretim mezunu olan loğusaların puan ortalamaları ile lise ve üzeri eğitime sahip olanların puan ortalamaları ile öz-bakım gücü puanı arasındaki farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Çalışma durumunun öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilediği saptanmıştır ( $p<0.05$ ).

Sosyal güvencesi olan loğusaların öz-bakım gücü puan ortalamaları ile olmayanların öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Aile tipinin öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Loğusaların gelir durumlarını algılamaları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Gebeliği isteme durumunun öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Loğusaların gebelikte problem yaşama durumlarının öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Loğusaların kronik bir hastalığa sahip olma durumlarının öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Gebelik bakımı konusunda bilgi alma durumları ile öz-bakım gücü puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ( $p>0.05$ ).

Gebelik sayısının öz-bakım gücü puan ortalamasını etkilemediği saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Sahip olunan çocuk sayısına göre öz-bakım gücü puan ortalamaları incelendiğinde ikiden fazla çocuğa sahip olanların öz-bakım gücü puan ortalamaları ile bir ve iki çocuğa sahip olanların puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır ( $p>0.05$ ).

Loğusaların eşlerinin eğitim durumlarının öz-bakım gücü puan ortalamalarını etkilemediği bulunmuştur ( $p<0.05$ ).



## 5.2. ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar ışığında; loğusaların tüm gebelik dönemine özgü olumlu davranışlarını arttırmak ve öz-bakım güçlerini yükseltmek, kendilerine ve bebeklerine daha iyi bakım vermelerini sağlamak, böylece toplum sağlığını iyi bir düzeye getirmek için;

- Gebelikte olumlu davranışların önemi konusunda ebe-hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanması; doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne ve bebeğin sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarının arttırılması,
- Aile planlaması ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması,
- Ülkemizde gebelere ve ailelerine yönelik “prenatal eğitim programlarının” yaygınlaştırılarak doğum öncesi hazırlık sınıflarının öneminin vurgulanması, çiftlerin ebeveynliğe hazırlanmasının sağlanması, gebelerin eşlerinin de bilgilendirilerek bu programlara katılımının sağlanması,
- Toplum içinde kadına verilen değer ve öz-güvenin arttırılmasına yönelik çalışmaların yapılması,
- Hemşirelerin hasta yada sağlam bireyin gereksinimlerini karşılamada öz-bakım gücünün önemini göz önünde bulundurmaları, kişiye özgü bazı özelliklerin iyi tanınması, öz-bakım gücü ile ilişkilerin araştırılması ve eksiklikler doğrultusunda hemşirelik yardımının planlanması konusunda yönlendirilmeleri,
- Benzer araştırmaların değişik sosyoekonomik düzeydeki ve daha geniş gruplarla tekrarlanması,
- Araştırmada loğusaların gebelikleri boyunca bakım konusunda bilgi almada kitle iletişim araçlarından, sağlık dışındaki bireylerden yararlanmaları nedeniyle basın ve yayın organlarının doğum öncesi bakım programlarını hazırlayıp yayınlarak halkın eğitiminin sağlanması,

- Mezun olmuş sağlık personeli için konu ile ilgili hizmet içi eğitim programları düzenlenmesi sağlanmalıdır.

## EK AÇIKLAMALAR

### GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ (GODE) ANKET DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ

Arş. Gör. Aynur Çakmakçı - Doç. Dr. Erhan Eser

#### **İZLEM: (TOPLAM MAX PUAN:5)**

1. Şu anki gebeliğini biri izledi ise 1 puan,  
izlenmiyorsa 0 puan,
2. İzlem sayısı Sağlık Bakanlığı kriterlerine uygunsa /yeterli ise 0.5 puan,  
yeterli değil ise 0 puan,
3. En son gittiği tarih Sağlık Bakanlığı kriterlerine uygunsa /yeterli ise 0.5 puan  
yeterli, değil ise 0 puan,
4. Daha önceki gebeliklerinde izlendiyse 1 puan,  
İzlenmediyse 0 puan,  
İlk gebelik ise iptal
5. Aşı olma durumu tam yeterli ise 1 puan,  
eksik aşıyla yada aşısız ise 0 puan.
6. Kan hapı (demir) aldı ise 0 puan,  
suyula yemeklerden 2 saat önce yada sonra aldı ise 1 puan,

