



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**GEBE KADINLARIN SAĞLIK UYGULAMALARI ve ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**DİDEM TİRKEŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**SİVAS**

**2012**



**T.C.  
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**GEBE KADINLARIN SAĞLIK UYGULAMALARI ve ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**DİDEM TİRKEŞ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DOĞUM ve KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI  
DOÇ. DR. ZEHRA GÖLBAŞI**

**SİVAS  
2012**

Bu alışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI \_\_\_\_\_

ye Doç. Dr. Nuran GÜLER \_\_\_\_\_

ye Yrd. Doç. Dr. Mine BEKAR \_\_\_\_\_

### ONAY

Bu tez çalışması, 20/12/2012 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri yeleri tarafından kabul edilmiştir.

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Ömer POYRAZ  
SAğLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı toplantısında kabul edilen Fen/Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

Tez çalışmamı yapmamda desteğiyle yanımda olan danışmanım Sayın Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI'na teşekkür ederim.

Tüm yaşamım boyunca beni destekleyen, cesaret veren, emeklerini esirgemeyen, en güçsüz ve yalnız kaldığım dönemlerde beni yalnız bırakmayıp güçlü kılan, hayatımın en büyük Őansı olan canım aileme minnettarım.

Ve hayatıma güneş gibi doğan, ışığıyla yolumu aydınlatan, biricik yavrum, Serra Ezgi'm, seninle her Şey daha anlamlı ve daha değerli, hayatıma hoő geldin meleğim.

Didem TİRKEŞ

**ÖZET**  
**GEBE KADINLARIN SAĞLIK UYGULAMALARI ve ETKİLEYEN**  
**FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ**

**Didem TİRKEŞ**

**Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı**

**Danışman: Doç. Dr. Zehra GÖLBAŞI**

**2012, 95 Sayfa**

Bu araştırma, gebelerin sağlık uygulamaları ve etkileyen faktörleri incelenmek amacıyla ile kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırma Sivas il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebeler üzerinde Ocak 2011-Temmuz 2011 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan verilere göre Kasım-Aralık 2010 tarihi itibarıyla Sivas il merkezinde bulunan 21 aile sağlığı merkezine kayıtlı toplam 2727 gebe oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini evrenin belirli olduğu durumda olayın sıklığını incelemek amacıyla yapılacak çalışmalarda örneklem büyüklüğünü belirleme formülü kullanılarak hesaplanmış ve 337 gebe olarak bulunmuştur. Her bir aile sağlığı merkezi bir tabaka olarak kabul edilmiş ve tabakalı örnekleme yöntemi ile merkezlerden örnekleme alınması gereken gebe kadın sayısı belirlenmiştir. Belirlenen sayıda gebe, gebe izlem formlarından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiş ve evlerinde ziyaret edilmiş, gebelerin sözel onamları alındıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır. Yalnızca iki gebe araştırmaya katılmayı kabul etmediğinden araştırma 335 gebe ile tamamlanmıştır.

Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Risk Değerlendirme Formu ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği, ile toplanmıştır. Verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS 15.0) paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde bağımsız gruplarda t testi, varyans analizi, Kruskal-Wallis varyans analizi, korelasyon analizi ve çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, yaş ortalaması 26,62 (SS= 4,00) olup, %42.4'ü lise mezunudur. Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalaması 121,57 (SS=10,53) olup, kadınların eğitim, çalışma durumu, gelir, eş ile akrabalık durumu, gebelik haftası, gebelikte risk durumu ve gebeliğin istenme durumunun puan ortalamasını etkileyen değişkenler olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Kadınların algıladıkları sosyal destek ile sağlık uygulamaları puan ortalaması arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Sağlık Uygulamaları, Gebelikte Risk Durumu, Sosyal Destek, Prenatal Hemşirelik.

**ABSTRACT**  
**PREGNANT WOMEN HEALTH PRACTICES and INVESTIGATION OF**  
**FACTORS AFFECTING**

**Didem TİRKEŞ**

**Master of Science Thesis, Department of Obstetrics and Gynecology Nursing**

**Instructor: Associate Prof. Dr. Zehra GÖLBAŞI**

**2012, 95 Pages**

This study was carried out as a cross-sectional study in order to examine health behaviors of pregnant women and the factors that influence health behaviors of them. Research was carried out on pregnant women enrolled in Sivas city center family health centers between January 2011-July 2011. The study population, as of November-December 2010 according to data from the Provincial Health Directorate in Sivas city center, consisted of total 2727 pregnant women who are registered 21 family health center. The sample of the study, in the case of the certain phase on the purpose of studying frequency of the event, was calculated for future studies by using a formula to determine the sample size and it was found as 337 pregnant. Each family health center was accepted as a layer and by the way of stratified sampling method the number of pregnant women who are necessitated sampling from centers were determined. The specified number of pregnant women selected by simple random sampling method from pregnancy follow-up forms, and visited in their homes, after they confirm, data collection forms were applied. Because only two pregnant women does not agreed to participate in the research study, it was completed by 335 pregnant women.

Research's data was collected by Personal Information Form, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Pregnancy Risk Assessment Form and Health Practices Scale. Analysis of the data was carried out in the computer in the package software "Statistical Package for Social Science" (SPSS 15.0). In the data statistical analysis in the independent samples, t test, analysis of variance, Kruskal-Wallis analysis of variance, correlation analysis and multiple linear regression analysis was used.

The average age of pregnant women included in the study is 26.62 (SD = 4.00), and 42.4% were high school graduates. Pregnant Women Pregnancy Health Practices Scale total average score was 121.57 (SD = 10.53), and women's education, employment status, income, marital kinship status, gestational age, pregnancy risk status, and the status of requesting pregnancy were determined as variables affecting the



average score. It is defined significant relationship in positive direction between perceived social support of women and the medical applications average points ( $p<0.05$ ).

**Key words:** Pregnancy, Health Practices, Pregnancy Risk Status, Social Support, Prenatal Nursing.

## İÇİNDEKİLER

<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>iii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>iv</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>vi</b>
<b>1. GİRİŞ</b>	<b>11</b>
1.1. Araştırmanın Konusu	11
1.2. Araştırmanın Amacı	14
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>15</b>
2.1. Gebelik ve Sağlık	15
2.2. Gebelikte Sağlık Davranışları ve Gebelik Sonucuna Etkileri	15
2.2.1. Prenatal Bakım Alma Davranışı	15
2.2.2. Gebelikte Beslenme	17
2.2.3. Gebelik ve Kilo Alımı	20
2.2.4. Gebelikte Egzersiz	21
2.2.5. Gebelik ve Travma	24
2.2.6. Gebelikte Dinlenme ve Uyku	27
2.2.7. Gebelik ve Aşılama	27
2.2.8. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar	29
2.2.9. Gebelik ve Bitkisel Terapi Kullanma	31
2.2.10. Gebelik ve Vücut Hijyeni	32
2.2.11. Gebelik ve Çevresel Maruziyet	33
2.2.12. Gebelik ve Diş Bakımı	33
2.2.13. Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Edinme	34
2.2.14. Gebelik ve Toksoplazma	35
2.2.15. Gebelik ve Seyahat	35
2.2.16. Gebelikte Giyim	36
2.2.17. Gebelikte Bilgisayar Kullanımı	37
2.2.18. Gebelik ve Sosyal Destek	37
2.2.19. Gebelik ve Sigara Kullanımı	39
2.2.20. Gebelikte Kafein Tüketimi	40
2.2.21. Gebelik ve İlaç Kullanımı	41
2.2.22. Gebelik ve Yasa Dışı İlaç Kullanımı	42
2.2.23. Gebelik ve Marijuana Kullanımı	42

2.2.24. Gebelik ve Kokain, Amfetamin Lsd, Eroin, İnhalant Kullanımı	43
2.2.25. Gebelik ve Alkol Kullanımı	44
2.2.26. Prenatal Dönemdeki Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesi ve Hemşirelik	45
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM</b>	<b>47</b>
3.1. Araştırmanın Tipi	47
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	47
3.3. Araştırmanın Evreni	47
3.4. Araştırmanın Örneklemi	47
3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler	49
3.6. Veri Toplama Araçları	49
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	49
3.6.2. Risk Değerlendirme Formu	49
3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	50
3.6.4. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	50
3.7. Verilerin Toplanması	51
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	51
<b>4. BULGULAR</b>	<b>53</b>
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>66</b>
<b>6. SONUÇ</b>	<b>70</b>
<b>7. ÖNERİLER</b>	<b>71</b>
<b>8. KAYNAKLAR</b>	<b>72</b>
<b>EKLER</b>	<b>85</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>95</b>

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları.....	53
Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	55
Tablo 3. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	56
Tablo 4. Gebelerin Gebelikte Risk Durumuna Göre Dağılımı.....	57
Tablo 5. Gebelerin GSUÖ Toplam Puanı.....	58
Tablo 6. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalaması.....	59
Tablo 7. Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalaması .....	61
Tablo 8. Gebelerin Gebelikteki Risk Durumuna Göre GSUÖ Puan Ortalaması.....	63
Tablo 9. Gebelerin ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması İle GSUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon.....	64
Tablo 10. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Analizi .....	64

# 1. GİRİŞ

## 1.1. Araştırmanın Konusu

Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir (Taşkın 2009; Ladewig, London, Moberly, Olds 2002; Phillips 2003). Gebeliğin nihai amacı; intrauterin dönemde fetüsün fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve spiritüel ihtiyaçlarını karşılayan bir çevre oluşturmaktır (Youngkin and Davis 2004). Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları bu çevrenin oluşmasında anahtar bir rol oynar. Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetüs ve yeni doğan sağlığını içine alan ve gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir (Frisbie, Biegler, Turk, Forbes and Pullum 1997). Yüksek kalitede sağlık uygulamaları gebelik sonuçlarının olumlu olmasıyla ilişkiliyken, riskli sağlık davranışları olumsuz sonuçlarla bağlantılıdır (Lindgren 2003; Gharaibeh, Ma'aitah and Jada 2005).

Gebelik sırasındaki sağlık uygulamaları; dengeli beslenme ve doğru miktarda kilo alma, düzenli egzersiz, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, bağışıklama, alkol - yasa dışı maddeler ve çok sayıda ilaç kullanmama, riskli seksüel davranışlar ya da diğer enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma gibi konuları içermektedir (Lindgren 2005; Taşkın 2009; Youngkin and Davis 2004). Bazı alanlarda ki sağlık uygulamalarının yetersiz olması anne ve yenidoğan üzerinde direk olumsuz etkiye sahipken (sigara içme vb), bazı yetersiz uygulamaların dolaylı etkileri vardır (dengesiz beslenmeye bağlı annenin aşırı kilo alımı vb). Gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarının yetersiz olması fetüs ve yeni doğanlarda düşük doğum ağırlığına, konjenital anomalilere, spontan düşüklere, anne üzerinde de hemorajiye, müdahaleli doğumlara ve rahatsızlığın artmasına neden olabilmektedir (Schaffer, Velie, Shaw, Todoroff 1998; Lindgren 2003; Marakoğlu ve Sezer 2003; Kutlu 2008; Fowles and Murphey 2009). Olumsuz sağlık davranışları devam ederse doğumdan sonra annede obezite, kalp hastalıkları, diyabet ve kanser gelişmesine zemin hazırlayabilmektedir. Yapılan olumsuz bir sağlık davranışı birden fazla olumsuz sonucun doğmasına neden olabilir. Diğer taraftan bazı olumsuz sağlık davranışları da bir arda olduğunda komplikasyonların daha da artmasına neden olur. Örneğin sigara içen ve gebelik süresince yeterli kilo alamayan gebe kadınların, sigara içen fakat gebelik süresince önerilen kiloyu alan gebe kadınlara göre düşük doğum ağırlıklı bebeklere sahip olma olasılıklarının yüksek olduğu belirtilmektedir (Lindgren 2001; Pinto et al. 2005; Cnattingius et al. 2000; Youngkin and Davis 2004).

Gebe kadınlar kendilerinin ve bekledikleri bebeklerinin sağlıkları için yaşam biçiminde birtakım değişiklik yapmalıdırlar. Yapılan araştırmalarda beslenme, egzersiz, giyim ve vücut bakımına dikkat eden, bağışıklama yaptıran, sigara, alkol ve ilaç kullanmayan, sigara dumanına maruz kalmayan, doğum öncesi kontrollerine düzenli giden gebelerin hem kendi hem de bebeklerinin sağlığının olumlu yönde geliştiği belirlenmiştir (Dempsey and Benowitz 2001; Kaiser and Allen 2002; Kind, Moore, Davies 2006; Schuetze and Eiden 2007; Bawadi et al. 2010; Pinto et al. 2005; Saraiya et al. 1998; Sönmez ve Aksakoğlu 2005; Api, Ünal, Şen 2005; Şirin ve Kavlak 2008; Okumuş ve Mete 2009). Blake ve ark. 2000 yılında yaptıkları çalışmada gebelik döneminde sigara içiminin, bebeklerde kan basıncında yükselmeye neden olduğu saptanmıştır. Banhidı ve ark. 2010 yılında yaptıkları çalışmada demir eksikliği anemisi olup demir desteği almayan gebe kadınlarda preterm doğumların olduğu ayrıca gebe de hipotansiyon geliştiği görülmüştür. Watsword (2007); gebelikte yapılan egzersizin kalp hastalıkları, gestasyonel diabet, preeklamsi, sezeryan, baş ağrısı, ödem gibi rahatsızlıkları ve hipertansiyon riskini azalttığını ifade etmiştir.

Gebe kadınların sağlık uygulamalarının farklı olduğu ve bu durumun birçok faktörün etkilediği belirtilmektedir. Gebelerin sağlık uygulama davranışlarını olumlu ya da olumsuz olarak etkileyen faktörler; gebe kadının yaşı, ekonomik durumu, gebeliğin istendik ve planlı olması, eğitim seviyesi, gebelik sayısı, sağlık güvencesinin varlığı, sosyal destek faktörleri gibi değişkenlerdir (Pallikadavath, Foss, Stones 2004). Harley ve Eskenazi (2006) sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu belirlemiştir. Downs ve Hausenblas'ın 2004 yılında yaptıkları çalışma sonucunda; ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını artırmada önemli rol oynadığı belirlenmiştir. Marakoğlu ve Sezer'in 2003 yılında yaptıkları araştırma sonucunda, eğitim ve sosyoekonomik düzeyi yüksek olan gebe kadınlarda sigara içme oranı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Özkan ve Mete'nin 2010 yılında yürüttükleri çalışmada, plansız ve istenmedik gebeliği olan gebe kadınlarda yeterli kilo alımının olmadığı, önerilen vitamin ve folik asit desteğinin alınmadığı ve sigara içme oranının yüksek bulunduğu görülmüştür. Sönmez ve Aksakoğlu'nun 2005 yılındaki çalışmasında, öğrenim düzeyi yüksek ve sağlık güvencesi olan gebelerin tetanoz aşılama oranının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Gebe kadınların sağlık uygulamaları birçok faktörün etkileşimi sonucu ortaya çıkmasına karşın, gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal bakım

sırasında tanılanmalı ve olumsuz sağlık uygulamaları olan gebe kadınların sağlık uygulamalarının geliştirilmesine yönelik müdahaleler başlatılmalıdır (Lindgren 2005). Kadın gebelikten önce sağlık bilgisi almadıysa, sağlık personeli gebeliğin erken dönemini bilgi vermede fırsat olarak görmeli ve doğum öncesi bakım süresince sağlıklı yaşam aktivitelerini artırmaya çalışmalıdır. Sağlıklı gebelik sonuçlarının elde edilebilmesi için sağlıklı yaşam davranışlarının benimsenmesi önemlidir. Prenatal bakımın amacı gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin anne ve bebek yönünden sağlıklı geçirilmesini sağlamak, özelde aileye genelde topluma sağlıklı bireyler kazandırabilmektir. Bu bağlamda prenatal hemşirelik yaklaşımı gebede varolan hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek, gebelikteki riskli durumları belirlemek, ortaya çıkabilecek potansiyel sorunların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak, anneye gebelik dönemindeki olumlu sağlık uygulamaları konusunda bilgilendirmektir (Taşkın 2009). Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen, anne ve çocuk sağlığında müdahale ve eylemleri yönlendiren ve rehberlik yapan güvenli annelik paketinde; doğum öncesi bakım, anne ve yeni doğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak yer almaktadır (Sözeri ve ark. 2006). Doğum öncesi bakım (DÖB) içerik olarak gebe bir kadının gebeliği süresince dönemsel muayenelerini, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasına ilişkin sağlık eğitimini kapsar (Erdoğan ve ark 1992; Moos 2005; Serin ve Kaya 2008). Sağlıklı davranışların desteklenmesi ve artırılması, gebelik ve ebeveynlik hakkında bilgi verilmesi bu bakım kapsamında gerçekleştirilir (Phillips 2003). T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 19.02.2008 tarihinde yayınladığı Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü Genelgesinde yer alan doğum öncesi bakım yönetimi rehberinde de gebelere beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, tetanoz toksoid immünizasyonu, gebelikte tehlike işaretleri gibi konularda danışmanlık ve eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008). Ancak yapılan çalışmalar gebe kadınların sağlık uygulamalarını geliştirmeye yönelik olan bu eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin ülkemizde yeterli düzeyde olmadığını ortaya koymaktadır (Kısacık ve Gölbaşı 2009; Beşer, Ergin ve Sönmez 2007; Omaç, Güneş, Karaoğlu ve Pehlivan 2009; Kılıç 2009). Gürel, Gürel ve Balcan'ın 2006 yılında yürüttükleri araştırma sonucunda ise; DÖB esnasında gebelere en çok bilgi verilen konular 'gebelik muayeneleri', 'gebelikte beslenme ve kilo alımı', 'aşı yaptırma' olurken, en az bilgi

verilen konular ‘egzersiz’, ‘cinsel yaşam’ ve ‘kromozom anomali taraması’ olduğu belirlenmiştir.

Gebe kadınların sağlık uygulamalarının belirlenmesi doğum öncesi bakım hizmetlerinin niteliğini değerlendirmek için bir kriter olarak kullanılabilir. Ayrıca bu çalışmanın sonucunda hangi özellikteki gebelerin yetersiz sağlık uygulamaları olduğu ortaya çıkarılarak sağlık uygulamaları açısından riskli gruplar belirlenebilir. Böylece riskli gruplar öncelikli olmak üzere; gebelerin sağlık uygulamalarını geliştirmeye yönelik doğum öncesi bakım hizmetlerinde gerekli düzenlemeler yapılabilir. Gebelerin sağlık uygulamaları aynı zamanda verilen doğum öncesi bakımın niteliğini değerlendirmeye de yardımcı olacaktır. Ülkemizde gebelik döneminde ki sağlık uygulamalarını belirlemeye yönelik yapılan birçok çalışma bulunmasına rağmen, gebelik dönemindeki sağlık uygulamalarını bir bütün halinde ele alıp inceleyen az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu nedenle çalışma Sivas il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezleri’ne kayıtlı gebelerin sağlık uygulamalarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma, gebelerin gebelik dönemi sağlık uygulamalarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2. 1. Gebelik ve Sağlık**

Gebelik, doğum ve doğum sonrası dönem fizyolojik olaylar olmasına rağmen, sağlık hizmeti gereksinimlerinin arttığı dönemlerdir (Özbaşaran ve Yanikkerem 2004). Annelerin sağlıklı olması, yalnızca kendilerinin değil aynı zamanda bebek ve çocuklarının da sağlıklı olması için ön koşuldur. Bebek ve çocuklar ise gelecek toplumların temelidir (Çakmakçı ve Eser 2003). Toplumsal gelişmenin ön koşulu olan sağlıklı topluma, gelecek nesillerin sağlıklı olması ile ulaşılabilir. Gelecek nesillerin sağlıklı olması ise toplumun yaratıcısı diyebileceğimiz annenin sağlığı ile çok yakından ilişkilidir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetlerinin merkezinde yer alan hedef grupların başında anne ve çocuklar gelir. Çünkü anne ve çocuklar bazı gelişimsel özellikleri nedeniyle risk grubuna girmektedirler (Pasinlioğlu 1997).

Ana sağlığını bozan nedenlerin büyük bir kısmı doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemlerin normalden sapmaları ile ilgilidir. Ana ölümlerinin %75'ini, gebelik ile ilgili önlenemez nedenler oluşturmaktadır (Mete 1992). Başlıca anne ölüm nedenleri kanama, enfeksiyon ve toksemi olup bunların altında da aşırı doğurganlık, doğum öncesi bakım (DÖB) ve beslenme yetersizliği, sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamama gibi önlenemez nedenler yatmaktadır (Pasinlioğlu 1997). Tüm anne ölümlerinin %99'u gelişmekte olan ülkelerde iken, sadece %1'i gelişmiş ülkelerde yaşanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün raporuna göre ana ölümlerinin %99'u kolayca önlenemez 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 (Taşkın 2009).

### **2.2. Gebelikte Sağlık Davranışları ve Gebelik Sonucuna Etkileri**

#### **2.2.1. Prenatal Bakım Alma Davranışı**

Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetus ve yeni doğan sağlığını içine alan ve gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir (Frisbie, Biegler, Turk, Forbes and Pullum 1997). Gebe kadının sağlık davranışları hem pozitif hem de negatif sağlık davranışlarını içerir. Gebelik sürecindeki pozitif sağlık davranışları, prenatal bakımı alma, uygun kilo alımı ve beslenme, düzenli egzersiz, dinlenme ve uyku biçimi, gebelik ve doğumla ilgili bilgi edinmeyi içerir. (Esperat et al.

2007, Korenbrot et al. 2005, Gavard and Artal 2008; Yeo et al. 2008, Lee and Zaffke 1999, Alexander and Korenbrot 1995, Miller and Kathleen 1986).

Gebe kadınların olumlu sağlık uygulamaları arasında az sayıda doğum (Bakhireva et al. 2011), az sayıda gebelik (Than et al. 2005) ve gebeliğin planlı olması (Bakker, Cornel, Walle 2003) düşünülebilir. Dahası Stark ve Brinkley (2007) çalışmasında gebeliğinde olumlu sağlık davranışı olan kadınların gebelik süresince daha az stres yaşadıkları belirlenmiştir. Lindgren (2001) daha az doğum deneyimi olan gebelerin olumlu sağlık davranışlarını daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Olumsuz sağlık davranışları düşük, kanama, erken doğum, hipertansiyon, gestasyonel diyabet, ve doğum sonrası komplikasyonlar, yenidoğan bebekte nöropsikolojik defekt, makrozomi bebek, spontan abortus, ölü doğum, annede depresyon, gestasyonel diyabet, uzun süren doğum eylemi, doğum travması, asfiksi, sezeryan doğum, preterm doğum, düşük doğum ağırlığı da dahil olmak üzere kötü gebelik sonuçlarına neden olur (Kongnyuy et al., 2008, Agueda et al. 2008; Anderson, Hogan and Ansbacher 2004, Fowles and Murphey 2009, Edelman and Mandle 2002, Murray and McKinney 2010, Haas et al. 2005, Mullick et al. 2005, Marakoğlu ve Sezer 2003, Lindgren 2003). Örneğin sigara içen gebe kadınların bebeklerinde kan basıncında yükselme olduğu belirlenmiştir (Blake et al. 2000). Madde kullanan gebe kadınlarda düşük ve preterm doğum gerçekleşmiştir (Bailey and Byrom 2007; Pedersen 2007). Alkol kullanan gebe kadınların bebeklerinde fetal alkol sendromu ve doğum defektleri olma olasılığı yüksektir (Bailey and Sokol 2008).

Prenatal komplikasyonlar tıbbi bakım maliyetini artırabilir. Örneğin, prematürite; solunum sıkıntısı, intra-ventriküler kanama ve sepsis ile ilişkilidir. Bu komplikasyonlar hastamne masraflarını ve tıbbi maliyetlerin yükünü artırır (Conway and Kutinova 2006; McIntire and Leveno 2008).

Gebe kadınların gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal bakım sırasında tanınmalı ve olumsuz sağlık uygulamaları olan gebe kadınların sağlık uygulamalarının geliştirilmesine yönelik müdahaleler başlatılmalıdır (Lindgren 2005). Doğum öncesi bakım, prenatal veya antenatal bakım, gebelerin belirli aralıklarla sağlık kontrolüdür (Hopkins 2008). Doğum öncesi bakım ziyaretlerinin toplam sayısı da doğum öncesi bakımın yeterliliğini değerlendirme açısından önemli bir göstergedir. 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 (Hopkins 2008, TNSA 2008, Üstünsöz 2005).

