



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

EBELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**“GEBELİKTE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI
ÖLÇEĞİ”NİN GELİŞTİRİLMESİ VE GEÇERLİK
GÜVENİRLİĞİ**

Esra YILMAZ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN

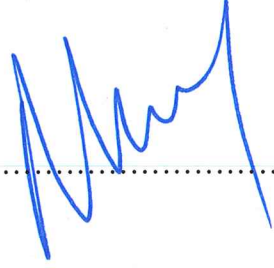
KARABÜK
2018

TEZ ONAYI

Esra YILMAZ'ın hazırladığı "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliği" adlı bu çalışma 26/11/2018 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından EBELİK ANABİLİM DALI'nda YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi. Nazan KARAHAN

Tez Danışmanı




Dr. Öğr. Üyesi Fatma Betül KURNAZ

Üye



Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU

Üye



Bu tez Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından YÜKSEK LİSANS tezi olarak onaylanmıştır.

Doç. Dr. Kubilay TEKİN

Enstitü Müdürü V.

BEYAN

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

İmza

Esra YILMAZ

20/11/2018

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve çalışmamın tüm aşamalarında bana inanan, güvenen, beni destekleyen ve mesleki yaşamımda her zaman bana rehberlik ve danışmanlık yapan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nazan KARAHAN'a,

Çalışmam için değerli görüş ve önerilerde bulunan Prof. Dr. Hediye ARSLAN, Prof. Dr. Saadet YAZICI, Prof. Dr. Anahit Margirit Coşkun, Doç. Dr. Sema YILMAZ, Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN, Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ, Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN, Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR hocalarıma,

Lisans eğitimim boyunca akademik olarak teşvik eden, ölçek çalışmam için görüş bildirip katkıda bulunan kıymetli hocam Doç. Dr. Gözde Gökçe İSBİR'e,

Tez savunma sınavımda jüri olarak yer alan ve tezime önemli katkılarda bulunan Dr. Öğr. Üyesi Fatma Betül KURNAZ ve Dr. Öğr. Üyesi Meltem UĞURLU'ya,

Her zaman yanımda olan ve desteğini esirgemeyen Dr. Emine Sare AYDEMİR ve Ebe Nuray ÖZTÜRK'e,

Çalışmama katılan, sorularıma yanıt veren gebelere ve veri toplama aşamasında yardımcı olan değerli sağlık çalışanlarına,

Son olarak bu günlere ulaştıran, her zaman yanımda olan, eğitimim için hiçbir zaman desteğini esirgemeyen başta annem ve babam olmak üzere, kardeşlerime, kayınvalideme, sevgili eşim Gökhan YILMAZ'a ve biricik kızım Elif YILMAZ'a,

Saygı ve sevgiyle sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra YILMAZ
Karabük, 2018

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ONAY FORMU.....	ii
BEYAN FORMU.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
TABLOR DİZİNİ.....	ix
ŞEKİL VE ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xi
EKLER.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT	vx
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı ve Kuramları.....	4
2.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları.....	11
2.2.1. Gebelik Sorumluluğu.....	12
2.2.2. Hijyen.....	14
2.2.3. Beslenme.....	16
2.2.4. Fiziksel Aktivite.....	24
2.2.5. Uyku ve İstirahat.....	26
2.2.6. Seyahat.....	27
2.2.7. Gebeliği Kabullenme.....	29
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
3.1. Araştırmanın Tipi.....	32

3.2. Araştırmanın Yapılma Yeri ve Tarihi	32
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	32
3.4. Veri Toplama Araçları.....	34
3.5. Verilerin Toplanması.....	36
3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	36
3.7. Araştırmanın Etik Boyutu.....	37
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar.....	37
4. BULGULAR.....	38
4.1. Açıklayıcı ve Doğrulamaya İlişkin Bulgular.....	38
4.1.1. Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun Test Edilmesi.....	38
4.1.2. Kayıp Değerlerin İncelenmesi.....	39
4.1.3. Açıklayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	39
4.1.4. Doğrulamaya İlişkin Faktör Analizi Sonuçları.....	45
4.1.5. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Alt Boyutlarının Birbirleriyle Korelasyonu.....	50
4.2. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular.....	51
4.3. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	54
5. TARTIŞMA.....	61
5.1. Ölçeğin Geçerlik Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	61
5.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile İlişkinine Yönelik Bulguların Tartışılması.....	65
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuç.....	71
6.1.1. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Sonuçlar.....	71
6.1.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile İlişkinine Yönelik Sonuçlar.....	73
6.2. Öneriler.....	74

6.2. Öneriler.....	76
6.2.1. Araştırmacılara Öneriler.....	76
6.2.2. Ebelere Öneriler.....	76
7. KAYNAKLAR.....	77
8. EKLER.....	94
Ek 1. Uzman Listesi.....	94
Ek 2. Uzmanlara Gönderilen Soru Havuzu Formu.....	95
Ek 3. Etik Kurul İzni.....	98
Ek 4. Kurum İzni.....	100
Ek 5. Veri Toplama Formu.....	101
Ek 6. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği.....	102
9. ÖZGEÇMİŞ.....	104

KISALTMALAR DİZİNİ

Araştırmada kullanılan tanım ve kısaltmalar ile açılımları aşağıda sıralanmıştır:

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

BDT: Beklenti-Değer Teorisi

BKİ: Beden Kitle İndeksi

CFI: Comparative Fit Index

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GYE: Genital Yol Enfeksiyonları

IOM: The Institute of Medicine

İYE: İdrar Yolu Enfeksiyonu

NTD: Nöral Tüp Defekti

PUFA: Çoklu Doymamış Yağ Asitleri

RDA: Recommended Dietary Allowances

RMSEA: Root-Mean-Square Error Approximation

SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli

SİM: Sağlık İnanç Modeli

TLI: Tucker Lewis Uyum İndeksi

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri.....	34
Tablo 2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 3. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Hijyen Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	40
Tablo 4. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Çıkartma Değerleri.....	41
Tablo 5. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Faktör Özdeğerleri ve Açıkladıkları Toplam Varyanslar.....	42
Tablo 6. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Örüntü Matrisinden Elde Edilen Faktör Yük Değerleri	42
Tablo 7. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Alt Boyutlarını Oluşturan Maddeler	43
Tablo 8. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	43
Tablo 9. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Seyahat Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	44
Tablo 10. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Gebeliği Kabulleme Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları	45
Tablo 11. "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin Madde Sayısı ve Maddeleri.....	45
Tablo 12. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndisleri.....	46
Tablo 13. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki.....	51

Tablo 14. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Maddenin Ölçekten Çıkarıldığı Durumda İç Tutarlılık Katsayısı.....	52
Tablo 15. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Cronbach Alpha Katsayıları.....	53
Tablo 16. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları.....	54
Tablo 17. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkeni ile İlişkisi.....	55
Tablo 18. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	56
Tablo 19. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması.....	56
Tablo 20. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	57
Tablo 21. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması.....	58
Tablo 22. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanlarla Gebelik Sayısı Arasındaki İlişki.....	58
Tablo 23. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Trimesterlere Göre Karşılaştırması.....	59
Tablo 24. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanlarla Gebelik Haftası Arasındaki İlişki.....	60

ŞEKİL VE ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. Sağlık İnanç Modeli.....	6
Çizelge 2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli.....	8
Çizelge 3. Öğrenmede Karşılıklı Etkileşimler.....	9
Çizelge 4. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D) Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine)'nün Gebelikte Ağırlık Kazanımı İçin Önerileri.....	17
Çizelge 5. Yetişkin Kadın, Gebelik ve Emzirme Döneminde Enerji ve Besin Öğeleri İhtiyacı.....	18
Çizelge 6. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine İlişkin Ölçütler.....	33
Şekil 1. Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları.....	47
Şekil 2. Hijyen Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları.....	47
Şekil 3. Beslenme Alt Ölçeği Beslenme Özellikleri Alt Boyutuna Ait Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları.....	48
Şekil 4. Beslenme Alt Ölçeği Besin Kısıtlaması Alt Boyutuna Ait Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları.....	48
Şekil 5. Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı.....	49
Şekil 6. Seyahat Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı.....	49
Şekil 7. Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı.....	50

EKLER

	<u>Sayfa</u>
EK 1. Uzman Listesi.....	84
EK 2. Uzmanlara Gönderilen Form.....	85
EK 3. Etik Kurul İzni.....	93
EK 4. Kurum İzni.....	94
EK 5. Veri Toplama Formu.....	95
EK 6. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Taslak Formu	96
EK7. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği.....	101

ÖZET

“Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği”nin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliliği

Bu çalışma kültürümüze uygun “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği”nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirliliğinin incelenmesi amacıyla metodolojik tipte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 718 gebe oluşturmuştur. Araştırma verileri 12 Mart-12 Eylül 2018 tarihleri arasında, Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde toplanmıştır. Veriler doğrulayıcı ve açımlayıcı faktör analizi, Cronbach alfa katsayısı ve test-tekrar test analizleri yapılarak değerlendirilmiştir. Açımlayıcı Faktör Analizi sonuçlarına göre, ölçeğin toplam 29 madde ve 6 alt ölçekten oluşmuş olup açıklanan toplam varyanslar %46,67 ile %62,06 arasında değişmektedir. Doğrulayıcı faktör analizinde, uyum indislerinin; gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde RMSEA=0,071, CFI=0,968, TLI=0,905, hijyen alt ölçeğinde RMSEA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985, beslenme alt ölçeğinin *beslenme özellikleri* alt boyutunda RMSEA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939, ve *besin kısıtlamaları* alt boyutunda RMSA=0,033, CFI=0,998, TLI=0,991, fiziksel aktivite alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=0,999, TLI=0,998, seyahat alt ölçeğinde RMSEA=0,014, CFI=1,000, TLI=0,999, gebeliği kabullenme alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=1,000, TLI=1,000 olduğu belirlenmiştir. Cronbach alfa katsayıları ölçek toplamı için 0.831, gebelik sorumluluğu alt ölçeği için 0,713, hijyen alt ölçeği için 0,644, beslenme alt ölçeği için 0,726, beslenme özellikleri alt boyutu için 0,689, besin kısıtlaması alt boyutu için 0,615, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0,693, seyahat alt ölçeği için 0,808 ve gebeliği kabullenme alt ölçeği için 0,626 olarak bulunmuştur. Test-tekrar test sonucunda ICC kat sayıları 0,70-0,91 arasındadır.

Araştırmadan elde edilen bulgular, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçe aracı olduğunu ve çalışmalarda kullanılabileceğini göstermektedir.

Anahtar kelimeler: ebelik, gebelik, sağlıklı yaşam davranışları, gebelikte sağlıklı yaşam davranışları



ABSTRACT

Development of “Healthy Life Behaviors Scale in Pregnancy” and Validity Reliability of the Scale

This study is carried out as a methodological type in order to develop “Healthy Life Behaviors Scale in Pregnancy” suitable for our culture and examine its validity and reliability. Sample of this research is consisted of 718 pregnant who accepted join the study. Data were collected from 12 March 2018-12 September 2018 in Karabük University Education And Research Hospital. The data were evaluated with confirmatory and exploratory factor analysis, Cronbach alpha coefficient and test-retest analysis. According to the results of Exploratory Factor Analysis, the scale, consists of 29 items and 6 sub-scale, the total variance explained ranged from 46,67% to 62,06%. In confirmatory factor analysis; fit indexes were identified to be RMSEA=0,071, CFI=0,968, TLI=0,905 for gestational responsibility sub-scale, RMSEA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985 for hygiene sub-scale, RMSEA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939 of nutrition sub-scale for nutrition characteristics sub-dimension and RMSA=0,033, CFI=0,998, TLI=0,991 for food restriction sub-dimension, RMSEA=0,001, CFI=0,999, TLI=0,998 for physical activity sub-scale, RMSEA=0,014, CFI=1,000, TLI=0,999, for travel sub-scale, RMSEA=0,001, CFI=1,000, TLI=1,000 for gestational acceptance sub-scale. Cronbach's alpha coefficients were found to be 0.831 for the total of scale, 0,713 for gestational responsibility sub-scale, 0,644 for hygiene sub-scale, 0,726 for nutrition sub-scale, 0,689 for nutrition characteristics sub-dimension, 0,615 for food restriction sub-dimension, 0,693 for physical activity sub-scale, 0,808 for travel sub-scale and 0,626 for gestational acceptance sub-scale. As a result of the test-retest ICC coefficients are between 0,70-0,91.

The findings of the study show that the scale is a valid and reliable measurement tool and it can be used in the studies.

Keywords: midwifery, pregnancy, healthy life behaviors, healthy life behaviors
in pregnancy



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik doğal bir süreç olmasına rağmen pek çok fiziksel ve ruhsal değişimlerin yaşandığı hassas bir dönemdir. Bu dönemde kadının yaşam davranışları ve gebeliğe karşı tutumu gebeliğin seyrini etkilemektedir (Mecdi ve Rathfisch 2013). Sağlığın temellerinin gebelik dönemiyle birlikte atılmaya başlandığı düşünüldüğünde (Sözeri vd. 2006), gebeliğin sağlıklı devam edebilmesi fetüsün sağlığını doğrudan ve dolaylı olarak etkilemektedir. Sağlıklı kadınlar, sağlıklı gebelik süreci yaşar ve sağlıklı bebekler dünyaya getirir (Lin et al. 2009, Güngör ve Beji 2009).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2000 yılına kadar “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile her birey için sağlığın ulaşılabilir olmasını hedeflemiş ve bu hedefin gerçekleşebilmesi için bireylerin kendi sağlık sorumluluğunun bilincinde olması gerektiğinin önemine dikkat çekmiştir (Topçu 2006). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterebilmesi, kendi sağlığının sorumluluğunu alması ile mümkündür. Pender 1987 yılında sağlık sorumluluğunu; “bireyin kişisel sağlık sorumluluğunu alması ve bu sorumluluğu davranış ile pekiştirebilmesidir” şeklinde tanımlamıştır. Başka bir deyişle sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığına dikkat etmesi, sağlık kavramı hakkında bilinçlenmesi, gerekli olduğunda uzman yardımı alabilmesidir (Bahar vd. 2008, Bozhüyük vd. 2012, Onat ve Aba 2014, Bostan ve Beşer 2017). Sağlık sorumluluğu, kişinin sağlığı geliştirmeye yönelik davranışlar edinmesini ve bu davranışların sürekliliğini etkiler (Aksungur vd. 2011).

Gebelerin sağlık sorumluluğunun gelişmesi anne ve bebek ölüm oranlarının azaltılması açısından oldukça önemlidir. Anne ve bebek ölüm hızları ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen en önemli göstergelerdir. Anne ölümünün önemli bir bölümü önlenemez nedenlerden kaynaklanmaktadır (Elveren 2008). Bu durum gebelerin sağlıklı yaşam davranışları benimsemesi yoluyla bazı risklerin önlenemez olduğunu düşündürmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalıklara karşı önlem alınmasında, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde temel bileşendir (Bahar vd. 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde kişilerin yaşam stili ve kültürün etkisi büyüktür. Mortalite ve morbiditenin %90'ı kişilerin sigara, stres, alkol, immobilité gibi yaşam şekline ve ekonomi, beslenme, kişiler arası destek, sağlık algısı gibi toplumsal şartlara bağılı olarak gelişmektedir. Sağlığın bozulmasına neden olan yanlış algı ve eylemler bireyin sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini azaltmakta, bireyde hastalık, yetmezlik ve engellere yol açmaktadır (Altay 2006).

Anne adayının gebelik öncesi dönemde ve tüm gebelik süresince sağlıklı yaşam davranışları sergilemesi, yaşamdan ve gebeliğinden keyif alması, gebelik sürecini olumlu etkileyecektir (Altıparmak ve Koca Kutlu 2009). Sağlıklı yaşam davranışını benimsemiş gebeler, gebelik dönemini daha az sorunla tamamlamakta, gebelik doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskten kendisini ve bebeğini korumaktadır (Sözeri vd. 2006, Lin et al. 2009). Gebelik ve doğum sonu izlemlerden sorumlu olan ebeler, gebelere sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında rehber niteliğindedir. Ebeler, gebenin mevcut yaşam davranışlarını tanımlamalı, sağlıklı davranışları destekleyerek güçlendirmeli, yetersiz/sağlıksız davranışların çözümü için eğitim ve danışmanlık yapmalı ya da gerekli yönlendirmelerde bulunmalıdır (Sözeri vd. 2006).

Ebenin bu görevleri yerine getirebilmesi için öncelikle gebenin yaşam davranışlarını objektif olarak belirleyebilmesi gerekir. Gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmeye yönelik ülkemizde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Onat ve Aba 2014). Buna karşılık sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmeye yönelik çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu çalışmalarda sıklıkla gebeliğe özgü olmayan “Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği-II” kullanılmıştır. Bu ölçek kullanılarak yapılan çalışmalarda gebeliğe özgü durumların değerlendirilmesi yetersiz kalmaktadır. Lindgren (2005) tarafından geliştirilen ve Er (2006) tarafından Türkçeye uyarlanan “Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği” ise gebeliğe özgü olmakla birlikte, Türk kültürüne uygun olmayan maddeler içermektedir.

Sağlığı geliştirebilmek için en temel yaklaşım sağlığı korumaktır. Sağlığı koruma ile ilgili uygulamalarda daha doğru ve geçerli bilgiler ortaya koyabilmek için, bireylerin sağlık davranışlarının kültürlerine uygun geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmesi gerekmektedir. Türk kültürüne uygun olarak gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçmeye yönelik geçerli ve güvenilir lme aracının geliştirilmesi hem gebelerin yaşam davranışlarının belirlenebilmesi hem de bazı gebelik riskleri ile yaşam davranışları arasındaki ilişkiye açıklık getirebilmek için anlamlı olacaktır.

Bu alışma kültürümüze uygun “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları leği”nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlığın Geliştirilmesi Kavramı ve Kuramları

DSÖ sağlığı, “sadece hasta veya engelli olmamak değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” şeklinde tanımlamıştır. Sağlık hakkı, temel insan haklarından biridir (Bilgili ve Ayaz 2009, Açıksöz 2013). Tarihsel süreç içinde, ülkeler değişen gereksinimler doğrultusunda çeşitli politikalar izleyerek sağlık bakım sistemleri oluşturmuştur. Sağlık bakım sistemi fiziksel ve toplumsal etkilere bağlı olarak sürekli değişime uğramaktadır. Günümüzde sağlık hizmetlerinin odağını sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesi oluşturmaktadır (Topçu 2006, Türköl ve Güneş 2012). DSÖ 2000 yılında “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önemine dikkat çekmektedir (Cihangiroğlu ve Devenci 2011).

Sağlıklı yaşam biçimi, kişinin sağlığını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen davranışlarını kontrol altına alabilmesidir. Birey günlük yaşamında olumlu davranışlar benimsediğinde; sağlık düzeyi iyileşmiş ve hastalıklardan korunmuş olacaktır (Bozhüyük vd. 2012, Türköl ve Güneş 2012).

DSÖ gelişmiş ülkelerde ölümlerin %70-80’inin, az gelişmiş/gelişmekte olan ülkelerde ise %40-50’sinin olumsuz yaşam biçimi davranışlarıyla ilişkili olduğunu bildirmektedir (Dickey and Janick 2001, Kaya vd. 2009, Şimşek vd. 2012). Yaşam biçimi davranışına bağlı ölümlerin azaltılması için sağlık bakım hizmetinin sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme niteliklerini taşıması gerekir (Dağdevire ve Şimşek 2013).

Sağlığın geliştirilmesi; birey, aile ve toplumun sağlık düzeyini optimum seviyeye çıkarabilmek için sağlığı tehdit eden faktörlerin kontrol altına alınmasını hedefleyen bir kavramdır (Green 1990, Topçu 2006, Geçkil ve Yıldız 2006,

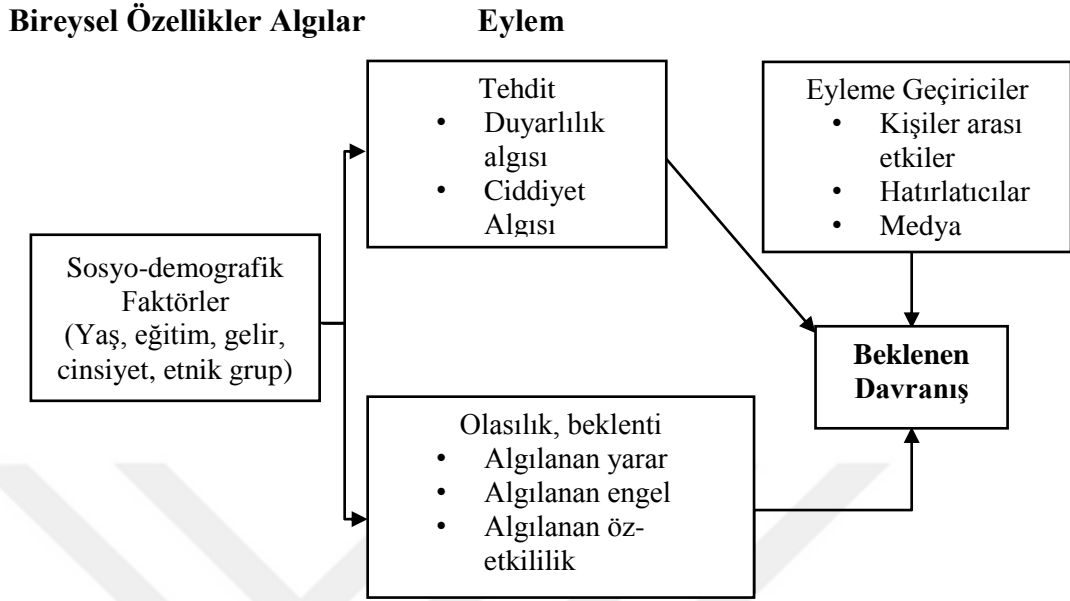
Altıparmak ve Koca Kutlu 2009, Yılmaz vd. 2013, Dağdevireve Şimşek 2013, Bahar ve Açıl 2014). Bu doğrultuda yapılan uygulamalarla bireyin davranışları üzerindeki kontrolü artmakta, hastalık oranı azalmakta ve ömrü uzamaktadır (Şimşek vd. 2012, Bozhüyük vd. 2012).

Günümüzde sağlığın geliştirilmesine ilişkin çeşitli kuramlar bulunmaktadır. Bu kuramlardan bazıları; Sağlık İnanç Modeli, Sağlığı Geliştirme Modeli, Sosyal Bilişsel Teori, Beklenti- Değer Teorisi'dir.

Sağlık İnanç Modeli (Health Belief Model): En eski kuramlardan olan sağlık inanç modeli, Hochbom, Kegeles, Leventhal ve Rosenstock (1950) tarafından geliştirilmiştir (Karadağ 2010, Çimen vd. 2012, Kartal ve Özsoy 2014, Bulduk vd. 2015). Sağlık İnanç Modeli (SİM), Lewin ve Becker'in sosyo-psikolojik kuramına dayandırılarak geliştirilmiş, değer-beklenti modelidir ve bilişsel değişkenler üzerinde durur (Çimen vd. 2012, Çiçek 2012). SİM hastalık ve genel sağlık davranışını konu edinse de asıl hedefi koruyucu sağlık davranışlarıdır (Çiçek 2012, Bulduk vd. 2015, Koç vd. 2017). Bireyin sağlık ve hastalık hakkındaki algısı onun sağlıklı yaşam davranışlarını etkilemektedir (Çimen vd. 2012, Kartal ve Özsoy 2014).

SİM, sağlık davranışlarının açıklanması için kullanılmakta olup, her hastalık için farklı bileşenlerden oluşmaktadır. SİM'in temel bileşenleri; algılanan duyarlılık (perceived susceptibility), algılanan ciddiyet (perceived seriousness), algılanan yararlar (perceived benefits) ve algılanan engeller (perceived barriers)'dir (Rosenstock et al. 1988, Rosenstock 2005, Bulduk vd. 2015, Çimen vd. 2012, Ersin 2012) (Çizelge 1).

Çizelge 1. Sağlık İnanç Modeli



(Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Health Education & Behavior. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model,15(2), s. 175-183.)

SİM aracılığıyla bireyin sağlık davranışının oluşmasında etkili olan sağlık inancı belirlenir. Elde edilen veriler, kişide istenilen sağlık davranışının gelişimine yardımcı olur (Karadağ 2010, Çimen vd. 2012).

Sağlığı Geliştirme Modeli (Health Promotion Model): Son yüzyılda dünyada sağlığa harcanan maliyetin artması nedeniyle sağlığın korunmasına ve geliştirilmesine verilen önem artmıştır (Topçu 2006). Sağlığı geliştirme modeli (SGM) 1980 yılında geliştirilmiş, 1987 ve 1996 yıllarında revize edilmiştir (Topçu 2006, Aluş Tokat 2009, Bilgili ve Ayaz 2009, Cürcani vd. 2010, Türkol ve Güneş 2012, Ersin 2012, Dağdevire ve Şimşek 2013, Sevinç 2016, Çalık ve Kapucu 2017). Kurama dayalı olarak geliştirilen ölçeğin, ülkemiz için geçerlik güvenirliği 1999 yılında Esin tarafından yapılmıştır. Bu model sağlığı geliştirici faktörleri ve yaşam davranışlarının ortaya çıkış nedenlerini açıklamaktadır. Modelin amacı kişisel sağlık düzeyi ve iyilik halinin artırılması sayesinde sağlıklı yaşam davranışları geliştirmektir (Aluş Tokat 2009, Çalık ve Kapucu 2017, Zuhur ve Özpancar 2017).

SGM, SİM ile benzerlik göstermektedir. SİM’de hastalık kavramı bulunmaktayken; SGM hastalığın önüne geçme, sağlığı sürdürme ve geliştirme kavramları üzerinde durulur (Bahar ve Açıl 2014, Çalık ve Kapucu 2017). SGM, SİM’in gelişmiş şekli olup, Beklenti-Değer Teorisine (Feather) ve Sosyal Bilişsel Teoriye (Bandura) dayandırılmıştır (Pender 1996, Bahar ve Açıl 2014).

Modelde kişinin geliştirdiği sağlıklı yaşam davranışlarının geçmişteki tecrübelerinden etkilendiği belirtilmektedir (Ersin 2012, Çalık ve Kapucu 2017). Bu model bireyin özgeçmişini, inanç ve tutumunu değerlendirerek holistik bir bakış açısı sunmaktadır (Bahar ve Açıl 2014). SGM, bireyin kendi sağlığını kendisinin kontrol etmesine olanak sağlar (Koç vd. 2017). Böylece kişide, bireysel sağlık sorumluluğu geliştirilmiş olur.

Pender’e göre sağlığın geliştirilmesinde, yaşam biçimi aktiviteleri oldukça önemlidir. Kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres ve kişiler arası ilişkiler olmak üzere altı alt bölümden oluşur. Tüm alt ölçekler birbirinden bağımsız olarak başka çalışmalarda kullanılabilir (Türkol ve Güneş 2012, Altay vd. 2015).