#### **BESLENME: (TOPLAM MAX PUAN:7)**

7. Süt ve sıvı gıdaları arttırdıysa 1 puan,  
arttırmadıysa 0 puan,  
Son trimesterde tuzu azaltıp, suyu ve sıvı gıdaları arttırdıysa 1 puan,  
tuzu azaltmamış, suyu sıvı gıdaları arttırmışsa 0.5 puan.
8. ve 9. Gebelikte aldığı kilo, ayına göre uygun ve yeterli ise 1 puan,  
değil (eksik yada fazla ise) 0 puan,
10. Ayda aldığı kiloyu biliyorsa 1 puan,  
bilmiyorsa 0 puan,
11. Tuz kısıtlaması yapmadı ise 0 puan,  
biraz kısıtladı ise 0.5 puan,  
oldukça kısıtlamışsa 1 puan,
12. Düzenli değil, bazen 3 ana öğün bazen farklı ise 0 puan,  
3 ana öğün, 3 ara öğün ve atıştırma şeklinde ise 1 puan,
13. Çay içme alışkanlığı değişti ise azalmışsa 1 puan,  
gebelik öncesi de içmiyor şimdi de içmiyorsa 1 puan,  
çay içme alışkanlığı değişmemiş aynı içiyorsa 0 puan,

14. Kahve içme alışkanlığı değişti ise azalmışsa 1 puan,  
gebelik öncesi de içmiyor şimdi de içmiyorsa 1 puan,  
kahve içme alışkanlığı değişmemiş aynı içiyorsa 0 puan,

**HİJYEN: (TOPLAM MAX PUAN:3)**

15. Gebelik öncesi banyo alışkanlığı iyi/yeterli gebelikte de  
yeterli ise 1 puan, arttırdıysa (Örn:haftada 2-3 kez üstü) 1 puan,  
yetersiz yada azaldı ise 0 puan,  
16. Banyo yapma şekli ayakta ise 1 puan,  
gebelikte de oturarak değişmemiş ise 0 puan,  
gebelik öncesi ayakta gebelikte de ayakta ise 1 puan,  
17. Gebelik öncesi dış fırçalama alışkanlığı (günde 2 kez ve üzerinde) iyi gebelikte  
de yeterli ise 1 puan,  
gebelik öncesine göre azaldıysa 0 puan,  
arttırdıysa 1 puan,

**MEME BAKIMI: (TOPLAM MAX PUAN:1)**

18. Günlük meme bakımını yapıyorsa 1 puan,  
yapmıyorsa 0 puan.

**GİYİM: (TOPLAM MAX PUAN:6)**

19. Yüksek topuklu ayakkabı giyiyorsa 0 puan,  
alçak topuklu ayakkabı giyiyorsa 0.5 puan,  
düz tabanlı rahat ayakkabıları tercih ediyorsa 1 puan,  
20. Sütyen seçimi değişti (evet demişse) 1 puan,  
değişmemişse 0 puan,  
21. Bilekte kısa çorap tercih ediyorsa 0 puan,  
lastikli külotlu çorap ise 1 puan,  
evde lastiği sıkmayan kısa çorap, ama dışarıya çıkarken lastikli külotlu çorap 0.5  
puan,  
22. Bol rahat sıkmayan giysiler tercih etti ise 1 puan,  
dar kemerli sıkı giysiler, pantolon giydi ise 0 puan,  
23. Her zaman pamuklu iç çamaşırı giydi ise 1 puan,  
her türden, sentetik, naylon fark etmez diyorsa 0 puan,  
24. Ara bezi kullanıyorsa 0 puan,  
hijyenik kadın bağı (ped) kullanıyorsa 1 puan,

**ALIŞKANLIKLAR: (TOPLAM MAX PUAN:4)**

25. Gebelik öncesi sigara içmiyorsa iptal,  
önce içiyorken, gebeyken bırakmışsa 1 puan,  
gebeliket içmeye devam etti ise, ara –sırada da olsa 0 puan,
26. Gebelik öncesi alkol almıyorsa iptal,  
önce alkol içiyorken, gebeyken bırakmışsa 1 puan,  
gebelikte alkol içmeye devam etti ise, ara –sırada da olsa 0 puan,
27. Gebelikte reçetesiz ilaç aldı ise /bazen aldı ise 0 puan,  
reçetesiz ilaç kullanmadı ise 1 puan,
28. Röntgen çektirdiyse 0 puan,  
çektirmediyse 1 puan,

**EGZERSİZ: (TOPLAM MAX PUAN:2)**

29. Gebelikte egzersiz yaptı ise 1 puan,  
yapmadı ise 0 puan,
30. Gebeliğinde dizlerini kırarak eğildi ise 1 puan,  
dizlerini kırmadan eğildi ise 0 puan.

