ÖZLEM AŞCI

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ SAĞ. BİL. ENST. DOKTORA TEZİ

İSTANBUL-2013

← Adınızı soyadınızı giriniz

Tez kabul edildikten sonra yapılan **sabit ciltte sırt yazısı** bu şablona göre yazılacak. Yazılar tek satır olacak

Cilt sırtı yazıların yönü yukarıdan aşağıya (sol yandaki gibi) olacak . ↓

← Tez, Yüksek Lisans'sa, YÜKSEK LİSANS TEZİ;

Doktora ise, DOKTORA TEZİ ifadesi kalacak

← Tez Sınavının yapılacağı yılı yazınız

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

(DOKTORA TEZİ)

GEBE KADINLARDA SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ GELİŞTİRİLMESİ

ÖZLEM AŞCI

DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. GÜLAY RATHFİSCH

KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

İSTANBUL-2013

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Programında Özlem Aşcı tarafından hazırlanan "Gebe Kadınlarda Sağlık Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi" başlıklı Doktora tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

20 / 09 / 2013

Tez Sınav Jürisi

Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) İmzası

1.Porf.Dr.Hacer Karanisoğlu İ.Ü Sağlık Bilimleri Fakültesi / Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

2.Prof.Dr.Nezihe Kızılkaya Beji İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

3.Doç.Dr. Ümran Oskay İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

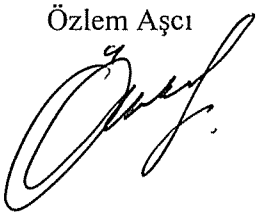
4.Yard.Doç.Dr. Gülay Rathfisch (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

5.Yard.Doç.Dr. İlkay Güngör İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi / Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Özlem Aşcı



TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmamın sürecinde her zaman yanımda olan ve desteğini benden esirgemeyen eşim Abdullah Aşcı'ya,

Sevimli ve uslu bir bebek olarak bana motivasyon ve çalışma fırsatı veren biricik kızım Defne'ye,

Beni büyüten, hayatımı şekillendirmem için destekleyen sevgili annem, kardeşim ve anneanneme,

Tez dönemim boyunca bilgi ve deneyimi ile bana yol gösteren danışmanım Yard. Doç. Dr. Gülay Rathfisch 'e,

Eğtim ve öğretim sürecimde gelişimime katkı sağlayan İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nin tüm öğretim elemanlarına tarafıma verdikleri emeklerden dolayı teşekkürü bir borç bilirim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI ..... İİ
BEYAN ..... İİİ
TEŞEKKÜR ..... İV
İÇİNDEKİLER V
TABLOLAR LİSTESİ ..... Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ X
ÖZET ..... Xİ
ABSTRACT ..... Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 5
2.1. GEBELİĞİN TANIMI VE FİZYOLOJİSİ 5
2.2. GEBELİKTE OLUŞAN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER 5
2.3. GEBELİK DÖNEMİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI 9
2.3.1. Sağlık Davranışı ve Sağlığı Geliştirme Kavramları 9
2.3.1.1. Sağlık Davranışı 9
2.3.1.2. Sağlığı Geliştirme ve Sağlığı Geliştirme Programları 10
2.3.2. Sağlığı Geliştirme Programlarında Kullanılan Kuram ve Modeller 12
2.3.2.1. Sosyal Bilişsel-Öğrenme Kuramı 14
2.3.2.2. Sağlığı Geliştirme Modeli 16
2.3.3. Gebelik Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları 20
2.3.3.1. Manevi gelişim 23
2.3.3.2. Kişiler arası destek/ilişkiler 24
2.3.3.3. Stres yönetimi 25
2.3.3.4. Sağlık sorumluluğu 27
2.3.3.5. Beslenme 28
2.3.3.6. Fiziksel aktivite 36
2.4. GEBELİK DÖNEMİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME GİRİŞİMLERİ 40
3. GEREÇ VE YÖNTEM 48

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı 48
3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli 48
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi 48
3.4. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri 49
3.5. Araştırmada Verilen Toplanması ve Kullanılan Araçlar 51
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Form-2) 51
3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 (Form-3) 51
3.5.3. Üç Günlük Besin Tüketimi İzlem Formu (Form-4) 53
3.5.4. Gebelikte Kilo Alımı İzlem Formu (Form-5) 53
3.5.5. Gebelik Sonuçları İzlem Formu (Form-6) 54
3.5.6. Sağlığı Geliştirme Programı (EK-2) 54
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 56
3.7. Etik Konular 56
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi 56
4. BULGULAR 58
4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular 58
4.1.1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özellikleri 58
4.1.2. Deney ve Kontrol Grubunun Aile ve Sosyal Yaşam Özellikleri 59
4.1.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Dönemine İlişkin Özellikleri 60
4.1.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Öncesi Beden Kitle İndekleri 62
4.2. Sağlığı Geliştirme Programının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına, Gebelikte Kilo Alımına, Gebelikte Besin Öğesi ve Enerji Alımına ve Gebelik Sonuçlarına Etkisine Yönelik Bulgular 63
4.2.1. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Kilo Alma Durumları 63
4.2.2. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Besin Öğesi ve Enerji Alımları 64
4.2.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde SYBD Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamaları 67
4.2.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Sonuçları 70
5. TARTIŞMA 72
5.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması 73

5.2. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Kilo Alma Durumlarının Tartışılması 80
5.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Besin Öğesi ve Enerji Alımlarının Tartışılması 84
5.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde SYBD Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamalarının Tartışılması 90
5.5. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Sonuçlarının Tartışılması 93
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 96
6.1. Sonuçlar 96
6.2. Öneriler 97
KAYNAKLAR 98
FORMLAR 112
Form-1: Araştırmaya Kabul İçin Ön Görüşme Formu 112
Form-2: Tanıtıcı Bilgi Formu 113
Form-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 115
Form-4: Üç Günlük Besin Tüketim Formu 117
Form-5: Gebelikte Kilo Alımı İzlem Formu 121
Form-6: Gebelik Sonuçları İzlem Formu 122
EKLER 123
Ek-1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kullanım İzinleri 123
Ek-2: Gebe Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Programı 125
Ek-3: Gebelikte Bakım Rehberi 126
Ek-4: Gebelikte Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Alımı Hakkındaki Programın Slayt Notları 134
Ek-5: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni 162
Ek-6: BEBİS Programı Lisans ve Kiralama Sözleşmesi 163
ETİK KURUL KARARI 164
ÖZGEÇMİŞ 166

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Gebelik dönemi SYBD…….21

Tablo 2-2: Gebelik öncesi BKİ değerine göre gebelikteki ek enerji gereksinimi……...30

Tablo 2-3: Gebelikte tüketilmesi gereken günlük besin tüketim miktarı……31

Tablo 2-4: Gebelik döneminde önerilen enerji ve besin öğesi gereksinimleri……33

Tablo 2-5: BKİ değerine göre gebelikte önerilen kilo alımı……...35

Tablo 4-1. Deney ve kontrol grubunun bazı bireysel özelliklerinin karşılaştırılması….59

Tablo 4-2: Deney ve kontrol grubunun aile ve sosyal yaşam özelliklerinin karşılaştırılması……60

Tablo 4-3: Deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik dönemine ilişkin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması…….62

Tablo 4-4: Deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi BKİ değerlerine göre karşılaştırılması……63

Tablo 4-5: Deney ve kontrol grubunun gebelikte önerilen düzeyde kilo alma durumlarının dağılımı……..64

Tablo 4-6: Deney ve kontrol grubunun gebeliğin 12. haftadan önce ve 36. haftanın sonundaki besin öğesi ve enerji alımlarının karşılaştırılması……..66

Tablo 4-7: Deney ve kontrol grubunun 12. haftadan önce ve 36. haftanın sonundaki SYBD ölçeği ve alt boyut puan ortalamaları…….....69

Tablo 4-8: Deney ve kontrol grubun gebelik sonuçları açısından karşılaştırılması……70

Tablo 4-9: Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin yenidoğan ölçüm ortalamaları açısından karşılaştırılması……...71

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Sağlığı geliştirmenin bileşenleri……...…..11

Şekil 2-2: Sağlığı geliştirme etkileşimleri……...13

Şekil 2-3: Sosyal bilişsel kuramın bileşenleri……..……...16

Şekil 2-4: Sağlığı Geliştirme Modeli……..19

Şekil 2-5: Gebelikte yapılabilecek bazı egzersizler…….……....39

Şekil 3-1: Araştırma tasarımı ve veri toplama işlem basamakları……...50

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyenler Birliği (American Congress of Obstetricians and Gynecologists)

BKİ: Beden Kitle İndeksi

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

IOM: Amerika Tıp Enstitisü (Institute of Medicine)

SGM: Sağlığı Geliştirme Modeli

SGP: Sağlığı Geliştirme Programı

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

ÖZET

Aşcı, Ö (2013). Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD. Doktora Tezi. İstanbul.

Bu araştırmada, sağlığı geliştirme programının, gebelikte sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına, kilo, enerji ve besin öğesi alımlarına ve gebelik sonuçlarına olan etkisi araştırıldı. Programda Sağlığı Geliştirme Modeli temel alındı. Sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanıldı. Sağlık eğitimi ve danışmanlık verildi. Davranış değişikliğine yönelik hedefler belirlendi ve olumlu geri bildirim verildi. Araştırma Haziran 2011 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında İstanbul ilindeki bir aile sağlığı merkezinde 90 gebe kadın üzerinde gerçekleştirildi. Araştırmada ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir tasarım düzeni kullanıldı.

Araştırma verileri bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences paket programı ve Beslenme ve Bilgi Sistemi ile değerlendirildi. Kolmogrov Smirnov ve One-way Anova testleri ile uygun analiz tekniği belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar, Eşleştirilmiş t testi, Wilcoxon işaretli sıra testi, Ki kare ($\chi 2$) testleri, Fisher's exact testi, Bağımsız örneklem t testi kullanıldı.

Bu araştırma, sağlığı geliştirme programının gebelik dönemi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirdiğini, günlük tüketilen sebze, meyve, posa, vitamin ve mineral miktarını artırdığını ve gebelikte önerilen düzeyde kilo almada etkili olduğunu gösterdi. Bununla birlikte araştırmada, programın gebelikte önerilen günlük enerji ve karbonhidrat alımını artırmada ve doğum sonu dönemdeki gebeliğe bağlı kilo fazlalığını azaltmada etkili olmadığı saptandı.

Araştırmanın sonucunda; gebelik döneminin sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek için bir fırsat olarak görülmesi, farklı yöntemlerin kullanıldığı programların düzenlenmesi, bu araştırmada uygulanan programın kısa ve uzun dönemde etkinliğinin farklı gruplarda değerlendirilmesi önerildi.

Anahtar Kelimeler: Doğum Öncesi Bakım, Gebe Kadın, Sağlık Eğitimi, Sağlık Davranışı Geliştirme, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları.

ABSTRACT

Aşcı, Ö (2013). Promotion of Healthy Lifestyle Behaviors in Pregnant Women. İstanbul University, Institute of Health Science, Department of Women's Health and Diseases Nursery. Doctoral Thesis. İstanbul.

In this research, the effects of health promotion program on healthy lifestyle behaviors, weight gain, energy and nutrient procurement in pregnancy and pregnancy outcomes were investigated. The program was based on Health Promotion Model. Verbal expression, demonstration technique and printed educational materials were used. Health education and counseling were given. Targets for behavior change were identified and positive feedback was given.

Research was carried out in a family health center in İstanbul between June 2011 and July 2012 on 90 pregnant women. Pre-test and post-test control group with an experimental design was used in research.

Research data was evaluated with computer software program Statistical Package For The Social Sciences and Nutrition Information System. Appropriate analysis technique was determined with One-way ANOVA tests and Kolmogrov Smirnov. Descriptive statistical methods, the paired t test, Wilcoxon signed-rank test, chi-square ($\chi 2$) test, Fisher's exact test, independent sample t-test was used for statistical analysis of the data.

This research showed that health promotion program was effective to promote pregnancy healthy lifestyle behaviors, increase daily vegetables, fruits, fiber, vitamins and minerals consumption and have the recommended level of weight gain during pregnancy. However, the program was not effective to increase the recommended daily energy and carbohydrate intake during pregnancy, decrease the pregnancy- related excess weight in postpartum period in the research.

As a result of the research, it is suggested that pregnancy period should be seen as an opportunity to promote a healthy lifestyle behaviors, the programs should be arranged using with different methods, short-and long-term effectiveness of the program in this research should be evaluated in different groups.

Key Words: Antenatal Care, Pregnant Women, Health Education, Healthy Life Style Behaviours, Promoting Health Behaviour.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüz sağlık anlayışı sağlığı koruma ve geliştirme üzerine odaklanmıştır. Dünya üzerinde ölümlerin büyük bir kısmının, bireylerin sağlıksız yaşam biçimi davranışları ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içermektedir. Pender (1987)'e göre sağlığı geliştirici davranışlar, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (SYBD), ile sağlanabilmektedir. Bu davranışlar manevi gelişim, kişiler arası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktiviteden oluşmaktadır. Atıştırma olmaksızın günde üç öğün düzenli yemek yemek, her gün kahvaltı yapmak, haftada iki veya üç kez orta düzeyde egzersiz (uzun yürüyüş, bisiklete binme, yüzme, bahçe işleri gibi), gece 7-8 saat uyumak, normal vücut ağırlığında olmak, sigara ve alkol kullanmamak veya orta düzeyde kullanma gibi davranışların sağlıklı yaşanan süreyi artırdığı bilinmektedir. Gelişmiş ülkeler, 2010 yılı ulusal sağlık hedefleri içinde tüm yaş gruplarında olumlu sağlık davranışı geliştirmeye yönelik hizmetlerin artırılmasını benimsemişlerdir (Pender 1987; Walker ve ark. 1987; Esin 1999; Davis 2000; Erci ve ark. 2001; Ardınç 2008; İlhan ve ark. 2010).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA), 2008 yılı sonuçlarına göre yaş grupları incelendiğinde; toplumun %38'inin doğurganlık çağında (15-49 yaş) olduğu ve bu yaş grubunun, kadınların %77'sini oluşturduğu görülmektedir. Doğurganlık çağındaki nüfusun yoğun olması bu dönemde gebelik, doğum, doğum sonu komplikasyonlar, anemi, malnutrasyonlar, anne ölümleri ve enfeksiyonlar gibi sağlık sorunlarına önem vermeyi ve bu grubun sağlığını koruyup geliştirmeyi gerektirmektedir. Çünkü kadının gebelikteki sağlık düzeyi, gebelik döneminde oluşabilecek ya da varolan sağlık sorunlarının erken zamanda tespiti doğacak nesillerin sağlığını etkilemektedir (Sağlık Bakanlığı 2005).

Gebelik dönemini anne ve bebeğin sağlıklı geçirmesi ve gebelik sürecinde sağlıklarının korunup geliştirilmesi doğum öncesi bakım (DÖB) ile sağlanmaktadır DÖB'ın erken dönemde başlaması, düzenli ve nitelikli sürdürülmesi anne ölümlerinin ve perinatal ölümlerinin azalması açısıdan önemlidir (Kozlowski ve Zotti 1993; Sağlık

Bakanlığı 2005; Kaya ve Serin 2008). Gebelik döneminde kadının gebeliğe uyum sağlaması, yeterli istirahat etmesi, stresten uzak durması, sağlıklı beslenmesi ve egzersiz yapması bir başka deyişle SYBD sergilemesi, kadının ve yenidoğanın uzun dönemde sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Lagiou ve ark. 2004; Gharaibeh ve ark. 2005; Wilkinson ve Miller 2007; Işık 2010; Nancy ve ark. 2011). Bu nedenle, DÖB ile gebeliklerin erken zamanda saptanması ve sağlıklı bir şekilde devamlılığının sağlanması, normal dışı durumların belirlenmesi amaçlanır. Bununla birlikte DÖB'ın ve gebelik döneminin sağlık çalışanları için gebe kadınlarda SYBD geliştirmek için bilgi, eğitim ve danışmanlık verme fırsatı yarattığı da unutulmamalıdır (Sağlık Bakanlığı 2005). Çünkü DÖB kapsamında yaşam sekli, beslenme, ilaç kullanımı gibi konularda sağlık çalışanlarınca yapılan öneriler bu dönemde yoğun olan sağlıklı bir gebelik süreci ve sağlıklı bir çocuk isteğine bağlı olarak büyük ölçüde kabul görmektedir. Ancak gebelerin sağlığının korunması ve yükseltilmesi ilkeleri içerisinde, DÖB verme, çağdaş obstetride geç başlamış bir uygulamadır. Yapılan çalışmalar, gebe kadınların bu tarz danışmanlıkları DÖB kapsamı dışında bireysel çabaları ile elde etmek zorunda kaldıklarına işaret etmektedir (Kozlowski ve Zotti 1993; Sağlık Bakanlığı 2005; Gürel ve ark. 2006; Işık 2010).

Literatürde DÖB'ın kapsamı, bakım almanın önemi ve bakım almayı engelleyen durumlar, kadının gebelikte sergilemesi beklenen olumlu sağlık davranışları geniş yer tutmaktadır. Ancak kadınların gebelik dönemindeki SYBD düzeyi, SYBD'yi etkileyen faktörler, SYBD geliştirmede etkili olabilecek girişimler hakkındaki bilgi birikimin yetersiz olduğu söylenebilir (Higgins ve ark. 1994; Lewallen 2004). Genel olarak SYBD'nin tanımlandığı çalışmalarda Türk kadınlarının SYBD'nin orta düzeyde olduğu bildirilmektedir (Altay 2006; Saydam ve ark. 2007). Literatür incelendiğinde; farklı gruplarda (doğurgan çağdaki kadınlar, adölesanlar, sağlık çalışanları, üniversite öğrencileri) SYBD'nin ve ilişkili faktörlerin tanımlandığı (Arslan ve Ceviz 2007; Yalçınkaya ve ark. 2007; İlhan ve ark. 2010) ve bu gruplarda SYBD'yi geliştimek üzere planlanan deneysel çalışmalara rastlanmaktadır (Erci ve ark. 2001; Geçkil ve Yıldız 2006).

Gebelik döneminde sağlık davranışları geliştirmeye yönelik çalışmalara, obezitenin tüm yaş gruplarında yaygınlaşmasının hız kazandırdığı görülmektedir. Bu durumun nedeni obezitenin birçok kronik hastalığı tetiklemesi, obez kadınların

gebeliklerinde gelişen komplikasyonların ciddiyeti, gebeliğin ve emzirme döneminin Beden Kitle İndeksi (BKİ) artışına sebep olarak obeziteye yol açması ile açıklanabilir. Obezitenin bu etkileri nedeniyle gebelik dönemi SYBD geliştirme çalışmaları, beslenme ve fiziksel aktivite davranışlarınına yoğunlaşmıştır. Gebelik döneminde SYBD'nin tüm alt faktörleri ile değerlendirildiği tanımlayıcı çalışmalar (Gharaibeh ve ark. 2005; Saydam ve ark. 2007; Lin ve ark. 2009) ise oldukça sınırlıdır. Gharaibeh ve arkadaşları (2005) ise Ürdün'lü kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında, gebelik döneminde sağlık sorumluğu ve kendini gerçekleştirme/manevi gelişim davranışının en yüksek, beslenme ve kişilerarası destek/ilişkilerin orta, stres yönetimi ve fiziksel aktivitenin ise en düşük sağlık davranışı olduğunu bildirmiştir. Saydam ve arkadaşları (2007) riskli gebelerde özbakım gücünün SYBD'ye olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebe kadınların sağlık düzeyinin orta seviyede olduğunu saptamıştır. Ayrıca gebelik döneminde kendini gerçekleştirmenin/manevi gelişimin en yüksek, egzersiz/fiziksel aktivitenin ise en düşük seviyedeki sağlık davranışı olduğunu ve öz bakım gücü ile SYBD arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmektedir. Lin ve arkadaşları (2009) gebe kadınlarda SYBD tanımlamak amacı ile yaptıkları çalışmalarında, gebe kadınların sağlık düzeyinin orta seviyede olduğunu, eğitim seviyesi, sosyoekonomik durum, egzersiz alışkanlıkları, uyku süresi, kronik hastalığın bulunma durumu ve sağlık algısının SYBD'de etkili değişkenler olduğunu bildirmektedir. Aynı çalışmada gebe kadınların öz yeterlilik algısının ve kadının ailesinin sağlık davranışlarının, SYBD ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır.

SYBD'i tüm faktörleri ile geliştimeyi amaçlayan randomize kontrollü bir çalışmaya ise ulaşılamamıştır. Ancak son yıllarda gebelikte beslenme, fiziksel aktivite, kilo alımı, sigara, alkol ve madde kullanımının SYBD ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Bu davranışların geliştirilmesine etkili olabilecek yaşam biçimine yönelik girişimlerin (Lifestyle interventions) planlandığı, girişimin çeşitli değişkenlere (Beden kitle indeksi (BKİ), kan lipid düzeyine, anemiye, egzersiz düzeyine, yenidoğan sonuçlarına, enerji ve besin alımına, sebze ve meyve tüketimine, gebelikte kilo alımına, alkol, sigara ya da madde kullanımını bırakmaya) etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü çalışmalar başlamıştır (Polley ve ark. 2002; Olsan ve ark. 2004; Kinnunen ve ark. 2007; Lin ve ark. 2009; Guelinckx ve ark. 2010; Smith ve ark. 2010). Gebe kadınlarda SYBD geliştirmede etkili olduğu kanıtlanmış standart bir girişim ya da

girişimi destekleyen standart bir model bulunmamaktadır. Ancak araştırmacılar gebelikte SYBD geliştirmeye yönelik etkili girişimlerin tanımlanması ve farklı gruplarda bu girişimlerin etkisinin araştırılmasına ihtiyaç olduğuna dikkat çekmektedirler. Bu çalışmada, gebelik döneminde SYBD geliştirmek amaçlandı. Bu amaçla Sağlığı Geliştirme Modeli (SGM)'nin bileşenleri dikkate alınarak, görsel-yazılı eğitim materyali ve demonstrasyon yönetimi kullanarak hazırlanan birebir sağlık eğitimi ve danışmanlıktan oluşan bir program oluşturuldu. Bu programın gebe kadınların SYBD'sine, gebelikte kilo, enerji ve besin öğesi alımlarına ve gebelik sonuçlarına olan etkisi araştırıldı.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. GEBELİĞİN TANIMI VE FİZYOLOJİSİ

Gebelik, kadının overlerinden atılan ovum adı verilen dişi üreme hücresi ile erkeğin üreme hücresi olan spermin birleşip kaynaşması sonucunda (fertilizasyon) meydana gelir. Gebeliğin süresi, son mensturasyonun ilk gününden itibaren 280 gün ya da 10 gebelik ayı (28 günlük lunar ay) ya da 40 haftadır. Gerçek gebelik süresi ise, fertilizasyon gününden itibaren 267 gündür Fertilizasyon ile başlayan ve doğumla sonlanan gebelik periyodu doğal bir süreç olarak kabul edilmektedir (Çoban 2007; Nalbant 2010).

2.2. GEBELİKTE OLUŞAN FİZYOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Gebelik süresince anatomik, fizyolojik ve biyokimyasal değişiklikler belirgindir. Sistem değişiklikleri ise endokrin, üreme, kas-iskelet, kardiyovasküler, hematolojik, solunum, üriner sistem ve ciltte olmaktadır. Doğum sonrasında ise kadının önceki anatomik ve fizyolojik durumuna dönüş olmaktadır (Çoban 2007; Nalbant 2010; Akan 2011).

Gebelik süresince üreme sistemindeki değişiklikler genelde damarlaşmada ve hormon yapımındaki artış ile ilişkilidir. Uterusta gebelik trimesterine göre, şekil ve kas gücünde değişiklikler meydana gelir. Estrojen ve progesteronun düz kas lifleri, endometrium, serviks ve vajen üzerine olan etkisinden dolayı, kas liflerinde, endometrium dokusunda hipertrofi ve hiperplazi görülür. Serviksin ve vajinanın ve vulvanın kanlanması artar. Serviks yumuşak, siyanotik ve ödemli, servikal kanal servikal glandların salgıladığı müköz tıkaç ile doludur. Vajen mukozası kalınlaşmıştır, mor ve ödemli görünür. Vajinal akıntı koyu ve beyaz-sarı renktedir. Vajinal epiteldeki laktobasillerin glikojenden laktik asit üretmeleri sonucu, vajenin pH'sı düşer ve asit bir ortam oluşur. Gebelik sırasında ovulasyon geçici olarak durur. Gebeliğin erken dönemlerinde koryonik villilerden salgılanan Human Chorionic Gonodotrop hormonunun etkisi ile, korpus luteum gelişmeye devam eder ve gebeliğin devamı için gerekli olan progesteron ve estrojen hormonlarını salgılar (Taşkın 2005; Çoban 2007; Nalbant 2010; Akan 2011).

Gebeliğin ikinci ayında pigmentasyonda artış görülür. Pigmentasyon artışı nedeniyle yüzde gebelik maskesi (kloasma), karın duvarında çatlaklar (stria) ve simfizis pubisten umblikusa doğru uzanan koyu renkli bir çizgi (linea nigra) görülür. Gebelikte ter ve yağ bezleri de çok aktiftir (Çoban 2007; Koçak 2007).

Gebelik kardiyovasküler sistemdeki de değişikliklerin başlıcaları; kan hacminde artış, kalp debisinde artış, kalp hızında artış, nabız basıncında artış ve sistolik kan basıncı ile sistemik vasküler dirençte azalmadır. Gebelikte kan hacmi gebelik öncesine göre yaklaşık %45, eritrosit hacmi %18-30 artar. Kan hacmindeki artış daha çok plazma ile olduğundan, gebelerde dilüsyona bağlı olarak hemoglobin konsantrasyonu ve hematokritte düşme görülebilir. Hematokrit %33-38 arasında Hb %11-12 gram olabilir. 30-32. Gebelik haftasında hematokrit düzeyi %40'tan %34'e düşer. Gebelikte oksijen gereksiniminin, kan volümünün artması ve daha çok uterusta oluşan vasküler değişikliklere bağlı olarak kardiyak out-put artar. Bu nedenlerden dolayı, gebelikte kalp atım sayısı dakikada 10-15 vuruş artar. Gebelik esnasında arteriyel kan basıncı kadının pozisyonundan etkilenir. Gebeliğin sonlarında yan yatar pozisyondaki out-put, sırtüstü yatar pozisyondaki output ile karşılaştırıldığında belirgin oranda yüksektir. Östrojen tarafından uyarılan renin anjiotensin sisteminin uyarılması ile su ve tuz tutulumu sonucunda toplam vücut sıvısında artış olur. (Cunningham ve ark. 2005; Çoban 2007; Koçak 2007; Akan 2011).

Gebelikte anatomik değişiklikler nedeniyle uterus diyafragmayı yukarı iter. Ayrıca, kadına ve fetusa ait hücre sayısındaki artma, progesteronun solunum merkezini karbondioksite duyarlı hale getirmesi nedeniyle oksijene olan gereksinim %15-20 artar ve pulmoner ventilasyon %40 artar. Oluşan respiratuar değişiklikler sonucu gebede nefes alma isteği, dispne, hiperventilasyon gibi semptomlar ortaya çıkar (Cunningham ve ark. 2005; Taşkın 2005; Çoban 2007; Koçak 2007; Marshall 2010).

Gebelikte üriner sistemde fonksiyonel ve yapısal değişiklikler ortaya çıkar. Progesteronun düz kaslar üzerine yaptığı gevşetici etki nedeniyle mesane kapasitesi artar ve peristaltik hareketler azalır. Ayrıca, böbrek boyutu büyür, glomerüler filtrasyon hızı ve idrarla besin atılımının miktarı da artar (Cunningham ve ark. 2005; Koçak 2007).

Gebelerin çoğunda ilk trimesterde başlayan ve gebelik süresince devam eden iştah artışı gözlenir. Progestronun düz kas gevşetici etkisine bağlı olarak alt özofagus

sfinkter basıncı azalır. Gebeliğin ilerlemesi ile birlikte bu azalma mide ağrısı ve reflü şikayetlerine neden olabilir. Tükrük sekresyonu artabilir, tükrük daha asidiktir ve bazen diş çürümeleri artabilir. Gebeliğin ilk üç ayında bulantı ve kusma (emezis) görülebilir. Emezis genellikle gebeliğin üçüncü ayından sonra vücudun gebeliğe uyum sağlaması ile sona erer. Gebelikte büyüyen uterusun organların yerini değiştirmesi, bası yapması ve gebelik hormonlarının etkisi ile konstipasyon görülebilir. Bu durum hemoroitlere neden olabililir. Gebeliğin erken dönemlerinde dolaşımdaki glukoz konsantrasyonu düşer, bu nedenle enerji için yağlar kullanılır. İlk aylarda bulantıya bağlı besin tüketiminin azalmasıyla hipoglisemiye yatkınlık daha da artar ve yağların kullanılması hızlanır. Gelişen bu hipoglisemiyi kadında "baygınlık hissi"ne neden olabilir (Çoban 2007; Koçak 2007; Sağlık Bakanlığı 2008; Nalbant 2010; Akan 2011).

Gebelikte büyüyen uterusun öne doğru oluşturduğu ağırlık nedeniyle lordoz artışı, boyunda fleksiyon ve omuzlarda düşme ortaya çıkar. Gebelikte östrojen ve progesteron miktarının artması, başta pelvis olmak üzere tüm vücuttaki kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur. Tüm bu durumlar bel ve sırt ağrısı, sinir kompresyon sendromları, pelvik taban disfonksiyonuna neden olabilir Pelvik eklemlerdeki ve bağ dokusundaki gevşemeler doğum eyleminin başarı ile gerçekleşmesinde önemlidir Gebelikte büyüyen uterusun yaptığı bası ve ağırlığın etkileriyle pelvik taban 2,5 cm kadar aşağı çöker. Bu dönemde pelvik taban kasları uygun egzersizlerle desteklenmez ise ileride üriner stres inkontinans, pelvik organ prolapsusları ve seksüel fonksiyon yetersizliği gibi sorunlar baş gösterebilir. Gebelikte kas-iskelet sistemindeki rahatsız edici değişiklikler egzersiz ile çözümlenebilir (Çoban 2007; Koçak 2007).

Gebelik süresince, maternal endokrin glandlardan, trofoblastlardan, korpus luteumdan çeşitli hormonlar salgılanır. Gebeliğin ilk haftalarında östrojen ve progesteron kopus luteumdan salgılanır. Daha sonra kopus luteumun gerilemesiyle bu görevi plesanta üstlenir. Progesteron myometriumda vazodilatasyon yapar. Progesteronun santral sinir sistemine etkisi sonucunu, gebe kendini uykulu, kayıtsız ve neşesiz hisseder. Gebeliğin ilk yarısında progesteron basal vücut ısısını 0,4-0,6 ^{0}C yükseltir. Hipofizin arka lobundan salgılanan oksitosin, myometriumda vasakonstriksiyon yapar. Ancak plasentadan salgılanan oksitokinaz fermenti tarafından gebeliğin sonuna kadar baskılanır. Gebelikte estrojen daha çok trofoblastlardan gelişen plasenta dokusundan salgılanır. Estrojen myometriumun aktivitesini artırır,

myometriumda vazokonstruksiyon yapar ve prolaktin hormonunun salınımını uyarır. Prolaktin adı verilen hormonun sekizinci haftadan itibaren memelerden süt oluşumunu sağlar. Estrojen kanda fibrinojen ve trombosit düzeylerini artırarak, gebelikte kan koagülasyonunda hafif bir artmaya neden olur. Bu nedenle gebelikte venöz tromboz tehlikesi ortaya çıkar (Taşkın 2005; Çoban 2007; Koçak 2007).

Trofoblast tarafından salınan bir diğer hormon olan Plasental laktojenik hormon, gebe kadında insulinini duyarsız hale getirerek, fetusun sürekli çektiği glikozun kadında dengelenmesini sağlar. Bununla birlikte serbest yağ asitlerini mobilize ederek, bunların gebe kadın tarafından enerji kaynağı olarak kullanımını sağlar. Korteks hormonlarından olan kortizol aldesteron gebelik boyunca fazla miktarlarda salgılanır. Antidiüretik hormonun (vazopresin) da gebelikte seviyesi yükselmiştir (Taşkın 2005; Çoban 2007)

Gebelikte oksijen ihtiyacının artmasına bağlı metabolizma hızında artış olur. Gebeliğin ilk üç ayında basal metabolizmada değişiklik görülmez. Gebelik ilerledikçe, özellikle son üç ayda basal metabolizma hızında %20 artış olur. Gebelik döneminde serum trigliserid, kolesterol, fosfolipid, serbest yağ asidi konsantrasyonlarında %40 oranında artış olur. Gebelikte demir ihtiyacı artar, bu nedenle de diyete ilave edilmedikçe plazma demir ve plazma ferritin konsantrasyonları düşerken, transferrin artar. Fetüs glukozu esas olarak enerji için kullanır, ancak amino asitler, laktat ve keton cisimlerini de kullanabilir. Postprandial durumda gebe kadın gebe olmayan kadından daha hızlı açlık durumuna geçer, glukoz ve amino asitlerin fetüs tarafından tüketimi nedeniyle maternal hipoglisemi kolay gelişir (Çoban 2007; Koçak 2007; Nalbant 2010; Akan 2011).

Gebelikte hormon yapımındaki artma nedeniyle, memeler şekil ve görünüm olarak değişir ve büyür. İkinci trimesterde areolanın pigmentasyonu artar, koyulaşır ve daha erektil bir durum alır. Memelerdeki gelişme, ilk gebelik belirtilerinden biridir. Üç aydan sonra alveollerin salgısı olan kolostrum denen sarı renkli bir salgı oluşur (Çoban 2007; Koçak 2007).

2.3. GEBELİK DÖNEMİ SAĞLIK DAVRANIŞLARI

2.3.1. Sağlık Davranışı ve Sağlığı Geliştirme Kavramları

2.3.1.1. Sağlık Davranışı

Sağlık davranışı, bireyin sağlıklı olmak ya da sağlıklı olduğu zaman hastalıktan korunmak için gerçekleştirdiği davranıştır. Doğrudan gözlenebilen davranışları değil, dolaylı olarak ölçülebilen zihinsel ve duygusal durumları da içermektedir. Sağlık davranışları psikolojik (bilgi, tutum, inanç, beceri ve deneyimler), çevresel (aile, arkadaşlar ve toplumsal yaptırım ögeleri) ve sosyokültürel etmenlerden (tutum ve davranışlarla ilgili sosyal normlar) etkilenir. Kasl ve Cobb (1996), sağlık davranışını üç başlık altında tanımlamaktadır;

- **Koruyucu Sağlık Davranışı (Preventive health behaviour):** Sağlıklı olduğunu düşünen kişinin semptomsuz dönemde hastalığı önlemek ya da erken tanı amacıyla gerçekleştirdiği davranış.
- **Hastalık Davranışı (Illness behaviour):** Hasta olduğunu algılayan kişinin, sağlık durumunu tanımlamak ve yapılması gerekeni uygulamak için gerçekleştirdiği davranış.
- **Hasta Rolü Davranışı (Sick-role behaviour):** Hasta olduğunu düşünen kişinin iyileşmek için gerçekleştirdiği davranıştır ve esas olarak tedaviye uyumu içermektedir (Kasl ve Cobb 1966; Türkeri 2006).

Sağlık davranışları, egzersiz ve sağlıklı beslenme gibi sağlığın sürdürülmesine yönelik, aşılanma, kondom kullanımı, taramaların yaptırılması gibi sağlığı korumaya yönelik ya da sağlığa zarar veren davranışların önlenmesi ve tıbbi tedaviye uyum sağlamaya yönelik davranışlardır. Olumlu sağlık davranışı, SYBD olarak ifade edilmektedir. Bu davranışlar bireyin sağlığını ya da iyilik halini geliştiren ve geliştirmeye teşvik eden davranış ve uygulamaları içerir. Gebelik dönemi SYBD'na, gebelikte yeterli ve dengeli beslenme, fiziksel aktif olma, stresle başa çıkmaya yönelik stratejilerini kullanma örnek verilebilir (Türkeri 2006; Stark ve Brinkley 2007). Bununla birlikte bireylerin çevresel risklerle karşılaşma olasılığını azaltmaları, sağlıklarını tehdit eden davranışlarından kaçınmaları 'sağlığı koruma' olarak ifade edilir. Sağlığı koruma davranışları, hastalıkların önlenmesi ile ilgili olarak birincil

koruma; erken tanı ve tedaviye yönelik ikincil korunma; tedavi ve iyileştikten sonra mevcut sağlık durumunun geliştirilmesine yönelik üçüncül korunma davranışlarını içermektedir Gebelik döneminde kadının SYBD sergilemesi onun ve doğacak bebeğin sağlığının korumasına katkı sağlar. Gebelikte tetanoz aşısını yaptırma, düzenli antenatal bakım alma, sigara ve alkol kullanmama, yeterli ve dengeli besleneme, emniyet kemerinin takma sağlığı koruma davranışlarına örnek olarak verilebilir (Viner ve Macfarlane 2005; Türkeri 2006).

2.3.1.2. Sağlığı Geliştirme ve Sağlığı Geliştirme Programları

Sağlığı geliştirme, birey, aile ve toplumun sağlık düzeyinin doğrudan geliştirilmesi ve iyilik düzeyinin artırılmasına yönelik etkinlikleri ve kişinin davranışlarının en üst düzeye çıkarılmasını ifade etmektedir. Sağlığı geliştirme, sağlığa yönelik herhangi bir davranış ve yaşam biçimi için, eğitim ile ilgili örgütsel, ekonomik, çevresel desteklerin birleşimidir. Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO), 'Herkes İçin Sağlık' politikasına ulaşmak için anahtar strateji olarak sağlığı geliştirme kavramını kullanmıştır. Sağlığı geliştirmenin bileşenleri, Alma-Ata Bildirgesi'nde (1978) dayanmaktadır. Bu bileşenler; bireyin davranışlarını değiştirmek için sağlık eğitimi verilmesini, potansiyelinin geliştirilmesi, öz sorumluğun artarak sağlık gereksinimlerine yanıt vermeyi ve sağlıklı toplum politikalarının oluşturulmasını içerir. Bir başka deyişle sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi ve sağlıklı yaşam koşullarını destekleyen çevresel eylemleri içerir (Şekil 2-1). Çevresel eylemler, kuruluşlardaki ve daha geniş toplumdaki nüfusları hedef almaktadır. Bu çevresel stratejiler ve müdahaleler arasında, birey gruplarının sağlığını iyileştirebilecek siyasi, ekonomik, sosyal, örgütsel, düzenleyici ve kanuni değişiklikler yer almaktadır. Sağlığı geliştirmede hem kişisel düzeyde hem de nüfus düzeyinde tamamlayıcı stratejilerden yararlanılmaktadır (Özvarış 2001; Türkeri 2006; Fertman ve ark. 2012).

Sağlığı geliştirme 'sağlık eğitimi' aracılığıyla kısa dönemde risk etmenlerinin azaltılmasını, orta dönemde koruyucu sağlık hizmetlerinin kullanımının artırılmasını, sağlık davranışının geliştirilmesini, yasam biçimlerinin düzenlenmesini, kişinin kendi sağlığına sahip çıkması sonucu kendine güveninin artırılmasını sağlar. Uzun dönemde hastalık sıklıklarının azaltılmasını, yasam süresinin uzatılmasını, yasam kalitesinin ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasını sağlar (Özvarış 2001; Türkeri 2006; Stark

ve Brinkley 2007; Kanber 2008). Sağlık eğitimi, "bireyde kendi yaşantısı yoluyla sağlıkla ilgili düşünce, inanç, tutum, davranış ve yasam biçiminde değişiklik oluşturmak amacıyla yapılan herhangi bir öğrenme yaşantısı" olarak tanımlanmaktadır. WHO; sağlık eğitimini, kişilere sağlıklı yasam için alınması gerekli önlemleri benimsetmeye ve uygulatmaya inandırmak, kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini doğru olarak kullanmaya alıştırmak, kendi sağlık durumlarını ve çevrelerini iyileştirmek amacı ile birey olarak veya topluca karar aldırmak olarak tanımlamıştır (Ardınç 2008; Kanber 2008). Sağlık eğitiminin temel amacı, birey ve toplumun gereksinimlerini karşılayacak, sağlıklı bir yasam için bireyin sağlığını korumasını ve geliştirmesini, tedavi olanaklarından yararlanmasını ve olumlu bir çevre yaratmasını sağlayacak yönde davranış değişikliği oluşturulmasıdır (Özvarış 2001; Türkeri 2006; Kanber 2008).

Sağlık Eğitimi ile Gelişen	Çevresel Eylemler ile Teşvik Edilen
• Sağlık bilgisi	• Savunuculuk
• Sağlık tutumları	• Çevresel değişim
• Sağlık becerileri	• Mevzuat
• Sağlık davranışları	• Direktifler, düzenlemeler
• Sağlık göstergeleri	• Kaynak geliştirme
• Sağlık durumu	• Sosyal destek
	• Mali destek
	• Toplum gelişimi
	• Örgütsel gelişim

Şekil 2-1: Sağlığı geliştirmenin bileşenleri

Kaynak: Fertman, C.I.,, Allensworth, D.D., Auld, M.E. (2012). Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı.. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe;* Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882: 16.

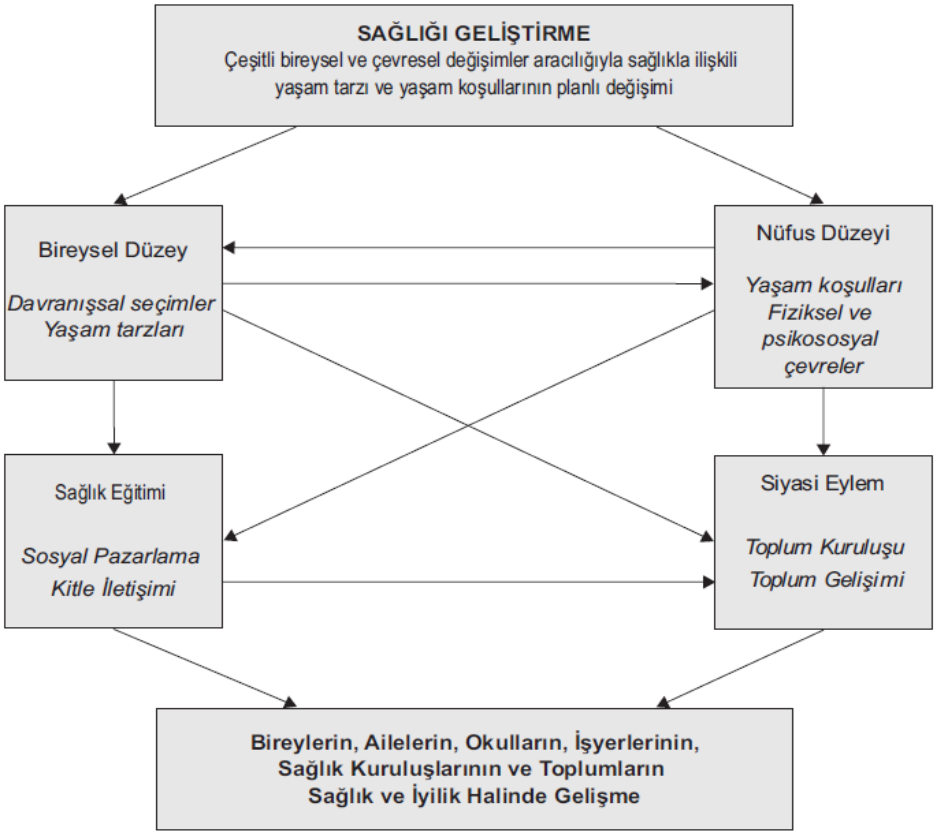
SGP, sağlık sorunu ortaya çıkmadan önce, sorunun sebebini önlemek veya insanlar dâhil olmadan gidişatını değiştirmek için eyleme geçen programlardır. SGP, sağlık sorunlarının önlenmesine önem verilmesi, SYBD'nin teşvik edilmesi, hasta uyumunun arttırılması, sağlık hizmetleri ve bakıma erişimin kolaylaştırılması

aracılığıyla bireyler açısından fiziksel, psikolojik, eğitimsel ve mesleki sonuçları iyileştirebilmekte ve genel sağlık maliyetlerinin kontrol altına alınması ve azaltılmasına yardımcı olabilmektedir. SGP; bireylerin, ailelerin, toplumların, işyerlerinin ve kuruluşların daha sağlıklı hale getirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bireylerin ve genel anlamda toplumun sağlığını teşvik eden ve destekleyen bir çevrenin oluşmasına katkıda bulunmaktadır. SGP programları, çocuklara, ergenlere, yetişkinlere ve ailelere ulaşmakta ve bu grupların kendi sağlıkları ile ilgili bilinçli karar almaları için gerekli bilgi ve becerileri edinmelerini sağlamaktadır (Viner ve Macfarlane 2005; Türkeri 2006; Fertman ve ark. 2012).

Bireyin sağlığı, içinde yaşadığı toplumun (nüfusun) sağlığı ile ilişkilidir. Şekil 2-2'de bireylere yönelik sağlığı gelişitrme stratejileri ile tüm nüfusu hedefleyen stratejiler arasındaki dinamik etkileşim gösterilmektedir. Ancak tüm nüfusu etkileyecek boyutta girişimler yapmak oldukça zordur. Geniş kitleleri etkileyebilecek, toplumsal düzeyde değişimleri, çevresel stratejileri gerektiren kapsamlı girişimler, sağlık konusunda farkındalığı yüksek bireylerin bir araya gelmesine, kanun yapıcılar ile işbirliği içerisinde olmalarına ve gerekli kanuni düzenlemelerin yapılmasına, ulusal kamu ve özel sektörlerin işbirliğine bağlıdır (Fertman ve ark. 2012).