Doğum öncesi bakımın temel amacı annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebek doğmasını sağlamaktır. Bu amaca yönelik olarak anne de gebelikten önce var olan hastalıklar ve riskli gebelikler saptanır, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisi, gerekirse sevki sağlanır, fetüs intrauterin izlenir, anne tetanoza karşı bağışıklanır. Doğumun nerede, kim tarafından ve nasıl yapılacağına karar verilir. Anneye beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitim verilir (Kömürcü 2010).

Sable ve Herman'ın (1997) yaptıkları çalışmada, gebelikte önerilen sağlık davranışlarını uygulamayan kadınların, uygulayanlara göre 1,5 kat daha fazla düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirdikleri belirlenmiştir.

Khatib ve ark (2009) 305 gebe üzerinde yaptıkları doğum öncesi bakım ve gebelik sonuçlarına etkileri çalışmasında, önerilen minimum antenatal hizmetlere giden gebe kadınların gitmeyenlere göre, normal kilolu bebek doğurma, olumlu gebelik sonuçlarıyla karşılaşma şanslarınının 3 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir. Antenatal bakıma gitmeyen kadınlarda ölü bebek doğurma, abortus oranı daha yüksek bulunmuştur.

Erdoğan ve arkadaşlarının yaptıkları araştırmada (1992), annenin ilk doğum öncesi kontrole başlama zamanı ile yeni doğan ile ilgili sağlık problemleri arasında yapılan ileri analizde ilk üç ayda kontrole başlayan annelerin bebeklerinin daha fazla oranda sağlıklı olduğu saptanmıştır (Erdoğan ve ark. 1992).

### **2.2.2. Gebelikte Beslenme**

Gebelik sırasında ve öncesinde annenin yetersiz beslenmesi, fetüste olası bir teratojenik etki bırakır. Teratojenler başlıca, fetüsün santral sinir sistemini olumsuz etkilerler. Yetersiz beslenen adölesan bir anne ya da birkaç gebelik arasında yetersiz beslenen kadın gibi çoğu durumdan fetal gelişim olumsuz etkilenir. Annenin kendi fetal, bebek ve çocukluk dönemlerinde yaşadığı beslenme eksiklikleri, büyüyen fetüsün yapısal ve fizyolojik gelişiminin desteklenmesinde dezavantajlara neden olur (Edelman, Mandle 2002).

Son 10 yılda gebelikte uygun ve dengeli beslenmenin perinatal sonuçları olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Annenin sağlık durumunun yanı sıra beslenmesi de

fetüsün büyüme ve gelişmesini etkilemektedir. Gebelik sırasında yetersiz beslenme fetüs gelişimini geciktirmekte ve düşük doğum ağırlıklı bebek riskini arttırmaktadır. Gebelikte beslenme, özellikle adölesanlar, anemik olanlar, gebelik öncesinde aşırı kilolu olanlar, multiparite, herhangi bir sistemik hastalık ile sigara ve alkol alışkanlığı bulunan gebeler açısından daha da önemlidir (Youngkin and Davis 2004, Yamaç ve ark 2002).

Doğum öncesi dönemde fetüsün mental gelişimini etkileyen besin öğelerinin başlıcaları; iyot, demir, çinko, folik asit, B-12, B-6, E ve A vitaminleri ve elzem yağ asitleridir. Kadınların gebelik öncesi ve sırasında bu besin öğelerini yeterince alamamaları çocuğun mental retardasyonlu olarak doğma riskini arttırmaktadır (Baysal 2003, Ladewig et al. 2002).

Gebe kadınların yetersiz beslenme alışkanlıkları anemi, preeklemsi, obesite ve osteoporozla ilişkili hastalık ve ölüm risklerini artırır. Düşük kilolu veya gebeliği sırasında çok az kilo alan kadınlar genelde gebelik yaşı düşük olan kadınlardır. Obez kadınlar veya gebeliğinde aşırı kilo alanlar hipertansiyon veya gestasyonel diyabet açısından risklidirler (Youngkin and Davis 2004). Annenin belli gıdaları yememesi, yeme bozukluğu olması (anoreksiya nevroza, blumia) öğünleri atlaması veya tıbbi bir dayanağı olmayan diyetler uygulaması beslenme yetersizliklerine yol açabilir. Vejeteryan diyetle beslenenlerde fetüsün gelişimi için gerekli olan esansiyel aminoasitler, demir, ve kompleks lipitlerin alımında yetersizlik ortaya çıkabilir (AÇSAP 2005).

Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık yaşındaki kadınların %63'ünde beslenme yetersizliği nedeniyle anemi görülürken, gelişmiş ülkelerde bu oranın %10 olduğu bildirilmektedir (Köşgeroğlu ve ark 2004). Ülkemizde gebe kadınların yaklaşık %50'sinde demir eksikliği anemisi olduğu bilinmektedir. Kronik kötü beslenme, anemi ve aşırı doğurganlık bir araya geldiğinde, anne ve bebek sağlığı ciddi biçimde etkilenir (Taşkın 2009).

Prekonsepsiyonel danışmanlık sırasında gebelikte kilo alımı ve beslenme konularında bilgi verilmelidir. Çoğu kadının gebeliği sırasında uygun şekilde beslenme motivasyonları yüksek olduğundan gebelik sırasında alınan beslenme eğitimi tüm aile için olumlu ve sürekli beslenme değişikliklerine neden olabilir (Youngkin and Davis 2004). Tüm kadınlar gebe kalmadan önce ideal kilolarına yakın bir kiloya getirilmeli ayrıca dengeli ve yeterli beslenme yanı sıra gebelikte uygun kilo alımı sağlanmalı ve gerekli olgularda ek vitamin ile mineral desteği açısından eğitilmelidir (Yamaç ve ark., 2002).

İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, kadınların %81.2'sinin gebelikte beslenme sorunu yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %33.2'sinin düzenli beslenmedikleri ve öğün sayılarında herhangi bir artış yapmadıkları belirlenmiştir (İrge ve ark 2005).

Taş ve ark (2010) 79 gebe üzerinde beslenme durumunun değerlendirilmesi çalışmasında, gebe kadınların günlük enerji, protein, karbonhidrat ve yağ alımları önerilen düzeylerde bulunmuştur. Gebe kadınların günlük kalsiyum, demir, çinko, A vitamini, D vitamini, tiamin, B6 vitamini, folik asit ve posa alımları ise önerilen düzeylerin altında idi. Günlük fosfor ve C vitamini alımları ise önerilen düzeylerin üstünde bulunmuştur. Çalışma grubunda yer alan gebe kadınların diyetlerinde yeterli enerji ve makro besinler bulunmasına rağmen vitamin ve mineral alımında ciddi yetersizlik görülmektedir.

Fowles ve Murphey'in (2009) 13 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin 6'sının yetersiz kalsiyum, 11'inin yetersiz demir aldığı görülmüştür. Gebelerin 6'sının majör depresyon da olduğu, yetersiz beslenme ile depresyon arasında bir ilişkinin bulunduğu belirlenmiştir.

#### ***a. Kalori Alımı***

Gebelik sırasındaki kilo alımı gebe olmayan kadınlara göre yaklaşık 200–300 kcal artmaktadır. Kadınlara arasında gebelikte alınan kilo ve toplam kilo oranları değişmesine rağmen düzensiz kilo alımı ve/veya hızlı kilo alımının, fetal iyiliğin az olması ile bir ilişkisi mevcuttur. Gebeliğin başlangıcında annenin düşük kilolu olmasıyla, yenidoğanın düşük kilolu olması arasında bir ilişki vardır. Kilolu kadın gebeliği sırasında kilo verdiği zaman da fetus tehlikeler açısından risk altındadır. Kalori sınırlaması sonucunda meydana gelen ketoasidozun etkilerinin, yenidoğan bebekte nöropsikolojik defektlerle ilişkisi mevcuttur (Edelman and Mandle 2002).

#### ***b. Protein Alımı***

Gebelik sırasında protein ihtiyacı, gebe olmayanlara gereken miktardan günlük 60 gr daha fazladır. Bir günde alınan dört bardak süt 32 gr protein içermektedir ve artan ihtiyacın bir buçuğunun kolayca karşılar. Peynir, kremalı çorbalar, puding, yoğurt, soya peyniri gibi diğer süt ürünleri artan ihtiyacı karşılamada daha iyi olabilir. Ton balığı ve pirinç, tahıl ve süt, spagetti ve et sosu, fıstık ezmesi ve ekmek gibi hayvansal proteinler ve daha az pahalı olan protein kaynaklı taneli gıdalar birleştirildiğinde de artan protein ihtiyacını karşılayabilir. Diğer besinlere göre protein kaynaklı besinler daha pahalı olduğu için, hemşireler doğum öncesi bakım sırasında, gebelikte artan protein

ihtiyacının nasıl karşılanacağı konusunda danışmanlık vermelidir (Edelman and Mandle 2002).

### ***c. Kalsiyum ve Fosfor Alımı***

Kalsiyum ve fosfor, fetal kemiklerin ve dişlerin mineralizasyonunda, enerjinin üretiminde, hücre yapımında ve asit-baz dengesinin kurulmasında gerekli olan minerallerdir. Kalsiyuma olan ihtiyaç gebelikte arttığı için daha çok absorbe edilir ve kullanılır. Gebeliğin erken dönemlerinde kalsiyum ihtiyacı artmakla birlikte fetüsün kemik kalsifikasyonunun olduğu son trimesterde ihtiyaç daha da artar. Fosfor için gebelik ve laktasyonda önerilen miktar günlük 1200 mg dır. Fosfor, kalsiyum ve proteinden zengin yiyeceklerden, özellikle süt, yumurta ve etten temin edilir (Taşkın 2009).

### ***d. Vitamin ve Prenatal Multivitamin Kullanımı***

İyi dengelenmiş bir diyet ile demir hariç, gebeliğin ihtiyaç duyduğu vitamin ve mineraller karşılanır (Edelman and Mandle 2002). Minerallerden sadece demir takviyesinin gebe kadında yararı kesindir (Yamaç ve ark 2002). Eğer gebe anemik değilse ikinci ve üçüncü trimesterde 30 mg demir reçete edilir. Eğer demir eksikliği varsa 60–120 mg demir desteği reçete edilir. Sadece yetersiz beslenen kadınların ihtiyacı olmasına rağmen genelde tüm gebe kadınlar için vitamin ve mineral desteği reçete edilir (Youngkin and Davis 2004). Bazı kanıtlarda potansiyel/gerçek anemi durumunda veya çoğul gebeliklerde folik asit desteğinin öneminden bahsedilir. Son araştırma sonuçlarında düşük serum folik asit seviyesi ile fetal nöral tüp defekti arasında bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle çoğu hekim, kadınlara gebe kalmadan önce ve gebeliklerin ilk dönemlerinde günlük 0.4 mg folik asit almalarını önerir (gebe kalmadan önce 1 ay ve gebe kaldıktan sonra 3 ay). Fakat son çalışmalar da fetal gelişimin ilk dönemlerinde kritik öneme sahip olan folik asiti doğum yaşındaki kadınların yalnızca %25'inin kullandığı belirlenmiştir (Edelman and Mandle 2002).

İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada kadınların %46,5'i gebeliklerinde vitamin ve/veya mineral aldığı belirlenmiştir (İrge ve ark 2005).

### **2.2.3. Gebelik ve Kilo Alımı**

Gebelik süresince kilo alımı, özellikle ilk trimesterden sonra, fetral büyüme için çok önemlidir. Düşük doğum ağırlığı (2500gr'dan az), küçük gebelik yaşı, preterm doğum, ilk emzirmenin başarısız olması gebelikte yetersiz kilo alımı ile ilişkilidir. Annenin kilo

alımının yetersiz olması düşük kalori alımını ve diğer önemli besinlerin yetersiz alınmasını gösterir (Murray and McKinney 2010, Haas et al. 2005).

Aşırı kilo alımı da bir problemdir. Yüksek doğum kilolu bebek (makrozomi), gestasyonel diyabet, uzun süren doğum eylemi, doğum travması, asfiksi, sezeryan doğum aşırı kilo alımı ile ilişkili problemlerdir. Gebelik süresince kadınların yaklaşık %20'si 18 kg üstünde kilo almaktadırlar. Besin alımı, kilo alımından çok daha önemlidir (Murray and McKinney 2010, Haas et al. 2005).

### **Önerilen Kilo Alımı**

Gebelikte tavsiye edilen kilo alımı, kadının beden kitle indeksi temel alınarak verilir. Beden kitle indeksi, ağırlığın, boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilir.

Gebelik Öncesi Beden Kitle İndeksi (BKİ)= Ağırlık (kg)/Boy (m <sup>2</sup> )	Gebelikte Alınabilecek Kilo
18.5'den az ise zayıf	12.5-18 kg
18.5-24.9 normal kiloda	11.5-16 kg
25-29.9 şişman	7-11.5 kg
30 ve üzeri aşırı şişman (obez)	7 kg ve daha az

Çoğu kadın gebeliklerine kilo problemleri ile başlamaktadırlar. Ne yazık ki tüm kadınlar gebeliklerinde önerilen kilo artışına uymamaktadırlar. Geçmişte boyu kısa olan kadınlara az kilo alması söylenirdi ancak kanıtlar bunu desteklememektedir. Tüm kadınların BKİ'ne göre gebeliklerinde önerilen kiloyu almaları gerekir. Adölesanlar, yetişkinlerin kullandığı BKİ yerine pediatriye kullanılan BKİ kategorisine göre gebeliklerinde uygun kiloyu almalıdırlar (Murray and McKinney 2010).

### **2.2.4. Gebelikte Egzersiz**

Sağlıklı bir hayat sürdürmek için fiziksel aktivite önemlidir (Gharaibeh et al. 2005). Obstetrik ve tıbbi komplikasyonu olmayan gebeler için egzersiz yararlıdır (Ezmerli 2000).

Gebelikte yapılan egzersizler, bulantı ve kusmayı, eklem kas ağrılarının, duruş bozukluklarını, nefes darlığını azaltır. Stres ve gerginlik azalır, daha rahat uyumayı sağlar böylece gebe kendisini daha iyi hisseder. Benlik imajının gelişmesine ve enerjisinin artmasına yardımcı olur, gestasyonel diyabet ve uzun-dönem obezite riskini

azaltır. Varis oluşumunu kabızlığı önler. Doğumun rahat bir şekilde ilerlemesini sağlar, doğum süreci kısalmır, epizyotomi gereksinimi azalır, doğum sonrasında idrar kaçırma, cinsel tatminsizlik vb. sorunları önler. Preeklemsinin önlenmesinde, sinir sisteminin gerginlikten kurtulmasına yardım eder. Gebelik sırasında egzersiz, alt ekstremitelelerdeki dolaşım stazının önlenmesi açısından da önemlidir (Şirin 2008, Api, Ünal ve Şen 2005, Taşkın 2009, Duncombe et al. 2009, Pivarnik et al. 2006).

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) komitesinin bildirisinde, epidemiyolojik veriler doğrultusunda gestasyonel diyabetin önlenmesinde egzersizin birinci derecede önemli olduğu vurgulanmıştır (ACOG 2002).

Gebelikte aerobik, yürüyüş gibi hafif egzersizlerin olumsuz bir etkisine rastlanmamıştır. Ancak dalış, su kayağı, ata binme, kayak yapma, raket sporları veya sauna gibi gebe kadını ağır yorgunluğa itecek ve yaralanmaya neden olabilecek aktivitelerden kaçınılmalıdır (ACOG 2002; Yamaç ve ark., 2002). Gebelikte egzersiz yaparken dikkat edilmesi gereken bazı ilkeler vardır. Bunlar;

- Egzersizler mutlaka düzenli yapılmalıdır (haftada dört kez)
- Egzersizden önce, egzersiz süresince ve egzersizden sonra su içilmelidir.
- II. ve III. trimesterde uzun süre sırt üstü ve ayakta yapılan egzersizlerden kaçınılmalıdır
- Egzersizlere yavaş başlanmalı, zaman içinde arttırılmalıdır
- Özellikle karın kasları olmak üzere, doğumu başlatıcı etkide bulunacak kas gruplarına germe egzersizleri yapılmamalıdır
- Kegel egzersizleri her gün uygulanmalıdır
- Egzersizler uygun hızda, uygun yolla ve uygun postur de yapılmalıdır
- Travmaya neden olabilecek egzersizler yapılmamalıdır
- Egzersiz aralarında yürünmeli, ayak ve bacak hareket ettirilmelidir
- Sıcak ve nemli odalarda egzersiz yapılmamalıdır
- Asla bel hiperekstansiyona getirilmemelidir
- Egzersiz sırasında, gebe yorgunluk hissettiğinde egzersizi bırakmalıdır
- Egzersizden yarım saat önce kan şekerinin düşmesini engellemek için hafif meyve, meyve suyu gibi gıdalar yenmelidir
- Egzersizlere postpartum dönemde de devam edilmelidir
- Valselva manevrasından (ıkınma hareketi) kaçınılmalıdır
- Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte egzersiz programında düzenlemeler yapılmalıdır (Youngkin and Davis 2004, Ezmerli 2000).



Gebe kadınların egzersiz yapmaması gereken bazı durumlar vardır. Membranların erken açılması, gebeliğin neden olduğu hipertansiyon, servikal yetmezlik, ikinci ve üçüncü trimestir kanamaları, düşük ve preterm doğum hikayesi, intrauterin gelişme geriliği hikayesi ve daha önceden var olan tıbbi durumlarda (kronik hipertansiyon, kalp ve akciğer hastalığı gibi) egzersiz yapılmamalıdır (Taşkın 2009, Wadsworth 2007, Ezmerli 2000, Artal and O'Toole 2003, Scott 2006).

Balsak ve ark (2007) 526 gebe üzerinde gebe kadınların gebelik egzersizleri hakkındaki bilgi ve davranışlarını inceledikleri çalışmada; katılımcıların büyük bölümü (%72.1) gebelik egzersizleri hakkında bilgi sahibi değildi. Olguların %40.1'i gebelikte herhangi bir egzersiz yöntemini uyguladığını bildirdi. Gebelik egzersizi uygulayan katılımcılar tarafından en çok tercih edilen (%32.5) egzersiz yöntemi ise yürüme idi.

Clarke ve Gross'un (2004) 57 nullipar gebe üzerinde, kadınların gebeliklerinde fiziksel egzersiz hakkında bilgi aldıkları kaynaklar, düşünce ve davranışlarını inceledikleri çalışmanın sonuçlarında; gebelerin %39'u gebelik süresince aktif bir yaşam tarzı sürmek veya düzenli egzersiz yapmaktan çok istirahat ve dinlenmenin daha önemli olduğunu düşündüklerini, gebelerin %96'sının gebelikleri süresince en az bir kez fiziksel aktivitenin önemiyle ilgili bilgi aldıklarını belirlemişlerdir. 16. gebelik haftasında olan kadınlar bilgileri daha çok kitap ve dergilerden, 25-38. gebelik haftasında olan kadınlar ailelerinden ve arkadaşlarından bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Gebelerin %63'ü fiziksel sınırlılıklar yüzünden egzersizi az yaptıklarını, %32'si bu egzersizlerin riski ya da tehlikesi olduğuna inandığını ifade etmiştir.

Downs ve Hausenblas'ın (2004) kadınların egzersize olan inaçları, gebelik ve postpartum dönemlerindeki davranışlarını inceledikleri çalışmada; kadınların %33.8'i egzersizin gebelik döneminde ruh sağlığını artıracığı, %29.7'sinin enerjiiyi artıracığı, %21.6'sının gebelik döneminde sağlıklı kalmaya yardımcı olacağını düşündüklerini belirlemişlerdir. Kadınların %37.8'i egzersizin postpartum dönemde kilo kontrolüne yardımcı olacağını, %36.5'inin postpartum dönemde sağlıklı olmaya yardımcı olacağını, %31.1'inin ruh sağlığını artıracığına inandıkları bulunmuştur.

Evenson ve Bradley'in (2010) gebe kadınlar arasında fiziksel aktivite ve egzersizle ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada, kadınların %78'i gebelik süresince egzersize düzenli olarak devam edilmesi konusunda aynı görüşteydiler. Kadınların %89'u gebelik süresince düzenli egzersizin düzensiz egzersizden daha yararlı olduğunu düşünüyorlardı. Hemen hemen tüm kadınlar (%98)

hafif egzersizin yararlı olduğunu kabul ederken, %73'ü orta şiddetli, %13'ü ise kuvvetli egzersizlerin yararlı olduğunu düşünüyorlardı.

Aksu (2003) preterm eylem tanısı konmuş gebelerde solunum ve progressif egzersizlerin gebelik süresine etkisini incelemiştir. Araştırmaya başlanıldığında deney ve kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftalarının ortalaması, deney grubunun 30,806, kontrol grubunun 31,419 idi. Gebelerin doğum yaptıklarında gebelik haftalarının ortalaması, solunum ve progressif egzersizleri uygulayan deney grubunda 38,064, kontrol grubunda 37,419 olarak bulunmuştur. Araştırma sonucunda deney grubunda doğum yapılan gebelik haftası, kontrol grubundan ortalama bir hafta daha uzun olduğu belirlenmiştir.

### **2.2.5. Gebelik ve Travma**

İnsanlığın başlangıcından itibaren her toplumun ana unsuru kadındır. Ancak kadınların toplumsal statüsünün düşük olması, sosyal, ekonomik, psikolojik güç dengesizliğine yol açmakta ve kadının şiddete uğraması için zemin hazırlamaktadır. Kaynaklarda kadının gebe kaldığında aile içi şiddete uğrama riskinin arttığı belirtilmektedir (Atan ve Şirin 2005).

Hamilelik sürecinde meydana gelen travmanın, yüzyıllardır süregelen kendine özgü zorlukları vardır. Uterusa ateşli silah yaralanmasından bahsedilen 1600'lü yıllardaki ilk rapordan beri, teşhis, yönetim, prognoz ve sonuçlar açısından tartışmalar devam etmektedir. Endişe daha küçük bir hastanın katılımıyla daha da artmaktadır. Travma gebe kadınlarda obstetrik olmayan nedenlerle meydana gelen ölümlerin en önemli nedenidir. Kazayla ve travmayla meydana gelen yaralanmalar tüm gebeliklerin yaklaşık %6-8'ini komplike etmektedir. Tüm gebe kadınların %0.5'inin, çoğu travma sonucu olmakla birlikte, yoğun bakım ünitesine kabulleri gerekmektedir (Ayhan ve ark 2008). Küçük travma sonrası obstetrik komplikasyonların nedeni, uterusa olan direk travmalar özellikle 35. haftadan büyük gebeliklerde önemli bir risk faktörüdür (Warner and Salfinger, 2004).

Gebelik hakkında ambivalan duygular yaşanması, ekonomik baskılar, cinsel isteğin azalmasından dolayı; kadınların şiddete uğrama riski gebelik döneminde artar (Phillips 2003). Gebelerde aile içi şiddetin tanısı ve görülme sıklığı ile ilgili pek çok çalışmada; düşükle gelen kadınlarda anamnez ve muayenede aile içi şiddetin sorgulanması önerilmektedir (Atan ve Şirin 2005). Gebelik sırasında fiziksel şiddet sonucu; I. ve II. trimestir kanamaları, fetusta kırıklar, uterus, akciğer ya da dalak

rüptürü, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, düşük yapma, ölü doğum, erken doğum gibi komplikasyonlar ortaya çıkmakta ve bu gebeler, prenatal bakımı geç almaktadırlar. Ayrıca istenmeyen gebelikler de artmaktadır. Gebelikte şiddetin neden olduğu aşırı stres ve anksiyete yine erken doğuma ve fetusta gelişme geriliğine yol açabilmektedir (Sevil and Yanikkerem 2006; Şirin 1998; Taşpınar ve ark, 2005, Yanikkerem 2002, Espinosa and Osborne 2002).