**UYKU-DİNLENME-AĞIR İŞLER: (TOPLAM MAX PUAN:2)**

31. Gebeliğinde uyku alışkanlığı arttırdı yada değişmedi ise 1 puan,  
azaltmışsa 0 puan,
32. Gebelik döneminde ağır iş yaptı ise 0 puan,  
Yapmadı ise 1 puan,

**SEYAHAT: (TOPLAM MAX PUAN:1)**

33. Gebeliğinde seyahat etti ise 0 puan, gebeliğinde seyahat etmedi ise 0 puan,

**CİNSEL İLİŞKİ: (TOPLAM MAX PUAN:1)**

34. Cinsel ilişki sıklığı gebelik öncesine göre artmışsa 0 puan,  
azalmışsa 1 puan,  
değişmemişse 0 puan.

## KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Çakmakçı A., Eser E. Gebelikte olumlu davranış envanteri: Bir metodolojik çalışma, Hemşirelik Forumu, 2003, 6:3, 8-18.
2. Pasinlioğlu T. Gebelerde uygulanan sağlık eğitiminin başarısı ile gebelerin bireysel özellikleri arasındaki ilişki, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Atatürk Üniversitesi H.Y.O, 22-24 Haziran 1999, Erzurum, 125-128.
3. T.C. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi, Ankara, 2004, ss:33-42,45-59,91-95,99-106,119-129.
4. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Manisa Nüfus Sağlık Araştırması 2005. Yedikardeşler Form Ofset, 2007, Manisa.
5. Kocatürk U. Gebenin Kitabı, Sevinç Matbaası, 1983, Ankara.
6. Taşpınar A., Özbaşaran F., Bolsoy N. Manisa ili horozköy sağlık ocağı bölgesinde bulunan gebelerde risk faktörlerinin saptanması, 1. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi Kitabı, Baran Ofset, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 29-31 Mart 2001, Ankara.
7. Er S., Şirin A. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi, 19-22 Nisan 2007, Ankara, Sözel Bildiri.
8. Demirkıran F. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitim Etkinlikleri, Maternal Mortalite ve Morbidite Sempozyum Kitabı: İstanbul, 1999, ss:45-55.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

9. Taşkın L. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği: VI. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2003, ss:67-80.
10. Pasinlioğlu T. Gebelerin öz-bakım gücü ve öz-bakım gücünü arttırmada hemşirenin eğitici rolünün etkisi, V. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 2-4 Temmuz, İzmir, 1997, 135-49.
11. Yazıcı S. Annelerin Öz-bakım Gücü, Sağlıklı Bebeklerin Bakım Sorunlarını Çözme Becerileri ve Bu Süreçte Hemşirenin Eğitici Rolünün Etkisi. İst. Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik A.D., İstanbul, 1995.
12. .... "Türkiye Kadın Profili Araştırması", Organarama, Organon İlaçları A.Ş Tıp ve Sağlık Dergisi, Sayı:2, Esin Ofset Matbaacılık, 2001, İstanbul.
13. Eğri M., Öztürk Y., Çetinkaya F., Kişioğlu N. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Kadın Doğum Polikliniğine başvuran gebelerin değerlendirilmesi, IV. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 12-16 Eylül 1994, Didim-İzmir.
14. Sözeri C., Şahin S., Cevahir R., Semiz O. Sakarya Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesi'ne başvuran kadınların doğum şekli tercihleri ve tercih nedenleri, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, Ankara, 19-22 Nisan 2007, 279.
15. Nahçıvan (Özkan) N. Sağlıklı Gençlerde "Öz-bakım Gücü" ve Aile Ortamının Etkisi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana bilim Dalı yayınlanmış doktora tezi, İstanbul, 1993.
16. Simmons S. J. The health-promoting self-care system model: Direction for nursing research and practice. Journal of Advanced Nursing, 1990, 15: 1162-1166.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