2.3.2. Sağlığı Geliştirme Programlarında Kullanılan Kuram ve Modeller

Son yirmi yılda araştırma projeleri, sağlık davranış değişikliğinin gerçekleştirilmesi için en etkili yöntemlerin tanımlanmasına ve değerlendirilmesine odaklanmıştır. Özellikle kronik hastalıkların sigara içme, hipertansiyonun, yüksek yağ içeren diyet, obezite ve sedanter yaşam tarzı ile ilişkili olması sağlık davranışlarının tanımlanması, sağlık çıktılarının geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için çalışmayı zorunlu kılmıştır. Sağlık davranışı ve ona rehberlik eden fikirler, son derece karmaşık olduğu için model ve/veya kuramlar kullanılarak tanımlanmaya çalışılmaktadır. SGP'de model ve/veya kuramların kullanılması bireyin sağlığı üzerinde etkili olan faktörleri tanımlamayı kolaylaştırır. En etkili SGP, model ve/veya kuramlara dayalı olanlardır. Bir programın güçlü olması model ve/veya kuramların, SGP'nin kavramsal temeli oluşturmak, fiili program planlama, uygulama ve değerlendirme sürecine rehberlik etmek için kullanılmasına bağlıdır (Tükeri 2006; Ardınç 2008; Jack ve ark. 2012).



Şekil 2-2: Sağlığı geliştirme etkileşimleri

Kaynak: Fertman, C.I.,, Allensworth, D.D., Auld, M.E. (2012). Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı.. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe;* Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882:12.

Sağlığa ilişkin model ve kuramların en temel düzeyi bireysel düzeydir. Bir program tasarlarken veya bir programda çalışırken altta yatan veya programı yönlendiren kuramın bireysel düzeyde nasıl işe yarayacağını anlamak önemlidir. Sağlık inanç modeli, planlı davranış teorisi, gerekçeli eylem teorisi ve transteorik model ile değişimin aşamaları, SGM, sosyal bilişsel kuram sağlık alanında sık kullanılan model ve kuramlardandır. Hiçbir model ya da kuram mükemmel değildir. Her biri belirli bir ihtiyacı ele almak için veya bir sağlık sorununun en iyi nasıl ele alınacağına ilişkin belirli bir kavramsallaştırma ile tasarlanmıştır. Bununla birlikte sağlık davranışlarını, tek bir kuram ile açıklamak mümkün değildir. Bir ya da birden fazla kurama dayanarak oluşturulmuş modeller sağlık davranışının belirli bir sistematik içinde anlaşılmasını sağlamakta, sağlığı geliştirme ve sağlık eğitimi çalışmalarının planlanmasında kullanılmaktadır (Türkeri 2006; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011; Jack ve ark. 2012).

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesinin oluşturulmasında ve SGP'nin hazırlanmasında, sosyal bilişsel öğrenme kuramı temel alınarak Pender tarafından geliştirilmiş olan SGM kullanıldı. Programın etkisini ve gebe kadınların SYBD ölçmek için ise aynı modele dayandırılarak Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiş bir ölçme aracı kullanıldı.

2.3.2.1. Sosyal Bilişsel-Öğrenme Kuramı

Sosyal bilişsel teori, 1960'lı yılların başlarında Albert Bandura tarafından oluşturulmuş olan sosyal öğrenme teorisinden gelişmiştir. Sosyal bilişsel teori insan davranışını; kişisel faktörler, davranış ve çevrenin etkileşimi olarak tanımlamaktadır. Sosyal bilişsel teori, sağlığı geliştirmede en sık kullanılan paradigmadır. Davranış, çevre ve kişi arasındaki karşılıklı belirlemeciliği temel almaktadır; bunlar arasındaki sürekli etkileşim, insan faaliyetlerinin temelini teşkil etmektedir. Bandura gözlem yoluyla öğrenme üzerinde durmuştur. Bandura, bireylerin etkileşimler ve gözlemler yoluyla öğrendiğini farz etmektedir. Bandura'ya göre gözlem yoluyla öğrenme dört temel süreci kapsamaktadır; dikkat etme, hatırda tutma, davranış oluşturma/yeniden üretme ve motivasyon süreçleridir.

- **Dikkat Etme Süreci:** Gözlem yoluyla öğrenmede ilk adımdır. Birey, model alacağı kişinin davranışlarını gözler ve algılar. Bu süreci, bireyin ilgisi, gereksinimi, amaçları ve modele duyulan hayranlığı etkiler.
- **Hatırda Tutma Süreci:** Hatırda tutma, gözlem yoluyla öğrenilen bilgilerin sembolleştirilip kodlandığı ve bellekte saklandığı aktif bir süreçtir. Depolanan bilgilerin davranışa dönüştürülmesinde zihinsel olarak tekrar edilmesi önemlidir. Modelin tüm davranışları gerektiğinde taklit etmek için hafızaya kodlanır. Çünkü gözlenen davranış gözlemden hemen sonra taklit edilmeyebilir. Davranışı hafızada daha iyi tutmak için davranış hafızaya sözel görsel ya da sembolik olarak kodlanabilir.
- **Davranış Oluşturma/Yeniden Üretme Süreci:** Bu aşama, dikkat edilen ve hatırda tutulan davranışın birey tarafından uygulanması davranışa dönüştürülmesi sürecidir.

- **Motivasyon Süreci:** Motivasyon süreci öğrenilenleri performansa dönüştürmeyi sağlayan bir süreçtir. İnsanlar gözlem yoluyla öğrendikleri her davranışı uygulamaya geçirmeyebilir, ancak öğrenilen şeylerin kullanılması bireyi güdüler. Taklit edilen davranış çevre tarafından beğenilirse tekrar edilir, beğenilmediyse fazla tekrar edilmez ve söner. Bandura'ya göre motivasyon, davranışın sonucunda bireyin alacağı ödül ya da cezadır (Ardınç 2008; Figen ve Mete 2009; Jack ve ark. 2012).

Bandura (1986)'ya göre bir bireyin davranışı aşağıdaki üç faktörden biri ile eşsiz bir şekilde belirlenmektedir;

- **Kişisel faktörler:** Kişinin beklentileri, inançları, benlik algıları, hedefleri ve davranışı şekillendiren ve yönlendiren niyetleri.
- **Çevresel faktörler:** İnsanların beklentileri, inançları ve bilişsel yetkinlikleri, çevredeki sosyal etkiler ve fiziki yapıların etkisi ile gelişmekte ve değişmektedir.
- **Davranışsal faktörler:** Kişinin davranışı; maruz kaldığı çevrenin unsurlarını belirlemekte ve bunun sonucunda davranış çevreden etkilenerek değişmektedir.

Bandura, sosyal bilişsel teorinin birkaç önemli bileşenlerini belirlemiştir. Bunlar arasında çevre, durumlar, davranışsal kapasite, sonuç beklentileri, sonucun beklenen değeri, özkontrol, gözlemsel öğrenme, özyeterlik ve duygusal başa çıkma yer almaktadır. Bu bileşenlerin Şekil 2-3'de gösterilmiştir.

Bandura'ya göre (1986) bu bileşenler, sağlık davranışlarının anlaşılması ve bu davranışların değiştirilmesini amaçlayan müdahalelerin planlanması için önemlidir. Kendine yeterlik bileşeni, araştırmalarda en fazla analiz edilen psikososyal bileşenlerden biridir. Bandura (1995), özyeterliği, kişinin bir davranışta bulunma becerisine olan güveni olarak tanımlamaktadır. kendine yeterlik davranışa özgüdür ve mevcut zamandadır. Geçmiş veya gelecekte değildir. Kendine yeterlik, davranış değişikliğinde merkezi bir rol oynamaktadır. Sağlık davranışları için rehberlik ve motivasyon sağlamakta ve kişinin eylemleri yoluyla istenen etkileri yaratma gücüne sahip olduğu inancına dayanmaktadır. Kişiler kendi çabaları ile istenen değişimleri

yaratabileceklerine inanmadıkları sürece bu çabayı gösterme motivasyonları da olmayacaktır (Jack ve ark. 2012).

Bileşen	Tanım
Çevre	Kişiyi çevreleyen sosyal veya fiziki koşullar veya şartlardır.
Durumlar	Kişinin çevresine ilişkin algısıdır.
Davranışsal kapasite	Verili bir davranışta bulunmak için gereken bilgi ve beceridir.
Sonuç beklentileri	Tartışılan davranışı gerçekleştirmenin sonucunda ortaya çıkabilecek olası sonuçlara ilişkin öngörüdür.
Sonucun beklenen değeri	Kişinin bir davranışı sergilemesinin olası sonucuna verdiği değerdir.
Özkontrol	Amaca yönelik davranış veya performansın kişisel düzeyde yönetimidir.
Gözlemsel öğrenme	Diğer kişilerin eylemlerinin ve davranışlarının sonuçlarının izlenmesi ile oluşan davranışsal edinim.
Kendine Yeterlik	Kişinin belirli bir davranışı gerçekleştirme yönündeki güvenidir.
Duygusal başa çıkma	Yeni bir davranışın edinilmesi ile ortaya çıkan duygusal ve psikolojik durumları kontrol etmek için uygulanan kişisel tekniklerdir.

Şekil 2-3: Sosyal bilişsel kuramın bileşenleri

Kaynak: Jack, J.L., Grim, M., Gross, T., Lynch, S., McLin, C. (2012). Sağlığın Geliştirilmesi Programlarında Teori. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), *Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe;* Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882:65.

2.3.2.2. Sağlığı Geliştirme Modeli

SGM, Pender tarafından 1980-1996 yılları arasında sosyal bilişsel ögrenme kuramı temel alınarak hemşirelerin sağlık davranışlarının en önemli belirleyicilerini tanımlamaları ve SYBD'yi geliştirmek için verecekleri danışmanlıklara temel oluşturmak amacıyla geliştirilmiştir. Modelde sağlığı geliştirici unsurlar ve nedensel mekanizmalar açıklanmaktadır ve model üç önemli fonksiyona hizmet etmektedir:

- Sağlığı geliştirici davranış oluşumunu açıklayabilecek kavramlar arası ilişkileri

ortaya koymaktadır.

- Deneysel olarak test edilebilecek hipotez oluşturulmasını sağlamaktadır.
- Bağımsız araştırma sonuçlarını birbirleriyle ilişkili hale getirmektedir

Model bireyin sağlık davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkisi olan faktörleri, sağlığı geliştiren unsurları ve engelleyen faktörleri açıklamaktadır. Model üç temel birleşenden oluşmaktadır. Bunlar bireysel özelikler ve deneyimler, davranış-özel bilişsel süreçler ve davranış sonuçlarıdır (Şekil 2-4) (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011;Ersin ve Bahar 2012).

1. **Bireysel Özellikler ve Deneyimler**

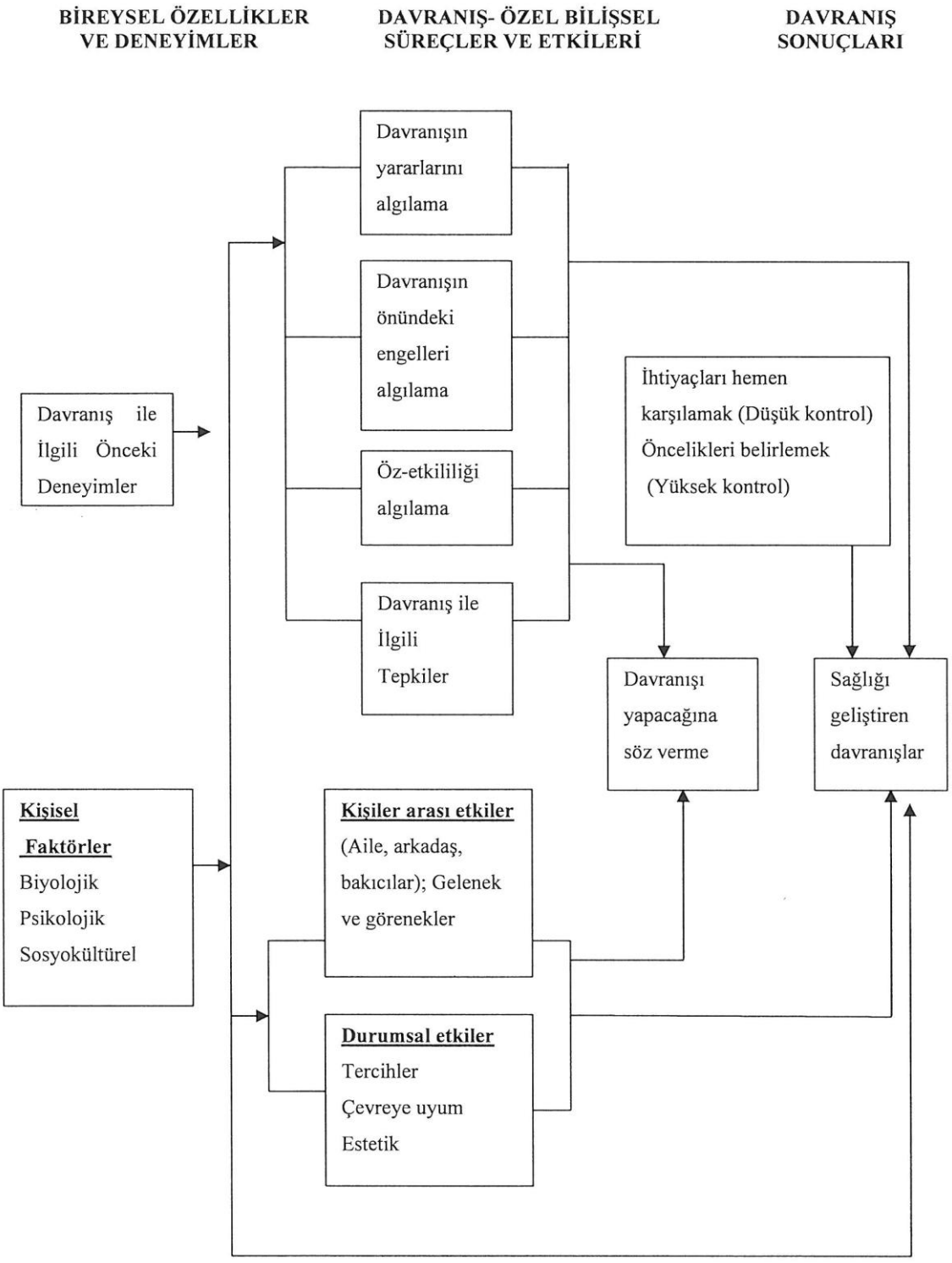
- **Davranış ile ilgili önceki deneyimler:** Bireyin daha önce sergilediği benzer ya da aynı davranışlar ve bu davranışları sergileme sıklığı bireye kazandırılacak yeni davranış üzerinde olumlu etkilidir.
- **Kişisel faktörler:** Biyolojik (yaş, cinsiyet), psikolojik (benlik saygısı, öz-motivasyon, sağlığın kişisel olarak anlamı) ve sosyo-kültürel faktörleri (etnik köken, eğitim, sosyo-ekonomik durum) içerir. Bireyin yaşı, kişilik yapısı, etnik yapısı, sosyoekonomik durumu gibi genel karakteristik özellikleri sağlık davranışları üzerinde etkilidir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011; Ersin ve Bahar 2012).

2. **Davranış-Özel Bilişsel Süreçler ve Etkileri**

- **Davranışın yararlarını algılama:** Bireyin sergilediği sağlık davranışının, onun sağlığı üzerindeki olumlu ve güçlendirici sonuçlarının farkında olması davranışı üzerinde etkilidir. Bireyin davranışın yararını algılaması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011).
- **Davranışın önündeki engelleri algılama:** Bireyin yeni bir sağlık davranışını sergilemesinde birçok engel, davranışa başlanma ve bu davranışı sürdürmeyi olumsuz etkiler. Engeller, bireyin kendisi ya da çevresi tarafından gerçek ya da gerçek olmayan durumlardan oluşabilir. En sık karşılaşılan engellere sıkılma, zaman ayıramama, ekonomik yetersizlikler, davranışın güç olması, davranışın çevre tarafından desteklenmemesi örnek verilebilir. Bireyin bu engelleri

algılaması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde olumlu etkilidir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011).

- **Öz etkililiği algılama:** Bireyin yeni bir sağlık davranışını gerçekleştirmedeki kararı özellikle bu davranışı başarı ile başlayıp sürdürebileceğine dair algısı davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011).
- **Davranış ile ilgili tepkiler:** Bireyin kazanacağı yeni sağlık davranışına yönelik sübjektif duygu durumu davranış üzerinde etkilidir. Bireyin davranışa yönelik olumlu duygular taşıması ve pozitif bakış açısı geliştirmesi önemlidir. Davranışa ilişkin bireyde oluşan duygular, davranışı tekrarlayıp tekrarlamayacağı veya uzun vadede davranışı koruyup koruyamayacağını etkiler. Davranışa yönelik pozitif duygular davranışın tekrarlanma olasılığını arttırırken, negatif duygular davranışın tekrar oluşmasına engel olabilmektedir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011).
- **Kişiler arası etkiler:** Çevredeki bireylerin bireye, davranışa ilişkin verdiği destektir. Kişiler arası etkileşim normlar (diğerlerinin beklentilerinin önemi), sosyal destek (araçsal ve duygusal destek), model alma (bir davranışı kazanmada diğerlerini gözlemleyerek öğrenilenler) boyutlarından oluşmaktadır. Primer kişilerarası etkileşim kaynakları aile üyeleri, akranlar ve sağlık personelidir. Bireyin aile, arkadaş ve sağlık çalışanları ile olumlu etkileşimi yeni bir davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011; Ersin ve Bahar 2012).



Şekil 2-4: Sağlığı Geliştirme Modeli

Kaynak: Pender 2002, Kaynak: Ardınç, A. (2008). Adölesanların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi.

- **Durumsal etkiler:** Bireyin tercihleri, estetik duygusu ve çevresi sağlık davranışlarını şekillendirir. Bireyin sergileyeceği davranışın çevresi ya da yaşamı ile uyumlu olması davranışa başlama ve sürdürme üzerinde etkilidir. Durumsal etkiler, SGM kullanılarak yapılan çalışmaların %56'sında sağlık davranışının belirleyicisi olarak gösterilmektedir (Galloway 2003; Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011; Ersin ve Bahar 2012).
- **Davranışı yapmaya söz verme:** Bireyin yeni sağlık davranışını başarıyla yapmak için belli stratejiler geliştirmesi ve davranışa başlamayı istemesi davranış kazanılmasında etkilidir. Bir başka deyişle birey kendine davranışı yapacağına dair söz verir ve davranışı kendi yaşamına yerleştirir (Ardınç 2008; Pender ve ark. 2011).
- **İhtiyaçları hemen karşılama ve tercihler:** Planlı bir sağlık davranışı geliştirme niyetinin öncesinde bilinçli istenmeyen alternatif davranışlar bireyin yeni sağlık davranışını etkiler. Planlanan bir sağlığı geliştirme davranışının hemen öncesinde acil bir gereksinimin ortaya çıkması davranış çıktısını etkileyecektir. Gereksinimler iş, aile sorumlulukları ve çevresel olaylar gibi bireyin üzerinde nispeten düşük kontrolünün olduğu davranışlardır. Tercihler ise bireylerin üzerinde yüksek kontrole sahip oldukları davranışlardır (Pender ve ark. 2011; Ersin ve Bahar 2012).

3. Davranış sonuçları: Sağlığı geliştirici davranışın ya da bu davranışın kazanılmasındaki hazırlık ve karar vermenin sonucudur (Pender ve ark. 2011).

2.3.3. Gebelik Döneminde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Gebelik döneminde kadının sağlık davranışlarının mevcut gebeliği ve sonuçlarını, yenidoğanın kısa ve uzun dönemde sağlığını etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde kadından sergilenmesi beklenen birçok SYBD bulunur (Tablo 2-1). Gebelik döneminde kadınların neden bazı davranışları yapıp bazılarını yapmadıkları, gebelik döneminde hangi sağlık davranışlarında değişiklikler yaptıkları tam olarak anlaşılmış değildir.

Tablo 2-1: Gebelik dönemi SYBD

- Erken zamanda ve düzenli DÖB alma
- Fetüs üzerinde zararlı olduğu bilinen maddelerden uzak durma (alkol sigara ve ilaç gibi)
- Gebelik, doğum ve anne baba olmaya ilişkin bilgi edinme
- DÖB sınıflarına katılma
- Sağlıklı bir diet uygulama
- Rehberlere önerilen kilo alımını sağlama ve kontrol etme
- Gebeliğe uygun egzersizleri düzenli olarak yapma
- Stresle başetme davranışları
- Ağız ve diş sağlığını sürdürme
- Cinsel açıdan riskli olabilecek davranışlardan kaçınma
- Toksik ya da enfekte ajanlara maruziyetten kaçınma
- Gebelikte sağlıklı ilişkiler sürdürme

Kaynak: Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Res Nurs Health, 24(3),* 203–217.

Higgins, Frank, and Brown (1994) kalitatif çalışmalarında 115 gebe kadına 'Gebe kaldığınızdan beri hangi sağlık davranışlarınız değişti?'' sorusunu yöneltmişler. Gebelikte komplikasyon açısından düşük risk grubunda yer alan kadınlar diet, egzersiz, sigara içme, vitamin kullanımı, alkol sigara ve kafein alımı ve istirahat davranışlarında değişiklikler yaptıklarını bildirmiştir. Sözeri ve arkadaşları (2006) gebelerin gebelik sürecindeki genel tutum ve davranışlarını, bilgi aldıkları kaynakları, gebelik seyriyle ve komplikasyonlarıyla ilgili bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, gebe kadınların (n=361), %79,3'ünün gebeliklerini planlanmış olduğunu, %71,6'sının vitamin ilacı, %61,0'ının ise demir preparatı kullandığını, %76,8'inin düzenli gebelik kontrollerine gittiğini, %88,7'sinin gebelik boyunca düzenli yürüyüş ve egzersiz yaptıklarını saptamıştır. Literatür incelendiğinde gebelik döneminde sağlık davranışlarında etkili olan faktörleri tanımlamaya yönelik çalışmalara ulaşılmaktadır;

Lindgren (2001) 20.-40. gebelik haftalarındaki 252 gebe kadın üzerinde yaptığı çalışmasında gebelik dönemindeki olumlu sağlık uygulamalarının yaş, eğitim, gelir durumu ve ilk gebeliğin yaşanması değişkenleri ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Düşük gelir seviyesi ve farklı etnik özellikte 101 kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada eğitim düzeyi ve bir işte çalışma durumu sağlık davranışları ile ilişkili bulunmuştur. Aynı çalışmada parite artışının sağlık davranışını azalttığı saptanmıştır. Yüksek risk grubundaki 96 kadın üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise gelir durumu ile istirahat, egzersiz, diet davranışları arasında ilişki saptanmamıştır (DeLuca ve Lobel 1995; Schaffer ve Lia-Hoagberg 1997).

Tarrant ve arkadaşları (2011) İrlandalı 491gebe kadın üzerinde sosyo demografik değişkenler ve yenidoğan sonuçlarının maternal sağlık davranışlarının ile ilişkisini saptamak amacıyla yaptıkları prospektif gözlemsel çalışmalarında kadınların %24,2'sinin gebeliklerinde önerilen zamanda folik asit kullanmaya başladıklarını ve gebeliklerinde alkol ve sigara kullanmaktan kaçındıklarını bildirmektedir. Bununla birlikte gebelikte sigara içen ve folik asiti uygun şekilde kullanmayan kadınların, 25 yaşın altında, bekar, multipar, doğum sonrası emzirmeyi istemeyen, 3kg altında bebek doğuran kadınlar olduğuna dikkat çekilmiştir.

Vinikoor-Imlera ve arkdaşları (2011) gebe kadının yaşadığı yerin şartlarının sağlık davranışları ve gebelik sonuçları ile ilişkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, kadının yaşadığı yerin fiziksel şartlarının bozuk olmasının sigara ve yetersiz kilo alımıyla, yaşanılan yerdeki sosyal alanların yetersiz olmasının kilo alımı ile ilişkili olduğunu saptanmıştır. Aynı çalışmada yaşanılan yerde yürüme alanının olmasının maternal sağlık davranışları ile ilişkili olmadığını bildirmiştir. Bununla birlikte yaşanılan yerin fiziksel yapısının yüksek seviyede bozuk olması tüm olumsuz gebelik sonuçları ile ilişki bulmuştur.

Thompson ve arkadaşları (2011) Gebe kadının eşinin, sigara içme, sebze ve meyve tüketimi gibi sağlık davranışlarının kadının sağlık davranışları ile güçlü derecede ilişkili olduğunu bildirmektedir.

Chuang ve arkadaşları (2011), gebeliği istemenin gebelik öncesi sağlık davranışlarına olan etkisini inceledikleri çalışmalarında bir yıl içinde kadının gebeliği istemesinin folik asit kullanımı ile ilişkili olduğunu ancak sigara ve ağır alkol kullanımı

ile ilişkisinin bulunmadığını saptamıştır. Gebeliği istemenin gebelik öncesi sağlık davranışları üzerinde etkili olduğunu ileri süren çalışmalar bulunmakla birlikte birçok kadının olumlu sağlık davranışlarını gebe kaldığını fark ettikten sonra sergilediği de bilinmektedir. Bir başka çalışmada ise istenmeyen ve planlanmamış gebeliklerin, gebelikte sigara içme, yetersiz vitamin kullanımı, düzensiz ve yetersiz kilo alımı, DÖB sayısında azalma gibi sağlık davranışlarında etkili olduğu bildirilmektedir (Özkan ve Mete 2010).

Görüldüğü üzere gebelikte SYBD birçok değişken ile ilişkilidir. Gebe kadında SYBD'nin bir model çerçevesinde açıklaması faydalı olacaktır. Bu çalışmada gebe kadınların SYBD'sini geliştirmek üzere yapılan girişimde Pender' in SGM'nin bileşenleri dikkate alınmıştır. Bu nedenle gebelik dönemi SYBD, Pender'in tanımlaması üzerinden açıklanacaktır. Pender (1987)'e göre sağlığı geliştirici davranışlar, SYBD ile sağlanabilmektedir. Bu davranışlar manevi gelişim, kişiler arası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktiviteden oluşmaktadır (Walker ve ark. 1987; Esin 1999; Erci ve ark. 2001; Ardınç 2008; İlhan ve ark. 2010).

2.3.3.1. Manevi gelişim

Bireyin iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. Gelişme, ilişki kurma ve aşılma ile gerçekleşebilir. Aşılma, iç huzuru sağlar, kim olduğumuz ve yaptığımız şeyin dışında daha başka yeni deneyimler için fırsat sağlama olasılığını yaratır. İlişki kurma, evrenle ilişkide olma ve uyum içinde olduğunu hissetmedir. Gelişme, yasamdaki amaçlar için çalışma, iyilik durumuna yönelik bireyin gücünü en üst düzeye çıkarmasıdır (Bahar ve ark. 2008). Gebelik, çağlar boyu ebeveyn ve aile üyeleri için sevinç kaynağı olan doğal bir süreç olarak algılanmıştır. Gebelik gerçekleştiğinde kadının hem vücudu hem de ruhsal durumu dramatik olarak değişebilmektedir. Duygu durumunda kızgınlık, pişmanlık birden bire neşelenme ve ciddi üzüntü gibi dalgalanmalar olabilmektedir. Bununla birlikte Türk kültürüne göre, gebelik ve doğum kadına benlik ve bütünlük kazandırmakta, kadınlık ve analık statüsünü pekiştirmektedir. Böylece çocuk sahibi olarak kadın, aile ve toplum içinde yerini sağlamlaştırdığı gibi eşinin de aile, akraba ve arkadaşları arasında itibar ve statüsünü arttırmaktadır. Bu nedenle gebelik döneminde kadınların kendilerini daha üretken ve güçlü hissettikleri söylenebilir. Gebelik döneminde maneviyatın sağlık davranışları ile ilişkisi açık

değildir. Jesse ve Reed (2004) gebelik döneminde yüksek maneviyatın sigara bırakmada etkili olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte bireylerin sahip oldukları potansiyellerini geliştirmede, yaratıcılıklarını en üst düzeye çıkarmada, manevi gelişimin bir başka deyişle kendini gerçekleştirmenin etkisi büyüktür (Başal 2006; Wilkinson ve Miller 2007; Işık 2010).

2.3.3.2. Kişiler arası destek/ilişkiler

Kişiler arası ilişkiler, bireyin başkaları ile olan nedensel gereklilikler dışında anlamlı iliskiler kurmasını, sözel ve sözel olmayan mesajlarla düsüncelerini ve duygularını paylaşmasını içerir (Bahar ve ark. 2008). Gebelik döneminde kişiler arası destek hem doğacak bebeğin hem de annenin sağlığını etkileyebilmektedir. Wilkinson ve Miller (2007) gebe kadınların eşlerinin ve annelerinin gebelik döneminde kadına destek olan kişiler olduğunu bildirmiş, aile ve yakın çevre desteği az olan kadınların yetersiz DÖB aldıklarına dikkat çekmiştir. Bu nedenle gebelik döneminde kadını destekleyen kişilerin, aile tipinin ve ailedeki karar vericinin tanımlanmasının olumlu sağlık davranışlarına kadınları teşvik etmede etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte kadının gebeliğe olan bakış açısı, bilgi ve deneyimleri aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir. Lewallen (2004) gebelikte sağlık davranışlarını tanımlamak ve gebe kadınların gebelik deneyimindeki bilgi kaynaklarını belirlemek amacıyla düşük gelirli 150 kadın ile yaptığı kalitatif çalışmasında, kadınların büyük çoğunluğunun bilgi kaynağının sırasıyla aile üyeleri, doktorlar ve hemşireler olduğunu saptamıştır. Bununla birlikte kliniklerdeki görsel ve yazılı materyallerin bilgi kaynakları arasında olduğunun bildirmiştir. Yazar çalışmasının sonucunda, sağlık davranışı geliştirmek üzere planlanacak girişimlerde bilgi kaynaklarının farkında olunmasını, davranış geliştirmede bu kaynakların desteklenmesini önermiştir. Ayrıca bilgi kaynağı olarak hemşirelerin son sırada olmasına vurgu yaparak hemşirelerin bu alanda daha aktif olması gerektiğini belirtmiştir. Sözeri ve arkadaşları (2006) ise gebelikle ilgili bilgi kaynağını sırasıyla sağlık personeli, aile büyükleri ve arkadaşlar olarak bildirmiş ve gebelikle ilgili bilgi alan gebelerin çoğunun düzenli sağlık kontrolüne gittikleri, beslenme ve uyku düzenlerine dikkat ettikleri, gebelik de kullanması gereken ilaçları kullandıkları, egzersiz yaptıkları saptanmıştır.

2.3.3.3. Stres yönetimi

Stres bireyin mevcut kişisel ve sosyal kaynakların azalması ile ortaya çıkan bir durumdur. Organizmayı zorlayan, iç ve ya dış, akut veya kronik uyaranlar veya durumlar stres etkenleri olarak tanımlanır. Stres yönetimi, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmek icin bireyin fizyolojik ve psikolojik kaynakları belirleyebilmesi ve harekete geçirebilmesidir. Stresle başa çıkmada, strese verilen yanıtları bilmek önemlidir. Strese, affektif (huzursuzluk, öfke, üzüntü, gerginlik gibi) kognitif (yoğunlaşma güçlüğü, bellek sorunları, kararsızlık gibi), davranışsal (kaçınma, saldırganlık, alkol-madde tüketimi, aşırı yeme gibi), bedensel tepkiler (çarpıntı, tansiyon artışı, sırt-göğüs ağrısı, kas gerginliği, baş ağrıları gibi) verilir. Dolayısıyla, stresle başa çıkmada, stresin duygu, davranış, düşünce ve bedensel bileşenleri hedeflenmelidir (Özmen ve Önen 2005; Stark ve Brinkley 2007).

Stresle başa çıkmada, öncelikle işe yaramayan ve bireye zararlı tepkilerin belirlenmesi ve bunların nelere yol açtığının farkına varılması gerekir. Stresle başa çıkma yöntemleri, bireyin bu tepkilerini değiştirebilmesini sağlayacak özgül beceriler kazandırarak stresi azaltmayı hedefler. Psikoterapiler, Kognitif- davranışsal terapi yöntemleri (Kendini gözleme, kognitif yeniden yapılandırma, gevşeme teknikleri, zamanı iyi kullanma ve problem çözme) ve psikanaliz ve dinamik psikoterapi stresle başa çıkma yöntemleridir. Kognitif- davranışsal terapi yöntemleri sıklıkla kullanılır (Özmen ve Önen 2005).

Kendini gözleme

Bireylerin, belli bir olaya ne şekilde tepki verdiklerini daha iyi anlamadaki en iyi yöntem, davranışlarının günlük kaydını tutmaktır. Bu yöntemde bireyin, kendisine güçlük yaratan duruma ne şekilde yanıt verdiğini kaydetmesi istenir. Kayıt edilirken olayın öncesi davranışlar ve sonuçlar ayrıntılanır. Bu aşamada olayın ne kadar stres verici olduğunun belirlenmesi için uygun bir ölçek kullanılabilir. Bu yöntemde kişinin kendini gözlemlemesi, sıklıkla gözden kaçırdığı davranışları fark edip tepkilerinin sonuçlarıyla olan bağlantısını görmelerini sağlar (Özmen ve Önen 2005).

Kognitif yeniden yapılandırma

Bu yöntemde bireyin işe yaramayan düşüncelerinin, inanç ve beklentilerinin farkına varması ve bunları değiştirmesi hedeflenir. Öncelikle, bireye verdiği emosyonel

tepkilerin altında yatan esas belirleyicinin kognisyonlar olduğu şeklindeki kognitif model öğretilir. Daha sonra, işe yaramayan düşünceleri gözleyip ve analiz etmesi için desteklenir. Her bir düşüncenin dikkatli bir analiziyle mantık hatalarının farkına varması sağlanır ve sonuçta bireyin stresöre kendisi için faydalı yanıtı geliştirmesine yardımcı olunur (Özmen ve Önen 2005).

Gevşeme teknikleri

Stresle başa çıkmada, gevşeme teknikleri oldukça faydalı olabilir. Kişiler gevşemeyi öğrendiklerinde, kaslardaki gerginlik ve otonom uyarılma azalır. Çeşitli gevşeme teknikleri bulunmaktadır. Bunlardan sık kullanılanı 'diferansiyel gevşeme' yöntemidir. Bu yöntemde birey gündelik işler yaparken sadece gerekli kası kullanır. Örneğin klavye kullanılırken el ve kol kası çalıştığından diğer kaslar örneğin bacak, ayak, bel ve yüz kasları gevşek bırakılır. Gevşemenin gündelik hayatta kullanılmasını sağlayan diğer bir yöntemse, derin bir nefes alıp nefes bırakılırken yüz, boyun, omuzlar, gövde ve bacakalarda ki kaslardaki duyumlara odaklanmayı içerir. Bu toplam 30 dakika sürer ve gün içerisinde defalarca uygulanabilir. Bunula birlikte gevşeme tekniklerine meditasyon, ritmik, düzenli ve derin solunum yapma, gözlerin kapatılıp rahatlık hissi veren şeylerin hayal edilmesi örnek verilebilir (Özmen ve Önen 2005).

Gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Özellikle gebeliğinde komplikasyon olana kadınlarda bu durum daha da şiddetlenebilir. Çünkü kadınlar gebeliği neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak algıladığı gibi; stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz ruhsal duygulanımların da yaşanabileceği bir dönem olarak da görebilmektedir. Gebelik döneminde stresin erken doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma, düşük apgar skoru ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (Affonso ve Mayberry 1990; Lewallen 2004; Stark ve Brinkley 2007; Çalık ve Aktaş 2011).

Yapılan çalışmalarda gebelik süreci, doğum, diğer çocukların bakımı gibi durumların stresör olduğuna işaret edilmekte, düşük gelirli ve multipar olan kadınların daha çok stres yaşadıkları bildirilmekte, gebeliğe bağlı stresin en yoğun ilk ve son trimesterlerde yaşandığına işaret edilmektedir (Affonso ve Mayberry 1990; Lewallen

2004; Stark ve Brinkley 2007; Çalık ve Aktaş 2011). Lewallen (2004) ise kadınların gebelikte fiziksel ve emosyonel farkındalıklarının arttığını bidilmiştir. Fiziksel olarak dar giysiler ve yüksek topuklu ayakkabı giymekten kaçınma, cilt, tırnak ve saç bakımına özen gösterme, emosyonel farkındalık olarak ise stres yönetimi ve manevi gelişim gösterilmiştir. Aynı çalışmada kadınların stres yönetimi olarak stresli durumlardan uzak durmayı kullandıkları ve kadınların stres yönetimini sağlıklı kalmanın bir parçası olarak gördüklerini saptamıştır. Bununla birlikte eşin, evdeki diğer çoukların ve yakın arkadaşların stres yönetiminde ve pozitif bir ruh halinde olmada etkili olduğu görülmüştür. Bununla birlikte sağlık davranışlarının duygu durumu ile ilişkili olduğu, pozitif duygu durumunun iyi beslenme ve egzersiz davranışları göstermede etkili olduğu bildirilmektedir. Gebeliğinde komplikasyon yaşayan kadınların bireysel bakımlarını yapmada zorluk yaşadıkları, yüksek risk grubundaki kadınların ise düşük risk grubundakilere göre sağlığı gerliştirici davranışları daha az sergiledikleri bildirilmektedir (Stark ve Brinkley 2007).

2.3.3.4. Sağlık sorumluluğu

Sağlık sorumluluğu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesi, kendi sağlığına özen gostermesi, sağlık hakkında bilgilenmeyi istemesi ve gerekli olduğunda profesyonel bir yardıma başvurabilmesidir. Gebelik döneminde sağlık sorumluğu antenatal bakım alma ve izleme gitme, gebeliği ile ilgili bireysel sağlık sorumluluğunu alma, bakımına önem gösterme ve riskli sağlık uygulamalarından kaçınmayı içerir (Lindgren 2005; Saydam ve ark. 2007; Bahar ve ark. 2008).

Gebelik dönemindeki kadının, sağlık uygulamaları hem kendinin hemde bebeğinin sağlığını direkt etkiler. Gebelikte sağlık uygulamaları, gebe kadının gebeliğini, kendinin ve yenidoğanın sağlık sonuçlarını etkileyebilecek gebelikle ilişkili sağlık davranışları olarak tanımlanabilir. Gebelik dönemi sağlık uygulamaları sağlıklı beslenme, önerilen düzeyde kilo alma, düzenli egzersiz yapma, ağız hijyenine özen gösterme, gebelik ve doğum hakkında bilgi edinme, sigara, alkol, gereksiz ilaç kullanımından kaçınma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve diğer enfeksiyonlardan korunmaya yönelik önlem almayı içerir (Lindgren 2005).

2.3.3.5. Beslenme

Gebelik dönemi beslenme gereksiniminin arttığı özel süreçlerden biridir. Beslenme, gebe kadının genel sağlık durumunu, fetusun büyüme ve gelişmesini etkilemektedir. Gebelikte uygun ve dengeli beslenme perinatal sonuçları olumlu yönde etkilemektedir. Gebelik sırasında yetersiz beslenme fetus gelisimini geciktirmekte ve düşük dogum ağırlıklı bebek doğurma riskini arttırmaktadır. Bununla birlikte yetersiz beslenmenin kısa dönemde gebelik sonuçlarına etkisini belirlemek oldukça güçtür. Yetersiz beslenme gebelik döneminde komplikasyonlara neden olurken yenidoğanın uzun dönemde mortalite ve morbidite oranını yükseltmektedir (Api ve ark. 2005; Pasinlioğlu ve Apay 2009; Taş ve ark. 2010).

Gebelik dönemi beslenme, gebe kadının genel sağlık durumunu, fetusun büyüme ve gelişmesini etkilemektedir. Gebelikte uygun ve dengeli beslenme perinatal sonuçları olumlu yönde etkilemektedir. Eğer gebe yeterli ve dengeli beslenmemişse; anemi, osteomalasia, hipertansiyon gibi hastalıkların gelişme riski artar. Enfeksiyonlara direnç azalır, anne ölümleri, gebelik zehirlenmeleri, çabuk yorulma ve zayıflık görülür. Bunun yanında bebeğin vücut ve beyin gelişiminde gerilik, düşük doğum ağırlığı ile doğması gibi sorunlar da yaşanabilir Ayrıca yetersiz beslenmenin kısa dönemde gebelik sonuçlarına etkisini belirlemek oldukça güçtür. Yetersiz beslenme gebelik döneminde komplikasyonlara neden olurken yenidoğanın uzun dönemde mortalite ve morbidite oranını yükseltmektedir (Api ve ark. 2005; Pasinlioğlu ve Apay 2009; Taş ve ark. 2010; Akan 2011).

Gebelik döneminde makro besin öğesi denilen genellikle enerji sağlayan besin öğelerine gereksinim artmaktadır. Makro besinler protein, yağ, karbonhidratlar ile diyet posasıdır. Mikro besin ögeleri ise yaşam için gerekli olan vitaminler ve minerallerdir. Gebelik döneminde kilo alımının yeterli olması enerji alımının iyi oldugu sonucunu dogururken; az/çok olması ise kisisel beslenmenin degerlendirilmesini ve beraberinde uygun düzeltmelerin yapılması gerektigini gündeme getirmelidir. Gebelikte enerji alımı ve maternal kilo alımı beslenme durumunun önemli parametreleri olsa da, dengeli bir beslenme kalori alımından daha önemlidir (Kanber 2008; Akan 2011).

Gebelikte beslenme genetik, sosyal, kültürel, ekonomik ve kişisel birçok faktörden etkilenir. Günümüzde tüketilmesi ve uzak durulması gereken besin

çeşitlerinin açıklandığı rehberler sayesinde gebelik döneminde beslenme hakkında bilgi edinmek kolaylaşmıştır. Bununla birlikte sağlık çalışanlarının DÖB kapsamında en sık danışmanlık verdikleri konu ise beslenmedir. Ancak kadınların önerilerin ne kadarını günlük diyetlerinde uyguladıkları açık değildir. Lewallen (2004) çalışmasında gebelik döneminde kadınların beslenme ve beslenme alışkanlıklarına bağlı davranışların en çok değişen davranış olduğunu ve kadınların 'doğru şeyleri yemeye çalıştıklarını' ifade ettkilerini bildirmektedir. Yine bu çalışmada kadınların sağlıklı yiyecek olarak en çok sebze ve meyveyi, zararlı yiyecek olarak ise hazır gıdalar, kızartma, asitli yiyecekler, tatlılar ve tuzlu olan yiyecekleri ifade ettiklerini bildirmiştir. Ancak birçok çalışma gebelikte beslenmenin kültürel özellikler ile ilşkili olduğuna vurgu yapmaktadır. Çünkü kadınlar besin alımı ve beslenmeyi, yaşamalarının günlük aktivitesi olarak algılamakta, yeme alışkanlıkları ve inançları nesilden nesile aktarılan bir durum olduğu içinde kısa sürede değişmemektedir. Bununla birlikte bazı besinlerin tüketiminde sosyoekonomik durumun ve inançların etkisi büyüktür. Örneğin Thai'li kadınlar et tüketiminin iri bebek doğurmaya neden olacağı ve doğumda zorluk yaşayabileceklerine inandıklarından et tüketimini gebelik dönemlerinde sınırlandırırlar. Düşük gelirli ailelerin alım gücünün az olması nedeniyle de protein alımı sınırlı, karbonhidrat ve yağ alımları fazladır. Ayrıca gebelikte kilo almanın hem gebe kadına hemde doğacak bebekte şişmanlığa neden olabileceği düşüncesi de beslenmeyi etkileyen inançlardandır (Thassri ve ark. 2000; Lewallen 2004; Api ve ark. 2005). Olander ve arkadaşları (2012) kadınların gebelik döneminde sağlıklı beslenmeye yönelik girişimlerden beklentilerini tanımlamak amacıyla yaptıkları kalitatif tardaki çalışmalarında, kadınların gebeliğin erken döneminde sağlık yeme alışkanlığının oluşturulması, sağlıklı dieti ve pişirmeye yönelik pratik bilgi sunulması, sağlık çalışanları tarafından destekleyici ve yönlendirici hizmet beklentisinin bulunduğunu bildirmektedir.

Gebe kadınların enerji gereksinimleri yaş, fiziksel aktivite durumu, gebeliğin başlangıcındaki ağırlık, besin depolarının yeterlilik derecesi gibi birçok etmene bağlıdır. Gebelikte bazal metabolizma hızı normalin ortalama % 20'si kadar artar. Bu artışın gerektirdiği besin ögelerinin karşılanması kadının kendi sağlığı için gerekli olduğu kadar fetüsün normal gelişimi için de önemlidir. Özellikle gebeliğin 20. haftasından geçerli olmak üzere gereksinimler artar. Bu artan gereksinimleri karşılamak ve gebelik öncesi ağırlığı sürdürmek için gereken günlük 2000-2200 kkal ihtiyaç ek olarak 300

kkal enerji verilmesi gerekmektedir. Bireyin enerji gereksiniminde yaşam biçiminin ve gebelik öncesi vücut ağırlığının boy uzunluğunun karesine bölünmesi ile elde edilen (kg/m2) BKİ değerinin dikkate alınması gerekir. BKİ'değeri 18,5 altında ise zayıf, 18,5–24,9 ise normal, 25,0–29,9 ise kilolu ve 30,0 ve üzeri ise obez olarak değerlendirilir. Gebelikte, BKİ değerine göre normal zamana ek olarak gereken enerji Tablo 2-2'de gösterilmiştir.