T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü tarafından 2009 yılında Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet çalışmasının sonucunda türkiye genelinde en az bir kez gebe kalmış her on kadından birinin gebeliği sırasında eş veya birlikte olduğu kişi(ler) tarafından fiziksel şiddet yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma tarihinde kentsel ve kırsal yerleşim alanlarında yaşayan kadınlar arasında gebeliği sırasında fiziksel şiddet yaşamış kadın yüzdesi farklılaşmamaktadır. Buna karşın, gebeliği sırasında fiziksel yaşadığını belirten kadınların yüzdesi, Batı Marmara bölgesinde yaşayan kadınlar arasındaki %5.3 ile Kuzeydoğu Anadolu bölgesinde yaşayan kadınlar arasındaki %17.6 arasında değişmektedir. Araştırma tarihinde 15-24 yaşları arasındaki kadınların %11’i gebelikleri sırasında eş veya birlikte oldukları kişi(ler)den fiziksel şiddet yaşadıklarını söylemişlerdir. Bu yaş grubunda yaşanan gebelik sayısının az olmasına karşın gebeliği sırasında şiddet yaşamış kadın oranının bu denli yüksek olması dikkat çekicidir. Bu durum kadınların genç yaşlarda ve evliliklerinin ilk yıllarında daha çok şiddet ile karşılaşmalarının bir sonucu olarak görülebilir.

Giray ve arkadaşlarının gebelikte aile içi şiddet ve etkileyen etmenleri belirlemek amacıyla, İzmir-Uzundere bölgesinde yaptıkları çalışmada, gebelerin %20’sinin gebelikleri süresince, %23.7’sinin evlilikleri boyunca aile içi fiziksel şiddete uğradığı saptanmıştır (Giray ve ark, 2005).

Taşpınar ve arkadaşlarının Manisa ilinde gebelerin fiziksel şiddete uğrama durumlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %32.7’sinin gebeliklerinden önce, birden fazla gebeliği olan gebelerin %28.4’ünün daha önceki gebeliklerinde, %24,8’inin ise su anki gebeliklerinde fiziksel şiddete uğradıkları saptanmıştır (Taşpınar ve ark, 2005).

Bayram’ın (2008) gebelikte şiddete uğrama durumuyla benlik saygınsı incelemek için yaptığı çalışmada, gebelerin %16.5’i önceki gebeliğinde, %44’ü şu anki partneri tarafından şiddete maruz kaldığını bildirmiştir. Şiddet gören gebe kadınların benlik saygılarının şiddet görmeyen gebe kadınlara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Bayram 2008).

Johnson ve arkadaşlarının Kuzey İngiltere’de gebelerin şiddete uğrama sıklığını belirlemek için 400 gebe ile yaptıkları çalışmada (2003), şiddete uğrayan gebelerin %17 oranında olduğunu belirlemişlerdir. Alpar’ın 2008 yılında yaptığı çalışma sonucunda kadının, gebelik gibi özel bir dönemde de şiddete maruz kalabildiklerini göstermiştir. Eşleri tarafından şiddete maruz kalan gebelerden, gebelikleri süresince %4’ü dövüldüğünü, %8’i tekme atıldığını, %8.4’ü eve kilitlendiğini, %13.6’sı sözel olarak tehdit edildiğini, %24’ü ise istemediği halde cinsel ilişkiye zorlandığını bildirmiştir.

Karaoğlu ve arkadaşlarının Malatya ilinde gebelerde aile içi fiziksel, duygusal, cinsel şiddete uğrama durumlarının incelendiği çalışmada, gebelerin %8.1’i fiziksel, %6.7’si duygusal, %9.7’si cinsel şiddete maruz kaldıklarını belirlemişlerdir (Karaoğlu ve ark 2008).

Kuzey Carolina’daki iki hastanenin (biri eğitim, diğeri halk hastanesi) ortaklaşa yaptıkları bir çalışmada, altı yıllık (1987-1993) bir zaman dilimindeki, travmayla komplike olmuş 514 gebelik incelenmiş ve görülmüştür ki bu travmaların çoğu motorlu araç yaralanmasına (%55) bağlı iken, %22’si ev içindeki suistimal ve saldırılar, %22’si düşmeler ve %1’i de yanıklar, delici yaralanmalar ve hayvan ısırıkları sonucunda meydana gelmiştir. Vakaların %11.4’ünde preterm doğum gerçekleşirken, ablasyo plasenta %2 oranında görülmüştür (Ayhan ve ark 2008).

Günümüzde kadınlar gebelik süresince araç kullanmaktadırlar. Gebelik sırasında trafik kazaları sonrasında görülen yaralanmalar anne ve fetus yaşamını tehdit eder. Emniyet kemeri takılmasının, fetus ve anne açısından etkinliği değişik çalışmalar ile araştırılmıştır. Doğru olarak takılmış olan emniyet kemerinin kaza anında gebenin ön camdan çıkmasını önlediği bildirilmiştir. Üç nokta destekli emniyet kemerleri travma anında kuvveti daha geniş bir alana yaymaktadır. Ek olarak gövdenin pelvis üzerinden fleksiyona gelmesini önleyerek uterus üzerindeki kompresyon kuvvetlerini azaltmaktadır. Üç nokta destekli emniyet kemeri kullanıldığı zaman fetus ölüm oranının %8’e indiği bildirilmiştir. Emniyet kemerlerinin gebeliğin her döneminde kullanılması gerekmektedir. Doğru olarak kullanılır ise etkindir. Omuz kayışı (iki) göğüs arasında olmalı, alt kayış ise pelvisin alt kısmından geçmelidir (Yamaç ve ark., 2002).

Değişen yürüyüş mekanizması ve dengenin korunmasındaki güçlük nedeniyle özellikle gebeliğin son dönemlerinde düşmeler sık olarak görülür. Annede meydana gelen pelvis kırığı direkt travma ile fetus kafa kemiklerinde kırıklara ve intrakranial hemorajiye neden olmaktadır. Gebelerin merdiven inerken ve çıkarken dikkatli olmaları

önerilir. Ortopedik ve alçak topuklu ayakkabılar güvenli ve rahat bir yürüyüş için tercih edilmelidir. (Yamaç 2002).

### **2.2.6. Gebelikte Dinlenme ve Uyku**

Uyku ve dinlenme sağlığın ön koşuludur. Gebelikte fiziksel ve ruhsal sağlık için yeterli dinlenmek önemlidir. Gebelikte yorgunluk ve halsizlik sıklıkla görülür. Buna bağlı gerginlik, korku, duygusallık, huzursuzluk, endişe ve uykusuzluk gelişebilir (İnanç, Coşkun, Okumuş 2000).

Gebeliğin ilk trimesterindeki var olan yorgunluğun nedeni tam olarak bilinmediğinden önleyici mevcut ölçümler bulunmamaktadır. Hemşireler gebelere yorgunluğun genellikle 4. aydan sonra geçeceği konusunda danışmanlık yapmalıdırlar. Gece uykusunun 8 saat olması ve gün içerisinde de gebe kadının dinlenme aralıkları oluşturması gerekir. Fetüsün hızlı büyümesi ve kadının fiziksel yenilenmeye ihtiyacı olduğu için, gebe kadın vücudunu mutlaka dinlendirmesi konusunda teşvik edilmelidir (Edelman and Mandle 2002).

Gebeler ilk ve üçüncü trimesterde sık sık tuvalete gitme ihtiyacı hissettiklerinden ve çoğu kadın üçüncü trimesterde pozisyondan dolayı rahatsızlık yaşadığından dolayı gebelerin çoğu gece uykusunu devam ettirmede zorluklar yaşarlar. Yeterli uyuyamadığından dolayı yorgunluk yaşayan kadınlar, gebeliklerine yönelik negatif duygular hissedebilirler. Hemşireler bu durumu açıklamalı, kadına duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için destek olmalı ve daha iyi dinlenip, uyuyabileceği yollar bulması için yardımcı olmalıdırlar (Edelman and Mandle 2002).

Mindell ve Jacobson'un 127 gebe üzerinde yaptığı gebelikte uyku bozuklukları çalışmasında, gebelerin büyük çoğunluğu uykuya dalmada güçlük yaşadığını, sık sık uyandığını, uyku apnesi yaşadıklarını belirtmişlerdir (Mindell and Jacobson 2000).

### **2.2.7. Gebelik ve Aşılama**

#### ***a. Gebelik Öncesi Dönem***

Gebelik öncesinde kadınların, konjenital anomali üreten hastalıklardan fetusu korumak için tüm çocukluk aşılarının yapılmış olması gerekir. Sağlık personelinin kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşı takvimini görmesi gerekir. Hepatit B aşısının mevcut olması gerekir. Difteri/tetanoz aşısının her 10 yılda bir yenilenmesi gerekir. Suçiçeği aşısını gebe olmayan kadınlara önermek gerekir (Youngkin and Davis 2004).

### ***b. Gebelik Döneminde***

***Kızamıkçık:*** Gebe kadındaki serum immunoglobulin onun kızamıkçık semptomlarını azaltabilir fakat fetüste konjenital kızamıkçık sendromunun riskini ya da şiddetini değiştirmez. Gebelik öncesinde ya da sırasında yapılan aşılamada konjenital kızamıkçık sendromu teorik olarak risk bulundurur ancak gözlenen risk %0'dır. Gebe önceden kızamıkçığa maruz kalıp kan testinde pozitif çıkarsa, sonrasında fetüste bir risk yoktur. Ancak kan testinde negatif çıkarsa döküntü veya viral hastalık olan herkesten kaçınması konusunda uyarılmalıdır. Gebenin hiçbir bağışıklığı yoksa postpartum dönemde aşılanmalıdır. Emzirmenin kontrendikasyonu yoktur (Youngkin and Davis 2004).

***Hepatit B Virüsü:*** Hepatit B virüsü (HBV) kronik hale gelirse önemli sekeller taşır. Enfeksiyon kronik hepatite, siroz, birincil hepatosellüler karsinoma neden olur. Hepatit B yüzey antijen (HBsAg) testi pozitif çıkan annelerin bebekleri de enfekte olabilir veya hastalık açısından %90 risklidir. Tüm gebeler prenatal dönemde HBsAg açısından taramalıdır. Eğer HBsAg pozitif ise onun cinsel partneri ve çocuğu da test için çağırılmalıdır. Eğer gebe de HBsAg negatif ise enfeksiyon açısından risklidir ve gebelikte aşılamada için teşvik edilmelidir (Youngkin and Davis 2004).

***Grip Aşısı:*** Gebelikte grip enfeksiyonunda artış görülebilir. Bazı çalışmalar fetüste konjenital anomalilerde veya şizofreni de artış olabileceğini gösteriyor. Ancak daha fazla çalışmaya da ihtiyaç vardır. Grip aşısı inaktiftir ve genellikle güvenli olduğu düşünülür. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi grip aşısını ikinci ve üçüncü trimesterde olan tüm gebelere önermektedir. Yüksek riskli hastalar da ilk trimesterde aşığı alabilirler (Youngkin and Davis 2004).

***Suçiçeği Aşısı:*** Aşıdan sonra bir ay boyunca gebe kalınmaması tavsiye edilir. Yapılan bir çalışmada bu virüse maruz kalan fetüslerde konjenital anomali veya konjenital suçiçeği sendromunda bir artış görülmemiştir. 96 saat içinde bu virüse maruz kalan gebe kadınlara varicella-zoster immunoglobülün tavsiye edilir (Youngkin and Davis 2004).

Sönmez ve Aksakoğlu'nun (2005) 344 kadın üzerinde yaptıkları, gebelikte tetanoz aşılanma durumu ve etkileyen faktörlere yönelik yapılan çalışmada, kadınların %8.2'si aşısız ya da eksik aşıdır. Tetanoz aşısı olmayan 20 kadının %40'ı aşı olmanın gerekli olduğunu bilmediklerini, %35'i gebelik döneminde sağlık ocağının uzaklığı, parasal olanaksızlık nedeniyle gidemediklerini, %15'i de yan etkilerinden korktuklarını ifade etmişlerdir.

### **2.2.8. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar**

Gebelik, kadın yaşamını etkileyen son derece değişik bir süreçtir. Anatomik, fizyolojik ve ruhsal değişimlerin bir sonucu olarak gebelik cinsel yaşamı etkilemektedir. Gebelik genellikle bir cinsel ilişkinin sonucunda oluşmasına karşın, kadının cinselliği bu dönemde unutulmaktadır (Ertem ve Sevil 2010). Cinsellik konusu gelişmiş toplumlarda insanların birbirleriyle rahatlıkla paylaşabildikleri bir konuyken, gelişmekte olan toplumlarda halen bir tabu olarak varlığını sürdürmektedir. Cinsel yaşamın bu tabu özelliğini koruması nedeniyle gebelikte cinsel yaşam da anne ve baba adaylarının doktorlarına çoğu zaman sormadıkları, bu yüzden de bilgilerinin yetersiz olduğu bir konu olmaya devam etmektedir (Özkan ve ark, 2009). Cinsellikle ilgili bilgilerin artması ile çiftlerin kaygılarını giderici güvenilir bilgiler oluşturulmasına önemli katkı sağlanmıştır. Gebelik süresince kadında fiziksel ve fizyolojik değişiklikler oluşmaktadır. Gebe bir kadında üretilen progesteron hormonu gebe olmayan bir kadına oranla 10 kez daha fazla, östrojen miktarı ise gebe olmayan bir kadının üç yılda ürettiği miktara eşittir. Yüksek seviyedeki progesteron ve östrojen hormonları gebenin yumuşak ve düzgün bir cilde, parlak saçlara sahip olmasına, kendini iyi hissetmesine neden olduğu gibi, memeler ve cinsel organlarda oluşturduğu etki ile de cinsel ilişkiye daha hassas ve duyarlı hale getirmektedir (Ertem ve Sevil 2010).

Gebelikte cinsel birleşmenin kısıtlanmasının gerekli olduğu durumlar; önceki gebelikte tekrarlayan düşük, erken doğum, servikal yetmezlik, şimdiki gebeliğinde düşük tehdidi, erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü, vajinal kanama, genital bölgede enfeksiyon, eşte cinsel yolla bulaşan enfeksiyon olmasıdır. Bebeklerinde ağır gelişme geriliği veya başka nedenlerle fetal distres gelişme riski yüksek olan anne adaylarının da doktorlarının belirlediği bir dönemden itibaren cinsel ilişkide bulunmamaları gerekmektedir (Ertem ve Sevil 2010, Efe 2006).

Gebe kadınlar arasında cinsel ilişki isteği değişmektedir. Aynı gebe kadında farklı zamanlarda bile cinsel ilişki isteği farklılık göstermektedir. İlk trimesterde, yorgunluk, bulantı, memelerde hassasiyet cinsel ilişki isteğini olumsuz yönde etkiler. İkinci trimesterde pelvik kanlanmanın artması ve iyilik hissinde artışla birlikte cinsel istek yeniden artmaya başlayabilir. Üçüncü trimesterde abdomenin büyümesi ile cinsel ilgi yeniden azalır. Gebe kadının rahat etmesi için gerekirse çiftlerin cinsel ilişkiye girme pozisyonlarını değiştirmeleri gerekebilir (Chapman and Durham 2010, Özkan ve ark, 2009). Kadınlar cinsel aktivite sırasında yaşadıkları zorlukların azalmasıyla birlikte,

cinsellikle ilgili konularda daha açık iletişime girmeye başlarlar. Değişen vücut şekli ve beden imajı partnerinde cinsel isteğinin azaltabilir (Chapman and Durham 2010).

Gebelikte cinsel ilişkiyle ilgili olarak her iki eşte koitus sonucu fetüsün zarar görebileceği korkusu olabilir. Sağlık hizmeti verenler, eğer gebelikte koitusun sakıncalı olabileceğine ilişkin kanıt yoksa bu korkuları gerekli açıklamalarla gidermelidirler. Gebede erken membran rüptürü varlığı ya da eşin CYBH taşıyıcısı olması durumunda amnion enfeksiyonu riski çok artacağı için koitus yasaklanmalıdır (Yıldırım 1999).

Erkeklerde veya kadında teşhis edilmemiş genital enfeksiyon varlığında tam olarak tedavi tamamlanuncaya kadar ilişki yasaklanmalıdır. CYBH'dan ilerleyen genital enfeksiyonlar, fertilité ve perinatal mortalite ve morbiditeyi etkilerler (Dwyer 2001). Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar; spontan abortus, ölü doğum, erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, postpartum endometritis, yeni doğanda çeşitli hastalıklar gibi gebelikte birçok olumsuz sonuca neden olur (Mullick et al. 2005).

Bakteriyel vajinozisten ilerleyen genital enfeksiyonların erken doğuma neden olduklarına dair veriler, 1990'ların ortasından beri toplanmaktadır. CYBH ile ilgili sosyal ve davranışsal faktörleri tanımlamak, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ana amacıdır. Semptomatik kadınlarda vajinal ve servikal enfeksiyonları araştırmak ucuz, basit ve güvenilir olduğundan, DSÖ tanılamaya büyük öncelik vermiştir (Dwyer 2001).

Dwyer tarafından yapılan çalışmada (2001), gebe kadınların eşleri tarafından kondom kullanımının çok sık olmadığı belirtilmiştir. Gebelerin sadece %6'sı eşlerinin her zaman kondom kullandığını, gebelerin %67'si eşlerinin hiçbir zaman kondom kullanmadığını bildirmiştir. Sadece birkaç gebe cinsel ilişkide bulunduğu eşinin cinsel yolla bulaşan hastalık taşıdığı farkındadır.

Sullivan ve ark (2003) Vanuata'da ki gebe kadınlar arasında cinsel yolla bulaşan hastalık sıklığını belirlemek için yaptıkları çalışmada; gebelerin %27.5'inde trichomonas, %21.5'inde klamidy, %5.9'unda gonore ve %2.4'ünde sifiliz olduğu belirlenmiştir.

Bozkurt ve ark (2006) gebe kadınların, doğum kontrol yöntemleri, cinsel organlar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkındaki bilgilerini inceledikleri çalışmada; gebelere doğum kontrol yöntemleri sorulduğu zaman %61.2'sinin doğum kontrol hapları, %42.6'sının doğum kontrol iğnesi, %74.5'unun rahim içi araç, %78.7'sinin prezervatif, %63'8'inin geri çekme %36,2'sinin takvim metodu, %38'inin tüplerin bağlanması hakkında bilgi sahibi olduğu görüldü. Araştırmaya katılan gebelerin %96.1'i AIDS'in, %39.2'si hepatit B-C'nin , %29.4'ü gonorenin, %3.9'u klamidyanın,



%9.8'i herpes virüsün, %11.8'i HPV'nin, %27.5'u sifilizin (frengi) cinsel yolla geçen hastalık olduğunu biliyorlardı. Kadınlara hangilerinin kadın genital organları olduğu sorulduğunda; %49.1'inin rahimi, %13.2'sinin vajinayı, %69.2'sinin yumurtalıkları, %84.6'sının tüpleri kadın üreme organı olarak görmedikleri belirlenmiştir.

Chen ve ark (2006) 504 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebelerin %10.1'inde C trakomatis, %0.8'inde gonore, %3.2'sinde trikomonas vaginalis, %0.2'sinde sifiliz görülmüştür. Bu kadınların %71'i asemptomatiktir.

Gebelik, HIV enfeksiyonun belirtilerini maskeleyebilir. Çünkü yorgunluk, bulantı ve kilo kaybı gebeliğin genel şikayetleri de olabilir. Bu nedenle gebeliği izleyen ebe/hemşire ya da doktorun gebe takibinde dikkatli olması, riskli olan gebelerin tarama testlerine yönlendirilerek şüphelerin ortadan kaldırılması gereklidir. Gebelikte HIV enfeksiyonu varlığı hem fetal geçiş riski, hem de gebeliğin hastalığın seyri üzerindeki etkisi nedeniyle daha fazla önem kazanmaktadır. Gebelikte sellüler immünitede hafif azalma olduğundan HIV(+) gebelerde AIDS ve buna bağlı komplikasyonların daha sık görülmesi ve daha ağır seyretmesi beklenmektedir. New York ve Miami'de HIV ile enfekte bebek doğuran annelerin takip edildiği bir kısım çalışmadan asemptomatik kadınların %45-70'inde doğumdan 28-60 ay sonra AIDS semptomları geliştiği gösterilmiştir. Bu çalışmada gebeliğin asemptomatik HIV enfeksiyonlu kadınlarda AIDS oluşumunu kolaylaştırdığı görüşünü desteklemektedir (Gilbert and Harmon 2002).

Eğer gebelik sırasında HIV enfeksiyonu tanısı konmuş ise kadının, gebeliğin ilerleyişi üzerine enfeksiyonun olası etkileri hakkında bilgiye ihtiyacı vardır. Annenin, fetusa bulaş riski, fetus sağlığı üzerine etkileri, risklere rağmen gebeliğin devamı konusunda kaygıları yüksektir. Bu kriz durumunda başvurulabilecek yerler ve bulaş riskleri, anne ve bebeği üzerindeki etkileri kadar tanısının anlamı ile baş edebilmesine yardımcı olacak psikososyal destek servislerine yönlendirilmelidir (Aslantekin ve Şenol 2007).

### **2.2.9. Gebelik ve Bitkisel Terapi Kullanma**

Kadınların destekleyici ilaçları kullanmaları, gebelik süresince kendi istekleri ile tıbbi tedaviden uzak durmalarına ve destekleyici tedavilerin doğal ve yan etkisiz olduğunu düşünmeleri nedeniyle olabilmektedir. Tamamlayıcı tedaviler sırt ağrısı, bacak krampları gibi gebelikle ilgili çeşitli yakınmaların tedavisinde kullanılmaktadır, buna rağmen etkililiği konusunda kanıtlar yetersizdir (Gaffney and Smith 2004).

Gaffney ve Smith tarafından yapılan çalışmada, ebelerin çoğu, tamamlayıcı tedavilerin gebelik süresince kullanılabileceğini düşündüğü belirlenmiştir. Bu tedaviler; masaj, yoga, meditasyon, aromaterapi, bitkisel terapi ve hipnozdur (Gaffney and Smith 2004).

### **2.2.10. Gebelik ve Vücut Hijyeni**

**Banyo:** Gebelikte yağ ve ter bezlerinin salgılaması artar (İnanç, Coşkun, Okumuş 1996). Günlük banyo gebe kadını enfeksiyondan korur. Ayrıca artan metabolizma sonucu oluşan ısı artışını dengelemeye yardımcı olur. Gebelikte banyonun ayakta duş şeklinde ya da su dökülerek yapılması sağlığa uygundur (Şirin 2008). Suyun ısısının ılık olarak ayarlanması yararlıdır (Taşkın 2009). Sıcak banyo hipertermiye neden olabilir. Bu durum ilk 3 ayda fetal anomalilere neden olabilir. Sıcak banyo gebede hipotansiyona neden olarak düşme ve yaralanmalara neden olabilir (Şirin 2008).

**Meme Bakımı:** Gebelik süresince memelerde birçok değişim olur. Meme ucu ve areolada büyüme olur. Memede bulunan montgomeri tüberkülleri memeyi koruyucu maddeler salgılar. Bu nedenle memenin sabun ile yıkanmasından kaçınılmalıdır. Meme temizliğinde ve bakımında doğal ürünler tercih edilmelidir. Memeler gebelik süresince büyür ve ağırlaşır. Buna bağlı olarak gebe memelerde hassasiyet hissedilir. Memelerdeki hassasiyeti azaltmak için memeleri iyi kavrayan, çok sıkı veya bol olmayan, geniş askılı ve pamuklu sutyenler tercih edilmelidir. Kullanılan sutyenin sıkı olması dolaşımının bozulmasına, bol olması da sarkmalara neden olabilir. Meme bakımı sırasında meme ucu uyarılarından kaçınılmalıdır. Meme ucuna yapılan uyarılar oksitosin hormonunu uyararak uterus kontraksiyonlarını uyandırabilir (Şirin 2008).

**Perine Hijyeni:** Gebelik süresince vajinal akıntı artar. Artan akıntı nedeniyle gebenin iç çamaşırını sürekli olarak nemli olacaktır. Bu nedenle hijyen çok önemlidir. Gebe pamuklu çamaşır giymeli, iç çamaşırını günde bir gerekirse daha sık değiştirmelidir. Vajinal akıntının artması ile birlikte koku ve rahatsızlık hissi de artmaktadır. Kadınlar bundan kurtulmak için vajinal duş uygulamaktadırlar. Vajinal duş vajen pH'sını değiştirerek enfeksiyonlara yatkınlığa, erken doğuma neden olabilmektedir. Bu nedenle gebelere sakıncaları anlatılarak vajinal duş yapmamaları konusunda eğitim verilmelidir (Şirin 2008).