17. Aretakis D. Teen Pregnancy “Community Healt Nursing” Ed by M Stanhope, J Lancaster, Mosby Year Book, St. Louis, 4 th Ed, 665-79, 1996.
18. Bakıcı A. Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi , Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 1999, 9-10, 30-35.
19. Sayan A., Erci B. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, 22-24 Haziran 1999, Erzurum, 1999, 427-33.
20. Koziar B., Erb G., Balis K. Fundamentals of nursing: Concepts, process and practice, Addison Wedlwy Longman 5 th ed, California: 1998, 51-87.
21. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice, 2th ed, Mc Grow-Hill Book Company, New York, 1980.
22. Orem DE. Nursing: Concept of Practice, 4 th ed, Mosby Year Book, St. Louis, 1991.
23. Altun İ., Özdemir S., Ersoy N. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin kişisel değerlerinin öz-bakım güçlerine etkisi, VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, 22-24 Haziran 1999 Erzurum, 1999, 366-71.
24. Kızılkaya N. Orem’in öz-bakım modeli doğrultusunda yaşlı bir bireyin bakım planı örneği, Hemşirelik Bülteni, 1993, 6 (27): 35-41.
25. Velioğlu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alas Ofset Matbaası İstanbul, 1999 323-46.



### **KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)**

26. Birol L. Hemşirelik Süreci Hemşirelik Bakımında Sistematik Yaklaşım, Genişletilmiş 4. Baskı, Bozkaya Matbaacılık, İzmir, 2000, 70: 3.
27. Mete S. K. Kadınların doğum öncesi bakım almama nedenleri, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı., Sivas Kültür Merkezi, 24-26 Haziran, Sivas, 1992, 509-516.
28. Özbaşaran F., Yanikkerem E. Doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumlarının değerlendirilmesi, Sendrom, 2004, 50-56.
29. Çebişi A., Şirin A. Primiparların doğum öncesi bakıma ilişkin uygulamalarının incelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14:3, 215-227, 1998.
30. Farrer H. Maternity-Care: Churchill Livingstone, Melbourne, 1992, pp:88-89.
31. Aggeleton P, Chalmers H. Orem's self-care models, Nursing Times, 1985, Jan. 2: 36-9.
32. Williams. Doğum Bilgisi, 17. Baskı Güneş Kitabevi, Ankara: 1989. 224-258, 265-275.
33. Aslan B. D. Adölesan Gebelerin Öz-bakım Gücünün İncelenmesi , Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya, 2001, 33-47.
34. Pritchard J., McDonald P., Noprman F. Willams Obstetrics, Appleton Century Crofts, pp:310-331, 1989.
35. Weingold A. Prenatal Care Clinical Obstetrics , Vol:2, Chap 12, pp:1-13.

## KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

36. Jenson M.D., Bobakl I.M. Maternity and Gynecolojik Care St. Louis Mosby Company 1985, pp:332-349, 371-400.
37. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Güvenli Annelik, T.C Sağlık Bakanlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2007, 50-53.
38. Fenwick E. Johson Book of Mother and Baby Care. Darling Kindersley, 1990, pp:10,43-47, 50-53.
39. Demirkaya B. Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yenidoğan Üzerine Etkileri, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004, 43-52.
40. Üstünsöz A. Gebelerin doğum öncesi bakım almama nedenleri, Gülhane Tıp Dergisi, 2005, 47:156-158.
41. Dennis CM. Self-care deficit theory of nursing concepts and applications, Mosby-Year, Inc. SE. Louis: Missouri, 1997.
42. Frey MA. and Denyes MJ. Healt and illness self-care in adolescents with IDDM: a test of Orem's teory "Advances in nursing science self-care" Ed by PL Chinn, 1989, 12(1): 67-75.
43. Özer M. Huzurevinde ve Aile Ortamında Yaşayan Yaşlıların Öz-bakım Gücü ve Yaşam Doyumunu İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.

## **KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)**

44. Sayan A. Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları ile Öz-bakım gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Ana bilim Dalı yayınlanmış doktora tezi, Erzurum, 1998.
45. Foster PC. Nursing theory the base for professional nursing practice, Second Edition, Prontice Hole, Newcersy, 1985, 124-137.
46. Taşçı E. Hiperemezis Gravidarum Tanısı Alan ve Almayan Gebelerin Evlilik Uyum Düzeylerinin Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2004, ss:93-98.
47. Altıparmak S. Gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz-bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006, 5 (6): 416-22.
48. Ünsal Ş. Gebelerde ve Eşlerinde Aile Dinamiklerinin İncelenmesi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2003, ss:218-229.
49. Taşpınar A., Bolsoy N., Kaya F., Şirin A., Şirin G. Çanakkale’de gebe kadınların fiziksel şiddete uğrama durumlarının incelenmesi, 4 Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı, 20-23 Nisan 2005, Ankara, ss:266.
50. Ökten Ş., Yıldızoğlu İ. Gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları, Hemşirelik Forumu, Kasım-Aralık 2001, Cilt:4, Sayı: 6.
51. Özbaşaran F., Bolsoy N. Manisa Doğum Evine başvuran gebelerde anemi durumunu incelenmesi, Hemşirelik Forumu, Haziran 1999, Cilt:2, Sayı: 3.