Gebelik döneminde günlük enerjinin %12-15'i proteinler, %25-30'u yağlar ve % 55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalı, basit şeker denilen çay şekeri ve benzeri besinlerin aşırı tüketiminden kaçınılmalıdır. Gebelik döneminde günlük enerjinin % 12-15'i proteinler, %25-30'u yağlar ve %55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalı, basit şeker denilen çay şekeri ve benzeri besinlerin aşırı tüketiminden kaçınılmalıdır. Günlük şeker tüketimi üzerine yapılan çalışmalarda diyetteki karbonhidrat türünün değil, miktarının önemli olduğu belirtilmiş, gebelik süresince diyette karbonhidrat sınırlamalarının annede protein ve enerji yeterli alınsa bile, fetüste beyin gelişimi ve glikojen düzeyleri üzerine olumsuz etki yaptığı saptanmıştır (WHO 2000; Sağlık Bakanlığı 2008b; Kılıç ve ark. 2010; Akan 2011).

Tablo 2-2: Gebelik öncesi BKİ değerine göre gebelikteki ek enerji gereksinimi

Gebelik Öncesi BKİ	**Gebelikte Ek Enerji (kkal)**	
	0-3 ay	**3-9 ay**
Zayıf (<18,5)	250	300
Normal (18,5–24,9)	150	300
Kilolu (25,0–29,9)	Hiç	300
Obez (30,0 ve üzeri)	Toplam 1200-1500 kkal/gün	Gebelik öncesi BKİ'e göre normal günlük gereksinim

Kaynak T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). *Obezite ve Gebelik.* Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Erişim 07.02.2011, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/obezite_bilgi_serisi/D8.pdf

Bilindiği üzere enerjinin kaynağı besin öğeleridir. Gebelikte tüketilmesi gereken günlük besin öğelerinin tüketim miktarı ise Tablo 2-3'de gösterilmiştir. Bu besin çeşitlerinin tüketilmesinde besinin ulaşılabilirliğine ve/veya kişinin isteğine göre değişiklikler yapılabilir. Örneğin süt içmeyi sevmeyen bir kadının süt yerine yoğurt yemesi ya da yoğurtlu çorba ya da 2-3 kibrit kutusu kadar az yağlı peynir ya da 1-2

kaşık çökelek tüketmesi gibi. Bu duruma benzer olarak et, tavuk, balık tüketmede sıkıntı yaşanması durumunda bir adet yumurta veya bu besinlerin hiç biri tüketilmiyorsa haftada 2 kez kuru baklagil yemekleri, mercimekli veya nohutlu çorbalar tüketilebilir. Ayrıca besinlerden tam faydalanmak adına yemeklerle birlikte C vitamininden zengin sebzeler (maydanoz, lahana, biber, domates, karnabahar, vb.), meyvelerin (kuşburnu, kıvırcık, portakal, mandalina, elma, şeftali vb.) tüketilmesi, sebzelerin ve kuru baklagillerin haşlama sularının dökülmemesi, satın alınırken konserve, beklemiş besinler ve hazır besinler yerine taze besinler tercih edilmelidir. Bununla birlikte iyotlu tuz kullanılması (hipertansiyon varsa tuzsuz ya da az tuzlu), az ve sık aralıklar ile beslenme, günde en az 8-10 bardak kadar su içilmesi de önemlidir. Özellikle kabızlık şikayeti varsa bol su içilmeli, kabuğu ile yenen meyveleri kabuklarıyla tüketmeli, her öğünde sebze ile salataya yer verip yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilmeye çalışılmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2008b).

Tablo 2-3: Gebelikte tüketilmesi gereken günlük besin tüketim miktarı

Besinler	**Miktar**
Süt, yoğurt	2 su bardağı (400-500 ml)
Peynir	2 kibrit kutusu kadar (60 g)
Et, tavuk, balık	3-4 porsiyon
Yumurta, kuru baklagiller	1 porsiyon
Taze sebze ve meyveler	5-7 porsiyon
Tam tahıllı ekmek	Hiç veya 4-6 dilim (ağırlık artışına göre)
Pirinç, bulgur, makarna vb.	Hiç veya 2-3 porsiyon (ağırlık artışına göre)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2008b). *Gebelik ve emziklilik döneminde beslenme.* Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı Erişim 07.02.2011, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_serisi_1/a2.pdf

Besinler, organizmadaki fonksiyonlarına göre proteinler, karbonhidratlar, yağlar, vitaminler ve mineraller olmak üzere besin ögelerine ayrılırlar. Gebelik döneminde tüm besin öğelerine gereksinim artar. Özelikle fetüsün büyüme ve gelişmesinde, kadının vücudundaki değişklikler için proteine, hücrelerinin yapımında proteine yardımcı olarak

B_6 vitamini, B_{12} vitamini, folik asite, fetüsün iskelet yapısının gelişimine, kadının kemik kitlesinin korunması için kalsiyuma gereksinim duyar. Besin ögelerinin yeterli ve dengeli miktarlarda alınması, bebeğin ve doğum sonrası annenin sağlığı ile yakından ilgilidir. Eğer gebe yeterli ve dengeli beslenmemişse; anemi, osteomalasia, hipertansiyon gibi hastalıkların gelişme riski artar. Ayrıca enfeksiyonlara direnç azalır, anne ölümleri, gebelik zehirlenmeleri, çabuk yorulma ve zayıflık görülür. Bunun yanında bebeğin vücut ve beyin gelişiminde gerilik, düşük doğum ağırlığı ile doğması gibi sorunlar da yaşanabilir (Sağlık Bakanlığı 2008; Akan 2011). Kadınların günlük enerji ve besin öğeleri alımları Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi (2004)'ne göre belirlenmiştir (Tablo 2-4).

Gebe kadınlarda artan plazma hacmi, fetüs için Fe gereksinmesinin artması, günlük diyetin tahıla dayalı olması (tahıllarda bulunan fitatların demirin emilimini engellenmesi), barsak parazitleri, kötü çevre ve yaşam koşulları, sık doğumlar, yetersiz beslenmeye ek olarak aşırı çay ve kahve tüketimi aneminin görülme sıklığını artırmaktadır. Aneminin fetal ve maternel sağlığa olan olumsuz etkisi nedeniyle gebe kadınların 12. haftadan başlayarak günlük 30 mg ek demir alması önerilmektedir. Gebelikte beslenme programı içinde demirden zengin besinlerin (kırmızı et, kümes hayvanları, kuru baklagiller, kuru meyveler, pekmez, tam tahıl ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri gibi besinler) yer alması önemlidir. Ayrıca demir emilimini engellediği için yemeklerle birlikte çay- kahve içilmemelidir. Yemeklerde mutlaka taze meyve ve suları, salataların (C vitamininden zengin) bulunması demirin vücutta kullanımını artıracaktır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın politikası olarak gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimesterden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmesidir (Sağlık Bakanlığı 2008; Akan 2011).

Amerika Tıp Enstitisü (Institute of Medicine, IOM) ve Amerikan Jinekolog ve Obstetrisyenler Birliği (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, ACOG) (2005) gebelikte demir dışında rutin vitamin desteğinin gereksiz olduğuna dair fikir bildirmişlerdir. Ancak, her iki kurum da her gebe kadının günlük beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesini ve yetersiz besin alımı düşünüldüğünde veya yüksek-risk kategorilerine dahil olma durumu varlığında, ikinci trimesterin başında bir multivitamin desteğinin sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Api ve ark. 2005).

Tablo 2-4: Gebelik döneminde önerilen enerji ve besin öğesi gereksinimleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Normal kadın	Gebe Kadın
Enerji (kkal/gün)	2000-2100	2150-2400
Protein (g/gün)	50-60	60-90
Kalsiyum (mg/gün)	1000	1300
Magnezyum (mg/gün)	310	350
Fosfor (mg/gün)	700	700
Demir (mg/gün)	18	27
Çinko (mg/gün)	10	15
A vitamini (IU)	7000	7700
D vitamini (IU)	400	400
E vitamini (mcg/gün)	15	15
K vitamini (mcg/gün)	90	90
C vitamini (mg/gün)	90	90
B1 vitamini (mg/gün)	1,1	1,4
B2 vitamini (mg/gün)	1,1	1,4
Niasin (mg/gün)	14	18

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye'ye özgü beslenme rehberi*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 07.02.2011, http://www.bdb.hacettepe.edu.tr/torehberi.pdf.

Gebelere multivitamin desteği verildiğinde dahi multivitamin preparatlarının gerekli besin maddelerinin tamamını değil, yalnızca bir kısmını karşılamakta olduğu ve sağlıklı bir diyetin yerine asla geçmeyeceği açıkça vurgulanmalıdır (Api ve ark. 2005). Gebelik döneminde beslenme çoğunlukla kilo alımı ile birlikte değerlendirilir. 1990 yılında IOM, kadınların doğum öncesi bakım alma ve beslenme durumları, gebelikte ve sonrasındaki sağlık durumları, fetal gelişim, yenidoğanın doğum kilosu ve postpartum

dönem gebelikten kalan kilo fazlalıklarını incelemiş ve sonucunda gebelikte kilo alımı ile ilgili önerileri yayımlanmıştır.

Bu öneriler 2009 yılında da revize etmiştir (Tablo 2-5). DeVader ve arkadaşları (2007)'in IOM (1990)'nin sınıflandırmasını kullanarak tek bebek bekleyen, termde, normal BKİ değerleri olan kadınlarla yaptıkları çalışmada, gebeliklerinde 11,5-16 kilo alan kadınlarda, 11,5'den daha az kilo alan kadınlara göre daha yüksek preeklampsi, baş pelvik uygunsuzluğu, doğum başarısızlığı, sezaryen doğum, iri bebek doğurma oranı bildirilmiştir. Kiel ve arkadaşları (2007)'in 120.000 kadınla yaptığı gebelikte kilo alımının obez kadınlardaki gebelik sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında, gebelikte önerilen IOM (1990)'in önerdiği 7 kilodan daha az kilo alan obez kadınlarda sezaryen doğum, preeklampsi, gestasyonel yaşa göre büyük ve küçük bebek doğurma oranının azaldığını bildirmektedir. Çalışmada, obez kadınların sınırlı ya da hiç kilo almamalarının gebelik sonuçlarını olumlu etkilediğine sonucuna varılmıştır. Cedergren (2007) ise çalışmasında kadınların gebelikteki BKİ değerlerine göre gebelikte optimal kilo alma aralığını saptamıştır. Bu çalışmada yaklaşık 6 yıl, 298.648 kadın üzerinde çalışılmış, kadınlar gebelikteki BKİ değerlerine göre dört gruba ayrılmıştır. Her bir grup için ve gruplar arası maternal ve fetal sonuçlar karşılaştırılmış ve gebelikteki BKİ temel alınarak, IOM (1990)'in sınıflandırmasından daha az kilo alımını öneren, obstetrik ve neonatal risklerin azaldığı yeni bir sınıflama oluşturmuştur (Tablo 2-5). Potti ve arkadaşları (2010) çalışmalarında önerilen bu iki sınıflamanın normal kilolu ve obez kadınlardaki obstetrik komlikasyonlara etkisini incelemiş ve gebelikte ideal kilo alımının yüksek olasılıkla IOM (2009) ve Cedergen (2007)'in önerilen kilo aralığında olduğunu bildirmişlerdir.

ACOG (2005) gebelikte önerilen kilo alımı IOM'nin (1990) yılındaki önerisini temel almaktadır. Sonuç olarak kadınlarda gebelikte önerilen kilo alımında günümüzde geçerli olan IOM'nin sınıflandırmasıdır. Gebelikte yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu aşırı kilo alınması nedeniyle gebelik tek başına obeziteyi tetiklemektedir. Son yıllarda obezitenin tüm dünyada yaygınlaşması, obezite varlığında gebeliklerin artmasına yol açmaktadır. Obezitenin mevcut gebeliği ve sonuçlarını, yaşam boyu kadının ve çocuğun sağlığını olumsuz yönde etkilemesi, gebelik döneminde kadınların yeterli kilo almaları konusunu gündeme taşımaktadır (Smith ve ark. 2008; Pasinlioğlu ve Apay 2009).

Tablo 2-5: BKİ değerine göre gebelikte önerilen kilo alımı

BKİ değer aralığı	Gebelikte önerilen kilo alımı
IOM (1990)	
Zayıf (BKI <19.8)	12,5–18
Normal (BKI 19.8–26.0)	11,5–16
Kilolu (BKI 26.1–29.0)	7–11,5
Obez (BKI >29.0)	7
Cedergren (2007)	
Zayıf (BKI <20)	4–10
Normal (BKI 20–24.9)	2–10
Kilolu (BKI 25–29.9)	<9
Obez (BKİ 30.0 ve üzeri)	<6
IOM (2009)	
Zayıf (<18.5)	12,5–18
Normal (18.5–24.9)	11,5–16
Kilolu (25.0–29.9)	7–11,5
Obez (30.0 ve üzeri)	5–9,1

Kaynak: Cedergren, M.I. (2007). Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstet Gynecol,110,* 759–764.

Gümüş ve arkadaşları (2010) tek bebek doğuran 537 gebe kadını BKİ'ne göre gruplandırmış ve obez gebe kadın gruplarında preklampsi, gestasyonel diabet, hipertansiyon, makrozomi, omuz distosisi ve sezeryan ile doğumun daha yüksek oranda görüldüğünü bildirmişlerdir. Yapılan bazı çalışmalar, gebeliğinde obez olan kadınların, gebeliğinde normal kilolu kadınlara göre makrozomi riskinin yaklaşık 2 kat, hipertansif hastalık riskinin 2,5 kat, gestasyonel diabet riskinin 4 kat, erken doğum riskinin 1 kat ve sezeryanla doğum riskinin 2 kat arttığını bildirmektedir (Weiss ve ark. 2004; Callaway ve ark. 2006; Smith ve ark. 2008). Dündar ve arkadaşları'nın (2008) yaptığı çalışmada da gebe kadınlarda BKİ arttıkça sezeryan doğumların arttığı ve bu artışın en önemli nedenin ise baş-pelvis uyumsuzluğu olduğu bildirilmektedir. Yine bu çalışmada BKİ artıkça vaginal doğum esnasında laserasyon oranları da anlamlı olarak artmaktadır. Ayrıca çalışma kapsamındaki gebeliğinde obez olan kadınların, bebeklerinin daha sık yenidoğan yoğun bakıma gereksinim duydukları ve postpartum dönemde uterin

atonisine normal kilolu kadınlara göre daha sık karşılaştıkları saptanmıştır. Obez gebe kadınlarda ilk trimesterde kalori miktarını azaltılıp protein miktarının yükseltilmesi önemlidir.

Bu kadınlar erken dönemde antenatal bakıma dahil edilmeli, gebelikte önerilen kiloda kalmaları sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2008; Smith ve ark. 2008; Pasinlioğlu ve Apay 2009). Normal protein gereksinmesine ek olarak gebelikte 20 gram protein ekine ihtiyaç vardır (veya 1,2 g/kg). Enerji kısıtlaması veya modülasyonu yapılacak obez kadınlarda protein gereksinmesini karşılayabilmek için günlük enerji gereksiniminin %12-15'inin proteinlerden, %50'sinin karbonhidratlardan, %30'unun ise yağlardan karşılanması uygundur. Çoğunlukla diyette olan birçok kadın gebelikte önerilen kilo artışını kabul etmede ve ek enerji gereksinimini karşılamada isteksiz olabilir. Gebelik sırasında beslenme ve kalori ihtiyacının anlaşılmasında gebeye ve ailesine yardımcı olunmalıdır. Obez kadınlar, gebelikte almaları önerilen kilonun sağlıklı anne ve bebek gelişmesi için gerekli olduğu, bu kilonun tümünün kendi vücudunda yağ olarak depolanmayacağı konusunda da bilgilendirilmelidir (Smith ve ark. 2008; Pasinlioğlu ve Apay 2009).

2.3.3.6. Fiziksel aktivite

Günümüzde toplumun fiziksel aktivite konusunda bilgi düzeyinin yetersiz olması, fiziksel aktivitenin sağlık için öneminin yeterince anlaşılamaması ve giderek daha hareketsiz bir yaşam tarzının benimsenmesi, toplumda obezite, kalp-damar hastalıkları, hipertansiyon, diyabet, osteoporoz gibi kronik hastalıkların görülme sıklığını artıran önemli nedenlerden biridir. Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, "spor" kelimesi ile eşanlamlı olarak algılanmaktadır. Oysa fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmaktadır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanısıra egzersiz, dans, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmektedir (Sağlık bakanlığı 2008c).

Kadının gebelik döneminde fiziksel olarak aktif olması ve gebeliğe yönelik egzersiz yapması kadından beklenen sağlık davranışları arasındadır. Evenson ve arkadaşları (2004) tarafından Amerika'da yapılan bir çalışmada gebeler içinde egzersiz

yapma oranı %65,6, gebe olmayan kadınlar arasında egzersiz yapma oranı ise %73,1 olarak bildirilmiştir. Balsak ve arkadaşlarının (2007) Türkiye'deki çalışma grubunda ise kadınların %27,9'unun gebelikte egzersiz hakkında bilgi sahibi olduğunu ve egzersiz yapma oranının %40,1 olarak bildirmiştir. Yine bu çalışma grubunda egzersiz yapanların %85'inin yürüyüş yaptığı saptanmıştır. Hinton ve Olsan (2001) çalışmalarında, gebelikte daha yaşlı, eğitimli ve geliri yüksek olan kadınların gebelik öncesi egzersiz yapma oranlarının yüksek olduğunu, gebelik döneminde fiziksel olarak aktif olmanın gebelik öncesi egzersiz yapma durumu ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Bununla birlikte gebelik önsei egzersiz yapan kadınların gebelikte aktivite düzeylerini sürdürürken egzersiz yapmayan kadınların gebelikle birlikte fiziksel aktivite durumlarını korudukları ya da artırdıklarını saptamışlardır. Aynı çalışmada BMİ ve özyeterlilik algısı gebelikte fiziksel aktif olma ile pozitif yönde etkili olduğu belirlenmiştir.

Gebelik döneminde yapılan düzenli egzersizin dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenlediği, kadının gebelikte ve doğum sonunda kilo kontrolünü sağladığı, sosyal etkileşimi güçlendirdiği, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissinin artırdığı bilinmektedir. Bununla birlikte gebelikte düzenli beslenme ve egzersiz, gestasyonel diabet ve uzun-dönem obezite riskini azaltır, postür, kas tonu, güç ve dayanıklılığı arttırarak daha hızlı doğum eylemine ve daha hızlı bir iyileşme sürecine zemin hazırlar ve doğum sırasındaki olası sorunları azaltır (Hinton ve Olsan 2001; Api ve ark. 2005; Sağlık bakanlığı 2008c). Gebelikte yapılabilecek bazı egzersizler Şekil 2-5'de gösterilmiştir. Gebelikte oluşan değişiklikler gözönüne alınarak hazırlanacak egzersiz programının kapsamı genel olarak şöyle olmalıdır;

- Düzgün postür eğitimi
- Uygun vücut mekaniklerinin öğretilmesi,
- Postpartum çocuk bakımı için kolların kuvvetlendirilmesi,
- Artan vücut ağırlığının taşınabilmesi için bacakların kuvvetlendirilmesi,
- Ödem, varisler ve krampları önlemek için egzersiz ve eğitim,
- Pelvik taban kas kontrolü için egzersiz ve eğitim,
- Abdominal kasların kuvvetlendirilmesi,

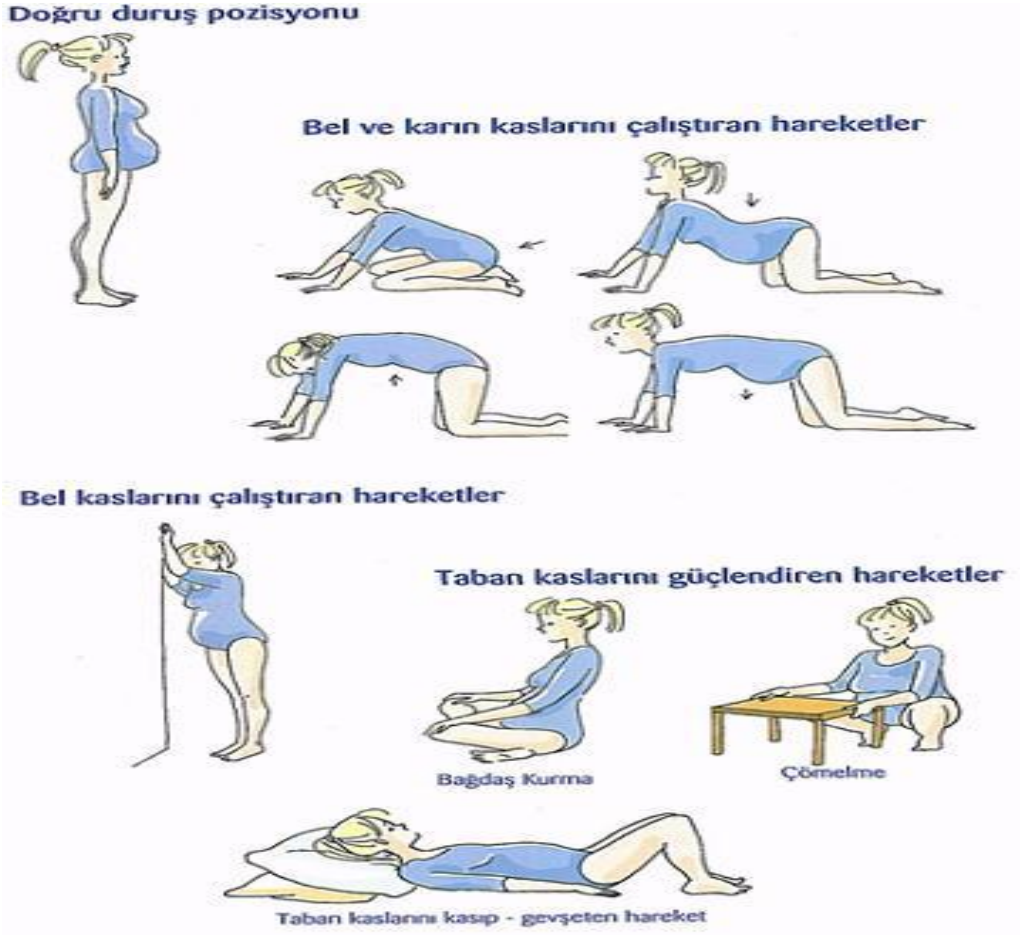
• Kardiyovasküler enduransın korunması için aerobik egzersiz programı,

• Doğum sırasında kullanılacak kasların kuvvetlendirilmesi (Sağlık bakanlığı 2008c).

Gebelikte uygun egzersizlerin yapılmasıyla gebelik dönemi ve sonrası sedanter yaşam tarzı ortadan kaldırılabilir. Daha önceden sedenter hayat tarzı olan gebeler, egzersize başlamaya yüreklendirilmelidir. Bu gebelerin gebeliğin 13. Haftasından sonra, günlük 20-30 dakikalık süreyi aşmayacak şekilde öncelikte temel ve basit egzersiz yapmaları (yürüme, yüzme gibi), daha önceden egzersiz yapmakta olan gebelerin ise aynı egzersiz programına devam etmeleri önerilmektedir. Gebelik döneminde yapılacak egzersizlerin düzenli ve uygun olmasına, aşırı yorgunluk, baş dönmesi, nefes açlığı gibi oksijen yoksunluğu bulgularında egzersize son verilmesine, uzun süre supin pozisyon gerektiren hareketlerden kaçınılmasına ve egzersizin gerektirdiği kalori ihtiyacı (ortalama 300 kkal/gün) ve sıvının mutlaka karşılanmasına uygun kıyafet şeçimine özen gösterilmelidir. Bununla birlikte gebe kadının kas-iskelet sisteminde meydana gelen değişiklikler nedeniyle tüm egzersizler fazla zorlamadan ve eklemlere fazla yüklenmeden yapılmaya çalışılmalıdır (Api ve ark. 2005; Balsak ve ark. 2007; Sağlık Bakanlığı 2008c).

ACOG (2005)'un gebelikte egzersize yönelik son önerileri gebeliğinde herhangi bir komplikasyon bulunmayan kadınların gebe olmayan kadınlarla eşit düzeyde egzersiz yapabilecekleri şeklindedir. 1994 yılında ACOG tarafından gebelik döneminde egzersiz için belirtilen kontraendikasyonlar ise şöyledir:

- Intrauterin gelişme kısıtlılığı
- Persiste eden vajinal kanama
- Servikal yetmezlik düşünülen veya serklaj yerleştirilmiş olgular
- Preterm doğum için risk faktörlerine sahip olma
- Membran rüptürü olan olgular
- Gebeliğin tetiklediği hipertansiyon
- Ağır kronik medikal hastalıklar (Api ve ark. 2005).



Şekil 2-5: Gebelikte yapılabilecek bazı egzersizler

Kaynak: Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Gebelikte Bakım Rehberi.

Gebelikte egzersizin ve aktivite tipinin, şiddeti ve süresinin bilinçli bir şekilde düzenlenmesi gereklidir. Gebelikte güvenli egzersiz tipleri sabit bisiklet, yüzme, gebeliğe uyarlanmış plates, yoga, golf ve düşük şiddette aerobik egzersizlerdir. Gebelikte hafif-orta şiddette egzersiz yapılması önerilmektedir. Orta şiddette egzersiz, kişinin rahatlıkla konuşabilirken, kalp hızının maksimum 140 atım/dakikaya kadar çıkabildiği egzersiz düzeyi olarak tanımlanmaktadır. ACOG (2005) gebelik komplikasyonu olmayan ve tibbi açıdan uygun olan kadınların gün aşırı orta şiddette 30 dakika egzersiz yapmasını önermektedir. Bununla birlikte düşme, abdomene travmaya neden olabilecek hareketlerden kaçınılması önerilmektedir (Lewallen 2004; Balsak ve ark. 2007; Sağlık Bakanlığı 2008c).

Gebelikte aerobik, yürüyüs gibi düşük yoğunluklu egzersizlerin haftada en az üç kez 30 dakika yapılmasının gebelikte kontrollü kilo alımına, genel sağlığa ve gebelik sonuçlarına olumlu etki ettiği bildirilmektedir (Black ve ark. 2007). Lewallen (2004), çalışma grubundaki kadınların fiziksel aktivite olarak daha çok yürüyüş yapma eğiliminde olduklarını bildirmektedir. Gebelikte yürüyüş en az 3 km, durmadan düşük ve tempoda yapılmalıdır. Düzenli yürümenin annenin iyilik duygusunu arttırdığı ve fiziksel yakınmaları azalttığı ileri sürülmektedir. Bununla birlikte bebeğin doğum ağırlığını arttırdığı yolunda çalışma raporları da bulunmaktadır. Maksimum aerobik kapasitenin %55'inde, 20 dakika süreyle ve haftada üç ile beş kez yapılan bir yürüme programının doğum ağırlığı ve plasenta ağırlığını anlamlı ölçüde arttırdığı, diğer parametreleri ise etkilemediği Clapp ve arkadaşları (2000) tarafından bildirilmiştir (Lewallen 2004; Balsak ve ark. 2007; Sağlık Bakanlığı 2008c).

2.4. GEBELİK DÖNEMİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI GELİŞTİRME GİRİŞİMLERİ

Gebelik döneminde kadının kendinden beklenen SYBD sergilemesi, gebelik öncesinde ve/veya gebelikte verilecek sağlık eğitimi ve danışmanlığın etkisi büyüktür. Elsinga ve arkadaşları (2008) yaşam stiline ve diğer sağlık davranışlarına ilişkin gebelik öncesi danışmanlık vermenin önemli olduğunu, gebelik öncesinde danışmanlık almanın bilgi düzeyini artırdığını, riskli sağlık davranışlarını, ilk trimesterdeki alkol kullanımını azalttığını, folik asit kullanımını artırdığını bildirmektedir. Gebelik öncesinde danışmanlığın etkili olduğu bilinmesine karşın, gebelik öncesi danışmanlık klinikleri dünya genelinde çok sınırlıdır. Doğaner ve Gölbaşı (2011), İngiltere Londra'da, İngiltere Glaskov'da, Macaristan Budapeşte'de gebelik öncesi kliniklerin bulunduğunu, gebelik öncesinde dönemde kadınların sağlıklarını geliştirmeye yonelik girişimlerin bu kliniklerde kadın doğum uzmanı, hemşire ve ebeler tarafından sunulduğunu bildirmektedir. Tükiye'de gebelik öncesi dönemde danışmanlık sunan klinik bulunmamaktadır. Mevcut sağlık sistemi içinde ise kadınların gebelik öncesi danışmanlık alıp almadıkları net olmayan bir konudur. Bu nedenle Türkiye'de gebelik döneminde kadının SYBD sergilemesi için yapılan girişimler, gebelik döneminde ağırlık kazanmaktadır. Bununla birlikte gebelik döneminde; yaşam şekli, beslenme, ilaç kullanımı ile ilgili olarak sağlık çalışanlarınca yapılan öneriler annede bu dönemde yoğun olan sağlıklı bir gebelik süreci ve sağlıklı bir çocuk isteğine baglı olarak büyük

ölçüde kabul görmektedir. Bu nedenle gebelik dönemi hem mevcut gebelikte hem de yaşam boyu SYBD geliştirilmesi için bir fırsat olarak görülmelidir (Patterson ve ark. 1990; Thassri ve ark. 2000; Sağlık Bakanlığı 2005; Saydam ve ark. 2007).

Gebelik döneminde sunulan DÖB, anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitimli bir sağlık çalışanı tarafından izlenmesidir. DÖB'nin temel amacı, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını sağlamaktır. Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge'nin Kadın Sağlığı Hizmetleri başlıklı 179. maddesi, sağlık kurumuna başvuran gebe ve lohusa kadınlara, Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği standartlara uygun hizmet verilmesini öngörmektedir. Bu standartlar çerçevesinde, riskli gebelikleri tespit etme ve bu konuda bakanlıkça belirlenen tedbirleri alma, bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmeti verme, gebelere bağışıklama hizmeti verme, kadın sağlığı konusunda verilen diğer görevleri yapma yer almaktadır. DÖB gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma kadar sürdürülmelidir. Türkiye'de gebelerin 12. haftaya kadar saptanması ve ilk izleminin yapılması, doğuma kadar da en az altı kez izlenmesi gerekmektedir. Kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli bir durum saptananlar için izlem sayısı artırılmalıdır (Özvarış ve Akın 2001;Sağlık Bakanlığı 2005; Işık 2010).

DÖB kapsamında sağlığı korumak, gebe kadının, yenidoğanın ve ailesinin iyilik halini yükseltmek medikal, psikososyal ve sağlığı geliştirmeye yönelik girişimler ile mümkün olmaktadır. Ancak gebelerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi ilkeleri içerisinde, doğum öncesi özel bakım verme, çağdaş obstetride geç başlamış bir uygulamadır. Gebe kadının gebeliğe uyum, istirahat, stresle başetme, beslenme ve egzersiz gibi konularda yeterli danışmalık almasının kendisinin ve doğacak bebeğin uzun dönem sağlığına olumlu etki yaptığı bilinsede gebe kadınların bu tarz danışmanlıkları DÖB kapsamı dışında bireysel çabaları ile elde ettikleri bildirilmektedir. Oysaki doğum polikliniklerinde ve ana-çocuk sağlığı alanında çalışanların özbakımda ve SYBD geliştirmede görevi, gebelere bakımı öğretmek, danışmanlık yapmak ve eğitim vermektir (Patterson ve ark. 1990; Kozlowski ve Zotti 1993; Thassri ve ark. 2000; Sağlık Bakanlığı 2005; Saydam ve ark. 2007; Çalık ve Aktaş 2011). TNSA (2008) sonuçlarına göre Türkiye'de DÖB alma %92'dir. Yeterli sayı (%73,7) ve uygun zamanda (%74,2) DÖB alma ise daha düşük oranlara işaret

etmektedir. Ancak bu bakımın sadece %2,5'i ebe ve hemşireler tarafından verilmektedir. Hemşireler DÖB'da aktif olarak yer alabilecek, perinatal hemşirelik yaklaşımı ile gebe/loğusa ve ailesinin yeni duruma fiziksel ve psiko-sosyal yönden uyum sağlayabilmesi için bakım sunabilecek, eğitici ve danışmanlık verici rolleri kapsamında SYBD geliştirmek için girişimde bulunabilecek sağlık profesyonellerindendir (Çoşkun 1996; Lewallen 2004).

DÖB kapsamında SYBD geliştirmeye yönelik hemşirelik girişimlerinde, kadına sunulacak sağlık eğitiminin temel amacı;

- Kadının gebeliğe hazırlanması ve uyum sağlamasına yardımcı olma,
- Gebeliğe bağlı komplikasyonları azaltma,
- Anne ve bebek sağlığını etkileyebilecek sorunları erken zamanda tespit etmektir (Çoşkun 1996; Lewallen 2004;Saydam ve ark. 2007).

Gebelik döneminde verilen eğitimlerde gebelik haftasına uygun bilgilendirme yapmak önemlidir. Gebelik döneminde çok fazla bilgi verilmesi şaşkınlığa, çelişkiye neden olabilir ve stres oluşturabilir. İlk trimesterde kadın daha çok kendi fiziksel değişiklikleri, kontrosepsiyon, fetüsün gelişim ve oluşumu, gebeliğe bağlı yakınmalar hakkında, ikinci trimesterde cinsel hayata, egzersiz, beslenme ve fetal hareketlere, son trimesterde ise doğuma hazırlık, emzirme, doğum ve doğum sonrası ile ilgili durumlara gereksinim duyar. Bu gereksinimleri karşılamak için yapılacak sağlık eğitimlerinin, bir yetişkinin sağlık eğitiminde bulunması gereken özelliklere sahip olmasına dikkat edilmelidir. Bu nedenle gebe kadının öğrenmeye hazır olması, öğrenme hedeflerinin farkında olması, eğitimin öğrenmeyi güdüleyici bir ortamda sunulması, kadının geçmiş deneyim ve bilgisi üzerine yapılandırılmış olması önemlidir. Ayrıca eğitimde değişik eğitim yöntemlerinin kullanılması ve kadının gelişimi hakkında olumlu, yargılayıcı olmayan geribildirim verilmesi eğitimin etkinliğini artırır. Sağlık eğitimlerinde 'gösterip yaptırma' eğitim metodu sık kullanılmaktadır. Oyunlaştırma (Role play), grup eğitimi ve görsel aletler ile eğitim kullanılan diğer metodlardandır. Bununla birlite bu metodların birlikte kullanılmasının başarıyı artırdığı bildirilmektedir (Thassri ve ark. 2000; Gökkoca 2001; Stark ve Brinkley 2007). Gebelikte bilgindirme, eğitim ve danışmalık konuları şunlardır;

- Üreme sistemi ve gebeliğin oluşumu
- Dogum öncesi bakim konusunda bilgilendirme
- Gebeliğe bağlı olağan yakınmalar (yorgunluk, bulantı ve kusma, sık idrara çıkma, baş dönmesi, varis ve hemoroit, kabızlık, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, meme başındaki glandlarda belirginleşme, kolostrum salınımı, aşırı tükürük salgılanması, toprak veya başka gıda olmayan madde yeme)
- Beslenme, kilo alımı ve diyet,
- Fiziksel aktivite ve çalışma koşulları,
- Cinsel yaşam, hijyen ve genel vücut bakımı,
- Ağız ve diş sağlığı,
- Sigara-alkol ve madde kullanımı
- Gebelikte tehlike işaretleri olan, vajinal kanama, sara nöbeti gibi kasılmalar, baş ağrısı ile beraber görmede bozulma, ateş veya ciddi güçsüzlük, ciddi karın ağrısı, solunum güçlüğü veya sık solunum, su gelmesi, yüzde-ellerde-bacaklarda şişme, fetüs hareketlerinin hissedilememesi,
- Doğumun nerede ve kim tarafindan yapılacağının planlanması
- Postpartum aile planlaması danışmanlığı
- Emzirme
- Tetanoz toksoid immünizasyonudur (Sağlık Bakanlığı 2005).

Gebelikte sağlık eğitimi ve danışmanlık, gebe kadının izlemi yapan sağlık personeli ile belli bir takvim dahilinde birebir görüştüğü, görüşmenin ayrıntılarının önceden belirlenmediği geleneksel tarzda sunulabileceği gibi son yıllarda Gebe merkezli bakım/Gebe eğitim sınıflarında (Centering Pregnancy) da sunulabilmektedir. Gebe eğitim sınıfları 1998'de ortaya çıkan bir DÖB modelidir. Bu model gebelik haftası aynı olan gebe kadınlar 8-12 kişilik gruplar halinde bakım almaktadırlar. Bu bakım grubundaki kişilerin randevularının ilk 30 dakikasında vital bulguları ve kilo alımları takip edilir, genel fizik muayeneleri sağlık çalışanları tarafından yapılır. Sonraki 90

dakikada ise sağlık çalışanlarının, kadınları yeni bilgiler ve beceriler öğrenmeye teşvik etmesi ve grup içi arkadaşlığın oluşmasını destekleme hedeflenir. Shakespear ve arkadaşları (2010) geleneksel DÖB alan gebe kadınlarla gebe eğitim sınıflarında bakım alan kadınların sağlık davranışlarını karşılaştırdıkları çalışmalarında gebe eğitim sınıfında DÖB alan kadınların geleneksel doğum öncesi bakım alan kadınlara göre daha düşük sağlık davranışı gösterdiklerini bildirmiştir. Bununla birlikte sigara içme ve kilo alımı açısından gruplar arasında fark bulamamıştır. Araştırmada gebe eğitim sınıflarının gebelik döneminde SYBD'yi benimsetmek için yeterli olmadığı sonucuna varmıştır. Bu durumun gebe eğitim sınıfları modelinin doğasından kaynaklanabilecğini, birebir zaman geçirme, direkt soru sorma fırsatı az olması ve kalabalık nedeniyle kendini ifade etme endişesinin olabileceğine dikkat çekmiştir. Bununla birlikte gebe eğitim sınıflarının eğitimdeki ve sosyal destek vermedeki güçlü yapısının SYBD'yi tartışmaya izin vermediğini geleneksel bakımda bunun daha kolay olabileceğini bildirmiştir.

Wilkinson ve arkadaşlarına (2010) göre genç ve sosyoekonemik açıdan fırsatı olmayan kadınlara, sağlık eğitiminin geleneksel tarz yerine gebe eğitim sınıflarına verilmesi, kadınların DÖB'a katılımlarını olumsuz etkileyebilir. Bu sınıfların anne baba olmaya ve olumlu sağlık davranışı kazanmaya ilişkin karar almada etkili olduğuna dair çok az kanıt bulunmaktadır. Gebe kadının gebeliğe özgü bireysel okuma yapması, öz yeterliliğini değerlendirerek hedef belirlemesi, karar vermesi ve kendini izleyip geliştirmesi davranış geliştirmede etkilidir. Wilkinson ve arkadaşları (2010) bu hipotezden yola çıkarak DÖB rehberlerini, kadın odaklı önleyici yaklaşımları, davranış değişikliğine ilişkin kanıt ve araştırmaları dikkate alarak hazırladıkları bir eğitim materyali geliştirmişlerdir. Bu yazılı materyal, gebelik döneminde ilişkin kanıta dayalı kısa ve anlaşılır bilgileri, tarama araçlarını, hedef belirleme ve öz yeterlilik değerlendirme faliyetlerini, sağlık çalışanlarından yardım alınması gereken durumlara yönelik yönlendirmeleri içermektedir. 'Gebelik cep kitabı' adlı bu materyalin gebe kadının sağlık davranışlarına olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında rutin DÖB alan gebe kadınlarla, gebelikte cep kitabı verilen kadınlarının sağlık davranışlarını karşılaştırmışlardır. Çalışmalarının sonucunda, gebelikte cep kitabı vermenin gebelikte sigara bırakmada etkili olduğu, ancak gebelikte sebze, meyve tüketimini ve fiziksel aktiviteyi artırmada etkili olmadığını bildirmişlerdir.

DÖB, bilgi, eğitim ve danışmanlıkların kapsamı açıkça bilinmekle birlikte kadınların gebelik dönemindeki sağlık uygulamaları ve olumlu sağlık davranışı geliştirmede etkili olabilecek girişimlerin neler olduğuna ilişkin yeterli kanıt yoktur. Gebelik döneminde SYBD'yi bir bütün olarak değerlendirip geliştimeyi amaçlayan randomize kontrollü bir çalışmaya ise ulaşılamamıştır. Bununla birlikte son yıllarda gebelikte beslenme, fiziksel aktivite, kilo alımı, sigara, alkol ve madde kullanımının SYBD ile ilişkili olduğu kabul edilmektedir. Bu davranışların geliştirilmesine etkili olabilecek girişimler 'yaşam biçimine yönelik girişimler (Lifestyle interventions)' olarak adlandırılmaktadır. Literatür incelendiğinde yaşam biçimine yönelik girşimlerin BKİ, kan lipid düzeyi, anemi, egzersiz düzeyi, yenidoğan sonuçları, enerji ve besin alımı, sebze ve meyve tüketimi, gebelikte kilo alımı, alkol, sigara ya da madde kullanımı üzerindeki etkisinin araştırma konusu olduğu görülmektedir. Genel olarak gebelik döneminde yaşam biçimine yönelik girişimlerde amaç, kadını gebelikte olumlu sağlık davranışları hakkında bilgilendirmek, olumlu sağlık davranışlarının kendisinin ve bebeğinin sağlığına olan etkisine inandırıp farkındalığını artırmak, kendisi ve yenidoğanın uzun dönem sağlığı etkileyecek riskli sağlık davranışlarından vazgeçmesini sağlamaktır. Bu amaca paralel olarak aynı zamanda tutum, davranış ve beceri kazandırmaktır (Polley, Wing ve Sims 2002; Olsan, Strawderman ve Reed 2004 Kinnunen ve ark. 2007; Chasan-Taber ve ark. 2009; Guelinckx ve ark. 2010; Brown ve ark. 2012).

Polley, Wing ve Sims (2002) gebelik ve doğum sonu dönemdeki ilk görüşme kapsamında yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında gebe kadınlarda beslenme ve fiziksel aktivitenin gebelikte kilo alımına etkisini incelemiştir. Çalışmalarında kilo alımı, sağlıklı beslenme ve egzersiz hakkında eğitim, gebelikte kilo alımını gösteren bireysel grafiklerin oluşturulması, her kadın için gebelikte kilo alımına yönelik hedefin belirlemesi ve hedeften fazla kilo alan kadınlara daha yoğun girişim uygulaması gibi davranışsal ve motivasyonel metodları içeren girişim planlamışlarıdır. Bununla birlikte girişim kapsamında yazılı ve sözlü eğitim materyalleri kullanılmış, beslenme ve egzersiz alışkanlıkları haftalık olarak kadınlara mail ile ulaştırılmış, her izlem sırasında bireysel kilo alımları hakkında bilgilendirmeler ile feedback verilmiştir ve kadınlarla her vizitten sonra bir önceki visitteki hedeflere ulaşıp ulaşmadığı konusunda konuşmak için telefon ile görüşülmüştür. Çalışmalarının sonucunda girişimin, gebelikte normal

kilolu olan kadınlarda gebelikte aşırı kilo alımını azaltığı fakat kilolu kadınlarda etkisiz olduğunu bildirmişlerdir.

Olsan, Strawderman ve Reed (2004) BKİ'si normal ve kilolu olan kadınlardan oluşan çalışma gruplarında, gebelik ve postpartum dönemde mail yolu ile eğitim verilmesinin gebelikte kilo alımına etkisini incelemişlerdir. Çalışmalarında, mail yolu ile eğitim, düşük gelirli, normal kilolu kadınlarda gebelikte aşırı kilo alma riskini azaltmış ve düşük gelirli kilolu kadınlarda doğum sonu 2,27 kg'dan daha fazla kilo alma riskini azaltmıştır. Gray-McDonald (2000) obez gebe kadınlarda yerel radyo yayınları ile bilgilendirme, broşür verme, beslenme aktivitesi olarak süpermarket gezintisi yaptırma ve yürüyüş grupları düzenleme, yemek pişirme sınıfları oluşturma, bireysel danışmanlıktan oluşan girişimlerinin BKİ'ye olan etkisini incelemişlerdir. Ancak planlanan bu diet ve aktivite girişimlerinin BKİ üzerinde etkili olmadığını bildirmişlerdir.

Kinnunen ve arkadaşları (2007) diet ve egzersize dayanan bireysel danışmanlığın; diyete, boş zaman aktivitelerine ve gebelikteki kilo alımına etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında girişimlerini ground teorisine dayandırdıklarını bildirmektedirler. Girişimleri kadınların boş zamanlardaki fiziksel aktivite ve diet durumunun değerlendirilmesini, bireysel ihtiyaçlar belirlenip nasıl geliştirebileceklerinin tartışılmasını, davranışı engelleyen durumların tespiti için bireysel kayıt tutturmayı, konuya ilişkin yazılı materyalin verilmesini ve her kişi için bireysel plan oluşturulmasını içermektedir. Araştırmanın sonucunda danışmanlığın, kadınlarda yüksek fibrin içeren ekmek, sebze, meyve alımını arttırdığı, fakat aşırı kilo alımını azaltmadığı saptanmıştır.