### **2.2.11. Gebelik ve Çevresel Maruziyet**

Hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalarda, çoğu çevresel kimyasalların fetüs üzerinde bir tehdit oluşturduğu belirlenmiştir. Bazı doğal maddelerin hayvanlar üzerinde teratojenik etkiye sahip olduğu bulundu fakat mantar ilaçları, böcek öldürücüler, böcek ve bakteri toksinleri gibi maddeler insanlara zararlı verme yedebilir. Metaller üzerinde yapılan çalışmalar da; arsenik, nikel, kadmiyumun sadece hayvanlara teratojenik etki gösterdiği fakat civa ve kurşunun insanlarda teratojenik etkiye neden olduğu bulunmuştur. Bazı çalışmalarda düşük, ölü doğuma ve mental retardasyona uğrayan fetüsün kurşuna maruz kaldığı belirlenmiştir (Edelman and Mandle 2002).

Gebelikte teratojen ajanlara maruz kalındığında, embriyonel ölüm ve abortus, majör ve minör konjenital anomaliler, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, genetik hastalıklar, bozulmuş organ fonksiyonları ve tümör gelişimi gibi sonuçlarla karşılaşılabilir (Yamaç ve ark 2002). Özellikle geleneksel erkek iş yerlerinde çalışan çoğu kadın çevresel tehlikelere maruz kaldığından dolayı bu alanda önemli daha fazla çalışmalara ihtiyaç vardır. Genellikle hemşireler, gebe kadını gebeliği boyunca tehlikeli çevresel ajanlara karşı korunması konusunda bilgilendirmelidir (Edelman and Mandle 2002). Çalışılan yerlerde kimyasallar (kullanılan temizlik ürünleri) kullanıldığında ortamı havalandırmak ve eldiven giyerek korunmak maruziyeti azaltacaktır (Youngkin and Davis 2004).

### **2.2.12. Gebelik ve Diş Bakımı**

Gebelik süresince düzenli diş bakımı oldukça önemlidir (Youngkin and Davis 2004). Ağız sağlığı ve genel sağlık birbirini etkilemektedir. Gebelikte diş etlerinde hipertrofi ve irritasyon görülür. Kan volümünün artmasına bağlı olarak diş etlerinin hiperemisi sonucu ağrı olur (Taşkın 2009). Şekerli ortamda bakteri oluşumu artar. Bu durum ağızdaki pH seviyesinin düşmesine, dişlerde zedelenmeye neden olur. Gebe kadın çikolata ve şekerlemelerden kaçınmalıdır (Şirin 2008). Diş sağlığını korumak için, dişler öğünlerden sonra ve yatmadan önce fırçalanmalıdır. Gebelik sırasında genel diş tedavisi ve çekimi lokal anestezi altında yapılabilir. Kadın, diş doktoruna gebe olduğunu belirtmelidir. Röntgen çekimi ve yoğun diş tedavisi mümkün olduğunca doğumdan sonraya bırakılmalıdır (Taşkın 2009).

Gaffield ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik süresince ağız ve diş sağlığı hizmetlerini kullanmada daha önce ağız ve diş hizmetlerine gitme sıklığı (gebe kalmadan önce) arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Gaffield et al. 2001). American

Academy of Periodontology'nin raporuna göre, son zamanlarda yapılan çalışmalarda gebelikteki periodontal hastalıkların gelişen fetusu olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir (Academy Report, 2004).

### **2.2.13. Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Edinme**

Gebelik döneminde kadınların sağlık davranışları, hem doğum öncesi, hem de doğum sonrası dönemde anne ve bebek sağlığı açısından önemli role sahiptir. Bu nedenle kadınlar gebelik döneminde sağlık uygulamaları ile ilgili bilgileri doğru kaynaklardan almalıdırlar (Lindgreen 2005).

Gebeler; annelik-babalık, gebelik, çocuk gelişimi hakkındaki kitapları okumaktadırlar. Gebeler merak ettiklerini, doktor ve hemşire gibi profesyoneller ve aile üyeleri gibi kişilere danışmaktadırlar. Gebelik süresince uyguladıkları sağlık davranışlarını diğer insanlardan öğrenme en genel yöntemdir. Lawellen'in çalışmasında bilgilerin çoğunlukla aile üyelerinden alındığı belirlenmiştir. Gebeler, hemşirelere kıyasla doktorlardan daha fazla bilgi almışlardır (Lawellen 2004).

Lindgreen (2003) yaptığı çalışmada, şehir merkezinde oturan kadınların prenatal bakım almada küçük kentte yaşayan kadınlara göre daha fazla zorluk yaşadığını, fakat arkadaş ve ailelerinden bilgi edinerek kendi sağlık bakımları için girişimde bulduklarını belirtmektedir (Lindgreen 2003).

Özbaşaran ve Yanikkerem'in çalışmasında, gebelerin %55'i ebe ve hemşireden, %49'u ise doktordan gebelik ve doğum ile ilgili bilgi aldıkları belirtilmiştir (Özbaşaran ve Yanikkerem 2004). TNSA-2008 verilerine göre kadınların yüzde 92'si araştırma tarihinden önceki son beş yıl içinde gerçekleşen en son doğumlarında en az bir kez sağlık personelinden (doktor ve hemşire/ebe) doğum öncesi bakım almış olup bu kadınların neredeyse tamamına yakını (%90) doğum öncesi bakımı doktordan almıştır.

Lawellen'in çalışmasında, kadınlar tarafından yazılı ve görsel bilgi alma bu çalışmada önemli olarak bulunmuştur. Kitaplar, klinikteki broşürler ve dergiler bunlara genel örneklerdir. Araştırmada, kadınlar tarafından gebelikteki sağlık davranışlarında başlıca bilgi kaynakları olarak kitaplar, aile üyeleri ve sağlık bakımı verenler belirtilmiştir. Çoğunlukla kadınlar prenatal bakım ziyaretlerinde klinikte bekleyerek vakit geçirmektedirler. Sağlık bakımı profesyoneliyle etkileşimi genellikle sınırlı bir sürede, muayene ve yanlış uygulamalarıyla ilgili konuşma (sigara içme, çok az ya da çok fazla kilo alımı) ile geçmektedir. Bekleme odasındaki zaman sağlık davranışlarını güçlendirme ve yeni bir sağlık davranışı öğretmede kullanılabilir. Bu çalışmada

gebelerin, gebelik için uygun sağlık davranışları hakkında bilgiyi sağlık çalışanlarından çok yakın çevreden aldıkları (anne, akraba, arkadaş vb.) görülmüştür. Bu durum özellikle düşük gelirli kadınlarda görülmektedir. Eğitim verilirken bu grup hedef alınmalıdır (Lawellen 2004).

Ergün (2007) gebelerin üçlü tarama testi ve gebelikte yapılan diğer testler hakkındaki bilgi düzeyinin ölçülmesiyle ilgili yaptığı çalışmanın sonucunda, gebelik takibinde tarama testleri yapılmalı mıdır? sorusuna, hiç okula gitmemiş olan gebeler % 14.3 oranıyla evet yanıtını verdikleri görülmüştür. İlkokul mezunu gebeler % 44.1 oranıyla evet derken, üniversite ve üstü mezunu olan gebeler ise %91.1 oranıyla evet yanıtını vermişlerdir. Buna göre; eğitim düzeyi arttıkça gebeler gebelik takibinde tarama testlerinin yapılmasını gerekli görmüşlerdir. Gebelerin %38,8'i gebelilerinde kendisine tahlil yapıldığını fakat bu tahlillerin ne olduğunu bilmediğini belirtmiştir. Gebelerin % 71,2 'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmesi gerektiğini belirtirken, %5,2'si gebelik takibinde tansiyon ölçülmemelidir demiştir. Ankete katılan gebelerin % 51.2' si şeker testi yapılmalıdır derken, % 35.6' sı şeker testi ile ilgili bilgisinin olmadığı saptanmıştır. Ankete katılan gebelerin % 35,2 ' i ikili tarama testini biliyorken, % 64,8'i ikili tarama testini bilmediklerini belirtmişlerdir. Ankete katılan gebelerin % 40,4 'u üçlü tarama testini biliyorken, %59,6' sı bilmediklerini belirtmişlerdir.

#### **2.2.14. Gebelik ve Toksoplazma**

Gebelik sırasında hastalığın prevalansının düşük olması, kesin olmayan ve yüksek maliyetli tarama ve tedavinin olması, teratojenitesi nedeniyle evrensel tarama önerilmemektedir (Rutin Prenatal Bakım 2004). İlk trimester enfeksiyonu ile fetuslerin ancak %10'unda konjenital toksoplazmozis gelişir. Nörolojik bozukluklar, mental retardasyon, mikrosefali ya da hidrosefali ve düşük doğum ağırlığı, karşılaşılabilen bulgulardır (Yamaç ve ark, 2002).

Günümüzde gebelikte kedi pisliğinden çok kontamine etin ellenmesi yoluyla edinilen bu hastalığın önlenmesinde çabalar hastaların eğitilmesine yöneltilmelidir (Rutin Prenatal Bakım 2004).

#### **2.2.15. Gebelik ve Seyahat**

Genellikle hekimler tıbbi veya obstetrik bir komplikasyon yoksa 36 haftaya kadar seyahat edebileceğini ifade ederler. Seyahatin, gebenin kendisini en iyi hissettiği ve gebelik komplikasyonlarının en az olduğu ikinci trimesterde yapılması daha uygundur.

- Seyahat etmek isteyen gebeler seyahate çıkmadan önce sağlık personeli ile görüşmelidir. Seyahate kontrendike durumların varlığı incelenmelidir. Örneğin; preterm doğum, tekrarlı spontan düşükler, gestasyonel hipertansiyon, plasental anomaliler, kanama, intrauterin büyüme geriliği veya tıbbi bir hastalık durumu (orak hücreli anemi, kardiyak hastalıklar, vb.)
- Eğer uçakla seyahat düşünülüyorsa, gebenin genellikle 36. haftada başlayan kısıtlamalar hakkında havayolu şirketi ile görüşmelidir. Gebe kadınlar basınçsız uçaklarda 8.000 feetin üzerinde uçmamalıdır.
- Seyahat sırasında gebenin her 2 saatte bir 10 dakika yürümesi gerekir. Eğer araba ile seyahat ediyorsa hangi zamanlarda duracağını planını yapmalıdır. Eğer uçakla, trenle veya otobüsle seyahat ediyorsa; koridorda yürüyüş yapmalıdır.
- Gebeler seyahat sırasında yeterli miktarda sıvı içmelidirler ve her 2 saatte bir boşaltım ihtiyacını karşılamalıdır.
- Otururken de egzersiz yapılmalı, derin bir nefes alınmalı, alt bacaklar uzatılmalı, ayaklar esnetilmeli, kıpırdatılmalı, kalça kasları kısaltılmalı.
- Uçakta emniyet kemeri her zaman pelvisin üzerine takılmalıdır.
- Deniz yolcusu gemilerin çoğu gebeliğin yedinci ayının üzerine de seyahat için izin verir.
- Bir sağlık personeli tarafından önerilmediyse bulantı için ilaç kullanmamalıdır (Youngkin and Davis 2004).

### **2.2.16. Gebelikte Giyim**

Gebelikte annenin vücudunda bir dizi değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler nedeniyle sırt, bacak ağrıları, nefes darlığı gibi bazı rahatsızlıklar yaşanabilir. Giysiler bu rahatsızlıkları azaltacak özellikte olmalıdır. Giysiler asla vücudu sıkacak kadar dar olmamalıdır. Özellikle bacaklardaki kan dolaşımını engelleyebilecek dar çorap, pantolon veya eteklerden kaçınılmalıdır. Kullanılan giysiler pamuklu veya yünlü kumaşlardan yapılmış olmalı, sentetik kumaşlar kullanılmamalıdır (Şirin 2008).

Gebelikte kullanılacak sutyen çok önemlidir. Gebelik süresince memeler çok hızlı büyür. Bu büyüme sırasında ağırlaşan memeler hem sarkar hem de ağırlığı nedeniyle ağrıya neden olabilir. Gebelik süresince seçilen sutyen geniş askılı ve tüm göğsü kavrayacak ve kaldıracak biçimde olmalıdır. Sutyenin çok sıkı olmamasına özen gösterilmelidir (Şirin 2008).

Gebelik süresince özen gösterilmesi gereken noktalardan biri de ayakkabılardır. Gebelik süresince vücut yapısı değişir. Bel çukuru artar ve abdomenin büyümesi ile birlikte vücut dengesi de değişir. Öne doğru artan ağırlığı dengelemek için gebenin vücudu arkaya doğru eğilir. Bu dengeyi sağlamak için kullanılan ayakkabının topuk yüksekliği çok önemlidir. Gebelikte topuk yüksekliği 2-3 cm olmalıdır. Çok düz veya çok yüksek topuklu ayakkabılar giyilmemelidir. Ayrıca kullanılan ayakkabılar ayağı iyi biçimde sarmalıdır. Ayağı iyi sarmayan ayakkabılar düşmeye neden olabilir. Çok sıkı ayakkabı giymek ise ayağın kan dolaşımını engelleyebilir (Şirin 2008).

### **2.2.17. Gebelikte Bilgisayar Kullanımı**

Bilgisayar kullanıcılarının çoğunda ense, bilek, el ve omuz ağrıları mevcuttur. Yine bu kişilerde gözlerde problem ortaya çıkabilmektedir. Bu durum çoğu kişide stres yaratmaktadır ve stres gebelik üzerinde olumsuz etkiye sahiptir. Eğer gebe işi nedeniyle sık bilgisayar kullanmak zorunda kalıyorsa rahat bir masa, koltuk ve beli rahatlatacak bir yastık kullanmalıdır. İki saatte bir 15 dakika ara verilmesi gerekir. Baş, boyun hareketlerinin yanı sıra omuz ve ayak egzersizleri yapmak gebeyi oldukça rahatlatacaktır (Şirin 2008).

### **2.2.18. Gebelik ve Sosyal Destek**

Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik dönemi içinde doğrudur. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde pozitif bir etkiye sahiptir (Taşkın 2009). Sosyal destek, anneye birisi tarafından kişisel ilişki yoluyla verilen destek anlamına gelir. Bu bir kadın için en önemli birincil grupları oluşturur (malzeme, duygusal, bilgi, karşılaştırmalı destek).

- Malzeme desteği veya enstrümantal destek, parasal yönetim, yemek, işler gibi pratik yardımlardan oluşur.
- Duygusal destek, sevgi, onay, teşvik, beraberlik duygularının verilmesini içerir.
- Bilgi desteği, bilgi paylaşımı ve yeni bilgi araştıran kadınlara yardım etmeyi içerir.
- Karşılaştırmalı destek, benzer durumda olan birisi tarafından verilen desteği içerir. Onlar yaşamlarında aynı olayları yaşadıklarından veya

deneyimlediklerinden birbirlerine daha çok inanırlar ve yararlı bilgileri paylaşırlar (Chapman and Durham 2010).

Bir profesyonel tarafından danışmanlık, öğretim, rol modelliği veya problem çözme gibi destekler verilmesine rağmen sosyal destek genel olarak profesyonel destek olarak düşünülmez. Bazı toplum programlarında çalışan uzman yardımcılar, gebelere eğitim ve sosyal destek sağlayabilirler. Topluluklarda yaşayan tecrübeli annelerin becerilerinden yararlanmak sağlık personelleri tarafından yürütülen hastane tabanlı programlardan daha az pahalı ve daha fazla kültürel duyarlılığı olabilir. Doğum sonrası ev temelli sosyal destek programları sosyal dezavantajı olan anne ve çocukları için önemli yararları olabilir (Chapman and Durham 2010).

Gebeliğinde yüksek düzeyde sosyal destek alan kadınlar, düşük düzeyde destek alan kadınlara göre gebeliklerinde daha mutlu olmakta ve gebe olmaya yönelik daha olumlu duygular yaşamaktadırlar (Murray and McKinney 2010).

Okanlı ve ark (2003) gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için yaptıkları çalışmanın sonucunda, sosyal destek arttıkça problem çözme becerisinin de arttığı görülmüştür. Gebe kadınların ailede yaşayan birey sayısı ile sosyal destek puan ortalaması incelendiğinde evdeki birey sayısı 2-3 olanların sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Gebeyi kontrol eden sağlık personeli ile sosyal destek ve problem çözme becerileri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark belirlenmiştir. Sağlık personeli tarafından verilen sağlık değerlendirmesi, eğitim, danışmanlık gibi hizmetlerin, gebelerde algılanan sosyal destek ve problem çözme becerilerinin artmasında etkili olduğu, hekimlerin ise daha iyi sosyal destek sağladıkları ve gebelerin problem çözme becerilerine katkıda buldukları söylenebilir. Gebeliğin istenme durumu ile sosyal destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmıştır. İstenilen gebelikler kadının eşiyle olan ilişkilerini olumlu yönde etkilediği için eşlerinden gerekli desteği görmektedirler.

Harley ve Eskenazi (2006) sosyal desteğin; gebelerin daha kaliteli beslenmelerine, vitamin desteklerini almalarına ve sigara içimini azaltmalarına etkisi olduğunu belirlenmişlerdir.

Downs ve Hausenblas'ın 2004 yılında yaptıkları çalışma sonucunda; ailesel desteğin gebelerin egzersiz yapma davranışını artırmada önemli rol oynadığı belirlenmiştir.



Cannella'nın (2005) 152 gebe üzerinde sosyal desteğin, pozitif sağlık davranışlarına etkisini incelediği çalışmanın sonucunda, sosyal desteğin pozitif sağlık davranışlarını artırdığı belirlenmiştir.

### **2.2.19. Gebelik ve Sigara Kullanımı**

Gebe bir kadının sigara kullanımı kendisi ve bebek sağlığını riske sokmaktadır. Çünkü fetus, annenin uterusunda gelişmektedir, annenin kan sistemi ile ilişkili olan midesi ve akciğerindeki kimyasallar fetusu etkileyebilir. Bu, annenin sigara içmesini ya da çevredeki sigara dumanını inhale etmesini (pasif içicilik) de içermektedir (Trophy 2005).

Sigara, ana ürünü olan nikotin plasenta aracılığıyla bebeğe geçer ve vazokonstrüksiyona neden olur. Plasental yetersizlik ve fetal hipoksi nedeniyle dış gebelik, ablatio plasenta, plasenta previa, erken membran rüptürü gibi obstetrik komplikasyonlara neden olurken, spontan abortus, ölü doğum, prematürelilik, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, dikkat eksikliği, hiperaktivite rahatsızlığı, IQ düşüklüğü, çocukluk dönemi kanseri riskini artırma, yeni doğanda Ani Yenidoğan Ölümü Sendromu (Sudden Infant Death Syndrome: SIDS), çocukluk dönemi astım ve solunum yolu hastalıkları gelişme riskini artırır. Bu nedenle perinatal, bebeklik ve erken çocukluk dönemlerinde morbidite ve mortalite sıklığını arttırmaktadır (Youngkin and Davis 2004, Şirin 2008, Keskinoglu ve ark 2005, Karadeniz ve ark 2003). Erken dönem gebelikte sigara kullanımı majör konjenital malformasyonlarda belirgin artışa neden olduğu saptanmıştır. Konjenital kalp hastalıkları, spina bifida ve genitoüriner sistem anomalilerine de rastlanmaktadır (Yamaç 2002). Sigara içmek çeşitli fizyolojik olayları olumsuz etkilemektedir. Bunlar:

- Karbonmonoksit, plasentaya geçerek hemoglobinin oksijen taşıma kapasitesini azaltır.
- Nikotin, adrenalini salgılatarak vazokonstrüksiyona neden olur.
- Kadmiyum, çinkonun plasentaya geçişini engeller.
- Kemiklerden kalsiyum mobilize edildiğinden kemik kaybı artar. B12 vitamininin bağırsaktaki sentezi azalır, C vitamininin kullanımı artar (Chapman and Durham 2010, Karadeniz ve ark 2003).

Sigaranın neden olduğu sorunlar, antenatal dönemde sigaranın içilme zamanı, süresi ve karşılaşma yoğunluğuna bağlı olarak değişmektedir. Yapılan çeşitli araştırmalarda, gebelerde aktif sigara içicilik prevalansı %10-37, pasif sigara içicilik

prevelansı ise %11-49 arasında değişmektedir. Gebelik öncesi aktif olarak sigara içenlerin yaklaşık %30'unun gebelik döneminde içmeyi bırakmadığı, gebelikte sigara içenlerin üçte birinin de doğum sonrası içmeye devam ettiği bildirilmektedir (Keskinoglu ve ark, 2005). Amerika birleşik devletlerindeki kadınların en az %16'sı gebeliklerinde sigara içmektedir (Chapman and Durham 2010).

İrge ve arkadaşlarının (2005) gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada, gebelerin %20.8'inin gebelikleri süresince sigara içtiği belirlenmiştir. Altıparmak ve ark (2009) 130 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada; gebe kadınların %19.1'inin gebelik süresince sigara içtiği belirlenmiştir. Semiz ve ark (2006) 205 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %20'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir.

Marakoğlu ve Sezer'in (2003) 539 gebe üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %17'sinin gebeliğin herhangi bir döneminde sigara içtiği, %9'unun gebeliğin başından sonuna kadar aralıksız içtiği belirlenmiştir. Eğitim ve sosyoekonomik durumu yüksek olan gebe kadınlarda sigara içme oranı anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı gebelikte sigara içenlerde %12, içmeyenlerde %4 olarak bulunmuştur. Karcaaltıncaba ve ark (2009) 1020 gebe kadın üzerinde yaptığı çalışmada, gebelerin %69.2'sinin pasif sigara içicisi olduğu belirlenmiştir.

Aktaş'ın (2006) gebelik boyunca sigara içiminin perinatal dönemde anne ve bebek sağlığı üzerine etkisini incelediği çalışmanın sonuçlarında; gebelik boyunca sigara içen annelerin %21.2'si erken doğum (preterm dogum) yaparken, gebelik boyunca sigara içmeyen annelerde bu oran %1.8 olarak saptanmıştır. Maternal sorunlardan EMR, preterm eylem ve plesenta previa gebelik boyunca sigara içen annelerde, içmeyenlere göre daha yüksek oranda görülmüştür. Gebelik boyunca sigara içen annelerin yenidoğanlarının, doğum ağırlığı içmeyenlerinkinden 134 gr daha düşük, doğum boyu 1.88 cm daha kısa ve bas çevresi ise yaklaşık 0,60 cm daha kısa saptanmıştır. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma oranı, gebeliğinde sigara içmeyenlerde %4.5 iken, sigara içenlerde bu oran %9.6 olarak saptanmıştır.

#### **2.2.20. Gebelikte Kafein Tüketimi**

Kafein teratojenik etki göstermemesine rağmen, gebeliğin erken dönemlerinde, maternal kafein tüketimi spontan abortus riski ile ölü doğum riskinde artma, düşük doğum ağırlığı ve intrauterin büyümeyi sınırlama ile ilişkilidir. Gebelikte kafeinin yarılanma ömrü uzamaktadır. Gebe olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında üçüncü

trimesterin sonlarına doğru üç kat fazla bulunmuştur. Devamlı kafein alımına sahip olanlarda, kandaki kafein konsantrasyonu %75'e yükselmektedir. Gebelerde sigara içme ile kafein metabolizması artmaktadır, daha kısa kafein yarı ömrüne sebep olmaktadır (Carlsen et al. 2005). Kafeinin diüretik bir etkisi vardır. Ruh halini şiddetlendirebilir, fetal ya da yenidoğan kalp atışlarında düzensizliklere neden olabilir. Kafein kaynakları olan çay, kahve, çikolata, bazı sodalar hakkında gebe bilgilendirilmelidir (Youngkin and Davis 2004).

Gebelik süresince haftada beş ya da daha fazla miktarda alkol ve günde 375 mg veya daha fazla kafein tüketmek spontan abortus riskini yükseltebilir (Rasch 2003).