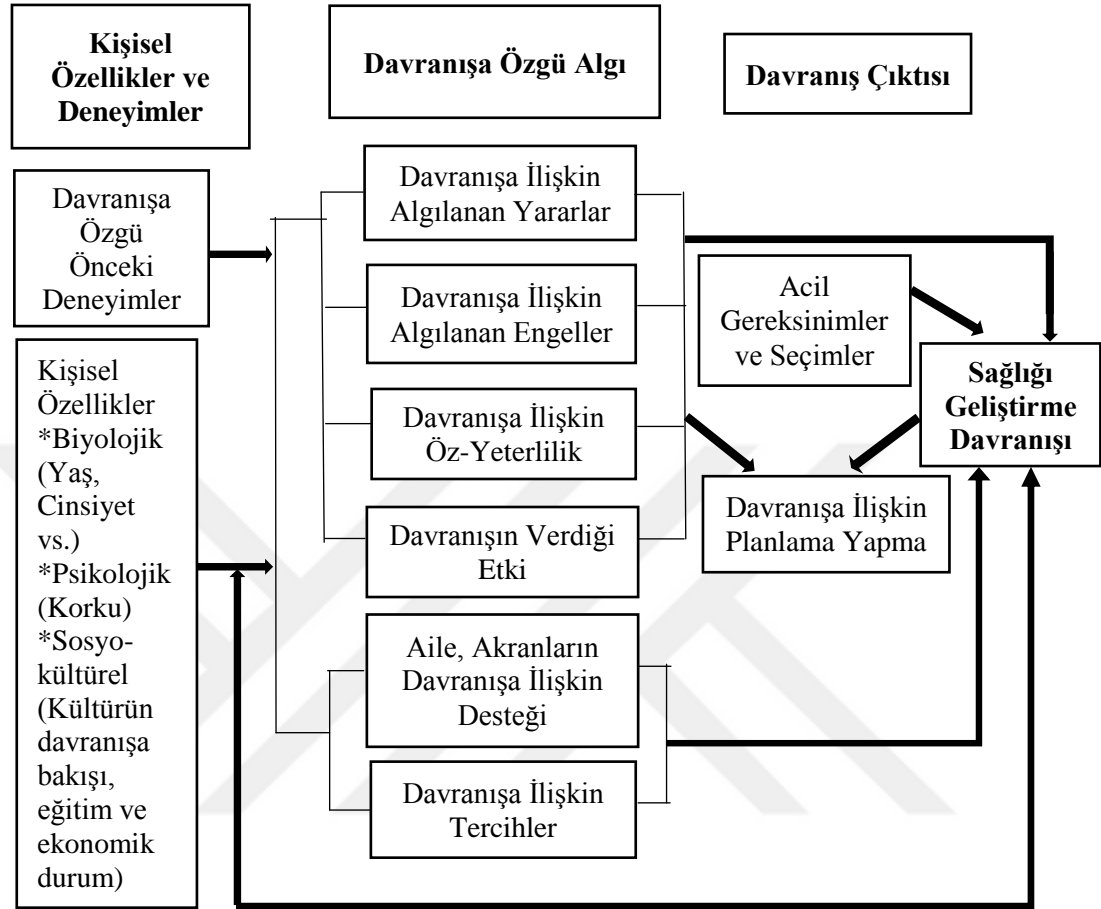
Pender, sağlığı geliştirici davranışları etkileyen faktörleri üç gruba ayırmıştır.

Deneyimler ve kişisel özellikler; geçmiş davranışlarla ilgili ve kişisel faktördür.

Davranışa özgü algılar; sağlıklı davranışların oluşturulmasında ve sürdürülmesinde etkili olan motivasyonel durumdur.

Davranış çıktısı; geliştirilen ve sürekli hale getirilen sağlıklı yaşam davranışdır (Aluş Tokat 2009, Çalık ve Kapucu 2017) (Çizelge 2).

Çizelge 2. Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli

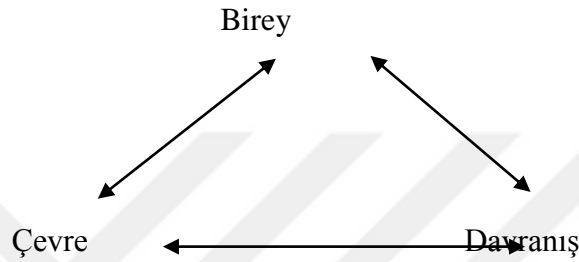


(Çalık A, Kapucu S. (2017). Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), s. 62-75.)

Sosyal Bilişsel Teori (Social Cognitive Theory): Albert Bandura, Sosyal Öğrenme Kuramını 1977 yılında geliştirmiştir (Aluş Tokat 2009, Yardımcı ve Mert 2015). Sosyal Öğrenme Teorisi gözlemleyerek öğrenmeye dayanır (Demirbaş ve Yağbasan 2005). Bandura 1986 yılında öğrenmenin üzerinde bilişsel sürecin de etkili olduğunun farkına varınca Sosyal Bilişsel Kuramı geliştirmiştir (Bandura 1986, Aluş Tokat 2009, Yardımcı ve Mert 2015). İnsanların öğrenme sürecinde taklit ve gözlem yapmalarını yetersiz bulmuş; düşünme, konuşma, davranış sonuçlarını önceden görme ve sonuçları değerlendirme gibi bilişsel süreçleri de içine alarak kuramı daha kapsamlı hale getirmiştir (Yardımcı ve Mert 2015).

Bandura, davranışın ortaya konması ile ilgili farklı bir görüş belirtmiştir (Çizelge 3). Davranış; inanç, düşünce ve beklentilerin iç güçler tarafından ödül ve cezadan oluşmakta, dış güçler tarafından belirlenmektedir. Ortaya çıkan davranış, sistemin parçası olmakla birlikte; kişisel, çevresel ve sosyal etmenlerle sürekli etkileşim halindedir (Yardımcı ve Mert 2015).

Çizelge 3. Öğrenmede Karşılıklı Etkileşimler



(Bayrakçı M. (2007). Sosyal Öğrenme Kuramı ve Eğitimde Uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14, s. 198-210).

Sosyal Öğrenme Teorisi davranışsal öğelerden temel alır. Sağlık davranışı da bu öğeler arasında yer almaktadır. Sağlık davranışında beklenen, pozitif yönlü davranış değişikliğidir. Sağlık davranış değişikliği davranış-kışı-çevre arasındaki ilişkiden doğmaktadır. İnsanda sağlıklı yaşam davranışı oluşturabilmek için bireyi ve çevresini dikkate almak gerekir. Modele göre; davranış değişikliği ilgi, motivasyon, akılda tutma ve taklit unsurları üzerine kurulmuş olup tahmin etme ve algılamayı sağlar (Topbaş 2017).

Beklenti- Değer Teorisi (Expectancy-Value Theory): Bireyler sonucunu önemseydiği hedefe ulaşabilmek için istekli davranışlarda bulunur (Çalık ve Kapucu 2017). İstekli davranışlar, kişilerin beklenti ve değerleri ile yakından ilişkilidir. Beklenti-Değer Teorisi (BDT), kişinin amacını gerçekleştirme için güdülenmesinin gücü, amacı ve beklentisi ile ilişkili olduğunu, tüm bu değişkenlerin belirli bir uyum içindeki etkileşim gösterdiğini öne süren bilişsel güdüsel bir kuramdır (İlgin 2013, Kıcırcı 2017). Bu kuramın amacı; bireyin beklenti ve değerleri ile ve bunları bir araya getiren etkenlere açıklık getirmeye çalışmaktır (Feather 1992).

Kuramın temel bileşenleri beklenti, değer ve araçsallıktır (İlgın 2013). Buna göre; tutum ve hedef arasındaki ilişki, beklenti olarak adlandırılır (Cihangiroğlu ve Şahin 2010).

Beklentiler; kazanma ya da kaybetme ile ilişkilidir (Kıcır 2017). Kuram, bireyin kazanma odaklı ve ödül beklentisi içinde olduğunu savunmaktadır. Birey, beklentisini karşılayacak olan objelerin değerini artırır. Beklenti uzun süre karşılanmamışsa o objeye verilen değer daha da artacaktır (Madran 2006).

Değer; insanın doğru ya da yanlış olarak belirlediği inançlar üzerinde gerçekleştirilen kişisel standarttır (Acar vd. 2016). Değerler, bireyin kendini ifade etmesinde, davranışların eleştirilmesinde, bireyleri başkasıyla kıyaslamada, ilişkilerde ikna amacıyla kullanılan temel bileşenlerdir (Feather1975). Değerler öğrenilmiş inanç olup, insanın yaşamını sürdürebilmesi için rehber niteliğindedir (Acar vd. 2016). Değerler insan davranışlarına açıklık getirmek, biçimlendirmek ve toplumsal sürekliliği sağlamak için oldukça önemlidir. Değerler, davranış ve sonuçlarıyla ilgili olup, güdülenme kaynağıdır (Kıcır 2017). İnsanlar, olası davranış ya da eylemlere değer yükler (Feather 1995). Bu durum farklı kişiler, kültürler ve toplumları oluşturur (Başol vd. 2012).

Amaca ulaşabilmek için araç niteliğindeki davranışlar *araçsal değerlerdir* (Başol vd. 2012). Sonucun performansla ilgili olması araçsallık olarak adlandırılır (İlgın 2013). Özgür, tutkulu, itaatkâr, düzenli, hırslı olmak gibi davranışlar bireylerin amacına ulaşmasını sağlayan araçsal davranışlardır (Başol vd. 2012). Kognitif karar verme süreci olan BDT’de ulaşılan sonuçlar üzerinde bireyin davranışları dışında kontrol edilemeyen çevresel faktörler de etkilidir (Cihangiroğlu ve Şahin 2010).

Sağlığı geliştirme konusunda ortaya çıkan tüm kuramlar insan davranışlarının nedenlerine temellenmiş olmakla birlikte, ana hedef insanın sağlıklı bir yaşam sürmesidir. Güncel çalışmalar, sağlığın temellerinin dölllenme ile birlikte atıldığını, gebenin davranışlarının fetüsü etkilediğini göstermektedir.

2.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, hastalıklara karşı önlem alınmasında, erken tanı ve tedavinin sağlanmasında, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesinde temel bileşendir (Bahar vd. 2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde kişilerin yaşam stili ve kültürün etkisi büyüktür. Mortalite ve morbiditenin %90'ı kişilerin sigara, stres, alkol, immobilité gibi yaşam şekline ve ekonomi, beslenme, kişiler arası destek, sağlık algısı gibi toplumsal şartlara bağlı olarak gelişmektedir. Sağlığın bozulmasına neden olan yanlış algı ve eylemler bireyin sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini azaltmakta; bireyde hastalık, yetmezlik ve engellere yol açmaktadır (Altay 2006).

Sağlıklı kadınlar, sağlıklı gebelik süreci yaşar ve sağlıklı bebekler dünyaya getirir. Dolayısıyla bir toplumda kadınların sağlıklı olması, toplumsal sağlığın önemli belirleyicilerinden biridir (Sözeri vd. 2006). Anne ve bebek ölüm hızları ülkelerin gelişmişlik düzeyini belirleyen en önemli göstergedir. Ülkemizde anne ve bebek ölümlerinin temel nedenleri beslenme, bilgi eksikliği, sağlıksız koşullarda yapılan doğumlar, aşırı doğurganlık, gebelikler arasındaki sürenin iki yıldan az olması vb. gibi perinatal problemler ile birlikte prenatal ve postnatal bakım eksikliğidir. Ayrıca gebelerin sağlık sorumluluğunun gelişmemesi anne ve bebek ölüm oranlarının artmasında önemli bir etkidir. Anne ölüm oranının önemli bir bölümü önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır (Elveren 2008).

Gebelik, kadın yaşamında eşsiz bir tecrübe olmakla birlikte psikolojik ve fizyolojik yük oluşturmakta, anksiyete ve sorumluluk duygusunu artırmaktadır. Kadın, bu değişikliklere yaşam tarzına, ekonomik durumuna ve kültürüne uygun şekilde cevap vermektedir (Özkan ve Arslan 2007). Sağlıklı yaşam davranışını benimsemiş gebeler, gebelik dönemini daha az sorunla tamamlamakta, gebelik doğum ve doğum sonu dönemde pek çok riskten kendisi ve bebeğini korumaktadır (Sözeri vd. 2006, Lin et al. 2009). Gebelikte yaşam standardını artıracak bilgiye

sahip olan ebeler, gebelere sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılmasında rehber niteliğindedir. Ebeler, gebelerin günlük aktivitelerini ve bilgilerini tespit etmeli ve daha etkin davranışların oluşması için gerekli olan hizmetleri vermelidir (Sözeri vd. 2006).

Bu çalışmada, mevcut sağlığı geliştirme kuramları çerçevesinde, gebeler için sağlıklı yaşam davranışları; gebelik sorumluluğunun kabullenilmesi, hijyen, beslenme, fiziksel aktivite, uyku ve istirahat, seyahat ve gebeliği kabullenme olmak üzere 7 (yedi) ana başlık halinde sunulacaktır (Esin 1999, Er 2006, Aksungur vd. 2011).

2.2.1. Gebelik Sorumluluğu

Bireyin yaşam tarzının sağlığı etkilediği görüşüne ilk olarak, Eski Yunan ve Roma kaynaklarında yer verilmiş olup, Orta Çağ ve Rönesans dönemlerinde bu görüş etkili olmuştur (Minkler 1999, Bozhüyük vd. 2012).

DSÖ 2000 yılına kadar “Herkes İçin Sağlık” sloganı ile her birey için sağlığın hak ve ulaşılabilir olması hedeflenmiştir. Bu hedefin gerçekleşebilmesi için bireylerin kendi sağlık sorumluluğunun bilincinde olması gerekir. Oluşturulan bilinçle birey cesaretlenerek, sağlığı gelişir ve iyileşir (Topçu 2006). Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterebilmesi, kendi sağlığının sorumluluğunu alması ile mümkündür. Pender 1987 yılında sağlık sorumluluğunu; “Bireyin kişisel sağlık sorumluluğunu alması ve bu sorumluluğu davranış ile pekiştirebilmesidir.” şeklinde tanımlamıştır. Başka bir deyişle sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığına dikkat etmesi, sağlık kavramı hakkında bilinçlenmesi, gerekli olduğunda uzman yardımı alabilmesidir (Bahar vd. 2008, Bozhüyük vd. 2012, Onat ve Aba 2014, Bostan ve Beşer 2017). Sağlık sorumluluğu bireyin sağlığı geliştiren davranışlar edinmesini ve bu davranışların sürekliliğini etkiler (Aksungur vd. 2011).

Gebelik, kadın yaşamı için oldukça önemli bir dönemdir. Gebe fizyolojik, ruhsal, sosyal değişimlerle birlikte gebelik sürecine uyum sağlamaya çalışır (Altıparmak ve Coşkun 2016). Sağlık sorumluluğunun bilincinde olan gebe,

gebeliğini daha sağlıklı geçirebilmek ve bebeğine optimum koşullar sağlamak için önlemler alır. Böylece sağlık düzeyi iyileşir ve gelişir (Bozhüyük vd. 2012).

Kişinin sağlık sorumluluğu almasında ve bilincinin artmasında en etkili yol sağlık eğitimidir (Koçoğlu 2006, Kaya vd. 2016). Gebe eğitimlerinin sağlık bilincini artırmak, annelik rol uyumunu sağlamak, eşler arası ilişkiyi geliştirmek, postpartum dönemde sosyal desteği sağlamak, gebenin gebelik ve doğumda karşılaşacağı problemlere karşı baş etme gücünü artırmak, eylem esnasında gebenin kendine güvenini sağlamak, korkuyu azaltmak, normal doğuma yönelmek, doğumda memnuniyeti sağlamak, müdahaleli doğum oranını azaltmak, beslenme ve hijyen konularında gebeyi desteklemek gibi birçok faydası bulunmaktadır (Davis 2004, Crawford 2009, Akın vd. 2018).

Serçekuş'un 2010 yılındaki araştırmasında antenatal dönemde eğitim alan gebelerde sigara ve alkol alma davranışlarının daha az; egzersiz, beslenme ve sağlıklı yaşam davranışlarının daha fazla önemsendiği belirtilmiştir.

Altıparmak ve Coşkun (2016), gebelikte eğitim ile ilgili araştırmaları inceledikleri çalışmada, eğitim alan gebelerin sağlık sorumluluğu bilincinin geliştiğini ve öz bakım, bebek bakımı, anne-bebek bağlanma süreci, emzirme, benlik saygısı, özgüven, sezaryen oranı, doğum konusunda bilinçlenme, doğumu yönetme ve memnuniyet düzeylerinin olumlu yönde etkilendiğini bildirmektedir.

Sağlık sorumluluğu alan bir gebe, rutin gebelik kontrollerine daha fazla uyum sağlayacak, gereksinim duyduğu konularda sağlık çalışanlarına danışıp, gebelik için yanlış bir davranış göstermemeye dikkat edecek, çeşitli kaynaklardan gebelik ve doğumla ilgili konularda araştırma yapıp öğrenmeye çalışacak ve yaşanılan bölgenin olanakları doğrultusunda gebelik ve doğumla ilgili eğitim fırsatlarını değerlendirecektir (Lindgren 2005, Er 2006, Sözeri vd. 2006, Bozhüyük vd. 2012, Onat ve Aba 2014, Altıparmak ve Coşkun 2016, Gönenç ve Çalbayram 2017).

2.2.2. Hijyen

Öz bakım, var olan sağlık ve iyilik halinin devam ettirilmesi ve geliştirilmesi için yapılan uygulamalardır (Altıparmak 2006). El, tırnak, yüz, boyun, koltuk altı, saç, ayak, banyo, kıyafet temizliği, ağız ve diş temizliği ile bakım uygulamalarını kapsamaktadır (Güler 2004).

Gebelikte hormonların etkisi ile vücut salgılarının artması aşırı terleme ile sonuçlanır. Bu nedenle gebenin haftada en az bir kez banyo yapması gerekir. Gebelikte banyo, ılık su ile ayakta duş şeklinde yapılmalı ve sıcak su ile dolu küvet banyolarından kaçınılmalıdır. Ayrıca cilt kuruluğunun önüne geçmek için, banyo sonrası henüz vücut nemli iken çeşitli yağlar (bebe yağı, ozon yağı, badem yağı vb.) ya da nemlendirici kremler kullanılabilir (Er 2006).

Gebelikte ortaya çıkan hormonal değişimler, diş ve dişeti sorunu oluşturmaktadır. Ağız ve diş hijyeninin sağlanmadığı durumlarda, plak birikimine bağlı olarak gingivitis ile başlayan tablo periodontitise kadar ilerlemekte ve diş kaybı ile sonuçlanmaktadır (Offenbacher et al. 1998). Ayrıca çalışmalar, gebelikte ortaya çıkan periodontitisin erken doğum, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği gibi olumsuz obstetrik sonuçlara neden olduğunu göstermektedir (Lachat et al. 2011, Kısa ve Zeyneloğlu 2013, Mecdi ve Hotun 2015). Ağız ve diş sağlığı gebelikte bu denli önemli bir sorun olmasına rağmen, genellikle gebeler diş hekimine gitmekten kaçınmaktadır (George et al. 2012, Bamanikar and Kee 2013). Ülkemizde Kısa ve Zeyneloğlu (2013)'nin çalışmasında gebelerin %99,4'ü düzenli ağız ve diş kontrolü yaptırmadığı, %32,8'inin mevcut dişeti hastalığının bulunduğu, diş hekimine başvuranların çoğunun ise diş ağrısı şikayeti olduğu tespit edilmiştir. Gebelikte iyi bir ağız ve diş sağlığının sağlanabilmesi için gebenin dişlerini günde iki kez florlu diş macunu ve yumuşak bir fırça kullanarak fırçalaması, günde bir defa diş ipi ile diş aralarını temizlemesi gerektiği anlatılmalıdır. Diş fırçaları yaklaşık 3-4 ayda bir değiştirilmeli ve 6 ayda bir diş hekimi kontrolü önerilmelidir. Sigara kullananlarda diş eti hastalığı 4 kat daha fazla görülmektedir. Sigara ağız diş sağlığı sorunlarına, teratojenik etkiye ve maternal sağlığın olumsuz etkilenmesi gibi problemlere yol açtığı için gebe mutlaka bilgilendirilmelidir (Ünsal 2012, Mecdi ve Hotun 2015).

Emezisi olan gebelerde ağız-diş sağlığını korumak için su ve sodyum bikarbonatlı eriyik ile ağız çalkalanması önerilebilir (Mecdi and Rathfisch 2013, Mecdi ve Hotun 2015). Dişeti çekilmesi bulunan gebelerde, oral hijyen önlemlerinin yanı sıra, diyete C vitamini eklenmeli ve hekim önerisi ile gargara kullanılmalıdır (Mansur 2012).

Kadınların jinekolojik sağlık sorunlarının önemli bir kısmını genital yol enfeksiyonları (GYE) oluşturmaktadır. GYE'nin temel nedeni ise cinsiyete özgü vulvovaginal anatomik yapıdır. Kadınlarda üretra, vagina ve serviksın anüsle yakın komşuluğunun olması, ayrıca üretranın kısa olması GYE'nin oluşumunu kolaylaştırmaktadır (Taşkın 2011, Ünal 2017). Gebeliğe bağlı oluşan bu değişiklikler gebede genital ve üriner enfeksiyonların gelişmesini kolaylaştırmaktadır. Gebelikte artan östrojen varlığı, vaginanın Ph'sını değiştirmekte, değişen vaginal flora enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlamaktadır. Gebelik sürecinde önemli relaksasyon hormonu olan progesterona bağlı mesane ve üretra mukozasında konjesyon gelişmekte, üreterler ve üretra dilate olmakta, mesanenin detrüör kasını hipotonikleşmektedir. Üreter peristaltizmdeki azalma, üretero vezikal sfinkterde ve mesanedeki relaksasyona bağlı mesanenin rezidüel kapasitesinin artması gebede üriner enfeksiyon gelişimini kolaylaştırmaktadır (Helli vd. 2011). Enfeksiyonlar tedavi edilmediğinde bakteriüri, sistit, piyelonefrit, preeklamsi, membranların erken açılması, anemi, erken doğum, düşük doğum ağırlığı, konjenital malfomasyonlar, amniotik sıvı enfeksiyonu, fetal mortalitenin artması gibi maternal ve fetal sorunlara yol açmaktadır (Taşkın 2011). Genital hijyenin sağlanması el hijyeni, temiz ve pamuklu iç çamaşır kullanımı, tuvalet sonrası perineal alanın önden arkaya (mons pubisten anüse) doğru yıkanması ve kurulması, tuvalet kağının kokusuz ve renksiz olması, perineal bölgenin tüyelerinin temizlenmesi, mümkünse her gün banyo yapmak, vaginal duştan kaçınmak, vaginanın kokulu sabun, deodorant ve banyo köpükleri ile temas etmemesi ile sağlanabilmektedir (Kaya ve Kızılkaya Beji 2013, Ilgaz vd. 2015). Ülkemizde yapılan araştırma sonuçları kadınların genital hijyen davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir (Cangöl ve Tokuş 2013, Ilgaz vd. 2015).

Tüm dünyada ve ülkemizde geleneksel olarak yapılan vaginal duş, vaginanın doğal florasını bozmakta ve ciddi kadın sağlığı sorunları oluşturmaktadır. Kadınlar

vaginal duşu menstruasyon ve cinsel ilişki sonrası vücut temizliği ve dini değerinin olduğu düşüncesiyle yapmaktadır. Ayrıca vaginal akıntı, kaşıntı, kokuyu ortadan kaldırmak, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korunmak, genital enfeksiyonları önlemek, doğum kontrol yöntemi gibi nedenlerden dolayı vaginal duş yapılmaktadır. Araştırma sonuçlarına göre vaginal duş uygulamasının vaginal enfeksiyon gelişimindeki rolü oldukça büyüktür (Okumuş ve Demirci 2014). Alt genital yoldaki enfeksiyonu daha üst kısımlara taşıyarak enfeksiyon tablosunu ağırlaştırmaktadır. Vaginal duş bu denli zararlı bir uygulama olmasına rağmen ülkemizde de oldukça yaygın şekilde uygulanmaktadır. Ülkemizde vaginal duş yapan kadınların oranını Sunay vd. (2011) %59, Hadımlı vd. (2012) oranı %51 olarak bulmuştur.

Ebeler gebelerin perineal hijyen alışkanlıklarını belirlemeli, doğru alışkanlıkları desteklemeli, yanlış alışkanlıkların değiştirilmesi için teşvik edilecek nitelikte eğitim ve danışmanlık hizmeti vermelidir. Ayrıca soru sormaktan çekinebileceği ihtimaline karşın gebenin soru sorabileceği ortam oluşturulmalıdır. Ebe danışmanlık, eğitim ve tarama programları ile GYE ve idrar yolu enfeksiyonu (İYE) oluşturabilecek perineal hijyen alışkanlıklarının değiştirilmesi için çaba göstermelidir (Ilgaz vd. 2015).

2.2.3. Beslenme

Gebelikte maternal bazal metabolizma hızı %20 oranında artış göstermektedir (Pekşen Akça vd. 2016). Gebelik dönemindeki beslenme gebenin fizyolojik ihtiyaçlarının karşılanması, vücut depolarının korunması, fetüsün mental ve fiziksel gelişiminin sağlanması başarılı doğum ve laktasyon sürecini de etkilemektedir. Bu nedenle annenin yeterli ve dengeli beslenmesi oldukça önemlidir (Keskin vd. 2013, Uzdil ve Özenoğul 2015, Türkmen ve Sarkın 2016, Pekşen Akça vd. 2016, Yaman 2017, Öksüz vd. 2018).

Gebenin kilo kazanımı beslenmenin önemli göstergelerinden biridir (Uzdil ve Özenoğul 2015). Amerika Birleşik Devletleri Tıp Enstitüsü (IOM-The Institute of Medicine) ve Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG-American College of Obstetricians and Gynecologists) gebelerin ilk izleminde Beden Kitle İndeksinin (BKI) hesaplanmasını ve ağırlık artışının önerilen aralıkta olması gerektiğini

vurgulamaktadır (Daşıkan 2015). Gebelikte önerilen ağırlık artışı normal BKİ'ya sahip gebelerde 11,5-16 kg olup, gebeliğe zayıf başlayanlar için 12,5-18 kg, fazla kilolu başlayanlar için 7-11,5 kg ve obezler için 6 kg'dır (Çizelge 4).

Çizelge 4. Amerika Birleşik Devletleri (ABD) Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine)'nün Gebelikte Ağırlık Kazanımı İçin Önerileri

BKİ	Önerilen Ağırlık Kazanımı
Zayıf <19,8	12,5-18 kg
Normal 19,8-26	11,5-16 kg
Fazla kilolu >26-29	7-11,5 kg
Obez >29	En az 6,0 kg
İkiz gebelikler	16-20,5 kg

*BKİ=Beden Kütle İndeksi (kg/m^2)

(Daşıkan Z. Gebelikte Kilo Alımı: Gebe Kadınlar Prenatal Bakımda Doğru Kilo Alım Önerisi Alıyor mu? (Ödemiş / İzmir). *Turkiye Klinikleri J. Gynecol Obst* 2015;25(1):32-8.)

Gebelik döneminde annenin kalori, protein, yağ, karbonhidrat, vitamin, mineral, posa vb. besin öğelerini yeterli düzeyde alması gerekir (Öksüz vd. 2018). ABD Ulusal Araştırma Konseyi yeterli ve dengeli beslenme için birtakım standartlar (Recommended Dietary Allowances-RDA) geliştirmiştir (Akgün 2013). Buna göre yetişkin kadın, gebe ve emziren kadınlar için enerji ve besin öğeleri ihtiyacı Çizelge 5'te özetlenmiştir.

Çizelge 5. Yetişkin Kadın, Gebelik ve Emzirme Döneminde Enerji ve Besin Öğeleri İhtiyacı

Enerji ve Besin Öğeleri	Yetişkin Kadın	Gebe	Emzikli
Enerji (kcal)	+2000*	+0-350	+330-400
Protein (g)	46	71	71
A vitamini (mcg)	700	770	1300
D vitamini (mcg)	15	15	15
E vitamini (mcg)	15	15	19
K vitamini (mcg)	90	90	90
C vitamini (mg)	75	85	120
Tiamin (mg)	1,1	1,4	1,4
Riboflavin (mg)	1,1	1,4	1,6
Niasin (mg)	14	18	17
B ₆ vitamini (mg)	1,3	1,9	2,0
Folat (mcg)	400	600	500
B12 vitamini (mcg)	2,4	2,6	2,8
Kalsiyum	1000	1000	1000
Fosfor	700	700	700
Magnezyum	320	350	310
Demir	18	27	9
Çinko	8	11	12
İyot	150	220	290

**Sedanter yaşayan*

(Akgün N. (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Pekcan).