Chasan-Taber ve arkadaşları (2009) motivasyona dayanan 12 haftalık egzersiz girişiminin (24-28. haftadan sonra doğuma kadar yaklaşık 14 haftalık egzersiz planı, bilgi broşürü ve kalori metre cihazı verme) gestasyonel diabet gelişimine, insülin rezistansı ile ilgili serum marker düzeylerine ve gebelikte egzersizin kabul edilip sürdürülmesine olan etkisini araştırdıkları randomize kontrollü deneysel çalışmalarında, girişimlerinin gebelikte fiziksel aktiviteyi artırma ve aktif bir yaşam tarzı geliştirmede etkili olduğunu bildirmektedirler.

Guelinckx ve arkadaşları (2010) obez gebe kadınlar üzerinde yaşam biçimine yönelik broşür ile aktif sağlık eğitimini içeren girişimlerinin beslenme, egzersiz ve kilo alımına olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmalarında, gebelikte broşür ile aktif sağlık eğitimi vermenin fiziksel aktiviteyi ve gestasyonel kilo alımını etkilemediğini ancak yeme alışkanlığını etkilediğini bildirmiştir.

Brown ve arkadaşları (2012) gebelikte aşırı kilo alımını önlemek için hedef belirleme (goal setting) stratejilerini bir araya getiren bireysel diet uygulaması, bireysel takip yaptırma ve gelişimini geri bildirim ile desteklenmeyi içeren sağlıklı yaşam biçimine yönelik girişimlerin, gebelikte kilo alımına olan etkisini araştırdıkları sistematik derleme çalışmalarında, hedef belirleme stratejilerini bir araya getiren girişimlerin normal kiloda kadınlarda gebelikte istenen düzeyde kilo alımında etkili olduğunu, ancak obez ve kilolu kadınlarda yeterli etkiyi göstermediğini bildirmektedir.

Sonuç olarak SYBD geliştirmeye yönelik çalışmaların kısıtlı olması nedeniyle hangi modele ve/veya kurama dayalı girişimin hangi gruplarda etkili olduğu açık olmadığı söylenebilir. Mevcut bilgiler ışığında SYBD geliştirmeye yönelik girişimlerde yazılı ve görsel eğitim materyalleri kullanımı, motivasyonel görüşme (bireyle empati kurarak, zıtlaşmaya ya da tartışmaya fırsat vermeden farkındalığı ve öz yeterliliği artırma, bireyin davranışa ilişkin çelişkilerinin farkına varmasına yardımcı olma) ve davranış modifikasyonları (yeni bilgi ve beceriler öğretme, bireysel hedef belirleme ve değerlendirme yaptırma, istenmeyen davranışların eliminasyonu ve kişinin daha fazla motive edilmesi) sık kullanılmaktadır (Polley, Wing ve Sims 2002; Olsan ve ark. 2004; Kinnunen ve ark. 2007; Chasan-Taber ve ark. 2009; Guelinckx ve ark. 2010; Brown ve ark. 2012).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran 2011 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında İstanbul ili Başakşehir ilçesine bağlı Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezinde yapıldı.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Şekli

Bu araştırmanın amacı, gebe kadınlara DÖB kapsamında sunulan SGP'nin, kadınların SYBD'sine, gebelikte kilo, enerji ve besin öğesi alımlarına ve gebelik sonuçlarına olan etkisini araştırmaktır. Aynı zamanda yapılacak benzer çalışmalara veri oluşturmak ve sağlık geliştirmeye yönelik girişimlere katkıda bulunmaktır.

Araştırma ön test-son test kontrol gruplu deneysel bir tasarım düzeni kullanıldı. Amaca uygun olarak SGP alan grup 'deney', rutin DÖB alan gruba 'kontrol' adı verildi. SGP öncesi ve sonrası deney ve kontrol grubunda tekrarlanan ölçümler yapıldı. Araştırma şekli Şekil 3-1'de gösterilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı Başakşehir ilçesi Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan beş aile hekimliği biriminden hizmet alan gebe kadınlar oluşturmaktadır. Güvercintepe mahallesi, Anadolu'dan göç alan çarpık kentleşmenin sık görüldüğü ve bölgede yaşan kişilerin büyük çoğunluğunun alt gelir grubunda olduğu kalabalık bir bölgedir. Araştırmacının bu bölgede hemşire olarak aktif görev yapması ve bölgenin sosyo-kültürel özelliklerinden dolayı araştırma için bu bölge seçilmiştir. Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi'nde beş aile hekimliği biriminden oluşmaktadır. Bu birimlerde beş aile sağlığı elemanı (2 Ebe, 1 Hemşire ve 2 Acil Tıp Teknisyeni) görev yapmaktadır. Bu birimlerin sorumlu olduğu yaklaşık nüfus sayısı 21.000'dir ve aylık yaklaşık olarak 150 gebe kadına DÖB sunulmaktadır. DÖB hizmeti aile sağlığı elemanları tarafından sürdürülüp takip edilmekte, riskli durumlarda aile hekimine yönlendirilmektedir. Kadınların gebelik boyunca en az dört kez DÖB almaları sağlanmaktadır. Kadınlar gebeliğin 14. haftasından önce gebliz modülünden tespit edilmekte erken döneminde DÖB'ları planlanmaktadır. DÖB kapsamında kadınların gebeliklerinde genel olarak riskli olabilecek durumları tespit edilmekte, kilo,

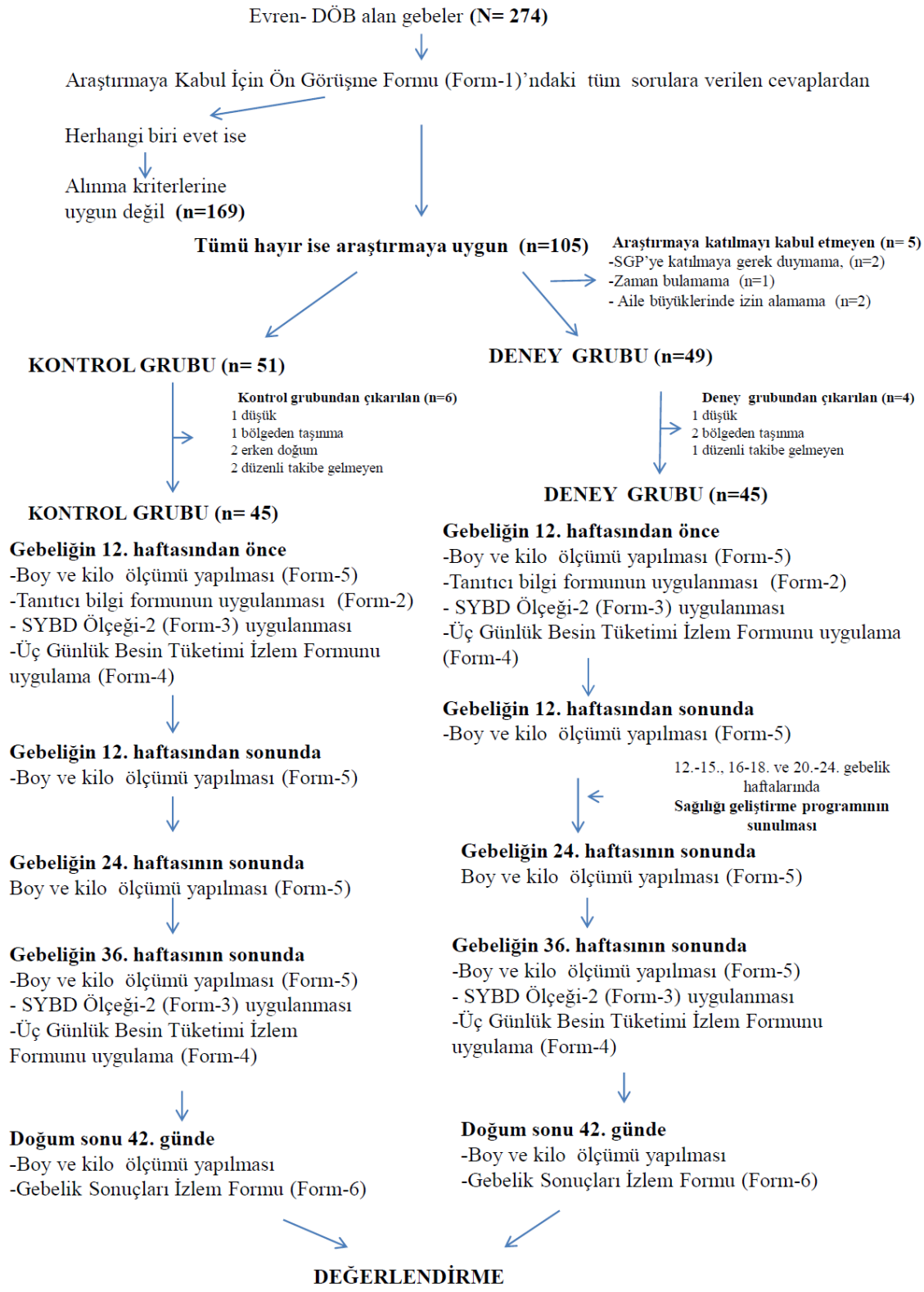
tansiyon, nabız ölçümleri, kan ve idrar tahlilleri yapılmakta, fetal kalp sesleri dinlenmekte, iki doz tetanoz aşısı yapılmakta, demir ve D vitamini verilmekte ve gebelik döneminde kadınların sergilemesi beklenen olumlu sağlık davranışlarına yönelik sağlık mesajları verilmektedir. Örneğin az ve sık aralıklarla beslenmelisiniz, bol sıvı tüketmelisiniz, sol yanınıza yatarak istirahat ediniz, sigara içilen ortamlardan uzak durunuz gibi. Tüm bu işlemler için ayrılabilen süre 5-10 dakika ile sınırlıdır. Standart bir eğitim, danışmanlık modeli ya da program ise uygulanmamaktadır.

Araştırma süresinde aile sağlığı merkezinden hizmet almaya gelen tüm kadınlara, araştırmaya uygun olup olmadıklarına karar vermek için 'Araştırma Kabul İçin Ön Görüşme Formu' uygulandı (Form-1). Bu araştırmanın örneklemini bu formdaki tüm sorulara 'Hayır' yanıtı veren, araştırmayı kabul eden 90 kadın oluşturdu (Şekil 3-1). Deney ve kontrol grubundaki gebe kadınlar arasında etkileşimi en aza indirmek için aile sağlığı merkezininin danışma bölümünde araştırmaya uygun olan kadınlar adreslerine göre iki gruba ayrılıp ayrı katlarda bulunan odalara yönlendirildi. Deney ve kontrol grubunun rastlantısal olarak oluşturmak için hangi odadan hizmet alan kadının deney ya da kontrol grubuna dahil olacağına kura ile karar verildi.

3.4. Araştırmanın Değişkenleri ve Hipotezleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, gebe kadınların SYBD'si, gebelik dönemindeki kilo, enerji ve besin öğesi alma durumları ve gebelik sonuçlarıdır. Bağımsız değişkeni ise SGP'dir. Bu araştırmanın hipotezleri aşağıdaki gibidir;

- Deney grubunun SYBD puan ortalamaları rutin bakım alanlara (kontrol grubu) göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Deney grubunun SYBD alt faktör puan ortalamaları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksektir.
- Deney ile kontrol grubu arasında enerji ve besin öğesi alımları açısından anlamı bir fark vardır.
- Deney ile kontrol grubu arasında gebelikte alınan toplam kilo ortalaması açısından anlamlı bir fark vardır.
- Deney ile kontrol grubu arasında gebelik sonuçları açısından anlamlı bir fark vardır.



Şekil 3-1: Araştırma tasarımı ve veri toplama işlem basamakları

3.5. Araştırmada Verilen Toplanması ve Kullanılan Araçlar

Bu araştırmada veriler araştırmacı tarafından birebir görüşme yöntemiyle anket, yineleyen ölçümler ve likert tipi ölçek kullanılarak toplandı. Araştırmaya dahil edilen kadınlarla veri toplamak için gebeliğin 12. haftasından önce, 12., 24. ve 36. haftasının sonunda ve doğum sonu 42. günde olmak üzere toplam beş kez izlem yapıldı. SGP ise deney grubundaki kadınlara 12.-15., 16-18., 20.-24. gebelik haftalarında sunuldu (Şekil 3-1).

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu (Form-2)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan bu form (Polley ve ark. 2002; Lagiou ve ark. 2004; Gharaibeh ve ark. 2005; Maddah ve ark. 2005; Saydam ve ark. 2007; Crozier ark. 2009; Lin ve ark. 2009; Taş ve ark. 2010; Nancy ve ark. 2011) gebeliğin 12. haftasından önce deney ve kontrol grubuna uygulandı (Şekil 3-1). Bu formda, gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerini (1.-13. sorular), mevcut gebeliği ve izlemlerini (14.-19. sorular), daha önce SYBD'ye ilişkin bilgi alıp almadığının değerlendirildiği (20.soru) açık ve kapalı uçlu sorular yer almaktadır.

3.5.2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2 (Form-3)

Bu ölçek gebeliğin 12. haftasından önce ve 36. haftasının sonunda deney ve kontrol grubuna uygulandı (Şekil 3-1). SYBD Ölçeği Pender'in SGM'e dayandırılarak sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek icin Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek altı faktörden oluşmaktadır. Bunlar, kendini gerçekleştirme, kişilerarası destek, beslenme, egzersiz, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimidir. Ölçek 1996 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBD Ölçeği -2 olarak adlandırılmıştır.

Ölçeğin ilk versiyonunda yer alan kişilerarası destek alt faktörü, kişilerarası ilişkiler, egzersiz, fiziksel aktivite, kendini gerçeklestirme alt faktörü ise manevi gelişim olarak yeniden adlandırılmıştır.

Sağlık sorumluluğu alt faktörü; bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığına ne düzeyde katıldığını belirlemeyi amaçlamaktadır.

Fiziksel aktivite alt faktörü; sağlıklı yaşamın değişmez bir öğesi olan egzersiz uygulamalarının birey tarafından ne düzeyde uygulandığını ölçmeyi amaçlamaktadır.

Beslenme alt faktörü; bireyin öğünlerini seçme ve düzenleme yiyecek seçimindeki değişiklikleri ölçmeyi belirlemektedir.

Manevi gelişim alt faktörü; bireyin yaşam amaçlarını, bireysel olarak kendini geliştirme yeteneğini ve kendini ne derecede tanıdığını ve memnun edebildiğini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Kişilerarası ilişkiler alt faktörü; bireyin yakın çevresi ile iletişimini ve bu ilişkilerdeki süreklilik düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır.

Stres yönetimi alt faktörü; bireyin stres kaynaklarını tanıma düzeyini ve stres kontrol mekanizmalarını belirlemeyi amaçlamaktadır (Kafkas ve ark. 2012)

Ölçekte maddeler, sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52) kisilerarası iliskiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47) şeklindedir. Ölçeğin derecelendirmesi 4'lü likert şeklindedir. Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4) olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Ölçeğin genel puanı SYBD puanını vermektedir. Revize edilen ölçeğin sağlığı geliştirme davranışlarının belirlenmesinde ve bu amaca yönelik planlanacak programların etkinliğinin değerlendirilmesinde kullanılabileceği bildirilmektedir. Ölçek gebe kadınlarda SYBD değerlendirmek amacıyla da çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (Gharaibeh ve ark. 2005; Saydam ve ark. 2007; Bahar ve ark. 2008; Lin ve ark. 2009).

Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenirliği Esin (1997) ve Akça (1998) tarafından yapılmıştır. Esin'in çalışmasında 48 maddelik olan ölçeğin ilk versiyonu, Akça'nın çalısmasında ise 52 maddelik olan ikinci versiyonu kullanılmıştır. Esin'in çalısmasında alpha değeri 0,91, Akça'nın çalışmasında ise 0,90 olarak bulunmuştur. Alt faktorlerin alpha değerleri Esin'in çalısmasında 0,55-0,84, Akça'nın çalısmasında 0,52-0,81 arasında değişen değerler almıştır (Bahar ve ark. 2008). Bahar ve arkadaşları (2008) geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının uzun zaman önce yapılması nedeniyle ölçeğin geçerliliği ve güvenilirliğini tekrar çalışmışlardır. Bu çalışmada ölçeğin alpha değeri 0,92 olup yüksek güvenirlik derecesine sahip olduğu bildirilmiştir. Ölçeğin alt faktörlerinin güvenirlik katsayıları ise; sağlık sorumluluğu 0,77, fiziksel aktivite 0,79,

beslenme 0,68, manevi gelişim 0,79, kisilerarası ilişkiler 0,80 ve stres yönetimi 0,64 olarak bildirilmiştir.

Bu çalışmada Walker ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilen Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılan SYBD Ölçeği-2 kullanıldı. Ölçeğin kullanımına ilişkin gereken izinler EK-1'te gösterildi.

3.5.3. Üç Günlük Besin Tüketimi İzlem Formu (Form-4)

Bireyin besin tüketimi 24 saatlik besin tüketimi hatırlama veya kayıt tutma tekniği ile saptanır. Besin tüketim çalışmalarında 24 saatlik besin tüketimi yönteminin; 3, 5, 7 ve daha fazla günü içeren zaman diliminde tekrarlanması önerilmektedir. Besinlerin porsiyon modelleri ise ev ölçüleri (su bardağı,çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı, küçük, orta boy, büyük boy vb. ile bilinen net miktarları kullanılarak sağlanır. Besin tüketiminin değerlendirildiği formlarda bireyin öğünlerinde tükettiği besin/besinler ve/veya yemekler ve miktarları sorgulanır (Sağlık Bakanlığı 2008). Araştırmada gebe kadınların besin ögesi ve enerji alımlarını saptamak amacıyla kullanılan Üç Günlük Besin Tüketimi İzlem Formu, Sağlık Bakanlığı (2008)'nın besin tüketimini değerlendirmek için önerdiği besin tüketim formu özellikleri temel alınarak hazırlandı.

Üç günlük Besin Tüketimi İzlem Formu, deney ve kontrol grubundaki gebe kadınlardan gebeliğin 12. haftasından önce ve gebeliğin 36. haftadan sonra kadınların besin öğesi ve enerji alımlarını ve SGP'nin bu değişkene etkisini belirlemek amacıyla kullanıldı. Kadınlardan üç gün boyunca (iki hafta içi ve bir hafta sonu günde) tükettikleri tüm besin ve içecekleri bu forma kayıt etmeleri istendi. Kadının forma kayıt yapmayı öğrenmesi için ilk gün kadınla birlikte bir önceki gün sorgulanarak dolduruldu.

Kadınların günlük enerji ve besin öğeleri alımları ise Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi'nde (2004) yer alan gebe kadınlar için önerilen düzeylerle karşılaştırılarak değerlendirildi.

3.5.4. Gebelikte Kilo Alımı İzlem Formu (Form-5)

Bu form araştırmacı tarafından kadınların gebelikte kilo alımlarını izlemek amacıyla oluşturuldu. Kadınların gebelikteki kilo alımlarının değerlendirilmesinde gebelik öncesi dönemde veya ilk trimesterde alınan BKİ değerlerinin kullanılması

önerilmektedir (Dündar ve ark. 2008). Bu nedenle 12. gebelik haftasında önce yapılan ilk izlemde kadınların boyları ölçüldü, beyana göre gebelikten önce (son menstruel siklustaki kiloları) bu forma kaydedildi. Kadınların gebelik öncesi BKİ değeri bu ölçüm ve beyanlarının ortalamasına göre hesaplandı. Daha sonra kadınların 12., 24. ve 36. haftanın sonunda ve doğum sonu 42. günde kiloları araştırmacı tarafından ölçüldü ve bu forma kaydedildi. Kadınların boy ve kilo ölçümleri için kalibrasyonu yapılmış mekanik kilo boy ölçer baskül kullanıldı. Gebelik döneminde ve doğum sonu dönemdeki her izlemde kadınların kiloları ince kıyafetler ve ayakkabısız olarak ölçüldü.

Ölçülen kilo ve boy değerlerinden BKİ değeri hesaplandı. BKİ değeri; kilo değerinin (kilogram) boy ölçümünün (metre) karesine bölünmesi ile elde edilerek; 18.5 kg/m2 altındaki kadınlar zayıf, 18,5-24,9 kg/m2 normal, 25-29,9 kg/m2 kilolu, 30 ve üzeri obez olarak kabul edildi (WHO 2000).

Kadınların gebelikte aldıkları kilo durumunun yeterliliği, Amerika Tıp Enstitisü'nün (IOM) gebelikte kilo alımı ile ilgili önerileri doğrultusunda değerlendirildi. Gebelik öncesi BKİ değerine göre önerilen aralıklarda kilo alanlar, 'önerilen düzeyde kilo alan' ve önerilen aralıktan az ya da fazla kilo alanlar 'önerilen düzeyde kilo almayan' olarak kabul edildi (IOM 1990; Cedergren 2007).

3.5.5. Gebelik Sonuçları İzlem Formu (Form-6)

Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Peterson ve ark. 2002; Rooney ve Schauberge 2002; Dood ve ark. 2008) doğum sonu 42. günde gebelik sonuçlarına ilişkin veri toplamak amacıyla kullanıldı. Bu formda gebeliğin süresi, doğum yeri, şekli, hastanede kalma süresi, yenidoğan yoğun bakıma gereksinim, anne ve yenidoğanda komplikasyon gelişme durumunun değerlendirildiği 10 adet açık ve kapılı uçlu soru yer almaktadır. Bu formda yer alan yenidoğanın doğum ölçümlerine ilişkin veriler, hastane ya da aile sağlığı merkezi tarafından verilen bebek doğum kartlarından elde edildi.

3.5.6. Sağlığı Geliştirme Programı (EK-2)

SGP, SGM temel alınarak hazırlanıp, planlanmış bireysel düzeyde sağlık eğitimi, bilgilendirme ve danışmanlığı içeren üç görüşmeden oluşan bir programdır.

Bu program, SGM'nin bileşenlenleri dikkate alınarak sunuldu. Kadınların bireysel özelliklerine ve deneyimlerine göre programa sadık kalınarak ufak değişiklikler yapıldı. Her görüşmede kadınlar, olumlu sağlık davranışı sergilemenin sağlıkları üzerindeki olumlu ve güçlendirici sonuçların farkına varma, davranışa ilişkin olumlu bakış açısı geliştirme ve özyeterliliği geliştirme için desteklendi. Bu davranışları sergilemekte engel oluşturan durumlar, kişiler arası ve durumsal etkiler tartışıldı. Her görüşmenin sonunda sağlık davranışını başarıyla yapmak için hedefler belirlendi.

Bu programda sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanıldı. Güdülenmeyi artırmak öğrenmeyi pekiştirmek için her oturum sonrası davranış değişikliğine yönelik hedefler belirlendi ve olumlu geri bildirim verildi.

Bu programda aşağıda yer alan temel hedefler ile gebelik döneminde SYBD geliştirmek amaçlandı:

- Gebelik döneminde SYBD sergilemenin anne ve bebek sağlığını olumlu yönde etkilediğine inandırmak
- Gebelik döneminde kadınların bireysel sağlık sorumluluğu kazanmalarını sağlamak
- Kadınların gebelik dönemi bakım ve stresten uzak durma, sağlıklı beslenme, fiziksel aktivite, yeterli düzeyde kilo alma gibi SYBD hakkındaki bilgi düzeyini, farkındalığını ve bireysel becerilerini artırmak
- Gebelik döneminde beklenen SYBD sergilemelerini desteklemek.

Bu program kapsamında araştırmacı tarafından aile sağlığı merkezinde hazırlanmış bir odada, üç kez yüz yüze görüşme yapıldı. Bireyin hedeflerini uygulama durumunu desteklemek için her görüşmeden sonra en az bir kez telefon yolu ile destekleyici danışmanlık verildi. Gebelik haftalarına göre sunulan programın içeriği EK-2'de gösterildi. SGP kapsamında sunulan 'gebelik ve bakım' görüşmesinde gebe kadınlara Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı'ndan temin edilen 'Gebelikte Bakım Rehberi' yazılı eğitim materyali kullanılarak danışmanlık verildi (EK-3). Gebelikte egzersiz, beslenme ve kilo alımı hakkındaki programda ise bilgisayar ortamında hazırlanmış slayt gösterisi kullanıldı. Programın sonunda slayt notları kadınlara verildi

(EK-4). Fiziksel aktivite oturumunda gebelikte yapılabilecek egzersizler gösterip yaptırma tekniği kullanılarak öğretildi.

3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada SYBD gebelik dönemi ile sınırlı ve uygulanan program bireysel düzeyde sağlığı geliştirmeye uygundur. Araştırmanın evrenini sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlardan oluşmaktadır. Bu nedenle araştırma benzer evrenlere genellenebilir.

Araştırmanın veri toplama süreci uzun ve kapsamlı olması araştırma kriterlerine uyan vaka sayısının az olması nedeniyle örneklem sayısı 90 kişi ile sınırlıdır.

3.7. Etik Konular

Araştırmaya başlamadan önce İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan Etik kurul kararı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni yazılı olarak alındı (EK-5). Ayrıca çalışmada kullanılan form ve ölçek için gereken izinler alındı (EK-1). Araştırmaya katılan her gebeye çalışmanın amacı açıklanıp bilgilerin gizli kalacağı, istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri ifade edildi. Bununla birlikte araştırmaya katılma kararının onların bakım ve tedavilerine hiçbir şekilde etki etmeyeceği de açıklandı. Araştırmanın kontrol grubundaki kadınlar rutin DÖB almaları için desteklendi ve istedikleri konuda danışmanlık almaları sağlandı.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmada verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda Statistical Package For Social Sciences (SPSS) paket programı kullanılarak yapıldı. Araştırma verilerinin normal dağılım gösterme ve homojen olma durumları Kolmogrov Smirnov ve One-way Anova ile değerlendirilerek uygun analiz tekniği belirlendi. Normal dağılım göstermeyen verilerde logaritmik veri dönüşümü yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma, frekans) yanı sıra deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerinin ve gebelik öncesi BKİ karşılaştırılmalarında numerik, normal dağılım gösteren ve homojen olan parametreler için Eşleştirilmiş t testi (Paired Samples t Test), normal dağılım göstermeyen parametreler için ise Wilcoxon işaretli sıra testi kullanıldı. Kategorik değişkenlerde ise normal dağılım gösteren ve homojen olan parametreler için ki kare ($\chi 2$) testleri, olmayanlar için ise

Fisher's exact testi uygulandı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi (Aktürk ve Acemoğlu, 2011).

SGP'nin gebelikte kilo alımına etkisini değerlendirmek için bağımsız örneklem t testi (Independent sample test) ve iki gözlü (2x2) $\chi 2$ testi kullanıldı.

SGP'nin gebelikteki SYBD, besin öğesi ve enerji alımlarına olan etkisi grup içi karşılaştırmalarda Eşleştirilmiş t testi (Paired Samples t Test), gruplar arası karşılaştırmada bağımsız örneklem t testi (Independent sample test) kullanıldı. Deney ve kontrol grubunun SYBD ölçeği alt faktörlerinden stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu verilerinde, beslenmeye yönelik olan protein alımı, A vitamini ve karoten, ve D vitamini verilerinde logaritmik veri dönüşümü yapıldı.

SGP'nin gebelik sonuçlarına olan etkisi normal dağılım gösteren ve homojen olan parametreler için ki kare ($\chi 2$) testi, olmayanlar için ise Fisher's exact testi kullanılarak değerlendirildi.

Kadınların günlük enerji ve besin öğeleri alımları, bilgisayar ortamında Türkiye'ye uyarlanmış ve son yıllarda bireylerin beslenme durumlarını saptamak için kullanılan bir bilgisayar programı olan Beslenme ve Bilgi Sistemi (BEBİS) programı ile hesaplandı. Bu program ile besin tüketim formları analiz edilebilmekte, bireyin besin tüketimlerinin değerlendirilmesi yolu ile günlük tüketilen makro ve mikro besin bileşenleri ayrıntılı olarak analiz edilebilmektedir. (Taş ve ark. 2010; Peterson ve ark. 2002). Bu bilgisayar programı, lisanslı bir program olup araştırmada kullanmak için yapılan lisans kiralama sözleşmesi EK-6'da gösterilmiştir.

4. Bulgular

Araştırmada elde edilen veriler iki bölümde incelendi. Birinci bölüm deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguları içermektedir. İkinci bölüm ise sağlığı geliştirme programının, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına, gebelikte kilo alımına, gebelikte besin öğesi ve enerji alımına ve gebelik sonuçlarına etkisine yönelik bulguları içermektedir.

4.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulgular

4.1.1. Deney ve Kontrol Grubunun Bireysel Özellikleri

Araştırmada kadınların yaş gruplarının birbirine benzer olduğu ($\chi 2$=4,440, p=0,350,df=4), yaş ortalamasının deney ve kontrol grubunda sırasıyla 24,31±4,22 ve 24,28±4,15 olduğu belirlendi. Deney ve kontrol grubunda yaş ortalaması açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (t=0,14, p=0,989).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (deney %48,9 ve n=22, kontrol %60 ve n=27) eğitim düzeyi ilkokul ve altı olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların örgün eğitime devam etme yılı ortalaması ise sırasıyla 7,6±3,2 ve 6,6±2,8 olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubunda örgün eğitime devam etme yılı değişkeni açısından istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur (z=-1,247, p=0,213). Deney ve kontrol grubunun bazı bireysel özellikler açısından Tablo 4-1'de karşılaştırıldı.

Deney ve kontrol grubunda sırasıyla kadınların %15,6'sı ve %4,4'ü gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Deney ve kontrol grubu arasında gelir getiren bir işte çalışma değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0,079, $\chi 2$=3,086, df=1). Deney grubunda gelir getiren bir işte çalışan kadınların %4,4'ü tekstil işinde, %6,7'si ailesinin işinde ve %4,4'ü kamu işinde (öğretmen), kontrol grubunda ise %2,2'si aile işinde ve benzer olarak %2,2'si tekstil işinde çalışmaktaydı.

Tablo 4-1:Deney ve kontrol grubunun bireysel özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Deney		Kontrol		
		n	%	n	%	Test değeri*
Yaş grubu	18-23	19	42,2	20	44,4	p=0,350
	24-29	22	48,9	21	46,7	$\chi 2$=4,440
	30-35	4	8,9	4	8,9	Df=4
Eğitim düzeyi	İlkokul ve altı	22	48,9	27	60	p=0,680
	Ortaokul	10	22,2	11	24,4	$\chi 2$=2,270
	Lise ve üzeri	13	28,9	7	15,6	Df=4
Sağlık güvencesi	Var	33	73,3	32	71,1	p=0,660
	Yok	12	26,7	13	28,9	$\chi 2$=2,139
						Df=1
Resmi nikah	Var	39	86,7	36	80	p=0,656
	Yok	6	13,3	9	20	$\chi 2$=0,48
						Df=1
Çalışma durumu	Çalışıyor	7	15,6	2	4,4	p=0,079 $\chi 2$=3,086
	Çalışmıyor	38	84,4	43	95,6	Df=1

* Fisher's exact ve çoklu gruplarda ki kare ($\chi 2$) testi uygulandı.

4.1.2. Deney ve Kontrol Grubunun Aile ve Sosyal Yaşam Özellikleri

Deney ve kontrol grubundaki kadınların aile ve sosyal yaşamlarına yönelik özellikleri incelendiğinde (Tablo 4-2); deney ve kontrol grubundaki kadınların yaşamlarının büyük çoğunluğunu kentte geçirdiği (deney %73,3, kontrol %75,6), maddi gelirlerinin giderlerine denk olduğu (deney %66,7, kontrol %75,6), geniş ailede yaşadıkları (deney %53,3, kontrol %60) ve evlerinde maddi konulara karar veren kişilerin benzer olduğu (p=0,456, $\chi 2$=3,649, df=4) saptandı. Deney ve kontrol

grubunun aile ve sosyal yaşam özelliklerine ilişkin tanıtıcı bulgular Tablo 4-2'de gösterildi.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların sırasıyla %35,6'sı ve %24,4'ünün göç ettiği saptandı. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlı olmamakla birlikte, evlilik (deney %64,4, kontrol %22,2) ve işsizlik sorunu (deney %8,9, kontrol %2,2) her iki grupta da göç etme nedeni arasındaydı ($\chi2$=3,626 p=0,45, df=4).

Tablo 4-2: Deney ve kontrol grubunun aile ve sosyal yaşam özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		**Deney**		**Kontrol**		
		n	**%**	**n**	**%**	**Test değeri***
Yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği yer	Kent	33	73,3	34	75,6	p=0,690
	Kırsal	12	26,7	11	24,4	$\chi2$=0,536
						Df=1
Gelir durumu	Gelir giderden az	15	33,3	11	24,4	p=0,220
	Gelir gidere denk	30	66,7	34	75,6	$\chi2$=1,504
	Gelir giderden fazla	-	-	-	-	Df=1
Aile tipi	Çekirdek aile	21	46,7	18	40	p=0,807
	Geniş aile	24	53,3	27	60	$\chi2$=0,60
						Df=1
Evde maddi konulara karar veren kişi	Eş	14	31,1	17	37,8	p=0,303
	Eşi ile birlikte	20	44,4	13	28,9	$\chi2$=2,391
	Eşin ailesi	11	24,4	15	33	Df=2
Göç etme durumu	Evet	16	35,6	11	24,4	p=0,250
	Hayır	29	64,4	34	75,6	$\chi2$=1,323
						Df=1

* Fisher's exact ve çoklu gruplarda ki kare ($\chi2$) testi uygulandı.

4.1.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Dönemine İlişkin Özellikleri

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun ilk gebeliği olduğu (deney %64,4, kontrol %55,6), isteyerek gebe kaldıkları (deney %84,4, kontrol %88,9) ve mevcut gebeliklerinin ilk izlemlerinin çoğunlukla hekim tarafından

yapıldığı (deney %86,7, kontrol %91,1 ve n=41) saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların gebeliklerinin ilk izlemlerini yaptırdıkları hafta ortalamaları sırasıyla 5,97±2,71 ve 5,35±2,51 olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptandı (t=2,570, p=0,16). Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik dönemine ilişkin tanıtıcı özellikleri Tablo 4-3'de gösterildi.

Araştırmada deney ve kontrol grubunda bu gebeliğinde ve daha önce alkol kullanan kadın bulunmamaktadır. Araştırmada deney grubunun %91,1'i (n=41), kontrol grubunun ise %86,7'si (n=39) sigara içmemektedir. Deney grubundaki kadınların %6,7'si, kontrol grubundaki kadınların %8,9'u mevcut gebeliğinde sigara içmektedir. Bununla birlikte deney grubundaki kadınların %2,2'si, kontrol grubundaki kadınların %4,4'ünün mevcut gebeliği öğrendiklerinde sigara içmeyi bıraktıkları belirlendi. Deney ve kontrol grubu arasında mevcut gebelikte sigara içme değişkeni açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($\chi 2$=0,675, p=0,954, df=4).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların vitamin kullanma durumu açısından birbirine benzerdir ($\chi 2$=1,120, p=0,250, df=1). Her iki grupta da kadınların %75,6'sı (n=34) vitamin kullanmaktadır.

Deney grubunda kadınların gebeliklerinin 6,97±3,79. haftasında, kontrol grubundaki kadınların gebeliklerinin 5,64±2,91. haftasında vitamin kullanmaya başladığı saptandı (t=1,65, p=0,11).

Deney grubundaki kadınların %48,9'u (n=22) folik asit, %26,7'si (n=12) multivitamin ve demir, kontrol grubundaki kadınların %31,1'i (n=14) folik asit, %44,4'ü (n=20) ise multivitamin ve demir kullanmaktadır. Her iki grupta da kullanılan vitamin çeşitleri benzer bulundu ($\chi 2$=3,274, p=0,513, df=4).

Araştırmada örneklemindeki kadınların daha önce bir sağlık personelinden beslenme, egzersiz, stresle başetme gibi SYBD hakkında eğitim almadıkları saptandı.

Tablo 4-3: Deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik dönemine ilişkin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Özellikler		Deney		Kontrol		Test değeri*
		n	%	n	%	
Gebelik sayısı	İlk gebelik	29	64,4	25	55,6	p=0,486
	İkinci gebelik	16	35,6	20	44,4	χ^2=0,485
						Df=1
Gebelik aralığı	İlk gebelik	29	64,4	25	55,6	p=0,327
	2-3 yıl	13	28,9	12	26,7	χ^2=4,635
	4 yıl ve üzeri	3	6,7	8	17,8	df=4
Mevcut gebeliğin ilk izlemini yapan kişi	Doktor	39	86,7	41	91,1	p=0,550
	Ebe ya da hemşire	6	13,3	4	8,9	χ^2=0,675
						df=1
Mevcut gebeliği isteme durumu	Gebeliği isteyen	38	84,4	40	88,9	p=0,589
	İleride gebe olmak isteyen	7	15,6	5	11,1	χ^2=0,850
	Kesinlikle gebelik istemeyen	-	-	-	-	df=1
Mevcut gebelikte manevi destek aldığı kişi	Destek aldığı kişi yok	3	6,7	5	11,1	p=0,905
	Eş	24	53,3	27	60	χ^2=4,089
	Anne,baba ve kardeşler	10	22,2	10	22,2	df=9
	Eş ve aile üyeleri	8	17,8	3	6,7	

* Fisher's exact ve 2x2 ki kare (χ^2) testi uygulandı.

4.1.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Öncesi Beden Kitle İndekleri

Araştırmada gebeliğin 12. haftasından önce yapılan ilk boy ve kilo ölçümündeki gebelik haftaları ortalaması deney grubunda 7,95±2,85 ve kontrol grubunda 6,64±2,66 olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (t=2,507, p=0,16). Deney grubunun gebelik öncesi BKİ ortalaması 23,86±4,10 ve kontrol grubunun ise 22,82±3,93 olup

aradaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (t=1,081, p=0,285). Deney ve kontrol grubunun gebelik öncesi BKİ değerlerine göre grupları Tablo 4-4'da gösterildi.

Tablo 4-4: Deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik öncesi BKİ değerlerine göre karşılaştırılması

Gebelik öncesi BKİ	Deney		Kontrol		Test değeri *
	n	%	n	%	
Zayıf (<18.5)	4	8,9	5	11,1	p=0,825, χ2=0,902, df=3
Normal (18.5–24.9)	27	60,0	29	64,4	
Kilolu (25.0–29.9)	10	22,2	9	20	
Obez (30 ve üzeri)	4	8,9	2	4,4	

* Fisher's exact testi uygulandı.

4.2. Sağlığı Geliştirme Programının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına, Gebelikte Kilo Alımına, Gebelikte Besin Öğesi ve Enerji Alımına ve Gebelik Sonuçlarına Etkisine Yönelik Bulgular

4.2.1. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Kilo Alma Durumları

Deney ve kontrol grubunda gebelik boyunca alınan toplam kilo ortalaması sırasıyla 12,45±5,04 ve 12,29±4,80 kg'dı. SGP'nin gebelikte alınan toplam kilo üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmadığı saptandı (t=0,156, p=0,877).

Deney grubunda kadınların %51,1'inin (n=23), kontrol grubundaki kadınların ise %28,9'unun (n=13) gebeliklerinde önerilen düzeyde kilo aldıkları belirlendi. Deney ve kontrol grubunda gebelikte önerilen düzeyde kilo alma açısından farklılıklar saptandı. Deney grubunda, kontrol grubuna göre gebelikte önerilen düzeyde kilo alımı daha fazla iken önerilen düzeyden az ya da aşırı kilo alımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha düşüktü (p=0,031, df=1, χ2=4,630). Deney grubundaki kadınların %24,4'ü (n=11) önerilenden az, %24,4'ü (n=11) önerilenden fazla, kontrol grubundaki kadınların %35,6'sı (n=16) önerilenden az, %35,6'sı (n=16) önerilenden fazla kilo aldığı belirlendi. Önerilenden düzeyde olmayan kilo alımları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (χ2=4,630, p=0,99, df= 2).

Deney ve kontrol grubunda doğum sonu 42. günde yapılan ölçüme göre gebeliğe bağlı kilo fazlalıklarının ortalamalarının ise sırasıyla 5,19±4,71 ve 5,95±4,79 kg olarak belirlendi. SGP'nin gebeliğe bağlı doğum sonu kilo üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmadığı saptandı (t= -0,763, p=0,447).

Tablo 4-5: Deney ve kontrol grubunun gebelikte önerilen düzeyde kilo alma durumlarının dağılımı

Kilo alma durumu	Deney n	Deney %	Kontrol n	Kontrol %	Test değeri*
Önerilen düzeyde kilo alan	23	51,1	13	28,9	**p=0,031, df=1, χ2=4,63**
Önerilen düzeyde kilo almayan	22	48,9	32	71,1	

* 2x2 ki kare (χ2) testi uygulandı.

4.2.2. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Besin Öğesi ve Enerji Alımları

Araştırmada deney grubunun 12. haftadan önceki besin öğesi ve enerji alımları değerlendirildiğinde, günlük yağ alımı ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde önerilen düzeylerde iken (t=-1,260, p=0,214) fosfor ve C vitamini alımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilenden yüksek, diğer tüm değişkenler ise anlamlı olarak önerilen düzeyden düşüktür (p=0,00).

Araştırmada kontrol grubunun 12. haftadan önceki besin öğesi ve enerji alımları değerlendirildiğinde, günlük yağ (t=1,484, p=0,145) ve C vitamini alımı (t=1,315, p=0,195) ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde önerilen düzeylerdedir. Fosfor alımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilenden yüksek, diğer tüm değişkenler ise istatistiksel olarak anlamlı olarak önerilen düzeyden düşüktür (p=0,00).

Araştırmada SGP alan deney grubunda 36. haftasının sonundaki besin öğesi ve enerji alımları değerlendirildiğinde, günlük yağ (t=0,783, p=0,438), protein (t=0,121, p=0,940), riboflavin (t=0,278, p=0,782) ve posa (-1,827 p=0,075) alımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilen düzeyler arasındadır. Fosfor ve C vitamini alımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilenden yüksek,

günlük enerji alımı (p=0,003) ve diğer tüm değişkenler ise anlamlı olarak önerilen düzeyden düşüktür (p=0,00).

Araştırmada rutin bakım alan kontrol grubunda 36. haftasının sonundaki besin öğesi ve enerji alımları değerlendirildiğinde, günlük yağ (t=-1,277, p=0,280) alımı ortalaması istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilen düzeyler arasındadır. Fosfor (t=5,524, p=0,00) ve C vitamini (t= 2,666, p=0,011) alımı ortalaması önerilenden yüksek olsa da bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Riboflavin (p=0,02) ve ve diğer tüm değişkenler ise istatistiksel açıdan anlamlı olarak önerilen düzeyden düşüktür (p=0,00).

Araştırmada deney ve kontrol grubunun gebeliğin 12. haftasından önceki beslenme durumları incelendiğinde; günlük enerji ve besin öğesi alım ortalamalarının çoğunlukla benzer olduğu görülmektedir. Bununla birlikte D ve C vitamini alımının deney grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla olduğu saptandı (Tablo 4-6).

Araştırmada deney ve kontrol grubunun 36. haftanın sonunda enerji alım ortalamasının sırasıyla 2087,80±664,45 ve 1888,70±581,01 kkal olduğu belirlendi. Ancak deney grubundaki bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (t=1,503, p=0,136). SGP alan deney grubunda, günlük enerji, karbonhidrat, yağ ve folik asit alımı ortalamaları dışındaki tüm değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde rutin bakım alan kontrol grubunda göre daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 4-6).

Araştırmada gebeliğin 12. haftasından önceki yapılan izlemde deney ve kontrol grubundaki gebelerin günlük aldıkları enerjinin protein, karbonhidrat ve yağ alımındaki oranları birbirine benzer bulundu. Bununla birlikte her iki gruptada günlük sebze ve meyve alımı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı. Gebeliğin 36. haftasından sonra SGP alan deney grubunda günlük enerjideki protein oranı, sebze ve meyve alımı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek iken, karbonhidrat ve yağ alımındaki fark anlamlı değildi (Tablo 4-6).