### **KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)**

52. Karaçam Z., Önel K., Gerçek E. Planlanmamış gebeliklerin anne sağlığına etkisi: olgu kontrol çalışması, 5. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı, 18-22 Nisan 2007, 279.

53. Timur S., Bekar M. Kadınların aile planlaması yöntemi kullanma durumu ile öz-bakım gücü arasındaki ilişki, Atatürk Üniv., Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt:9, Sayı:2, 2006, 36-44.

54. Süzek H., Çakmak O. Muğla Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sosyo-demografik özelliklerinin öz-bakım güçlerine etkisinin belirlenmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, [www.insanbilimleri.com](http://www.insanbilimleri.com), 18.10.2004.

55. Healty People Library Project, Having healty babies: The science inside, Published 2003, New York Avenue, NW Washington: DC 2005, 17-19.

56. Bakoğlu E., Yetkin A. Hipertansiyonlu hastaların öz-bakım gücünün değerlendirilmesi, C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2000, 4(1): 41-49.

57. Akduman S., Bolışık B., Sönmez S. Sağlıklı ergenlerin öz-bakım güçlerinin incelenmesi, Hemşirelik Forumu, Ocak-Şubat 2004, Cilt:7, Sayı: 1.

58. Tortumluoğlu G., Okanlı A., Erci B. Gebelerin aile ortamını algılamaları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişki, Atatürk Üniv., Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2003, Cilt:6, Sayı:1.

59. Reece A., Hobbins J., Clinical Obstetrics, The fetus and mother, Blachvell Publishing Ltd., Third edition 2007, 4-24.

### **KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)**

60. [www.mumcu.com.tr](http://www.mumcu.com.tr), 20.05.2007.

61. Sözeri C., Cevahir R., Şahin S., Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:1, Sayı:2, 2006, 92-104.

62. Demirci H., Çoban A., Özbaşaran F. Gebe kadınların beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 22 (Özel Sayı), 2005, 149-160.

**(EK 1)**  
**ANKET FORMU**  
**SOSYODEMOĞRAFİK ÖZELLİKLER**

- 1- Kaç yaşındasınız?.....
- a- 19 yaş ve altı
  - b- 20-25
  - c- 26-30
  - d- 31-35
  - e- 35 ve üzeri
- 2- Kaç yıllık evlisiniz?
- a-1-5 yıl
  - b-6-10 yıl
  - c-11-15 yıl
  - d-16-20 yıl
  - e-20 yıl ve üstü
- 3- Eğitim durumunuz nedir?.....
- a-Okur-yazar değil
  - b- Okur-yazar
  - c- İlkokul mezunu
  - d- Ortaokul mezunu
  - e- Lise ve dengi okul mezunu
  - f- Ön lisans mezunu
  - g- Lisans mezunu
  - h- Yüksek lisans/doktora mezunu
- 4- Mesleğiniz nedir?.....
- a- Ev hanımı
  - b- İşçi
  - c- Memur
  - d- Esnaf
  - e- Diğer.....
- 5- Eşiniz kaç yaşında?.....
- a- 19 yaş ve altı
  - b- 20-25
  - c- 26-30
  - d- 31-35
  - e- 35 ve üzeri
- 6- Eşinizin eğitim durumu nedir?.....
- a- İlkokul mezunu
  - b- Ortaokul mezunu
  - c- Lise ve dengi okul mezunu
  - d- Fakülte/Yüksekokul mezunu
  - e- Diğer.....
- 7- Eşinizin mesleği nedir?.....