Cnattingius ve ark (2000) 562 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada, gebeliğinde günlük en az 100 mg. kafein alan kadınların, günlük 100 mg.'dan daha az kafein alan kadınlara göre daha fazla spontan abortus yaşadığı belirlenmiştir.

### **2.2.21. Gebelik ve İlaç Kullanımı**

Gebelik süresince tıbbi ilaç kullanımı hem anne hem de fetus için potansiyel bir risk durumudur (Andrade et al. 2004). Kullanılan ilacın fetustaki konsantrasyonu, maternal konsantrasyonun %20-80'i dolayında olmaktadır. Konsantrasyondaki bu azalma plasenta ve fetustaki ilaç metabolizmasına bağlıdır (Yamaç ve ark 2002).

Plasenta, yabancı maddelere lipid bir membran gibi davranmakta, yağda eriyen maddeler plasentadan rahatlıkla geçerken, suda eriyen maddelerin geçişi daha zor olmaktadır. Moleküler ağırlık da plasentadan geçişi için önemli bir faktördür. Ajanın pH'ı da geçirgenliği etkileyen bir faktördür. İlaçların plazma proteinlerine bağlanması, fetusa ulaşmalarını engelleyen bir faktör olarak düşünülmüştür. Ancak maddenin proteine bağlanmasının fetal geçişi etkilemediği görülmüştür. Maddenin serbest formu plasentadan geçtiğinde, proteine bağlı formu serbestleşmekte, böylece proteine bağlanma bir depo görevi yapmaktadır (Yamaç ve ark 2002).

Gebelikte sadece vitamin ve Fe preparatları kullanılabilir. Bunların dışında hiçbir ilaç hekim reçetesi olmadan kullanılmamalıdır. 1950'li yıllarda uyku ilacı ve erken gebelik bulantılarını önlemek amacıyla Almanya'da kullanılan Talidamid (1961) adlı ilaç, bazı özel konjenital malformasyonlardan sorumlu bulunmuştur. Yaşanan bu ilaç faciası; konjenital malformasyonlar, kol bacak gibi vücuda bağlı organlarda kısalık veya yokluklar, göz, böbrek, kalp ve sindirim sistemindeki çeşitli anomalilere neden olmuştur. İlacın satışı, olumsuz etkileri kanıtlandıktan sonra

durdurulmuş ve ABD’de kullanılması, Food and Drug Association (FDA) tarafından yasaklanmıştır (Public Affairs Committee, 2000).

Demir (2008) gebelerin ilaç ve radyasyonla karşılaşma durumlarını incelemiştir. Çalışmaya alınan 220 gebenin çok sayıda etken maddeye maruz kaldığı, yalnızca dörtte birinin (%26) tek bir etken maddeye maruz kaldığı saptanmıştır. Gebelerin yaklaşık üçte birinin (%29) FDA gebelik risk sınıflandırmasına göre yüksek riskli ilaçlara maruz kaldıkları ve bunların da çoğunun (%81) ilk üç ayda olduğu saptanmıştır. FDA gebelik risk sınıflandırmasına göre yüksek riskli ilaçlara maruz kalan gebelerde isteğe bağlı ya da tıbbi gebelik sonlandırılmasının ve bebek ölümlerinin düşük riskli ilaçlara maruz kalanlara göre anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır.

### **2.2.22. Gebelik ve Yasa Dışı İlaç Kullanımı**

Gebelikte yasa dışı ilaç kullanmak fetal bağımlılığa, prematüriteye, düşük doğum ağırlığına, plasental dekolmana, ölü doğuma, hepatit B ve HIV virüsüne neden olmaktadır. Yasa dışı ilaç kullanan gebelere bir an önce kullanmayı bırakmaları önerilmelidir. Yasa dışı ilaç kullanan gebeler, gebe kadınların ihtiyaçları konusunda uzmanlaşmış uyuşturucu bırakma merkezine veya zihinsel sağlık bakımı veren bir uzmana yönlendirilmelidirler (Youngkin and Davis 2004).

Pinto ve ark (2005) yaptıkları çalışmada, kontrol grubuna göre, vaka grubundaki ilaç kullanan kadınlarda ablasyo plasenta, intrauterin gelişme geriliği, preterm doğum daha yüksek çıkmıştır.

### **2.2.23. Gebelik ve Marijuana Kullanımı**

Genel popülasyonda en sık kullanılan yasadışı uyuşturucudur (Youngkin and Davis 2004). Marijuana, topikal anestetik ve lokal vazokonstrüktör etkilere sahip, bağımlılık yapıcı bir maddedir. Aynı zamanda santral sinir sistemi (SSS) uyarandır. Vazokonstrüktör etkisinden ötürü plasental ablasyo sıklığında artmaya neden olur (Yamaç ve ark 2002). Fetal seviyesi maternale göre birkaç kat daha düşüktür yani fetüse geçişi daha hızlıdır. Marijuana kullanımının, alkol ve sigara kullanımı ile ilişkisi yüksektir (Youngkin and Davis 2004).

Gebelikte marijuana kullanmanın bazı maternal komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Bunlar;

- Fiziksel bağımlılık yapmakla birlikte psikolojik bağımlılık yapmaktadır.
- Kullananlar sigara içenlerden daha fazla kansere yakalanırlar.

- Preterm doğum sık görülür.

Gebelik süresince marijuana kullanımının fetal komplikasyonlara neden olduğu bilinmektedir. Bunlar;

- İntrauterin büyüme ve gelişme geriliği.
- Yenidoğanda huzursuzluk nedeniyle bebek ağladığında avunmada zorlanır. Bu yüzden anne bebek iletişimi etkilenir (Youngkin and Davis 2004).

#### **2.2.24. Gebelik ve Kokain, Amfetamin Lsd, Eroin, İnhalant Kullanımı**

Doğum yapan kadınlar arasında ve gebelikte madde bağımlılığı giderek artmaktadır. ACOG'e göre, gebe kadınların %10'unda madde bağımlılığı problemi vardır. Bağımlılık yapan çeşitli maddeler gebe kadınlarda, gebelik komplikasyon riskini arttırmakta, fetusta fiziksel ve mental risklere neden olabilmektedir. Bu durum ailelerin madde bağımlılığından haberdar olabilmeleri için üreme çağı boyunca hemşirelik bakımı almalarını zorunlu kılmaktadır (Gilbert and Harmon 2002).

Kokainin toz ve kristal olmak üzere iki şekli vardır. Toz formları inhalasyon ya da eritilerek intravenöz yolla alınır. Birinci sınıf (crack) "rocks" adı ile isimlendirilen kristal formunun %90'ı saf kokain içerir. Bu yüzden bu formları akciğer dokusu aracılığıyla emilir. Koklayarak içe çekilen kokain birkaç dakika sonra kanda yükselir ve bir saatten daha uzun süre etkisi devam eder. İntravenöz yolla alınan kokain ya da sigara kokainler birkaç saniye içinde yükselme sağlar ve yaklaşık 30 dakikadan daha uzun eforiye neden olur. Bu yüzden genellikle daha sık alınır ve bu nedenle daha fazla bağımlılık yapar. Dolayısıyla bu çeşitlerde bağımlılık daha fazla görülür. Kokain kullanımı ile fetusta, segmental intestinal atrezi, ekstremitte anomalileri, konjenital kalp anomalileri, beyin anomalileri, genitoüriner sistem anomalileri bildirilmiştir (Taşkın 2009, Yamaç ve ark 2002).

Eroin, en yaygın olarak damardan çekme olarak bilinen intravenöz yolla kullanılır. İlacın içilmesi ya da inhale edilmesi, intravenöz yolla geçen HIV korkusundan dolayı daha popüler olmaktadır (Karadeniz ve ark 2003). Gebelikte eroin kullanmanın, gebede olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte eroin kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- Preterm doğum riski 3–7 kat artar.
- Hepatit, tüberküloz, HIV gibi enfeksiyon komplikasyonları artar (Karadeniz ve ark 2003).

Gebelikte eroin kullanımının, fetus ve yeni doğanda istenmedik durumlara neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte eroin kullanımının neden olduğu fetal ve neonatal komplikasyonlar:

- Preterm ve prematüre doğum
- Fetal akciğer olgunlaşmasını hızlandırır, fakat mekonyumlu amnion sıvısı riskini artırır ve ani bebek ölümü sendromu riski daha yüksektir.
- Prenatal eroine maruz kalan bebeklerin %60-80'inde yoksunluk belirtileri vardır.
- Postnatal büyümede yetersizlik, hafif derecede gelişimsel gecikmeler ve davranış bozuklukları gözlenmiştir (Karadeniz ve ark 2003).

Buz ve mavi buz olarak bilinen amfetaminler kokain gibi özellik gösterdikleri için kokain ile benzer durumlarda kullanılmaktadır (Karadeniz ve ark 2003, Taşkın 2009). Gebelikte amfetamin kullanmanın, gebede olumsuz etkilere neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte amfetamin kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- Ablasyo plasenta
- Hiperaktivite
- Unutkanlık, iştah kaybı
- Kardiyak ritim bozukluğu görülebilir (Karadeniz ve ark 2003, Taşkın 2009).

Gebelikte amfetamin kullanmanın, fetus üzerinde istenmedik durumlara neden olduğu bilinmektedir. Gebelikte amfetamin kullanımının neden olduğu etkiler:

- İntrauterin büyüme geriliği
- Beyin gelişiminde azalmalar
- Konjenital anomaliler
- Fetal stres
- Neonatal gerileme yapabilir (Karadeniz ve ark 2003).

#### **2.2.25. Gebelik ve Alkol Kullanımı**

Etil alkol potansiyel bir teratojendir. Plasentadan belirli bir miktarda geçen alkolün direkt etkisi ya da yıkım ürünü olan asetaldehit etkisiyle malformasyonlara yol açabildiği düşünülmektedir. Fetal alkol sendromu ilk olarak 1973'te tanımlanmıştır ve prenatal ve postnatal gelişme geriliği, intrauterin gelişme geriliği, mental retardasyon, davranış bozuklukları ve atipik yüz görünümüyle karakterizedir. Ağır kronik alkolizmde %50'ye varan fetal anomali insidansından bahsedilmektedir. Gebelikte ne kadar alkolün embriyoda patolojik sorunlara neden olabileceği kesin bilinmemektedir. Günlük 50 gr.

alkol alımı sınır olarak gösterilse de, bu miktar altında kullanımda da fetal alkol etkilerine rastlanabilmektedir (Youngkin and Davis 2004, Yamaç ve ark 2002, Gilbert and Harmon 2002). Gebe bir kadın için en iyi tavsiye alkolü tamamen bırakmasıdır. Alkol kullanımı ne kadar erken durdurulursa fetüs üzerindeki olumsuz etkilerinin de azalacağını söyleyen veriler bulunmaktadır (Youngkin and Davis 2004).

Gebelikte alkol kullanmanın çeşitli fizyolojik olayları olumsuz etkilediği bilinmektedir. Gebelikte alkol kullanmanın patofizyolojik etkileri:

- Çeşitli besinlerin emilimini engeller
- Tüm hücrelerin bölünme ve büyüme sürecine zarar verir
- Nöral gelişimi bozar
- DNA sentezini inhibe eder ve fetüse amino asit sağlanmasını engellemektedir (Gilbert and Harmon 2002; Karadeniz ve ark 2003).

Gebelikte alkol kullanmanın, anne için olumsuz etkileri bulunmaktadır. Gebelikte alkol kullanımının neden olduğu maternal komplikasyonlar:

- İnfertilite
- Spontan Abortus (kendiliğinden düşük)
- Ablasyo Plasenta (plasentanın erken ayrılması) riskinin artmasıdır (Gilbert and Harmon 2002; Karadeniz ve ark 2003).

İrge ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, gebelerin %2'sinin alkol tükettiği saptanmıştır (İrge ve ark 2005). Haas ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada gebelerin %14'ünün alkol kullandıkları belirlenmiştir (Haas ve ark 2005).

#### **2.2.26. Prenatal Dönemdeki Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesi ve Hemşirelik**

Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları, doğum sonunda bebek ve anne için önemli bir rol oynar. Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetüs ve yeni doğan sağlığını içeren gebelik sonucunu etkileyen aktiviteler olarak tanımlanabilir. Gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları prenatal bakım sırasında tanımlanmış ve kazandırılmış olmalıdır. Bu uygulamalar; dengeli beslenme ve doğru miktarda kilo alma, düzenli egzersiz, diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol - yasa dışı maddeler çok sayıda ilaç kullanmama ve riskli seksüel davranışlar yada diğer enfeksiyon ajanlarına maruz kalmaktan kaçınma gibi konuları içermelidir (Lindgreen 2005, Youngkin and Davis 2004, Kömürcü 2010).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nün 19.02.2008 tarihinde yayınladığı Doğum Öncesi Bakım İzlem

Protokolü Genelgesinde yer alan doğum öncesi bakım yönetimi rehberinde de gebelere beslenme ve diyet, fiziksel aktivite ve çalışma koşulları, gebelikte cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı, ağız ve diş sağlığı, sigara alışkanlığı, alkol alışkanlığı ve madde bağımlılığı, ilaç kullanımı, tetanoz toksoid immünizasyonu, gebelikte tehlike işaretleri gibi konularda danışmanlık ve eğitim verilmesi gerektiği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008).

Gebelik öncesi bakım vermenin temel mantığı birincil koruma uygulayabilmektir; yani ana-çocuk sağlığını etkileyebilecek olumsuzlukları ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek yoluyla gebeliğe ilişkin sorunları önlemek/azaltmak ve dolayısıyla annelerin/bebeklerin daha sağlıklı olmasını başarmaktır (Moos et al. 2008).

Perinatal eğitimin hedefi, gebelerin gebelik ve doğum süresince sağlığın sürdürülmesinde aktif rol almalarını sağlamak, gebelere gebelik yakınmaları ile baş etme tekniklerini, gebelikte uyulması gereken olumlu sağlık uygulamalarını öğretmektir. Gebeliği düşünen kadınlara prekonsepsiyonel dönemden itibaren kapsamlı bir değerlendirme yapılmalıdır. Tıbbi öyküsü (kronik hastalıklar, geçirilen ameliyatlar, vb.), üreme öyküsü (ölü doğum, gebelik sayısı, preterm doğum, anomalili çocuk doğumu), beslenme (vejeteryan beslenme tarzı, özel bir diyetinin olup olmadığı, bulimia-anoreksiya öyküsü, vitamin desteği kullanma durumu, yeterli folik asit kullanma durumu, pika öyküsü), aile öyküsü (talasemi, hemofili, orak hücreli anemi, kistik fibrozis, doğum defekti, mental retardasyon), sosyal öykü (alkol, sigara, yasa dışı ilaç kullanma durumu, evde veya çalışma hayatında kimyasallara maruz kalma durumu, fiziksel-psikolojik-cinsel istismar öyküsü), enfektif hastalık riski (hepatit b, kızamıkçık, suçiçeği, tetanoz, boğmaca) durumları sorgulanmalıdır. Prekonsepsiyonel dönemde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını öğretmek hemşirelerin sorumluluğu altındadır. Gebelik döneminde olumlu sağlık uygulamalarını (hijyen, beslenme, egzersiz, prenatal tarama testleri, vücut mekanikleri, cinsellik, çalışma hayatı, aşılama) sürdürmek ve geliştirmek amacıyla kurulan doğuma hazırlık sınıflarında da eğitici olarak hemşireler aktif rol almaktadırlar (Leifer 2003, Fogel and Woods 2008, Murray and McKinney 2010).



### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, gebelerin sağlık uygulamaları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacı ile kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma Sivas il merkezine bağlı aile sağlığı merkezlerine kayıtlı gebeler üzerinde Ocak 2011-Temmuz 2011 tarihleri arasında ev ziyareti yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezi; bir veya daha fazla aile hekimi ile aile sağlığı elemanlarınca aile hekimliği hizmetinin verildiği sağlık kuruluşuna denir. Aile sağlığı merkezlerinde bebek ve çocuk izlemleri, aşılama faaliyetleri, gebe izlemi, aile planlaması hizmetleri, poliklini hizmetleri, laboratuvar, enjeksiyon, pansuman, kanser taraması (rahim ağzı, meme) hizmetleri verilmektedir.

#### **3.3. Araştırmanın Evreni**

Kasım-Aralık 2010 tarihleri arasında il sağlık müdürlüğünden alınan verilere göre Sivas il merkezine bağlı bulunan 22 aile sağlığı merkezine kayıtlı toplam 2727 gebe çalışmanın evrenini oluşturmuştur.

#### **3.4. Araştırmanın Örneklemi**

Araştırmanın örnekleme evreni belirli olduğu durumda olayın sıklığını incelemek amacıyla yapılacak çalışmalarda örneklem büyüklüğünü belirme formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre;

N: Evrendeki birey sayısı (2727)

n: Örneklem alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülme sıklığı (olasılığı) (0.50)

q: İncelenen olayın görülmemiş sıklığı (1-p) (0.50)

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

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

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1) + t^2pq}$$

Yukarıdaki işlem sonucunda araştırmanın örnekleminin 337 gebeden oluşması gerektiği belirlenmiştir. Daha sonra her bir aile sağlığı merkezi bir tabaka olarak kabul edilmiş ve tabakalı örnekleme yöntemi ile merkezlerden örnekleme alınması gereken gebe kadın

sayısı belirlenmiştir. Aile Sağlığı Merkezleri ve Merkezlere kayıtlı gebe sayısı ve her bir merkezden örnekleme alınan gebe sayısı Şekil 1’de verilmiştir.

Şekil 1. Araştırma Kapsamında Yer Alan Aile Sağlığı Merkezleri ve Gebe Sayıları

<b>Aile Sağlığı Merkezi (ASM)</b>	<b>Gebe Sayısı</b>	<b>Örnekleme Alınan Gebe Sayısı</b>
Alibaba ASM	146	18
Aydoğan ASM	165	20
Çarşıbaşı ASM	77	10
Muhittin Altınok ASM	143	18
Değirmencilerardı ASM	71	9
4 Eylül ASM	165	20
Emek ASM	263	32
Şükrü Bayazıt ASM	120	15
Gökmedrese ASM	57	8
Gültepe ASM	36	4
Kadıburhanettin ASM	108	14
Kardeşler ASM	93	11
Karşıyaka ASM	77	9
Kılavuz ASM	144	18
Kızılırmak ASM	142	18
Mehmet Akif Ersoy ASM	166	21
Mimarsinan ASM	213	26
Orhangazi ASM	102	12
Şeyhşamil ASM	166	20
Toki ASM	27	3
Tuzlugöl ASM	120	15
Yunus Emre ASM	123	15
Toplam	2727	337

Belirlenen sayıda gebe kadın gebe izlem formlarından basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya alınmıştır. Örnekleme alınan gebeler evde ziyaret edilerek formlar uygulanmıştır. Evde bulunmayan gebeler için gebe izlem formlarından tekrar örnekleme

alınacak gebe seçilmiştir. Evde bulunan ancak araştırmaya katılmayı kabul etmeyen 2 gebe olduğundan örneklem 335 gebeden oluşmuştur.

### **3.5. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Araştırmada aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılım ve ilişkileri incelenmiştir.

**Bağımlı Değişken:** Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği puanı.

**Bağımsız Değişken:** Araştırma kapsamındaki gebelerin,

- Sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi, en uzun süre yaşanan yer, sosyal güvence, ailenin gelir durumu),
- Evliliğe ilişkin özellikleri (evlilik yılı, eş ile akrabalık durumu),
- Obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük varsa sayısı, kürtaj varsa sayısı, ölü doğum varsa sayısı, yaşayan çocuk sayısı, müdahaleli doğum öyküsü, önceki gebeliklerde geçirilen rahatsızlık öyküsü),
- Mevcut gebeliğe yönelik özellikleri (gebeliğin planlanma/istendik olma durumu, gebelikte geçirilen rahatsızlık öyküsü),
- Gebelikteki risk durumları ve
- Sosyal destekleri araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

### **3.6. Veri Toplama Araçları**

Verilerin toplanmasında Kişisel Bilgi Formu (EK I), Risk Değerlendirme Formu (EK II), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (EK III) ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formu (EK IV) kullanılmıştır. Veri toplama formları aşağıda kısaca açıklanmıştır.

**3.6.1. Kişisel Bilgi Formu:** Bu form literatür doğrultusunda araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Form sosyodemografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin çalışma durumu, aile tipi, en uzun süre yaşanan yer, sosyal güvence, ailenin gelir durumu), obstetrik özellikleri (gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük varsa sayısı, kürtaj varsa sayısı, ölü doğum varsa sayısı, yaşayan çocuk sayısı, müdahaleli doğum öyküsü, önceki gebeliklerde geçirilen rahatsızlık öyküsü), mevcut gebeliğe yönelik özellikleri (gebeliğin planlanma/istendik olma durumu, gebelikte geçirilen rahatsızlık öyküsü), belirlemeye yönelik soruların bulunduğu toplam 26 sorudan oluşmaktadır.

**3.6.2. Risk Değerlendirme Formu:** Risk değerlendirme formunda, obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öyküsündeki riskleri belirlemeye yönelik olarak

hazırlanmış sorular bulunmaktadır. Obstetrik öyküdeki riskleri belirlemeye yönelik 8 soru, mevcut gebelikteki riskleri belirlemeye yönelik 8 soru, genel tıbbi öyküsü ile ilgili riskleri belirlemeye yönelik 6 soru bulunmaktadır ve bu sorular kapalı uçlu sorulardır. Formda yer alan sorulardan birine “evet” cevabının verilmesi durumunda gebe “risk taşıyan gebe” olarak değerlendirilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2008).

**3.6.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ):** Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS), 1988’de Zimet ve arkadaşları tarafından, üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ülkemizde, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Eker ve Arkar tarafından 1995’te yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile (3., 4., 8. ve 11. maddeler), arkadaşlar (6., 7., 9. ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1., 2., 5. ve 10. maddeler). Her bir madde 1–7 arasında puanlanmıştır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84’dür. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir, düşük puanlar ise desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun olduğunu belirtmektedir.

**3.6.4. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ):** Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ, Health Practices in Pregnancy Questionnaire – II, HPQ-II), gebelik sonuçlarıyla ilgili sağlık uygulamalarını gebelik süresince değerlendirmek amacıyla, Kelly Lindgren tarafından geliştirilmiş ve 2005 yılında yayınlanmış olan bir ölçektir. Ölçek oluşturulurken, sağlık uygulamalarına ait ve gebelik sonucunu etkileyen deneysel literatür temel alınmıştır. Lindgren, ilk önce 28 maddelik ölçeği oluşturmuş ve içerik geçerliği, klinik hemşireleri, uzman hemşire araştırmacılar, gebe ve postpartum kadınları içeren 12 birey tarafından değerlendirilmiştir. Lindgren, bir sonraki aşamada ölçekteki yetersizlik, eksiklik ve düşük alfa güvenilirlik katsayısı (0.74) nedeniyle bu ölçeği geliştirip, HPQ-II’yi oluşturmuştur. Söz konusu ölçeğin ikinci versiyonu, sekiz uzman tarafından revize edilmiştir. Uzmanlar, okunabilirlik, bütünlük, anlaşılabilirlik ve ayırıcı olma özelliği açısından ölçeğin maddelerini sorgulamış ve değişikliklerle ilgili önerilerde bulunmuşlardır. Sonuçta, sağlık uygulamaları ölçeği, 34 maddelik HPQ-II

olarak düzeltilmiştir. Uygulama sonrası HPQ-II'nin Cronbach Alpha değeri 0.81 olarak bulunmuştur (Lindgren 2005).