Besin öğeleri açısından gebelikte beslenmenin ana ilkeleri aşağıdaki gibidir.

- Gebenin alması gereken günlük enerji 2200-2900 kaloridir (Uzdil ve Özenoğul 2015). Kalori alımı, bebeğin doğum kilosunu üzerinde oldukça önemlidir (Taş vd. 2010).
- *Karbonhidratlar*, fetal gelişim için en önemli enerji kaynağıdır. Günlük alınması gereken enerjinin %50-60'ını karbonhidratlardan sağlanmalıdır (Uzdil ve Özenoğul 2015). Annenin günlük diyetinde karbonhidrattan fakir beslenmesi yenidoğanın düşük doğum tartısına neden olmaktadır (Özdemir vd. 2009).
- *Proteinler*, fetal büyümede etkili olan proteinler, günlük enerji gereksiniminin %12-13'ünü karşılaması gerekir (Uzdil ve Özenoğul 2015).

Gebeliği boyunca 12 kg ağırlık artışı olan bir gebenin günlük 6 gr protein alması önerilmektedir (Coşkun ve Özdemir 2009). Gebelikte alınan proteinin yetersiz olması durumunda fetal kilo artışı, fiziksel ve mental gelişim ile ilgili sorunlar yaşanmaktayken; proteinin fazla alınması durumunda prematüre doğum ve fetal ölümler görülmektedir (Aydın 2014, Pekşen Akça vd. 2016). Özdemir vd. (2009)'nin araştırması günlük protein alımı ile yenidoğanın antropometrik ölçümlerinin doğrusal ilişkili olduğunu belirlemiştir. Gebelikte ideal olan protein alımı et, süt, yumurta, kümes hayvanları ve balık tüketiminden karşılanmalıdır (Coşkun ve Özdemir 2009).

- *Yağlar*, gebelikte gerekli olan enerjinin %25-30'unu karşılamaktadır. Gebenin çoklu doymamış yağ asitlerinden (PUFA) zengin beslenmesi gerekir. PUFA fetüsün sinir sisteminin gelişimine katkı sağlar (Uzdil ve Özenoğul 2015). Ayrıca beyin, retina gelişimi için ve kalp hastalarına karşı koruyucudur. Balık en önemli PUFA kaynağıdır. Gebelere haftada iki kez balık tüketmeleri önerilmektedir (Coşkun ve Özdemir 2009).
- *Kalsiyum ve Fosfor*, maternal ve fetal sağlık için önemli minerallerden olan kalsiyum gereksinimi gebelikte artmaktadır. Gebenin yeterli kalsiyum almadığı durumda fetüs, annenin kemiklerinden ihtiyaç duyduğu kalsiyumu çekebilmektedir. Vücutta kalsiyum aktivasyonunu sağlamak için D vitamini ihtiyacı vardır (Uzdil ve Özenoğul 2015). D vitamini bağırsaklardan kalsiyum ve fosfor emilimini artırarak kalsiyum-fosfor eksikliğine bağlı komplikasyonları azaltır (Torun vd. 2011, Yeşiltepe Mutlu ve Hatun 2011). IOM her gebenin günlük 1000 mg kalsiyum almasını önerir (Uzdil ve Özenoğul 2015).
- *Demir*, gebelikte serum demir seviyesi azalmakta ve plazma hacmi artmaktadır. Büyüyen fetüsün demire olan ihtiyacının artması, fitat içeren tahıl tüketimi, paraziter enfeksiyonlar, sık doğumlar, tein ve kafeinin fazla tüketilmesi gibi sebepler vücutta demir emiliminde sorun oluşturmaktadır. Demir eksikliği anemi oluşumu için tetikleyici niteliktedir. Gebelere demirden zengin olan et, kurubaklagil, kuru meyve, yumurta, sakatat ve yeşil

yapraklı sebze tüketmesi önerilmelidir. Ayrıca yiyeceklerle alınan demirin vücutta aktive olması için C vitamini ile birlikte alınması önerilmelidir (Akgün 2013). Demir takviyesinin kalsiyum, kafein ve tein içeren besinlerle alınması demir emilimini azaltmaktadır (Özalper 2014).

- *İyot*, mental gelişim için oldukça önemlidir. İyot, su ve deniz ürünlerinden sağlanır. IOM gebelerin 220 mcg/gün iyot almasını önermektedir. İyot eksikliği infertilite, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken doğum, mental gerilik, duymama, konuşamama, ölü doğum, abortus gibi komplikasyonlara neden olmaktadır (Aydın 2014, Özalper 2014, Uzdil ve Özenoğul 2015). Eksikliği durumunda iyotlu tuz tüketilmelidir. Gebelikte maternal kandaki iyot miktarının az ya da fazla olması fetal guatra zemin hazırlamaktadır (Arınkan vd. 2017).
- *Sodyum*, insan vücudunun metabolik işlemlerinin ve asit baz dengesinin sağlanması önemli ölçüde sodyum iyonlarına bağlıdır. Gebelikte artan yük ile birlikte sodyum iyonlarının önemi de artmaktadır. Bu nedenle hipertansiyonu olmayan gebede tuz kısıtlamasına gidilmemeli fakat aşırı tüketiminden sakınılmalıdır (Aydın 2014).
- *Çinko*, maternal kandaki çinko düzeyi fetüsün büyüme ve gelişmesi, doğum kilosunun artması, bebeğin baş çevresinde artış, prematüre doğumun ve olası doğum komplikasyonlarının azalması gibi birçok olumlu etkisi bulunmaktadır (Akdeniz vd. 2016). Çinko et, sakatat, peynir, mantar, kuru fasulye, badem, ceviz ve kabuklu deniz ürünlerinde bol miktarda bulunur (Aydın 2014).
- *Magnezyum*, kemik ve diş yapısında bulunur ve vücutta asit baz dengesinin sağlanmasında rol alır. Kakao, kuru yemiş, yeşil yapraklı sebzelerde, kuru baklagillerde bol miktarda bulunur. Gebelikte eksikliği kas kramplarına yol açar (Aydın 2014).

- *Flor*, diş yapısı için önemlidir. Diş hekimleri gelecek neslin diş çürüklerinin önlenmesi ve daha sağlam diş yapısına sahip olmaları için gebelikte 2,2 mg flor takviyesi önermektedir (Aydın 2014).
- *Omega 3*, balık tüketiminin gebenin beslenmesinde önemli yeri vardır. Balık D vitamini, iyot, demir ve PUFA açısından zengindir. Fetüsün retina, bilişsel ve motor fonksiyonları için oldukça faydalıdır. Endüstriyel atıklardan ve çevresel faktörlerden etkilenen balık türleri civa barındırmaktadır. Civa ise insan sağlığı için zararlı olup gebelikte teratojenik etkiye sahiptir (Öksüz vd. 2018). Gebelere haftada iki porsiyon balık tüketimi önerilmekte (Uzdil ve Özenoğlu 2015) olup, civa maruziyetinden korunmak için mezgit, berlam, kefal, levrek, lüfer, kalkan gibi dip balıkları ya da denizde uzun süre yaşayan ton balığı gibi balıklar tüketilmemelidir.
- *A Vitamini (Retinol)*, epitel dokunun beslenmesini, immün sistemin güçlenmesini, akciğer matürasyonu, görme duyusuna olumlu etki ve fetal gelişime katkı sağlamaktadır (Özalper 2014, Uzdil ve Özenoğlu 2015). Gebelikte günlük tüketilmesi gereken A vitamini miktarı 770 mcg'dır. Yetersiz tüketildiğinde egzozfalmi, anemi, gece körlüğü ve enfeksiyona yatkınlık artar (Garner 2017). Gebelikte günde 10000 IU'dan fazla A vitamini tüketilmesi teratojenite oluşturur (Akgün 2013, Aydın 2014, Özalper 2014, Arıkan vd. 2017).
- *D Vitamini*, asıl fonksiyonu kemik gelişimi ve dayanıklılığı olan D vitamini; immünitinin güçlenmesinde, glikoz döngüsünde ve doğum eyleminde uterusun güçlü kasılmasında rol almaktadır (Uzdil ve Özenoğlu 2015). Eksikliğinde gestasyonel anoreksia, gestasyonel diyabet, preeklampsi, fetüsün doğum ağırlığının azalması, düşük doğum ağırlıklı bebek, doğum sonrası bebekte fizyolojik kraniotabes, özellikle ilk üç ayda yenidoğanda rikets, hipokalsemik nöbet, daha büyük çocuklukta osteomalazi görülme oranı artmaktadır (Yeşiltepe Mutlu ve Hatun 2011, Yavuz vd. 2014). IOM gebelerin günde 600 IU D vitamini almasını önerir (Uzdil ve Özenoğlu 2015). Kış aylarında diyetle ya da takviye olarak D vitamini alınması gerekir.

Gebelikte fazla miktarda alınan D vitamini teratojenik etkiye sahiptir bu nedenle dikkatli kullanılmalıdır (Aydın 2014, Özalper 2014).

- *E Vitamini*, eksikliği gebelikte çok fazla görülmez. E vitamininden zengin besinler; soya yağı, bitkisel yağlar, fındık, ceviz, yumurtadır (Aydın 2014). Smedts et al. (2009) çalışmasında fazla miktarda prekonsepsiyonel E vitamini kullanımı fetal konjenital kalp hastalığı riskini artırdığını belirtmiştir.
- *K Vitamini*, kan koagülasyonunda protrombin sentezi için gereklidir. K vitamini karaciğerde, yumurta sarısında, yeşil yapraklı sebzelerde bulunur (Aydın 2014).
- *C Vitamini (Askorbik Asit)*, vasküler ve kollagen dokuların gelişiminde, enfeksiyona karşı vücudun savunmasında ve birçok besin ögesinin vücuttaki aktivasyonunda işlev görmektedir. Yeşil yapraklı sebzeler, domates, çilek, turuğgillerde bol miktarda bulunmaktadır. Fazla miktarda C vitamini teratojenik etkiye sahiptir (Aydın 2014, Özalper 2014).
- *Folik Asit (B₉)*, gebelikte önemli fonksiyonlara sahip vitamindir. Folik asitten zengin yiyecekler bürüksel lahanası, karaciğer, mantar, ıspanak, brokoli, lahana, karnabahar, bezelye, yeşil fasulye, bamya, nohut, maya, patates, turuğgiller, sert kabuklu meyve, tahin, yulaf, kepek, yoğurt, süt, peynir, yumurta, et ve et ürünleridir (Aksu vd. 2010). Eksikliğinde nöral tüp defekti (NTD), orafasiyal yarıklar, kardiyak anomali vb. konjenital malformasyonlara, megaloblastik anemi, düşük doğum ağırlıklı ya da prematüre bebeklere, ölü doğum, anemi, hipertansiyon, preeklampsi ve maternal ölüme neden olur. Konsepsiyon öncesindeki anne adayına beslenme ile aldığı folattan hariç ek olarak 400 mcg folat alımı önerilmektedir (Uzdil ve Özenoğul 2015, Arslan ve Başgül Yiğiter 2016, Arınkan vd. 2017).
- *B₆ Vitamini (Pridoksin)*, gebelikte fazla miktarda tüketilmesi fetal teratojenite oluşturur (Aydın 2014, Özalper 2014).

Gebelere Beslenme Önerileri

- Gebelikte 3 ana 3 ara öğün olmak üzere günde 6 öğün beslenilmelidir (Arslan ve Başgöl Yiğiter 2016).
- Çeşitli vitamin ve minerallerden vücuda fayda sağlamak için günlük diyetle besin çeşitliliğine önem verilmelidir (Topuz 2018).
- Gebenin her öğün 1-2 dilim ekmek tüketmesi yeterlidir (Aydın 2014).
- Günde bir su bardağı süt, bir kase yoğurt, bir kibrit kutusu kadar peynir ya da 1-2 yemek kaşığı çökelek tüketilmelidir (Topuz 2018).
- Günde bir adet yumurta, en az 1 porsiyon et, balık ya da tavuk tüketilmelidir. Bu besinlerin tüketilemediği durumlarda haftada 2-3 kez kurubaklagil tüketilebilir (Topuz 2018).
- Gebelikte levrek, alabalık, hamsi ve somon gibi balıklar haftada en az 2 kez tüketilmelidir. Civa içermesi nedeniyle dip balıkları (mezgit, berlam, kefal, levrek, lüfer, kalkan vb.) ve konserve tüketmemeye dikkat edilmelidir. Balık tüketilemediği hallerde günde 3-4 adet ceviz tüketilebilir (Uzdil ve Özenoğlu 2015).
- Gebelikte günde 3-5 porsiyon sebze, 2-4 porsiyon meyve tüketilmelidir (Pekşen Akça vd. 2016).
- Pişirilen sebze ve kuru baklagillerin haşlama suları dökülmemelidir (Yücecan 2008).
- Yemekle birlikte C vitamininden zengin sebzeler (maydanoz, lahana, biber, domates, karnabahar, vb.) ve taze meyve suları tüketilmelidir (Topuz 2018).
- Lifli gıdalar gebelikte yaşanan konstipasyon sorununa yardımcı olduğundan gebelikte günlük tüketimi önemlidir. Kepekli ekmek, yulaf ezmesi, kayısı, kuru üzüm, elma, fasulye, barbunya, bulgur, mercimek, brokoli ve bademde lif içeriği yüksektir (Topuz 2018).
- Gebelikte yemeklerle iyotlu tuz tüketilmelidir. İyotlu tuz koyu renkli cam kavanozlarda, ışık ve nemden uzak olacak şekilde muhafaza edilmelidir (Topuz 2018).
- Gebelikte şeker ve şekerli gıdalar sınırlandırılmalıdır. Hafif şekerli sütlü tatlılar tüketilebilir (Aydın 2014).

- Her gün mutlaka en az 8-10 bardak su içilmelidir (Yücecan 2008, Aydın 2014).
- Kafeinli (kahve, kola, çikolata, enerji içeceği vb.) gıdalar ile tein içeren çaydan ve hazır meyve suyu gibi içeceklerden uzak durulmalıdır (Topuz 2018).
- Hamur işleri (börek, şerbetli tatlılar vb), pirinç, makarna az miktarda tüketilmelidir (Yücecan 2008).
- Midye, salam, sosis, çiğ köfte gibi çiğ et içeren gıdalar beslenme listesinde yer almamalıdır (Topuz 2018).
- Yemeklerde margarin, kuyruk yağı gibi yağlardan kaçınılmalı, sıvı yağlar tüketilmelidir (Topuz 2018).

2.2.4. Fiziksel Aktivite

Gebelerde fiziksel aktivite maternal ve fetal iyilik halini sağladığı gibi gebelikle ilgili komplikasyonları da azaltır (Çınar Özdemir vd. 2017, Çeliker Tosun ve Okyay 2018). ACOG (2015) gebelikte düzenli fiziksel aktivitenin değişen sürece fiziksel uyumun sağlanmasında, kilolu gebelerde gestasyonel diyabet riskini azaltmada, kilo kontrolünü sağlamada ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesinde önemli olduğunu belirtmektedir.

Gebelikte artan yük, progesteron hormonunun gevşetici etkisi, gebelikle ilgili gelişen komplikasyon vb. nedenlerle fiziksel aktivite azalmaktadır. Gebelikte fiziksel aktiviteyi değerlendirmek amacıyla yapılan bir araştırmada kadınların gebelik öncesi dönemle gebelikteki fiziksel aktivitesi kıyaslanmış, gebelikte fiziksel aktivitenin %31 oranında azaldığı sonucuna varılmıştır (Ko et al. 2015). Çeliker Tosun ve Okyay (2018)'in araştırmasında, gebelerin birinci ve üçüncü trimesterde fiziksel aktivitesinin azaldığı, ikinci trimesterde diğer trimesterlere oranla arttığı fakat genel olarak tüm gebelik süreci boyunca fiziksel aktivitenin azaldığı bulunmuştur. ACOG (2015) günlük yaşamı inaktif olan gebelere ikinci trimesterde egzersiz önermektedir. İlk trimesterde fiziksel aktivitenin yetersizliği, gestasyonel diyabet gelişme olasılığını artırmaktadır (Chandonnet et al. 2012). Gebelikte fiziksel aktivite preeklampsi riskini (Aune et al. 2014, Yargıç vd. 2014), hipertansiyon gelişme olasılığını, bel ağrısı

(Yargıç vd. 2014, Aktan 2015, Kolukısa 2017) ve ruhsal problemleri azaltmaktadır (Guszkowska et al. 2013). Ayrıca gebelikte fiziksel aktivitenin travayda enerji tasarrufu, postür değişimine uyum, operatif doğumu azaltma, karın kaslarını kuvvetlendirme gibi pek çok faydası bulunmaktadır (Balsak vd. 2007). Araştırmalar artan fiziksel aktivitenin yaşam kalitesi (Kolu et al. 2014, Yargıç vd. 2014) ve uyku üzerine de (Arizabaleta et al. 2010) olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir. Ayrıca gebelikte fiziksel aktivite doğum şekli üzerinde etkilidir. Fiziksel aktivite ile operasyonel doğum arasında zıt yönlü ilişki olduğu belirtilmektedir. Uysal Derbent vd. (2012)'nin çalışmasına katılan günlük yaşamında inaktif gebelerin doğumda induksiyon ve operatif doğum oranı yüksek bulunmuştur. Araştırmalar düzenli egzersiz yapan gebelerin erken doğum ve erken membran rüptürü riskinin azaldığını, toplam travay süresini kısalttığını göstermektedir (Aktan 2015, Kolukısa 2017).

ACOG (2015)'a göre gebelikte hafif ve orta şiddetteki fiziksel aktiviteler fayda sağlayabilmekteyken, yüksek şiddetli fiziksel aktivite gebelik için risk oluşturabilmektedir. Hafif egzersiz olarak gebenin tıbbi endikasyonuna uygun, günlük 20-30 dk sürecek fiziksel aktivite ile günlük 30 dk orta şiddette fiziksel aktivite ya da 8000 adım yürüyüş önermektedir.

Gebelikte serviks yetmezliği, vaginal kanama, çoğul gebelik, plasenta previa, erken membran rüptürü, mevcut kardiovasküler hastalık, gebeliğe bağlı gelişen hipertansiyon, preeklamsi, rekürrent abortus öyküsü, şiddetli anemi, pulmoner emboli, aşırı morbid obezite, kontrol edilemeyen tip 1 diyabet, aşırı zayıflık (BKI < 12), intrauterin gelişme geriliği, aşırı sigara tüketimi gibi durumlarda fiziksel aktivite ve egzersiz kontraendikedir (Yargıç vd. 2014, Aktan 2015).

ACOG'un gebelere önerdiği egzersizler yüzme, yoga, plates, yürüme ve düşük şiddette aerobik egzersizlerdir. Gebelikte planlanan egzersizin düzenli olmasına, yorulan gebenin egzersizi bırakmasına, ortamın serin olmasına, egzersiz esnasında susuz kalmamaya, sırt üstü egzersizlerden uzak durulmasına özen gösterilmelidir (Yalçın ve Tekin 2013).

2.2.5. Uyku ve İstirahat

Uyku ve istirahat gebenin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan rahatlamasını sağlar. Gebelikteki fiziksel, hormonal, ruhsal değişimler uyku kalitesini ve süresini etkilemektedir. Ayrıca gebelik, kadında var olan uyku sorunlarını artırmaktadır (Ertekin Pınar vd. 2014, Çelik ve Köse 2017). Gebelikte büyüyen fetüsün diyafragma bası yapması, kilo alma, fonksiyonel rezidüel kapasitede azalma, hiperventilasyon, nazal konjesyon ve rinit gibi fizyolojik değişiklikler uykuda solunum bozukluğuna neden olur (Sarınc Ulaşlı ve Ünlü 2014). Yeterli uykunun sağlanmadığı durumlarda uyku bozuklukları oluşur.

Gebelikte uyku bozuklukları trimesterlere göre farklı nedenlerle oluşabilmektedir. Gebelikte ilk trimesterde yorgunluk, bulantı, kusma (Ertekin Pınar vd. 2014), sırt ağrısı, sık idrara çıkma (Sarınc Ulaşlı ve Ünlü 2014) gibi sorunlar uyku bozukluğuna neden olmaktadır. İkinci trimesterde gebe sürece adapte olduğu için bu dönemde uyku bozuklukları daha az görülmektedir. Birinci ve ikinci trimesterdeki uyku kalitesi üçüncü trimestere göre daha iyidir (Sarınc Ulaşlı ve Ünlü 2014, Çakır 2017). Ertekin Pınar vd. (2014)'nin çalışmasında üçüncü trimesterdeki gebelerin toplam uyku kalitesinin birinci ve ikinci trimestere göre daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır. Üçüncü trimesterde noktüri, nefes darlığı, bel ağrısı, fetal hareketler ve reflü nedeniyle uyku kalitesi ve süresi azalmıştır (Çelikköz 2015). Ayrıca doğum korkusu, sağlık kuruluşuna yetişememe, her an doğumun olabileceği endişesi de gebenin üçüncü trimesterdeki uyku sürecine etki etmektedir (Ertekin Pınar vd. 2014). Gebelik haftası ile uyku kalitesi arasında zıt yönlü bir ilişki vardır. Dolayısıyla gebelik haftası arttıkça uyku kalitesi azalmaktadır (Çoban ve Yanikkerem 2010).

Çelik ve Köse (2017)'nin gebelerin trimestere göre uyku kalitesini değerlendirdiği çalışmada gebelerin %56'sının uyku kalitesi bozulmuş, yaş arttıkça ve eğitim düzeyi azaldıkça uyku kalitesi bozulmuş olduğunu ve üçüncü trimesterde uyku bozukluklarının daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşmıştır. Gebelikte yaygın görülen uyku bozuklukları; uykuda solunum bozuklukları, obstuktif uyku apne

sendromu, bacak krampları, huzursuz bacak sendromu, insomnia ve parasomniadır (Çakır 2017).

Uyku bozuklukları pek çok kötü perinatal ve neonatal sonuçla ilişkili bulunmuştur. Ding et al. (2014) gebelikte yaşanan uyku bozukluklarının gestasyonel diyabetes melitus, preterm doğum, preeklamsi, düşük apgar skorlu yeni doğan, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, neonatal yenidoğan yoğun bakım ihtiyacının artması gibi olumsuz sonuçlara yol açabileceğini bulmuştur. Gebelikte ve doğumdan sonra yaşanan uyku bozuklukları, postpartum depresyonla ilişkilendirilmiştir (Açar Eser vd. 2015).

Literatürde gebelerde kötü uyku kalitesi oranı oldukça yüksektir. Ülkemizde Çoban ve Yanikkerem %54, Ertekin Pınar vd. %40, Özkan %89, Çelikköz %68,5, Çakır %73, Özhüner %57,8 oranında gebelerde uyku kalitesinin iyi olmadığı sonucuna ulaşmıştır (Çoban ve Yanikkerem 2010, Özkan 2012, Ertekin Pınar vd. 2014, Çelikköz 2015, Çakır 2017, Özhüner 2017).

Yeterli uyuyamamanın uyku bozukluklarına zemin hazırladığı düşünüldüğünde, gebeye günde 8 saat gece uykusu, öğleden sonra yarım saat gündüz uykusu önerilmelidir. Gebeye her gün aynı saatte uyuması, yatmadan önce kafein ve yiyecek kısıtlaması yapması, ılık duş alması, rahatlama tekniklerini kullanması önerilerek uykuya dalma kolaylaştırılmalıdır. Ayrıca yatılan odanın loş, gürültüsüz olması, çok sıcak ve soğuk olmaması da gebenin uykuya geçişini kolaylaştıracak uygulamalardır (Çelikköz 2015).

2.2.6. Seyahat

Gebelikte seyahat olumsuz maternal ve fetal sonuçlara neden olduğu için önemli bir konudur. Gebelikteki travma nedenleri arasında en yüksek oranı (%57-70) motorlu taşıtlarla yapılan kazalar oluşturmaktadır. Motorlu taşıt kazaları sonucu annede kranial, vertebral, torasik, abdominal, ekstremiteler yaralanmaları, hemoraji, pelvis fraktürleri, maternal ölüm, erken membran rüptürü, preterm doğum, ablasyo plasenta, uterus rüptürü, fetal distres, fetal bradikardi ve fetal ölüm meydana

gelebilmektedir. Ayrıca fetal baş angaje olmuşsa pelvis fraktürüne bağlı fetüste kranial yaralanma, hemoraji ve fraktürler oluşabilmektedir. Gebelikte seyahat esnasında annenin emniyet kemeri kullanması maternal ve fetal ölümü %50 oranında azaltmaktadır (Mihmanlı ve Karahisar 2012, Kaya ve Oskay 2014).

Gebeliğin başlangıcından üçüncü trimestere kadar seyahat yapılabilmektedir. Ancak birinci trimesterde bulantı, kusma, sık idrara çıkma, üçüncü trimesterde büyüyen uterusun diyafragma bası yapması, sık idrara çıkma, aşırı yorgunluk hissi gibi nedenler yolculuğu zorlaştırmaktadır. Abortus, vaginal kanama ve erken doğum riskinin düşük olduğu, gebelik yakınmalarının azaldığı ikinci trimester seyahat için en uygun dönemdir (Hezelgrave et al. 2011, Jones and Chan 2014).

Gebelikte seyahatin yapılacağı vasıtanın tipi oldukça önemlidir. Özel araçla yolculuk gebenin istediği yerde mola vermesi, her molada 10-15 dk gezinmesi, ihtiyacını karşılaması açısından tercih edilen seyahat şekli olabilmektedir. Otobüs yolculuğunda otobüs firmalarının sabit yerlerde mola vermeleri, gebenin hareket imkanının olmaması, tuvalet ihtiyacının karşılanamaması gibi nedenlerle gebeler için uygun seyahat şekli olmayabilir. Uçak yolculuğu obstetrik ve medikal sorunların olmadığı durumlarda hem anne hem de fetus için oldukça güvenilirdir (ACOG 2009, Oğuz 2015). Kısa zamanda istenilen yere ulaşılması nedeniyle gebe için oldukça uygun bir seyahat şeklidir. Ancak hava yolu firmalarının kendilerini güvenceye almak için belirli gebelik haftasından sonra doktor raporu istemektedir. Gebelikte uçak yolculuğuna 28. haftaya kadar izin verilmektedir (Magann et al. 2010).

Gebelikte hiperkoagulasyon riski nedeniyle olası akciğer embolisi ve derin ven trombozunu önlemek için kısa süren, yorucu olmayan, hareket özgürlüğü olan yolculuklar tercih edilmelidir. Gebelikte zorunlu olmayan, uzun süren, sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınılmalı; planlanabilen seyahatlerde yolculuk ikinci trimestere bırakılmalıdır. Seyahat esnasında rahat ayakkabı ve kıyafetler tercih edilmeli, yanında rahat bir seyahat yastığı bulundurulmalıdır. 3 saatten uzun süren yolculuklarda varis çorabı giyilmelidir. Gebelikte seyahat sırasında emniyet kemeri mutlaka kullanılmalıdır. Emniyet kemeri omuz ve kalçanın her iki yanını

destekleyerek (üç nokta) karnın altından geçecek şekilde takılmalıdır. Seyahat sırasında hava yastıkları açık bırakılmalıdır (Kaya ve Oskay 2014).

2.2.7. Gebeliği Kabullenme

Gebelik fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyum sağlanması gereken karmaşık bir süreçtir. Gebede mutluluk, doyum, tecrübe, kendini gerçekleştirme gibi olumlu duygularla birlikte huzursuzluk, kaygı, endişe gibi olumsuz duygular da oluşabilmektedir (Uçar 2014, Kumcağız vd. 2017).