Tablo 4-6: Deney ve kontrol grubunun gebeliğin 12. haftadan önce ve 36. haftanın sonundaki besin öğesi ve enerji alımlarının karşılaştırılması

Besin öğesi	Önerilen miktar	12. haftadan önce Günlük alınan miktar ortalama X ± S. sapma		Test değeri*	36. haftanın sonu Günlük alınan miktar ortalama X ± S. Sapma		Test değeri*
		Deney	Kontrol		Deney	Kontrol	
Enerji (kkal)	2150-2400	1731,10±638,34	1867,90±587,94	t =0,852, p=3,992	2087,80±664,45	1888,70±581,01	t=1,503,p=0,136
Protein (g/gün)	60-90	55,60±2,30	58,69±5,87	t=0,769, p=0,441	73,60±33,32	58,21±17,23	**t=0,253,p=0,013**
Protein alımı (%/enerji)	12-15	13±2	13±2	t=0,278,p=0,782	14±4	12±2	**t=2,779, p=0,032**
Karbonhidrat (g/gün)	330-360	219,67±89,45	242,709±96,70	t=1,254, p=0,217	255,76±107,67	237,23±94,27	t=0,864, p=0,390
Karbonhidrat alımı (%/enerji)	55-60	35±6	34±7	t=0,302, p=0,763	35±7	36±6	t=-1,432,p=0,160
Yağ (g/gün)	66-80	67,73±28,05	71,26±23,81	t=0,728, p=0,471	82,95±25,02	75,93±21,32	t=1,424, p=0,158
Yağ alımı (%/enerji)	25-30	51±7	52±7	t=0,933,p=0,356	49±8	50±7	t=-1,491,p=0,144
Kalsiyum (mg)	1300	688,36±32,44	652,87±20,63	t= -0,643, p=0,524	813,72±346,79	682,21±282,98	**t=2,175, p=0,032**
Magnezyum (mg)	350	235,71±87,19	235,20±63,06	t=-0,340, p=0,973	289,50±96,39	246,87±78,45	**t=2,291,p=0,024**
Fosfor (mg)	700	915,97±337,66	939,29±23,79	t=0,410, p=0,684	1113,90±421,97	961,34±317,36	**t=2,177, p=0,032**
Demir (mg)	27	9,87±3,33	9,89±3,04	t=0,410, p=0,967	11,82±3,61	10,14±3,40	**t=2,248, p=0,027**
Çinko (mg)	15	8,89±3,34	9,11±2,84	t=0,389, p=0,699	10,78±3,45	8,83±2,52	**t=3,051,p=0,003**
A vitamini ve karoten (IU)	7700	3956,20±232,94	4146,40±221,67	t=0,485, p=0,630	5229,0±315,13	3814,20±221,70	**t=2,520, p=0,014**
D vitamini (IU)	400	121,6±26,4	42,8±26,1	**t= -2,199, p=0,033**	75,2±12,96	61,92±12,44	**t=-2,876,p=0,005**
Tiamin (mg)	1,4	0,81±0,42	0,75±0,22	t=-0,852, p=0,399	0,94±0,43	0,76±0,27	**t=2,328, p=0,022**
Riboflavin (mg)	1,4	1,12±0,49	1,19±0,34	t=0,904, p=0,371	1,41±0,54	1,18±0,46	**t=2,179,p=0,032**
B6 vitamini (mcg)	1900	1128,20±411,83	1219,80±418,04	t=1,115, p=0,271	1482,50±578,37	1260,90±500,40	**t=2,182, p=0,032**
Folik asit (mcg)	600	265,87±92,07	282,70±88,54	t=0,951, p=0,347	296,07±114,79	284,21±91,38	t=0,540, p=0,591
C vitamini (mg)	90	136,81±73,11	98,82±45,0	**t=-2,882, p=0,006**	151,21±91,33	113,95±60,26	**t=2,277, p=0,025**
Posa (g)	28	21,77±7,56	21,55±7,83	t=-0,142, p=0,887	25,70±8,31	22,34±8,25	**t=2,114, p=0,044**
Meyve alımı (adet/gün)	2-3	1,7±1,05	1,6±1,16	t=0,250, p=0,838	2,1±1,3	1,5±1,0	**t=2,179,p=0,032**
Sebze alımı (g/gün)	300gr	176±102	213±108	t= -1,631, p=0,107	283±132	204±129	**t=2,772,p=0,007**

*****Deney ve kontrol grubunda A vitamini ve karoten, protein ve D vitamini verilerinde logartimik veri dönüşümü yapıldı. Gebeliğin 12. haftasından önce elde edilen verilerin karşılaştırmalarında Eşleştirilmiş t testi (Paired Samples t Test), gebeliğin 36. haftasının sonundaki karşılaştırmada ise bağımsız örneklem t testi (Independent sample test) kullanıldı.

4.2.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde SYBD Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamaları

Araştırmada gebeliğin 12. haftasından önce SYBD ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 124,26±16,96 ve kontrol grubunda 122,75±17,66 olarak belirlendi. Gebeliğin 12. haftasından önce SYBD ölçeğinden alınan toplam puan ortalamalarının her iki grupta da birbirine benzer olduğu belirlendi (t=0,433, p=0,667). Bununla birlikte alt ölçek puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu saptandı (Tablo 4-7).

Tablo 4-7'de rutin bakım alan kontrol grubunda gebeliğin 12. haftasından önce yapılan ölçümler 36. haftanın sonundakiler ile karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamalarının yükseldiği görülmektedir. Ancak bu ölçümler arasındaki yükselme değerlendirildiğinde; SYBD toplam puanında (p=0,410, t=-0,831), manevi gelişim (p=0,365, t= -0,915), sağlık sorumluluğu (p=0,701, t=-0,386), beslenme (p=0,191, t=1,328), kişilerarası ilişkiler (p=0,690, t=0,401) ve stres yönetimi (p=0,383, t=-0,881) alt faktör puan ortalamalarındaki yükselmenin istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı saptandı. Bununla birlikte kontrol grubunda gebeliğin 12. haftasından önce yapılan ölçüme göre, gebeliğin 36. haftasının sonunda fiziksel aktivite alt faktör puan ortalamasındaki yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (t=-2,746, p=0,09).

Tablo 4-7'de SGP alan deney grubunda gebeliğin 12. haftasından önce yapılan ölçümler 36. haftanın sonundakiler ile karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam ve ve alt ölçek puan ortalamalarının yükseldiği görülmektedir. Bu ölçümler arasındaki farklılık değerlendirildiğinde; SYBD toplam puanında (p=0,00, t=-5,635), sağlık sorumluluğu (t=-4,460, p=0,000), fiziksel aktivite (t=-7,802, p=0,00) ve stres yönetimi (t=-3,649, p=0,001) alt faktör puan ortalamalarındaki bu yükselmenin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptandı. Bununla birlikte deney grubunda gebeliğin 12. haftasından önce yapılan ölçüme göre, gebeliğin 36. haftasının sonunda manevi gelişim (t=-0,740, p=0,463), beslenme (t=-2,472 p=0,170) ve kişiler arası ilişkiler (p=0,326, t=-0,994) alt faktör puan ortalamalarındaki yükselmenin istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlendi.

Gebeliğin 36. haftasında deney ve kontrol grubu SYBD ölçeği toplam ve ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam puanının, deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer olarak deney grubunda, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt faktörlerinden alınan puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bununla birlikte manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt faktörlerinden alınan puanlarda deney grubunda daha yüksektir. Ancak yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildir (Tablo 4-7).

Tablo 4-7: Deney ve kontrol grubunun 12. haftadan önce ve 36. haftanın sonundaki SYBD ölçeği ve alt faktör puan ortalamaları

GENEL ÖLÇEK VE ALT FAKTÖRLERİ	Alınabilecek min-max puanlar	12. haftadan önce		Test değeri*	36. haftanın sonu		Test değeri*
		DENEY X ± S. sapma	KONTROL X ± S. sapma		DENEY X ± S. sapma	KONTROL X ± S. sapma	
SYBD genel puan	52.00-208.00	124,26±16,96	122,75±17,66	t=0,433, p=0,667	138,22±16,86	125,11±16,86	**t=3,689, p=0,000**
Manevi Gelişim	9.00-36.00	25,51±4,23	24,24±3,82	t=1,550, p=0,128	26,02±4,20	24,93±4,05	t=1,251 p=0,214
Sağlık Sorumluluğu	9.00-36.00	21,15±4,18	20,86±5,18	t=0,302, p=0,764	23,77±3,64	21,20±3,94	**t=3,220 p=0,002**
Fiziksel Aktivite	8.00-32.00	12,60±3,42	12,06±4,24	t=0,676, p=0,503	17,91±4,30	14,04±4,21	**t=4,305, p=0,000**
Beslenme	9.00-36.00	21,63±4,68	22,48±4,26	t= -0,24, p=0,298	23,33±3,29	21,62±3,53	**t=2,376, p=0,020**
Kişilerarası ilişkiler	9.00-36.00	24,48±3,81	24,37±4,08	t=1,550, p=0,120	25,24±4,33	24,11±4,10	t=1,274, p=0,206
Stres Yönetimi	8.00-32.00	18,88±3,37	18,71±3,46	t=0,253, p=0,801	21,93±7,25	19,20±3,38	**t=2,692 p=0,008**

*Deney ve kontrol grubunda stres yönetimi ve sağlık sorumluluğu verilerinde logartimik veri dönüşümü yapıldı. Gebeliğin 12. haftasından önce elde edilen verilerin karşılaştırmalarında Eşleştirilmiş t testi (Paired Samples t Test), gebeliğin 36. haftasının sonundaki karşılaştırmada ise bağımsız örneklem t testi (Independent sample test) kullanıldı.

4.2.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Sonuçları

Deney ve kontrol grubundaki kadınların tamamının doğumunlarının hastanede hekim tarafından yapıldığı ve ortalama gebelik sürelerinin sırasıyla 39,26±1,42 ve 39,33±1,34 hafta olduğu belirlendi. Aradaki farkın istatistiksel açıdan anlamsız olduğu saptandı (t=-0,238, p=0,813).

Tablo 4-8: Deney ve kontrol grubun gebelik sonuçları açısından karşılaştırılması

Özellikler		Deney n	Deney %	Kontrol n	Kontrol %	Test değeri**
Gebellikte sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	3	6,7	3	6,7	*
	Hayır	42	93,3	42	93,3	
Doğumda sağlık sorunu yaşama durumu	Evet	-	-	-	-	*
	Hayır	45	100	45	100	
Doğum şekli	Normal	28	62,2	30	68,9	$\chi 2$=0,443, p=0,506
	Sezeryan	17	37,8	15	31,1	df=1
Bebekte akut sağlık sorunu	Evet	4	8,9	3	6,7	$\chi 2$=1,55, p=1,00
	Hayır	41	91,1	42	93,3	df=1
Yenidoğanda yoğun bakıma gereksinim	Evet	2	4,4	4	8,9	$\chi 2$=0,714, p=0,67
	Hayır	43	95,6	41	91,1	df=1
Yenidoğanda sarılık tedavisi alma	Evet	5	11,1	13	28,9	**$\chi 2$=4,444, df=1 p=0,035**
	Hayır	40	88,9	32	71,1	
Yenidoğanın beslenme durumu	Sadece anne sütü	38	84,4	38	84,4	*
	Emzirmiyor	-	-	-	-	
	Anne sütü ve formül mama	7	15,6	7	15,6	

*Sayısal olarak benzer olan veriler test edilmedi.

**Fisher's exact testi ve 2x2 ki kare ($\chi 2$) testi uygulandı.

Deney grubunda (28,93±18,88 saat) doğum nedeniyle hastanede yatış süresi ortalaması kontrol grubundan (30,26±20,91 saat) daha düşük bulundu. Ancak bu fark

istatistiksel açıdan da anlamlı değildir (t=-0,317, p=0,752). Deney ve kontrol grubunun gebelik sonuçları açısından karşılaştırılması Tablo 4-8'de gösterildi.

Araştırmada deney grubundaki kadınların gebeliklerinde erken doğum tehtidi (%2,2) ve bel-bacak ağrısı (%4,4) nedeniyle, kontrol grubunda ise varise bağlı ağrı (%2,2) ve antenatal tarama testlerindeki olumsuz sonuç nedeniyle stres (%4,4) yaşadıkları saptandı. Deney ve kontrol grubundaki kadınların doğumlarında herhangi bir sorun yaşamadıkları saptandı. Deney grubundaki kadınların bebeklerinde akut sağlık sorunu olarak enfeksiyon (%4,4), solunum sıkıntısı (%2,2) ve hipoglisemi (%2,2), kontrol grubundaki kadınların bebeklerinde ise omuz çıkığı (%2,2), enfeksiyon (%2,2) ve aritmi (%2,2) yaşandığı belirlendi.

Deney grubundaki kadınların bebeklerinin %4,4'ünün, kontrol grubundaki kadınların ise %8,9' unun yenidoğan yoğun bakıma gereksinimi olduğu saptandı. Deney ve kontrol grubunda yenidoğanların yoğun bakıma yatma nedenleri enfeksiyon (deney %2,2, kontrol %2,2) ve solunum sıkıntısı (deney %2,2, kontrol %6,7) olarak belirlendi.

Deney ve kontrol grunundaki kadınların yenidoğanlarının, yenidoğan sarılığı geçirme durumları incelendiğinde, deney grubunda yenidoğan sarılığı yaşama durumu %11,1 iken kontrol grubunda %28,9 olarak belirlendi. Deney grubundaki kadınların yenidoğanlarında, yenidoğan sarılığı görülme durumu istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha düşüktü (Tablo 4-8).

Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin yenidoğan ölçüm ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi (Tablo 4-9).

Tablo 4-9: Deney ve kontrol grubundaki kadınların bebeklerinin yenidoğan ölçüm ortalamaları açısından karşılaştırılması

Yenidoğan ölçümleri	Deney X ± S. sapma	Kontrol X ± S. sapma	Test değeri*
Kilo	3,268±3,80	3,298±4,23	t=-0,301,p=0,765
Boy	50,04±1,78	50,40±1,90	t=-1,054,p=0,295
Baş çevresi	34,31±1,33	34,77±1,10	t=-1,653,p=0,102

***** Bağımsız örneklem t testi (Independent sample test) uygulandı.

5. TARTIŞMA

Gebe kadının ve yenidoğanın sağlık durumunun, kadının gebelik dönemindeki sağlık davranışları ile yakın ilişkili olduğu bilinmektedir. Gebelik döneminde DÖB, olumlu sağlık davranışı kazandırmak, bilgi, eğitim ve danışmanlık vermek için bir fırsat niteliğindedir. Ancak yapılan çalışmalar, gebe kadınların olumlu sağlık davranışları kazandırmaya yönelik danışmanlıkları DÖB kapsamı dışında bireysel çabaları ile elde etmek zorunda kaldıklarına işaret etmektedir (Kozlowski ve Zotti 1993; Sağlık Bakanlığı 2005; Gürel ve ark. 2006; Işık 2010).

Literatür incelendiğinde; DÖB'ın kapsamı içinde, bakım almanın önemi ve bakım almayı engelleyen durumlar, kadının gebelikte sergilemesi beklenen olumlu sağlık davranışları geniş yer tutmaktadır. Ancak kadınların gebelik dönemindeki SYBD düzeyi, SYBD'yi etkileyen faktörler, SYBD geliştirmede etkili olabilcek girişimler hakkındaki bilgi birikimin yetersiz olduğu söylenebilir. Bununla birlikte gebelikte SYBD geliştirmeye yönelik etkili girişimlerin tanımlanması ve farklı gruplarda bu girişimlerin etkisinin araştırılmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir (Higgins ve ark. 1994; Polley ve ark. 2002; Lewallen 2004; Olsan ve ark. 2004; Kinnunen ve ark. 2007; Lin ve ark. 2009; Guelinckx ve ark. 2010; Smith ve ark. 2010).

Kadınların gebelik döneminde sağlıklarını etkileyen davranışları tanımlama, günlük aktivitelerini düzenlemede ve kendi sağlık statülerine uygun davranışları seçmede etkili olan girişimleri belirleme hemşireliğin araştırma konuları ve çalışma alanları arasında yer almaktadır (Çoşkun 1996; Lewallen 2004). Bu araştırmada gebelik dönemi SYBD, manevi gelişim, kişiler arası destek, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu, beslenme ve fiziksel aktivite faktörleri ile ele alınmış ve bireysel düzeyde bu davranışların geliştirilmesi amaçlandı. Bu amaçla SGM'nin bileşenleri dikkate alınarak, görsel-yazılı eğitim materyali ve demonstrasyon yönetimi kullanarak hazırlanan birebir sağlık eğitimi ve danışmanlıktan oluşan bir program oluşturuldu. Bu bölümde programın gebe kadınların SYBD'sini, gebelikte kilo, enerji ve besin öğesi alımlarına ve gebelik sonuçlarına olan etkisine yönelik araştıma bulguları literatür doğrultusunda beş bölümde tartışıldı;

5.1. Deney ve kontrol grubunun tanıtıcı özelliklerine yönelik bulguların tartışılması

5.2. Deney ve kontrol grubunun gebelikte kilo alma durumlarının tartışılması

5.3. Deney ve kontrol grubunun gebelik döneminde besin öğesi ve enerji alımlarının tartışılması

5.4. Deney ve kontrol grubunun gebelik döneminde SYBD ölçeği alt faktör puan ortalamalarının tartışılması

5.5. Deney ve kontrol grubunun gebelik sonuçlarının tartışılması.

5.1. Deney ve Kontrol Grubunun Tanıtıcı Özelliklerine Yönelik Bulguların Tartışılması

Araştırmada deney ve kontrol grubu incelenen tüm bireysel özellikler açısından birbirine benzer olduğu saptandı. Araştırma örnekleminin 24-29 yaş grubu, eğitim düzeyi düşük, çoğunluğu evli, çalışmayan ve sağlık güvencesi olduğunu ifade eden kadınlardan oluştuğu söylenebilir (Tablo 4-1).

Araştırmada deney ve kontrol grubu incelenen tüm aile ve sosyal yaşam özellikleri açısından birbirine benzer bulundu. Araştırma örneklemi kentli, orta gelir düzeyindeki, geniş ailede yaşayan ve maddi konularda söz sahibi olma oranı düşük olan kadınlardan oluşmaktadır. Bununla birlikte deney ve kontrol grubundaki kadınların yaklaşık dörtte biri evlilik ve işsizlik nedeniyle göç etmiş kadınlardan oluşmaktadır (Deney %35,6, Kontrol %24,4) (Tablo 4-2).

Türkiye İstatistik Kurumu 2008 sonuçlarına göre kadın nüfusunun yaş ortancası 29,00'dır. Gebelik dönemindeki kadınlarla yapılan bazı araştırmalarda örneklem yaş aralığı 21-28 arasında değişmektedir (Koçak 2007; Çoban 2007; Kanber 2008; Karadağ 2008). TNSA-2008'den önce yapılan bütün araştırmalarda en yüksek yaşa özel doğurganlık hızına sahip yaş grubu 20-24 iken, TNSA-2008'de en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı, 25-29 yaş grubunda gözlenmektedir. Bu araştırmada da yaş ortalamasının deney ve kontrol grubunda sırasıyla 24,31±4,22 ve 24,28±4,15 olduğu belirlendi. En sağlıklı doğum yapma yaşının 20-30 yaş aralığı olduğu düşünüldüğünde bu araştırmanın örnekleminin yaş değişkeni açısından toplumla benzer olduğu ve sağlık açısından uygun yaş grubundaki gebe kadınlardan oluştuğu söylenebilir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun (deney %48,9 ve n=22, kontrol %60 ve n=27) eğitim düzeyi ilkokul ve altı olarak belirlendi. Deney ve kontrol grubundaki kadınların örgün eğitime devam etme yılı ortalaması ise sırasıyla 7,6±3,2 ve 6,6±2,8 olarak belirlendi. Bununla birlikte deney grubunun %73,3'sinin ve kontrol grubunun % 71,1'inin sağlık güvencesinin bulunduğu, deney grubunun %84,4'ünün, kontrol grubunun %95,6'sının herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. Yaşamının büyük çoğunluğunu kentte geçiren kadınların (Deney %73,3, Kontrol %75,6) oluşturduğu araştırma örnekleminde, deney grubunun %66,7'sinin, kontrol grubunun %75,6'sının maddi giderlerinin gelirlerine denk olduğu saptandı. Türkiye'de gebelik dönemindeki kadınlar ile çalışan bazı araştırmacıların örneklem grupları incelendiğinde;

Koçak'ın (2007) İzmir ilinde ilk kez anne baba olacaklarda eğitimin kaygı düzeyine etkisine yönelik yaptığı çalışmasında örneklem grubunun yarısı kentli, ortokul-lise mezunu, %66,7'si çalışmayan ve alt orta gelir düzeyine sahip kadınlardan oluştuğu, Kanber (2008)'in Afyon ilinde gebelik dönemindeki 60 kadın ile yaptığı beslenme eğitiminin anemiye etkisini incelediği deneysel çalışmasında örneklem grubunun yarısından fazlasının ilkokul mezunu, büyük çoğunluğunun çalışmayan, orta gelir düzeyinde ve sağlık güvencesi olan kentli kadınlardan oluştuğu, Çoban (2007)'ın gebelik dönemindeki kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında örneklem grubunun %76,3 gelir gidere denk olduğunu, %95'inin sağlık güvencesinin bulunduğu ve Karadağ (2008) gebelere lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimin etkinliğini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmasında, örneklem grubunun %60'ı ilkokul mezunu, %98'i çalışmayan ve yarısından fazlasının sosyal güvencesinin kadınlardan oluştuğu görülmektedir.

TNSA (2003) verilerine göre ise kadınların üçte biri 30 yaşın altındadır ve kadınların %94,5'i evli, %75,8'i kentte yaşamaktadır. Türkiye'deki kadınların %51,9'u ilköğretim mezunudur. 20-24 yaş grubunun çalışma oranı %17, 25-29 yaş grubunun çalışma oranı ise %28,7'dir

Sonuç olarak eğitim düzeyinde bölgesel farklılıklar olduğu açık olmakla birlikte, araştırma örneklemi, eğitim düzeyi değişkeni açısından yapılan ulaşılan çalışmalar (Çoban 2007; Koçak 2007; Kanber 2008; Karadağ 2008) ve Türkiye geneline göre

nispeten düşüktür. Bu düşüklüğün araştırmanın yapıldığı bölgenin evlilik (deney %64,4, kontrol %22,2) ve işsizlik (deney %8,9, kontrol %2,2) nedeniyle çoğunlukla doğu illlerinden göç alan bir bölge olmasından, kaynaklandığı düşünülmektedir. Bununla birlikte Türkiye nüfusunun büyük çoğunluğunun kent merkezinde yaşaması, kadınların iş gücünde yer alma oranlarının düşük olması, sosyal güvenlik uygulamalarındaki gelişmeler ile sigorta kapsamındaki nüfusun arttığı, kişi başına düşen gelir düzeyinin düşük olması nedeniyle, yaşamın büyük çoğunluğunun geçirildiği yer, sosyal güvence, gelir durumu ve çalışma durumu değişkenlerinin benzer çalışmalar ve Türkiye geneli ile uyumlu olduğu söylenebilir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun geniş ailede yaşadığı saptandı (deney grubu %53,3, kontrol grubu %60). Yapılan çalışmalar incelendiğinde, araştırmanın aksine çekirdek aile oranlarının daha yüksek olduğu görülmektedir (Koçak 2007; Kanber 2008). Bu durumun araştırmadaki kadınların büyük çoğunluğunun göç etmiş olması ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Bununla birlikte geniş ailenin bir özelliği olarak evde maddi kararları veren kişiler arasında 'eşinin ailesi' olduğunu ifade eden kadınlar deney grubunda %24,4 ve kontrol grubunda %33'tür. Toplumsal ve kültürel açıdan çeşitlilik içeren bir yapıya sahip olan Türkiye'de 'modern' ve 'geleneksel' yaşam biçimleri toplumda bir arada yer almaktadır. Aile bağları halen güçlüdür ve toplumsal değerlerin, tutumların, istek ve hedeflerin oluşturulmasında etkili olmaktadır. Kanunların cinsiyet eşitliği anlamında oldukça liberal oldukları söylenebilirse de, toplumsal hayata bir çok yönden egemen olan ataerkil yapının değerleridir (TNSA-2008). Bu araştırmanın örneklem yapısı da ataerkil yapının etkisinde olan kadınlardan oluşmaktadır.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların birbirine benzer olarak, çoğunlukla primipar, gebeliklerini isteyen, ilk izlemlerini hekime yaptıran ve gebelikte eşlerinden destek alan kadınlardan oluştuğu söylenebilir (Tablo 4-3).

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların büyük çoğunluğunun ilk gebeliği olduğu (deney %64,4 ve n=29, kontrol %55,6 ve n=25), isteyerek gebe kaldıkları (deney %84,4 ve n=38, kontrol %88,9 ve n=40) saptandı. Araştırmada ilk gebeliklerin çoğunlukta olması nedeniyle gebe kalma oranları da yüksektir. Yapılan bazı çalışmalarda gebeliği isteme oranları %66,7 ile %94 arasında değişmektedir

(Sözeri ve ark. 2006; Karadağ 2008). TNSA-2008 çalışmasında gelecekte çocuk sahibi olmak isteyen kadınların oranı %26'dır ve hiç çocuğu olmayan kadınların %71,6'sı hemen, bir çocuğu olan kadınların ise %43,3'ünün daha sonra çocuk sahibi olmak istedikleri saptanmıştır. Gebeliği istemenin, sağlık davranışlarına olan etkisi net olarak bilinmesede, kadının ve doğacak bebeğin sağlığını olmulu yönde etkilediği, istenmeyen gebeliklerdeki yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir. Bu nedenle araştırmada gebeliği istemenin oranlarının yapılan çalışmalar ile uyumlu olarak yüksek olması sevindiricidir (Özkan ve Mete 2010; Chuang ve ark. 2011).

Araştırmada deney ve kontrol grubunda alkol kullanan kadın bulunmamaktadır. Mevcut gebelikte sigara içme oranı (deney grubu %6,7 ve kontrol grubu %8,9) ise oldukça düşüktür. Yapılan çeşitli çalışmalarda gebelik döneminde sigara içme oranı %10-20 arasındadır ve eğitim düzeyi düştükçe sigara içme oranının anlamlı olarak azaldığı bildirilmektedir (Koçak 2007; Altıparmak ve ark. 2008; Durualp ve ark. 2011). TNSA-2008'e göre 15-49 yaş arası tüm evlenmiş kadınların %22'si düzenli olarak veya nadiren sigara içmektedir. Annelik durumuna göre, gebe kadınların % 11'i ve emziren kadınların %17'i sigara içmektedir. Bu araştırmanın örneklemindeki kadınların eğitim seviyesinin yapılan çalışmalara göre beklenenden düşük olması ve ailesel özellikler nedeniyle sigara içme oranının düşük olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların DÖB ilk izlemlerini yaptırdıkları hafta ortalamasının sırasıyla 5,97±2,71 ve 5,35±2,51 olduğu belirlendi. DÖB gebeliğin saptandığı en erken dönemde başlamalı, düzenli aralıklarla annenin gereksinimlerine uygun bir şekilde doğuma kadar sürdürülmelidir. Türkiye'de gebelerin 12. haftaya kadar saptanması ve ilk izleminin yapılması, doğuma kadar da en az altı kez izlenmesi gerekmektedir. Kendisi ya da bebeği ile ilgili riskli bir durum saptananlar için izlem sayısı artırılmalıdır (Özvarış ve Akın 2001;Sağlık Bakanlığı 2005; Işık 2010). Koçak (2007)'ın gebe-lohusa izlem fişlerindeki kayıtları inceledikleri çalışmalarında gebelerin %47,7'sinin 12. haftadan önce tespit edildiğini bildirmektedir. Kaya ve Serin (2008)'in çalışmasında ise dört haftadan önce tespit edilenlerin oranı %41,1, 8.-12. haftalarda tespit edilen %54,4 ve 12. haftadan sonra tepit edilen %4,5 olarak bildirilmiştir. Bu araştırmada gebelik haftası alınma kriterleri arasındadır. Gebeler 12. haftadan önce araştırmaya dahil edilmiştir. Gebelik haftası ortalamasındaki düşüklük bu

duruma bağlı olabileceği gibi birinci basamakta, Aile Hekimliği Uygulaması ve performans sistemiyle de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte TNSA-2008 sonuçlarına göre genç yaşlarda olan, az sayıda çocuğu olan, kentsel alanlarda ve Doğu dışında bir bölgede yaşayan ve en az ilkokul eğitimi almış kadınlar diğer kadınlarla karşılaştırıldığında daha fazla doğum öncesi bakım almaktadırlar. Kadınların gebeliklerinin erken döneminde DÖB alma durumları, örneklemin bu yöndeki özellikleri ile bağlantılı olabilir.

Araştırmada DÖB'ın ilk izleminin çoğunlukla hekim tarafından yapıldığı (deney %86,7 ve n=39, kontrol %91,1 ve n=41) saptandı. Deney grubunun %13,3'ü, kontrol grubunun %8,9'unun ilk izleminin ise ebe ya da hemşire tarafından yapıldığı belirlendi. Kaya ve Serin (2008)'in çalışmasında gebelerin DÖB'ın genelini %12,6 oranında hekim-ebeden ve % 10,1 oranında ebe-hemşire'den aldığı bildirilmektedir. TNSA-2008 sonuçlarına göre 20-34 yaş grubunda DÖB alan kadınların %90,2'si hekimden, %2,4'ü ebe-hemşireden bakım almıştır. DÖB'ı ebe ve hemşirenin sunduğu alanlar çoğunlukla birinci basamak sağlık hizmetinin verildiği alanlardır. Birinci basamakta çalışan ebe ve hemşirelerden beklenen anne adaylarını doğuma ve anneliğe hazırlamalarıdır. Az maliyet ve etkili seçenek ise gebe takibi ve gebeliğin saptanmasından itibaren doğum hekimi ve ebe-hemşirenin gebe takibinde yakın işbirliği içinde olmasıdır (Kaya ve Serin 2008). Bu araştırmada ilk gebelik izleminin çoğunlukla hekim tarafından yapıldığı belirlenmesine rağmen, oranlar sevindirici olarak ebe-hemşirelerin daha aktif olmaya başladıklarını düşündürmektedir.

Wilkinson ve Miller (2007) gebe kadınların eşlerinin ve annelerinin gebelik döneminde kadına destek olan kişiler olduğunu bildirmiş, aile ve yakın çevre desteği az olan kadınların yetersiz DÖB aldıklarına dikkat çekmiştir. Bu nedenle gebelik döneminde kadını destekleyen kişilerin, aile tipinin ve ailedeki karar vericinin tanımlanmasının olumlu sağlık davranışlarına kadınları teşvik etmede etkili olabileceğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte kadının gebeliğe olan bakış açısı, bilgi ve deneyimleri aile üyeleri, yakın arkadaşlar ve sağlık çalışanları ile olan ilişkilerinden etkilenmektedir (Lewallen 2004). Bu araştırmada da hem deney (%53,3) hem de kontrol grubunda (%60) eşinden manevi destek aldığını ifade edenler çoğunluktadır. Diğer destek kişiler olarak aile üyeleri, anne, baba ve kardeşler yer alırken destek aldığı kişinin olmadığını ifade eden deney grubunda %6,7 ve kontrol grubunda %11,1'dir.

Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların %75,6'sı (n=34) vitamin kullanmaktadır. Deney grubundaki kadınların %48,9'u (n=22) folik asit, %26,7'si (n=12) multivitamin ve demir, kontrol grubundaki kadınların %31,1'i (n=14) folik asit, %44,4'ü (n=20) ise multivitamin ve demir kullanmaktadır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın politikası olarak gebelerde klinik anemi olmasa da günlük demir gereksinimi göz önüne alınarak tüm gebelere ikinci trimesterden başlayarak 6 ay ve doğum sonu 3 ay olmak üzere toplam 9 ay süre ile günlük 40-670 mg elementer demir verilmesidir (Sağlık Bakanlığı 2008; Akan 2011). IOM ve ACOG (2005) gebelikte demir dışında rutin vitamin desteğinin gereksiz olduğuna dair fikir bildirmişlerdir. Ancak, her iki kurum da her gebe kadının günlük beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesini ve yetersiz besin alımı düşünüldüğünde veya yüksek-risk kategorilerine dahil olma durumu varlığında, ikinci trimesterin başında bir multivitamin desteğinin sağlanması gerektiğini belirtmişlerdir (Api ve ark. 2005). Kanber (2008) çalışmasında tüm dünyada gebe kadınların %40-60'ının anemik olduğuna işaret etmekte ve gelismiş ülkelerde bile bu oranın %20'nin altına düşmediğini bildirmektedir. Bu araştırma 12. haftasından küçük gebelikler ile yönetilmiş olmasında rağmen demir ve multivitamin desteğini önerilen zamandan önce başlandığı gözlendi. Bu durumun, gebelikte anemi ve beslenme yetersizliğinin erken zamanda tespit edilmiş olmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu düşünceyi araştırma örnekleminin besin öğesi ve enerji alımı bulguları da desteklemektedir (Tablo 4-6).

Araştırmada örneklemindeki kadınların daha önce bir sağlık personelinden beslenme, egzersiz, stresle başetme gibi davranışlar hakkında eğitim almadıkları saptandı. Koçak (2007)'ın gebe-lohusa izlem fişlerindeki kayıtları inceledikleri çalışmalarında gebelerin en sık eğitim aldıkları konular arasında beslenme (%44,3), gebeliğe bağlı olağan yakınmalar (%13,8) ve gebeliğe ilişkin genel bilgiler (%8,7) olduğunu bildirmektedir. Kaya ve Serin (2008)'in çalışmasında beslenmenin (%92,4), gebelikte sık görülen rahatsızlıkların (%91,4), gebelikte alkol sigara ve ilaç kullanımının (%87,6) en sık verilen bilgilendirme ve danışmanlık konuları arasında yer aldığı bildirilmektedir. Oysa ki gebelik döneminde kadınlara, yaşam şekli, beslenme, ilaç kullanımı ile ilgili olarak sağlık çalışanlarınca yapılan öneriler, sağlıklı bir gebelik süreci ve sağlıklı bir çocuk isteğine bağlı olarak büyük ölçüde kabul görmektedir. Bu nedenle gebelik dönemi hem mevcut gebelikte hem de yaşam boyu SYBD geliştirilmesi

için bir fırsat olarak görülmelidir. Araştırmada deney grubunda kadınların %35,6'sının ve kontrol grubunun %44,4'ünün ikinci gebeliği olmasına rağmen daha önce hiç eğitim almadıklarını ifade etmeleri daha önce verilmiş olan DÖB'ın niteliğine dair soru işaretlerine yol açmaktadır (Patterson ve ark. 1990; Thassri ve ark. 2000; Sağlık Bakanlığı 2005; Saydam ve ark. 2007).

Araştırmada deney grubunun gebelik öncesi BKİ ortalaması 23,86±4,10 ve kontrol grubunun ise 22,82±3,93 olup birbirine benzerdir (t=1,081, p=0,285). Araştırmaya dahil olan kadınların çoğunlukla normal kiloda oldukları görülmekle birlikte deney grubunun %22,2'si kilolu, %8,9'u obez, kontrol grubunun %20'si kilolu, %4,4'ü obezdir (Tablo 4-4).

WHO (2000) verilerine göre, dünyada 400 milyonun üzerinde obez ve 1,6 milyar civarında da hafif şişman birey bulunmaktadır. 2015 yılında bu oranın sırasıyla 700 milyon ve 2,3 milyara ulaşacağı düşünülmektedir. Obezite hastalığı olan insanların dünya nüfusunun büyük bir kısmını oluşturması kaygı vericidir ama çok daha fazla kaygı verici olan doğurgan çağdaki kadınlarda obezitenin giderek artmasıdır (Kılıç ve ark. 2010).

ABD'de yürütülen National Health and Nutrition Examination Survey 1988-1994 sonuçları ile 2007-2008 sonuçları kıyaslandığında, kadınlarda obezite sıklığı %22,9'dan %33'e yükselmiştir. Gebelikte obezite artmış sezeryan riski, fetal makrozomi, düşük doğum ağırlığı, nöral tüp defekti, erken doğum, preeklempsi, hipertansiyon, doğum sonu enfeksiyon ve kanama gibi bir çok durum ile ilişkilidir (Karen ve ark. 2007; Smith ve ark. 2008).

Üreme çağındaki kadınlarda obezitenin sık görülmesi ve giderek yaygınlaşması nedeniyle toplumda obezite varlığında gelişen gebeliklerin artması beklenmektedir. Bununla birlikte kadınların gebelik öncesi ve gebelik dönemi kilo artışları obezite oluşumuna zemin hazırlamaktadır (Sağlık Bakanlığı 2008).

TNSA-2008 yılı sonuçlarına göre Türkiye genelinde 15-49 yaşlarındaki annelerin % 58 kilolu veya obezdir. Bu araştırmada da deney grubunun %31,1 kilolu veya obez, kontrol grubunun ise %24,4'ü kilolu veya obezdir. Araştırma bulguları TNSA-2008 göre düşük görünse de örneklemin yaş grubu düşünüldüğünde

azımsanmayacak düzeydedir. Bu sonuçlar Türkiye'de de obezitenin üreme çağındaki kadınlarda önemli bir sağlık sorunu oluşturduğunu göstermektedir.

5.2. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Kilo Alma Durumlarının Tartışılması

Araştırmada SGP kapsamında sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanıldı. Programın kapsamında kilo alımını kontrol etmek için her oturum sonrası davranış değişikliğine yönelik hedefler belirlendi ve olumlu geri bildirim verildi. Bireyin hedeflerini uygulama durumunu desteklemek için her görüşmeden sonra en az bir kez telefon yolu ile destekleyici danışmanlık verildi. Gebeliğin 12-15. haftalarında gebelik ve bakım, 15.-18. haftalarda fiziksel, aktivite 20-24. haftalarda ise beslenme eğitim ve danışmanlığı yapıldı (EK-2).

Araştırmada SGP alan deney ve rutin bakım alan kontrol grubunun gebelik boyunca alınan toplam kilo ortalaması sırasıyla birbirine benzer olarak 12,45±5,04 ve 12,29±4,80'dir ($t=0,156$, $p=0,877$).

Kanber (2008) gebelik dönemindeki kadınlarda beslenme eğitiminin anemiye olan etkisini araştırdıkları deneysel çalışmalarında, gebelikte alınan toplam kilo ortalamasını deney ve kontrol grubunda sırasıyla 12,4±3,8 ve 12,7±3,1 kg olarak bildirmektedir. Yaşam biçimine yönelik diet ve egzersiz girişimleri ile gebelikte aşırı kilo alımını önlemeyi amaçlayan deneysel çalışmalar incelendiğinde; Polley ve arkadaşlarının (2002) çalışmasında gebelikte alınan toplam kilo ortalaması deney ve kontrol grubunda sırasıyla 16,4±4,8 ve 15,4±7,1 kg, Kinnunen ve arkadaşları (2007) ise sırasıyla 14,6 ve 14,3 kg olarak görülmektedir.

Bu araştırmada da gebelikte toplam kilo alımının çoğunluğu normal kiloda olan kadın grupları için beklenen düzeyde olduğu söylenebillir. Gebelikte beslenmeye yönelik kültürel farklılıklar nedeniyle Türkiye dışındaki çalışmalarda bu ortalamaların yüksek olduğu düşünülmektedir. Gebelikte kilo alımını kontrol etmeye yönelik bu araştırmadaki girişime benzer girişim uygulayan çalışmalarda, girişim bu araştırmadakine benzer olarak gebelikte alınan toplam kiloda etkisiz bulunmuştur (Polley ve ark. 2002; Kinnunen ve ark. 2007).

Ancak bu araştırmada deney grubunda kadınların %51,1'i (n=23) önerilen düzeyde, %24,4'ü (n=11) önerilenden az, %24,4'ü (n=11) önerilenden fazla kilo aldığı belirlendi. Kontrol grubundaki kadınların ise %28,9'u (n=13) gebeliklerinde önerilen düzeyde, %35,6'sı (n=16) önerilenden az, %35,6'sı (n=16) önerilenden fazla kilo aldığı saptandı. Deney ve kontrol grubunda gebelikte önerilen düzeyde kilo alma açısından farklılıklar saptandı. Deney grubunda, kontrol grubuna göre gebelikte önerilen düzeyde kilo alımı daha fazla iken önerilen düzeyden az ya da aşırı kilo alımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha az bulundu ($p=0,031$, $df=1$, $\chi 2=4,630$). Bu bulgular SGP'nin gebelikte önerilen düzeyde kilo alımında etkili olduğuna işaret etmektedir (Tablo 4-5).

Stotland ve arkadaşları (2005) gebelik ve postpartum dönem 1460 kadınla telefon yolu ile yaptıkları ankette, kadınlara gebelikte ne kadar kilo almak istediklerini ve bakım aldıkları sağlık çalışanlarının gebelikte kilo alımına yönelik tavsiyelerini sorgulamışlardır. Aynı çalışmada BKİ<19,8 olan kadınlara önerilen kilo alımı yetersiz ve IOM'in önerilerinin altındadır. BKİ<19,8 olan kadınların %51,2'si, BKİ'si normal olan kadınlara göre IOM'nin önerdiği kilonun altında kilo alımı bildirmiştir. Önerilen kilonun üzerinde kilo alan kadınların ise gebelik BKİ'sinin 26'dan büyük, multipar olduğu ve bakım veren kişilerin tavsiyelerinin de IOM'nin önerdiği kilonun altında olduğu saptanmıştır.

Gray-McDonald (2000) obez gebe kadınlarda diet ve aktivite girişimlerinin (yerel radyo yayınları, broşürler, beslenme aktivitesi olarak süpermarket gezintileri, yemek pişirme sınıfları, birebir danışmanlık ve yürüyüş grupları) BKİ'ye olan etkisini incelemişlerdir. Girişim deney ve kontrol grubunda etkili bulunamamıştır.

Polley ve arkadaşlarının (2002) gebelikte aşırı kilo alımını engelleme amacıyla yaptıkları randomize kontrollü çalışmalarında, normal kilolu kadınlarda, deney grubunun %36,7'si önerilen düzeyde, %33,3'ü önerilenden fazla, %30'u önerilenden az, kontrol grubunun %25,8'i önerilen düzeyde, %58,1'i önerilenden fazla, %16,1'i önerilenden az kilo almıştır. Aşırı kilo alımını engellemeye yönelik bireyselleşmiş hedefler ve durum değerlendirmesi ile yazılı, sözlü mail yoluyla sağlık eğitimi, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığını içeren girişimlerinin normal kilolu kadınlarda IOM'nın önerdiği düzeyde kilo alımında etki ettiğini bildirmişlerdir. Bununla birlikte girişim kilolu kadınlarda etkisiz bulunmuştur.

Olsan ve arkadaşları (2004) gebelik döneminde ve postpartum bir yıl süresince BKİ'si normal ve kilolu olan kadınlara mail yolu ile eğitim ve BKİ takibinin kilo alımına etkisini incelemişlerdir. Çalışmada, mail yolu ile eğitim, düşük gelirli normal kilolu kadınlarda gebelikte aşırı kilo alma riskini azaltmış ve düşük gelirli kilolu kadınlarda doğum sonu 2,27 kg'dan daha fazla kilo alma riskini azaltmıştır.

Kinnunen ve arkadaşları ise gebeliğin 22-24. haftalarında diet danışmanlığı kapsamında temel beslenme ilkelerini temel alarak, bireyselleştirilmiş danışmanlıktan oluşan girişim ile (2007) çoğunluğu normal kiloda olan kadınlar ile gebelikte aşırı kilo alımını engellemek için yaptıkları deneysel çalışmasında, deney grubunun %21'i önerilen düzeyde, %33'ü önerilenden az, %46'sı aşırı, kontrol grubunun %43'ü önerilen düzeyde, %27'si önerilenin altında, %30'u önerilenden fazla kilo almıştır. Uygulanan girişim gebelikte kilo alımında etkili bulunamamıştır.

Brown ve arkadaşları (2012) gebelikte aşırı kilo alımını önlemek için hedef belirleme (goal setting) stratejilerini bir araya getiren sağlıklı yaşam biçimine yönelik girişimlerin (bireysel diet uygulaması, bireysel takip yaptırma ve gelişimin geri bildirim ile desteklenmesi) etkisini araştırdıkları sistematik derleme çalışmalarında, girişimin normal kiloda kadınlarda gebelikte istenen düzeyde kilo alımında etkili olduğunu, ancak obez ve kilolu kadınlarda yeterli etkiyi göstermediğini bildirmektedir.

Rauh ve arkadaşları (2013) gebeliğin 20. ve 30. haftalarında iki oturumda sunulan bireysel düzeyde diet, fiziksel aktivite danışmanlığı (ilk oturum 60 dakika, ikinci oturum 30 dakika) ve kilo takibinin aşırı kilo alımına etkisini inceledikleri deneysel çalışmalarında, girişimlerinin çoğunluğu normal kiloda olan kadınlarda gebelikte alınan toplam kilo alımını azaltmada ve gebelikte aşırı kilo alımını engelemede etkili olduğunu bildirmektedir.

Sonuç olarak gebelikte kilo alımını kontrol etmeye yönelik girişimlerin normal kilolu kadınlarda etkili olurken obez gebe gruplarında yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu çalışma ve incelenen çalışmalar randomize kontrollü deneysel düzendedir ve girişimlerin birbirine benzer olmasına rağmen araştırma sonuçlarında farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıkların net olarak açıklanması için konu ile ilgili farklı gruplarda daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada deney ve kontrol grubunda doğum sonu 42. günde yapılan ölçüme göre gebeliğe bağlı kilo fazlalığı ortalamasının sırasıyla 5,19±4,71 ve 5,95±4,79 kg olduğu belirlenip aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı (t= -0,763, p=0,447).

Polley ve arkadaşları (2002) aşırı kilo alımını engellemeye yönelik bireyselleşmiş hedefler ve durum değerlendirmesi ile yazılı, sözlü mail yoluyla sağlık eğitimi, beslenme ve fiziksel aktivite danışmanlığını içeren bir girişim uyguladıkları çalışmalarında, doğum sonrası altıncı haftada yapılan ölçüme göre doğum sonrası kilo fazlalığını deney grubunda 4,4±4,2 ve kontrol grubunda 6,2±4,5 kg olarak bildirmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğunu saptamıştır.

Rauh ve arkadaşları (2013) aşırı kilo alımını engellemeye yönelik girişim (gebelikte SYBD hakkında sözel eğitim, diet ve fiziksel aktivitenin bireysel olarak takip edilmesi ve geliştirmeye yönelik hedef belirlenmesi) uyguladıkları çalışmalarında, deney grubunda doğum sonu dördüncü ayda kilo fazlalığını 2,1±4,3 kg ve kontrol grubunda 3,3±5,1 kg olarak bildirmiş ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını saptamıştır. Bununla birlikte doğum sonrası 5 kg'dan daha çok kilo fazlalığı deney grubunda %17,1 iken kontrol grubunda %30,6 olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bildirilmiştir.

Huang ve arkadaşlarının (2011) yaptığı bir başka çalışmada ise, gebeliğin ilk trimesterinden doğum sonu altıncı aya kadar olan dönemde bireysel diet ve egzersiz eğitim programı ve broşür ile sunulan programın doğum sonu kilo fazlalığını anlamlı olarak azaltığını bildirmektedirler. Aynı çalışmada gebelikten doğum sonu altıncı aya kadar olan döneme kadar izlenen deney grubunda kilo fazlalığı 2,34 kg, doğumdan altı haftaya kadar izlenen deney grubunda 4,06 kg ve kontrol grubunda 5,08 kg olarak bildirilmiştir.