HPQ-II, 34 maddelik bir ölçek olup, sağlık uygulamalarının yeterliğini altı alt alanda ölçmektedir. Bu alanlar; dinlenme ve egzersizi karşılaştırmak, güvenliği ölçmek, beslenme, zararlı maddeleri kullanmaktan kaçınmak, sağlık bakımı almak ve bilgi edinmeyi içermektedir. Buna ek olarak, tek bir madde gebelikteki tüm sağlık uygulamalarını tanımlamaktadır (Lindgren 2005). Ölçekteki 1. ile 17. maddeler arası "her zaman" ile "hiçbir zaman" arasında değişen 5'li likert tipi yanıt seçeneklerini içermektedir. Hiçbir zaman (a)= 1 puan, Nadiren (b)= 2 puan, Ara sıra (c)= 3 puan, Sık sık (d)= 4 puan ve Her zaman (e)= 5 puan olarak hesaplanmaktadır; ölçekte yer alan 18. maddeden 34. maddeye kadar olan sorular için uygun 5 seçenek verilmiş ve bu seçenekler 1 ile 5 arasında puanlandırılmıştır. Bazı madde puanları ise ters kodlanmaktadır. Bunlar; 6, 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddelerdir. Bu madde puanları 5'ten 1'e ters kodlanmaktadır. Bütün maddelerin toplamından ise genel bir puan elde edilmektedir. Ölçeğin uygulanması sonrasında yapılan değerlendirmede yüksek puan alma, gebeliğe önemli getirisi olan yüksek kalitede sağlık davranışını ifade etmektedir. Ölçekten elde edilecek en düşük puan 34, en yüksek puan 170 arasında değişmektedir. Er tarafından yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında en düşük puan 91, en yüksek puan 153 ve Cronbach Alfa değeri 0.74 olarak bulunmuştur (Er 2006).

### **3.7. Verilerin Toplanması**

Araştırmaya alınan gebeler gebe izlem kartlarındaki adres bilgilerinden yola çıkılarak evlerinde ziyaret edilmiştir. Gebeye araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra gönüllü olduğuna dair sözel onam veren gebe kadınlara formlar yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Anket formlarının uygulanması ortalama 20 dakika sürmüştür. Evde bulunamayan gebe olduğunda ilgili Aile Sağlığı Merkezinden gebe izlem formlarından yeni gebe örnekleme alınmıştır.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS 15.0) paket programında gerçekleştirilmiştir. Süreksiz veriler sayı ve yüzde olarak, sürekli veriler ise ortalama ve standart sapma olarak gösterilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkenlerine göre Gebelikte Sağlık Uygulaması Puanının karşılaştırılmasında t testi, varyans analizi, Kruskal Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Puanı ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek puanı arasındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Gebelikte

Sağlık Uygulamaları Puanını etkileyen bağımsız değişkenlerin belirlenmesi için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

#### 4. BULGULAR

**Tablo 1: Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Dağılımları (n=335)**

<b>Sosyo-Demografik Özellikler</b>	<b>n (%)</b>
<b>Yaş</b>	
25 yaş ve altı	122 (36.4)
26 yaş ve üzeri	213 (63.6)
<b>Yaş ort: 26,62 (SS* = 4,00)</b>	
<b>Eğitim Durumu</b>	
İlköğretim	135 (40.3)
Lise	142 (42.4)
Üniversite/yüksekokul	58 (17.3)
<b>Evlilik Yılı</b>	
1-5 yıl	225 (67.2)
6 yıl ve üzeri	110 (32.8)
<b>Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	108 (32.2)
Çalışmıyor	227 (67.8)
<b>Eşin Çalışma Durumu</b>	
Çalışıyor	329 (98.2)
Çalışmıyor	6 (1.8)
<b>Eşi ile Akrabalık Durumu</b>	
Yok	310 (92.5)
Var	25 (7.5)
<b>En Uzun Süre Yaşadığı Yer</b>	
Şehir	285 (85.1)
İlçe	44 (13.1)
Köy	6 (1.8)
<b>Sosyal Güvence</b>	
Var	313 (93.4)
Yok	22 (6.6)
<b>Aile Tipi</b>	
Çekirdek aile	256 (76.4)
Geniş aile	79 (23.6)
<b>Ailenin Gelir Durumu</b>	
Gelir giderden fazla	70 (20.9)
Gelir gidere denk	204 (60.9)
Gelir giderden az	61 (18.2)

SS\*: Standart sapma

Tablo 1’de araştırma kapsamına alınan gebelerin %63.6’sının 26 yaş ve üzeri grupta ve yaş ortalamasının 26.62 (SS=4.00) olduğu saptanmıştır. Gebelerin %40.3’ünün ilköğretim, %42.4’ünün lise mezunu, %67.2’sini 1-5 yıllık evli ve %67.8’i ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Gebelerin eşlerinin meslek dağılımlarına bakıldığında %1.8’inin çalışmadığı, %98.2’sinin herhangi bir işte çalıştığı bulunmuştur. Araştırma kapsamındaki gebelerin %92.8’inin eşiyle arasında akrabalık bağı bulunmamaktadır. Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yer incelendiğinde %85.1’inin şehirde yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %93.4’ünün sosyal güvencesi vardır ve %76.4’ü çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin ailelerinin gelir durumlarına göre dağılımlarına bakıldığında %60.9’unun gelirlerinin giderlerine denk olduğu saptanmıştır.



**Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Gebelerin Doğurganlık Özellikleri</b>	<b>Ortalama (SS)</b>
Gebelik sayısı	1.97 (0.83) (min:1, max:4)
Doğum sayısı	1.35 (0.58) (min:1, max:4)
Yaşayan çocuk sayısı	1.42 (0.65) (min:1, max:4)
En küçük çocuğun yaşı	3.91 (1.92) (min: 1, max:15)
	<b>N (%)</b>
<b>Düşük</b>	
Yapan	46 (13.7)
Yapmayan	289 (86.3)
<b>Kürtaj</b>	
Olan	14 (4.2)
Olmayan	321 (95.8)
<b>Ölü Doğum</b>	
Yapan	16 (4.8)
Yapmayan	319 (95.2)
<b>Daha Önceki Gebeliklerde Sorun Yaşama Durumu*</b>	
Yaşayan	61 (18.2)
Yaşamayan	154 (46.0)

\* İlk gebeliği olan kadınlar bu soruya yanıt vermemiştir.

Tablo 2’de gebe kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Kadınların gebelik sayısı ortalaması  $1.97 \pm 0.83$ , doğum sayısı  $1.35 \pm 0.58$ , yaşayan çocuk sayısı ortalaması  $1.42 \pm 0.65$  olarak bulunmuştur. Kadınların son çocuklarının yaş ortalaması ise  $3.91 \pm 1.92$ ’dir. Kadınların %4.2’sinin en az bir kürtaj, %13.7’sinin en az bir düşük ve %4.8’inin de en az bir ölü doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınların %18.2’sinin daha önceki gebeliklerinde herhangi bir sorun yaşamış oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 3. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerine Göre Dağılımı**

<b>Şimdiki Gebelik Özellikleri</b>	<b>n (%)</b>
<b>Gebelik Trimesteri</b>	
1. trimester	41 (12.2)
2. trimester	157 (46.9)
3. trimester	137 (40.9)
Gebelik Haftası Ort: 22.21 (SS: 8.07) (min:3, max:38)	
<b>Gebeliğin Planlı Olma Durumu</b>	
Planlı	155 (46.3)
Plansız	180 (53.7)
<b>Gebeliğin İstenme Durumu</b>	
İstenen	297 (88.7)
İstenmeyen	38 (11.3)
<b>Gebeliğin Oluş Şekli</b>	
Doğal yolla	308 (91.9)
Tıbbi tedavi ile	27 (8.1)
<b>Gebelerin kontrole gitme sayısı</b>	
1-4 kez	204 (60.9)
5-8 kez	103 (30.7)
9 ve üzeri	28 (8.4)
<b>Gebelikte Sağlık Sorunu</b>	
Var	22 (6.6)
Yok	313 (93.4)

Tablo 3'te araştırma kapsamına alınan gebelerin %12.2'si 1. trimester, %46.9'u 2. trimester, %40.9'u 3. trimester gebelik dönemindedir. Gebelerin %46.3'ünün bu gebeliği planladıkları ve %88.7'sinin bu gebeliği istediği belirlenmiştir. Gebeliğin oluş şekline bakıldığında gebelerin %91.9'u doğal yolla, %8.1'i tıbbi tedavi ile gebe kalmıştır. Gebelerin %93.4'ü şundaki gebeliklerinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamamaktadır. Gebelerin gebelik süresince kontrole gitme sayılarına bakıldığında %60.9'u 1-4 kez, %30.7'si 5-8 kez, %8.4'ü 9 ve üzeri sayıda kontrole gitmiştir.

**Tablo 4. Gebelerin Gebelikte Risk Durumuna Göre Dağılımı**

<b>Risk Alanları</b>	<b>Risk yok n (%)</b>	<b>Risk var n (%)</b>	<b>Ort. (SS*)</b>
Obstetrik öykü ile ilişkili	296 (88,4)	39 (11,6)	1,12 (0,321)
Mevcut gebelik ile ilişkili	253 (75,5)	82 (24,5)	1,24 (0,431)
Genel tıbbi öyküsü ile ilişkili	324 (96,7)	11 (3,3)	1,03 (0,178)
Toplam risk durumu	218 (65,1)	117 (34,9)	1,35 (0,477)

SS\*: Standart sapma

Tablo 4'te gebelerin %11,6'sının obstetrik öykü ile ilgili riskinin olduğu, %24,5'inin mevcut gebelik ile ilgili riskinin olduğu, %3,3'ünün genel tıbbi öyküsü ile ilgili riskinin olduğu, %34,9'un da da toplam risk durumu belirlenmiştir.

**Tablo 5. Gebelerin GSUÖ Toplam Puanı**

	<b>n</b>	<b>Minimum</b>	<b>Maksimum</b>	<b>Ortalama</b>	<b>SS*</b>
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puanı	335	87	149	121.57	10.53

SS\*: Standart sapma

Gebe kadınların sağlık uygulamaları ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yaptığımız çalışmada GSUÖ elde edilen en düşük puan 87, en yüksek puan 149, ortalama puan 121.57 (10.53) olarak bulunmuştur.

**Tablo 6. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalaması**

Özellikler	GSUÖ Puan Ortalaması			
	n	Ortalama	SS	Test
<b>Yaş Grubu</b>				
25 yaş ve altı	122	120.42	10.76	t= 1.52
26 yaş ve üzeri	213	122.23	10.36	p= 0.129
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim <sup>a</sup>	135	117.83	11.04	F= 21.70
Lise <sup>b</sup>	142	122.59	9.14	p= 0.001
Üniversite/yüksekokul <sup>c</sup>	58	127.79	8.99	a-b<0.05 a-c<0.05
<b>Evlilik Yılı</b>				
1-5 yıl	225	122.25	10.29	t= 1.69
6 yıl ve üzeri	110	120.18	10.90	p= 0.09
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışmayan	227	119.15	10.27	t= 6.45
Çalışan	108	126.66	9.20	p= 0.001
<b>Eşiyle Akrabalık Durumu</b>				
Yok	310	122.11	9.97	t= 2.40
Var	25	114.96	14.56	p= 0.023
<b>En Uzun Süre Yaşadıkları Yer</b>				
Şehir	285	122.24	10.18	t= 2.54
İlçe/Köy	50	117.76	11.71	p= 0.013
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek aile	255	122.20	10.37	t=1.93
Geniş aile	79	119.58	10.89	p= 0.054
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden fazla <sup>a</sup>	70	123.60	9.28	F= 8.95
Gelir gidere denk <sup>b</sup>	204	122.35	10.54	p= 0.001
Gelir giderden az <sup>c</sup>	61	116.64	10.51	a-c<0.05 b-c<0.05

Tablo 6'da gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalaması verilmiştir. Gebelerin yaş grupları, evlilik süreleri, aile tiplerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Gebelerin eğitim düzeyine göre GSUÖ puan ortalamalarına bakıldığında; en yüksek puanı ( $127.79\pm 8.99$ ) üniversite eğitim seviyesinde olan grup alırken, en düşük puanı ( $117.83\pm 11.04$ ) ilköğretim mezunu olan grubun aldığı gözlenmiştir. Gebelerin eğitim düzeyine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Eğitim düzeyine göre gruplar ikişerli karşılaştırıldığında ilköğretim ve üniversite, lise ve üniversite arasındaki farklılık anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Gebelerin çalışma durumlarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, çalışan gebelerin GSUÖ puanının ( $126.66\pm 9.20$ ), çalışmayan gebelerden ( $119.15\pm 10.27$ ) daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Gebelerin en uzun süre yaşadıkları yere göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiş, şehirde yaşayan gebelerin GSUÖ puanının ( $122.24\pm 10.18$ ), ilçe/köyde yaşayan gebelerin GSUÖ puanından ( $117.76\pm 11.71$ ) yüksek çıktığı ve gebelerin en uzun süre yaşadıkları yere göre GSUÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan da anlamlı çıktığı bulunmuştur. ( $p<0.05$ ).

Gebelerin eşleriyle aralarındaki akrabalık durumu incelenmiş, eşleriyle aralarında akrabalığı olmayan gebelerin ( $122.11\pm 9.97$ ) GSUÖ puanı aralarında akrabalığı olan gebelere ( $114.96\pm 14.56$ ) göre daha yüksek bulunmuştur. Gebelerin eşleriyle aralarındaki akrabalık derecelerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan da anlamlıdır ( $p<0.05$ ).

Gebelerin gelir durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları değerlendirildiğinde, gelir giderden az ( $116.64\pm 10.51$ ) yanıtını verenlerin puan ortalamasının, gelir giderden fazla ( $123.60\pm 9.28$ ) ve gelir gidere denk ( $122.35\pm 10.54$ ) yanıtını verenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Gebelerin gelir durumları ile GSUÖ'den aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Geliri giderden fazla olan grup ile geliri giderden az olan grup arasındaki farklılık, gelir giderden az ve gelir gidere denk arasındaki farklılık anlamlı bulunurken, diğerleri anlamsız bulunmuştur.

**Tablo 7. Gebelerin Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalaması**

Özellikler	GSUÖ Puan Ortalaması			
	n	Ortalama	SS	Test
<b>Parite</b>				
Primipar	116	122.80	11.18	t= 1.511
Multipar	219	120.92	10.13	p= 0.132
<b>Gebelik Trimesteri</b>				
1. trimester <sup>a</sup>	41	119.85	339.45	F= 6.31
2. trimester <sup>b</sup>	157	119.91	10.29	p= 0.002
3. trimester <sup>c</sup>	137	123.99	10.69	a-b<0.05 a-c<0.05
<b>Gebeliğin Planlanma Durumu</b>				
Planlı	155	122.73	10.58	t= 1.87
Plansız	180	120.58	10.40	p= 0.062
<b>Gebeliğin İstenme Durumu</b>				
İstenen	297	122.91	9.71	t= 6.95
İstenmeyen	38	111.11	10.88	p= 0.001
<b>Gebeliğin Doğal Yolla/Tıbbi Tedavi İle Olma Durumu</b>				
Doğal yol	308	121.57	10.76	t= 0.03
Tıbbi tedavi	27	121.63	7.43	p= 0.977
<b>Gebelikte Geçirilen Önemli Bir Rahatsızlık</b>				
Var	22	117.50	11.67	t= 1.88
Yok	313	121.86	10.40	p= 0.060
<b>Daha Önceki Gebeliklerde Geçirilen Önemli Bir Rahatsızlık</b>				
Var	61	119.36	11.20	t= 1.43
Yok	158	121.53	9.66	p= 0.156
<b>Doğum Öncesi Bakım Sırasında Gebelik Döneminde Uyulması Gereken Sağlık Davranışları İle İlgili Bilgi Alma Durumu</b>				
Bilgi alan	167	121.64	10.32	t= 0.12
Bilgi almayan	168	121.51	10.75	p= 0.907

Tablo 7’de gebelerin mevcut gebelik özelliklerine göre GSUÖ puan ortalaması verilmiştir. Gebelerin gebeliğin planlı olma durumu, gebeliğin doğal yolla/tıbbi tedavi ile olma durumu, gebelik döneminde geçirilen ve gebelikten önce geçirilen rahatsızlıklar, doğum öncesi bakım sırasında gebelik döneminde uyulması gereken sağlık davranışları ile ilgili bilgi alma durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır.

Gebelik haftası 3. trimesterde olanların ( $123.99 \pm 10.69$ ) GSUÖ’den aldıkları puan ortalamaları, gebelik haftası 1. trimesterde olanlara ( $119.85 \pm 9.45$ ) ve 2. trimesterde olanlara ( $119.91 \pm 10.29$ ) göre yüksek bulunmuştur. Gebelik haftasına göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p < 0.05$ ). Puanlar ikişerli karşılaştırıldığında ikinci ve üçüncü trimester arasındaki fark önemli, diğerleri önemsiz bulunmuştur.

Gebeliğin istendik olma durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları kıyaslandığında, istendik gebeliğe sahip olan gebelerin puan ortalamaları ( $122.91 \pm 9.71$ ), istenmeyen gebeliğe sahip gebelerin puan ortalamalarından ( $111.11 \pm 10.88$ ) daha yüksek bulunmuştur. Gebeliğin istendik olma durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p < 0.05$ ).



**Tablo 8. Gebelerin Gebelikteki Risk Durumuna Göre GSUÖ Puan Ortalaması**

Risk Durumu	GSUÖ Puan Ortalaması			
	n	Ortalama	SS	Test
<b>Obstetrik Öykü İle İlişkili Risk Durumu</b>				
Risk yok	296	122.16	10.16	t= 2.85
Risk var	39	117.10	12.22	p= 0.005
<b>Mevcut Gebelikle İlişkili Risk Durumu</b>				
Risk yok	253	122.26	10.00	t= 2.098
Risk var	82	119.46	11.82	p= 0.037
<b>Genel Tıbbi Öykü İle İlişkili Risk Durumu</b>				
Risk yok	324	121.75	10.29	t= 1.10
Risk var	11	116.45	15.80	p= 0.295
<b>Toplam Risk Durumu</b>				
Risk yok	218	122.80	9.59	t= 2.775
Risk var	117	119.28	11.78	p= 0.006

Risk değerlendirme formunda yer alan obstetrik riskin olma durumu, gebelikte mevcut risk olma durumu ve toplam risk olma durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Obstetrik öyküsünde risk olan gebelerin puan ortalaması (117.10±12.22) obstetrik öyküsünde risk olmayan gebelerin puan ortalamasına (122.16±10.16) göre daha düşük çıkmıştır. Gebeliğinde mevcut riski olan gebelerin puan ortalamaları (119.46±11.82) gebeliğinde mevcut riski olmayan gebelerin puan ortalamalarına (122.26±10.00) göre daha düşük çıkmıştır. Gebeliğinde toplam riski olan gebelerin puan ortalamaları (119.28±11.78) gebeliğinde toplam riski olmayan gebelerin puan ortalamalarına (122.80±9.59) göre daha düşük çıkmıştır (p<0.05). Genel tıbbi öykü ile ilişkili riski olma durumuna göre GSUÖ puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0.05).

**Tablo 9. Gebelerin ÇBASDÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalaması İle GSUÖ Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon**

ÇBASDÖ	GSUÖ	
	r	P
Aile	0,555	0,001
Arkadaş	0,330	0,001
Özel bir insan	0,448	0,001
<b>Toplam ÇBASDÖ</b>	0,522	0,001

Tablo 9’da gebelerin ÇBASDÖ puanı ile GSUÖ puanı arasındaki korelasyon verilmiştir. Buna göre ÇBASDÖ’nin hem toplam hemde tüm alt boyut puanları ile GSUÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişki olduğu bulunmuştur.

**Tablo 10. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Puanını Etkileyen Faktörlere İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	Regresyon katsayıları (b)	SH	Standartlaştırılmış regresyon katsayıları (β)	t	p
Sabit	115,068	4,085		28,166	0,001
Eğitim1 (Lise)	2,415	1,242	,113	1,945	0,053
Eğitim2 (Yüksekokul/Üniversite)	4,873	1,867	,175	2,609	0,009
Çalışma Durumu	5,054	1,371	,225	3,686	0,000
Eş ile akrabalık olması	-5,225	2,005	-,131	-2,606	0,010
Aile gelir1 (Gelir giderden fazla)	2,135	1,824	,083	1,170	0,243
Aile gelir2 (Gelir gidere denk)	3,327	1,443	,154	2,305	0,022
Gebelik Haftası	,175	,066	,134	2,663	0,008
Gebeliğin İstendik Olması	,209	1,130	,010	,185	0,853
Gebelikte Toplam Risk	-2,297	1,109	-,104	-2,072	0,039
	R <sup>2</sup> =0,194	F=9,937	P<0,001		

Tablo 10’da gebelikte sağlık uygulamaları puanını etkileyen faktörlere ilişkin regresyon analizi sonuçları verilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon modelinin veriye uygun olduğu (F=9,937; P<0,001) ve kullanılan bağımsız değişkenler ile sağlık davranışı ölçek puanındaki değişimin %19,4’ünün açıklanabildiği bulunmuştur. Gebeliğin istendik

olması değişkeninin model katkısı anlamsız bulunurken ( $P=0,853$ ), diğer değişkenlerin katkısı anlamlı bulunmuştur ( $P<0,05$ ). Eđitim düzeyi Yüksekokul/Üniversite olanlarda ilköğretim mezunlarına göre sağlık uygulaması puanı ortalama 4,873 birim, çalışanlarda çalışmayanlara göre ortalama 5,054 birim, geliri giderine denk olanlarda geliri az olanlara göre 3,327 birim yüksekken, eři ile arasında akrabalık olanlarda sağlık puanı ortalama 5,225 birim ve gebelikte toplam risk var olanlarda 2,297 birim dūřüktür. Ayrıca, Gebelik haftasının bir hafta artması GSUÖ puanını 0,175 birim yükseltmektedir.

## 5. TARTIŞMA

Gebelik döneminde kadınların sağlığa ilişkin uygulamaları gebelik suresince kendi ve fetusun sağlığı kadar, doğum sonunda yeni doğan ve anne sağlığı açısından da çok önemlidir. Gebelikteki sağlık uygulamaları, gebenin kendi sağlığını, fetus ve yenidoğan sağlığını ve gebelik sonucunu etkileyen eylemler olarak tanımlanabilir. Gebelik sonuçları için önemli olan sağlık uygulamaları gebelik sırasında doğru bir şekilde yerine getirilmeli, eğer gebe tarafından bilinmiyor ise doğum öncesi bakım (DÖB) içinde kazandırılmalıdır (Lindgreen 2005).

### 5.1. Gebelerin GSUÖ Puan Ortalamaları

Bu çalışmada gebelerin GSUÖ puan ortalamasının  $121,57 \pm 10,53$  olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek maksimum puanının 153 olduğu göz önüne alındığında bu puanın ortanın üzerinde olduğu söylenebilir. Elem'in (2009) yaptığı çalışmada gebelerin GSUÖ puan ortalamasının  $118,65 \pm 14,34$  olduğu bulunmuştur. Altundaş'ın (2009) yaptığı çalışma sonucunda İzmir'de hastanelere başvuran gebelerin, GSUÖ toplam puan ortalaması  $111,41 \pm 16,61$ , Malatya'da hastanelere başvuran gebelerin, GSUÖ puan ortalaması  $109,52 \pm 15,33$  olarak elde edilmiştir. Er'in (2006) yaptığı araştırma sonucunda gebelerin GSUÖ'den elde ettikleri puan ortalaması  $127,197 \pm 11,84$  olarak belirlenmiştir. Bu verilere baktığımızda; çalışmamızdan gebelerin elde ettikleri GSUÖ puan ortalamasının Elem'in çalışma sonucuyla yakın değerlerde olduğu, Altundaş'ın elde ettiği çalışma sonuçlarından yüksek olduğu ve Er'in çalışma sonucundan da düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Çalışma sonuçlarındaki farklılıklar yaşanan bölgeye ve bu bölgeye ait sosyokültürel özelliklerin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

### 5.2. Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalaması

Yaptığımız çalışmada; gebelerin yaş grubunun GSUÖ puan ortalamasını etkilemediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Bizim çalışmamızda elde edilen bulgulardan farklı olarak Elem'in (2009) yaptığı çalışmanın sonuçlarında, küçük yaşta olan gebelerin GSUÖ puan ortalamasının yüksek yaşta olan gebelerin GSUÖ puan ortalamalarından düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda çekirdek aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip gebelerden daha yüksek olduğu bulunmuş ancak istatistiksel açıdan bir fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ). Er'in (2006) yaptığı çalışma sonucunda, çekirdek aile yapısına sahip gebelerin GSUÖ puan ortalamalarının, geniş aile yapısına sahip gebelerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Geniş aile

yapısına sahip gebelerin çekirdek aile yapısına sahip gebelere kıyaslandığında daha çok geleneksel uygulamalara maruz kaldığı ve bu nedenle olumlu sağlık uygulamalarının daha az olduğu söylenilebilir. Ayrıca çekirdek ailelerin anne, baba ve çocuk/çocuklardan oluştuğu; geniş ailelerde buna ek olarak kayınvalide, kayınpeder, eşlerin kardeşleri gibi kişilerin bulunduğu düşünülürse, kişi başına düşen aile içi gelirin çekirdek ailelerde daha yüksek olduğu bir gerçektir. Ailedeki kişi sayısının beslenme, barınma, hijyen gibi temel ihtiyaçları etkilediği düşünülmektedir (TÜİK 2004). Bu durum, GSUÖ puan ortalamasının çekirdek ailelerde daha yüksek bulunmasının nedeni olarak gösterilebilir.