- a- Çalışmıyor
  - b- İşçi
  - c- Memur
  - d- Esnaf/Zanatkar
  - e- Çiftçi
  - f- Diğer.....
- 8- Sosyal güvenceniz var mı?
- a- Evet
  - b- Hayır
- 9- Yanıtınız “Evet” ise sosyal güvenceniz nedir?
- a- Yeşil kart
  - b- Emekli sandığı
  - c- SSK
  - d- Bağ-kur
  - e- Özel sağlık sigortası
  - f- Diğer.....
- 10- Aile tipiniz nedir?
- a- Çekirdek aile
  - b- Geniş aile
  - c- Parçalanmış aile
  - d- Diğer.....
- 11- Ailenizin geliri sizce nasıldır?
- a- Gelir giderden az
  - b- Gelir gidere eşit
  - c- Gelir giderden fazla
- 12- Başka çocuğunuz var mı?
- a- var
  - b- yok
- 13- Bu bebeğe isteyerek mi gebe kaldınız?
- a- Evet
  - b- Hayır
- 14- Gebelik süresince problem yaşadınız mı?
- a- Evet
  - b- Hayır
- 15- Yanıtınız “Evet” ise ne gibi problem yaşadınız?
- .....
- 16-Gebelik bakımı hakkında bilgi aldınız mı?
- a-Evet
  - b-Hayır
- 17-Yanıtınız evet ise nereden aldınız?
- a-Bir sağlık kuruluşundan (Ebe, hemşire, doktor)
  - b-Televizyon, radyo
  - c-Dergi, radyo
  - d-Arkadaş ,akraba
  - e-Diğer.....

- 18- Doğumda herhangi bir problem yaşadınız mı?.....  
a- Evet b- Hayır
- 19- Evet ise ne gibi bir problem yaşadınız?.....
- 20- Doğum şekliniz nedir?.....  
a- Sezaryen  
b- Normal doğum  
c- Müdahaleli doğum(vakum, epizyo vb)
- 21-Kronik bir hastalığınız var mı?  
a-Evet b-Hayır  
Evet ise belirtiniz.....
- 22- Evlenme yaşıınız:.....
- 23- Gebelik sayınız: .....
- 24- Yaşayan çocuk sayınız:.....
- 25- Varsa toplam düşük sayınız:.....
- 26- Varsa toplam ölü doğum sayınız:.....
- 27- Varsa sonradan ölen çocuk sayınız:.....
- 28- Varsa toplam kürtaj sayınız:.....
- 29- Son doğum yaptığınızda yaşıınız:.....



**“GEBELİKTE OLUMLU DAVRANIŞ ENVANTERİ (GODE)”**

**İzlem:**

**1. Gebeliğinizi kim izledi?**

- Sağlık ocağı (ebe, hekim, hemşire):.....
- Hastane ise adı:.....
- Özel hekim
- Kimse izlemiyor

**2. Gebelik döneminiz boyunca hekim yada hastaneye kaç kez gittiniz ya da ebe evinize kaç kez geldi?..... kez**

**3. En son kontrol için ne zaman gittiniz yada ebe evinize geldi?.....**

**4. Daha önceki gebeliklerinizde sizi kim izledi?**

- Doğum öncesi bakım almadım kimse izlemedi
- Sağlık ocağı (ebe, hekim, hemşire):.....
- Hastane ise adı:.....
- Özel hekim

**5. Aşı olma durumunuz:**

- Hiç aşı olmadım (aşısız)
- 1 doz
- İki veya daha fazla doz
- Bilmiyorum.

**6. Gebeliğiniz boyunca kan hapı (demir preparatı) kullandınız mı, nasıl alıyordunuz?**

- Hayır almadım
- Doktorum önerdiği için aldım; yemeklerden ..... saat .....  
(önce/sonra) her zaman suyla aldım
- Doktorum önerdiği için almadım; yemeklerden ..... saat .....  
(önce/sonra) bazen suyla bazen sütle, çayla vb. aldım
- Doktor önermedi ama ben aldım; yemeklerden ..... saat .....  
(önce/sonra) her zaman suyla aldım
- Doktor önermedi ama ben aldım; yemeklerden ..... saat .....  
(önce/sonra) bazen suyla bazen sütle, çayla vb. aldım