Van der Pligt ve arkadaşları (2013) sistematik derlemelerinde diet ve aktivite girişimlerinin doğum sonu kilo fazlalığını engellemede başarılı olduğunu ancak girişimlerin optimal düzeyinin, süresinin ve net katkısının açık olmadığını bildirmektedir. Araştırmamızda SGP doğum sonu altıncı haftadaki kilo fazlalığında etkili bulunmadı. Bu durum araştırmamızdaki doğum sonrası izlem süresinin kısa olmasından kaynaknalabilir. Ancak doğum sonrası kilo fazlalıklarının Türk kadınlarının

lohusalık dönemindeki geleneksel beslenme alışkanlıklarından da etkilenebileceği söylenebilir.

5.3. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde Besin Öğesi ve Enerji Alımlarının Tartışılması

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki gebelerin makro besin ve enerji alımları değerlendirildiğinde; deney ve kontrol grubunun gebeliğin 12. haftasında (ilk trimesterde) sadece günlük yağ alımı ortalamalarının istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde önerilen düzeylerde olduğu (t=-1,260, p=0,214) saptandı. Toplam enerji, karbonhidrat, protein ve posa alımı anlamlı olarak önerilen düzeyden düşüktü (p=0,00). Bu durumun rutin bakım alan kontrol grubunda 36. haftanın sonu (son trimesterde) de benzer şekilde devam ettiği saptandı. Deney grubunda ise son trimesterde günlük yağ (t=0,783, p=0,438), protein (t=0,121, p=0,940) ve posa (-1,827 p=0,075) alımı ortalamasının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde önerilen düzeyler arasındaydı (Tablo 4-6).

Taş ve arkadaşları (2010) gebelikte beslenme durumunu değerlendirildiği çalışmalarında, günlük enerji alımını 2295,76±535,28 kkal olarak bildirmektedir. Akan (2011) gebelikte diyet örüntüsünü belirlemek üzere yaptığı çalışmasında, gebelerin ilk trimesterdeki günlük toplam enerji alımını 1720,50±259,09 kkal, son trimesterdekini ise 1912,66±215,79 kkal olarak bildirmektedir. Bu araştırmada ilk trimesterde günlük enerji alımı deney grubunda 1731,10±638,34 kkal, kontrol grubunda 1867,90±587±94 kkal, son trimesterde deney grubunda 2087,80±664,45 ve kontrol grubuna 1888,70±581,01 kkal'dir.

Yapılan çalışmalarda (Akan 2011; Taş ve ark. 2011) günlük enerji alımı bu araştırmadakine benzer olarak önerilen düzeyin altında olması dikkat çekicidir. Araştırmamızda deney grubundaki kadınların %51,1'inin, kontrol grubundaki kadınların ise %28,9'unun (n=13) gebeliklerinde (n=23) önerilen düzeyde kilo almalarının düşük kalorili beslenmenin bir sonucu olduğu düşülmektedir.

Fetüsün anne karnında sağlıklı büyümesi, enerji ihtiyacını karşılamak için karbonhidratın (günlük 330-360 gr), yağın (günlük 66-80 gr) ve proteinin (günlük 60-90 gr), diyette mutlaka bulunması gerekir.

Araştırmada ilk (deney 219,67±89,45 ve kontrol 242,709±96,70 gr) ve son trimesterde (deney 255,76±107,67 ve kontrol 237,23±94,27 gr) karbonhidrat düzeyi deney ve kontrol grubunda önerilenin altındadır (Tablo 4-6).

Önay (2006), gebe kadınların günlük ortalama karbonhidrat tüketim miktarlarını beşinci, yedinci ve dokuzuncu aylarda sırasıyla 243,28±11,13, 251,45±9,16 ve 256,76±10,82 gr olarak, Taş ve arkadaşları (2011) ise 329,16±100,60 gr ile önerilenin altında bildirmektedir. Akan (2011) çalışmasında, gebelikte karbonhidrat alımının son trimesterde anlamlı olarak arttığını saptamıştır. Aynı çalışmada karbonhidrat alımı ilk trimesterde 203,44±45,79 gr, son trimesterde 236,75±47,32 gr olarak bulunmuştur.

Günlük şeker tüketimi üzerine yapılan çalışmalarda diyetteki karbonhidrat türünün değil, miktarının önemli olduğu belirtilmiş, gebelik süresince diyette karbonhidrat sınırlamalarının annede protein ve enerji yeterli alınsa bile, fetüste beyin gelişimi ve glikojen düzeyleri üzerine olumsuz etki yaptığı saptanmıştır (WHO 2000; Sağlık Bakanlığı 2008b; Kılıç ve ark. 2010; Akan 2011). Bununla birlikte beslenmenin değerlendirilmesinde tüketilen besin türü ve miktarının doğru hatırlanmaması, bir gün önceki besin tüketiminin normalden farklı olması, utanma ve çekinme nedeni ile tükettilenden az söyleme durumlarının da sonuçları etkileyebileceği düşünülmektedir (Sağlık Bakanlığı 2008).

Bu araştırmada ilk (deney 67,73±28,05, kontrol 71,26±23,81 gr) ve son trimesterde (deney 82,95±25,02 ve kontrol 75,93±21,32 gr) hem deney hem kontrol grubunda yağ alımı ortalaması önerilen düzeylerdedir. Yapılan çalışmalar araştırmadakine benzer olarak, günlük yağ alımının 66-74 gr arasında değiştiği ve gebelik döneminde önerilen düzeyler arasında olduğu bildirilmektedir (Akan 2011; Taş ve ark. 2011).

Bu araştırmada deney (55,60±2,307 gr) ve kontrol (58,69±5,879) grubundaki gebelerin ilk trimesterde protein alımları önerilenin altındadır. Son trimesterde ise deney grubu (73,60±33,32) önerilen düzeyde iken kontrol grubu (58,21±17,23 gr) önerilenin altında kaldığı görüldü (t=0,2535, p=0,013) (Tablo4-6).

Akan (2011) son trimesterdeki gebelerin (82,07±20,11 gr) günlük ortalama protein alım düzeylerinin birinci (74,11±19,99 gr) ve ikinci trimesterdeki (77,49±21,47 gr) gebelere kıyasla daha fazla olduğunu bildirmektedir.

Önay (2006) gebeler üzerinde yaptığı çalışmasında; kadınların gebeliklerinin beşinci ayında günlük ortalama protein tüketim miktarını 69,71±3,15, yedinci ve dokuzuncu ayında sırası ile 73,76±2,64 ve 75,97±2,90 gr olarak bildirmektedir. Taş ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında son trimestredeki protein tüketim oranı 81,80±21,05 gr bulunmuştur.

Yapılan çalışmalara göre protein alımı bu araştırmadakinden yüksek ve önerilen düzeyler arasındadır. Bu durumunun örneklem grubunun bireysel ve ailesel özellikleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Buna rağmen SGP alan grupta protein alımının önerilen düzeylere anlamlı olarak yükselmesi programın etkinliği açısından sevindirici bulundu (Tablo 4-6).

Bu araştırmada SGP kapsamında sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanıldı. Güdülenmeyi artırmak öğrenmeyi pekiştirmek için her oturum sonrası davranış değişikliğine yönelik hedefler belirlendi ve olumlu geri bildirim verildi. Bireyin hedeflerini uygulama durumunu desteklemek için her görüşmeden sonra en az bir kez telefon yolu ile destekleyici danışmanlık verildi. Gebeliğin 20-24. haftalarda ise beslenme eğitim ve danışmanlığı yapıldı (EK-2)

Gebelikte beslenmeye yönelik çalışmalar daha çok tanımlayıcı düzeydedir (Akan 2011;Taş ve ark. 2011). Literatür gebelikte beslenmenin besin öğesi ve enerji alımlarının araştırmadakine benzer şekilde ayrıntılı olarak incelendiği deneysel bir çalışmaya ulaşılamamakla birlikte gebelikte beslenmeyi kontrol etmeyi amaçlayan çalışmalar oldukça sınırlıdır.

Gebelik döneminde günlük enerjinin % 12-15'i proteinler, % 25-30'u yağlar ve % 55-60'ı karbonhidratlardan sağlanmalıdır (Sağlık Bakanlığı 2008).

Guelinckx ve arkadaşları (2010) yaşam biçimine yönelik girişimlerin, bazı değişkenlere ve gebelikte beslenmeye etkisine yönelik çalışmalarında, sadece yazılı materyal verilen (pasif grup), yazılı materyal ile beslenme uzmanı tarafından yoğun danışmanlık verilen (aktif grup) ve rutin bakım alan gruplarda, trimesterlere göre beslenmeyi değerlendirmişlerdir. Araştırmalarının sonuçlarında son trimesterde günlük enerjideki protein oranını aktif ve pasif grupta %17 ve rutin bakım alan grupta %15 olarak, karbonhidrat alımını aktif ve pasif grupta %49, rutin bakım alan grupta %48,

yağ alımının aktif ve pasif grupta %34, rutin bakım alan grupta %37 olarak saptanmıştır.

Araştırmamızda kadınların ilk trimesterde yapılan izlemlerinde deney ve kontrol grubundaki gebelerin günlük aldıkları enerjinin yaklaşık olarak %13'ünü proteinlerden, %35'ini karbonhidratlardan ve %51'ini yağlardan aldıkları söylenebilir. Araştırmada Guelinckx ve arkadaşları (2010)'nın çalışmasından farklı olarak hem deney hem de kontrol grubunda günlük enerjinin büyük bölümü karbonhidrat yerine yağlardan sağlanmaktadır. Ancak hem deney hemde kontrol grubunda ilk ve son trimesterde günlük yağ alımı ortalaması gebelikte önerilen düzeydedir (Tablo 4-6). Günlük enerjinin çoğunlukla yağ kaynaklı gözükmesinin yetersiz kalori alımı ile ilişkili olduğunu düşünmekteyiz.

Guelinckx ve arkadaşları (2010) tüm çalışma gruplarda yağ alımlarının istenilen düzeyde olduğunu, protein alımının aktif ve pasif grupta rutin bakım alan gruba göre daha yüksek olduğu, karbonhidrat alımının ise önerilenden düşük olup gruplar arasında fark olmadığını bildirilmektedir. Bir başka deyişle, yoğun beslenme danışmanlığı ve yazılı matreyal kullanımı beslenmedeki karbonhidrat oranını değiştirmezken, protein oranını arttırmaktadır. Bizim araştırmamızda da benzer olarak son trimesterde SGP alan deney grubunda günlük enerjideki protein oranı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha yüksek iken, karbonhidrat ve yağ alımındaki fark anlamlı değildi (Tablo 4-6).

Gebelikte günlük 2-3 adet meyve ve 300 mg sebze tüketilmelidir (Guelinckx ve ark. 2010). Crozier ve arkadaşları (2009), gebelik döneminde kadınların sebze ve meyve tüketimlerinin, gebelik öncesi dönem ile karşılaştırıldığında sebze ve meyve tüketimlerinin değişim göstermediğini saptamıştır.

Kinnunen ve arkadaşları (2007) gebe kadınlarda aşırı kilo alımını engellemek amacıyla yaptıkları deneysel çalışmalarında gebeliğin 22-24. haftalarındada diet danışmanlığı kapsamında temel beslenme ilkelerini temel alarak, bireyselleştirilmiş danışmanlık vermiştir. Bu ilkeler her gün kahvaltı yapma ve en az bir öğünde sıcak yemek yeme, farklı sebze ve meyveleri tüketme, beş öğünde yemek yeme, tatlı türü yiyeceklerin alımını günde bir veya daha azına indirme ile ekmekte fibrin alımını

artırmaya yöneliktir. Çalışmalarının kadınlarda yüksek fibrin içeren ekmek, sebze, meyve alımını arttırdığını bildirmektedir.

Guelinckx ve arkadaşları (2010) ise çalışmalarında yazılı materyal ile bireyselleştirilmiş yoğun beslenmeyi içeren girişimleri günlük meyve tüketimi üzerinde etkisiz bulurken sebze tüketimini arttırdığını bildirmektedir.

Araştırmamızda ilk trimesterde günlük sebze tüketimi gruplarda yaklaşık 176-213 gr arasında iken günlük meyve tüketimi ortalaması deney grubunda 1,7±1,05 adet ve kontrol grubunda 1,6±1,1 adet olarak önerilenin altındadır. Her iki gruptada ilk trimesterde bu değişkenler açısından arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktur. Gebeliğin son trimesterinde ise SGP'nin etkisi ile deney grubunda kontrol grubuna göre sebze ve meyve tüketiminin anlamlı olarak artırdığı gözlendi (Tablo 4-6).

Gebelikte barsak hareketlerini artırma, bulantıyı azaltma ve tokluk hissi verme açısından günlük 28 gr posa alımı önerilmektedir. Bu araştırmada ilk trimesterde günlük posa alımı deney grubunda 21,77±7,56 ve kontrol grubunda 21,55±7,83 gr'dır. Son trimesterde ise deney grubunda 25,70±8,31 ve kontrol grubunda 22,34±8,25 gr olarak belirlenmiştir. (Tablo 4-6).

Önay (2006), gebeliğinin beşinci, yedinci ve dokuzuncu aylarında kadınların ortalama posa tüketim miktarlarını sırasıyla 28,39±1,79, 28,32±1,40 ve 29,77±1,50 gr olarak birbirine yakın değerlerde bulmuştur.

Akan (2011), posa tüketimini ilk trimesterde 19,90±6,8 ve son trimesterde 22,43±7,66 gr olarak bildirmiştir. Taş ve arkadaşlarının çalışmasında ise 5,94±2,34 gr olarak bu değer oldukça düşüktür.

Guelinckx ve arkadaşları (2010) yoğun beslenme danışmanlığı ve yazılı materyal kullanımını içeren girişimlerinin posa alımını artırmadığını bildirmektedirler. Araştırmamızda SGP alan deney grubunda, posa alımının önerilen düzeylere anlamlı olarak yükseldiği ($t=2,114$, $p=0,044$), kontrol grubunda ise hem ilk hem de son trimesterde anlamlı olarak önerilenin altında kaldığı saptandı (Tablo 4-6).

Gebelikte kadınların diyetlerinde yeterli mikro besin ögelerinin bulunmasının yaşamsal önemi vardır. Araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk ve son trimesterdeki günlük kalsiyum, magnezyum, D vitamini alımı önerilenin düzeyin

altında, fosfor alımı ise önerilenin üzerindedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde bu durumun araştırmadakine benzer olduğu görülmektedir (Akan 2011; Taş ve ark. 2011).

Bununla birlikte Guelinckx ve arkadaşları (2010) yoğun beslenme danışmanlığı ve yazılı materyal kullanımını içeren girişimlerinin günlük kalsiyum alımını arttırmadığını bildirmektedir. Araştırmamızda SGP'nin kalsiyum, magnezyum ve D vitamin alımını yükseltmede etkili olması sevindiricidir (Tablo 4-6).

Bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların ilk ve son trimesterdeki günlük demir, çinko ve folik asit alımları önerilenin altındadır. Demir eksikliği anemisi Türkiye için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gebelikte ve postpartum ilk 6 haftada yaklaşık %50 oranında demir eksikliği anemisi bildirilmektedir (Açkurt 1995; Akan 2011). Şanlıer ve Kılıç (2008) üç kuşak kadının beslenme alışkanlıklarını inceledikleri çalışmalarında kız, anne ve anneannelerin sırasıyla %48,6, %37,3 ve %38,0'ının demir tüketimlerinin yeterli düzeyde olduğu bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalarda gebelerin günlük demir ve çinko alımı 10-12 mg arasında değişmektedir (Akan 2011; Taş ve ark. 2011). Ancak Akan (2011) çalışmasındaki kadınlarda düşük demir tüketiminde rağmen anemiye rastlanmadığını bildirmektedir. Çavdar (2000) Türkiye'de diyetin 12 mg/gün'den az çinko içerdiğini ve bu düzeyin gebelikteki ihtiyacı karşılamadığını bildirmektedir. Gebelikte günlük folik asit alımı ise 127-288 arasında değişen oranlardadır (Akan 2011; Taş ve ark. 2011). Sonuç olarak bu araştırmada ve benzer araştırmalarda gebe kadınların gebelikte demir, çinko, folik asit alımları önerilenin altındadır. Bu durumun uzun dönemde kadın ve çocuk sağlığına olan etkisi net olmamakla birlikte bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların %75,6'sının vitamin kullanmasının beslenmelerine olumlu katkı yaptığı söylenebilir. SGP'nin gebelikte folik asit alımını önerilen düzeylere çıkarmada etkili olmamasına rağmen deney grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak demir ve çinko alımı yükseltmesi sevindiri bir sonuçtur (Tablo 4-6).

Bu araştırmada A vitamini ve karoten, Tiamin, B6 vitamini deney ve kontrol grubunda ilk ve son trimesterlerde önerilen düzeyden düşük, C vitamini önerilen düzeyden yüksek bulundu. Riboflavin deney ve kontrol grubunda ilk trimesterde önerilenden düşük bulunurken son trimesterde SGP'nin etkisi ile deney grubunda önerilen düzey arasında bulundu (Tablo 4-6). Bu bulgulara gebelik dönemindeki

kadınların beslenmesinin araştırıldığı Taş ve arkadaşları (2011) ile Akan (2011)'ın çalışma bulguları ile uyumludur.

Beslenmede mikro besinlerin yerini araştıran ulaşılan çalışmalarda (Şanlıer ve Kılıç 2008; Akan 2011; Taş ve ark. 2011) ve bu araştırmada çoğunlukla mikro besinlerin önerilenin altında olması Türkiye'nin beslenme kültüründen kaynaklanabileceği gibi yetersiz beslenmeye de işaret edebilir. Ancak bu bulguların araştırmalara katılan bireylerin kişisel beyanlarına dayanıyor olması, herhangi bir laboratuar değerlendirmesini içermediği için durumu net olarak tanımlamada sınırlı kaldığı söylenebilir.

5.4. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Döneminde SYBD Ölçeği Alt Faktör Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmada gebeliğin ilk trimesterinde SYBD ölçeği toplam puan ortalaması deney grubunda 124,26±16,96 ve kontrol grubunda 122,75±17,66'dır. Gebeliğin ilk trimesterinde SYBD ölçeğinden alınan toplam puan ortalamalarının her iki grupta da birbirine benzer olduğu belirlendi (t=0,433, p=0,667). Bununla birlikte ölçeğin tüm alt faktör puan ortalamaları açısından deney ve kontrol grubunun benzer olduğu saptandı.

İlk tirmesterde SYBD alt faktörlerinden deney ve kontrol grubu ortalamları sırasıyla manevi gelişim 25,5±4,23 ve 24,24±3,82, sağlık sorumluğu 21,15±4,18 ve 20,86±5,18, fiziksel aktivite 12,6±3,42 ve 12,06±4,24, beslenme 21,63±4,68 ve 22,48±4,26, kişilerarası ilişkiler 24,48±3,81 ve 24,37±4,08, stres yönetimi 18,88±3,37 ve 18,71±3,46 olarak saptandı (Tablo 4-7).

Sonuç olarak hem deney hemde kontrol grubundaki kadınların ilk trimesterdeki sağlık düzeyinin orta seviyede olduğu, en düşük alt ölçek puanlarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi, sağlık sorumluluğu faktörlerinde olduğu, en yüksek alt ölçek puanların ise manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler faktörlerinde olduğu söylenebilir.

Gharaibeh ve arkadaşları (2005) Ürdün'lü kadınlar ile yaptıkları çalışmalarında gebe kadınların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu, en düşük alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi ve beslenme, en yüksek alt ölçek puan ortalamasının sağlık sorumluluğu faktöründe olduğunu bildirmiştir.

Stark ve Brinkley (2007) yüksek risk grubundaki kadınlarda algınan stresin SYBD ile olan ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında kadınların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu, düşük alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla fiziksel aktivite, stres yönetimi ve beslenme, en yüksek alt ölçek puan ortalamasının manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler faktöründe olduğunu bildirmiştir.

Lin ve arkadaşları (2009) Tayvan'lı gebe kadınlar üzerinde yaptıkları çalışmalarında aile üyeleri ve akranların algısının sağlık davranışlarını %45,1 varyans ile etkilediği, en düşük alt ölçek puan ortalamalarının sırasıyla fiziksel aktivite, kişiler arası ilişkiler ve sağlık sorumluluğu, en yüksek alt ölçek puan ortalamasının ise manevi gelişim faktöründe olduğunu saptamıştır.

Türkiye'de kadınların SYBD'e yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde çoğunlukla araştırmacıların ölçeğin ilk versiyonunu kullandıkları görülmektedir. Bununla birlikte konuya ilişkin çalışmalar istenen düzeyde değildir (Bahar ve ark. 2008). Gebelik dönemindeki kadınlar ile yapılan çalışmalar ise oldukça sınırlıdır. Altay (2006) kadınlarda SYBD ölçek genel puanını maximum 192 puan üzerinden 124,6±17,7, Arslan ve Ceviz (2007) 122,05±20,78 ve Altıparmak ve Koca (2009) ise 112,7±20,8 olarak saptamıştır. Bu çalışmalar kadınların sağlık davranışlarının orta düzeyde olduğunu en yüksek alt ölçek puan ortalamasınım kendini gerçekleştirme (manevi gelişim), en düşük alt ölçek puan ortalamasının ise sırasıyla egzersiz, stres yönetimi ve beslenme faktöründe olduğunu bildirmektedir. Saydam ve arkadaşları (2008) riskli gebe kadınlar üzerindeki çalışmalarında SYBD ölçek genel puanı 121,31±21,02 olarak saptamış, en düşük alt ölçek puan ortalaması fiziksel aktivite faktöründe, en yüksek puan ortalamasını ise kendini gerçekleştirme (manevi gelişim) faktöründe olduğunu belirlemişlerdir. Araştırma sonuçlarımız, Türkiye'de yapılan hem deney hem de kontrol grubunda SYBD'i tanımlamaya yönelik çalışma bulguları ile uyumludur. Sonuçların benzerliğinin Türk kültürünün bir yansıması olduğu düşünülmektedir (Tablo 4-7).

Rutin bakım alan kontrol grubunda gebeliğin ilk trimesterinde yapılan ölçümler son trimesteri ile karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam ve alt faktör puan ortalamalarında yükselme olduğu ancak sadece fiziksel aktivite alt faktör puan ortalamasındaki yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (t=-2,746,

p=0,09). Bu bulgular kadınların gebeliğin ilk trimesterine göre son trimesterinde fiziksel aktivitelerinin arttığına işaret etmektedir (Tablo4-7). Gebelik döneminde trimesterlere göre kadınların SYBD değişimlerinin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Gebelik döneminde düşük risk grubunda yer alan kadınların diet, egzersiz, sigara içme, vitamin kullanımı, alkol sigara ve kafein alımı ve istirahat davranışlarında değişiklikler yaptıkları bildirilmektedir (Higgins ve ark. 1994). Ancak bu değişimin düzeyini tanımlamak için araştırmalara gereksinim olduğu düşülmektedir.

Araştırmada SGP kapsamında sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanıldı. Güdülenmeyi artırmak öğrenmeyi pekiştirmek için her oturum sonrası davranış değişikliğine yönelik hedefler belirlendi ve olumlu geri bildirim verildi. Bireyin hedeflerini uygulama durumunu desteklemek için her görüşmeden sonra en az bir kez telefon yolu ile destekleyici danışmanlık verildi. Gebeliğin 12-15. haftalarında gebelik ve bakım, 15.-18. haftalarda fiziksel aktivite, 20-24. haftalarda ise beslenme eğitim ve danışmanlığı yapıldı (EK-2).

Gebeliğin son trimesterinde deney ve kontrol grubu SYBD ölçeği toplam ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam puanının, deney grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir. Benzer olarak deney grubunda, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi faktörlerinden alınan alt ölçek puan ortalamaları anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bununla birlikte manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamaları deney grubunda daha yüksekti. Ancak bu yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 4-7).

Erci ve arkadaşları (2001) ailelerin gereksinimlere göre şekillenen üç ay süre ile SYBD'e yönelik bakımın SYBD'e olan etkisini inceledikleri çalışmalarında orta sağlık düzeyindeki bireylerden oluşan örneklemde bakım alan grupta beslenme dışındaki tüm alt faktör ve toplam puan ortalamasında yükselmenin anlamlı olduğunu bildirmektedir.

Geçkil ve Yıldız (2006) interaktif anlatım teknikleri ile yazılı materyal kullandıkları beslenme ve stresle başetme eğitiminin, adölesanlarda sağlığı geliştirmeye etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, çalışma grubunun sağlık davranışlarının orta düzeyden biraz yüksek olduğunu, eğitimin genel olarak beslenme üzerinde etkili olduğunu ve demonstrasyon yönteminin stresle baş etmede etkili bir yöntem olduğunu bildirmektedir.

Mendelson ve arkadaşları (2008) hemşire tarafından verilen bir saatlik eğitimin gestasyonel diabetli Meksikalı gebe kadınlarda diabete ve SYBD olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında girişimin SYBD genel puanını artırmada etkili olduğunu bildirmektedir.

Eshah ve arkadaşları (2010) yetişikin bireylerde kardiovasküler hastalıkları önlemeye yönelik bireysel danışmanlık, beceri geliştirme teknikleri ve SYBD yönelik grup eğitiminin SYBD'ye olan etkisini inceledikleri çalışmalarında, bu girişimin sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler alt ölçek puan ortalamalarında ve SYBD ölçek genel puanını artırmada etkili olduğunu, ancak stres yönetimi, manevi gelişim ve fiziksel aktiviteyi geliştirmede etkili olmadığını saptamıştır.

Keefer (2010) gebelik döneminde preklempsiyi önlemeye yönelik planlanmış bireysel eğitim ve telefon danışmanlığı programına ek olarak sunulan yürüme programının gebelik dönemi SYBD olan etkisini incelemiştir. Sadece eğitim ve danışmanlık alan grupta SYBD genel puan ortalamlarında, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarının gebelik ilerledikçe yükseldiğini saptamıştır. Bununla birlikte yürüme programı alan grupta almayan gruba göre SYBD ölçeği genel puan ortalamasını, sağlık sorumluğu, fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt ölçek puan ortalamalarını daha yüksek bildirmektedir.

Görüldüğü üzere SYBD'i geliştirmeye yönelik çalışmalarda ve bu araştırmada, bireysel düzeyde sağlığı geliştirmek amacıyla farklı yöntemler bir arada kullanılmıştır. Girişimler çoğunlukla bireysel danışmanlık ve eğitim, hedef belirleme, beceri geliştirmeye yönelik teknikleri içermektedir. Bu tekniklerin genel olarak SYBD geliştirmede etkili olduğu söylenebilir.

5.5. Deney ve Kontrol Grubunun Gebelik Sonuçlarının Tartışılması

Araştırmamızda SGP'nin kapsamında doğum sonu dönemde bakıma yönelik yoğun bir girişim uygulanmadı (EK-2). Ancak sağlığı geliştirmenin bir parçası olan bireysel sağlık sorumluluğu, bilgi ve beceri kazandırmanın doğum sonu dönem ve yenidoğan özelliklerine etkisi değerlendirilip, sonuçlar mevcut literatür ile tartışıldı.

Deney ve kontrol grubundaki kadınların tamamının doğumlarını hastanede hekim tarafından yapıldığı ve ortalama gebelik sürelerinin sırasıyla 39,26±1,42 ve

39,33±1,34 hafta olduğu belirlendi. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamsızdı (t=-0,238, p=0,813). Araştırmada deney grubundaki kadınların %17'si, kontrol grubundaki kadınların %15'i sezeryan ile doğum yaptığı belirlendi ($\chi 2$=0,443, p=0,506).

TNSA-2008 sonuçlarına göre doğumların %89,7'si sağlık kuruluşlarında %9,7'si ise evde gerçekleşmekte, kadınların %64,1'inin doğumda hekimden %27,2'sinin ebeden yardım aldığını bildirilmektedir. Bununla birilite TNSA-2008'de sağlık kurumunda yapılan doğumların %42'sinin sezeryan doğumlar olduğu ve Türkiye geneli sezeryan oranının %36,7 olduğu saptanmıştır. Kutlu ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise bu oran %22,7 olarak bildirilmiştir.

Gebelik süresinin 38-42 hafta olduğu düşünüldüğünde bu araştırmada deney ve kontrol grubundaki kadınların gebelik süresinin normal sınırlarda olduğu söylenebilir. Araştırmadaki tüm kadınların doğum esnasında hekimden yardım alması ebelerin doğumlara katkısı açısından düşündürücüdür. Araştırmamızda sezeryan oranı %15-17 arasındadır ve sevindirici olarak Tükiye geneline göre düşük olduğu söylenebilir. Bu düşüklük araştırmaya dahil olan kadınların en fazla iki gebelik geçirmiş olması ile ilişkisi olabilir.

Araştırmada doğum sonrası altıncı haftada hem deney hemde kontrol grubundaki kadınların %84,4'ünün bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri belirlendi. TNSA-2008 yılı sonuçlarına göre 6 aydan küçük bebeklerin %41,6'sı sadece anne sütü ile beslenmektedir. Gebelik döneminde doğum sonu dönem ve bebek bakımı eğitiminin bebek beslenmesi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (Karadağ 2008). Araştırmamızda deney ve kontrol grubunda bebek beslenmesi açısından fark gözlenmedi (Tablo 4-8).

Deney grubunda (28,93±18,88 saat) doğum nedeniyle hastanede yatış süresi ortalaması kontrol grubundan (30,26±20,91 saat) daha düşük bulunmuştur. Ancak bu fark istatistiksel açıdan anlamlı değildir (t=-0,317, p=0,752). Benzer olarak Mendelson ve arkadaşları (2008) hemşire tarafından verilen bir saatlik eğitimin gestasyonel diabetli Meksikalı gebe kadınlarda diabete ve SYBD olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında girişim, yenidoğan ve anneninin hastanede yatış süresinde etkili olmadığını saptamıştır.

Araştırmada yenidoğanların kilo (deney 3268±3,80 ve kontrol 3298±4,23 gr), boy (deney 50,04±1,78 ve kontrol 50,40±1,90 cm) ve baş çevresi (deney 34,31±1,33 ve kontrol 34,77±1,10 cm) ortalamaları sağlıklı yenidoğandan beklenen değerler arasındadır. Kutlu ve arkadaşları (2008) çalışmalarında araştırmamıza benzer değerlerle yenidoğanların kilo ortalaması 3162 ± 548.38 gr, baş çevresi ortalaması 34.11 ± 2.57 cm, boy ortalaması 49.33 ± 2.74 cm olarak bildirmektedir (Tablo 4-9).

Guelinckx ve arkadaşları (2010) obez gebe kadınlar üzerinde yaşam biçimine yönelik girişimin (broşür ile aktif eğitimler) beslenme, egzersiz ve kilo alımına olan etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları randomize kontrollü deneysel çalışmalarında, girişimlerinin yenidoğanın doğum kilosu, annenin gebelik ve doğumda komplikasyon yaşama durumu üzerinde etkili olmadığını bildirmektedir.

Rauh ve arkadaşları (2013) gebelikte iki oturumda sunulan diet ve fiziksel aktivite danışmanlığı ile kilo takibinin aşırı kilo alımında etkisini inceledikleri deneysel çalışmalarında girişimlerinin deney ve kontrol gruplarının gebelik sonuçlarına etki etmediğini bildirmektedirler.

Thaewpia ve arkadaşları (2013) SYBD'nin kadının ve yenidoğanın sağlık sorunu yaşama durumuna etkisini inceledikleri çalışmalarında, annenin SYBD'si ile yenidoğan sonuçları arasında ilişki olmadığını bildirmektedir.

Araştırmada deney ve kontrol grubunun gebelik sonuçları incelendiğinde; gebelikte, doğumda sağlık sorunu yaşama ve doğum şekli açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Benzer olarak yenidoğanda sağlık sorunu, yoğun bakım gereksinimi ve beslenme açısından gruplar arasında bir fark saptanmadı. Ancak deney grubundaki kadınların yenidoğan bebeklerinde sarılık tedavisi alan kontrol grubuna kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde daha azdı (Tablo 4-8)

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu araştırmanın örneklemi, genç, eğitim düzeyi düşük, çoğunluğu normal kilolu, kentte yaşayan ve çalışmayan, orta gelir düzeyinde, geniş ailede yaşayan kadınlardan oluşmaktadır (Tablo 4-1, 4-2 ve 4-4).

SGM temel alınarak hazırlanan, bireysel düzeyde sağlık eğitimi, bilgilendirme ve danışmanlıktan oluşan, sözel anlatım, gösterip yaptırma tekniği ve yazılı-görsel eğitim materyalleri kullanılarak oluşturulan SGP'nin, kadınların SYBD'sine, gebelikte kilo, enerji ve besin öğesi alımlarına ve gebelik sonuçlarına olan etkisinin incelendiği bu araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı;

SGP'nin gebelik döneminde alınan toplam kiloda ve doğum sonu dönem kilo fazlalığında etkili olmazken BKİ'e göre önerilen düzeyde kilo alımında etkili olduğu sonucuna varıldı (Tablo 4-5). Deney grubunda kadınların %51,1'inin (n=23), kontrol grubundaki kadınların ise %28,9'unun (n=13) gebeliklerinde önerilen düzeyde kilo aldıkları görüldü. Deney grubunda, kontrol grubuna göre gebelikte önerilen düzeyde kilo alımı daha fazla iken önerilen düzeyden az ya da aşırı kilo alımı istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha azdı ($p=0,031$, $df=1$, $\chi 2=4,630$).

Araştırmada deney ve kontrol grubunun son trimester enerji alım ortalamasının sırasıyla 2087,80±664,45 ve 1888,70±581,01 kkkal olduğu belirlendi ($t=1,503$, $p=0,136$). SGP alan deney grubunda, günlük enerji, karbonhidrat, yağ ve folik asit alımı ortalamaları dışındaki tüm değişkenlerin istatistiksel açıdan anlamlı bir şekilde rutin bakım alan kontrol grubunda göre daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4-6). SGP'nin, gebelik döneminde günlük enerji ve karbonhidrat alımını artırmada etkili olmazken, folik asit dışındaki tüm vitamin ve mineral alımını artırmada etkili olduğu, günlük sebze, meyve ve posa alımını da artırdığı sonucuna varıldı.

Araştırmada gebeliğin son trimesterinde deney ve kontrol grubu SYBD ölçeği toplam ve ve alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında, SYBD ölçeği toplam puanının, kontrol grubuna (125,11±16,86) göre deney grubunda (138,22±16,86) anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($t=3,689$, $p=0,00$). Benzer olarak deney grubunda, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, stres yönetimi alt faktörlerinden alınan

puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Bununla birlikte manevi gelişim ve kişiler arası ilişkiler alt faktörlerinden alınan puanlarda deney grubunda daha yüksektir. Ancak yükseklik istatistiksel açıdan anlamlı değildi (Tablo 4-7). Araştırmada SGP'nin SYBD ölçeği genel puanı arttırdığı, SYBD alt faktörlerinden manevi gelişim ve kişiler arası ilişkileri artırmazken, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi üzerinde etkili olduğu sonuçuna varıldı.

Araştırmada deney ve kontrol grubunda gebelikte, doğumda sağlık sorunu yaşama ve doğum şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlenmedi. Benzer olarak yenidoğanda sağlık sorunu, yoğun bakım gereksinimi ve beslenme açısından gruplar arasında bir fark saptanmadı. Ancak deney grubundaki kadınların yenidoğan bebeklerinin %11,1'i sarılık tedavisi alırken, kontrol grubunda bu oran %28,9'du ($\chi 2=4,444$, $p=0,035$). SGP'nin yenidoğanda sarılık öyküsünü azaltmada etkili olduğu görüldü (Tablo 4-8).

6.2. Öneriler

Araştırma sürecinde elde edilen bulgular, sonuçlar ve deneyimler ışığında;

- Gebelik döneminin SYBD geliştirmek için bir fırsat olarak görülmesi,
- DÖB kapsamına SYBD geliştirmeye yönelik girişimlerin planlanması,
- Sağlık kurumlarında, SYBD geliştirmeye yönelik programların sunulacağı ortamların uygun şekilde düzenlenmesi,
- Sağlık personellerinin hizmet içi eğitimlerle SYBD hakkında bilgilendirilmesi ve hizmetin sunulması için desteklenmesi,
- SYBD geliştirmek için farklı yöntemlerin kullanıldığı programların düzenlenmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Bu araştırmada uygulanan programın kısa ve uzun dönemde etkinliğinin farklı gruplarda değerlendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Açkurt, F., Wetherilt, H., Löker, M. ve Hacibekiroğlu, M. (1995). Biochemical assessment of nutritional status in pre- and post-natal Turkish women and outcome of pregnancy. *European Journal of Clinical Nutrition* ,49,613-22.

Affonso, D.D. ve Mayberry, L.J. (1990). Common stressors reported by a group of childbearing American women. *Health Care for Women International*, 11,3,331–345.

Akan, S.L. (2011). Gebe kadınların diyet örüntüleri, diyet kalite indeksleri ve sağlıklı yeme indekslerinin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ev Ekonomisi (Beslenme Bilimleri) Anabilim Dalı, Ankara.

Aktürk, Z. ve Acemoğlu, H. (2011). Sağlık çalışanları için araştırma ve pratik istatistik, örnek problemler ve spss çözümleri. Erişim 16.12.2012, http://kisi.deu.edu.tr//guzin.kavrukkoca/ArastirmaTeknikleri/AkturkZAcemogluHSaglikCalisanlariIcinArastirmavePratikIstatistikAnadoluOfsetIstanbul2011.pdf

Altay, B. (2006). Samsun 6 nolu sağlık ocağı bölgesindeki 15-49 yaş evli kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi,* 23,1, 1–8.

Altıparmak, S. ve Koca, A.K. (2009). 15-49 yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışlarıve etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 8, 5, 421-426.

Altıparmak, S., Altıparmak, O. ve Avcı, H.D. (2008). Manisa'da Gebelikte Sigara Kullanımı; Yarı Kentsel Alan Örneği. *Türk Toraks Dergisi*, 10,20-25.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Committee Opinion, Number 315 (2005). Obesity in pregnancy. Erişim 07.02.2011. http://www.pdf-finder.com/ACOG-Committee-Opinion,-Number-315,-September-2005.html.

Api, O., Ünal, O. ve Şen, C. (2005). Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi,*13,2, 71-79.

Ardınç, A. (2008). Adölesanların sağlıklı yaşam biçimi davranışları. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Arslan, C. ve Ceviz, D.F.Ü. (2007) Ev hanımı ve çalışan kadınların obezite prevalansı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 21,5, 211-220.

Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N. ve ark. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-2'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,*12,1, 1-13.

Balsak, D., Yıldırım, Y., Avcı, M., Töz, E., Gültekin, E., Kayhan, K., Yorgun, S., ve Tınar, Ş. (2007). Ege bölgesinde yaşayan gebe kadınların gebe kadınların gebelik egzersizleri hakkındaki bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 24, 3, 200-204.

Başal, H.A. (2006). Türkiye'de doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası çocuk gelişimi ve eğitimine ilişkin gelenek, görenek ve inançlar. *Eğitim Fakültesi Dergisi,* 19,1,45-70.

Black, J.E., Arbor, B.A., Kieffer, E.C., Villarruel, A.M. ve Sinco, B.R. (2007). Predicting the exercise intention of pregnant Latina women. *Hispanic Health Care International*, 5,1, 5-12.

Brown, M.J., Sinclair, M., Liddle, D., Hill, A.J., Madden, E. ve Stock, E. (2012). A systematic review investigating healthy lifestyle interventions incorporating goal setting strategies for preventing excess gestational weight gain. Erişim 10.04.2013, http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0039503

Callaway, L.K., Prins, J.B., Chang, A.M. ve ark. (2006). The prevalence and impact of overweight and obesity in an Australian obstetric population. *Medical Journal of Australia,*184, 56-59.

Cedergren, M.I. (2007). Optimal gestational weight gain for body mass index categories. *Obstetrics & Gynecology*,110, 759–764.

Chasan-Taber, L., Marcus, M.H., Stanek, E., Ciccolo, J.T., Marquez, D.X. Solomon, G.C. ve Markenson G. (2009). A Randomized Controlled Trial of Prenatal

Physical Activity to Prevent Gestational Diabetes: Design and Methods Journal of Women's Health, 18(6),851-859.

Chuang, C.H., Hillemeier, M.M., Anne-Marie, D. ve Weisman, C.S. (2011). The relationship between pregnancy intention and preconception health behaviors. *Preventive Medicine*, 53, 85–88.

Crozier, S.R., Robinson, S.M., Borland, S.E. ve ark. (2009). Do women change their health behaviours in pregnancy? Findings from the Southampton Women's Survey. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 446–453.

Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J. ve ark. (2005). *Williams Doğum Bilgisi* (21. Baskı). Çev. Ayşegül Cengiz Akman, Nobel Tıp Kitabevi; 172-184.

Çalık, Y.K. ve Aktaş, S. (2011). Gebelikte depresyon: Sıklık, risk faktörleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3,1,142-162.

Çavdar, A.O. (2000). Analysis of zinc (serum, plasma erythrocyte, and hair zinc) and its relation to nutrition in pregnant Turkish women: A review of cross-sectional and longitudinal studies. *The Journal of Trace Elements in Experimental Medicine,* 13,63-71.

Çoban, A. (2007). Gebeliğin son döneminde ayak ve ayak bileğinde görülen fizyolojik ödemin azaltılmasında ayak masajının etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.

Çoşkun, A. (1996). Perinatal hemşirelik yaklaşımı ve ekip çalışmasının önemi. *Perinatoloji Dergisi*, 4,3, 181-184.

Clapp C.F, Kim H., Burciu B. ve Lopez, B. (2000). Beginning regular exercise in early pregnancy: Effect on fetoplacental growth. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183, 6, 1484-1488.

Davis, R.M. (2000). Healthy people 2010: objectives for the United States. *British Medical Journal*, 320, 818-819.

DeLuca, R.S., Lobel, M. (1995). Conception, commitment, and health behavior practices in medically high-risk pregnant women. *Womens Health* 1,3, 257–271.

DeVader, S.R., Neeley, H.L., Myles, T.D. ve Leet, T.L. (2007). Evaluation of gestational weight gain guidelines for women with normal prepregnancy body mass index. *Obstetrics & Gynecology*, 110, 745–751.

Doğaner, G. ve Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 20, 5,215-220.

Dood, J.M., Crowther, C.A. ve Robinson, J.S. (2008). Dietary and lifestyle interventions to limit weight gain during pregnancy for obese or overweight women: A systematic review. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 87, 702-706.

Durualp, E., Bektaş , G., Ergin, D. ve Karaca, E. ve Topçu, E. (2011). Annelerin Sigara Kullanımı ile Yenidoğanın Doğum Kilosu, Boyuve Baş Çevresi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası,* 64,3,119-126.

Dündar, Ö., Çiftpınar, T., Tütüncü, L. ve ark. (2006). Gebelik öncesi maternal vücut kitle indeksinin perinatal sonuçları etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 16,2, 43-48.

Elsinga, J., Jong-Potjer, L.C, Pal-de Bruin, K.M., Cessie, S.L., Assendelft, W.J.J. ve Buitendijk, S.E. (2008). The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy. *Women's Health Issues,* 18, 117–125.

Erci, B., Kılıç, D. ve Tortumluoğlu, G. (2001). Ailelere verilen bakımın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4,1, 33-40.

Ersin, F. ve Bahar, Z. (2012). Sağlığı geliştirme modelleri'nin meme kanseri erken tanı davranışlarına etkisi: Bir literatür derlemesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, **5,** 1, 28-38. Erişim 20.06.2013, http://www.deuhyoedergi.org/

Eshah, N.F., Bond, A.F. ve Froelicher, E.S. (2010). The effects of a cardiovascular disease prevention program on knowledge and adoption of a heart healthy lifestyle in Jordanian working adults. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9, 244-253.

Esin, N. (1999). Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 12,45, 87-95.

Evenson, K.R., Savitz, D.A. ve Huston, S.L. (2004). Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* ,18, 400-407.

Fertman, C.I.,, Allensworth, D.D., Auld, M.E. (2012). Sağlığı Geliştirme Programlarının Tanımı.. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe; Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882:3-15, 58-66.

Figen S.,P. ve Mete S. (2009). Uyum modeli ve sosyal bilissel öğrenme kuramının doğum öncesi eğitimde kullanımı. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi,* **1** (1) , 57-68. Erişim 16.10.2012, http://www.deuhyoedergi.org/

Galloway, R.D. (2003). Health promotin: Causes, beliefs and measurements. *Clinical Medicine&Research*, 1(3): 249-258.

Geçkil, E. ve Yıldız, S. (2006). Adölesanlara yönelik beslenme ve stresle başetme eğitiminn sağlığı geliştirmeye etkisi. *Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*,10,2,19-28.

Gharaibeh, M., Al-Ma'aitah, R. ve Al Jada, N. (2005). Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *International Nursing Review*, 52, 92–100.

Gökkoca, F.Z.U. (2001). Sağlık eğitimi açısından yetişkin eğitimi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi,* 10,11, 412-414.

Gray-McDonald, K. (2000). Intervening to reduce weight gain in pregnancy and gestational diabetes mellitus in Cree communities: An evaluation. *Canadian Medical Association Journal* 163,10, 1247-1251.

Guelinckx, I., Devlieger, R., Mullie, P. ve Vansant G. (2010). Effect of lifestyle intervention on dietary habits, physical activity, and gestational weight gain in obese pregnant women: a randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 373–380.