Gebelikte yaşanan fizyolojik, anatomik ve psikolojik değişiklikler gebeliği kabullenmede etkilidir. Bu değişiklikler trimesterler arasında gebeliği kabullenme ve uyum sağlama açısından da farklı duygulanımlar oluşturmaktadır. Ambivalan duyguların hakim olduğu ilk trimester, kadının gebe olduğu gerçeğini kabul etme dönemidir. Gebeliği kabul ya da reddetme birinci trimesterin sonunda daha çok yaşanır. İkinci trimesterde fetüsün kalp atımlarının alınması, ultrasonda görüntülenmesi, fetal hareketlerin anne tarafından hissedilmesi, fizyolojik yakınmaların azalması ile birlikte anne- bebek arasındaki bağ gelişmektedir. Üçüncü trimesterde doğum ve doğum sonu kaygılar artmakta ve yeniden ambivalan duygular hakimiyet göstermektedir. Ancak gebelik kabullenilmiş, doğum ve doğum sonrası için hazırlıklar yapılmaya başlanmıştır (Babacan Gümüş vd. 2011, Metin 2014, Uçar 2014).

Gebenin eğitim düzeyinin yüksek olması, gebeliği istemesi, çekirdek tipi aileye sahip olması, sosyal güvencenin varlığı, gebelik hakkında bilgisinin bulunması gebeliğe ve anneliğe uyumu kolaylaştırmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu 2014). Ayrıca gebeliğin planlanması, ilk çocuğa gebe olma, sahip olduğu çocuk sayısının az olması ve eş desteği kadının gebeliğe hazır oluşunu etkilemektedir (Kılıçarslan 2008, Yekenkunrul 2011).

Prenatal stresörler, fiziksel yakınmalar ve medikal sorunlar gebenin sürece uyumunu olumsuz etkilemektedir (Dönmez ve vd. 2018). Gebeliğe uyum sağlayan

kadının, gebeliği kabullenmesi kolaylaşmakta ve gebe pozitif prenatal sağlık davranışları sergilemektedir (Çobanlar Akkaş 2014).

Gebelikte doğru ve gerekli prenatal bakım alan kadınlar kendi sağlık sorumluluğunu almakta, sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirmekte, gebeliği daha kolay kabullenmektedir. Demirbaş ve Kadioğlu (2014)'nin araştırmasında, gebelikte bilgilendirilmenin gebeliğe uyum sağlamada olumlu etkisinin olduğu belirtilmiştir.

Gebeliğe uyum sağlayıp süreci kabullenen kadınlarda, anne-bebek bağlanması da sağlıklı bir biçimde başlamış olur. Bağlanma bebeğin sosyal, duygusal ve ruhsal gelişiminde oldukça önemlidir. Anne ile bebek arasında, yaşam boyu sürecek olan güvenli bağlanmanın önemli bir kısmı gebelikte oluşur (Metin 2014). Gebelikte bağlanma pek çok faktörden etkilenir. Bilgin ve Ecevit Apar (2018)'in çalışmasında maternal fetal bağlanmayı ekonomik gelir düzeyi, planlanan gebelik, bebeğin ultrasonda görüntülenmesi, fetal hareketlerin gebe tarafından hissedilmesi gibi etmenlerin bağlanmayı etkilediği belirtilmiştir.

Gebeliğin sağlıklı şekilde devam etmesi için gebenin çevresindeki bireyler tarafından sosyal destek sağlanmalıdır. Sosyal destek gebelikte kısa sürede yaşanan değişikliklere uyum sağlama ve baş etme gücünü artırır (Metin 2014). Etkin sosyal destek sağlanan gebe stres ve kaygı ile daha kolay baş edebilir. Gebenin aile yaşamındaki mutluluk derecesi gebeliği kabullenme ile doğrudan ilişkilidir (Uçar 2014). Gebelikte sosyal destek en fazla eşten beklenmekte ve bu destek sağlanmadığında gebe sosyal ve psikolojik sorunlar yaşabilmektedir. Eşi ile ilişkilerinde mutlu olan, eşi tarafından onaylanan, eşiyle duygusal paylaşımları olan gebenin gebeliği kabullenmesi kolay olmaktadır. Eşin desteği ile gebelikte görülen yakınmalar, kaygı, stres ve depresyon görülme olasılığı azalmaktadır. Çocuk sayısı ve evlilik süresi ile eşin sosyal desteği negatif ilişkilidir (Çobanlar Akkaş 2014, Bilgin ve Ecevit Apar 2018). Sosyal desteği olan gebelerin öz bakımları yüksek olup, kendine daha çok güvenmekte, gebeliği daha rahat kabullenmekte, doğum ve doğum sonrası için kendini daha güçlü hissetmekte, bebek bakımını üstlenmekte, gebelik ve postpartum depresyon görülme oranı düşmektedir. Sosyal desteği güçlü olan gebeler gebelikten daha fazla doyum almaktadır (Metin 2014).

İstenmeyen gebelikler annenin fiziksel ve ruhsal durumunu olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkemizde istenmeyen gebelik oranını Dönmez vd. (2018) %17,7, Bilgin ve Ecevit Apar (2018) %21,2 bulmuştur. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) (2013) istenmeyen gebelik oranını %13 olarak bildirmiştir. İstenen gebeliklerde gebe, eşinden daha fazla destek görmekte ve gebenin eşi ile olan ilişkisi olumlu yönde etkilenmektedir (Çobanlar Akkaş 2014).

Annedeki düşük öz saygı, sosyal ve duygusal yetersizlik, fiziksel ve duygusal şiddete maruz kalma, alkol, sigara, madde bağımlılığı gibi durumlar gebeliği kabullenmede güçlük ve fetal-maternal sağlık sorunlarına yol açmaktadır. Gebeliği kabullenmede sorun yaşayan kadın gebeliğe uyum sağlamakta zorlanmaktadır. Ayrıca gebenin doğuma dair korkuları artmakta ve anneliğe uyum sağlaması da zorlaşmaktadır (Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

Gebenin duygu ve düşüncelerini ifade edeceği ortamın olması, gebelik süreciyle başa çıkabileceği olumlu stratejiler geliştirmesi, mevcut pozitif aile ilişkilerinin olması, destek sistemlerinin aktif olması gebeliği kabullenmesini ve anneliğe geçişi kolaylaştıracaktır. Ebe, gebeye ve ailesine holistik yaklaşımli profesyonel bir doğum öncesi bakım hizmeti sunmalıdır (Dönmez vd. 2018). Ebe, gebenin sosyal destek sistemlerini eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile etkinleştirerek gebeliği kabullenmesine ve sürece uyum sağlamasına yardım etmelidir (Demirbaş ve Kadioğlu 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amacıyla yapılmış metodolojik bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Tarihi

Bu araştırma, Karabük ilinde Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 12 Mart 2018-12 Eylül 2018 tarihleri arasında yapılmıştır.

Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bakanlığı bünyesinde ayaktan ve yataklı tedavi hizmetleri vermektedir. Hastane, Karabük Devlet Hastanesi adıyla 1967 yılında 50 yatak kapasiteli olacak şekilde kurulmuştur. Karabük Devlet Hastanesi 07.01.2013 tarihinde Karabük Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne dönüşmüştür. 2018 yılı itibari ile 440 yatak kapasitesine sahip olan hastanede, gebe izlemi yapılan 6 poliklinik bulunmaktadır. Hastanede haftada ortalama 310 gebeye poliklinik hizmeti verilmekte olup, yılda ortalama 3705 gebe hizmet almaktadır.

3.3. Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 12 Mart 2018-12 Eylül 2018 tarihleri arasında, gebe izlem polikliniğine başvuran ve perinatoloji servisinde yatmakta olan gönüllü gebelerden oluşmaktadır. Bu çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş olup çalışma grubunu;

- En az 18 yaşında ve en az ilkokul mezunu olan
- Tek ve canlı bir fetüse sahip,
- Gebelikle ilgili herhangi bir komplikasyonu bulunmayan,

- Psikolojik tedavi görmeyen ve
- Araştırmaya katılmaya gönüllü 718 gebe oluşturmaktadır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında farklı örneklem büyüklüklerinin ölçeğin psikometrik özelliklerini etkilemesi nedeniyle örneklem büyüklüğünü belirlemede değişik görüşler bulunmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemede Çizelge 6'daki ölçütlerin uygun olduğu düşünülmekle birlikte (Osborne and Costello 2004), literatürde örneklem büyüklüğünün madde sayısının beş ya da 10 katı olması gerektiğine ilişkin bilgiler de bulunmaktadır (Tavşancıl 2002).

Çizelge 6. Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesine İlişkin Ölçütler

Örneklem Büyüklüğü (n) Ölçütü	Karar
50	Çok Küçük
100	Düşük
200	Ortalama
300	İyi
500	Çok İyi
1000 ve daha fazla	İdeal

(Osborne JW, Costello AB. (2004). Sample Size and Subject to item Ratio in Principal Components Analysis. Practical Assessment, Research & Evaluation, 9(11)).

Araştırmada her iki görüş de değerlendirilerek, ideal madde sayısına uygun, tasarlanan toplam madde sayısının 13 katı olacak şekilde örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Her iki görüşe dayanarak bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada çalışma grubunu oluşturan gebelerin yaş ortalaması $28,46 \pm 5,87$, gebelik sayısının ortalama $2,21 \pm 1,36$ ve gebelik haftasının ortalama $27,02 \pm 9,79$ olduğu belirlenmiştir. Gebeler eğitim durumu açısından incelendiğinde, %35,4'ünün ilköğretim, %31,3'ünün lise, %28,3'ünün üniversite ve üstü bir okuldan mezun olduğu saptanmıştır. Ayrıca gebelerin çoğunluğunun (%74,4) gelir getirici bir işte

çalışmadığı ve aile gelir durumunu "gelirim giderimi karşılıyor" (%65,3) şeklinde tanımladığı bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri

Değişkenler	Mean±-Ss	Min-Max
Yaş	28,46±5,87	17 - 45
Gebelik Sayısı	2,21±1,36	1 - 10
Gebelik Haftası	27,02±9,79	6 - 41
	n	%
Eğitim durumu		
Okur yazar Değil/Okur yazar	36	5,0
İlköğretim	254	35,4
Lise	225	31,3
Üniversite ve üzeri	203	28,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	184	25,6
Çalışmıyor	534	74,4
Gelir düzeyi		
Gelirim giderimden az	184	25,6
Gelirim giderimi karşılıyor	469	65,3
Gelirim giderimden fazla	65	9,1

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılacak veri toplama araçları araştırmacı tarafından geliştirilmiş ve ekte sunulmuştur. Veri toplama aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde gebelerin demografik ve kişisel bilgilerini içeren "Veri Toplama Formu" bulunmaktadır. İkinci bölümde ise "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin deneme uygulamasında kullanılacak olan form yer almaktadır. Veri toplama formunda, gebelerin kişisel ve demografik bilgilerini içeren (yaş, eğitim durumu, ekonomik durum, medeni hal, meslek, gelir düzeyi, gebelik sayısı ve gebelik haftası) sorular yer almaktadır.

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" nin geliştirilme sürecine ilişkin aşamalar sırasıyla aşağıda verilmiştir.

1. Araştırmada ölçek maddelerinin yazılmasına literatür taraması yapılarak başlanmıştır. Ölçek maddelerini bir kavramsal çerçeve üzerine yapılandırabilmek

için, sağlığın geliştirilmesi kuramları incelenmiştir. Sağlığı geliştirme kuramlarının ortak noktasının bireyin sağlık sorumluluğu, beslenme, fiziksel aktivite, stres yönetimi ve kişiler arası ilişkiler çerçevesinde şekillendiği belirlenmiştir. Ayrıca "gebelikte yaşam davranışları", "gebelikte sağlığın korunması", "gebelikte sağlıklı yaşam davranışları" gibi anahtar kelimelerle kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Bu doğrultuda ölçeğin; gebelik sorumluluğu, hijyen, beslenme, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme olmak üzere 6 alt ölçekten oluşmasına karar verilmiştir. Buna göre ölçek maddelerini yazabilmek için, her bir alt ölçekte yer alması gerektiği düşünülen konularla ilgili çeşitli anahtar kelimeler kullanılarak, ayrı ayrı literatür taraması yapılmış ve toplam 83 maddeden oluşan bir havuz oluşturulmuştur (Ek 2). Maddeler yazılırken; her maddenin yalnızca bir davranışa karşılık gelmesi, aynı maddede birden fazla duygu, düşünce vb. olmaması ve uygulanacak grubun anlayabileceği bir dilde, net ve anlaşılır bir ifade ile yazılmasına dikkat edilmiştir. Beşli likert tipi yapılandırılan taslak ölçeğin, hiçbir zaman (1), nadiren (2), ara sıra (3) sık sık (4) ve her zaman (5) olarak puanlanması planlanmıştır.

2. Madde havuzu oluşturulduktan sonra, kapsam geçerliğinin sağlanması işlemleri gerçekleştirilmiştir. Kapsam geçerliği, test maddelerinin, ölçülmek istenen tutumu ölçmede nicelik ve nitelik olarak yeterli olma durumunun incelenmesidir (Büyüköztürk 2006). Araştırmada tasarlanan ölçeğin kapsam geçerliliği uzman görüşleri alındıktan sonra Content Validity Index (CVI) kullanılarak belirlenmiştir. Ölçek maddeleri, 9 uzman tarafından netlik, anlaşılabilirlik, uygunluk, ölçülebilirlik, ölçülmek istenen özelliğe ve ölçme grubuna uygunluğuna dikkat edilerek incelenmiştir. Uzman listesi (Ek 1) ve uzmanlara gönderilen form (Ek 2) ekler bölümünde verilmiştir. Uzmanlar her bir maddeyi kavramsal açıdan değerlendirerek 1-4 arasında, “uygun değil (1 puan)”, “biraz uygun (2 puan)”, “uygun ancak minör değişiklikler gerekli (3 puan)” ve “çok uygun (4 puan)” şeklinde puanlamıştır. Ölçek CVI puanı hesaplanırken, 1 ve 2 puan alan maddeler kabul edilemez, 3-4 puan alan maddeler kabul edilebilir olarak sınıflandırılmaktadır. Uzman görüşleri doğrultusunda her madde için, 3 veya 4 puan alma yüzdeleri (Madde CVI Puanı) ve toplam puan ortalaması (Toplam CVI Puanı) hesaplanır. Uzman görüşü ve önerileri doğrultusunda maddeler yeniden ele alınmıştır. Buna göre;

- Bilimsel gerçekliği yansıtmadığı,
- Yetersiz anlatıma sahip olduğu düşünülen ve
- Birden fazla özelliği ölçtüğü bildirilen ve tüm uzmanlar tarafından 1-2 puan verilen maddeler (14 madde) ölçekten çıkarılmıştır. Buna göre toplam 58 maddeden oluşan taslak ölçeğin, "uygun" ve "çok uygun" olarak değerlendiren uzman sayısının toplam uzman sayısına bölünmesi ile CVI puanı 0,93 olarak elde edilmiştir.

3. Araştırmanın uygulama aşamasına geçilmeden önce, taslak ölçek formu 10 gebeye, maddelerin açıklık, anlaşılabilirlik, zaman vb. açıdan değerlendirilebilmesi için pilot uygulama yapılmıştır. Ölçme aracında herhangi bir sorun yaşanmamış olup, ölçeğin uygulanma süresinin 8-10 dk arasında olduğu belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırmanın uygulamaya konmasının, etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'a başvuru yapılmış ve 29.11.2017 tarihli 11/16 karar numarası ile araştırmanın uygulanmasında etik uygunluğuna ilişkin Etik Kurul Kararı alınmıştır (Ek 3). Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışlarına ilişkin taslak form ile verilerin toplanması aşamasına geçilmiştir. Bu aşamada Kamu Hastaneler Birliği'nden ölçeğin taslak formun yürütülmesine ilişkin gerekli izin alınmıştır (Ek 4). Gerekli izinler alındıktan sonra uygun örnekleme yoluyla veriler toplandı ve ardından verilerin çözümlenmesi aşamasına geçildi.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmada veriler, aşağıdaki yöntemlerle değerlendirilmiştir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu değerlendirmek için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett's Sphericity testi kullanılmıştır. Ölçeğin yapısını belirlemek amacıyla sırasıyla, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) kullanılmıştır. Faktörlerin birbirleriyle ve ölçekle ilişkisini

belirlemek amacıyla Pearson Momentler Çarpım Korelasyonu hesaplanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach alfa katsayısı, zamana karşı değişmezliği test-tekrar test analizi ile yapılmıştır. Çalışmada ölçek puanlarının gebelerin bazı özellikleri açısından kıyaslanmasında, Kruskal Wallis, Mann Whitney U analizleri ve Sperman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmanın etik açıdan uygunluğuna dair belge, Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır (Ek 3). Çalışmanın Karabük Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesinde yürütülebilmesi için Karabük Kamu Hastaneler Birliği Müdürlüğü'nden kurum izni alınmıştır (Ek 4). Ayrıca, çalışmaya başlanmadan önce, anılan hastanenin başhekimliğine, bakım, gebe izlem polikliniği ve perinatoloji servisinde görev yapan sağlık çalışanlarına çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Gebelerle hasta bekleme odalarında tanışıldıktan sonra, çalışmanın önemi ve amacı anlatılarak katılmaya gönüllü gebelere formlar uygulanmıştır. Uygulama sırasında hasta hakları dikkate alınmış, gebelerin ankete daha sonra devam etmek istemeleri ya da anketi sonlandırma taleplerine saygı duyulmuştur. Ayrıca gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin soruları, veri toplama formlarının tamamlanmasının ardından araştırmacı tarafından cevaplanmıştır.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Bu çalışma Karabük ilinde yaşayan, eğitim araştırma hastanesine başvuran gebelerin, gönüllülük esasına dayalı, araştırma için oluşturulan sorulara verdikleri cevaplar ve bu cevapların gebelerde sağlıklı yaşam davranışları çerçevesinde değerlendirilmesini içermektedir. Çalışmanın amacına yönelik, gönüllü katılımcılardan elde edilen verilerin analizi araştırmanın kapsamını belirlemektedir. Araştırma 12 Mart 2018-12 Eylül 2018 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran gönüllü 718 gebeyle sınırlıdır.

Örneklem grubununun gebelerde tüm gestasyonel haftayı temsil etmesi, ölçeğin klinik kullanılabilirliği arttırmıştır.

4. BULGULAR

Bu araştırmada "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" geliştirilerek, geğerliği ve güvenilirliğinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde araştırma sorularına ilişkin bulgular 3 () başlık altında sunulmuştur.

4.1. Açımlayıcı ve Doğrulamayı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

4.2. Güvenirlik Analizine İlişkin Bulgular

4.3. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçek Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik zellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

4.1. Açımlayıcı ve Doğrulamayı Faktör Analizine İlişkin Bulgular

Literatüre ve uzman görüşüne dayalı olarak geliştirilen taslak form 718 gebeye uygulanmış ve analizi yapılmıştır. zmlemeden önce verilerin faktör analizi için uygunluğuna bakılmış ve sonuçlar řu şekilde verilmiştir.

4.1.1. Verilerin Faktör Analizine Uygunluğunun Test Edilmesi

Verilerin faktör analizine uygunluğunu değerlendirmek amacıyla KMO katsayısı ve Barlett's Sphericity testinden elde edilen değerler incelenmiştir. KMO rneklem yeterliliğini belirleyen bir ölçüt olup, gözlenen korelasyon katsayıları büyüklüğü ile kısmi korelasyon katsayılarının büyüklüğünü karşılaştıran bir indekstir. 718 kişilik örneklemde elde edilen verilere ait KMO değeri 0,81, Barlett's Sphericity testinden elde edilen sonuç ise anlamlı bulunmuştur ($x^2=4791,51$, $p=,000$). Bu sonuçlar eldeki verilerin faktör analizine uygunluğunun, verilerin çok bileşenli ayırık yapıya sahip olması örneklem genişliğinin yeterli olduğunun göstergesidir (okluk vd. 2014).

4.1.2. Kayıp Değerlerin İncelenmesi

Taslak veri formunda boş bırakılan maddeler incelenmiştir. Boş bırakılan madde kayıp değerlerinin %5'ten az olduğu ve bu durumun normal bir dağılımdan geldiği belirlenmiştir. Literatürde kayıp verilerin normal bir dağılımdan geldiği ve ihmal edilebilir şekilde olduğu durumlarda basit veri atama yönteminin kullanılabileceğine dair bilgi yer almaktadır (Little ve Rubin 1987). Bu araştırmada kayıp değerlere o maddenin madde ortalaması atanarak AFA gerçekleştirilmiştir.

4.1.3. Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Geliştirilmek istenen "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin kavramsal çerçeve doğrultusunda; gebelik sorumluluğu, beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, seyahat ve gebeliği kabullenme olmak üzere 6 (altı) alt ölçekten oluşması planlanmıştır. Uzman görüşleri doğrultusunda ölçeğin bir boyuttan alınan yüksek puanların diğer boyuttan düşük puan almaya engel oluşturmaması nedeniyle ölçek "çok bileşenli ayrık bir yapı" olarak kabul edilmiştir. Buna göre her bir alt ölçek için ayrı AFA yapılmıştır.

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin "Gebelik Sorumluluğu" alt ölçeğinde yer alan maddelerle faktör yapısı sabitlenmeden yapılan AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 1., 6. ve 8. maddeler alt ölçekten çıkarılmıştır. Analiz tekrarlandığında 7. maddenin çıkartma değeri 0,10'un altında kaldığından ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. "Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği" nihai AFA sonuçlarına göre 4 maddenin çıkartma değerlerinin 0,37 ile 0,62 arasında değiştiği, toplam varyansın %54,41 oranında açıklandığı ve örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,61 ile 0,79 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değeri	Madde Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi
Madde 2	Gebelik kontrollerimi aksatmamaya özen gösteririm.	0,37	0,60	2,18	54,41
Madde 3	Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun yaşarsam sağlık çalışanlarına danışırım.	0,62	0,79	0,82	20,46
Madde 4	Gebelik kontrollerim sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.	0,60	0,78	0,54	13,42
Madde 5	Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.	0,58	0,76	0,47	11,70
Toplam Varyans Yüzdesi					54,41

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Hijyen" alt ölçeğinde yer alan maddelerle faktör yapısı sabitlenmeden yapılan AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 9., 10. ve 14. maddeler alt ölçekten çıkarılarak analiz tekrarlanmıştır. "Hijyen Alt Ölçeği" nihai AFA sonuçlarına göre 4 maddenin, çıkartma değerlerinin 0,37 ile 0,56 arasında değiştiği, toplam varyansın %49,10 oranında açıklandığı ve örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,61 ile 0,75 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Hijyen Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değeri	Madde Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi
Madde 11	İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.	0,53	0,73	1,96	49,10
Madde 12	Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetleme) önden arkaya doğru yaparım.	0,37	0,61	0,80	19,84
Madde 13	Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kağıdı ile kurularım.	0,56	0,75	0,63	15,84
Madde 15	Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde en az bir defa fırçalamaya dikkat ederim.	0,49	0,70	0,61	15,21
Toplam Varyans Yüzdesi					49,10

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Beslenme" alt ölçeğinde yer alan maddelerin AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 18., 23., 25., 28., ve 29. maddeler alt ölçekten çıkarılarak analiz tekrarlandı. "Beslenme Alt Ölçeği" nihai AFA sonuçlarına göre 9 maddenin, çıkartma değerlerinin 0,27 ile 0,63 arasında değiştiği, belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Çıkartma Değerleri

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değerleri
Madde 16	Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 de ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.	0,49
Madde 17	Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.	0,27
Madde 19	Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.	0,40
Madde 20	Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.	0,46
Madde 21	Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.	0,52
Madde 22	Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.	0,40
Madde 24	Gebelik boyunca günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.	0,34
Madde 26	Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdaları sınırlı miktarda tüketirim.	0,63
Madde 27	Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecekleri sınırlı miktarda tüketirim.	0,55

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Beslenme" alt ölçeğinin AFA sonucunda maddelerin özdeğerleri ve toplam varyans yüzdeleri incelendiğinde, ölçeğin iki alt boyuttan oluştuğu belirlenmiştir. Faktörlerin özdeğerlerinden daha çok toplam varyansa yaptıkları katkı faktör sayısını belirlemede önemlidir (Büyüköztürk 2017). Bu nedenle her bir faktörün toplam varyansa katkısı incelendiğinde; birinci faktörün %28,24, ikinci faktörün %15,96, katkı yaptığı ve iki faktörlü yapının toplam varyansın %44,20'sini açıkladığı belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Faktör Özdeğerleri ve Açıkladıkları Toplam Varyanslar

Bileşen	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi	Toplam Varyans Yüzdesi
1	2,54	28,24	28,24
2	1,44	15,95	44,20
3	1,06	11,77	
4	0,86	9,60	
5	0,81	9,00	
6	0,63	6,98	
7	0,62	6,88	
8	0,55	6,12	
9	0,49	5,44	

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Beslenme Alt Ölçeği"nin faktör yük değerlerinin "*beslenme özellikleri*" olarak adlandırılan birinci alt boyutunda örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,30 ile 0,72 arasında, "*besin kısıtlamaları*" olarak isimlendirilen ikinci alt boyutunda örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,47 ile 0,74 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. "Beslenme Alt Ölçeği"nin AFA Sonuçlarına Göre Örüntü Matrisinden Elde Edilen Faktör Yük Değerleri

Madde No	Faktör Yük Değerleri	
	1. Bileşen Beslenme Özellikleri	2. Bileşen Besin Kısıtlamaları
Madde 16	0,64	
Madde 17	0,42	-0,31
Madde 19	0,30	0,47
Madde 20	0,65	
Madde 21	0,72	
Madde 22	0,63	
Madde 24	0,57	
Madde 26	0,30	0,74
Madde 27	0,33	0,66

"Beslenme Alt Ölçeği"nin, alt boyutlarının isimlendirilmesi; birinci alt boyut için "Beslenme Özellikleri", ikinci alt boyut için ise "Besin Kısıtlamaları" şeklinde yapılmıştır. Buna göre ölçeğin 16., 17., 20., 21., 22., ve 24. maddeleri beslenme

özellikleri alt boyutunu ve 19., 26. ve 27. maddeleri besin kısıtlama alt boyutunu oluşturmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. “Beslenme Alt Ölçeği”nin AFA Sonuçlarına Göre Alt Boyutlarını Oluşturan Maddeler

Beslenme Alt Ölçeği	Madde Sayısı	Maddeler
Beslenme Özellikleri	6	16, 17, 20, 21, 22, 24
Besin Kısıtlama	3	19, 26, 27
Toplam	9	

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Fiziksel Aktivite" alt ölçeğinde yer alan maddelerin AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 33., 34. ve 35. maddeler ile binişik özellik gösteren 36. ve 37. maddeler çıkarıldıktan sonra, 3 maddenin çıkartma değerlerinin 0,58 ile 0,71 arasında değiştiği, toplam varyansın %62,06 oranında açıklandığı ve örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,76 ile 0,84 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değeri	Madde Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi
Madde 30	Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana günlük yaşamımda daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.	0,58	0,76	1,86	62,06
Madde 31	Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.	0,71	0,84	0,66	22,18
Madde 32	Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.	0,58	0,76	0,47	15,76
Toplam Varyans Yüzdesi					62,06

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Seyahat" alt ölçeği AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 38. madde çıkarıldıktan sonra, 5 maddenin çıkartma değerlerinin 0,41 ile 0,69 arasında değiştiği, toplam varyansın

%56,75 oranında açıklandığı ve örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,64 ile 0,83 arasında değiştiği saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Seyahat Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değeri	Madde Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi
Madde 39	Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.	0,55	0,74	2,84	56,75
Madde 40	Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.	0,59	0,77	1,00	19,94
Madde 41	Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.	0,69	0,83	0,63	12,58
Madde 42	Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.	0,60	0,78	0,27	5,50
Madde 43	Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınırım.	0,41	0,64	0,26	5,22
Toplam Varyans Yüzdesi					56,75

"Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin "Gebeliği Kabullenme" alt ölçeğinde yer alan maddelerin AFA sonuçlarına göre çıkartma değeri 0,10'un altında kalan 44., 45., 46, 48., 49., 50., 51., 52., 53., 57. ve 58., maddeler çıkarıldıktan sonra 4 maddenin çıkartma değerlerinin 0,26 ile 0,60 arasında değiştiği, toplam varyansın %46,67 oranında açıklandığı ve örüntü matrisi faktör yük değerlerinin 0,51 ile 0,78 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Denemelik Formunun "Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği" Açımlayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Madde No	Maddeler	Çıkartma Değeri	Madde Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans Yüzdesi
Madde 47	Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.	0,26	0,51	1,87	46,67
Madde 54	Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşıyorum.	0,44	0,67	0,91	22,69
Madde 55	Gebeliğimin yaşamımı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.	0,56	0,75	0,71	17,86
Madde 55	Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.	0,60	0,78	0,51	12,78
Toplam Varyans Yüzdesi					46,67

AFA sonuçları doğrultusunda alt ölçekler, oluşturan maddeler ve madde sayıları aşağıdaki gibi isimlendirilmiştir (Tablo 11).