**Beslenme:**

**7. Gebelik döneminizde:**

**Hangi gıdaları/yiyecekleri arttırdınız?:.....**

**Hangi gıdaları/yiyecekleri azalttınız?.....**

**Hangi gıdaları/yiyecekleri değiştirmediniz?.....**

**7. Gebelik başlangıcındaki kilonuz?.....Kg**

**8.Doğumdan önceki kilonuz?..... Kg.**

**9. Doğuma kadar ayda kaç kilo aldınız?**

Bilmiyorum

Ayda .....kg. aldım

**10. Tuz kısıtlaması yaptınız mı?**

Hayır yapmadım

Biraz kısıtladım

Tuz alımımı oldukça kısıtladım

**11. Günde kaç öğün yiyordunuz?**

Düzenli üç ana öğün yedim

Üç ana öğün ama ara öğünlerde de yedim

Düzenli değil bazen 3 öğün bazen farklı

Atıştırmayı seviyorum ama 3 ana öğün yedim

**12. Günde ne kadar çay içersiniz?**

Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:..... bardak

\*Gebeliğim boyunca:.....bardak

**13. Günde ne kadar kahve içiyorsunuz?**

Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:.....fincan

\*Gebeliğim boyunca.....fincan

**Hijyen:**

**14. Ne kadar sıklıkta banyo yapıyordunuz?**

Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:...../haftada

\*Gebeliğim boyunca:...../haftada

**15. Banyonuzu nasıl yapardınız?**

Değişmedi

Değişti

\*Gebelik öncesi:  Ayakta duş şeklinde

Oturarak

Diğer.....

\*Gebeliğiniz boyunca: Ayakta duş şeklinde

Oturarak

Diğer.....

**8. Banyonuzu nasıl yaptınız?**

Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Ayakta duş şeklinde

Oturarak  Diğer.....

\*Gebeliğiniz boyunca:  Ayakta duş şeklinde

Oturarak  Diğer.....

**9. Dişlerinizi ne sıklıkta fırçalıyordunuz?**

\* Gebelik öncesi:.....günde/haftada

\* Gebeliğiniz boyunca:.....günde/haftada

**Meme Bakımı:**

**18.Günlük meme bakımınızı yapıyor muydunuz?**

Evet

Hayır

**Giyim:**

**Aşağıda gebelikte giyiminiz ile ilgili bazı maddeler vardır. Sizin için uygun olanı belirtiniz.**

**19.Ayakkabı kullanımı:**

Değişti

Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Yüksek topuklu giyerdim

Alçak topuklu giyerdim

Düz tabanlı ayakkabı tercih ederdim

\*Gebeliğiniz boyunca:  Yüksek topuklu giyerdim

Alçak topuklu giyerdim

Düz tabanlı ayakkabı tercih ederdim

**20.Gebelik döneminde sütyen seçiminiz ve kullanımınız değişti mi?**

Evet:ise belirtiniz:.....

Hayır

**21.Çorap seçimi:**  Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Lastikli- külotlu çorap

Kısa çorap

Evde lastiği sıkmayan kısa çorap ama dışarıya çıkarken külotlu-  
lastikli çorap

\* Gebeliğiniz boyunca  Lastikli- külotlu çorap

Kısa çorap

Evde lastiği sıkmayan kısa çorap ama dışarıya çıkarken külotlu-  
lastikli çorap

**22.Elbise seçimi:**  Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Dar, sıkı, kemerli giysiler giydim.

Bol, rahat giysiler giydim

Pantolon tercih ederdim

\* Gebeliğiniz boyunca Dar, sıkı, kemerli giysiler giydim

Bol, rahat giysiler giydim

Pantolon tercih ettim

**23.İç çamaşırı seçimi:**  Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Her zaman pamuklu iç çamaşırı giydim

Her zaman sentetik, naylon iç çamaşırılarını tercih ederdim

Her türden iç çamaşırını giydim, seçiminde dikkat etmedim

\* Gebeliğiniz boyunca: Her zaman pamuklu iç çamaşırı giydim

Her zaman sentetik, naylon iç çamaşırılarını tercih ettim

Her türden iç çamaşırını giydim, seçiminde dikkat etmedim.

**24.Ped (ara bezi=kadın bağı):** Değişti  Değişmedi

\*Gebelik öncesi:  Ara bez

Hijyenik kadın bağı (orkid vb.)

Diğer:.....

\* Gebeliğiniz boyunca Ara bezi

Hijyenik kadın bağı (orkid vb.)

Diğer:.....

**Alışkanlıklar:**

**25.Sigara içme durumu:**

Değişti

Değişmedi

Gebelik öncesi:  Her gün (en az 6 aydır) en az 1 adet

Ara sıra

Bırakmış

Hiç içmemiş

Gebelik dönemi:  Her gün (en az 6 aydır) en az 1 adet

Ara sıra

Bırakmış

Hiç içmemiş

**26.Alkol alma durumu:** Değişti  Değişmedi

Gebelik öncesi:  Her gün en az 1 içki almış

Haftada birkaç kez içki almış

- Ayda birkaç kez içki almış
- Yılda birkaç kez içki almış
- Bırakmış
- Hiç kullanmamış
- Gebelik dönemi  Her gün en az 1 içki almış
- Haftada birkaç kez içki almış
- Ayda birkaç kez içki almış
- Yılda birkaç kez içki almış
- Bırakmış
- Hiç kullanmamış