Gümüş, İ.İ., Karakurt, F., Kargılı, A., Turhan, N.Ö., Uyar, M.E. (2010) Association between prepregnancy body mass index, gestational weight gain, and perinatal outcomes. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 40, 3, 365-370.

Gürel, A.S., Gürel, H. ve Balcan, E. (2006). Doğum öncesi bakım esnasında gebelik doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi*, 14,2, 90- 95.

Higgins, P., Frank, B., ve Brown, M. (1994). Changes in health behaviors made by pregnant women. *Health Care for Women International*, 15, 149–156.

Hinton, P.S ve Olson, C.M. (2001). Predictors of pregnancy-associated change in physical activity in a rural white population. *Maternal and Child Health Journal,* 5,1, 7-14.

Huang, T., Chieh-Ying, Y. ve Yc-Chen, T. (2011). A diet and physical activity intervention for preventing weight retention among Taiwanese child bearing women: a randomised controlled trial. *Midwifery*, 27, 257–264.

IOM (1990). Nutrition During Pregnancy: Part I: Weight Gain, Part II: Nutrient Supplements. Washington DC, National Academy Press. Erişim 10.04.2012, http://www.iom.edu/Reports/1990/Nutrition-During-Pregnancy-Part-I-Weight-Gain-Part-II-Nutrient-Supplements.aspx

IOM (2009). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Erişim 10.04.2012. http://www.iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2009/Weight-Gain-During-Pregnancy-Reexamining-theGuidelines/Report%20 Brief%20%20Weight%20Gain %20During%20Pregnancy.pdf

Işık, M.T. (2010). Gebelik sürecinde tıbbi aydınlatma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Doktora tezi, Adana.

İlhan, N., Batmaz, M. ve Akhan, U.L. (2010) Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3, 3,35-44.

Jack, J.L., Grim, M., Gross, T., Lynch, S., McLin, C. (2012). Sağlığın Geliştirilmesi Programlarında Teori. İçinde C.E. Fertman ve D.D. Allensworth (Ed), Sağlığı Geliştirme Programları Teoriden Pratiğe; Ankara: Erek Ofset Matbaacılık, T.C. Sağlık Bakanlığı Bakanlık Yayın No:882:58-66.

Jesse, D.E., Reed, P.G. (2004). Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33, 739–747.

Kafkas, M.E., Kafkas, Ş.E. ve Acet, M. (2012). Beden eğitimi öğretmenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeylerinin incelenmesi. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 32,2, 47-56

Kanber, A.N. (2008). Gebelere verilen beslenme eğitiminin anemi üzerine etkisi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Dogum ve Kadın Hastalıkları Hemsireliği, Yüksek Lisans Tezi. Afyonkarahisar.

Karadağ, F. (2008). Gebelere lohusalık bakımı ve bebek bakımı konusunda verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.

Karen, H., Reilly, M. ve Reilly, L. (2007). Caring for obese pregnant women. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 36, 5, 482-489.

Kasl, S. ve Cobb, S. (1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick-Role Behavior: I Health and Illness Behavior. *Archives and Environmental Health,* 12,2, 246-266.

Kaya, F. ve Serin, Ö. (2008). Doğum öncesi bakımın niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi, 5, 1,28-35.

Keefer, K. (2010). Targeted Intervention Influences Self-Reported HealthBehaviors During Pregnancy. The Ohio State University College of Nursing Erişim 14.06.2012, http://kb.osu.edu/dspace/handle/1811/45662/

Kılıç, M., Pasinlioğlu, T. ve Apay, E.S. (2010). Obez gebelerde doğum eylemi ve doğum sonu dönem. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 9, 2, 151-156.

Kiel, D.W., Dodson, E.A., Artal, R., Boehmer, T.K. ve Leet, T.L. (2007). Gestational weight gain and pregnancy outcomes in obese women: how much is enough?. *Obstetrics & Gynecology*,110,752–758.

Kinnunen, I., Pasanen, M., Aittasalo, M. ve ark. (2007). Preventing excessive weight gain during pregnancy –a controlled trial in primary health care. *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 884–891.

Koçak, Ç.Y (2007). İlk kez anne-baba olacaklara antenatal dönemde verilen eğitimin kaygı düzeylerine etkisi. Ege Üniversitesi Sağlık bilimleri Enstitüsü. Ebelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İzmir.

Kozlowski, L. ve Zotti, M. (1993) Influencing community leaders toward the promotion of prenatal care at the community level. *Public Health Nursing* 11,5, 343–351.

Kutlu, R., Çivi, S., Marakoğlu, K. ve Şahinli, A.S. (2008). Bir çocuk ve doğum hastanesinde doğan bebeklerin özellikleri. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 9, 57-62.

Lagiou, P., Tamimi, R.M., Mucci, L.A., Adami, H-O., Hsieh, C-C. Ve Trichopoulos, D. (2004). Diet during pregnancy in relation to maternal weight gain and birth size. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58, 231–237.

Lewallen, L.P. (2004). Healthy behaviors and sources of health information among low-income pregnant women. *Public Health Nursing*, 21,3, 200-206.

Lin, Y., Tsai, E., Chan, T., Chou, F. ve ark. (2009) Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Medical Journal*, 32, 6, 650-660.

Lindgren, K. (2001). Relationships among maternal-fetal attachment, prenatal depression, and health practices in pregnancy. *Research in Nursing & Health* , 24,3,203–217.

Lindgren, K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire–II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 34,4,465-472.

Maddah, M., Karandish, M., Mohammadpour-Ahranjani, M. ve ark. (2005). Social factors and pregnancy weight gain in relation to infant birth weight: a research in public health centers in Rasht, Iran. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59,1208–1212.

Marshall, D., Lindheimer, M.D., Sandra, J., Taler, M.D. ve Gary, C. (2010). Hypertension in pregnancy. *Journal of American Dietetic Association*, 4, 2, 68-78.

Mendelson, S.G., McNeese-Smith, D., Koniak-Griffin, D., Nyamathi, A., and Lu, M.C. (2008). A community-based parish nurse ıntervention program for mexicanamerican women with gestational diabetes. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37, 415-425.

Nalbant, S. (2010). Gebelikte gelişen fizyolojik değişiklikler. Onuncu İç Hastalıkları Kitabı. 3. Baskı. İstanbul.

Nancy, C.W., ,Bemelmans, W.J.E., Beltman, F.W., Broer, J., Smit, A.J. ve Meer, K. (2011). Preventing Weight Gain by Lifestyle Intervention in a General Practice Setting Three-Year Results of a Randomized Controlled Trial. *Archives of Internal Medicine* ,171,4, 306-313.

Olander, E.K., Atkinson, L., Edmunds, J.K. ve French, D.P. (2012). Promoting healthy eating in pregnancy: What kind of support services do women say they want? . *Primary Health Care Research & Development* 13,3,237-243.

Olsan, M.C., Strawderman, M.S., Reed, G.R. (2004). Efficacy of an intervention to prevent excessive gestational weight gain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 191, 2, 530-536.

Önay, D. (2006). Konya il merkezinde gebe kadınların beslenme alışkanlıkları, beslenme durumları ve bunun yeni doğan üzerine etkisi. Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, Ankara.

Özkan, İ.A. ve Mete, S. (2010). Pregnancy planning and antenatal health behaviour: findings from one maternity unit in Turkey. *Midwifery*, 26, 338-347.

Özmen, M. ve Önen. B (2005). Stresle Başa Çıkma Yolları. *İÜ. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 171-180.

Özvarış, S.B. (2001). Sağlık Eğitimi ve Sağlığı Geliştirme. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Geliştirme Vakfı.

Özvarış, Ş.B, Akın, A.(2001). Türkiyede Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. Erişim 07.06.2012, http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Turkce/SayfaDosya/turkiyede_dogum_oncesi.pdf

Pasinlioğlu, T. ve Apay, E.S. (2009) Obezite ve Gebelik. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni,* 8,4, 345-350.

Patterson, E.T., Freese, M.P. ve Goldenberg, R.L. (1990). Seeking safe passage; utilizing health care during pregnancy. *Nursing Image,* 22, 27–31.

Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice (2nd ed.) Norwalk: CT Appleton & Large.

Pender, N.J., Murdaugh, C. L. ve Parsons, M.A. (2011). Health Promotion in Nursing Practice (6th Edition). Boston, MA: Pearson. Erişim 16.10.2012, http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/2027.42/85350/1/HEALTH_PROMOTION_MA NUAL_Rev_5-2011.pdf.

Peterson, K.E., Sorensen, G., Pearson, M. ve ark. (2002). Design of an intervention addressing multiple levels of influence on dietary and activity patterns of low-income, postpartum women. *Health Education Research*, 17,5, 531–540.

Polley, B.A., Wing, R.R. ve Sims, C.J. (2002). Randomized control trial to prevent excessive weight gain in pregnant women. *International Journal of Obesity*, 26,8.

Potti, S., Sliwinski, C.S., Jain, J.N. ve Dandolu, V. (2010). Obstetric outcomes in normal weight and obese women in relation to gestational weight gain: Comparison between ınstitute of medicine guidelines and cedergren criteria. *American Journal of Perinatology* ,27, 415–420.

Rooney, B.L. ve Schauberge, C.W. (2002). Excess pregnancy weight gain and long-term obesity: one decade later. *The American College of Obstetricians and Gynecologists*, 100, 2, 245-252.

Rauh, K., Gabriel, E., Kerschbaum, E., Schuster, T.,Kries R., Amann-Gassner U. ve Hauner, H. (2013). Safety and efficacy of a lifestyle intervention for pregnant women to prevent excessive maternalweight gain: a cluster-randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 2-11.

Saydam, B.K., Bozkurt, B.Ö., Hadımlı, A.P., Can, H.Ö. ve Soğukpınar, N. (2007). Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. *Perinatoloji Dergisi*, 15,3, 131-139.

Schaffer, M.A., Lia-Hoagberg, B. (1997). Effects on social support on prenatal care and health behaviors of low-income women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* , 26, 433–440.

Shakespear, K., Waite, P.J. ve Gast, J. (2010). A comparison of health behaviors of women in centering pregnancy and traditional prenatal care. *Maternal and Child Health Journal* 14, 202–208.

Smith, D.M., Whitworth, M., Sibley, C. ve ark. (2010). Research desing of a community lifestyle programme to improve the physical and psychological well-being of pregnant women with a BMI of 30 kg/m2 or more. *BMC Public Health* ,10, 284.

Smith, S.A., Hulsey, T. ve Goodnight, W. (2008). Effects of obesity on pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing*, 37,176-184.

Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Semiz, O. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,* 1,2, 93-103.

Stotland, N.E., Haas, J.S., Brawarsky, P., Jackson, R.A., Fuentes- Afflick, E. ve Escobar, G.J. (2005). Body mass index, provider advice, and target gestational weight gain . *Obstetrics & Gynecology*,105,633-638.

Şanlıer, N. ve Kılıç, E. (2008). Kız, anne ve anneannelerin günlük enerji ve besin öğesi alımlarının karşılaştırılması. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni,*7, 269-276.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi*. Ankara:Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim 07.02.2011, http://www.saglik.gov.tr/extras/birimler/temel/beslenme_rehberi.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2005). *Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı.* Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı No: 2-B. Erişim 07.02.2011, http://www.ghs.gov.tr/birimdosya/Guvenli_Annelik_Katilimci.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008). *Beslenme Durumunun Saptanması.* Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı, Erişim 07.02.2011, http://www.eskisehir.gov.tr/sarici/saglik/beslenme-bilgi-serisi-1/A14-BESLENME-DURUMUNUN-SAPTANMASI.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008a). *Obezite ve Gebelik*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı., Erişim 07.02.2011 http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/obezite_bilgi_serisi/8.pdf

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008b). *Gebelik ve Emziklilik Döneminde Beslenme.* Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Erişim 07.02.2011, http://www.beslenme.saglik.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/beslenme_bilgi_seris_1/a2.pdf.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2008c). *Gebelik ve Egzersiz*. Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Beslenme ve Fiziksel Aktiviteler Daire Başkanlığı. Erişim 07.02.2011,http://www.diyabet.gov.tr/content/files/yayinlar/kitaplar/fiziksel_aktivite_bilgi_serisi/E6.pdf

Tarrant, R.C., Younger, K.M., Sheridan-Pereira, M ve Kearney, J.M. (2011). Maternal health behaviours during pregnancy in an Irish obstetric population and their associations with socio-demographic and infant characteristics. *European Journal of Clinical Nutrition*, 65, 470–479.

Taş, E.E., Üstüner, I., Özdemir, H. ve ark. (2010) Gebe Kadınların Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. *Bidder Tıp Bilimleri Dergisi*, 21, 7-12.

Taşkın, L. (2005). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği* (Yedinci baskı). Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 85-100, 173, 197-202.

Thaewpia, S., Howland, C.L., Clark, M. ve James, K.S. (2013). Relationships among Health Promoting Behaviors and Maternal and Infant Birth Outcomes in Older Pregnant Thais. *The Pacific Rim Journal of Nursing Research* 17,1,28-38.

Thassri, J., Kala, N., Chusintong, L., Phongthanasarn, J., Boonsrirat, S. ve Jirojwong, S. (2000). The development and evaluation of a health education programme for pregnant women in a regional hospital, southern Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 32,6, 1450-1458.

Thompson, M.W., Nassar, N., Robertson, M. ve Shand, A.W. (2011). Pregnant women's knowledge of obesity and ideal weight gain in pregnancy, and health behaviours of pregnant women and their partners. *The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists*, 51,460–463.

TNSA (2008). *Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 18.10.2012, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/

Türkeri, F. (2006). Yetiskin eğitimi sağlık davranış modelleri ve sağlığı geliştirme kavramları arasındaki ilişkilerin tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Eğitimi Anabilim Dalı, Yüksek lisans dönem projesi. Ankara.

Van der Pligt, P.,Willcox, J., Hesketh, H.D., Ball, K., Wilkinson, S., Crawford, D. ve Campbell, K. (2013). Systematic review of lifestyle interventions to limit postpartum weight retention: implications for future opportunities to prevent maternal overweight and obesity following childbirth. *Obesity Reviews* 14,9, Erişim 21.08.2013, http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/obr.12053/abstract.

Viner, R. ve Marcfarlane, A. (2005). ABC of adolesence health promotion. *British of Medical Journal*, 330,527-529.

Vinikoor-Imlera, L.C., Messerb, L.C., Evenson, K.R. ve Laraiad, B.A. (2011). Neighborhood conditions are associated with maternal health behaviors and pregnancy outcomes. *Social Science & Medicine*, 73, 1302-1311

Walker, S.N., Sechrist, K.R. ve Pender, N.J. (1987). The Health- Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 36, 76-81.

Walker, S.N., Sechrist, K.R ve Pender, N.J. (1995) The Health-promoting Lifestyle Profile Π. Omaha, Nebraska: University of Nebraska Medical Center.

Weiss, J., Malone, F., Emig, D., Ball, R. ve ark. (2004). Obesity, obstetric complications and cesarean delivery rate- A population-based screening research. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190, 1091-1097.

WHO (2000). Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva:Switzerland, Technical Report Series,894:1-253. Erişim 14.06.2012, http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/

Wilkinson, S.A. ve Miller, Y.D. (2007). Improving health behaviours during pregnancy: A new direction for the pregnancy handheld record. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology,* 47, 464–467.

Wilkinson, S.A., Miller, Y.D. ve Watson, B. (2010). The Effects of a Woman-Focused, Woman-Held Resource on Preventive Health Behaviors During Pregnancy: The Pregnancy Pocketbook. *Women & Health*, 50,342–358.

Yalçınkaya, M., Özer, G.F. ve Karamanoğlu, A.Y. (2007). Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6, 6, 409-420.

FORMLAR

Form-1: Araştırmaya Kabul İçin Ön Görüşme Formu

Araştırma Kabul Kriterleri	Evet	Hayır
1. Gebe kadınların sağlığını geliştirmek amacıyla yapılan bilimsel çalışmalara ya da eğitim programlarına katılmak sizin için zor olur mu?		
2. Yaşınız 18' den küçük mü?		
3. Okuma ve yazmada güçlük çekiyor musunuz?		
4. Herhangi bir fiziksel engeliniz var mı?		
5. Herhangi bir hastalığınız var mı?		
6. Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?		
7. Çocuk sahibi olmak için herhangi bir tedavi gördünüz mü?		
8. İkiden fazla gebe kaldınız mı?		
9. Daha önceki gebeliklerinizde tansiyon, şeker, erken doğum, iri bebek doğurma gibi riskli bir durum yaşadınız mı?		
10. Gebeliğiniz 12 haftadan/3 aydan büyük mü?		
11. Bu gebeliğinizde şu ana kadar düşük riski, kanama, çoğul gebelik gibi bir durum yaşadınız mı?		
12. Gebelikten önce kilo vermeye yönelik her hangi bir girişimde bulundunuz mu?(Diyet yapma, diyetisyene gitmek gibi)		

Form-2: Tanıtıcı Bilgi Formu

1.Yaşınız .....

2. Remi nikahınız var mı? 1)Evet 2) Hayır

3. Aile tipiniz? 1)Çekirdek Aile 2) Geniş Aile

4. Yaşamınızın büyük çoğunluğunu geçirdiğiniz yer?

1) Kent 2)Kırsal 3)Köy 4)Diğer……

5. Her hangi bir nedenden dolayı uzun dönem yaşadığınız yerden göç ettiniz mi?

1) Evet (Nedeni nedir……)

2) Hayır

6. Eğitim durumunuz nedir?

1) Okur yazar 2) İlkokul 3) Ortaokul mezunu 4) Lise 5) Üniversite

7. Kaç yıl okula gittiniz……..

8. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz?

1) Evet (İşiniz nedir…….....) 2) Hayır

9. Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1) Gelirim giderimden az 2) Gelirim giderime denk 3) Gelirim giderimden fazla

10. Sağlık güvenceniz var mı? 1) Evet 2) Hayır

11. Ailenizde maddi konularda karar veren kişi kimdir?

1) Eşim 2) Ben ve Eşim 3)Diğer……..

12. Sigara içiyor musunuz?

1) Evet (Günde kaç adet……) 2) Hayır

3) Gebelikten önce içiyordum

13. Alkol kullanıyor musunuz?

1) Evet (Günde kaç bardak……) 2) Hayır

3) Gebelikten önce kullanıyordum.

14. Son Adet Tarihiniz:…… Gebelik haftası…….

15. Bu kaçıncı gebeliğiniz……..

(İlk gebelik değilse bir önceki gebelik tarihi ……..)

16. Bu gebeliği planladınız mı?

1) Evet, gebe kalmayı istiyordum

2) Hayır, ileride gebe kalmak isterdim

3) Şimdi ve yakın zamanda gebe olmak istemezdim.

17. Gebeliğinizin ilk izlemi ne zaman ve kim tarafından yapıldı?

(……)

18. Gebelik öncesi dönemde ya da şimdi multivitamin kullanıyor musunuz?

1) Evet (Kullanmaya ne zaman başladınız……., Multivitaminin adı……)

2) Hayır

19. Ailenizde manevi destek aldığınız kişiler kimdir?

1) Eşim 2)Annem 3) Kayınvalide 4)Diğer…….

20. Daha önce bir sağlık personelinden beslenme, egzersiz, stresle baş etme, sağlıklı yaşam biçimi davranışları hakkında eğitim aldınız mı?

1)Evet (Eğitimin konusunu, süresini ve kimden eğitim aldığınızı açıklayınız (……)

2)Hayır

Form-3: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-2

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seceneği 'X' işareti koyarak belirtiniz. Hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, duzenli olarak 4 olarak değerlendirilmektedir.

		Hiçbir zaman	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1.	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2.	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3.	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4.	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5.	Yeterince uyurum				
6.	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7.	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8.	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9.	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10.	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik gibi)				
11.	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12.	Yaşamımım bir amacı olduğuna inanırım				
13.	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14.	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15.	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16.	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla yürürüm)				
17.	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18.	Geleceğe umutla bakarım				
19.	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20.	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21.	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22.	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23.	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24.	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25.	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26.	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				

27.	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28.	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29.	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30.	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31.	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32.	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33.	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34.	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım)				
35.	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36.	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37.	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38.	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez turu gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39.	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40.	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41.	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42.	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43.	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44.	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45.	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46.	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47.	Yorulmaktan kendimi korurum				
48.	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49.	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51.	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52.	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

Form-4: Üç Günlük Besin Tüketim Formu

Değerli Katılımcı,

Bu formu size vermemizdeki amaç, gebelik döneminde beslenme durumunuz hakkında bilgi sahibi olmaktır. Bu forma iki hafta sonu ve bir hafta içi (örneğin pazartesi, çarşamba, cumartesi günleri) olmak üzere üç gün boyunca tüm tükettiğiniz besinleri/yemekleri/içecekleri kaydetmenizi istemekteyiz. Beslenmenizi net olarak değerlendirmemiz için formu aşağıdaki bilgileri dikkate alarak doldurmanızı rica etmekteyiz.

- Formu doldurmakta seçeceğiniz günü siz belirleyebilirsiniz. Ancak bu forma tüm tükettiklerinizi kayıt etmeniz gerektiğinden zamanınızın uygun olduğu ve düzenli kayıt tutabileceğiniz günü seçiniz.
- Besin/yemek miktarını kaydederken ev ölçülerinizi kullanınız (su bardağı, çay bardağı, kahve fincanı, kupa, yemek kaşığı (silme, tepeleme), kepçe, tatlı kaşığı gibi. Besin tüketiminde net miktarları belirlememiz için aşağıdaki resimdeki ölçüleri temel alınız. Örneğin domates resmi sırası ile büyük boy, orta boy, küçük boy. Benzer olarak;
    - Peynir için kibrit kutusu büyüklüğünü
    - Bal, reçel, pekmez için tatlı kaşığı ölçülerini
    - Zeytin, yumurta için tane ifadesini (örneğin 5 adet siyah zeytin)
    - Et için köfte büyüklüğünü (örneğin 2 köfte kadar haşlanmış kırmızı et)
    - Şeker için kesme şeker adetini veya tatlı kaşığı ölçüsünü kullanabilirsiniz.
- Tükettiğiniz besinin/yemeğin adı ve miktarı kadar içinde neler olduğu da önemlidir. Bu nedenle kaydınızı ayrıntılı olarak tutmayı unutmayınız. Örneğin Ayçiçek yağı ile pişirilmiş etsiz taze fasülye yemeği, yarım yağlı bir bardak süt, 1 dilim büyük boy çavdarlı ekmek, 5 yemek kaşığı tereyağlı pirinç pilavı gibi



Kaynak: Rakıcıoğlu N, Tek N, Ayaz A, Pekcan G. Yemek ve Besin Fotograf Kataloğu: Ölçü ve Miktarlar, Ankara, 2006

- Seçtiğiniz günde tükettiğiniz besinleri doğru kaydetmek için tüketim sonrası forma kayıt yapınız. Örneğin, yemekten hemen sonra gibi. Gün sonunda toplu kayıt yapmanız yiyip içtiklerinizde bazılarını unutmanıza yol açabilir.

1. Gün **Tarihi:**

Öğünler	**Besinler veya yemekler**			**İçecekler**		
	Adı	**İçindekiler**	**Miktarı**	**Adı**	**İçindekiler**	**Miktarı**
Sabah Saat:						
Kuşluk Saat:						
Öğle Saat:						
İkindi Saat:						
Akşam Saat:						
Gece Saat:						

2. Gün **Tarihi:**

Öğünler	**Besinler veya yemekler**			**İçecekler**		
	Adı	**İçindekiler**	**Miktarı**	**Adı**	**İçindekiler**	**Miktarı**
Sabah Saat:						
Kuşluk Saat:						
Öğle Saat:						
İkindi Saat:						
Akşam Saat:						
Gece Saat:						

3. Gün **Tarihi:**

Öğünler	**Besinler veya yemekler**			**İçecekler**		
	Adı	**İçindekiler**	**Miktarı**	**Adı**	**İçindekiler**	**Miktarı**
Sabah Saat:						
Kuşluk Saat:						
Öğle Saat:						
İkindi Saat:						
Akşam Saat:						
Gece Saat:						

Form-5: Gebelikte Kilo Alımı İzlem Formu

1. İzlem: Gebeliğin 12.haftadan önce yapılacaktır.

İzlem Tarihi:……..

İzlemin yapıldığı tarihte gebelik haftası:…….

Gebelikten önceki kilo……. Boy……..cm, BKİ…….. kg/m2

2.İzlem: Gebeliğin 12. Haftasının sonunda yapılacaktır.

İzlem Tarihi:……..

Ölçülen Kilo…… kg

Gebeliğin İlk trimesterinin sonunda alınan kilo……..

3.İzlem: Gebeliğin 24.haftasının sonunda yapılacaktır.

İzlem Tarihi:……..

Ölçülen Kilo…… kg,

Gebeliğin ikinci trimesterinin sonunda alınan kilo……..

4.İzlem: Gebeliğin 36. haftasının sonunda yapılacaktır.

İzlem Tarihi:……..

Ölçülen Kilo…… kg,

Gebeliğin üçüncü trimesterinin sonunda alınan kilo……..

5.İzlem: Doğum sonu 42. Günde yapılacaktır.

Gebeliğin sonlanma tarihi:……

Görüşme tarihi:……..

Ölçülen Kilo…… kg,

Gebelik öncesi kiloya göre doğum sonu dönemdeki kilo fazlalığı……

Form-6: Gebelik Sonuçları İzlem Formu

1. Gebeliğinizin sonlanma tarihi (…….)

2. Gebeliğinizde her hangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
   1) Evet (Açıklayınız ……)
   2) Hayır

3. Doğumunuzda her hangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?
   1) Evet (Açıklayınız ……)
   2) Hayır

4. Doğum şekliniz?
   1) Normal doğum 2) Sezeryan 3)Müdahaleli vaginal doğum

5. Nerede doğum yaptınız?
   1) Hastanede (Doğuma yardım eden …… … ,hastanede yatış süreniz.....)
   2) Sağlık personeli ile evde (Doğuma yardım eden……)
   3) Sağlık personeli olmadan evde (Doğuma yardım eden ……..)

6. Bebeğin doğum kilosu……gr, Boyu……..cm, Baş çevresi…….cm

7. Bebeğinizde her hangi bir sağlık sorunu var mı?
   1) Evet (Açıklayınız ……)
   2) Hayır

8. Bebeğiniz doğum sonunda her hangi bir nedenden dolayı yoğun bakıma yattı mı?
   1) Evet (Nedenini açıklayınız……)
   2) Hayır

9. Yeni doğan sarılığı nedeniyle tedavi aldı mı?
   1) Evet 2) Hayır

10. Bebeğinizi emziriyor musunuz?
    1) Evet, sadece anne sütü veriyorum
    2) Hayır, hiç emzirmedim
    3) Anne sütü ve formül mama ile besliyorum.
    4) Bir süre emzirdim ama şimdi emzirmiyorum

EKLER

Ek-1: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği Kullanım İzinleri



Özlem Serin Aşcı <asci.s.ozlem@gmail.com>

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II kullanımı için izin isteği
2 ileti

Özlem Serin Aşcı <asci.s.ozlem@gmail.com> **20 Mayıs 2011 14:41**

Kime: zuhal.bahar@deu.edu.tr

Sayın Bahar,

İstanbul Üniveristesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim dalı doktora programı öğrencisiyim.

Doktora tezimde, gebe kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmek amacıyla eğitim ve danışmanlık hizmetlerinden oluşan bir program oluşturup bu programın uzun ve kısa dönemde kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini araştırmayı planlıyorum.

Tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gülay Rathfisch ile birlikte programın sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına olan etkisini değerlendirmek için Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeğini kullanmak istiyoruz. Türkçe'ye uyarlanmasına yönelik geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yaptığınız Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II ölçeğini kullanmak için izninizi rica etmekteyiz.

İlginize teşekkür ederiz, saygılarımızla.

Zuhal bahar <zuhal.bahar@deu.edu.tr> **20 Mayıs 2011 14:57**

Kime: Özlem Serin Aşcı <asci.s.ozlem@gmail.com>

Cc: Ayşe Beşer <ayse.beser@deu.edu.tr>

SayınAşcı,

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları-II adlı ölçeğimizi sonuçları bizimle paylaşmak koşulu ile kullanabilirsiniz.Kolay gelsin

Hoşcakalın

Zuhal Bahar

[Alıntılanan metin gizlendi]

---------- Forwarded message ----------
From: **Susan Noble Walker** <swalker@unmc.edu>
Date: 2011/5/18
Subject: Re: Health Promoting Lifestyle Profile
To: misscollster@gmail.com

Good morning

I am pleased to help you.

The HPLPII and supporting information (including permission, reference list, scoring and conditions of use) can be downloaded from my faculty profile page at www.unmc.edu/nursing. To save you time, this link should connect you directly to my profile page on the UNMC Web site:

http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/view_profile.cfm?lev1=facstf&lev2=fac&lev3=facswalker&PubStat=(none)&web=pub

Best wishes with your research,

Susan

Susan Noble Walker, EdD, RN, FAAN
Professor Emeritus
University of Nebraska Medical Center, College of Nursing

Contact address:
38 Cottage Cove
Plymouth, MA 02360
Phone: (508) 209-0662
E-mail: swalker@unmc.edu

This communication is intended only for the use of the individual or entity to which it is addressed and may contain information that is privileged and confidential. If you are not the intended recipient, or the employee or agent responsible for delivering the communication to the intended recipient, you have received this communication in error and are prohibited from reading, printing, or disclosing any of the information contained in it. If you have received this communication in error, please notify the sender immediately to arrange for the return or destruction of these documents.

-----misscollster@gmail.com wrote: -----

To: swalker@unmc.edu
From: misscollster@gmail.com
Date: 05/17/2011 02:15PM
Subject: Health Promoting Lifestyle Profile

Dear Walker

I am a graduate in Institute of Health Sciences in Turkey; Istanbul University, Florence Nightingale School of Nursing. I am planning to work about promoting healthy lifestyle behaviours in pregnancy for my thesis with Gulay Rantfish. We are going to improve a program that is included health counseling and education for pregnant women. We are going to investigate the effect of this program on lifestyle behaviours of pregnant women in experimental design.

I would like to ask your permission to use Health Promoting Lifestyle Profile to evaluate the healthy lifestyle behaviour of pregnant women.

With best regards

Ek-2: Gebe Kadınlarda Sağlığı Geliştirme Programı

	Programın zamanı	**Programın İçeriği**	**Süre/dakika**
Gebelik ve Bakım	**12-15 Gebelik Haftası**	Kadın üreme sistemi ve fizyolojisi	2
		Gebeliğin oluşumu ve süresi	2
		Gebelikle birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, etkileri ve bakım	10
		Gebelikte günlük yaşam aktiviteleri ve bakım	10
		Gebelik döneminde dikkat edilmesi gerekenler	5
		Gebelikte tehlike belirtileri	3
		Gebelik izlemleri ve kapsamı	5
		Gebelik ve bakım görüşmesinin değerlendirilmesi, olumlu davranış değişikliği hedeflerinin belirlenmesi ve soruların yanıtlanması	5
		Gebelik ve bakıma ilişkin yazılı eğitim materyali tanıtma ve verme	3
			Toplam süre: 45 dakika
	Programın zamanı	**Programın İçeriği**	**Süre/dakika**
Gebelikte Fiziksel aktivite	**16-18 Gebelik haftası**	Gebelikte egzersizin yararları ve dikkat edilmesi gerekenler	5
		Gebe kadınların günlük yaşamda dikkat etmesi gereken duruş, hareket ve diğer önlemler	5
		Solunum ve gevşeme egzersizlerinin gösterilip yaptırılması	10
		Gebe kadınlarda önerilen egzersiz türleri ve aktif yaşam biçimi önerileri	5
		Fiziksel aktivite esnasında nabız ve kalp atışlarının kontrolünün öğretilmesi	5
		Germe ve güçlendirme egzersizlerinin gösterilip yaptırılması	20
		Gebelikte egzersiz görüşmesinin değerlendirilmesi, davranış değişikliği hedeflerinin belirlenmesi ve soruların yanıtlanması	10
			Toplam süre: 60 dakika
	Programın zamanı	**Programın İçeriği**	**Süre/dakika**
Gebelikte beslenme ve kilo alımı	**20-24. Gebelik haftası**	Gebelikte yeterli ve dengeli beslenmenin önemi	5
		Gebelikte beslenmeye bağlı görülen sağlık sorunları	10
		Gebelikte önerilen kilo alımı	5
		Gebelikte bireysel kilo alımının hesaplanması	5
		Gebelikte artan enerji ve besin öğeleri gereksinimi	15
		Gebelikte tüketilmesi gereken besinler, miktarları ve tüketimde dikkat edilecek noktalar	5
		Bireysel enerji ve besin alımının değerlendirilmesi	5
		Gebelikte beslenme ve kilo alımı görüşmesinin değerlendirilmesi, davranış değişikliği hedeflerinin belirlenmesi ve soruların yanıtlanması	10
			Toplam süre: 60 dakika

Ek-3: Gebelikte Bakım Rehberi



KADIN ÜREME ORGANLARI

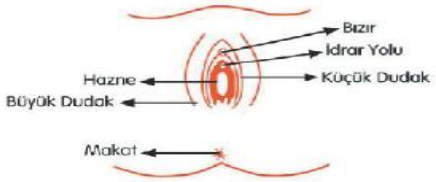
Kadın üreme organlarının büyük kısmı vücut içinde yer alır. Organların dışardan görülebilen bölümleri büyük dudaklar, küçük dudaklar, bızır ve hazne açıklığıdır.

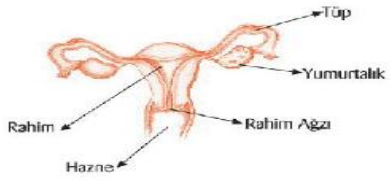
Hazne: Cinsel ilişkinin gerçekleştiği, adet kanının dışarı aktığı, normal doğumda bebeğin geçtiği organdır.

Rahim: Her ay gebelik için hazırlanır, gebelik oluşmadığında iç yüzeyi soyularak adet kanaması olarak dışarı atılır. Gebelik oluştuğunda bebek burada gelişir.

Tüpler: Yumurtalıklardan atılan yumurtayı içine alır. Döllenme burada olur ve döllenmiş yumurta tüpler sayesinde rahme taşınır.

Yumurtalıklar: Kadının yumurta hücreleri burada bulunur. Bu hücrelerden her ay biri olgunlaşıp tüplere gönderilir. Ayrıca kadınlık hormonları burada üretilir.





Doğum ağrısı ile baş edebilirsiniz

- Ağrı odasında, hekim izin veriyorsa ayağa kalkıp dolaşınız.
- Elinizi ve yüzünüzü yıkayabilirsiniz.
- Ağrılar geldiğinde, karın ve belinize masaj yapınız.
- Ağrı anında, burundan nefes alıp, sıcak yemeği üfler gibi dudaklarınızı büzerek nefes veriniz.
- Ağrılar geçtiğinde, derin derin soluk alıp veriniz.
- Ağrı odasında bebeğinizi ve onu emzirdiğinizi hayal ediniz.
- Ağrılar ve kasılmalar sıklaştığında, sık sık ağızdan nefes alıp ağızdan üfleyiniz.
- Ağrı anında, güç almak için eliniz ile yatak kenarlıklarını sıkınız.
- Hekimin size söylediği zaman ıkınmaya başlayınız. Yanlış zamanda ıkınmak bebeğe zarar verebilir.

Normal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryenden sonra en az 48 saat hastanede gözetimde kalınmalıdır.

AİLE HEKİMİ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

DOĞUM



Hekim tarafından zorunlu görülmedikçe normal doğumu tercih ediniz

Doğumun Başlangıç Belirtileri

- Doğum ağrısının başlaması ve ağrıların 5-10 dakikada bir gelmesi.
- Hazneden akıntıyla karışık pembe kan gelmesi.
- Hazneden su gelmesi.



Gebeliğin son döneminde doğum yeri ve şekli belirlenmelidir. Doğum mutlaka bir sağlık kuruluşunda yapılmalıdır.

ADET GÖRME VE GEBELİĞİN OLUŞMASI

Kadın, ergenlik döneminden menopoza kadar her ay düzenli olarak bir defa yumurtlar. Her ay hormonların etkisiyle rahim iç yüzeyi kalınlaşarak gebelik için hazırlanır.



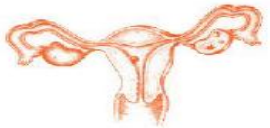
Döllenme olmamış ise, rahim iç yüzeyi soyulur ve adet adet kanı biçiminde hazneden dışarı atılır.



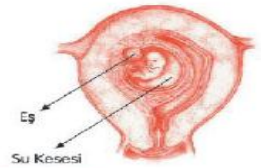
Cinsel ilişki kadının yumurtlama döneminde gerçekleşmiş ise; tüplerdeki yumurta sperm tarafından döllenir.



Döllenmiş yumurta, tüplerde ilerleyerek rahim içindeki hazırlanmış tabakaya yerleşir ve gelişmeye başlar. Artık gebelik oluşmuştur.



Bebek ile birlikte, su kesesi ve eş gelişmeye başlar. Normal bir gebelik, 40 hafta / 9,5-10 ay sürer.



Bebeğin cinsiyetini babanın spermi belirler

GEBELİKTE OLUŞAN DEĞİŞİKLİKLER



- Diş eti hassasiyeti, fırçalandığında kanama
- Hazımsızlık
- Kabızlık
- Bulantı-kusma
- Memelerde büyüme ve gerginlik
- Meme uçları ve çevresinde renk koyulaşması
- Süt yapımının başlaması
- İdrar miktarında artış, ilk ve son aylarda sık idrara çıkma
- Çarpıntı ve baygınlık hissi
- Hareketle nefes nefese kalma.
- Rahim ağzında nişan-iz oluşması
- Adet görmeme
- Haznede akıntı artışı
- Kansızlık / Anemi
- Ciltte çatlaklar, lekelenmeler, kuruluk
- Şeker hastalığına yatkınlık
- 9-12 kiloluk artış
- İçe kapanma, duygusallaşma
- Cinsel istekte azalma veya artma

GEBELİK KONTROLLERİ

Gebelikte en az 4 kez sağlık kontrolüne gidilmelidir.
Kontroller;

- ✓ İlk 14 hafta içinde.
- ✓ 18-24. (tercihen 20-22.) haftalar arası.
- ✓ 30-32. haftalar arası.
- ✓ 36-38. haftalar arasında yapılmalıdır. Her hangi bir risk durumunda daha sık kontrole gidilmelidir.
- ✓ Gebelik sırasında gebeliğin seyri, doğum ve doğum sonrası dönemler konusunda sağlık personelinden danışmanlık alınmalı, doğuma hazır ve bilgili olarak gidilmelidir. Bu konularda, yaşanacak süreçlerle ile ilgili eş ve diğer aile bireyleri (kayınvalide, kayınpeder, kardeşler vb) de bilgilendirilmeli, anne adayına destek olmalıdırlar.



Doğum Çantanıza Koymanız Gerekenler:

Kendiniz için;
Gecelik ya da pijama, pamuklu kısa çorap, yedek iç çamaşırı, sutyen, havlu, sabun, diş fırçası, kolonya, kağıt peçete, hazır ped, temiz bez, bardak, kaşık, meyve suyu, süt, terlik.

Bebek için;
Zıbın, tanila, patiksiz pijama ya da tulum, çorap, başlık, eldiven, pamuklu örtü, hafif battaniye, hazır çocuk bezi.

GEBELİKTE TEHLİKE BELİRTİLERİ



Bu belirtilerden herhangi biri görüldüğünde, anne ve bebeğin sağlığı için acilen hastaneye başvurulmalıdır

12

GEBELİKTE BAKIM

Beslenme

Öğün atlamadan az miktarlarda, sık aralıklarla her türlü besinden yenmelidir.

- Kırmızı et, tavuk, balık, yumurta ve nohut, fasulye, mercimek gibi yiyeceklerden hergün 2 öğün yenmelidir.
- Süt, peynir, yoğurt, ayran gibi yiyecekler kemikleri güçlendirdiğinden her gün 2 öğün yenmelidir.
- Ekmek, bulgur, makarna, pirinç, farhana gibi yiyecekler her öğünde az miktarda yenmelidir.
- Sebze ve meyveler iyi temizlenerek bol bol tüketilmelidir.
- Günde 10-15 bardak su içilmelidir.
- Et, balık, tavuk, yumurta, karaciğer, dalak, ceviz, üzüm, pekmez, kayısı, kurufasulye, nohut, mercimek gibi besinler daha fazla alınmalıdır.
- Anne ve bebeğin sağlığı için iyotlu tuz kullanılmalıdır.
- Çay ve kahve gibi içecekler az içilmelidir.
- Sadece hamur işiyle beslenmek sakıncalıdır.
- Turşu, tuzlama, salamura gibi ürünlerden uzak durulmalıdır.
- Oruç tutmak bebeğin ve annenin sağlığını tehlikeye sokar.



05

GEBELİKTE BAKIM

Çalışma Durumu

- Uzun süre ayakta durmak ve ayakları sarkıtarak oturmak sakıncalıdır.
- Çamaşır yıkamak, ekmek pişirmek gibi uzun süre çömelerek yapılan işler tehlikelidir.
- Odun, su taşımak gibi ağır işler yapılmamalıdır.



Kişisel Temizlik

- Sık sık ve ılık su ile banyo yapılmalıdır.
- Cilt kuruluğu, kaşıntı ve çatlaklara karşı banyodan sonra vazelin, zeytinyağı gibi maddeler kullanılmalıdır.
- Gebelikte artmış olan hazne akıntısının olumsuz etkilerini gidermek için beyaz pamuklu iç çamaşırı giyilmeli, sık sık değiştirilmeli ve tuvalet temizliği önden arkaya doğru yapılmalıdır.
- Hazneye pamuk, bez gibi maddeler konulmamalıdır.
- Dişler, her yemekten sonra ve yatmadan önce yumuşak bir diş fırçası ile fırçalanmalıdır.



Giyim

- Giysiler, büyüyen beden ölçülerine uygun olarak seçilmelidir.
- Sıkı kemer, dar etek ve diz altı çoraplardan kaçınılmalıdır.
- Destekleyici sutyen kullanılmalıdır.
- Ayakkabılar geniş ve alçak topuklu olmalıdır.

ÖNEMLİ UYARILAR!

- Gebelikte ve emzirme sırasında sigara kullanmayınız, sigara içilen ortamlarda bulunmayınız.
- Aşırı tuzlu (tuzlama, salamura,turşu) yiyeceklerden kaçınınız, yemeklerde iyotlu tuz kullanınız.
- Yemeğe başlamadan önce mutlaka ellerinizi yıkayınız.
- Kızamık,sarılık, suçiçeği gibi bulaşıcı hastalık geçiren insanlardan uzak durunuz.





- Et ve dondurulmuş yiyecekleri tam olarak pişiriniz.
- Çiğ et, çiğ köfte ve çiğ yumurta yemeyiniz.
- Bahçe, toprak ve hayvan ile uğraştıktan sonra ellerinizi yıkayınız.
- Düşüğe neden olabileceği için kedi pisliğinden uzak durunuz.

Gebelikte tansiyon ölçümü düzenli şekilde yapılmalı ve yüksek tansiyon durumunda sağlık kurumuna başvurulmalıdır

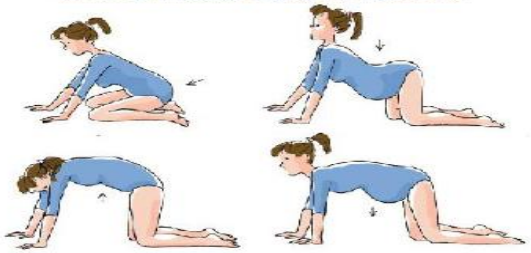
GEBELİKTE BEDEN HAREKETLERİ

- Gebelikte her gün temiz havada en az 1 saat yürüyüş yapılmalıdır.
- Gebelikte 5. aydan itibaren doktor tarafından bir yasaklama getirilmedikçe her gün 10-15 dakika beden hareketleri yapılmalıdır.

Doğru duruş pozisyonu



Bel ve karın kaslarını çalıştıran hareketler



Bel kaslarını çalıştıran hareket



Taban kaslarını güçlendiren hareketler



Bağdaş Kurma



Çömelme



Taban kaslarını kasıp - gevşeten hareket

GEBELİKTE ÖNERİLER

Bulantı

- Bulantıya neden olan yiyeceklerden kaçınılmalı
- Bulantıyı bastırmak için tuzlu bir şeyler yenmeli
- Sık sık, az miktarlarda yenmeli
- Ilık yiyeceklerden kaçınılmalı
- Katı ve sulu yiyecekler aynı anda alınmamalıdır.



Mide yanması

- Sık sık, az miktarlarda yenmeli
- Yağlı ve gaz yapıcı yiyeceklerden kaçınılmalı
- Yemeklerden hemen sonra yatılmamalı ve eğilerek iş yapılmamalı
- Bol su içilmeli
- Yiyecekler yavaş ve iyi çiğnenmeli
- Yüksek yastıkla yatılmalı
- Yatmadan önce ılık süt içilmeli
- Sorun geçmiyor ise sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.



Basur

- Kabızlık önlenmelidir. Bunun için bol su içmek, sebze meyve yemek ve yürüyüş yapmak yararlı olur.
- Sorun geçmiyor ise sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.



Varisler

- Bacakları sıkan çorap giymemeli
- Uzun süre ayakta durulmamalı
- Kısa topuklu ayakkabı giyilmeli
- Dinlenirken ayaklar yükseltilmeli
- Gerektiğinde varis çorabı kullanılmalıdır.