Tablo 11. "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin Madde Sayısı ve Maddeleri

Alt Ölçekler	Alt Ölçek Adı	Madde Sayısı	Maddeler
1	Gebelik Sorumluluğu	4	2, 3, 4, 5
2	Hijyen	4	11, 12, 13, 15
3	Beslenme		
	Beslenme Özellikleri Alt Boyutu	6	16, 17, 20, 21, 22, 24,
	Besin Kısıtlamaları Alt Boyutu	3	19, 26, 27
4	Fiziksel Aktivite	3	30, 31, 32
5	Seyahat	5	39, 40, 41, 42, 43
6	Gebeliği Kabullenme	4	47, 54, 55, 56
Toplam		29	

4.1.4. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Çok bileşenli ayırık yapıya sahip olan "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"ne ait her bir alt ölçek yapısının doğrulanma durumu, doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılarak değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda DFA uyum indislerinin; gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde RMSEA=0,071, CFI=0,968, TLI=0,905, hijyen alt ölçeğinde RMSEA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985, beslenme alt ölçeğinin *beslenme özellikleri* alt boyutunda RMSEA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939, ve *besin kısıtlamaları* alt boyutunda RMSA=0,033, CFI=0,998, TLI=0,991, fiziksel aktivite alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=0,999, TLI=0,998, seyahat alt ölçeğinde RMSEA=0,014, CFI=1,000, TLI=0,999, gebeliği kabullenme alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=1,000, TLI=1,000 olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

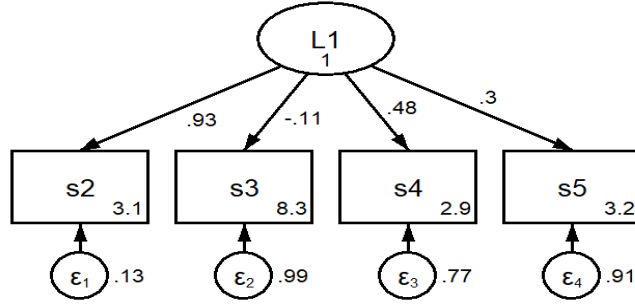
Tablo 12. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndisleri

Ölçek No	Faktör Adı	Madde Sayısı	RMSEA	CFI	TLI	X ² /Sd
1	Gebelik Sorumluluğu	4	0,071	0,968	0,905	2,04
2	Hijyen	4	0,036	0,995	0,985	1,01
3	Beslenme	9	0,062	0,968	0,939	2,09
4	Fiziksel Aktivite	3	0,001	0,999	0,998	0,98
5	Seyahat	5	0,014	1,000	0,999	0,87
6	Gebeliği Kabullenme	4	0,001	1,000	1,000	0,65
Toplam		29				

*0≤RMSEA≤0,050 iyi uyum
 *0,050≤RMSEA≤0,080 kabul edilebilir uyum,
 *0,970≤CFI≤1,000 iyi uyum,
 *0,950≤CFI≤0,970 kabul edilebilir uyum
 *0,970≤TLI≤1,000 kabul edilebilir uyum

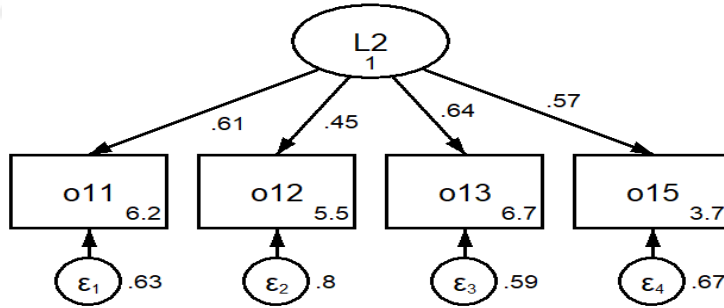
Bu çalışmada DFA analizi STATA programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Buna göre ölçeğe ait her bir alt boyutun Path diyagramı çıkarılmış, regresyon katsayıları ve p değerleri incelenmiştir.

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği gebelik sorumluluğu alt ölçeğinin toplam 4 (dört) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının -0,11 ile 0,93 arasında değiştiği belirlenmiştir. Ayrıca uyum indisleri de modelin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,071, CFI=0,968, TLI=0,905). Gebelik sorumluluğu alt ölçeğine ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 1'de verilmiştir.



Şekil 1. Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

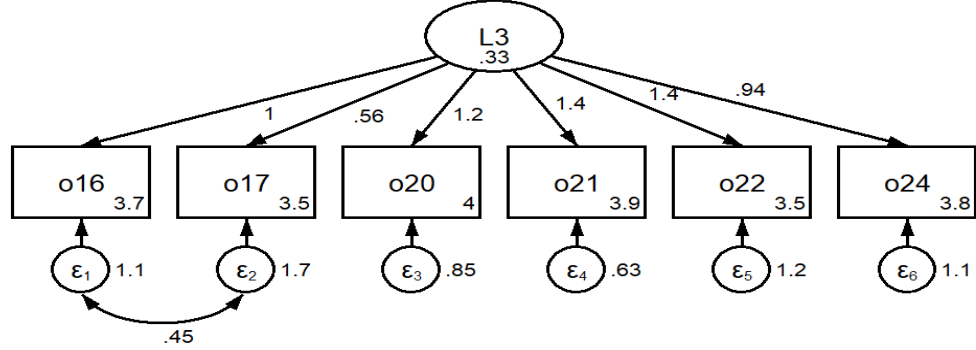
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği hijyen alt ölçeğinin toplam 4 (dört) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 0,45 ile 0,64 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985). Hijyen alt ölçeğine ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 2'de verilmiştir.



Şekil 2. Hijyen Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

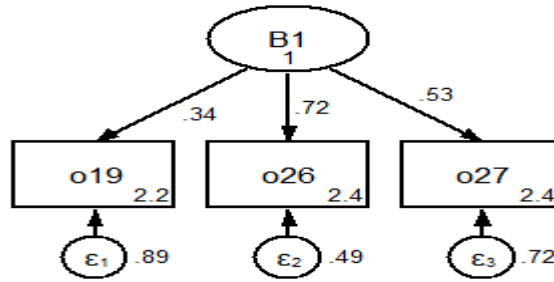
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği beslenme alt ölçeği (toplam 9 madde) *beslenme özellikleri* alt boyutunun 6 (altı) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 0,56 ile 1,40 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin kabul edilebilir düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939). Beslenme alt ölçeğinin beslenme özellikleri

alt boyutuna ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 3'te verilmiştir.



Şekil 3. Beslenme Alt Ölçeği Beslenme Özellikleri Alt Boyutuna Ait Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

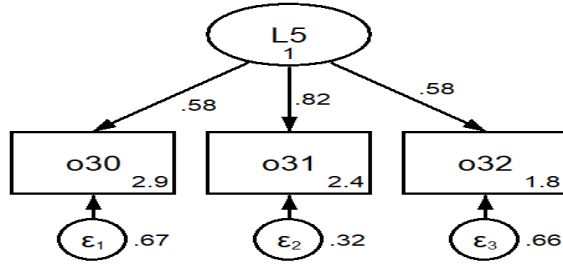
Beslenme alt ölçeği *besin kısıtlamaları* alt boyutunun 3 (üç) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 0,34 ile 0,72 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,033, CFI=0,998, TLI=0,991). Beslenme alt ölçeğinin besin kısıtlamaları alt boyutuna ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 4'te verilmiştir.



Şekil 4. Beslenme Alt Ölçeği Besin Kısıtlaması Alt Boyutuna Ait Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayıları

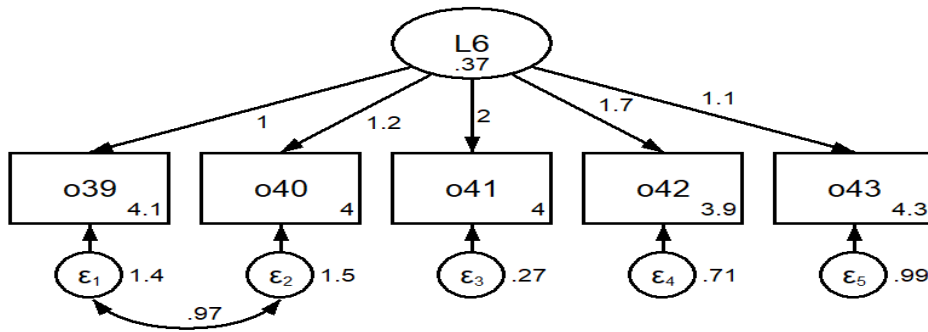
Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği fiziksel aktivite alt ölçeğinin toplam 3 (üç) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler

arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 0,58 ile 0,82 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,001, CFI=0,999, TLI=0,998). Fiziksel aktivite alt ölçeğine ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 5'te verilmiştir.



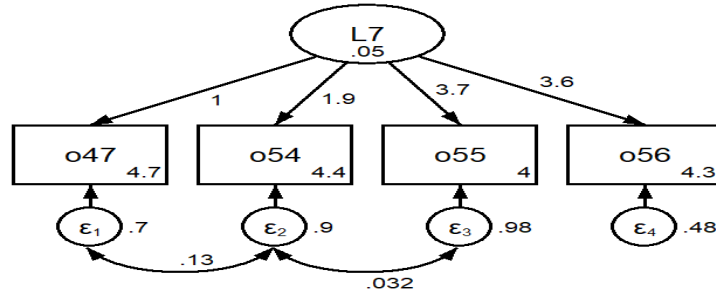
Şekil 5. Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği seyahat alt ölçeğinin toplam 5 (beş) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 1,00 ile 2,00 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,014, CFI=1,000, TLI=0,999). Seyahat alt ölçeğine ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 6'da verilmiştir.



Şekil 6. Seyahat Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği gebeliği kabullenme alt ölçeğinin toplam 4 (dört) maddeden oluştuğu görülmektedir. Modelde yer alan maddeler arasındaki ilişki incelendiğinde standartlaştırılmış regresyon katsayılarının 1,00 ile 3,70 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca uyum istatistikleri de modelin iyi düzeyde olduğunu göstermektedir (RMSA=0,001, CFI=1,000, TLI=1,000). Gebeliği kabullenme alt ölçeğine ait Path diyagramı, standartlaştırılmış regresyon katsayıları ve p değeri Şekil 7'de verilmiştir.



Şekil 7. Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği Path Diyagramı ve Standartlaştırılmış Regresyon Katsayısı

4.1.5. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'ne Ait Alt Ölçeklerin Birbirleriyle Korelasyonu

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'ne ait alt ölçeklerin birbirleriyle korelasyonu incelenmiştir. Alt boyutların kendi aralarında orta ya da yüksek düzeyde (en az 0,25 ve en fazla 0,90) ilişkili olması gerekir (Çakır 2014). Faktörlerin yeterli iç tutarlık ve uyum katsayılarına sahip olduğu ve her bir alt boyut arasında pozitif zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelik sorumluluğu ile hijyen arasında 0,258'lik, gebelik sorumluluğu ile beslenme arasında 0,311'lik, gebelik sorumluluğu ile gebeliği kabullenme arasında 0,259'lük, gebelik sorumluluğu ile gebelik sorumluluğu arasında 0,285'lik, hijyen ile beslenme arasında 0,353'lük, hijyen ile gebeliği kabullenme arasında 0,308'lik, beslenme ile seyahat arasında 0,310'lük, beslenme ile gebeliği kabullenme 0,324'lük, seyahat ile gebeliği kabullenme arasında 0,274'lük, gebeliği kabullenme ile gebelik sorumluluğu arasında 0,281'lik korelasyon mevcut olup istatistiksel olarak genellikle birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen

pozitif zayıf anlamlı ilişki olduğu gözlemlendi. Ölçeğin alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Alt Ölçekleri Arasındaki İlişki

		Gebelik Sorumluluğu	Hijyen	Beslenme	Fiziksel Aktivite	Seyahat	Gebeliği Kabullenme
Hijyen	r	0,258					
	p	0,000					
Beslenme	r	0,311	0,353				
	p	0,000	0,000				
Fiziksel Aktivite	r	0,045	0,033	0,152			
	p	0,225	0,377	0,000			
Seyahat	r	0,087	0,182	0,310	0,097		
	p	0,020	0,000	0,000	0,009		
Gebeliği Kabullenme	r	0,259	0,308	0,324	0,118	0,274	
	p	0,000	0,000	0,000	0,002	0,000	
Gebelik Sorumluluğu	r	0,285	0,115	0,225	0,096	0,143	0,281
	p	0,000	0,002	0,000	0,010	0,000	0,000

4.2. Güvenirlilik Analizine İlişkin Bulgular

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ölçekte yer alan her bir maddenin toplam ölçek ile olan ilişkisini belirlemek amacıyla madde korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analiz, ölçeğe dahil edilen her maddenin ölçeğin tamamıyla ölçülmek istenen tutumun ne düzeyde iyi ölçüldüğünü belirlemek için kullanılır. Madde toplam puan korelasyonu yapı geçerliliğinin sağlanması hakkında bulgular sunar (Özcan Tukelman 2017). Tablo 14'te nihai ölçekte yer alan 29 maddeye ait madde toplam puan korelasyonları ve maddenin ölçekten çıkarıldığı durumda iç tutarlılık katsayıları verilmiştir. Madde analizi incelendiğinde ölçeğin düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu 0,200 ile 0,505 arasında değiştiği belirlenmiştir.

Tablo 14. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Madde Toplam Puan Korelasyonları ve Maddenin Ölçekten Çıkarıldığı Durumda İç Tutarlılık Katsayısı

No	Maddeler	Madde Silindiğinde Ölçek Ortalaması (Mean)	Madde Silindiğinde Ölçek Varyansı (SS)	Madde Toplam Puan Korelasyon	Madde Silindiğinde Cronbach Alpha Katsayısı
1	Gebelik kontrollerimi aksatmamaya özen gösteririm.	111,71	186,80	0,324	0,819
2	Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun yaşarsam sağlık çalışanlarına danışırım.	111,74	187,94	0,282	0,820
3	Gebelik kontrollerim sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.	112,06	184,16	0,333	0,818
4	Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.	111,86	185,99	0,309	0,819
5	İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.	111,76	186,08	0,340	0,819
6	Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetlenme) önden arkaya doğru yaparım.	111,75	188,19	0,201	0,822
7	Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kağıdı ile kurulanırım.	111,66	186,79	0,323	0,819
8	Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde en az bir defa fırçalamaya dikkat ederim.	112,14	180,25	0,389	0,816
9	Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 de ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.	112,70	179,04	0,409	0,815
10	Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.	112,90	184,78	0,200	0,824
11	Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.	113,17	183,11	0,204	0,825
12	Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.	112,44	180,28	0,390	0,816
13	Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.	112,47	179,67	0,422	0,815
14	Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.	112,87	174,99	0,469	0,812
15	Gebelik boyunca günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.	112,60	180,10	0,384	0,816
16	Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdaları sınırlı miktarda tüketirim.	113,11	183,53	0,218	0,823
17	Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecekleri sınırlı miktarda tüketirim.	113,10	185,41	0,201	0,825
18	Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana günlük yaşamımda daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.	112,60	177,18	0,420	0,815
19	Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.	113,07	178,48	0,353	0,817
20	Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.	113,88	179,50	0,324	0,819
21	Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.	112,32	176,22	0,438	0,814
22	Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.	112,46	174,10	0,465	0,812

23	Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.	112,39	174,50	0,505	0,811
24	Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.	112,56	174,05	0,495	0,811
25	Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınırım.	112,09	179,50	0,399	0,816
26	Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.	111,75	187,36	0,233	0,821
27	Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşıyorum.	112,01	185,82	0,237	0,821
28	Gebeliğimin yaşamımı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.	112,37	181,44	0,302	0,819
29	Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.	112,08	182,02	0,364	0,817

Tutum ölçeklerine ilişkin elde edilen Cronbach alfa katsayısı değeri, ölçme aracının iç tutarlılık ve güvenilirliğinin göstergesidir. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Cronbach alfa katsayıları Tablo 15'te verilmiştir. Buna göre ölçeğe ait Cronbach alfa katsayıları gebelik sorumluluğu alt ölçeği için 0,713, hijyen alt ölçeği için 0,644, beslenme alt ölçeği için 0,726, beslenme özellikleri alt boyutu için 0,689, besin kısıtlaması alt boyutu için 0,615, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0,693, seyahat alt ölçeği için 0,808 ve gebeliği kabullenme alt ölçeği için 0,626 ve ölçek toplamı için 0,831 olarak bulunmuştur.

Tablo 15. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Cronbach Alpha Katsayıları

Alt Ölçek No	Madde Sayısı	Alt Ölçek Adı	Cronbach Alpha
1	4	Gebelik Sorumluluğu	0,713
2	4	Hijyen	0,644
3		Beslenme	0,726
	6	Beslenme Özellikleri Alt Boyutu	0,689
	3	Besin Kısıtlamaları Alt Boyutu	0,615
4	3	Fiziksel Aktivite	0,693
5	5	Seyahat	0,808
6	4	Gebeliği Kabullenme	0,626
Toplam	29		0,831

Ölçek maddeleri araştırmanın uygulama aşamasına geçilmeden önce 35 gebeye 15 gün ara ile uygulanmıştır. Aynı grupta farklı zamanlarda uygulandıktan sonra elde edilen puanlar arasındaki korelasyon katsayısı hesaplanmıştır. Hesaplanan bu sayı güvenilirlik katsayısı olarak değerlendirilir. Elde edilen bu sayı +1'e yaklaştıkça ölçek güvenilirliğini de artırır. Tablo 16'da 35 gebeye ait test-tekrar test güvenilirliği sonucu

verilmiştir. Gebelerin test-tekrar test güvenilirliklerine İntra Class Corelasyon (ICC) ile bakılmıştır. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin alt ölçeklerine ilişkin ICC kat sayıları 0,70-0,91 arasında değişmekte olup ölçek toplamında 0,90 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen korelasyon değerlerinin 0,70 ve üstünde olması test-tekrar test güvenilirliğini sağladığı anlamına gelmektedir.

Tablo 16. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Test-Tekrar Test Sonuçları

Alt Ölçek No	Madde Sayısı	Alt Ölçek Adı	Intraclass Correlation (ICC)
1	4	Gebelik Sorumluluğu	0,89
2	4	Hijyen	0,85
3	6	Beslenme	0,91
	6	Beslenme Özellikleri Alt Boyutu	0,89
	3	Besin Kısıtlamaları Alt Boyutu	0,92
4	3	Fiziksel Aktivite	0,70
5	5	Seyahat	0,89
6	4	Gebeliği Kabullenme	0,83
Toplam	29		0,90

4.3. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Bu çalışmada, "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" nihai formundan alınan puanlar, gebelerin sosyo-demografik ve gebelik özellikleri açısından değerlendirilmiştir.

Ölçek puanlarının gebelerin yaşı ile ilişkisi incelendiğinde, yaş ile gebelik sorumluluğu, beslenme alt ölçekleri arasında pozitif, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında da negatif zayıf bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Buna göre yaş arttıkça gebelik sorumluluğu ($r=0,130$, $p=0,000$) ve beslenme alt ölçeklerinin puanları ($r=0,079$, $p=0,034$) artmakta, fiziksel aktivite ($r=-0,123$, $p=0,001$) ve gebeliği kabullenme ($r=-0,097$, $p=0,009$) alt ölçeklerinin puanları azalmaktadır (Tablo 17).

Tablo 17. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Yaş Değişkeni ile İlişkisi

Alt Ölçekler		Yaş Değişkeni
Gebelik sorumluluğu	r	0,130
	p	0,000
Hijyen	r	0,056
	p	0,135
Beslenme	r	0,079
	p	0,034
Fiziksel aktivite	r	-0,123
	p	0,001
Seyahat	r	0,024
	p	0,523
Gebeliği kabullenme	r	-0,097
	p	0,009

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar gebelerin eğitim durumu açısından incelendiğinde beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinin eğitim durumu ile ilişkisi olmadığı, gebelik sorumluluğu, hijyen, seyahat, gebeliği kabullenme alt ölçekleri ile anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 18). Ölçeğin gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde ilköğretim ve lise mezunlarının herhangi bir okuldan mezun olmayanlara göre yüksek, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=12,723$, $p=0,005$). Hijyen alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan/ilköğretim mezunu gebelerin, lise ve üniversite ve üzeri mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($H=49,974$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim ve lise mezunlarına göre, ilköğretim ve lise mezunlarının, üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=14,215$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt ölçeğinde, herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim, lise, üniversite ve üzeri mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($H=9,510$, $p=0,023$).

Tablo 18. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Eğitim Durumu Açısından Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Eğitim Durumu				Test İstatistiği*	p
	Okur Yazar Değil/ Okur Yazar	İlköğretim	Lise	Üniversite ve Daha Üzeri		
Gebelik Sorumluluğu	18(7-20)ab	19(8-20)a	19(8-20)a	20(6-20)b	12,723	0,005
Hijyen	18(9-20)a	19(7-20)a	20(7-20)b	20(13-20)b	49,974	0,000
Beslenme	22,5(7-30)	23(7-30)	23(6-30)	23(8-30)	2,626	0,453
Fiziksel Aktivite	8(3-15)	9(3-15)	10(3-15)	10(3-15)	5,893	0,117
Seyahat	20,5(5-25)a	21(5-25)ab	22(5-25)ab	23(9-25)b	14,215	0,003
Gebeliği Kabullenme	16(6-20)a	18(4- 20)b	18(5-20)b	18(6-20)b	9,510	0,023

a-b: Her bir boyut içerisinde aynı harfe sahip eğitim durumları arasında fark yoktur,
*Kruskal Wallis Testi

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar, gebelerin medeni durumu açısından incelendiğinde gebelik sorumluluğu ($p=0,256$), hijyen ($p=0,676$), beslenme ($p=0,24$), fiziksel aktivite ($p=0,624$), seyahat ($p=0,688$), gebeliği kabullenme ($p=0,539$) alt ölçeklerinin ortanca değerleri medeni durum ile ilişki göstermemektedir (Tablo 19).

Tablo 19. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Medeni Durum Açısından Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Evli	Bekar	Test İstatistiği*	p
Gebelik Sorumluluğu	23(8-25)	23(10-25)	3132	0,256
Hijyen	24(10-25)	24(15-25)	3617	0,676
Beslenme	38(17-50)	37(13-46)	3088	0,240
Fiziksel Aktivite	10(3-15)	8(6-15)	3556	0,624
Seyahat	22 (5 - 25)	22(5-25)	3618,5	0,688
Gebeliği Kabullenme	13(3-15)	13(3-15)	3484	0,539

*Mann Whitney U Testi

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar gebelerin çalışma durumu açısından incelendiğinde beslenme, fiziksel aktivite, gebeliği kabullenme alt ölçekleri ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak fark

bulunmazken, gebelik sorumluluğu, hijyen ve seyahat alt ölçeklerinin puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 20). Gebelik sorumluluğu ($p=0,056$), hijyen ($p=0,000$), seyahat alt ölçeğinin ortanca değerleri ($p=0,010$) çalışma durumu ile ilişkili bulunmuştur.

Tablo 20. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Çalışma Durumu Açısından Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Çalışma Durumu		Test İstatistiği*	p
	Çalışmıyor	Çalışıyor		
Gebelik Sorumluluğu	19(7-20)	20(6-20)	44735,5	0,056
Hijyen	19(7-20)	20(12-20)	39706,5	0,000
Beslenme	23(6-30)	23,5(7-30)	45482,5	0,132
Fiziksel Aktivite	10(3-15)	10(3-15)	45718,0	0,158
Seyahat	21(5-25)	22(5-25)	42954,5	0,010
Gebeliği Kabullenme	18(4-20)	18(5-20)	48876,5	0,915

*Mann Whitney U Testi

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar gebelerin gelir durumu açısından karşılaştırıldığında gebelik sorumluluğu, hijyen ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, beslenme, fiziksel aktivite ve seyahat alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 21). Gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde, gelirinin giderinden fazla olduğunu beyan eden gebeler, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır ($H=8,5$, $p=0,014$). Hijyen alt ölçeğinde geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderine denk ve fazla olanlardan istatistiksel olarak daha düşük puana sahiptir ($H=11,8$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt boyutu için, geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderinden fazla olanlara kıyasla ve geliri giderinden fazla olan gebeler ise geliri giderine denk olan gebelere göre daha düşük puan almıştır ($H=17,2$, $p=0,000$).

Tablo 21. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanların Gelir Durumu Açısından Karşılaştırılması

Alt Ölçekler	Gelir Durumu			Test İstatistiği*	p
	Gelirim Giderimden Az	Gelirim Giderimi Karşılıyor	Gelirim Giderimde n Fazla		
Gebelik Sorumluluğu	19(7-20)a	19(7-20)a	18(6-20)b	8,5	0,014
Hijyen	19(8-20)a	20(7-20)b	20(14-20)ab	11,8	0,003
Beslenme	23(7-30)	23(6-30)	23(12-30)	1,8	0,402
Fiziksel Aktivite	10(3-15)	10(3-15)	10(3-15)	0,6	0,735
Seyahat	21(5-25)	22(5-25)	22(7-25)	3,8	0,148
Gebeliği Kabullenme	17(5-20)a	19(4-20)b	18(11-20)ab	17,2	0,000

a-b: Her bir boyut içerisinde aynı harfe sahip gelir durumları arasında fark yoktur,

*Kruskal Wallis Testi

Ölçek puanlarının gebelik sayısı ile ilişkisi incelendiğinde gebelik sayısı ile gebelik sorumluluğu, beslenme ve seyahat alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, hijyen, fiziksel aktivite, gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Buna göre gebelik sayısı arttıkça hijyen ($r=-0,097$, $p=0,009$), fiziksel aktivite ($r=-0,151$, $p=0,000$), gebeliği kabullenme ($r=-0,094$, $p=0,012$) alt ölçeklerinin puanları azalmaktadır.

Tablo 22. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanlarla Gebelik Sayısı Arasındaki İlişki

Alt Ölçekler	Gebelik Sayısı
Gebelik Sorumluluğu	r p
Hijyen	r p
Beslenme	r p
Fiziksel Aktivite	r p
Seyahat	r p
Gebeliği Kabullenme	r p

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar trimesterlere göre karşılaştırıldığında hijyen, beslenme ve seyahat alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, gebelik sorumluluğu, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 23). Hijyen alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=13,3$, $p=0,001$). Beslenme alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=27,2$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeği için, ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin ilk trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ($H=4,0$, $p=0,132$).