**27. Başınız ağrıdığında yada bir şikayetiniz olduğunda ilaç alır mısınız (reçetesiz) ?**

- Evet: Ne tür ilaçlar belirtiniz:.....
- Bazen
- Hayır

**28. Gebelik döneminizde röntgen çektirdiniz mi?**

- Evet: ise niçin, ne zaman belirtiniz:.....
- Hayır

**Egzersiz:**

**29. Egzersiz yapıyor muydunuz?  Değişti  Değişmedi**

\*Gebelik öncesi:  Evet

Hayır

\* Gebelik dönemi  Evet

Hayır

**30. Aşağıdaki resimlerden hangisi sizin uyguladığınız şekildedir?**

Gebelikte doğru eğilme resmi (dizleri kırarak)

Gebelikte yanlış eğilme

resmi



**Uyku, Dinlenme Ve Ağır İşler:**

**31. Gece uyku uyuma sürenizi, gebelik döneminizde eskiye göre:**

- Arttırdım                       Azalttım                       Değişmedi

**32. Gebelik döneminizde ağır işlerden (kova taşımak, süpürge, ağır kaldırmak vb.) hangilerini yapıyordunuz?.....**

**33. Gebelikte seyahat ettiniz mi?**

- Evet  
 Hayır

**Cinsel İlişki:**

**34. Cinsel ilişkiye girme durumunuzu, gebelik döneminde öncesine göre:**

- Arttı                       Azaldı                       Değişmedi

### (EK-3) ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır.

Lütfen herbir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şikkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1.Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2.Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3.Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4.Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5.Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyarım.	( )	( )	( )	( )	( )
6.Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7.Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8.Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9.Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10.Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11.Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12.Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )

13.Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
14.Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi korunma yolları araştırıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
15.Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16.Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hakettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17.Kararlarımı sonuna kadar uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
18.Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19.Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uyguluyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
20.Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21.Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22.Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23.Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24.Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25.Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26.Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27.Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28.Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken şeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29.Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )



30.Vücudumun çalışması ile ilgili herşeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31.Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32.Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33.Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
34.Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35.Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

T.C.  
MANİSA İLİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

25.12.2006\*020257

SAYI :B104ISM4450009/  
KONU: Anket Çalışması

C. B. Ü  
SAĞLIK YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜNE

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ferda ÖZBAŞARAN danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Saadet PEKUSLU tarafından; Turgutlu Devlet Hastanesi'nde doğum yapan kadınlara yönelik 'Lohusalıların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Davranışlarının ve Öz-bakım Güçlerinin İncelenmesi' konulu araştırma-anket çalışmasının yapılması ve çalışma sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi ile ilgili 22.12.2006 tarih ve 3675 sayılı Sağlık Müdürlüğü onayı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Tuncay ÖZER  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

EKİ:1 Adet Onay  
Gereği :  
Turgutlu Devlet Hastanesi

Bilgi:  
C.B.Ü.Sağlık Yüksekokulu

T.C.  
MANİSA İLİ  
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
(Eğitim Şube Müdürlüğü)

SAYI :B104ISM4450009/ 3675  
KONU: Anket Çalışması

22.12.2006

Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğretim Üyesi Doç.Dr.Ferda ÖZBAŞARAN danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Saadet PEKUSLU tarafından; Turgutlu Devlet Hastanesi'nde doğum yapan kadınlara yönelik 'Lohusalıların Doğum Öncesi Bakıma İlişkin Davranışlarının ve Öz-bakım Güçlerinin İncelenmesi' konulu araştırma-anket çalışmasının yapılması ve çalışma sonucunun Müdürlüğümüze bildirilmesi hususunu ;

Olurlarınıza arz ederim.

Tuncay ÖZER  
Müdür a.  
Müdür Yardımcısı

OLUR  
21.12.2006  
Dr.Ziya AY  
Sağlık Müdürü

## ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında, Turgutlu'da doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Turgutlu'da tamamladıktan sonra, 1999 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik Bölümüne başladı. 2000 yılında Kocaeli Şahinler Sağlık Ocağına hemşire olarak atandı ve üniversite eğitimine ara verip orada bir yıl çalıştıktan sonra, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'ne hemşire olarak atandı, 2001 yılında üniversite eğitimine kaldığı yerden devam etti, 2002 yılında kendi isteği ile Turgutlu Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başladı, 2005 yılında Celal Bayar Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Beş yıl çocuk servisi hemşireliğinde çalışmış olup son bir yıldır da hasta hakları birim sorumlusu ve eğitim hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