Çalışmamızda gebelerin yaşadıkları yere göre GSUÖ puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Buna göre şehirde yaşayan gebelerin, ilçe veya köyde yaşayan gebelere göre daha olumlu sağlık davranışlarına sahip oldukları belirlenmiştir. Yapılan diğer araştırmaların sonuçları çalışma sonucumuzu destekler nitelikte olup yaşanılan yerin GSUÖ puan ortalamasını etkilediği belirlenmiştir (Elem 2009; Altundaş 2009; Kanbur 2010). Bu sonucun nedeninin özellikle kentsel yaşam alanının, kırsal yerleşim birimlerine göre olumlu sağlık davranışlarını kazanmak açısından bireylere avantaj sağladığı, yanı sıra kent yaşamının bilgi teknolojisine erişim olanaklarını kolaylaştırıcı bir faktör olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin eğitim düzeyine göre GSUÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). En yüksek puanı üniversite eğitim seviyesinde olan grup alırken ( $127.79\pm 8.99$ ), en düşük puanı ilköğretim mezunu olan grubun ( $117.83\pm 11.04$ ) aldığı gözlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Yapılan diğer bazı çalışmalarda da eğitim düzeyinin sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilediği vurgulanmaktadır (Kanbur 2010; Er 2006; Çakmakçı ve ark 2004; Elem 2009; Altundaş 2009; İрге ve ark 2005; Yavuz 2009; Ergün 2007; Balsak ve ark 2007). Eğitim faktörü hemen hemen her alanda olduğu gibi, bireyin sağlık uygulamalarında da direkt etkili bir faktör olarak düşünülebilir.

Gebelerin çalışma durumları ile GSUÖ puan ortalamaları arasında yapılan analizde çalışma durumu ile sağlık uygulama puanları arasında ki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelerin çalışma durumlarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında, çalışan gebelerin ( $126.66\pm 9.20$ ) GSUÖ puanının, çalışmayan gebelerden ( $119.15\pm 10.27$ ) daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada da gebelerin çalışma durumu ile GSUÖ puanları arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ( $p<0.05$ ). Bu sonuç çalışma durumunun sağlık uygulamalarını bireysel farkındalık yaratarak olumlu yönde etkilediği şeklinde yorumlanabilir.

Gebelerin gelir durumları ile GSUÖ'den aldıkları puan ortalamaları incelenmiş ve aradaki fark anlamlı bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelerin gelir durumlarına göre GSUÖ puan ortalamaları dağılımları değerlendirildiğinde, gelir giderden az yanıtını verenlerin puan ortalamasının ( $116.64\pm 10.51$ ), gelir giderden fazla ( $123.60\pm 9.28$ ) ve gelir gidere denk ( $122.35\pm 10.54$ ) yanıtını verenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan başka bir çalışmada gebelerin ekonomik durumlarına göre GSUÖ'nden aldıkları puan ortalamaları incelenmiş ve gelir düzeyi yüksek olan gebelerin olumlu sağlık uygulamalarının daha fazla olduğu bulunmuştur (Er 2006; Elem 2009; Altundaş 2009; Kanbur 2010; Güler 2010; Taşpınar, Bolsoy ve Şirin 2005). Literatürde de ekonomik durumun ailenin sağlık bakımı almasını, beslenmesini, hijyen alışkanlıklarını, sigara ve alkol gibi maddeler kullanmasını, aile içi ilişkilerini, stres durumunu olumsuz etkileyebildiği vurgulanmaktadır (Baysal 2003).

### **5.3. Gebelerin Obstetrik ve Mevcut Gebelik Özelliklerine Göre GSUÖ Puan Ortalamaları**

Gebelerin gebelik haftaları incelendiğinde gebelik haftası 3. trimesterde ( $123.99\pm 10.69$ ) olanların GSUÖ'den aldıkları puan ortalamaları, gebelik haftası 1. trimesterde ( $119.85\pm 9.45$ ) olanlara ve 2. trimesterde ( $119.91\pm 10.29$ ) olanlara göre yüksek bulunmuştur. Er tarafından yapılan çalışmada da çalışma bulgularımızı destekler nitelikte gebelerin gebelik haftası arttıkça, GSUÖ puan ortalamalarının da arttığı görülmektedir. Bu sonucun, kadınların gebeliklerini ilk 1-12 hafta içinde öğrenmemesinden ve gebe olduğunu bilmeyen kadınların sağlıklarına daha fazla dikkat etmemesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Gebeliğin istendik olma durumuna göre GSUÖ puan ortalamaları kıyaslandığında, istendik gebeliğe sahip olan gebelerin puan ortalamaları ( $122.91\pm 9.71$ ), istenmeyen gebeliğe sahip gebelerin puan ortalamalarından ( $111.11\pm 10.88$ ) daha yüksek bulunmuştur. Yapılan diğer bazı çalışmalarda da istendik gebelik yaşayan kadınların daha fazla olumlu sağlık davranışı gösterdiği bulunmuştur (Kanbur 2010; Altundaş 2009; Yağmur ve Tunçdemir 2011).

Çalışmamızda doğum öncesi bakım kapsamında gebelikte uygulanması gereken sağlık uygulamaları ile ilgili bilgi alma durumuna göre GSUÖ puanı arasında fark olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Oysa bilgi aldığını ifade eden kadınların GSUÖ

puan ortalamasının yüksek olması beklenirdi. Bilginin gebelikteki sağlık uygulamalarına yansımaması verilen bilginin içeriği, veriliş yolu, süre gibi birçok faktöre bağlı olabilir. Diğer taraftan bilginin uygulamaya yansımalarını etkileyen kadına ait bazı faktörlerde var olabilir. Oysa 2008 TNSA sonuçlarına göre ülkemizdeki kadınların %92'si en az bir kez doğum öncesi bakım almıştır. Bu bulgu gebelerin çoğunluğunu en az bir kez sağlık personeli ile karşılaştığını ve bu sürecin gebelerin sağlık davranışlarını geliştirmek için etkili bir şekilde kullanmanın önemini göstermektedir.

Gebelerin GSUÖ puan ortalamaları ile sosyal destekleri arasında korelasyon incelenmiştir. Buna göre sosyal destek puanları arttığında sağlık puanları da artmaktadır. Yapılan diğer çalışma sonuçlarında da bizim çalışma sonucumuzu destekleyen bulgulara rastlanılmıştır. Bu çalışmalarda da sosyal destek attığında gebelerin olumlu sağlık uygulamalarında bir artış belirlenmiştir (Murray and McKinney 2010; Okanlı ve ark 2003; Harley and Eskenazi 2006; Downs and Hausenblas 2004). Destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı koruma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde önemli rol oynadığı kabul edilmektedir. Bu durum gebelik için de geçerlidir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan destek kadının gebelik deneyiminde olumlu etkiye sahiptir. Destek eksikliği ise, bu deneyimi olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Diğer taraftan yeterli sosyal destek alan birkadın, gebeliği için yardım arama ve yararlı sağlık uygulamaları davranışlarını arttırarak, gebelik komplikasyonlarını azaltabilir (Taşkın 2003).

#### **5.4. Gebelerin Risk Değerlendirme Formuna Göre GSUÖ Puan Ortalamaları**

Risk değerlendirme formuna göre riskli olan gebelerin GSUÖ puanı riskli olmayanlara göre düşük bulunmuştur. Alt boyutlara göre incelendiğinde de obstetrik öyküsüyle ilişkili riskli olan ve mevcut gebelikle ilişkili riskli olan gebelerin olmayanlara göre GSUÖ puan ortalaması düşük bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle riskli gebelerin gebelikteki sağlık uygulamaları riskli olmayan gebelerden daha yetersizdir. Bu durum sağlık uygulamaları ile risk durumu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Şahsivar ve Marakoğlu'nun (2010) yaptıkları çalışmada riskli gebelerde fiziksel sağlık, psikolojik sağlık, sosyal ilişkiler ve genel alanlarda yaşam kalitesi puanları, risk taşımayan gebelere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede düşük bulunmuştur.

## 6. SONUÇ

Araştırmamızda gebelerin GSUÖ puan ortalamasının  $121,57 \pm 10,53$  olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızın sonucunda; gebelerin yaş grupları, evlilik süreleri, gebeliğin doğal yolla veya tıbbi tedavi ile olma durumu, gebelik döneminde geçirilen ve gebelikten önce geçirilen rahatsızlıklar, gebeliğin planlanma durumu, aile tiplerine göre GSUÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ( $p > 0.05$ ).

Ancak gebelerin eğitim durumu, çalışma durumu, en süre yaşanan yer, eşleriyle aralarındaki akrabalık durumu, gelir durumu, gebelik haftası, gebeliğin istendik olma durumu, obstetrik öykü ile ilişkili risk olma durumu, mevcut gebelik özelliklerine göre risk olma durumu, toplam risk olma durumu, algılanan sosyal destek değişkenlerinin GSUÖ puanını etkilediği belirlenmiştir ( $p < 0.05$ ).



## 7. ÖNERİLER

- Çalışmada kullanılan “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği” gebelikte sağlık uygulamalarını ölçmek amacıyla sağlık kuruluşlarında rutin olarak kullanılabilir,
- Gebelikte sağlık uygulamaları rutin olarak değerlendirilmelidir,
- Gebelikte sağlık uygulamalarının anne ve fetus sağlığı açısından önemi vurgulanarak, sağlıklı bir anne ve yeni doğan için gebelik döneminde her gebenin hem doğum öncesi bakım hem de tüm sağlık hizmetlerinden mutlaka yararlanması sağlanabilmelidir.
- Gebelikte sağlıklı uygulamaların önemi konusunda ebe-hemşirelere yönelik hizmet içi eğitim programlarının hazırlanmalıdır.
- Eğitim düzeyi düşük, çalışmayan, ilçe/köyde yaşayan, eşyle aralarında akrabalığı bulunan, gelir düzeyi düşük, istenmeyen gebelik yaşayan, obstetrik öyküsünde ve mevcut gebeliğinde risk taşıyan, ailesel desteği zayıf olan gebe kadınlar sağlık uygulamaları açısından risk grubu olarak ele alınmalıdır.

## 8. KAYNAKLAR

1. .... <http://tuik.gov.tr>, Yoksulluk Çalışması Sonuçları, 2004, Erisim Tarihi: 20.02.2012.
2. Academy Report, (2004). American Academy of Periodontology Report Statement Regarding Periodontal Management of the Pregnant Patient, J. Periodontol, 495.
3. Agueda, A., Ramon, J.M., Manau, C., Guerrero, A., Echeverria, J.J. (2008). Periodontal disease as a risk factor for adverse pregnancy outcomes: A prospective cohort study. Journal of Clinical Periodontology, 35, 16-22.
4. Aksu, H. (2003). Preterm Eylem Tanısı Konmuş Gebelerde Solunum Ve Progressif Egzersizlerin Gebelik Süresine Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
5. Aktaş, S. (2006). Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne Ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas.
6. Alexander, G.R. and Korenbrot, C.C. (1995). The role of prenatal care in preventing low birth weight. The Future of Children, 5, 103-120.
7. Alpar, D.A. (2008). Gebe Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi, 1. Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet”, S23, Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi, Ankara.
8. Altundaş, P. (2009). Gebelikteki Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Committee Opinion (2002). Exercise During Pregnancy And The Postpartum Period, Int. J. Gyneacol Obstet, 99, 171–173.
10. Anderson, F. W. J., Hogan, J. G., Ansbacher, R. (2004). Sudden Death: Ectopic Pregnancy Mortality. Obstetrics and Gynecology, 103, 1218-1223.
11. Andrade, S.E., Gurwitz, J.H., Davis, R.L. (2004). Prescription Drug Use in Pregnancy, Am. Journ. Obs. And Gyn, 191(2), 398–407.
12. Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte Beslenme, Kilo Alımı ve Egzersiz, Perinatoloji Dergisi, 13(2), 71–79.

13. Artal, R. and Toole, M.O. (2003). Guidelines Of The American College Of Obstetricians And Gynecologists For Exercise During Pregnancy And The Postpartum Period, *Br J Sports Med*, 37: 6-12.
14. Aslantekin, F. ve Şenol, S. (2007). Gebelikte AIDS Danışmanlığı ve Vertikal HIV Bulaşımın Önlenmesinde Ebenin Rolü *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 1-12.
15. Atan, Ü.Ş. ve Şirin, A. (2005). Şiddete Maruz Kalan Gebe Kadınların Evde İzlemi, *Aile ve Toplum Dergisi*, Ankara, 2(8), 69-74.
16. Ayhan, A., Durukan, T., Günalp, S., Gürgan, T., Önderoğlu, L., Yaralı, H., Yüce, K. (2008). *Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 182-183.
17. Bailey, B.A. and Byrom, A.R. (2007). Factors Predicting Birth Weight In A Low-Risk Sample: The Role Of Modifiable Pregnancy Health Behaviors. *Maternal & Child Health Journal*, 11, 173-179.
18. Bailey, B.A. and Sokol, R.J. (2008). Pregnancy And Alcohol Use: Evidence And Recommendations For Prenatal Care. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 51, 436-444.
19. Bakker, M.K., Cornel, M.C., Walle, H.E. (2003). Awareness And Periconceptional Use Of Folic Acid Among Non-Western And Western Women In The Netherlands Following The 1995 Publicity Campaign. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 147(49), 2426-2430.
20. Bakhireva, L., Young, N., Dalen, J., Phelan, T., Rayburn, F. (2011). Patient Utilization Of Information Sources About Safety Of Medications During Pregnancy, *J Reprod Med*, 56(7-8):339-43
21. Balsak, D., Yıldırım, Y., Avcı, M., Töz, E., Gültekin, E., Kayhan, K., Yorgun, S., Tınar, Ş. (2007). Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizi Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi, *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24(3), 200-204.
22. Banhidly, F., Acs, N., Puho, E., Czeizel, A. (2010). Iron Deficiency Anemia: Pregnancy Outcomes With Or Without Iron Supplementation, *Nutrition*, In Press, Corrected Proof. Available online 8 April 2010.
23. Bawadi, H.A., Kuran, O., Bastoni, L.A., Tayyem, R.F., Jaradat, A., Tuuri, G., Beitawi, S.M. (2010). Gestational Nutrition Improves Outcomes Of Vaginal

- Deliveries In Jordon: An Epidemiologic Screening, *Nutrition Research*, 30(2), 110–117.
24. Bayram, G.O. (2008). Gebelikte Şiddet ve Benlik Saygısı, 1. Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet”, S11, Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi, Ankara.
25. Baysal, A. (2003). Sosyal Eşitsizliklerin Beslenmeye Etkisi, *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 65–72.
26. Beşer, E., Ergin, F., Sönmez, A. (2007). Aydın İl Merkezinde Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6 (2), 137–141.
27. Blake, K.V., Gurrin, L.C., Evans, S.F., Beilin, L.J., Landau, L.I., Stanley, F.J., Newnham, J.P. (2000). Maternal Cigarette Smoking During Pregnancy, Low Birth Weight And Subsequent Blood Pressure In Early Childhood, *Early Human Development*, 57(2), 137–147.
28. Bozkurt, N., Biri, A., Korucuoğlu, Ü., Aksakal, N., Nas, T., Karabacak, O., Himmetoğlu, Ö. (2006). Gebe Kadınların, Doğum Kontrol Yöntemleri, Cinsel Organlar Ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Hakkındaki Bilgileri, *TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi*, 3(1), 32-34.
29. Cannella, B. (2005). Mediators Of The Relationship Between Social Support And Positive Health Practices In Pregnant Women, *Nursing Research*, The State University Of New Jersey.
30. Carlsen, S.M., Jacobsen, G., Vatten, L., Romundstad, P. (2005). In Pregnant Women Who Smoke, Caffeine Consumption Is Associated With An Increased Level Of Homocysteine. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84(11), 1049.
31. Chapman, L., Durham, R. (2010). *Maternal-Newborn Nursing, The Critical Components of Nursing Care*, Davis Company, USA.
32. Chen, X., Yin, Y., Chen, L., Thuy, N., Zhang, G., Shi, M., Hu, L., Yu, Y. (2006). Sexually Transmitted Infections Among Pregnant Women Attending an Antenatal Clinic in Fuzhou, China, *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5), 296–301.
33. Clarke, P. and Gross, H. (2004). Women’s Behavior, Beliefs and Information Sources About Physical Exercise In Pregnancy, *Midwifery*, 20, 133-141.
34. Cnattingius, S., Signorello, L., Anneren, G., Clausson, B., Ekblom, A., Ljunger, E., Blot, W., Mclaughlin, J., Petterson, G., Rane, A., Granath, F. (2000).

- Caffeine Intake And The Risk Of First-Trimester Spontaneous Abortion, *N Engl J Med*; 343:1839-45.
35. Conway, K.S. and Kutinova, A. (2006). Maternal Health: Does Prenatal Care Make A Difference? *Health Economics*, 15, 461-488.
  36. Coşkun, A. (1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi, *Perinatoloji Dergisi*, 4(3), 181-184.
  37. Çakmakçı, A. ve Eser, E. (2003). Gebelikte Olumlu Davranış Envanteri: Bir Metodolojik Çalışma, *Hemşirelik Forumu*, 6(3):8-18.
  38. Demir, Ö. (2008). Dokuz Eylül Üniversitesi Teratojenite Bilgi Servisi'ne Başvuran Gebelerde İlaç Ve Radyasyon İle Karşılaşmanın Gebelik Sonuçlarına Etkisinin Değerlendirilmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İzmir*.
  39. Dempsey, D.A. and Benowitz, N.L. (2001). Risks and Benefits of Nicotine to Aid Smoking Cessation in Pregnancy, *Drug Safety*, 24(4).
  40. Downs, D. and Hausenblas, H. (2004). Women's Exercise Beliefs and Behaviors During Their Pregnancy and Postpartum, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 139-144.
  41. Duncombe, D., Wertheim, E., Skouteris, H., Paxton, S., Kelly, L. (2009). Factors Related To Exercise Over The Course Of Pregnancy Including Women's Beliefs About The Safety Of Exercise During Pregnancy, *Midwifery*, 25, 430-438.
  42. Dwyer, J.M. (2001). High-Risk Sexual Behaviours And Genital Infections During Pregnancy *International Council of Nurses, International Nursing Review*, 48, 233-240.
  43. Edelman, C. and Mandle, C. (2002). *Health Promotion Throughout the Lifespan*, 5th Edition, Mosby.
  44. Efe, H. (2006). Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri, *Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul*.
  45. Elem, E. (2009). Gebelerin Sağlık Uygulamalarının Belirlenmesi, *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sivas*.
  46. Er, S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması, *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, İzmir*.

47. Erdoğan, E., Yılmaz, D., Şirin, A., Işık, A., Saruhan, A., Soğukpınar, N., Aycan, G. (1992). Annelerin Prenatal Dönemde Bakım Almama ve Kontrole Gitmeme Durumları Üzerinde Bir İnceleme, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Cumhuriyet Üniversitesi H.Y.O. Kongre Kitabı, Sivas Kültür Merkezi, Sivas.
48. Ergün, P. (2007). Gebelerin Üçlü Tarama Testi Ve Gebelikte Yapılan Diğer Testler Hakkındaki Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi, Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi.
49. Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2010). Gebeliğin Cinselliğe Etkisi, Dirim Tıp Gazetesi, 85(1), 40–47.
50. Esperat, C., Feng, D., Zhang, Y., Owen, D. (2007). Health behaviors of low-income pregnant minority women. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 284-300.
51. Espinosa, L. and Osborne, K. (2002). Domestic Violence During Pregnancy: Implications For Practice, *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(5), 305-317.
52. Evenson, K. and Bradley, C. (2010). Beliefs About Exercise And Physical Activity Among Pregnant Women, *Patient Education and Counseling* 79, 124–129.
53. Ezmerli, N.M. (2000). Exercise In Pregnancy, *Prim Care, Ob/Gyns*, 7(6), 260–265.
54. Fowles, E. and Murphey, C. (2009). Nutrition and Mental Health in Early Pregnancy: A Pilot Study, *J Midwifery Womens Health*; 54, 73–77.
55. Frisbie, W.P., Biegler, M., Turk, P., Forbes, D., Pullum, S.G. (1997). Racial and Ethnic Differences in Determinants of Intrauterine Growth Retardation and Other Compromised Birth Outcomes, *AM J Public Health*, 87, 1977–1983.
56. Gaffney, L. and Smith, C.A. (2004). Use of Complementary Therapies in Pregnancy: The Perception of Obstetricians and Midwives in South Australia, *Australian New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, February, 44(1), 24.
57. Gaffield, M.L., Gilbert, B.J., Malvit, D.M., Romaguera, R., (2001). Oral Health During Pregnancy: An Analysis Of Information Collected By The Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Journal Of The American Dental Association*, 132:1009–1016.

58. Gavard, J.A. and Artal, R. (2008). Effect Of Exercise On Pregnancy Outcome, *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 51, 467-480.
59. Gerçek, S., Duran, Ö., Balalan, D (2008). Hastaneye Başvuran Gebelerin Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğine Göre Değerlendirilmesi, 12. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Morfoloji Binası 21-25 Ekim, Ankara.
60. Gharaibeh, M., Ma'aitah, R., Jada, N. (2005). Lifestyle Practice Of Jordanian Pregnant Women, *International Nursing Review*, 52, 92–100.
61. Gilbert, E.S. and Harmon, J.S. (Ed:Taşkın L.) (2002). “Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum” 2. Baskı, Ankara: Palme Yayıncılık.
62. Giray, H., Keskinoglu, P., Sönmez, Y. (2005). Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddet ve Etkileyen Etmenler, *STED*, 14(10):217–220.
63. Güler, N. (2010). Gebelikte Eşi Tarafından Kadına Uygulanan Fiziksel, Duygusal, Cinsel ve Ekonomik Şiddet ve İlişkili Faktörler, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(2), 72-77.
64. Gürel, S., Gürel, H., Balcan, E. (2006). Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu, *Perinatoloji Dergisi*, 14(2): 90-95.
65. Haas, J.S., Jackson, R.A., Afflick, F.E. (2005). Changes In The Health Status Of Women During And After Pregnancy, *Journal of General Internal Medicine*, 20(1):45.
66. Harley, K. and Eskenazi, B. (2006). Time In The United States, Social Support And Health Behaviors During Pregnancy Among Women Of Mexican Descent, *Social Science & Medicine*, 62, 3048–3061.
67. Hopkins, J. (2008). *Jinekoloji Ve Obstetrik El Kitabı*, 3. Basım, Güneş Kitabevi, Ankara.
68. İrge, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuluoğlu, H., Dursun, S. (2005). Gebelikte Beslenmenin Değerlendirilmesi, *sted*, 14(7), 157–160.
69. Johnson, J.K., Haider, F., Ellis, K., Hay, D.M., Lindow, S.W. (2003). The Prevalance Of Domestic Violence In Pregnant Women, *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110; 272–275.
70. Kaiser, L.L. and Allen, L. (2002). Position Of The American Dietetic Association: Nutrition And Lifestyle For A Healty Pregnancy Outcome, *Journal Of The American Dietetic Association*, 102(10), 1479–1490.