Tablo 23. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Trimesterlere Göre Karşılaştırması

Alt Ölçekler	Gebelik Trimesterleri			Test İstatistiği*	P
	İlk	İkinci	Üçüncü		
Gebelik Sorumluluğu	20(6-20)	19(7-20)	19(8-20)	2,6	0,269
Hijyen	19(7-20)a	19(7-20)a	20(7-20)b	13,3	0,001
Beslenme	22(6-30)a	22(7-30)a	24(11-30)b	27,2	0,000
Fiziksel Aktivite	9(3-15)	10(3-15)	10(3-15)	4,3	0,114
Seyahat	21(5-25)a	21(5-25)a	22(5-25)b	7,2	0,027
Gebeliği Kabullenme	17,5(7-20)	18(5-20)	18(4-20)	4,0	0,132

a-b: Her bir boyut içerisinde aynı harfe sahip trimesterler arasında fark yoktur,

*Kruskal Wallis Testi

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanların gebelik haftası ile ilişkisi incelendiğinde gebelik sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinin gebelik haftası ile anlamlı ilişki göstermediği, hijyen, beslenme, seyahat ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 24). Buna göre, gebelik haftası arttıkça hijyen ($r=0,101$, $p=0,007$), beslenme ($r=0,170$, $p=0,000$), seyahat ($r=0,097$, $p=0,009$), gebeliği kabullenme ($r=0,081$, $p=0,031$) alt ölçeklerinin puanları artmaktadır.

Tablo 24. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden Alınan Puanlarla Gebelik Haftası Arasındaki İlişki

Alt Ölçekler		Gebelik Haftası
Gebelik Sorumluluğu	r	0,034
	p	0,357
Hijyen	r	0,101
	p	0,007
Beslenme	r	0,170
	p	0,000
Fiziksel Aktivite	r	0,042
	p	0,263
Seyahat	r	0,097
	p	0,009
Gebeliği Kabullenme	r	0,081
	p	0,031

r: Spearman Korelasyon Katsayısı

5. TARTIŞMA

Gebelik fizyolojik bir dönem olmasına rağmen fiziksel ve ruhsal değişimlerin yaşandığı hassas bir süreçtir. Kadının yaşam davranışları ve gebeliğe karşı tutumu bu süreci etkileyebilmektedir (Mecdi ve Rathfisch 2013). Gebelik döneminde sağlığın temelleri atıldığı için (Sözeri vd. 2006), gebeliğin sağlıklı bir şekilde devam etmesi fetal sağlığı da etkileyebilmektedir. Gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarına sahip olması, sağlıklı gebelik süreci deneyimlemesine, birçok riske karşı kendisini ve bebeğini korumasına yardım eder (Sözeri vd. 2006, Lin et al. 2009). Bu çalışma "Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" geliştirilerek geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Bu bölümde araştırma sonucu elde edilen veriler,

5.1. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğine ilişkin bulguların tartışılması

5.2. Ölçek puanlarının sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile ilişkisine yönelik bulguların tartışılması olmak üzere 2 (iki) başlık altında tartışılacaktır.

5.1. Ölçeğin Geçerlik ve Güvenirliğine İlişkin Bulguların Tartışılması

Geçerlik bir ölçme aracının ölçülmesi istenilen özelliği, başka özelliklerle karıştırmadan doğru olarak ölçebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır. Ölçme aracının yapı geçerliğini belirlemek için en sık başvurulan yöntem faktör analizidir (Töremen vd. 2015, Büyüköztürk 2018). Ölçek geliştirmede geçerlik ve güvenilirlik için AFA ve DFA yapılır. Bu analizler yapılmadan önce elde edilen verilerin faktör analizine ve örneklem büyüklüğüne uygunluğunu değerlendirmek için KMO ve Bartlett's Sphericity testleri yapılır. Analiz sonucunda KMO değeri 0,81, Bartlett's Sphericity testinden elde edilen sonuç ise anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4791,51$, $p=,000$). KMO değerinin 0,60'dan büyük olması, Bartlett'in Sphericity test sonucu $p<0,05$ 'ten küçük olması testlerin anlamlı olduğunu ve elde edilen verilerin faktör analizi için uygunluğunu ifade eder (Töremen vd. 2015).

Verilerin faktör analizine uygunluğu belirlendikten sonra işleme AFA ile devam edilmiştir. AFA, ölçek geliştirme çalışmalarında hazırlanan ölçeğin yapısal özelliğini anlamak ve açıklık getirmek için kullanılan bir yöntemdir. Araştırmada AFA'ya ilişkin bulgularımız "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin toplam 29 madde, 6 alt ölçekten oluştuğunu ve toplam varyansın gebelik sorumluluğu alt ölçeği %54,41'ini (Tablo 2), hijyen alt ölçeği %49,10'unu (Tablo 3), beslenme alt ölçeği %44,20'sini (Tablo 5), fiziksel aktivite alt ölçeği %62,06'sını (Tablo 8), seyahat alt ölçeği 56,75'ini (Tablo 9), gebeliği kabullenme alt ölçeği %46,67'sini (Tablo 10) açıklamaktadır. Literatürde açıklanan toplam varyansın değeri büyüdükçe faktör gücünün de artması ile ilgili bilgi yer almaktadır (Şencan 2005).

Faktör yük değeri, değişkenlerin faktörle ilişki düzeyini belirleyen bir katsayı değeri olup, ideal sınırı ,32'dir (Çokluk vd. 2014). Ayrıca faktör yük değerinin ,45 ve daha fazla değere sahip olması ise iyi bir ölçüm aracı olabileceğinin göstergesidir (Yiğit vd. 2008). Bir değişkenin, bir faktör ile ilişkili olması onun kusursuz ya da saf değişken olduğunun göstergesidir. Birden çok faktörle ilişkili olan değişken ise, karışık ya da binişik değişken olarak ifade edilir. Çalışmada faktör yüklerini belirlemek için varimax döndürme rotasyonu yapılmıştır. Bu rotasyondaki amaç faktör yüklerinden 1'e yakın olanların faktör gücünü artırmak ve 0'a yakın olanların faktör gücünü azaltarak faktörün anlamlanmasını ve yorumlanabilmesini kolaylaştırmaktadır (Büyüköztürk 2002, Brown 2006). Araştırmada 6 faktörlü 29 maddeden oluşan ölçek faktör yük değerlerinin 0,30 ile 0,84 arasında olduğu, her bir maddenin yalnız tek faktörde yüksek yük değeri verdiği ve binişik madde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2, 3, 6, 8, 9, 10).

Ölçek geçerlik güvenirlik çalışmalarında AFA ile belirlenen yapının doğrulanıp doğrulanmadığı ve veri-model bütünlüğünü değerlendirmek için DFA yapılır. Araştırmada her bir alt boyuta ilişkin DFA uygulanmış ve path diyagramları incelenmiştir. DFA analizinde modelin geçerliğini değerlendirmek için, uyum indisleri incelenir. Sıklıkla yaklaşık hataların ortalama karekökü olan Root-Mean-Square Error Approximation (RMSEA), karşılaştırmalı uyum indisi Comparative Fit Index (CFI), Tucker Lewis uyum indisi (TLI) kullanılır. Çalışmamızda DFA uyum indislerinin; gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde RMSEA=0,071, CFI=0,968,

TLI=0,905, hijyen alt ölçeğinde RMSEA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985, beslenme alt ölçeğinin *beslenme özellikleri* alt boyutunda RMSEA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939, ve *besin kısıtlamaları* alt boyutunda RMSEA=0,033, CFI=0,998, TLI=0,991, fiziksel aktivite alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=0,999, TLI=0,998, seyahat alt ölçeğinde RMSEA=0,014, CFI=1,000, TLI=0,999, gebeliği kabullenme alt ölçeğinde RMSEA=0,001, CFI=1,000, TLI=1,000 olduğu belirlenmiştir (Tablo 12). Uyum indislerinin değerlendirilmesinde, RMSEA için $0 \leq RMSEA \leq 0,050$ iyi uyum ve $0,050 \leq RMSEA \leq 0,080$ kabul edilebilir uyum, CFI'nin değerlendirilmesinde $0,970 \leq CFI \leq 1,00$ iyi uyum, $0,950 \leq CFI \leq 0,970$ kabul edilebilir uyum olduğunu göstermektedir (Eray Çelik ve Yılmaz 2016). TLI değeri için $0,970 \leq TLI \leq 1,000$ kabul edilebilir değerdir. Buna göre geliştirilen ölçeğin gebelik sorumluluğu alt ölçeği ve beslenme özellikleri alt boyutu modelin kabul edilebilir, besin kısıtlamaları alt boyutu ile hijyen, fiziksel aktivite, seyahat ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri modelin iyi uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır. Elde edilen uyum indislerine doğrultusunda modelin geçerli olduğu belirlenmiştir.

Ölçek çalışmalarında bir değişken üzerinde başka değişkenlerin etkisinin araştırılması gereken durumlarda regresyon analizine başvurulur. Çalışmada DFA sonucunda standartlaştırılmış regresyon katsayılarının gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde 0,41 ile 0,68 (Şekil 1), hijyen alt ölçeğinde 0,38 ile 0,62 (Şekil 2), beslenme alt ölçeğine ait beslenme özellikleri alt boyutunda 0,34 ile 0,72 (Şekil 3) ve besin kısıtlaması alt boyutunda 0,40 ile 0,67 (Şekil 4), fiziksel aktivite alt ölçeğinde 0,58 ile 0,82 (Şekil 5), seyahat alt ölçeğinde 0,54 ile 0,87 (Şekil 6) ve gebeliği kabullenme alt ölçeğinde 0,42 ile 0,73 (Şekil 7) arasında değiştiği bulunmuştur. Buna göre, ölçeğin faktör yapısını gösteren modelin alt boyutlarıyla ilişkisini açıklayan katsayılar incelendiğinde, tüm katsayıların oldukça yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.

Ölçek geliştirme çalışmalarında, alt ölçek ve boyutların kendi aralarında orta ya da yüksek düzeyde (en az 0,25 ve en fazla 0,90) ilişkili olması beklenmektedir (Çakır 2014). Ölçeğin alt ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi incelendiğinde, faktörlerin yeterli iç tutarlık ve uyum katsayılarına sahip olduğu, her bir alt ölçek ve boyut arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Faktörlerin

yeterli iç tutarlık ve uyum katsayılarına sahip olduğu ve her bir alt boyut arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre gebelik sorumluluğu ile hijyen arasında 0,258'lik, gebelik sorumluluğu ile beslenme arasında 0,311'lik, gebelik sorumluluğu ile gebeliği kabullenme arasında 0,259'luk, gebelik sorumluluğu ile gebelik sorumluluğu arasında 0,285'lik, hijyen ile beslenme arasında 0,353'lük, hijyen ile gebeliği kabullenme arasında 0,308'lik, beslenme ile seyahat arasında 0,310'luk, beslenme ile gebeliği kabullenme 0,324'lük, seyahat ile gebeliği kabullenme arasında 0,274'lük, gebeliği kabullenme ile gebelik sorumluluğu arasında 0,281'lik korelasyon mevcut olup istatistiksel olarak genellikle birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen pozitif zayıf anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo 13).

Bir ölçme aracının geçerli olduğu kadar güvenilir de olması gerekir. Güvenirlik, ölçek maddelerine verilen cevaplar arasındaki tutarlılık olarak tanımlanır. Ölçme aracının ölçülmesi istenilen özelliği ne derece doğru ölçtüğü ile ilgilidir. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin güvenilirlik analizleri madde toplam puan korelasyonu ve Cronbach alfa katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Madde korelasyon analizi, ölçekte yer alan her maddenin ölçeğin tamamıyla ölçülmek istenen tutumun ne düzeyde ölçüldüğünü belirlemek için kullanılır. Madde toplam puan korelasyonu yapı geçerliliğinin sağlanması hakkında bulgular sunar (Özcan Tukelman 2017). Çalışmada geliştirilen ölçeğin madde korelasyon analizi incelendiğinde ölçeğin düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu 0,20 ile 0,52 arasında değiştiği görülmektedir (Tablo 14). Madde toplam puan korelasyonunun 0,30 ve üzerinde olması, maddelerin ölçülmek istenen özellik bakımından aynı özelliği ölçebildiğini (Büyüköztürk 2006) ifade etmekten, literatürde madde toplam puan korelasyonunun 0,20 ile 0,40 arasında değişmesinin de kabul edilebilir bir ilişki olabileceği bildirilmektedir (Kaya vd. 2006). Çalışmamızda Cronbach alfa değerlerinin yüksek olması nedeniyle maddelerin ölçülen özelliği temsil edebildiği söylenebilir.

Tutum ölçeklerine ilişkin elde edilen Cronbach alfa katsayısı, ölçme aracının güvenilirliğinin göstergesidir. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'ne ait Cronbach alfa katsayıları gebelik sorumluluğu alt ölçeği için 0,713, hijyen alt ölçeği

için 0,644, beslenme alt ölçeği için 0,726, beslenme özellikleri alt boyutu için 0,689, besin kısıtlaması alt boyutu için 0,615, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0,693, seyahat alt ölçeği için 0,808 ve gebeliği kabullenme alt ölçeği için 0,626 ve ölçek toplamı için 0,831 olarak bulunmuştur (Tablo 15). Yaşar (2014) güvenilirlik katsayısı ile ilgili ölçüt değerleri aşağıdaki şekilde ifade etmektedir.

$0,00 < \alpha < 0,40$ aralığında ölçek güvenilir değil,

$0,41 < \alpha < 0,60$ aralığında ölçek düşük güvenilirlikte,

$0,61 < \alpha < 0,80$ aralığında ölçek orta düzeyde güvenilir,

$0,81 < \alpha < 1,00$ aralığında ölçek yüksek düzeyde güvenilirdir.

Ölçeğin zamana karşı değişmezliği test-tekrar test katsayısı ile belirlenir. Cevaplayıcıların test-tekrar test güvenilirliklerine İntra Class Corelasyon (ICC) ile bakılmıştır. ICC katsayısı 0 ile 1,0 arasında değer alması gerekir. ICC değerinin 0 olması güvenilir olmadığını, 1 olması mükemmel güvenilirlik olarak değerlendirilmektedir. Geliştirilen ölçeğin alt ölçeklerine ilişkin ICC katsayılarının 0,70 ile 0,91 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 16). ICC değeri 1'e yaklaştıkça ölçeğin güvenilirliği artar (Weir 2005). Analiz sonucunda test-tekrar test değerleri yüksek olup, ölçeğin güvenilirliği oldukça yüksektir.

Çalışmadan elde edilen DFA sonuçlarına göre Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin ve alt ölçeklerin yüksek düzeyde güvenilir olduğu ve çalışmalarda kullanılabileceğine karar verilmiştir.

5.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile İlişkisine Yönelik Bulguların Tartışılması

Bu bölümde geliştirilen "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" puanlarının yaş, eğitim, medeni durum, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, gebelik sayısı, gebelik haftası ve gebelik trimesteri açısından karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Sağlıklı yaşam davranışları yaş kriteri ile ilişkilidir. Ölçek puanlarının gebelerin yaşı ile ilişkisi incelendiğinde yaş ile gebelik sorumluluğu, beslenme alt ölçekleri arasında pozitif, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında da negatif zayıf bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Buna göre yaş arttıkça gebelik sorumluluğu ve beslenme puanları artmakta, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme puanları azalmaktadır (Tablo 17). Gebelerin sağlıklı yaşam davranışları ile yaş faktörü doğrusal ilişkilidir (Gökyıldız vd. 2013). Sağlıklı yaşam davranışları ile ilgili araştırmalarda sağlık sorumluluğu (Yalçınkaya vd. 2007, Kocaakman 2010, Özyazıcıoğlu vd. 2011) ve beslenme şekline dikkat etmenin yaşla birlikte arttığı belirtilmektedir (Altay 2006, Yalçınkaya vd. 2007). Demirbaş ve Kadioğlu (2014) kadınların gebeliğe uyumunu belirlemek için yaptığı araştırmada yaşın önemli bir kriter olmadığı sonucuna varmıştır. Özyazıcıoğlu vd. (2011) araştırmasında yaş arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Yaş faktörü ile ölçek puanları arasındaki ilişkiye ait bulgularımız literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir.

Eğitim seviyesi ile sağlıklı yaşam davranışları yakından ilişkilidir. Literatürde eğitim düzeyinin artması ile sağlıklı yaşam davranışlarının arttığını bildiren pek çok çalışma bulunmaktadır (Cockerham 2005, Koçoğlu 2006, Yadollahi et al. 2007, Altundaş 2009, Gökyıldız vd. 2013, Onat ve Aba 2014, Rabiepoor et al. 2017). Ölçeğin gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre ve ilköğretim ve lise mezunlarının üniversite ve üzeri mezunlara göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=12,723$, $p=0,005$). Hijyen alt ölçeğinde ise; herhangi bir okuldan mezun olmayan/ilköğretim mezunu gebelerin, lise mezunu, üniversite ve üzeri mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($H=49,974$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeğinde, herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim, lise ve üniversite mezunlarına göre ve ilköğretim ve lise mezunlarının üniversite ve üzeri mezunlara göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=14,215$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt ölçeğinde, herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin, ilköğretim, lise mezunu, üniversite ve üzeri mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

belirlenmiştir ($H=9,510$, $p=0,023$) (Tablo 18). Gebelerin eğitim seviyesi gebeliğe uyumu etkilemektedir (Dönmez vd. 2018). Ayrıca gebelerin eğitim durumu ile gebeliği kabullenme ve annelik rolü arasında doğrusal bir ilişki vardır (Demirbaş ve Kadioğlu 2014). Yalçinkaya vd. (2007) gebelerin eğitim düzeyi arttıkça sağlık sorumluluğu düzeyinin de attığını bulmuştur. Gebelerde öğrenim durumu ile hijyen davranışlarının kıyaslandığı çalışmalarda lise, üniversite ve üstü eğitim seviyesine sahip olan kadınların genital hijyeni, okuma yazma bilmeyen/ilköğretim mezunlarına göre daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Yağmur 2007, Palas ve Karaçam 2013). Onat ve Aba (2014)'nin çalışmasında liseden daha az eğitim düzeyi olan gebelerin yüksek okul ve daha üzeri eğitim düzeyindeki gebelere göre beslenme puanı düşüktür. Literatürde eğitim düzeyi ile gebelikte seyahat ilişkisinin kıyaslandığı çalışma ile karşılaşılmamış olup, yüksek eğitim düzeyine sahip çalışan gebelerin seyahat etme olasılığının daha düşük eğitim seviyesindeki gebelere göre fazla olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma sonuçları “Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği” puanlarının eğitim durumuna göre kıyaslanmasına ilişkin bulgumuzu destekler niteliktedir.

Sağlıklı yaşam davranışları, kadınların çalışma durumundan etkilenmektedir (Saydam 2007, Onat ve Aba 2014). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar gebelerin çalışma durumu açısından incelendiğinde beslenme, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde anlamlı bir ilişki olmadığı, gebelik sorumluluğu, hijyen ve seyahat alt ölçeklerinden ise anlamlı düzeyde istatistiksel olarak daha yüksek puan aldığı sonucuna varılmıştır (Tablo 20). Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010)'nin gebelikte özbakım gücünü değerlendirdikleri çalışmada, çalışan gebelerin özbakım gücünün daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Aynı şekilde Altıparmak (2006)'ın gebelerde özbakım gücü ile ilgili yaptığı çalışmada çalışan gebelerin, çalışmayan gebelere göre daha fazla özbakım gücüne sahip olduğu belirlenmiştir. Çalışan kadınların özbakım gücünün daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar, "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nden çalışan gebelerin hijyen alt ölçeğinden daha yüksek puan almaları ile ilişkilendirilebilir. Literatürde gebelikte çalışma durumunun sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisini gösteren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak çalışan gebelerin çalışma ortamında kendine daha fazla dikkat etmesi gerektiği ile gebelik

sorumluluğunun yüksek olması ve seyahat etme olasılığının yüksek olması ile gebelikte seyahat kurallarına daha fazla dikkat etmelerinin bağlantılı olabileceği düşünülmüştür.

Gelir seviyesi sağlıklı yaşam davranışları üzerinde etkili bir faktördür (Gökyıldız vd. 2013, Rabiemoor 2017). Düşük gelir seviyesi ile sağlıklı yaşam davranışlarının özellikle sağlık sorumluluğu, hijyen ve gebeliği kabullenmenin olumsuz etkileneceği düşünülmektedir. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanlar gebelerin gelir durumu açısından karşılaştırıldığında gebelik sorumluluğu, hijyen ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, beslenme, fiziksel aktivite ve seyahat alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 21). Gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde, gelirin giderinden fazla olduğunu beyan eden gebeler, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır ($H=8,5$, $p=0,014$). Hijyen alt ölçeğinde geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderine denk ve fazla olanlardan istatistiksel olarak daha düşük puana sahiptir ($H=11,8$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt boyutu için, geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderinden fazla olanlara kıyasla ve geliri giderinden fazla olan gebeler ise geliri giderine denk olan gebelere göre daha düşük puan almıştır ($H=17,2$, $p=0,000$). Daşkan vd. (2015) kadınların genital hijyen tutumları ve genital yol enfeksiyonları sosyoekonomik düzey ile doğrusal ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ilgaz vd. (2015) sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kadınların, genital hijyen davranışları envanterinden yüksek puan aldıklarını belirlemiştir. Gebelerin uygun olmayan genital hijyen uygulamaları ve genital yol enfeksiyonu ile hijyen alt ölçeğinin düşük ekonomik düzeyi olan gebelerde düşük puan alması ilişkilendirilmiştir. Literatürde yüksek geliri olan gebelerin, orta ve düşük geliri olan gebere oranla daha iyi seviyede gebeliğe ve anneliğe uyumu olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (Yılmaz ve Kızılkaya Beji 2010, Demirbaş ve Kadioğlu 2014). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçek puanları ile gebelerin gelir durumu ilişkisi literatür ile uyumlu bulgu olarak değerlendirilmiştir.

Kadınların gebelik sayıları, sağlıklı yaşam davranışlarını ve yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Kadının gebelik sayısı arttıkça kendine ve varolan gebeliğine

ayıracağı zaman azalmakta olup, doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma seviyesi düşmektedir (Pirinçi vd. 2010). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanların gebelik sayısı ile ilişkisi incelendiğinde gebelik sayısı ile gebelik sorumluluğu, beslenme ve seyahat alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, hijyen, fiziksel aktivite, gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Buna göre gebelik sayısı arttıkça hijyen ($r=-0,097$, $p=0,009$), fiziksel aktivite ($r=-0,151$, $p=0,000$), gebeliği kabullenme ($r=-0,094$, $p=0,012$) alt ölçeklerinin puanları azalmaktadır. Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji (2010) gebelerde özbakım seviyesinin gebelik sayısı 1 olanların, 2 ve üzeri olanlara göre daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır. Literatürde doğum sayısı ile hijyen yetersizliğine bağlı vaginal enfeksiyon arasında ilişki kuran araştırmalar yer almaktadır (Patel et al. 2005). Literatürde yer alan bu araştırma sonuçlarına göre gebelik sayısı ile hijyenin ters orantıya sahip olduğu görülmektedir. Richardsen (2016)'in araştırmasında gebelikte fiziksel aktiviteye çocuk sayısının etki ettiğini, çocuk sayısı arttıkça fiziksel aktivitenin azaldığı sonucuna ulaşmıştır. Rabiepoor (2017) araştırmasında ilk gebeliği olan kadınların birden fazla sayıda gravidaya sahip olan gebelere göre fiziksel aktivitesini yüksek bulmuştur. Ayrıca gebelik sayısının artması ile istenmeyen gebeliklerin ortaya çıkması ilişkilendirilmiş olup, gebeliği kabullenmenin güçleşebileceği düşünülmüştür. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçek puanları ile gebelik sayısı değişkeni kıyaslandığında bulgularımızın literatür ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin yaşam davranışları ve duygulanımları trimesterlere göre farklılık göstermektedir. Birinci trimester ambivalan duyguların hakim olduğu, gebeliği kabullenme ve uyum sürecinin sağlanmaya çalışıldığı dönemdir. İkinci trimester bebek hareketlerinin hissedilmesi ve bebeğin ultrasonla görüntülenmesi ile gebenin sürece uyum sağladığı, bebeğin varlığının ve gebeliğin kabullenildiği bir süreçtir. Üçüncü trimester uyumun yeniden bozulduğu ve doğum korkusunun hakim olduğu dönemdir (Metin 2014). Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nden alınan puanların gebelik trimesterine göre ile ilişkisi incelendiğinde hijyen, beslenme ve seyahat alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, gebelik sorumluluğu, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde ilişki olmadığı

belirlenmiştir (Tablo 23). Hijyen alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=13,3$, $p=0,001$). Beslenme alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=27,2$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeği için, ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin ilk trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ($H=4,0$, $p=0,132$). Gebelik süreci ilerledikçe gebeler beslenme ve hijyene daha fazla özen göstermektedir. Ayrıca son trimesterde olan gebelerin fiziksel yükünün artması, doğum korkusu, erken doğum ve bebeğini kaybetme endişesi gibi nedenlerle seyahat puanının düşük olduğu düşünülmektedir.

Gebeliğin ilk haftasından itibaren fiziksel ve duygusal değişiklikler yaşanmaktadır. Gebeliğin planlı olma ve istenme durumuna göre yaşanabilecek değişikliklere uyum kolaylaşabilmektedir (Babacan Gümüş vd. 2011, Eryılmaz 2017). Ölçek puanların gebelik haftası ile ilişkisi incelendiğinde; gebelik sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinin gebelik haftası ile anlamlı ilişki göstermediği, hijyen, beslenme, seyahat ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 24). Buna göre, gebelik haftası arttıkça hijyen ($r=0,101$, $p=0,007$), beslenme ($r=0,170$, $p=0,000$), seyahat ($r=0,097$, $p=0,009$), gebeliği kabullenme ($r=0,081$, $p=0,031$) alt ölçeklerinin puanları artmaktadır. Ölçek puanlarının gestasyonel hafta ile hijyen, beslenme, seyahat ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki göstermesi beklenen bir sonuçtur. Gebelik ilerledikçe ve bebeğin varlığı hissedilmeye başlandıkça, gebeliğin varlığını kabullenmesi ve daha sağlıklı yaşam davranışlarına yöneldiği bilinmektedir. Literatürde gebelik haftasının sağlıklı yaşam davranışları üzerindeki etkisini gösteren herhangi bir çalışmayla karşılaşılmamış olup, istenen ve planlı gebelerin gebeliği kabullenme sürecine daha uyumlu olması (Babacan Gümüş vd. 2011, Eryılmaz 2017), beslenme (Aksu vd. 2010) ve hijyenin (Demirbaş ve Kadioğlu 2014) daha iyi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuç

Gebelerin yaşam aktivitelerini belirlemek ve bu duruma bağlı gelişebilecek risklere karşı önlem almak amacıyla geliştirilen Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve yapılan geçerlik güvenirlik çalışmalarından elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmanın sonuç bölümü geçerlik ve güvenirlik analizlerine ilişkin sonuçlar ve ölçek puanlarının sosyo-demografik ve gebelik özellikleri ile karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar olmak üzere 2 başlık altında sunulmuştur.

6.1.1. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Analizlerine İlişkin Sonuçlar

- Çalışmada KMO değeri 0,81, Barlett'S Sphericity testinden elde edilen sonuç ise anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=4791,51$, $p=.000$).
- Araştırmada AFA'ya ilişkin bulgularımız "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin toplam 29 madde, 6 alt ölçekten oluştuğunu ve toplam varyansın gebelik sorumluluğu alt ölçeği %54,41'ini (Tablo 2), hijyen alt ölçeği %49,10'unu (Tablo 3), beslenme alt ölçeği %44,20'sini (Tablo 5), fiziksel aktivite alt ölçeği %62,06'sını (Tablo 8), seyahat alt ölçeği 56,75'ini (Tablo 9), gebeliği kabullenme alt ölçeği %46,67'sini (Tablo 10) açıkladığı belirlenmiştir.
- Çalışmada faktör yük değerlerinin 0,30-0,84 arasında olduğu, her bir maddenin yalnız tek faktörde yüksek yük değeri verdiği ve binişik madde olmadığı belirlenmiştir (Tablo 2, 3, 6, 8, 9, 10).
- Çalışmada DFA uyum indislerinin; gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde RMSEA=0,071, CFI=0,968, TLI=0,905, hijyen alt ölçeğinde RMSEA=0,036, CFI=0,995, TLI=0,985, beslenme alt ölçeğinin *beslenme özellikleri* alt boyutunda RMSEA=0,062, CFI=0,968, TLI=0,939, ve *besin kısıtlamaları* alt

boyutunda $RMSEA=0,033$, $CFI=0,998$, $TLI=0,991$, fiziksel aktivite alt ölçeğinde $RMSEA=0,001$, $CFI=0,999$, $TLI=0,998$, seyahat alt ölçeğinde $RMSEA=0,014$, $CFI=1,000$, $TLI=0,999$, gebeliği kabullenme alt ölçeğinde $RMSEA=0,001$, $CFI=1,000$, $TLI=1,000$ olduğu belirlenmiştir (Tablo 12).

- Çalışmada DFA sonucunda standartlaştırılmış regresyon katsayılarının gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde 0,41 ile 0,68 (Şekil 1), hijyen alt ölçeğinde 0,38 ile 0,62 (Şekil 2), beslenme alt ölçeğine ait beslenme özellikleri alt boyutunda 0,34 ile 0,72 (Şekil 3) ve besin kısıtlaması alt boyutunda 0,40 ile 0,67 (Şekil 4), fiziksel aktivite alt ölçeğinde 0,58 ile 0,82 (Şekil 5), seyahat alt ölçeğinde 0,54 ile 0,87 (Şekil 6) ve gebeliği kabullenme alt ölçeğinde 0,42 ile 0,73 (Şekil 7) arasında değiştiği bulunmuştur.
- Ölçeğin alt ölçek ve alt boyutları arasındaki ilişki düzeyi incelendiğinde, faktörlerin yeterli iç tutarlık ve uyum katsayılarına sahip olduğu, her bir alt ölçek ve boyut arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Faktörlerin yeterli iç tutarlık ve uyum katsayılarına sahip olduğu ve her bir alt boyut arasında pozitif yönlü zayıf anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna göre gebelik sorumluluğu ile hijyen arasında 0,258'lik, gebelik sorumluluğu ile beslenme arasında 0,311'lik, gebelik sorumluluğu ile gebeliği kabullenme arasında 0,259'lük, gebelik sorumluluğu ile gebelik sorumluluğu arasında 0,285'lik, hijyen ile beslenme arasında 0,353'lük, hijyen ile gebeliği kabullenme arasında 0,308'lik, beslenme ile seyahat arasında 0,310'lük, beslenme ile gebeliği kabullenme 0,324'lük, seyahat ile gebeliği kabullenme arasında 0,274'lük, gebeliği kabullenme ile gebelik sorumluluğu arasında 0,281'lik korelasyon mevcut olup istatistiksel olarak genellikle birbiriyle tutarlı ve aynı özelliği ölçen pozitif zayıf anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (Tablo 13).
- Çalışmada geliştirilen ölçeğin madde korelasyon analizi incelendiğinde ölçeğin düzeltilmiş madde toplam puan korelasyonu ,20 ile ,52 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 14).
- Ölçeğe ait Cronbach alfa katsayıları gebelik sorumluluğu alt ölçeği için 0,713, hijyen alt ölçeği için 0,644, beslenme alt ölçeği için 0,726, beslenme özellikleri alt boyutu için 0,689, besin kısıtlaması alt boyutu için 0,615, fiziksel aktivite alt ölçeği için 0,693, seyahat alt ölçeği için 0,808 ve gebeliği

kabullenme alt ölçeği için 0,626 ve ölçek toplamı için 0,831 olarak bulunmuştur (Tablo 15).

- Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliklerine İnter Class Corelasyon (ICC) ile bakılmıştır. Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin ICC katsayılarının 0,70-0,91 arasında değiştiği belirlenmiştir (Tablo 16).

6.1.2. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Puanlarının Sosyo-Demografik ve Gebelik Özellikleri ile İlişisine Yönelik Sonuçlar

- Ölçek puanlarının gebelerin yaşı ile ilişkisi incelendiğinde, yaş ile gebelik sorumluluğu, beslenme alt ölçekleri arasında pozitif, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında da negatif zayıf bir ilişki bulunduğu belirlenmiştir. Buna göre yaş arttıkça gebelik sorumluluğu ($r=0,130$, $p=0,000$) ve beslenme alt ölçeklerinin puanları ($r=0,079$, $p=0,034$) artmakta, fiziksel aktivite ($r=-0,123$, $p=0,001$) ve gebeliği kabullenme ($r=-0,097$, $p=0,009$) alt ölçeklerinin puanları azalmaktadır (Tablo 17).
- Ölçekten alınan puanlar gebelerin eğitim durumu açısından incelendiğinde beslenme ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinin eğitim durumu ile ilişkisi olmadığı, gebelik sorumluluğu, hijyen, seyahat, gebeliği kabullenme alt ölçekleri ile anlamlı ilişki gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 18). Ölçeğin gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde ilköğretim ve lise mezunlarının herhangi bir okuldan mezun olmayanlara göre yüksek, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip olanlara göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=12,723$, $p=0,005$). Hijyen alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan/ilköğretim mezunu gebelerin, lise ve üniversite ve üzeri mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($H=49,974$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim ve lise mezunlarına göre, ilköğretim ve lise mezunlarının, üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir ($H=14,215$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt ölçeğinde, herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim, lise, üniversite ve üzeri

mezunlara oranla daha düşük puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($H=9,510$, $p=0,023$).

- Ölçekten alınan puanlar, gebelerin medeni durumu açısından incelendiğinde gebelik sorumluluğu ($p=0,256$), hijyen ($p=0,676$), beslenme ($p=0,24$), fiziksel aktivite ($p=0,624$), seyahat ($p=0,688$), gebeliği kabullenme ($p=0,539$) alt ölçeklerinin ortanca değerleri medeni durum ile ilişki göstermemektedir (Tablo 19).
- Ölçekten alınan puanlar gebelerin çalışma durumu açısından incelendiğinde beslenme, fiziksel aktivite, gebeliği kabullenme alt ölçekleri ile çalışma durumu arasında istatistiksel olarak fark bulunmazken, gebelik sorumluluğu, hijyen ve seyahat alt ölçeklerinin puanları yüksek bulunmuştur (Tablo 20). Gebelik sorumluluğu ($p=0,056$), hijyen ($p=0,000$), seyahat alt ölçeğinin ortanca değerleri ($p=0,010$) çalışma durumu ile ilişkili bulunmuştur.
- Ölçekten alınan puanlar gebelerin gelir durumu açısından karşılaştırıldığında gebelik sorumluluğu, hijyen ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, beslenme, fiziksel aktivite ve seyahat alt ölçekleri arasında istatistiksel açıdan farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 21). Gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde, gelirinin giderinden fazla olduğunu beyan eden gebeler, diğerlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük puan almıştır ($H=8,5$, $p=0,014$). Hijyen alt ölçeğinde geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderine denk ve fazla olanlardan istatistiksel olarak daha düşük puana sahiptir ($H=11,8$, $p=0,003$). Gebeliği kabullenme alt boyutu için, geliri giderinden az olan gebeler, geliri giderinden fazla olanlara kıyasla ve geliri giderinden fazla olan gebeler ise geliri giderine denk olan gebelere göre daha düşük puan almıştır ($H=17,2$, $p=0,000$).
- Ölçek puanlarının gebelik sayısı ile ilişkisi incelendiğinde gebelik sayısı ile gebelik sorumluluğu, beslenme ve seyahat alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, hijyen, fiziksel aktivite, gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (Tablo 22). Buna göre gebelik sayısı arttıkça hijyen ($r=-0,097$, $p=0,009$), fiziksel aktivite ($r=-0,151$, $p=0,000$), gebeliği kabullenme ($r=-0,094$, $p=0,012$) alt ölçeklerinin puanları azalmaktadır.

- Ölçekten alınan puanlar trimesterlere göre karşılaştırıldığında hijyen, beslenme ve seyahat alt ölçeklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, gebelik sorumluluğu, fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt ölçeklerinde ilişki olmadığı belirlenmiştir (Tablo 23). Hijyen alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=13,3$, $p=0,001$). Beslenme alt ölçeği için, ilk ve ikinci trimesterde olan gebelerin üçüncü trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha düşük puan aldıkları belirlenmiştir ($H=27,2$, $p=0,000$). Seyahat alt ölçeği için, ikinci ve üçüncü trimesterde olan gebelerin ilk trimesterde olan gebelere göre istatistiksel olarak daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir ($H=4,0$, $p=0,132$).
- Ölçekten alınan puanların gebelik haftası ile ilişkisi incelendiğinde gebelik sorumluluğu ve fiziksel aktivite alt ölçeklerinin gebelik haftası ile anlamlı ilişki göstermediği, hijyen, beslenme, seyahat ve gebeliği kabullenme alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak pozitif zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 24). Buna göre, gebelik haftası arttıkça hijyen ($r=0,101$, $p=0,007$), beslenme ($r=0,170$, $p=0,000$), seyahat ($r=0,097$, $p=0,009$), gebeliği kabullenme ($r=0,081$, $p=0,031$) alt ölçeklerinin puanları artmaktadır.

Bu sonuçlar, "Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin çalışmalarda kullanılabilir ve güvenilir bir ölçme aracı olduğunu göstermektedir.

"Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" kadınların kendileri tarafından doldurulan, beşli likert tipinde bir ölçektir. Ölçek, toplam 29 madde ve 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Buna göre ölçek alt boyutları ve oluşturan maddeler aşağıdaki gibidir.

- Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği: 1, 2, 3, 4. maddeler
- Hijyen Alt Ölçeği: 5, 6, 7, 8. maddeler
- Beslenme Alt Ölçeği: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17. maddeler
- Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği: 18, 19, 20. maddeler
- Seyahat Alt Ölçeği: 21, 22, 23, 24, 25. maddeler
- Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği: 26, 27, 28, 29. maddeler

Ölçeğin her bir alt ölçek çalışmalarda tek başına kullanılabilir. Ölçekte ters girişli madde bulunmamaktadır. Ölçek maddeleri “*her zaman*”dan “*hiçbir zaman*”a doğru 5’den 1’e sayısal değerler verilerek puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, sağlıklı yaşam davranışlarının olumlu/yüksek olduğunu göstermektedir (Ek 6: Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Nihai Form).

6.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir. Araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda öneriler bölümü araştırmacılara öneriler ve ebelere öneriler olmak üzere iki başlık halinde sunulmuştur.

6.2.1. Araştırmacılar İçin Öneriler

- Geliştirilen ölçek gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarını belirlemek için çeşitli çalışmalarda kullanılabilir.
- Yüksek riskli gebeliklerde sağlıklı yaşam davranışları ile mevcut risklerin ilişkilendirilmek istenen çalışmalarda kullanılabilir.

6.2.2. Ebeler İçin Öneriler

- Geliştirilen ölçeği ebeler çalışma sahasında uygulayarak gebelerin yanlış tutumlarını tespit edilebilir, gerekli olan girişimlerle gebenin sağlıklı bir süreç yaşaması ve uygun olmayan tutumlarından kaynaklanan sağlık sorunlarının önüne geçilebilir.
- Ebeler sağlıklı toplumun oluşması için prekonsepsiyonel, gebelik, doğum, doğum sonrası süreçte sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlıklı yaşam davranışları konusunda hizmet içi eğitim programları ile gebelikte sağlıklı yaşam uygulamaları, önemi, olası risklere karşı eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile gebelerde sağlıklı yaşam davranışları gelişimine katkı sağlanabilir.

7. KAYNAKLAR

Acar H, Akar M, Baykara Acar Y. (2016). Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Değer Yönelimleri. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 24:1, s. 97-118.

ACOG (2009). Hamilelikte Hava Yolculuğu. Komite Görüş No: 443, *Obstet Gynecol*, 114(4): 954.

ACOG (2015). Hamilelikte Egzersiz ve Fiziksel Aktivite ve Postpartum Süreci. Komite Görüş No: 650, *Obstet Gynecol*, 126(650): p. 135–142.

Açar Eser A, Kaygusuz İ, İnegöl Gümüş İ, Köşüş A, Köşüş N. (2015). Sleep Abnormalities in Pregnancy: Review. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 25(4):250.

Açıksöz S, Uzun Ş, Arslan F. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55.

Akdeniz V, Kınık Ö, Yerlikaya O, Akan E. (2016). İnsan Sağlığı ve Beslenme Fizyolojisi Açısından Çinkonun Önemi. *Akademik Gıda*, 14(3), s. 307-314.

Akgün N. (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar ile İlişkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. G. Pekcan).

Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B. (2018). Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences (NWSALS)*, 4b0016; 13(2), s. 11-20.

Aksu H, Sevil Ü, Yurtsev E, Güvendiren G. (2010). Nöral Tüp Defektleri ve Folik Asit. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3).

Aktan B. (2015). Klinik Pilates Egzersizleri ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitimine Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. T. Akbayrak).

Altay B, Çavuşoğlu F, Güneştaş İ. (2015). Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Çalışan Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(1), s. 12-18.

Altay B. (2006). Samsun 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Evli Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 23(1): s. 1-8.

Altıparmak S, Coşkun AM. (2016). Doğum Öncesi Verilen Eğitimin Gebenin Bilgi Düzeyi ile Memnuniyet Durumuna Etkisi, *Journal of Human Sciences*, 13(2), s. 2610-2624.

Altıparmak S, Koca Kutlu A. (2009). 15-49 Yaş Grubu Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(5), s. 421-426.

Altıparmak S. (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5 (6).

Altundaş P. (2009). Gebelikteki Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç Dr. N. Soğukpınar).

Aluş Tokat M. (2009). Antenatal Dönemde Verilen Eğitimin Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. H. Okumuş).

Arıncan SA, Dönmez EE, Bütün Z, Bilgiç MT, Muhcu M. (2017). Gebelikte Multivitamin Kullanımının Doğum Ağırlığına Etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 25(2). s. 71-75.

Arizabaleta AVM, Buitrago LO, de Plata ACA, Escudero MM, Ramirez-Velez R. (2010). Aerobic Exercise During Pregnancy Improves Health-Related Quality of Life: a Randomised Trial. *J Physiother*, 56(4), p. 253-8.

Arslan T, Başgül Yiğiter A. (2016). Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. *Turkish Family Physician*, 3(2).

Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. (2014). Physical Activity and the Risk of Preeclampsia: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Epidemiology*, 25(3), p. 331.

- Aydın EK. (2014). Son Trimestirdeki Primipar ve Multipar Gebelerin Beslenme ve Kilo Durumlarının Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı Erzurum, (Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. S. Öztürk).
- Aytuğ Kanber N, Demirel R, Köken G.N. (2011). Gebelere Verilen Beslenme Eğitiminin Anemi Üzerine Etkisinin Belirlenmesi. *TAF Prev Med Bull*,10(1): 45-5.
- Babacan Gümüş A, Çevik N, Hataf Hyusni S, Biçen Ş, Keskin G, Malak AT. (2011). Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler. *Anatol J Clin Investig*,5(1), s. 7-14.
- Bahar Z, Açıl D. (2014). Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(1), p. 59-67.
- Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. (2008). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), s. 1-13.
- Balsak D, Yıldırım Y, Avcı ME, Töz E, Gültekin E, Kayhan K, Yorgun S, Tınar F. (2007). Ege Bölgesinde Yaşayan Gebe Kadınların Gebelik Egzersizleri Hakkındaki Bilgi ve Davranışlarının İncelenmesi. *Trakya Univ Tıp Fak Derg*, 24(3), s. 200-204.
- Bamanikar S, Kee KL. (2013). Knowledge, Attitude and Practice of Oral and Dental Healthcare in Pregnant Women. *Oman Medical Journal*, 28(4), s. 291- 288.
- Bandura A, National Inst of Mental Health. (1986). *Prentice-Hall Series in Social Learning Theory. Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice-Hall, Inc.
- Başol O, Bilge E, Kuzgun Ş. (2012). Öğrencilerin Kariyer Değerlerini Etkileyen Unsurların Tespitine Yönelik Bir Araştırma: Bireysel Değerler. *Electronic Journal of Vocational Colleges*.
- Bayrakçı M. (2007). Sosyal Öğrenme Kuramı ve Eğitimde Uygulanması. *Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*,14, s. 198-210.
- Bilgili N, Ayaz S. (2009). Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(6), s. 497-502.

- Bilgin Z, Ecevit Alpar Ş. (2018). Kadınların Maternal Bağlanma Algısı ve Anneliğe İlişkin Görüşleri. *HSP*, 5(1), s. 6-15.
- Bostan N, Beşer A. (2017). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(1), s. 38-44.
- Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. (2012). Sağlıklı Yaşam Biçimi ve Aile Hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, (TJFMPC)*, 6, s. 13-21.
- Brown TA. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: Guildford Press.
- Bulduk S, Yurt S, Dinçer Y, Ardıç E. (2015). Sağlık Davranışı Modelleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(1), s. 28-34.
- Büyüköztürk Ş. (2006). *Veri Analizi El Kitabı*, Pegem A Yayıncılık 6. Baskı, Ankara.
- Büyüköztürk Ş. (2018). *Veri Analizi El Kitabı*. 24. Baskı, Pegem Akademi, Ankara.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Handbook of Data Analysis for Social Sciences*. Ankara: Pegem-A Publishing.
- Cangöl E, Tokuç B. (2013). Jinekoloji Polikliniğine Başvuran Kadınlarda Genital Enfeksiyon Sıklığı ve Genital Hijyen Davranışları. *Florence Nightingale. Hem. Dergisi*, 21(2), s. 85-91.
- Chandonnet N, Saey D, Almeras N, Marc I. (2012). French Pregnancy Physical Activity Questionnaire Compared with an Accelerometer Cut Point to Classify Physical Activity Among Pregnant Obese Women. *PLoSOne*, 7(6).
- Cihangiroğlu N, Şahin B. (2010). Organizasyonlarda Önemli Bir Fenomen: Psikolojik Sözleşme. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (11), s. 1-7.
- Cihangiroğlu Z, Deveci SE. (2011). Fırat Üniversitesi Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 16(2), s. 78-83.
- Cockerham WC. (2005). Health Lifestyle Theory and the Convergence of Agency and Structure. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, p. 51-67.

Coşkun A, Özdemir Ö. (2009). Gebelikte Vitamin-Mineral Kullanımı ve Beslenmenin İrdelenmesi. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 6(3), s. 155- 70.

Crawford J. (2009). Myles Text for Midwives. In: Fraser DM., Cooper MA. 15 th ed. London; Elsevier Limited, p. 81-100.

Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. (2010). Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(5), s. 487-492.

Çakır A. (2014). Faktör Analizi. İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Doktora Programı, İstanbul, (Danışman: Prof. Dr. H. Şencan).

Çakır F. (2017). Gebelikte Uyku Durumunun Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin Endişe Düzeyi ile İlişkisinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Doç. Dr. F.D. Sayın).

Çalık A, Kapucu S. (2017). Diyabetli Hastalarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Geliştirme: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(2), s. 62-75.

Çelik F, Köse M. (2017). Gebelikte Uyku Kalitesinin Trimester ile İlişkisi. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 18(3), s. 85-88.

Çeliker Tosun Ö, Okyay RE. (2018). Hamilelik Sırasında Gebelerin Fiziksel Aktivite Değişimlerinin İncelenmesi. *HSP*, 5(3), s. 333-341.

Çelikköz D. (2015). Gebelikte Uyku Bozukluklarının Yaşam Kalitesine Etkisi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. G. Pınar).

Çınar Özdemir Ö, Sürmeli M, Özel A, Yavuz İE, Topçuoğlu A, Ankaralı H. (2017). Gebelerde Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22(2).

Çiçek Z. (2012). Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Kadınların Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı doktora Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. B. Erci).

Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. (2012). Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 11(1), s. 87-96.

Çoban A, Yanikkerem E. (2010). Gebelerde Uyku Kalitesi ve Yorgunluk Düzeyi. *Ege Journal of Medicine*, 49(2), s. 87-94.

Çobanlar Akkaş S. (2014). Gebelik Döneminde Eşler Arası Uyum. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, HDK Yüksek Lisans Tezi, Aydın, (Danışman: Doç. Dr. N. Akdolun Balkaya).

Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. (2014). Sosyal Bilimler için Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve LISREL Uygulamaları. 3. Baskı, Pegem Akademi Yayınları, Ankara.

Dağdevire Z, Şimşek Z. (2013). Şanlıurfa İl Merkezindeki Lise Öğrencilerinin Sağlığı Geliştirme Davranışları ve İlişkili Faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 12(2), s. 135-142.

Daşıkın Z, Kılıç B, Baytok C, Kocairi H, Kuzu S. Genital Akıntı Şikâyetiyle Polikliniğe Başvuran Kadınların Genital Hijyen Uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015;4(1).

Daşıkın Z. (2015). Gebelikte Kilo Alımı: Gebe Kadınlar Prenatal Bakımda Doğru Kilo Alım Önerisi Alıyor mu? (Ödemiş / İzmir). *Türkiye Klinikleri J. Gynecol Obst*, 25(1), s. 32-8.

Davis DK. (2004). Myles Midwifery a Textbook for Midwives. In: Henderson C, Macdonald S. 13 th ed. London: Elsevier Limited.

Demirbaş H, Kadioğlu H. (2014). Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(4), s. 200-206.

Demirbaş M, Yağbasan R. (2005). Sosyal Öğrenme Teorisine Dayalı Öğretim Etkinliklerinin, Öğrencilerin Bilimsel Tutumlarının Kalıcılığına Olan Etkisinin İncelenmesi. *Eğitim Fakültesi Dergisi*, XVIII (2), s. 363-382.

- Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelikte Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. *Genel Tıp Derg*, 20(4).
- Dickey RA, Janick JJ. (2001). Lifestyle Modifications in the Prevention and Treatment of Hypertension. *Endocr Pract*, 7(5), s. 392-9.
- Ding XX, Wu YL, Xu SJ, Zhang SF, Jia XM, Zhu RP, Hao JH, Tao FB. (2014). A Systematic Review and Quantitative Assessment of Sleep-Disordered Breathing During Pregnancy and Perinatal Outcomes. *Sleep and Breathing*. 18(4), s. 703-13.
- Dönmez A, Er M, Karaçam Z. (2018). Gebe Okuluna Başvuran Gebelerin Yaşadığı Gebeliğe Bağlı Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi, *Life Sciences (NWSALS)*, 4B0015, 13(1). s. 1-10.
- Elveren C. (2008). Aydın Doğumevinde Doğum Yapmış Olan Kadınların Doğum Öncesi Bakımları ve Gebelik Süresindeki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Aydın, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. A. Gemalmaz).
- Er S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. A. Şirin).
- Eray Çelik H, Yılmaz V. (2016). Lisrel 9.1 ile Yapısal Eşitlik Modellemesi. 3. Baskı, Ankara, s. 35-41.
- Ersin F. (2012). Sağlığı Geliştirme Modelleri ile Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Yönelik Erken Tanı Davranışlarına Etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. Z. Bahar).
- Ertekin Pınar Ş, Arslan Ş, Polat K, Çiftçi D, Cesur B, Dağlar G. (2014). Gebelerde Uyku Kalitesi ile Algılanan Stres Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(3), s. 171-177.
- Eryılmaz S. (2017). Gebelikte Beden İmajı ve Depresif Davranışlar Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Çelik).

Esin MN. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçim, Davranışları Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12(45).

Feather NT. (1975). *Values in Education and Society*, The Free Press, New York.

Feather NT. (1992). Expectancy-Value Theory and Unemployment Effects. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 65(3), p. 15-330.

Feather NT. (1995). Values, Valences. and Choice: The Influence of Values on the Perceived Attractiveness and Choice of Alternatives. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 68, p. 1135-1151.

Garner CD. (2017). *Nutrition in Pregnancy. Uptodate*.

Geçkil E, Yıldız S. (2006). Adölesanlara Yönelik Beslenme ve Stresle Başetme Eğitiminin Sağlığı Geliştirmeye Etkisi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(2).

George A, Shamim S, Johnson M, Dahlen H, Ajwani S, Bhole SE, Yeo AE. (2012). How Do Dental and Prenatal Care Practitioners Perceive Dental Care During Pregnancy? Current Evidence and Implications. *BIRTH*, 39(3), p. 247-238.

Gökyıldız S, Alan S, Elmas E, Bostancı A, Küçük E. (2013). Türkiye'de Gebe Kadınlarda Sağlığı Teşvik Edici Yaşam Tarzı Davranışları. *Uluslararası Hemşirelik Uygulaması Dergisi*, 20 (4), s. 390–397.

Gönenç İM, Çalbayram NÇ. (2017). Gebelerin, Gebe Okulu Programı Hakkındaki Görüşleri ve Eğitim Sonrası Deneyimleri. *Journal of Human Sciences*, 14(2), s. 1609-1620.

Green LW, Kreuter MW. (1990). Health Promotion as a Public Health Strategy for the 1990s Annual Review of Public Health.

Guszkowska M, Langwald M, Dudziak D, Zaremba A. (2013). Influence of a Single Physical Exercise Class on Mood States of Pregnant Women. *J Psychosom Obst Gyn*, 34(2), p. 98–104.

Güler Ç. (2004). Kişisel Hijyen. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(6).

- Güngör I, Beji NK. (2009). İnfertil Çiftlerde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Geliştirme ve Hemşirenin Rolü (Development of Healthy Lifestyle Behaviors in Infertile Couples and Nursing Roles), *Acar Publisher*, s. 163-176.
- Güven E. (2010). Yalova İlinde Yaşayan Farklı Eğitim ve Gelir Düzeyine Sahip Fertlerin Beslenme Alışkanlıkları ve Gıda Güvenliği Bilgisinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ, (Danışman: Prof. Dr. Ş. Kurultay).
- Hadımlı A, Öztürk Can H, Soğukpınar N, Demirel Bozkurt Ö, Baykal Akmeşe Z, Çakır Koçak Y, Sarıcan ES, Karaca Saydam B. (2012). Kadınlar Genital Hijyen Amacıyla mı Vajinal Lavaj Yapıyorlar? *E-Journal Of New World Sciences Academy. Nwsa-MedicalSciences*, 7(3), s. 16-27.
- Helli A, Dolapçioğlu K, Çekiç Ç. (2011). Gebelikte Üriner Sistemde Meydana Gelen Anatomik ve Fizyolojik Değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2, s. 121-3.
- Hezelgrave NL, Whitty CJM, Chappell LC, Shennan AH. (2011). Advising on Travel During Pregnancy. *BMJ*, 342.
- Ilgaz A, Sevinç Ö, Uzun S.U. (2015). İki Farklı Aile Sağlığı Merkezine Kayıtlı Doğurgan Çağdaki Evli Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *TAF PrevMedBull*, 14(2), s. 153-160.
- Ilgın B. (2013). Toplumsal Bir Hastalık: Sosyal Kaytarma. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6/3.
- Jones CA, Chan C. (2014). Bon Voyage: An Update on Safe Travel in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 36(12), p. 1101–1106.
- Karadağ M. (2010). Bir Sağlık Yüksekokulundaki Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesi Davranış ve İnançlarının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J. Nurs SCI*, 2(1), s. 1-10.
- Kartal A, Özsoy SA. (2014). Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İncancına ve Metabolik Kontrole Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, s. 1-15.
- Kaya D, Oskay Ü. (2014). Gebelikte Travma. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2).