71. Kanbur, A. (2010). Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
72. Karadeniz, G., Çetinkaya, A., Şengül, İ. (2003). Tedavisi Pahalı, Zor ve Başarı Oranı Düşük Bir Hastalık: Madde Bağımlılığı ve Gebeye/Fetüse Etkileri, Kadın Doğum Dergisi, 2(1):125–130.
73. Karaoğlu, L., Celbiş, O., Ercan, C., Ilgar, M., Pehlivan, E., Güneş, G. (2008). Malatya’da Yaşayan Gebelerde Aile İçi Fiziksel, Duygusal, Cinsel Şiddet ve Etkileyen Faktörler, 1. Kadın Sağlığı Kongresi “Kadına Yönelik Şiddet”, P34, Hacettepe Üniversitesi Kongre Merkezi, Ankara.
74. Karcaaltıncaba, D., Kandemir, Ö., Yalvaç, S., Güven, E., Yıldırım, B., Haberal, A. (2009). Cigarette Smoking And Pregnancy: Results Of A Survey At A Turkish Women’s Hospital In 1020 Patients, Journal of Obstetrics and Gynaecology, 29(6), 480-486.
75. Kathleen, M. (1986). Psychosocial and Sociodemographic Correlates Of Exercise Behavior During Pregnancy, Temple University Microfilms International.
76. Kaya, F. ve Serin, Ö. (2008). Doğum Öncesi Bakımın Niteliği, Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5(1), 28–35.
77. Keskinoglu, P., Çımrın, D., Giray, H. ve ark. (2005). Gebelerde Aktif ve Pasif Sigara İçiciliği ve Etkileyen Etkenler, Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi, 19:153-158.
78. Khatib, N., Zahiruddin, Q., Gaidhane, A., Waghmare, L., Srivatsava, T., Goyal, R., Zodpey, R., Johrapurkar, S. (2009). Predictors For Antenatal Services And Pregnancy Outcome İn A Rural Area: A Prospective Study İn Wardha District, India, Indian J Med Sci, 63(10), 436-444.
79. Kılıç, M. (2009). Sağlık Ocaklarında Görevli Ebeler Tarafından Verilen Doğum Öncesi Bakımın Değerlendirilmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, 18(3), 138–147.
80. Kısacık, G. ve Gölbaşı, Z. (2009). Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları Ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgileri, Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi, 19(4), 197–205.
81. Kind, K.L., Moore, V.M., Davies, M.J. (2006). Diet Around Conception And During Pregnancy-Effects On Fetal And Neonatal Outcomes, Reproductive BioMedicine Online, 12(5),532–541.



82. Kongnyuy, E.J., Nana, P.N., Fomulu, N., Wiysonge, S.C., Kouam, L., Doh, A.S. (2008). Adverse Perinatal Outcomes Of Adolescent Pregnancies In Cameroon. *Maternal & Child Health Journal*, 12, 149-154.
83. Korenbrot, C.C., Wong, S.T., Stewart, A.L. (2005). Health promotion and psychosocial services and women's assessments of interpersonal prenatal care in medicaid managed care. *Maternal and Child Health Journal*, 9, 135-149.
84. K m rc , N. (2010). Perinatoloji Hem ireliği, İstanbul Sağlık M d rl ğ , 1. Baskı.
85. K şgeroğlu, N., Aıkg z, A., Ayrancı, U. (2004). Kadın Sağlığı, Sağlık ve Toplum,14(3): 9-13.
86. Kutlu, R. (2008). Aktif ve Pasif Sigara İiciliğinin Gebelik ve Fetus  zerine Etkileri, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 445–448.
87. Ladewig, P., London, M., Moberly, S., Olds, S. (2002). *Contemporary Maternal-Newborn Nursing Care*, Prentice Hall, New Jersey.
88. Lawellen, L.P. (2004). Health Behaviors and Sources of Health Information Among Low Income Pregnant Women, *Public Health Nursing*, 21(3), 200-206.
89. Lee, K.A. and Zaffke, M.E. (1999). Longitudinal changes in fatigue and energy during pregnancy and the postpartum period. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing* 28, 183-191.
90. Leifer, G. (2003) *Maternity and Pediatric Nursing*, Fourth Edition, Elsevier Science, Hong Kong.
91. Lindgren, K. (2001). Relationships Among Maternal-Fetal Attachment, Prenatal Depression, and Health Practices in Pregnancy, *Research in Nursing & Health*, 24, 203–217.
92. Lindgren, K. (2003). A Comparison of Pregnancy Health Practices of Women in Inner-City and Small Urban Communities, *JOGNN*, 32(3), 313–321.
93. Lindgren, K. (2005). Testing The Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II, *JOGNN*, 34(4): 465–472.
94. Marakoğlu, K. ve Sezer, E. (2003). Sivas'ta Gebelikte Sigara Kullanımı, *C.  . Tıp Fak ltesi Dergisi* 25 (4):157 – 164.
95. McIntire, D.D. and Leveno, K.J. (2008). Neonatal Mortality And Morbidity Rates In Late Preterm Births Compared With Births At Term. *Obstetrics & Gynecology*, 111, 35-41.

96. Mete, S. K.(1992). Kadınların Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Sivas Kültür Merkezi, 24-26 Haziran, Sivas, 509-516.
97. Mindell, J. and Jacobson, B. (2000). Sleep Disturbances During Pregnancy, JOGNN, 29, 590-597.
98. Moos, M. (2005). Prenatal Care: Limitations and Opportunities, JOGNN, 35, 278–285.
99. Moos, M., Dunlop, A., Jack, B., Nelson, L., Coonrod, D., Long, R., Boggess, K., Gardiner, P. (2008). Healthier Women, Healthier Reproductive Outcomes: Recommendations For The Routine Care Of All Women Of Reproductive Age, American Journal of Obstetrics & Gynecology, Supplement, 280-289.
100. Mullick, S., Jones, D., Beksinska, M., Mabey, D. (2005). Sexually Transmitted Infections In Pregnancy: Prevalence, Impact On Pregnancy Outcomes, And Approach To Treatment In Developing Countries, Sex Transm Infect, 81, 294–302.
101. Murray, S. and McKinney, E. (2010). Foundations of Maternal-Newborn and Women’s Health Nursing, 5th Edition, Saunders Elsevier.
102. Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 4: 98–105.
103. Okumuş, H. ve Mete, S. (2009). Anne Babalar İçin Doğuma Hazırlık Sağlık Profesyonelleri İçin Rehber, Deomed Medikal Yayıncılık, İstanbul, 18-19.
104. Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumları ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Fırat Tıp Dergisi, 14(2): 115–119.
105. Özbaşaran, F. ve Yanikkerem, E. (2004). Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumlarının Değerlendirilmesi, Sendrom Dergisi, 16(1):50-56.
106. Özkan, İ. ve Mete, S. (2010). Pregnancy Planning And Antenatal Health Behaviour: Findings From One Maternity Unit In Turkey, Midwifery, 26, 338–347.
107. Özkan, S., Demirhan, H., Çınar, İ. (2009). Gebelik Ve Bazı Sosyodemografik Özelliklerin Cinsel Fonksiyon Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12: 3, 28–37.

- 108.** Pallikadavath, S., Foss, M., Stones, W. (2004). Antenatal Care: Provision And Inequality in Rural North India, *Social Science & Medicine* 59, 1147–1158.
- 109.** Pasinlioglu, T. (1997). Gebelerin Öz Bakım Gücü ve Öz Bakım Gücünü Arttırmada Hemsirenin Eğitici Rolünün Etkisi, *Uluslararası Katılımlı V. Ulusal Hemsirelik Kongresi Kitabı, Dokuz Eylül Üniversitesi Sabancı Kültür Sarayı 2-4 Eylül, İzmir*, 135-149.
- 110.** Pedersen, W. (2007). Childbirth, abortion and subsequent substance use in young women: A population-based longitudinal study. 102, 1971-1978.
- 111.** Phillips, C. (2003). *Family – Centered Maternity and Newborn Care*, Mosby, 4. Edition, United States of America.
- 112.** Pinto, S.M., Mousa, H.A., Kakar, P., Dodd, S., Drammond, S., Siney, C., Walkinshaw, S. (2005). Substance Abuse During Pregnancy Outcome, *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 25(3), 16–18.
- 113.** Pivarnik, J., Chambliss, H., Clapp, J., Dugan, S., Hatch, M., Lovelady, C., Mottola, M., Williams, M. (2006). Impact Of Physical Activity During Pregnancy and Postpartum on Chronic Disease Risk, *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, 989- 1006.
- 114.** Public Affairs Committee (2000) *Teratology Society Public Affairs Committee Position Paper: Thalidomide*, *Teratology*, 62, 172–173.
- 115.** Rasch, V. (2003). Cigarette, Alcohol and Caffeine Consumption: Risk Factors For Spontaneous Abortion, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, February, 82(2):182.
- 116.** *Rutin Prenatal Bakım (2004) Sağlık Koruma Rehber Serisi, Sendrom II*, 3(12), 2–27.
- 117.** Sable, M. and Herman, A., (1997). The Relationship between Prenatal Health Behavior Advice and Low Birth Weight, *Public Health Reports*, 112, 332-339.
- 118.** Saraiya, M., Berg, C.J., Kendrick, J.S., Strauss, L.T., Atrash, H.K., Ahn, Y.W. (1998). Cigarette Smoking As A Risk Factor For Ectopic Pregnancy, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178 (3), 493–498.
- 119.** Schaffer, D., Velie, E., Shaw, G., Todoroff, K. (1998). Energy And Nutrient Intakes And Health Practices Of Latinas And White Non-Latinas In The 3 Months Before Pregnancy, *J Am Diet Assoc.*, 98, 876-884.

120. Schuetze, P. and Eiden, R. (2007). The Association Between Prenatal Exposure To Cigarettes And Infant And Maternal Negative Affect, Infant Behavior and Development, 30(3), 387–398.
121. Scott, S. (2006). Exercise During Pregnancy, ACSM’S Health & Fitness Journal, 10(2), 37-39.
122. Sevil, Ü. ve Yanikkerem, E. (2006). Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, İzmir Güven Kitabevi, İzmir, 43–44.
123. Sönmez, Y. ve Aksakoğlu, G. (2005). Gebelikte Tetanoz Aşılama Durumu ve Etkileyen Faktörler, Sted, 14(9), 212–216.
124. Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S., Semiz, O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 1(2), 92-104.
125. Stark, M.A., Brinkley, R.L., Stark, M.A., Brinkley, R.L. (2007). The Relationship Between Perceived Stress And Health-Promoting Behaviors İn High-Risk Pregnancy. Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 21(4), 307-314.
126. Sullivan, E., Abel, M., Tabrizi, S., Garland, S., Grice, A., Poumerol, G., Taleo, H., Chen, S., Kaun, K., O’leary, M., Kaldor, J. (2003). Prevalence of Sexually Transmitted Infections Among Antenatal Women in Vanuatu, 1999–2000, Sexually Transmitted Diseases, 30(4), 362–366.
127. Şahsıvar, M., Marakoğlu, K. (2010) Riskli Gebelerde Depresyon ve Yaşam Kalitesini Değerlendiren Bir Vaka-Kontrol Çalışması, Türkiye Klinikleri J Med Sci; 30(3):871-879.
128. Şirin, A. ve Kavlak, O. (2008). Kadın Sağlığı, 1. Baskı, Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 489–491.
129. Şirin, A. (1998). Kadın İstismarı ve Kadına Yönelik Şiddet, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(1):71–78.
130. Taş,, E., Üstüner, I., Özdemir, H., Dikeç, A., Avşar, A. (2010). Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi, Bidder Tıp Bilimleri Dergisi, 2(1), 7-12.
131. Taşkın, L. (2003). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, VI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.
132. Taşkın, L. (2009). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, IX. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

133. Taşkın, L., Koç, G. (2006). I. Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Perinatoloji Hizmetlerinde Ebe ve Hemşireler, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 48-56.
134. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, 2009.
135. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Güvenli Annelik, Katılımcı Kitabı, 2005.
136. Taşpınar, A., Boysal, N., Şirin, A. (2005). Gebeler Fiziksel Şiddete Uğruyorlar Mı? Manisa Örneği, Adli Psikiyatri Dergisi, 2(2):41–47.
137. Than, L.C., Honein, M.A., Watkins, M.L., Yoon, P.W., Daniel, K.L., Correa, A. (2005). Intent To Become Pregnant As A Predictor Of Exposures During Pregnancy: Is There A Relation? Journal of Reproductive Medicine, 50(6), 389-396.
138. Trophy, J.M. (2005). Smoking and Pregnancy, The Journal of the American Medical Association (JAMA), 293(10), 1286.
139. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, (2008), Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.
140. Üstünsöz, A. (2005). Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Almama Nedenleri, Gülhane Tıp Dergisi, 47:156-158.
141. Wadsworth, P. (2007). Benefits Of Exercise In Pregnancy, The Journal for Nurse Practitioners, 333–338.
142. Warner, M.W., Salfinger, S.G., Rao, S. (2004). Management of Trauma During Pregnancy, ANZ J Surg, 74, 124–128.
143. Yağmur, Y. ve Tunçdemir, A. (2011). Gebelikte Aile İçi Fiziksel Şiddeti Etkileyen Faktörler ve Sosyal Desteğin Rolü, 10. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, P20.
144. Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır, N. (2002). Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, MN Medikal, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul.
145. Yanikkerem, E. (2002). Kadına Uygulanan Şiddetin Üreme Sağlığına Etkileri, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5(2).
146. Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G., Sevil, Ü. (2005). Erken Lohusalık Döneminde Olan Kadınların Doğum Sonrası Muayene Bulgularının ve Doğum Sonu Bakıma İlişkin Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, Kadın Doğum Dergisi, 4(1):673-679.

- 147.** Yavuz, S. (2009). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesinde Gebe Kadınların Gebelikte Beslenme Konusundaki Bilgi Düzeyleri Ve Beslenme Durumu, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- 148.** Yeo, S., Davidge, S., Ronis, D. L., Antonakos, C. L., Hayashi, R., O'Leary, S. (2008). A Comparison Of Walking Versus Stretching Exercises To Reduce The Incidence Of Preeclampsia: A Randomized Clinical Trial. *Hypertension In Pregnancy* 27, 113-130.
- 149.** Yıldırım, A. (1999). Gebelikte Cinsellik, *STED*, 8(12).
- 150.** Youngkin, E. and Davis, M. (2004). *Women A Primary Care Clinical Guide*, Third Edition, Practice Hall, New Jersey.

## EKLER

EK – 1

Anket No:

### KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın Anne Adayı;

“Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi” konulu yaptığım çalışmaya katıldığınız ve destek verdiğiniz için teşekkür ederim. Vereceğiniz cevaplar gizli tutulacak ve başka hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

**C.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü**  
**Doğum ve kadın Hastalıkları Hemşireliği AD**  
**Yüksek Lisans Öğrencisi**

**Didem TİRKEŞ**

Tarih: ...../...../.....

#### A. Sosyodemografik Özellikler

1. Yaş:.....
2. Eğitim durumunuz nedir?
  - ( ) Okuryazar değil
  - ( ) Okuryazar
  - ( ) İlkokul
  - ( ) Ortaokul
  - ( ) Lise
  - ( ) Üniversite/Yüksekokul
3. Kaç yıllık evlisiniz?.....
4. Mesleğiniz nedir?
  - ( ) Ev Hanımı
  - ( ) Memur
  - ( ) İşçi
  - ( ) Serbest Meslek
  - ( ) Diğer.....
5. Eşinizin mesleği nedir?
  - ( ) İşsiz
  - ( ) Memur
  - ( ) İşçi

- ( ) Serbest Meslek  
( ) Diğer.....
6. Eşinizle aranızda akrabalık dereceniz var mı?  
( ) Hayır  
( ) 1. dereceden akrabam  
( ) 2. dereceden akrabam  
( ) Uzak akrabam
7. Bugüne kadar en uzun süre yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?  
( ) Büyük Şehir  
( ) Şehir  
( ) İlçe  
( ) Köy
8. Sosyal güvenceniz var mı?  
( ) Evet  
( ) Hayır
9. Aile tipiniz nedir?  
( ) Çekirdek aile  
( ) Geniş aile
10. Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?  
( ) Gelir giderden fazla  
( ) Gelir gidere denk  
( ) Gelir giderden az

## **B. Obstetrik Hikaye**

11. Gebelik sayısı:.....  
12. Doğum sayısı:.....  
13. Düşük varsa sayısı:.....  
14. Kürtaj varsa sayısı:.....  
15. Ölü doğum varsa sayısı:.....  
16. Yaşayan çocuk sayısı:.....  
17. Çocuklarınız kaç yaşındalar? .....
18. Müdahaleli doğum öykünüz var mı?  
( ) Evet  
( ) Hayır



19. Son adet tarihiniz ve gebelik haftanız? .....
20. Planlanmış bir gebelik miydi?  
 Evet  
 Hayır
21. İsteyerek mi gebe kaldınız?  
 Evet  
 Hayır
22. Gebeliğiniz doğal yolla mı yoksa tıbbi tedavi ile mi oldu?  
 Doğal yolla  
 Tıbbi tedavi
23. Gebeliğinizde geçirdiğiniz önemli bir rahatsızlık var mı? Belirtiniz:  
 Evet .....  
 Hayır
24. Daha önceki gebeliklerinizde sorun yaşadınız mı? Belirtiniz:  
 Evet .....  
 Hayır
25. Kronik bir hastalığınız var mı? Belirtiniz:  
 Evet .....  
 Hayır
26. Gebeliğiniz boyunca kontrol için toplam kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz?.....

## EK II: RİSK DEĞERLENDİRME FORMU

### OBSTETRİK ÖYKÜ

	Hayır	Evet
1. Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anomalili bebek doğurma öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon? (Miyomektomi, septum ameliyatı, kone biyopsi, klasik CS servikal serklaj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### MEVCUT GEBELİK

	Hayır	Evet
9. Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. 18 yaşından genç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. 35 yaş ve üstü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vajinal kanama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Pelvik kitle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Anemi öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ

	Hayır	Evet
17. İnsülin bağımlı diyabet hastası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Renal hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Kardiyovasküler hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tiroid hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Talasemi taşıyıcılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lütfen belirtin.

\_\_\_\_\_

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır.

### **EK III: ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışıyor.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.  
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

## EK IV: GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ

1. Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürdüğümü düşünüyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
2. Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
3. Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
4. Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken emniyet kemeri kullanıyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
5. Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
6. Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin ya da LSD, eroin ya da uçuşucu madde kullanırım.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
7. Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
8. Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum ya da cinsel ilişkiden kaçınıyorum).  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
9. Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.  
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 °C'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kursun içeren içme suyu).
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.
- a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman
17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.
- a) Hiçbir zaman  
b) Haftada 1-2 kez  
c) Haftada 3-4 kez  
d) Haftada 5-6 kez  
e) Günlük
18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.
- a) Hiçbir zaman  
b) Haftada 1-2 kez  
c) Haftada 3-4 kez  
d) Haftada 5-6 kez  
e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.
- Hiç
  - Haftada 1 ya da 2
  - Haftada 3 yada 4
  - Haftada 5 ya da 6
  - Günlük
20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.
- Hiç
  - Haftada 1 ya da 2
  - Haftada 3 ya da 4
  - Haftada 5 ya da 6
  - Günlük
21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.
- Hiçbir zaman içmedim
  - Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım
  - Günde 10 sigaradan az
  - Günde 11-20 sigara
  - Günde 1 paketten fazla
22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).
- Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım
  - Gebeliğimi öğrenmeden önce
  - Ayda 3 kereden az
  - Haftada 1
  - Haftada 1'den az
23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir sise bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh liköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.
- Hamileyken hiç içmedim
  - 1 içki(içecek)
  - 2 içki(içecek)
  - 3 içecek (içki)
  - 3 içecekten (içki) fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu ya da ebemle görüşmeye başladım.
- Döllenmeden önce gebeliği planlamak için
  - Gebeliğimin ilk 3 ayında
  - Gebeliğin 5. ayından önce
  - Gebeliğin 7. ayından önce
  - Gebeliğin 9. ayından önce
25. Gebe kaldığımdan beri, “randevumu kaçırdım” (doktorumla yada ebemle olan randevuyu unuttum yada randevuya gitmedim anlamında).
- Hiçbir randevuyu kaçırmadım
  - Bir randevuyu kaçırdım
  - 2-3 randevu kaçırdım
  - 4-5 randevu kaçırdım
  - 5 randevudan fazla kaçırdım
26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik yada diş bakımı)
- Düzenli diş bakımı yaptırdım
  - Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim
  - Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum
  - Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil
  - Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi
27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.
- Hiçbir zaman
  - Ayda bir ya da daha az
  - Ayda 2-3 kez
  - Ayda 4 kez (haftada bir)
  - Ayda 4 kezden fazla
28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.
- Hiçbir zaman
  - Ayda 1 kez ya da daha az
  - Ayda 2-3 kez

- d) Ayda 4 kez (haftalık)  
e) Ayda 4 kezden fazla
- 29.** Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.
- a) Hiçbir zaman  
b) Haftada 1 kez ya da daha az  
c) Haftada 1-2 kez  
d) Haftada 3-5 kez  
e) Haftada 5'ten fazla
- 30.** Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.
- a) Kilo kaybettim  
b) Gereğinden çok az ya da çok fazla kilo aldım  
c) Kilo almadım ya da vermedim  
d) Bilmiyorum  
e) Almam gereken miktarda kilo aldım
- 31.** Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve ya da sebze suyu ya da diğer kafeinsiz içecekler içerim.
- a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı  
b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı  
c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı  
d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı  
e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım
- 32.** Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum.
- a) Daima  
b) Haftada 5 gün  
c) Haftada 3 gün  
d) Bazen  
e) Hiç
- 33.** Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.
- a) Kesinlikle evet  
b) Hayır, daha önce katılmışım  
c) Emin değilim  
d) Muhtemelen hayır  
e) Kesinlikle hayır



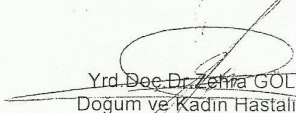
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı

SAYI: 14  
KONU:

30/11/2010

**C.Ü.SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE**

Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Didem Kaya'nın "Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını 30.12.2010-30.03.2011 tarihleri arasında Sivas İl Merkezi'nde yer alan Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı gebe kadınlara uygulayabilmesi için gerekli izinlerin alınması hususunda gereğini arz ederim.

  
Yrd. Doç. Dr. Zehra GOLBAŞI  
Doğum ve Kadın Hastalıkları  
Hemşireliği AD. Başkanı

Ek:1.Dilekçe



T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı :B.104.ISM.4.5800.09-773-*hkb*  
Konu : Uygulama

16/12/2010

*Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü*

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 09.12.2010 tarihli ve 2050-5586 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Didem KAYA'nın "Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 30 Aralık-30 Mart 2011 tarihleri arasında Sivas İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı gebe kadınlara uygulayabilmesi için alınan Onay yazımız ekinde sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ve rica ederim.

Dr. Vakıf ÖZMERCAN  
Sağlık Müdürü

Ekler:  
Onay (1 Adet)

Dağıtım:  
İbni Sina Toplum Sağlığı Merkezi  
Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğü

İl Sağlık Müdürlüğü - 58040 / SİVAS Ayrıntılı bilgi için irtibat: O.TANRIVERDİ Şef  
Telefon: (0346) 225 63 67- Dahili: 1165-66-67 Faks: (0346) 221 95 55  
E-posta: [sivas.es@saalik.gov.tr](mailto:sivas.es@saalik.gov.tr) İnternet Adresi: [www.sivassm.gov.tr](http://www.sivassm.gov.tr)



T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : B.104.ISM.4.58.00.09-773/450  
Konu :Uygulama

16/12/2010

VALİLİK MAKAMINA

İlgi: Cumhuriyet Üniversitesi Rektörlüğünün 09/12/2010 tarihli ve 2050-5586 sayılı yazısı.

İlgi sayılı yazıya istinaden Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Didem KAYA'nın "Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi" konulu yüksek lisans tez çalışmasını 30 Aralık-30 Mart 2011 tarihleri arasında Sivas İl Merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde kayıtlı gebe kadınlara uygulayabilmesi hususunu;

Tensiplerinize arz ederim.

Dr. Vakkas ÖZMERCAN  
Sağlık Müdürü

OLUR

16/12/2010

Kemal ŞAHİN  
Vali a.  
Vali Yardımcısı

## ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Sivas'ta doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini Sivas'ta tamamladı. Lisans eğitimini Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2004-2008 yılları arasında tamamladı. Eylül 2009'da Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimine başladı. Şubat 2010'da Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'na Araştırma Görevlisi olarak atandı. Halen aynı kuruluştaki çalışmakta ve yüksek lisans eğitimine devam etmektedir.