- Kaya M, Özvarış ŞB, Altaş H, Altay M, Atik Ç, Aytekin G, Badak E. (2009). Ankara'da Bir Sağlık Ocağına ve Belediyeye Ait Bir Spor Kompleksine Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kadınların Sağlığı Geliştirici Yaşam Biçim Düzeylerinin Belirlenmesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 28, (1).
- Kaya N, Aştı T, Acaroğlu R, Kaya H, Şendir M. (2006). Hemşire Öğrencilerin Sosyotropik-Otonomik Kişilik Özellikleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 10(3).
- Kaya Y, Kızılkaya Beji N, Aydın Y, Hassa H. (2016). Kadınlarda Yaşam Biçimi Davranışlarının Fertilite Üzerine Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), s. 190-196.
- Kaya Y, Kızılkaya Beji N. (2013). Perine Bakımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 35(2), s. 1-8.
- Keskin DD, Keskin S, Çetin O, Verit Atmaca FF, Yücel O, Özdemir Ö. (2013). Gebeliğin İlk Trimesterindeki Anemi Etyolojisinde Mikrobesein Eksikliğinin Önemi, *Perinatoloji Dergisi*, 21(2), s. 72-76.
- Kıdır B. (2017). Eğitimli Genç İşsizliği Üzerinden İşsizlik Kaygısına Bir Bakış. *Çalışma ve Toplum*, 3.
- Kılıcarslan S. (2008). Edirne Şehir Merkezinde ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Edirne, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. M. Şahin).
- Kısa S, Zeyneloğlu S. (2013). Doğum Sonu Servisinde Yatan Kadınların Gebelikteki Ağız Hijyeni Alışkanlıkları ve Diş Hekimine Gitme Durumları. *TAF Prev Med Bull*, 12(1), s. 65-74.
- Ko Y-L, Chen C-P, Lin P-C. (2015). Physical Activities During Pregnancy and Type of Delivery in Nulliparae. *Eur J Sport Sci*, 16(3), p. 374-80.
- Kocaakman M, Aksoy G, Eker HH. (2010). İstanbul İlindeki Hemşirelik Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *S.D.Ü. Tıp Fak. Derg.*, 17(2), s. 19-24.
- Koç Z, Keskin Kızıltepe S, Çınarlı T, Şener A. (2017). Hemşirelik Uygulamalarında, Araştırmalarında, Yönetiminde ve Eğitiminde Kuramların Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(11), s. 62-72.

Koçoğlu D. (2006). Konya Kent Merkezinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Yaşam Kalitesinde Sağlıkta Sosyoekonomik Eşiitsizlikler. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Akın).

Kolu P, Raitanen J, Luoto R. (2014). Physical Activity and Health-Related Quality of Life During Pregnancy: a Secondary Analysis of a Cluster-Randomised Trial. *Maternal and Child Health Journal*, 18(9), p. 2098-2105.

Kolukısa, ř. (2017). Investigation on Nutrition Knowledge Levels, Nutritionand Sports Habits of Pregnants. *Journal of CurrentResearches on Health Sector*, 7 (1), s. 51-60.

Kumcağız H, Ersanlı E, Murat N. (2017). Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(1), s. 23-31.

Lachat MF, Solnik AL, Nana AD, Citron TL. (2011). Periodontal Disease in Pregnancy: Review of the Evidence and Prevention Strategies. *Journal of Perinatal&Neonatal Nursing*, 25(4), p. 319- 312.

Lin YH, Tsai EM, Chan TF, Chou FH, Lin YL. (2009). Health Promoting Lifestyles and Related Factors in Pregnant Women. *Chang Gung Med J*, 32(6), p. 650-661.

Lindgren K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire II, *JOGNN*, 34(4), p. 465-47.

Little RJA ve Rubin DB. (1987). Statistical Analysis with Missing Data. *John A. Wiley & Sons, Inc.*, 2nd edition, New York. EPE.

Madran D. (2006). Üniversite İngilizce Hazırlık Öğrencilerinin Başarı Güdüsü Düzeylerinin Başarıları Üzerine Etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Eğitim Programları ve Öğretim Programı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. U. Altunay).

Magann EF, Chauhan SP, Dahlke JD, McKelvey SS, Watson EM, Morrison JC. (2010). Air Travel and Pregnancy Outcomes: A Review of Pregnancy Regulations and Outcomes for Passengers, Flight Attendants and Aviators. *Obstetrical and Gynecological Survey*, 65(6), p. 396-402.

Mansur AT. (2012). Oral Mukozada Sorular, Sorunlar: Nelere Dikkat Edilmeli? Yapılması ve Kaçınılması Gerekenler. *Türkderm*, 46(2), s. 140-6.

Mecdi M, Hotun NŞ. (2015). Gebelikte Ağız ve Diş Sağlığı. *Sted*. 24(4), s. 163-168.

Mecdi M, Rathfisch G. (2013). Gebelikte Oluşan Rahatsızlıklarda Kanıta Dayalı Uygulamalar. *Florence Nightingale. Hem. Dergisi*, 21(2), s. 38-129.

Metin A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Prof. Dr. T. Pasinlioğlu).

Mihmanlı V, Karahisar G. (2012). Gebelikte Travma. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 46(4).

Minkler M. (1999). Personal Responsibility for Health? A Review of the Argument Sandthe Evidence at Century'Send. *Health Education&Behavior*, 26(1), p. 121-140.

Offenbacher S, Jared HL, O'Reilly PG, Wells SR, Salvi GE, Lawrence HP, Socransky SS, Beck JD. (1998). Potential Pathogenic Mechanisms of Periodontitis Associated Pregnancy Complications. *Ann Periodontol*, 3(1), p. 233-50.

Oğuz AK. (2015). Uçuş Hekimliği ve Hipertansiyon. Türk Kardiyoloji Seminerleri.

Okumuş F, Demirci N. (2014). Türkiye'de Vajinal Duş Gerçeği. *Florence Nightingale. Hem. Dergisi*, 22(1), s. 53-62.

Onat G, Aba YA. (2014). Health-Promoting Lifestyles and Related Factors Among Pregnant Women. *Turk J Public Health*, 12(2).

Osborne JW, Costello AB. (2004). Sample Size and Subject to item Ratio in Principal Components Analysis. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 9(11).

- Öksüz A, Alkan ŞB, Taşkın H, Ayrancı M. (2018). Yaşam Boyu Sağlıklı ve Dengeli Beslenme için Balık Tüketiminin Önemi. *Food And Health*, 4(1), s. 43-62.
- Özalper B. (2014). Gebelikte Beslenme. *Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi*, 2(2), 270-278.
- Özcan Tukelman E. (2017). Genetiği Değiştirilmiş Ürünlere Karşı Üreticilerin Farkındalıkları. Namık Kemal Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Tekirdağ, (Danışman: Prof. Dr. Z. Kayıhan Korkut).
- Özdemir H, Üstüner I, Taş EE, Dikeç A, Avşar AF. (2009). Maternal Beslenme Durumunun Yenidoğan Antropometrik Ölçümleri Üzerine Etkileri. *Turkish Medical Journal*, 3(3), s. 132-6.
- Özhüner Y. (2017). Gebelikte Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Çelik).
- Özkan A, Arslan H. (2007). Gebeliğe Karar Verme, Fizyolojik Yakınmaları Algılama ve Eğitim Gereksinimleri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 38(4).
- Özkan Z. (2012). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Danışman: Yard. Doç. Dr. G. Bozkurt).
- Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. (2011). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(2).
- Palas P, Karaçam Z. (2013). Kadınların Tutukevinde Bulunmalarının Genital Hijyen Uygulamalarına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 16(1), s. 27-35.
- Patel V, Pednekar S, Weiss H, Rodrigues M, Barros P, Nayak B, Tanksale V, West B, Nevrekar P, Kirkwood BR, Mabey D. (2005). Why Do Women Complain of Vaginal Discharge? A Population Survey of Infectious and Psychosocial Risk Factors in a South Asian Community. *Int J Epidemiol*, 34(4), p. 853–862.
- Pekşen Akça R, Akgül H, Tekgöz M. (2016). Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *The Journal Of Social Science*, 3(9), s. 332-339.
- Pender NJ. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice*, Norwalk, Conn: Appleton&Lange, Second Edition, USA.

- Pender NJ. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed). Connecticut: Appleton&Lange Stanford.
- Pirinççi E, Polat A, Köroğlu A, Kumru S. (2010). Bir Üniversite Hastanesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi Bakım Alma Durumu ve Etkileyen Faktörler. *Adnan Menderes Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(2).
- Rabiepoor S, Sadeghi E, Sayyadi H. (2017). Spiritual Health and Physical Activity Among Iranian Pregnant Women. *J Relig Health*, p. 1-10.
- Richardsen KR, Falk RS, Jenum AK, Morkrid K, Martinsen EW, Ommundsen Y. (2016). Predicting Who Fails to Meet the Physical Activity Guideline in Pregnancy:a Prospective Study of Objectively Recorded Physical Activity in a Population-Based Multi Ethnic Cohort. *BMC Pregnancy Childbirth*, 26:16(1), p. 186.
- Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education&Behavior*. 15(2), p. 175-183.
- Rosenstock IM. (2005). Why People Use Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 83(4), s. 1-132.
- Sarınc Ulaşlı S, Ünlü M. (2014). Gebelikte Uyku Sorunları. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(2), s. 237-244.
- Saydam B, Bozkurt OD, Hadımlı AP, Can HO, Soğukpınar N. (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücünün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi (Evaluation of the Effects of Self-Care Capacity on Healthy Life Style Behaviors in Risky Pregnant). *Perinatal Journal*, 15(3), s. 131-139.
- Serçekuş P. (2010). Doğuma Hazırlık Sınıfı ve Bireysel Eğitimin Gebelik ve Postpartum Uyuma Etkisinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. Samiye Mete).
- Sevinç S. (2016). Miyokart İnfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Sağlıklı Yaşam Şekli Değişikliği: Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(14), s. 147-152.
- Smedts HPM, De Vries JH, Rakhshandehroo MD, Wildhagen MF, Verkleij-Hagoort AC, Steegers EA, Steegers-Theunissen RPM. (2009). High Maternal Vitamin E İntakeby Dietor Supplementsis Associated with Congenital Heart Defects in the Offspring. *BJOG: An International Journal of Obstetrics&Gynaecology*, 116(3), p. 416-423.
- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2).

Sunay D, Kaya E, Ergun Y. (2011). Vaginal Douching Behavior of Women and Relationship Among Vaginal Douching and Vaginal Discharge and Demographic Factors. *J Turk Soc Obstet Gynecol.* 8, s. 264- 71.

Şencan H. (2005). Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik. 1. Baskı, s. 386.

Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Tekel Ş, Çiftçi Ş. (2012). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve İlişkili Etmenler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(3), 151-157.

Taş EE, Üstüner I, Özdemir H, Dikeç A, Avşar AF. (2010). Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. The Evaluation of Nutritional Status of Pregnant Women, *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 2(1), s. 7-12.

Taşkın L. (2011). Üreme Sisteminin Anatomisi. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, IX. Baskı, s. 37-45.

Tavşancıl E. (2002). Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. *Nobel Yayıncılık, Ankara.* ILT.

Topbaş E. (2017). Diyaliz Hastalarının Beslenmesinde Davranış Değişikliği. *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi*, 1(12).

Topçu S. (2006). Göç Eden ve Göç Etmeyen Kadınların Sağlığı Geliştirme Davranışlarının Değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Yard. Doç. Dr. A. Beşer).

Topuz N. (2018). Riskli Gebelere Verilen Gestasyonel Diyabet Eğitiminin Tanı Alma Üzerine Etkisi. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bilimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Karabük, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Karahan).

Torun E, Bayraktar S, Gönüllü E. (2011). Nutrisyonel Rahitis ve D Vitamininin Önemi: Vaka Sunumu. *Çocuk Dergisi*, (4), s. 181-184.

Töremen F, Demir H, Korkut A. (2015). Karizmatik Liderlik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlama Çalışması. *Anadolu Eğitim Liderliği ve Öğretim Dergisi*, 3(2), s. 27-40.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye.

- Türkmen H, Sarkın R. (2016). Düşük Doğum Ağırlıklı Bebek Doğuran Lohusaların Gebeliklerindeki Beslenme Durumları. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(1).
- Türköl E, Güneş G. (2012). İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde İhtisas Yapan Asistanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(3), s. 159-66.
- Uçar H. (2014). Gebelerin Psikososyal Sağlık Durumları ile Annelik Rolü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Özkan).
- Uysal Derbent A, Karabulut A, Yıldırım M, Simavlı SA, Öztürk Turhan N. (2012). Evaluation of Risk Factors in Cesarean Delivery Among Multiparous Women with a History of Vaginal Delivery. *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 13, s. 15-20.
- Uzdil Z, Özenoğlu A. (2015). Gebelikte Çeşitli Besin Öğeleri Tüketiminin Bebek Sağlığı Üzerine Etkileri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), s. 117.
- Ünal SK. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Genital Hijyen Davranışları Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi. *Journal of Current Researches on Health Sector*, 7(1), s. 23-36.
- Ünsal A. Hijyen Uygulamaları. Aştı AT, Karadağ A, editör. Hemşirelik Esasları. Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. 1. Basım. İstanbul: Akademi; 2012. s. 452 – 453.
- Weir JP. (2005). Quantifying Test-Retest Reliability using the Intraclass Correlation Coefficient and the Sem. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 19(1), p. 231–240.
- Yadollahi P, Davazdahemami S, Bromandfar K, Fathizadeh N. (2007). The Relationship Between Life Style and Individual Reproductive Characteristics of Pregnant Women. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 123(2): 75-79.
- Yağmur Y. (2007). Malatya İli Fırat Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 15-49 Yaş Kadınların Genital Hijyen Davranışları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(5), s. 325-330.
- Yalçın H, Tekin M. (2013). Gebelikte Egzersizler Hakkında Gebelerin Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi. *International Journal of Human Sciences*. 10(1), s. 24-33.
- Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. (2007). Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), s. 409-420.

- Yaman M. (2017). Gebe-Emziren Kadın ve 0-1 Yaş Çocuk Beslenmesi. *Pegem Akademi*, Baskı:8, s. 95-115.
- Yardımcı T, Mert H. (2015). İmplant Edilebilen Kardiyoverter Defibrilatörlü Hastaların Bakımında Sosyal Bilişsel Teori'nin Kullanımı. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(1), s. 25-31.
- Yargıç MP, Karayılan ŞŞ, Dönmez G. (2014). Gebelik ve Egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49, s. 91-98.
- Yaşar M. (2014). İstatistiğe Yönelik Tutum Ölçeği: Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36, s. 59-75.
- Yavuz D, Mete T, Yavuz R, Altunoğlu A. (2014). D Vitamini, Kalsiyum & Mineral Metabolizması, D Vitaminin İskelet Dışı Etkileri ve Kronik Böbrek Yetmezliğinde Nutrisyonel D Vitamini Kullanımı. *Ankara Med J*, 14(4), s. 162-171.
- Yekenkunrul D. (2011). Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Danışman: Doç. Dr. S. Mete).
- Yeşiltepe Mutlu G, Hatun Ş. (2011). Perinatal D Vitamini Yetersizliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 54, s. 87-98.
- Yılmazel G, Çetinkaya F, Naçar M. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlığı Geliştirme Davranışları. *TAF, Preventive Medicine Bulletin*, 12(3), s. 261-270.
- Yiğit N, Bütüner SÖ, Dertlioğlu K. (2008). Öğretim Amaçlı Örütbağ Sitesi Değerlendirme Ölçeği Geliştirme. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 2(2), S. 38-51.
- Yücecan S. (2008). Optimal beslenme. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Ankara. Klasmat Matbaacılık.
- Zuhur Ş, Özpancar N. (2017). Türkiye'de Kronik Hastalık Yönetiminde Hemşirelik Modellerinin Kullanımı: Sistematik Derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2), s. 57-74.

8. EKLER

Ek 1. Uzman Listesi

- ✓ Prof. Dr. Hediye ARSLAN
- ✓ Prof. Dr. Saadet YAZICI
- ✓ Prof. Dr. Anahit Margirit Coşkun
- ✓ Doç. Dr. Sema YILMAZ
- ✓ Doç. Dr. Gözde GÖKÇE İSBİR
- ✓ Doç. Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
- ✓ Dr. Öğr. Üyesi Elif ULUDAĞ
- ✓ Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül OKSAY ŞAHİN
- ✓ Dr. Öğr. Üyesi Tuba UÇAR

Ek 2. Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği Uzman Görüş Tablosu

Ölçek Maddeleri	*(1)	*(2)	*(3)	*(4)	Cevabınız Düzeldiği Yönünde Sizde Uygun Düzeltmeyi Yazınız
1. Gebe kaldığımdan bu yana sağlığıma daha fazla dikkat ederim.					
2. Gebelik kontrollerini aksatmamaya özen gösteririm.					
3. Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun varlığında sağlık çalışanlarına danışırım.					
4. Düzenli gebelik kontrolleri sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.					
5. Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.					
6. Gebe sınıfı ya da doğuma hazırlık kurslarına katılırım.					
7. Gebelik ve doğum konusunda kitap, dergi ve internet gibi kaynaklardan bilgi almaya çalışırım.					
8. Gebeliğim boyunca rahat ayakkabı ve kıyafetler giymeye dikkat ederim.					
9. Haftada en az bir kez banyo yaparım.					
10. Gebe olduğum için leğen, küvet gibi biriken su içinde oturarak banyo yapmamaya dikkat ederim.					
11. İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.					
12. Gebe iken akıntım olduğunda günlük ped kullandığım olur.					
13. Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetlenme) önden arkaya doğru yaparım.					
14. Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kâğıdı ile kurulanırım.					
15. Gebe olduğum için cinsel bölgedeki tüylerin uzaması beni rahatsız etmez.					
16. Cinsel ilişki sonrasında vajenin (haznenin) içini yıkamamaya dikkat ederim.					
17. Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde en az bir defa fırçalamaya dikkat ederim.					
18. Gebe kaldığımdan bu yana kahvaltımı aksatmamaya özen gösteririm.					
19. Demir ilaçlarımı sabahları aç karnına alırım.					
20. Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.					
21. Gebeliğimde sağlık personeli tarafından önerilen kiloyu almaya dikkat ederim.					
22. Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.					
23. Gebelikte fazla kilo almamak için diyet yaparım.					
24. Günde en az 6-8 bardak su içmeye dikkat ederim.					
25. Günde en az 1 bardak kola içerim.					
26. Taze sıkılmış meyve sularını tercih ederim.					
27. Kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.					
28. Günde en az 3-4 çay bardağı siyah çay tüketirim.					

29. Gebeliğim boyunca yemekle birlikte çay içerim.					
30. Gebeliğim boyunca doktora danışmadan bitkisel çay ve ürünler tüketmem.					
31. Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.					
32. Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.					
33. Gebelikte salam, sosis, pastırma gibi işlenmiş etlerden kaçınırım.					
34. Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.					
35. Gebelikte tahıllı ve kepekli ekmeğe dikkat ederim.					
36. Gebeliğim boyunca beslenmemde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve vb) tüketirim.					
37. Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdalardan uzak dururum.					
38. Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecek tüketiminden kaçınırım.					
39. İyotlu tuz kullanırım.					
40. Gebeliğim boyunca beslenmemde doğal yiyecekler tercih etmeye dikkat ederim.					
41. Hazır çorba gibi baya gıdası içeren maddelerden kaçınırım.					
42. Satın alacağım hazır gıda ürünlerinin içeriğini kontrol ederim.					
43. Satın alacağım gıda ürünlerinin son kullanma tarihini kontrol ederim.					
44. Gebe olduğumu öğrendiğimden yana günlük işlerimi yaparken daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.					
45. Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.					
46. Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.					
47. Günlük işlerimi ya da gebelik egzersizlerini yaparken ani hareketler yapmaktan kaçınırım.					
48. Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana, yorulmamak için hiç iş yapmıyorum.					
49. Gebeliğim boyunca günde en az 8 saat uyumaya dikkat ederim.					
50. Günlük aktivitelerimi yaparken, kendime dinlenme fırsatı oluştururum.					
51. Dinlenme fırsatı bulduğumda, bacaklarımı uzatmaya dikkat ederim.					
52. Günde en az 15 dk. gevşeme ve rahatlama uygulamaları yaparım.					
53. Rahatlamak için, kitap okuma el işi yapma ve müzik dinleme gibi aktivitelere zaman ayırırım.					
54. Gebeliğin ilk üç ayı ve son üç ayında uçak yolculuğundan kaçınırım.					
55. Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.					
56. Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.					
57. Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.					
58. Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.					
59. Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu					

yolculuklardan kaçınıyorum.					
60. Gebeliğimde hiçbir riskli durum olmasa da seyahat etmemeyi tercih ederim.					
61. Gebe kaldığımdan bu yana sigara içmem.					
62. Gebeliğim boyunca sigara içilen ortamda bulunmamaya dikkat ederim.					
63. Gebe iken az sayıda (örneğin günde 5 adet) sigara içerim.					
64. Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almam.					
65. Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.					
66. Gebeliğim süresince, ağrım olduğunda basit ağrı kesiciler içerim.					
67. Gebelik ile ilgili olmayan bir sorun nedeniyle doktora gidersem, gebe olduğumu hatırlatırım.					
68. Gebeliğim süresince çiğ köfte gibi pişmemiş et tüketmemeye dikkat ederim.					
69. Gebeliğim süresince midye gibi kabuklu deniz ürünleri tüketmem.					
70. Gebeliğimde saçlarımı boyatmam gerekirse, bitkisel boya tercih ederim.					
71. Gebeliğim boyunca saçıma perma yaptırmam.					
72. Gebe olduğum için bilgisayar, cep telefonu, tablet gibi teknolojik cihazları daha az kullanmaya çalışırım.					
73. Gebe olduğum için alışveriş merkezi, havaalanı, otopark gibi yerlerde X-Ray cihazından geçmem.					
74. Gebe olduğum için alışveriş merkezi, havaalanı, otopark gibi yerlerde üzerimi dedektör ile aramalarına izin vermem.					
75. Gebe olduğum için enerji tasarruflu floresan ampuller kırıldığında hemen ortamdaki uzaklaşıyorum.					
76. Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşıyorum.					
77. Gebeliğim yaşamıma anlam katıyor.					
78. Gebeliğimin beni olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.					
79. Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.					
80. Gebeliğim beni daha huzurlu ve sakin hale getirdi.					
81. Gebe kaldığımdan bu yana daha gergin ve sinirliyim.					
82. Gebe kaldığımdan bu yana gergin ve stresli ortamlardan uzaklaşmayı tercih ederim.					
83. Gebeliğim yaşamımı daha da zorlaştırdı.					

*(1) Uygun Değil

*(2) Biraz Uygun Major Değişiklik Gerekli

*(3) Uygun Ancak Minör Değişiklik Gerekli

*(4) Çok Uygun

Ek 3. Etik Kurul İzni

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	“Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliği”			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Ebelik			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 11/16	Tarih: 29.11.2017		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna “oybirliği” ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKAN / ADI / SOYADI Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilişimi ve Biyoistatistik	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülhan ÜNAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	Başvuru Görüşmesine ve Oylamasına Katılmadı.
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

Ek 4. Kurum İzni



T.C.
KARABÜK VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

KARABÜK İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - KARABÜK İL
SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
2043/2018 17.00 - 98024045 - 604.02 - E 5065



02/04/2018

Sayı : 98024045/604.02
Konu : Tez Çalışması Hk. (Esra YILMAZ)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

İlgi : 09/03/2018 tarihli ve 32469041-302.14.04/536099 sayılı yazı.

Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN danışmanlığında Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Esra YILMAZ' ın "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğinin Geliştirilmesi ve Geçerlik Güvenirliliği" konulu tez çalışmasını Hastanenizde yapabilmesi Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Ahmet SARI
İl Sağlık Müdürü

EKLER:

- 1- Yazı ve Tez Çalışması (20 Sayfa)
- 2- Komisyon Toplantı Formu (1 Adet)

Adres: 5000 Evler 75. Yıl Mah. Mahallesi 20. Cad. 17. Sok. No:4 KARABÜK

Faks No:0370 4338160

e-Posta:E.TaskiranAkbiyik@saglik.gov.tr İnt. Adresi: Dahili:1262

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 17deSba4-7bb6-4696-9c84-3492c78304a9 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Elif TAŞKIRAN AKBIYIK

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0370 4333126

Ek 5.**Veri Toplama Formu**

Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'ni geliştirmek amacıyla planlanmıştır. Araştırmanın amacına ulaşması için anket sorularına samimiyetle doğru cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır. Araştırmadan elde edilecek veriler yalnızca akademik amaçla kullanılacak olup, kişisel bilgiler gizli tutulacaktır. Katılım ve katkılarınız için teşekkür ederiz.

Karabük Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Ebelik Yüksek Lisans Öğrencisi
Esra YILMAZ

1. Kaç yaşındasınız?.....

2. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okur yazar değil/ okur yazar c) İlköğretim e) Lise f) Üniversite ve daha üzeri

3. Medeni durumunuz nedir?

a) Evli b) Bekar c) Eşinden ayrılmış/ eşi vefat etmiş

4. Mesleğiniz nedir?

a) Ev hanımı b) Çalışıyor (Lütfen işinizi yazınız)

5. Size göre gelir durumunuz

a) Gelirim giderimden az
b) Gelirim giderimi karşılıyor
c) Gelirim giderimden fazla

6. Gebelik sayınız kaçtır?

7. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....hafta

Ek 6. GEBELİKTE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

Gebelik Sorumluluğu	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
1. Gebelik kontrollerimi aksatmamaya özen gösteririm.					
2. Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun yaşarsam sağlık çalışanlarına danışırım.					
3. Gebelik kontrollerim sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.					
4. Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.					
Hijyen	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
5. İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.					
6. Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetlenme) önden arkaya doğru yaparım.					
7. Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kağıdı ile kurulanırım.					
8. Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde <u>en az</u> bir defa fırçalamaya dikkat ederim.					
Beslenme	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
9. Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 de ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.					
10. Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.					
11. Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.					
12. Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.					
13. Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.					
14. Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.					
15. Gebelik boyunca günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.					
16. Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdaları sınırlı miktarda tüketirim.					
17. Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecekleri sınırlı miktarda tüketirim.					
Fiziksel Aktivite	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
18. Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana günlük yaşamımda daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.					
19. Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.					
20. Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu					

yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.					
Seyahat	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
21. Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.					
22. Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.					
23. Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.					
24. Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.					
25. Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınırım.					
Gebeliği Kabullenme	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Ara Sıra (3)	Sık Sık (4)	Her Zaman (5)
26. Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.					
27. Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşıyorum.					
28. Gebeliğimin yaşamımı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.					
29. Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.					

9. ÖZGEÇMİŞ

Esra YILMAZ 1986 yılında Kayseri'de doğdu. 2005 yılında Kayseri Sağlık Meslek Lisesi Ebelik Bölümü'nden, 2008 yılında Erciyes Üniversitesi Elektronörofizyoloji Bölümü'nden, 2015 yılında Ömer Halisdemir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü'nden mezun oldu. Halen Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmaktadır. 2005-2007 yılları arasında Özel Kayseri Sevgi Hastanesi, 2007-2011 yılları arasında Ankara Zekai Tahir Burak Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2011-2016 yılları arasında Niğde Ömer Halisdemir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2016 yılından itibaren Karabük Eflani İlçe Entegre Hastanesi'nde görev yapmaktadır. Evli ve 1 çocuk annesidir.

ADRES BİLGİLERİ

Adres : Karabük Mah. Yeşilyurt Cad. Ayışığı evleri. C Blok No:16

Karabük/Merkez

Tel : 0507 202 57 38

e-posta : esrayilmaz939@gmail.com