Kansızlık

- Hekim tarafından verilen demir ilaçları düzenli kullanılmalıdır.
- Et, balık, yumurta, nohut gibi yiyecekler yenmelidir.
- Demir hapları süt/süt ürünleri ve çay-kahve ile aynı zamanda alınmamalıdır.



Uyku ve Dinlenme

- Gece uykusu dışında gündüzleri de yarım saat dinlenilmelidir.
- En uygun uyku şekli, sol yan tarafa dönük üst bacak hafif kıvrılmış olmalıdır.
- Bel ve sırt ağrıları için sert yatak tercih edilmelidir.
- Oturarak çalışan gebeler, ayaklarını bir tabureye yükselterek oturmalı ve belirli aralıklarla ayağa kalkıp dolaşmalıdır.
- Ayakta çalışanlarda sabit kalmamalı ve bacaklarını hareket ettirmelidir.



Bacak Krampları

- Her gün yeterli süt, peynir ve yeşil sebze alınmalıdır.
- Bacaklar sıcak tutulmalıdır.
- Yatmadan önce ılık su ile yıkanmalıdır.
- Sık sık hareket etmelidir.
- Bir el ile dize bastırılıp, diğer el ile ayak parmakları bacağa doğru çekilerek masaj yapılmalıdır.
- Kısa, geniş topuklu ayakkabı giyilmelidir.

Duygusal değişiklikler

- Duygusal olma, ağlama isteği, içe kapanıklık, çabuk sinirlenme, ilgi görme isteği gebelikte tamamen normal bir durumdur.
- Düzenli uyku, ılık su ile yıkanma, açık havada yürüyüş sıkıntıyı hafifletir.
- Yaşanan duyguları eş ve diğer aile üyeleriyle paylaşım yararlı olur.
- Gazete okumak, elişi yapmak, sohbet etmek gibi uğraşlar sıkıntıları hafifletir.

Cinsellik

- Gebelikte hekim herhangi bir yasaklama getirmediyse cinsel yaşam devam edebilir.
- Cinsel ilişkide kadının rahat edebileceği pozisyonlar seçilmelidir.

Kilo Alımı

- Bebeğin büyümesi ile birlikte gebede 9-10 kiloluk artış olur.
- En fazla son 3 ayda alınır. Fazla kilo alımı anne ve bebek sağlığı açısından tehlikelidir. Düzenli olarak her ay kilo takibi yapılmalıdır.

İlaç kullanımı



- Gebeliğin 4. ayından sonra ve doğum sonrası 3 ay boyunca kan yapıcı demir hapı kullanılmalıdır. Demir hapı için sağlık ocaklarına başvurulmalıdır.
- Gebelikten 2-3 ay önce başlayarak gebeliğin 3. ayı sonuna kadar folik asit kullanılmalıdır.
- Gebeliğin 12. haftasından sonra günde 9 damla D Vitamini desteği alınmalıdır.



- Gebeliğin 4. ayından itibaren tetanos aşısı yapılır.
- Gebelikte hekimin önermediği hiçbir ilaç kullanılmamalıdır.
- Başka bir şikayetle sağlık kuruluşuna gidildiğinde gebelik durumu söylenmelidir.
- Radyolojik tetkiklerin yaptırılması gerektiğinde hekime gebe olunduğu bildirilmelidir.

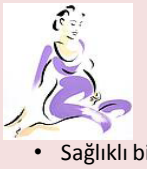
Bebek Hareketlerini İzleme

- Bebek hareketleri, gebeliğin 4,5-5. ayından itibaren hissedilir.
- Bebeğin rahim içinde uyku ve uyanıklık dönemleri vardır. Uykuda iken az oynar ya da hiç oynamaz. Bu nedenle bazen bebeğin hareketsiz olması normaldir.
- Bebek hareketleri, gebe tarafından her akşam veya 2 günde bir yemek sonrası, istirahat halindeyken izlenmelidir. Hareketlerde herhangi bir farklılık (artma veya azalma) gözlenmişse sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır. Bebek bir günde en az 10 defa hareket etmelidir.

Ek-4: Gebelikte Fiziksel Aktivite, Beslenme ve Kilo Alımı Hakkındaki Programın Slayt Notları

Gebelikte beslenme ve kilo alımı





- Sağlıklı bir bebeğin dünyaya gelişini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır.
- Yaşınızla ilgili bazı özellikleri ve kalıtımsal faktörleri kontrol edemezsiniz.
- Ancak gebeliğiniz süresince yeterli ve dengeli beslenerek ve gebeliği olumsuz etkilediği bilinen bazı risk faktörlerinden (alkol, sigara, ilaç kullanımı, vb..) kaçınarak sağlıklı bebekler dünyaya getirebilirsiniz.

Bebeğinizin ve Sizin Sağlığınızın Temel Taşlarından Birisi Yeterli ve Dengeli Beslenmedir.



GEBELİKTE BESLENME NEDEN ÖNEMLİDİR?

- Gebelikte vücudunuzda, yeni bir canlının (bebeğin) oluşması ve büyümesi ile bazı değişiklikler izlenir.
- Oluşan bu değişikliklerle birlikte hem sizin hem de bebeğinizin gereksinmelerini karşılayabilmek için bu dönemde beslenmenize özen göstermeniz gerekmektedir.



- Kendi fizyolojik gereksinmelerinizi (enerji ve besin öğelerini) karşılamak,
- Vücudunuzdaki depoları (besin öğeleri yedeğini) dengede tutmak,
- Bebeğinizin sağlıklı büyüyüp ve gelişmesini sağlamak,
- Emzirmeye hazırlık için salgılanacak sütün enerji ve besin öğelerini karşılamak için



YETERLİ VE DENGELİ BESLENMENİZ GEREKMEKTEDİR

Gebelik Süresince Eğer Yetersiz ve Dengesiz Beslenilirse;

- ✓ Zamanından önce, erken doğum
- ✓ Düşük doğum ağırlıklı bebek (doğum ağırlığı 2500g'ın altında olanlar)
- ✓ Bedensel ve zihinsel gelişimi yetersiz bebek doğumları
- ✓ Ölü doğumlar görülebilir.

GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI



Kansızlık (Anemi)

- Gebelikte artan demir gereksinmesinin karşılanamaması ve gebeliğin dolaşımınıza etkisi kansızlığın en önemli nedenidir.
- Gebelik döneminde görülürse çarpıntı, yorgunluk, baş dönmesi, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve hatta bebek ölümlerine neden olabilmektedir.
- Gebelikteki demir ihtiyacını karşılamak için besinlerle yeterli miktarda demir alımı zor olabilir.

GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

- Bu nedenle, doktorunuz ve diyetisyeniniz demirden zengin bir diyete (kırmızı et, kümes hayvanları, kuru baklagiller, tam tahıl ve zenginleştirilmiş tahıl ürünleri gibi demirden zengin besinler) ek olarak demir ilaçları önerebilir.
- Bu ilaçların aç karnına veya taze meyve suları ile birlikte alınması demirin vücutta kullanımını artırmaktadır.

GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

- Ayrıca her öğünde sebze ve meyve gibi C vitamini kaynağı besinlerin tüketilmesi, besinlerde bulunan demirin vücutta emilmesine yardımcı olur.
- Yemeklerle birlikte çay ve kahve alımının demir emilimini azaltarak kansızlığa neden olduğunu unutmayınız.



GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

- **Ödem**

Özellikle gebeliğin son üç ayında görülen ödem doğal bir olay olmasına karşın ödemin vücuttaki miktarı ve yaygınlığı önemlidir.

Takip veya tedavi edilmeyen ödem hem annenin hem de bebeğin yaşamını tehlikeye sokar ve bu durum gebeliğin sonlarına doğru daha da tehlikeli olabilir.

GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI



- **Kemik dokusu harabiyeti**

Gebelikte, kemik dokusunun yapımı ve sağlığı için gerekli olan kalsiyum, fosfor gibi minerallerin yetersiz tüketimi ve D vitamini kaynağı olan güneş ışınlarından yeterli düzeyde yararlanamama kemiklerinin yumuşamasına ve kemik dokusunun bozulmasına neden olur.

Gebelik süresince besinlerden yeterli miktarda kalsiyum almanız bebeğinizin iskelet yapısının gelişmesine ve sizin kemik kitlesinizin korunmasına yardımcı olacaktır.



GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

- **Gebelik zehirlenmesi (toksemi)**

Yetersiz beslenmenin de içinde bulunduğu birçok nedene bağlı olarak gebeliğin son döneminde, kan basıncının (hipertansiyon) artması, idrarla protein kaybı sonucu el ve ayaklarda ağır ödemlerle ortaya çıkmaktadır.

Plasenta dolaşımı iyi olmadığı için bebek iyi beslenemez, bebek ölümleri görülebilir.

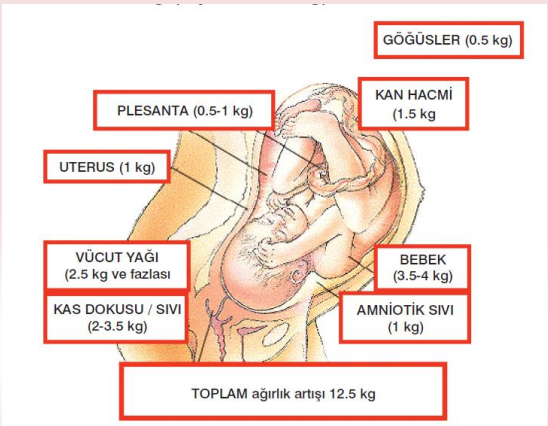
GEBELİKTE BESLENMEYE BAĞLI GÖRÜLEBİLEN SAĞLIK SORUNLARI

- Kansızlık
- Kemik dokusu bozuklukları
- Gebelik zehirlenmesi
- Ödem
- Ağırlık kazanımının yetersiz olması ile birlikte bebek ve anne sağlığının bozulması
- Anne ve bebek ölümleri
- Prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumları
- Bebekte zihinsel ve fiziksel gelişim bozuklukları

GEBELİKTE KİLO ALIMI

Günümüzde normal kiloda gebeliğe başlayan bir kadın için gebelikte **11.5-16kg** olması önerilmektedir.





- Gebelik süresince uygun ağırlık kazanımı önemlidir. Çünkü bebeğinizin doğum ağırlığı sizin gebeliğiniz boyunca ağırlık kazanımınıza bağlıdır.
- Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme şansını artırmaktadır.
- Normal ağırlık kazanımı olan kadınlar, çok veya az ağırlık kazanımı olan kadınlardan genellikle daha az probleme sahiptir.

GEBELİKTE DÜŞÜK KİLO ALIMI

- Ayına göre düşük kilolu bebek doğurma
- Artmış anne ve bebek ölüm oranlarına neden olur.



GEBELİKTE YÜKSEK KİLO ALIMI

- Sağlıksız ve kilolu,
- Yoğun bakıma ihtiyaçta olan
- Kan şekeri düşük bebek doğurmaya neden olabilir.

Bununla birlikte

- Annede ve bebekte enfeksiyon
- Annede gebeliğe bağlı şeker hastalığı (diabet)
- Sezaryen ve doğum ve doğum sonu sorunlar
- Emzirme problemleri görülebilir.



Sizin ve bebeğiniz sağlığı için uygun olan kilo artışı nedir?

GEBELİKTE ARTAN ENERJİ VE BESİN ÖĞELERİ GEREKSİNMELERİ

- Gebelik öncesi ağırlığı sürdürmek için günlük 2000-2200 kaloriye ihtiyacınız vardır.
- İlk 3 aydan sonra, sağlıklı bir bebeğin gelişimi için günlük 300 kalori civarında fazladan enerji alınmalıdır.

Buna göre:

Gebelik öncesi ağırlığınız normalse,

- 1-3 ay normal ihtiyacınıza 150 kalori,
- 4-9 ay 300 kalori ek yapılır.
- Gebelik öncesi şişmansanız enerji eklemesi yapılmaz, gereksiniminiz kadar verilir.

Gebelik diyet yapılacak bir dönem değildir.





Gebeliğin 4. ayından sonra annenin zayıflatılması sakıncalıdır.

Gebe kadınlar için gerekli günlük besin tüketimi

Besin Grupları	Miktar
Süt, yoğurt	2 su bardağı (400-500ml)
Peynir	2 kibrit kutusu kadar (60gr)
Et, tavuk,balık	3-4 posiyon
Yumurta, kuru baklagiller	1 porsiyon
Taze sebze ve meyveler	5-7 porsiyon
Ekmek	4-6 dilim
Pirinç, bulgur, makarna vb	Hiç veya 2-3 porsiyon



Gebelik Döneminde Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinmeleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Normal Kadın	Gebe Kadın
Enerji (kal/gün)	2000-2100	2150-2400
Protein (g/kg)	0.8-1.0	1.1-1.4
Kalsiyum (mg/gün)	1000	1300
Demir (mg/gün)	18	27
Çinko (mg/gün)	10	15
İyot (mcg/gün)	150	220
A vitamini (mcg/gün)	700	770

Gebelik Döneminde Enerji ve Besin Öğeleri Gereksinmeleri

Enerji ve Besin Öğeleri	Normal Kadın	Gebe Kadın
D vitamini (mcg/gün)	10	10
E vitamini (mcg/gün)	15	15
K vitamini (mcg/gün)	90	90
C vitamini (mg/gün)	90	90
B_1 vitamini (mg/gün)	1.1	1.4
B_2 vitamini (mg/gün)	1.1	1.4
B_6 vitamini (mg/gün)	1.3	1.9
B_{12} vitamini (mcg/gün)	2.4	2.6
Niasin (mg/gün)	14	18
Folik asit (mcg/gün)	400	600

Yaygın Vitamin ve Mineral Kaynakları

Vitamin A	Karaciğer, yağsız-az yağlı süt, yumurta, tereyağı, balık yağı, yeşil yapraklı sebzeler, sarı,turuncu-yeşil meyve ve sebzeler.
Vitamin B_6	Tavuk, balık Karaciğer, yumurta, yer fıstığı, kepek
Vitamin B_{12}	Yumurta, et, süt-süt ürünleri
Vitamin B_1	Kepekli-zenginleştirilmiş tahıl ürünleri, et baklagiller, mısır, bezelye, fındık, mayalı ürünler, yağlı tohumlar.
Vitamin B_2	Süt ürünleri, et, kümes hayvanları, balık, zenginleştirilmiş (kepeksiz) ekmek çeşitleri, yeşil sebzeler (brokoli, pazı, ıspanak)
Vitamin B_3	Et, baklagiller, zenginleştirilmiş tahıl
Folat	Yeşil yapraklı sebzeler, kuşkonmaz, yeşil fasülye, meyveler, kepekli tahıllar, karaciğer, baklagiller, mayalı ürünler
Demir	Et, tavuk, balık, karaciğer, baklagiller, yeşil yapraklı sebzeler, tahıllar, fındık, yumurta, kuru meyveler, pekmez.
Kalsiyum	Süt-süt ürünleri, deniz ürünleri, yeşil yapraklı sebzeler, baklagiller, fındık kuru meyveler, pekmez
Çinko	Et, balık, yumurta, baklagiller, yoğurt, kepek, kümes hayvanları
Magnezyum	Fındık, baklagiller, kepek, yeşil sebzeler, ceviz fıstık, yağlı tohumlar bütün sebzelerde bir miktar bulunur.

Gebelik döneminde normal zamanda yenilene ek olarak tüketmesi gereken besinler, miktarları ve beslenme ilkeleri şunlardır:

- Bir su bardağı kadar süt veya yoğurt veya 2-3 kibrit kutusu kadar peynir veya 1-2 kaşık çökelek . Süt veya yoğurt çorbalar içinde de (sütlü çorba, yoğurtlu çorba) tüketilebilir.
- Bir adet yumurta veya yumurta kadar et, tavuk, balık. Bu besinler tüketilemiyorsa kurubaklagil yemekleri, mercimekli veya nohutlu çorbalar tüketilebilir.
- Yemeklerle birlikte C vitamininden zengin sebzeler (maydanoz, kıvırcık, lahana, biber, domates, karnabahar vb.) meyveler (kuşburnu, portakal, mandalina, elma, şeftali vb.) ve taze meyve suları tüketilmelidir.



Gebe Kadınlar İçin Gerekli Günlük Besin Tüketim Miktarları



Besin Grupları	Miktar
Süt, yoğurt	2 su bardağı (400-500ml)
Peynir	2 kibrit kutusu kadar (60 g)
Et, tavuk, balık	3-4 porsiyon
Yumurta, kuru baklagiller	1 porsiyon
Taze sebze ve meyveler	5-7 porsiyon
Tahıllar	
Ekmek	4-6 dilim
Pirinç, bulgur, makarna vb	Hiç veya 2-3 porsiyon

Yemeklerle birlikte C vitamininden zengin sebzeler (maydanoz, kıvırcık, lahana, biber, domates, karnabahar vb.) meyveler (kuşburnu, por-takal, mandalina, elma, şeftali vb.) ve taze meyve suları tüketilmelidir.



Sebzelerin ve kuru baklagillerin haşlama sularının dökülmesi vitamin ve mineral kayıplarına neden olacağı için haşlama suları dökülmemelidir.

Yemeklerde itotlu tuz kullanılmalıdır. Yüksek tansiyon (hipertansiyon) varsa yemekler tuzsuz veya az tuzlu pişirilmelidir.

Yemekler azar azar ve sık sık tüketilmelidir.

Satın alınırken taze besinler tercih edilmelidir. Konserve, beklemiş besinler ve hazır besinler yerine taze ve doğal besinlerin tüketilmesine özen gösterilmelidir.



Besin çeşitliliğine önem verilmelidir. Bu şekilde birçok vitamin ve mineralin vücuda alınması mümkün olacaktır.

Sıvı alımı asla ihmal edilmemeli, günde en az 8-10 bardak su içilmelidir. Özellikle kabızlık şikayeti varsa bol su içerek, kabuğu ile yenen meyveleri tüketerek, her öğünde sebze ile salataya yer vererek ve yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilebilir.



Siz bebeğinizin sağlığı için nasıl besleniyorsunuz?



GEBELİKTE FİZİKSEL AKTİVİTE



Fiziksel Aktivite ile İlgili Tanımlar

- **Fiziksel aktivite:** Enerji harcamasıyla sonuçlanan tüm bedensel hareketlerdir (ev işleri, alışveriş gibi günlük rutin aktiviteler),
- **Egzersiz:** Zindeliği ve sağlığı geliştirmek için özel olarak tasarlanmış planlı ve yapısal tekrarlayıcı belirli bir süre devam eden hareketlerdir.
- **Spor:** Kişinin kendi kendisini ya da rakibini aşmasını hedefleyen, rekabet içeren, belirli kurallarla sınırlanan, bireysel veya takım olarak yapılan kurallarla yönetilen fiziksel aktivitelerdir.

GEBELİKTE FİZİKSEL AKTİVİTELER VE DURUŞ KONUSUNDA BİLİNMESİ GEREKENLER



Dik Durma:

- Gebelik süresince dik oturmaya / yürümeye çalışın ve sırtınıza fazla yük bindirmeye özen gösterilmelidir.
- Sırt ağrılarının önlenmesinde dik duruşun çok önemli bir yeri vardır.





Eşya Taşıma: Gebe, yerden birşey kaldırırken dizleri büküp sırtı dik tutmaya çalışılmalı,

Yüksek bir yerden eşya indirmeye çalışmamalı, Ağır kaldırmamalı ve belini korumalıdır.





Nasıl İş Yapmalı?

- Gebe yere yakın çalışmaya özen göstermeli,
- Ayakta iken belini bükerek öne eğilmek yerine, dizlerinin üzerine oturarak , çömelerek ev işlerinizi yapmalıdır.



Nasıl Yatmalı?

- Gebeliğin sonlarına doğru bir bacağını küçük yastıklarla destekleyerek yatması gebeye önerilir
- Başın altına çok fazla yastık koyulmaz.
- Son aylarda sırtüstü düz yatılmaz, bu şekilde yatış bebeğe giden kanı, dolayısıyla oksijeni azaltır.
- Bunun yerine sol yan pozisyon tercih edilmelidir

GEBELİKTE EGZERSİZ

- Gebelik döneminde fazla kilo alımı ve hareketsiz bir yaşam stili hem annede hem de bebekte istenmeyen sonuçlar doğurabilmektedir.
- Bu yüzden doğuma psikolojik açıdan olduğu gibi fiziksel açıdan da hazırlanılmalıdır.



Gebelik egzersizlerin yararları

- Gebelikte duruş bozuklukları, ağrılar, nefes darlığı, varis, idrar kaçırma, rahim sarkması gibi sorunları önlemede yararlıdır.
- Gebelikte egzersiz doğumu kısaltıp kolaylaştırdığı gibi, bebeğin sağlığı için de yararlıdır.
- Doğumda stresi ortadan kaldırıp ağrılarla baş edebilmenizi sağlar.
- Doğum ağrısının algılanışını azaltır.



Gebelik egzersizlerin yararları

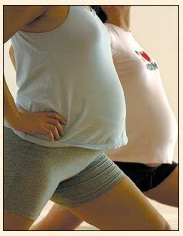
- Vücudunuzu tanımanızı sağlar ve dolayısıyla korkuyu azaltarak kendine güveninizi arttırır.
- Ruhsal açıdan rahatlatır.
- Gebelik süresince yapılacak egzersizler doğumdan sonra tekrar normal kiloya dönmede kolaylık sağlar.



Egzersizde Dikkat edilecek Noktalar

Nefesinizi doğru alıp doğru vermeyi öğrenin. Yük kaldırırken nefes verin, bırakırken nefes alın .

Bir kas grubu ile çalışma yapıldığında o kas grubunun en az 24 saat dinlenmesini sağlayın.



Haftanın üç günü, 30 dakika veya daha uzun süreyle egzersiz yapın (Kalp hızı kontrollü).

Temas sporlarına, düşme ve karın travması riski yüksek olan aktivitelerden kaçının

Vücut ısısını çok yükselten, ağır egzersizler yapmayın



Ayağınızı destekleyen uygun ayakkabılar giyin

Su kaybını önlemek için uygun miktarda sıvı alın

Sıcak ve nemli ortamlarda ya da ateşiniz varsa egzersiz yapmayın



Düzenli egzersiz yapmıyorsanız;

13. gebelik haftasının sonuna ulaşıncaya kadar egzersiz programına başlamalıdır.

Isınma ve soğuma için en az 5 dakika vakit ayırın.

Denge gerektiren egzersizlerden, fazla çömelmekten, çaprazlayarak adım atmaktan ve hızlı yön değiştirmekten kaçının.



16 gebelik haftası sonra sırtüstü pozisyonda uzun süreli egzersiz yapmayın.

Kendinizi zorlamayın ve aşırı yorulmayın.

Herhangi bir ağrı veya zorlanma hissettiğinizde derhal hareketi bırakın.

Egzersiz esnasında rahat giysiler giyin ve öncesinde mesanenizi boşaltın.

İlk başlarda 5-10 dakika yeterli olup sonra bu süreyi 15-20 dakikaya çıkarabilirsiniz.

Aşağıdaki sorunlarla karşılaşan tüm kadınlar egzersize derhal son vermelidir

- Karın ve kasık veya sırt ağrısı
- Vajinal kanama
- Nefes darlığı, baş dönmesi, baygınlık, çarpıntı veya taşikardi (kalp hızının aşırı yükselmesi)
- Yürüme güçlüğü

Gebelikte yapılabilecek egzersizler

Yüzmenin herhangi bir sakıncası yoktur, ama derin dalmaya izin verilmemelidir.

Ata binme gibi tehlikeli aktiviteler ve aşırı fiziksel yükten kaçınılmalıdır.

Gebelikte en uygun egzersiz **yürüyüştür.**





YÜRÜYÜŞ

- Bir gebenin yapabileceği en kolay ve en yararlı egzersiz yürüyüştür.
- Rahat giysiler giyerek günde 30 dakikanızı yürüyüşe ayırınız (yaklaşık 3-3.5 km).
- Bu kadarına zaman ayıramıyorsanız bile en azından günaşırı 20 dakika yürüyünüz.
- Eğer ev işleri veya başka nedenlerle çok yorgunsanız o gün yürüyüş yapmayabilirsiniz.
- Yürüyüş için günün sıcak saatlerini tercih etmeyin ve yorulursanız kısa molalarla dinlenin.

ESNEME ve GERME HAREKETLERİ (STRECHİNG)



Egzersizler yapılmadan önce egzerrsiz sonrası stretching (germe hareketi) esastır.

Kasların ısınmasına yardımcı olduğu gibi esnekliğin artmasında ve kan dolaşımının çalışacak bölgede yoğunlaşmasında önemli rol oynar.



Egzersizler:

- Kollar yanda serbest, omuzlar önce önden arkaya daha sonra arkadan öne çevrilir. 10 saniye 2 set





- Dirseklerden katlı omuzları geriye çevirme hareketi (10 saniye)

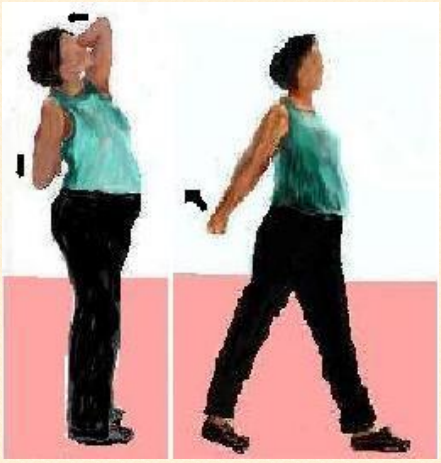




- Dirsekler 90 derecede iyice geri esneyerek bekleme 10 saniye üzerinden (2 defa)



Tavuk kanatları:
Ayaklar arasındaki mesafe omuzlar arasındaki mesafe kadar olacak şekilde ayakta durulur. Kol ve ön kol, aralarındaki açı 120 derece olacak şekilde tutulur. Dirsekler arkaya ve birbirine doğru yaklaştırılır ve bu pozisyonda 5 saniye tutulur. Bu hareket 5-25 kez tekrar edilir.



- Kollarınızı her iki taraftan da arkaya doğru esneterek iki elinizi kavuşturmaya çalışın.
- Arkada birleştirdiğiniz ellerinizle kollarınızı geriye doğru esnetin.
- İki hareketi de 10 kez tekrarlayın



Rotasyonel omuz germe:
Eller yetişmez ise havlu yardımıyla yapılır. 5-10 saniye tutulur ve 1 dakikaya kadar çıkılabilir.



Kasık germe hareketleri:
Sert duvara dayanarak oturulur. Ayak tabanları birbirine temas ederken, elle ayak bileklerinden yakalanır. Kollarla dizler zemine doğru yaklaştırılır. Uyluğun iç kısımlarında bir germe hissedilmelidir. Gevşenir ve tekrar edilir. Normal bel eğriliğini devam ettirmek için kalçaların altına battaniye konulabilir. Battaniye 3-4 cm kalınlık oluşturacak şekilde katlanmalıdır.



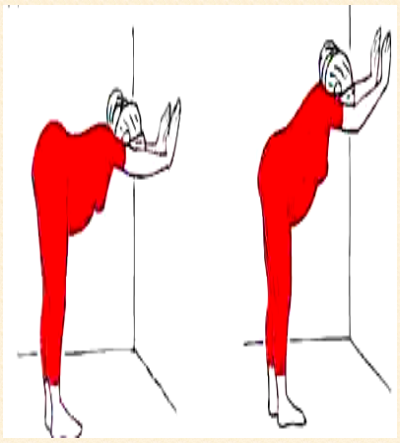
Sırtüstü yatıp, sağ ayak sol dize yakın olacak şekilde uyluğun üzerine ve ayak bileği dışarıda olacak şekilde konur.

Sol el ile sol uyluğun arkasından yakalanır. Sağ el ile de diz içeriden kavranır. Sol el ile uyluk çekilirken, sağ diz ise itilir.

Sırtüstü yatılır. Diz bükülü olarak göğse doğru yaklaştırılır. Aynı taraftaki el ile ayağın iç kısmı yakalanır ayak aşağı doğru bastırılır.



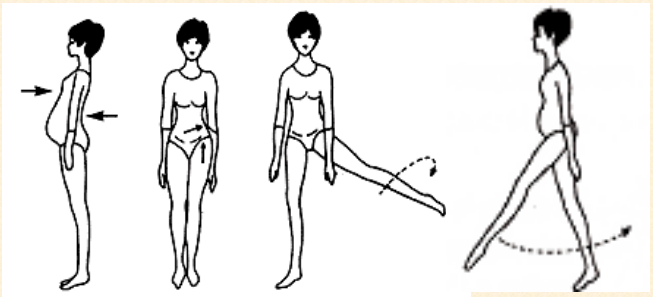
Omuz ve sırtın üst kısmını germe:
Bir sandalye yardımıyla yapılabilir. Eller birbirine değdirilir. Belin hareketliliği arttıkça kollar daha geriye çekilebilir. Baş omuzların aşağısında olmalıdır. Dorsal kifoz düzleştirilmeli ve omuzlar dışa doğru dönmelidir.



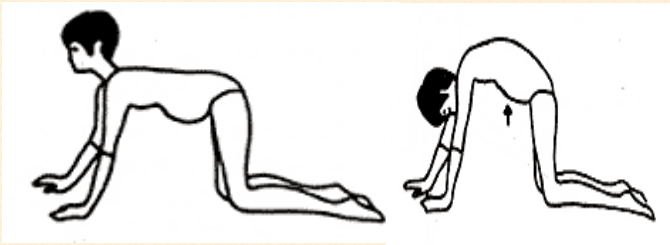
Omuz ve sırtın üst kısmını germe
Duvara eller dayanarak aşağıya doğru eğilir.



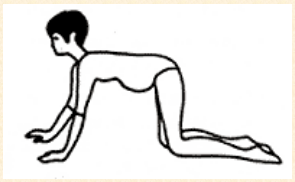
KALÇA, KARIN VE BACAK KASLARINI GÜÇLENDİREN EGZERSİZLER

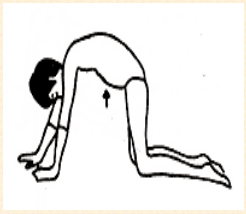


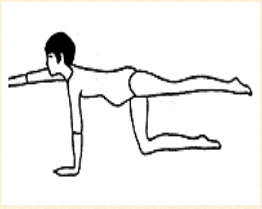
El ve dizlerinizin üzerinde, emekler gibi durun.

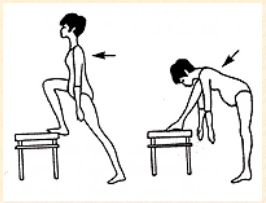


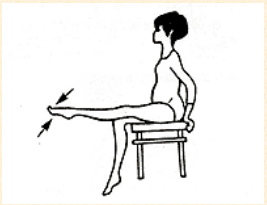


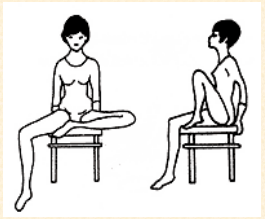


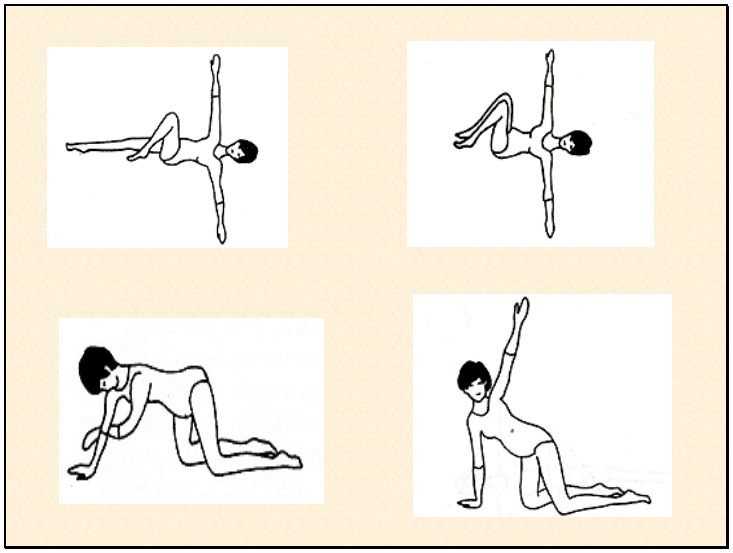


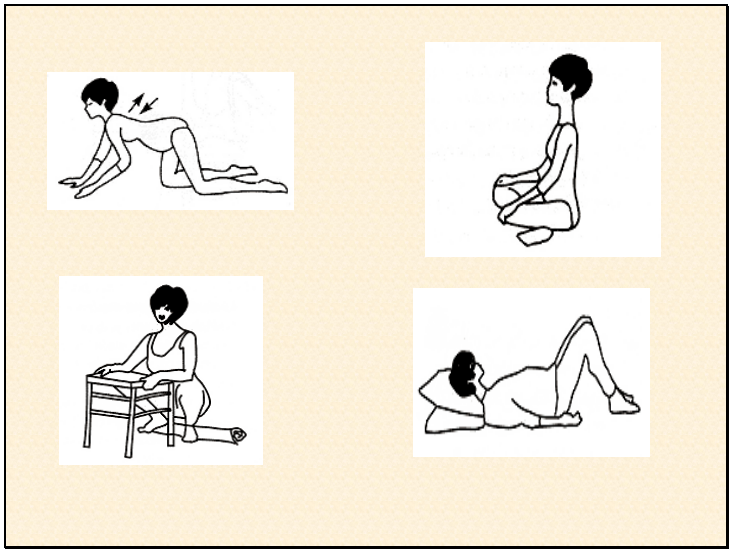






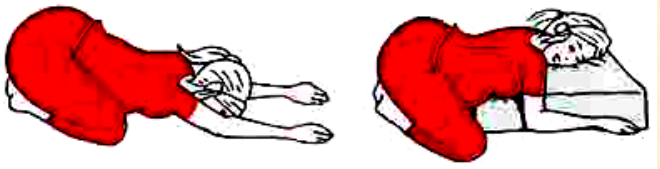








(A) **Çömelme:**
Kalça, bacak ve şrtın esneklik derecesi rahat çömelmeye izin vermiyorsa kalçalar altına kitap yerleştirilebilir. Ayaklar hafifçe dışarı dönmüş olmalıdır. Eller birbirine tam temas eder. Dirsekler, dizler üzerine konarak bacaklar hafifçe dışa doğru itilir. Çömelme ile kasklar güçlenir, bacak ve pelvis doğuma hazırlanır, ağır kaldırırken beldeki yüklenme azalır.

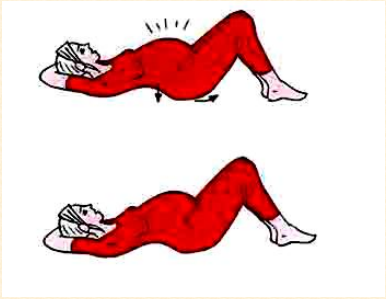


Çocuk pozisyonu:

Bir yoga postürüdür ve gevşetici germe özelliği vardır. Artmış bel kavsi düzleşmesini azaltmak amacıyla önerilir. Gebelik ayına göre pozisyon değişir. Ayaklar üzerinde çömelinir, dizler ve ayaklar belli bir açıklığı sağlamak için ayrı tutulur, ayak parmakları birbirine doğru yaklaştırılır. Sonra baş zemine dokunur ve kollar, bacaklar hizasına getirilir. Gebeliğin geç dönemlerinde hareketi daha iyi yapmak için yastık kullanılabilir.



Sırtüstü yere uzanın. Tabanlarınız yere değecek şekilde dizlerinizi bükün. Kollarınızı kalçalara doğru uzatın. Dizleri göğüse doğru yaklaştırmaya çalışın. Bu pozisyonda nefesinizi tutarak 8-10 saniye kadar kalın.



Pelvisin eğilmesi

Dizler bükülü, ayaklar dizlerin 60 cm kadar önünde, yerle tam temas halinde ve aralarında omuzlar kadar mesafe olmalıdır.

Boynun altına hafif bir yastık konur ve gevşemiş olarak tutulur.

Kasılırken nefes verilir. Bu hareketi yaparken kaburgalar ile leğen kemiği birbirine yaklaştırılır ve göğüs yerden kaldırılmaz.

Kalçalar kasılma esnasında hafif yerden kaldırılır ve bel yere tam temas ettirilir.



Egzersizlerin uygulanması sayesinde kalça kasları güçlendirilerek **idrar kaçırma** gibi istenmeyen şikayetler önlenebilir, ve **doğumda** bacaklarınızı yanlara doğru açabilmeniz kolaylaşır



SOLUNUM EGZERSİZLERİ

- Nefes alma egzersizleri için günde en az bir kez 15-20 dakika ayırmak yeterlidir.
- Bunun için; Rahat bir yere oturup bağdaş kurabilirsiniz. Otururken kuyruk kemiğini zedelememek ve kalça bel ağrılarını önlemek için kalçanızın altını bir yastıkla destekleyebilirsiniz.
- Burundan nefes alıp ağızdan verin. Dudaklarınızı hafif büzerek üfler tarzda nefesinizi verin. Üflediğiniz nefesin sesini duymalısınız. Nefes alıp verme işlemi sırasında içinizden yavaşça dörde kadar sayın (bu işi sizin için eşiniz de yüksek sesle yapabilir).

- Egzersizler ilerledikçe nefes alma kapasiteniz artacağından sayma işlemini artırabilirsiniz (beş altı yedi...).
- Nefes alırken önce karnınızı sonra ciğerlerinizi nefesle doldurun. Karın solunumu yaparken nefesinizin karın duvarlarını gerdiğini hissedin

- Nefes alma tekniği stresinizi azaltırken aynı zamanda doğum ağrıları sırasında korku ile daha da artan kasılmalardan koruyacaktır.
- Nefes çalışmalarında ağzı kapalıyken nefes alıp, açıkken nefes vermeye dikkat edilmelidir.

Doğum eylemi esnasında;

- Nefes çalışmalarının ritmi ağrının artması ve azalmasına göre ayarlanır, yani ağrı ile birlikte nefes alınır.
- Doğumdan önce gebe eşitle beraber nefes egzersizlerini çalışmalıdır.



DERİN SOLUNMUM

Bu tür soluk alıp verme ise kontraksiyonların başında ve sonunda rahatlatıcıdır.



HAFİF SOLUMA

Doğum ağrısının yükseldiği anda yapılır.



SIK NEFES ALMA

Doğum ağrıları sırasında, rahim ağzı tam açık olmasa bile ıkınma hissi gelebilir. Bunu önlemek için iki kez üst üste kısa soluk alıp bunu bir defada verin.

Fiziksel Aktiviteniz İçin Hareket Planı

- Aktivite/egzersiz alışkanlıklarınızı sağlıklı bir beslenme düzeni ile destekleyin.
- Egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında yeteri kadar su içmeyi unutmayın.
- Aç ya da tok olarak egzersize başlamayın. Egzersizden 4 saat önce ana öğününüzü tüketmiş olmalısınız.
- Egzersizden hemen önce meyve suyu, çikolata, şekerlemeler vb. basit karbonhidrat ve yüksek yağ içeren besinleri tüketmeyin.

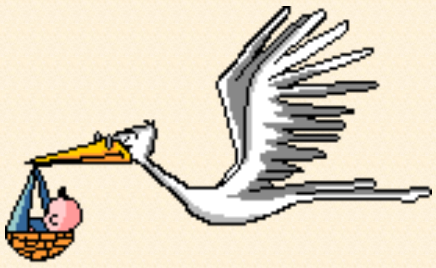


- Egzersizin süresi 1 saati aşıyorsa %6-8 karbonhidrat içeren içecekler tüketilmesi gereklidir.
- Televizyon izlerken, bilgisayar karşısında çalışırken veya sadece dinlenirken bir defada 30 dk. dan fazla oturmayın.
- Yapmaktan hoşlandığınız, yaşam şeklinize uygun ve uzun süre devam ettirebileceğiniz bir aktivite seçin.
- Esnek bir aktivite planınız olsun. Eğer bir, iki gün hiç egzersiz yapmazsanız kendinizi suçlu hissetmeyin.
- Unutmayın, aktivitenin aylarca veya yıllarca istikrarlı bir şekilde sürmesi daha önemlidir.

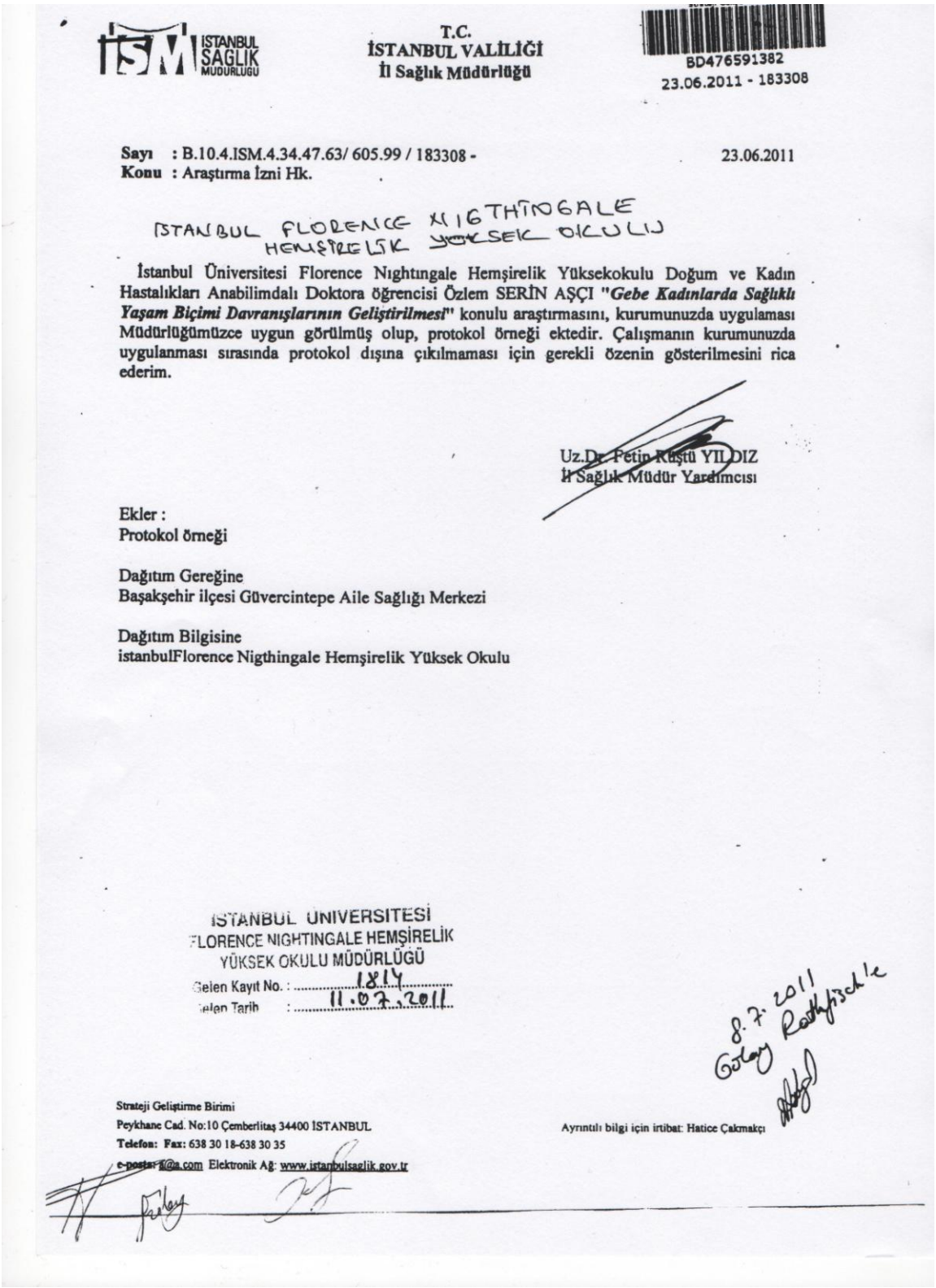


- Eve veya işyerine giderken otobüsten birkaç durak önce inerek geri kalan yolu yürüyün.
- Asansör yerine merdiven kullanın. Üzgün olduğunuzda veya sıkıldığınızda yürüyüşe çıkın.
- Arkadaşlarınızla beraber yapabileceğiniz aktivitelere katılın.
- Akşamlarınızı tembel bir şekilde geçirmeyin. Televizyon izlerken çeşitli egzersizler yapın.





Ek-5: İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Çalışma İzni



İSTANBUL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

BD476591382
23.06.2011 - 183308

Sayı : B.10.4.ISM.4.34.47.63/ 605.99 / 183308 - 23.06.2011
Konu : Araştırma İzni Hk.

İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK YÜKSEK OKULU

İstanbul Üniversitesi Florence Nıghtıngale Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilimdalı Doktora öğrencisi Özlem SERİN AŞÇI "***Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi***" konulu araştırmasını, kurumunuzda uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesini rica ederim.

Uz.Dr. Fetin Rüştü YILDIZ
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Ekler :
Protokol örneği

Dağıtım Gereğine
Başakşehir ilçesi Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi

Dağıtım Bilgisine
istanbulFlorence Nigthingale Hemşirelik Yüksek Okulu

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
FLORENCE NIGHTINGALE HEMŞİRELİK
YÜKSEK OKULU MÜDÜRLÜĞÜ
Gelen Kayıt No. : 1814
Gelen Tarih : 11.07.2011

8.7.2011
Gereği Rastgisek'le

Strateji Geliştirme Birimi
Peykhane Cad. No:10 Çemberlitaş 34400 İSTANBUL
Telefon: Fax: 638 30 18-638 30 35
e-posta: [illegible]@a.com Elektronik Ağ: www.istanbulsaglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Hatice Çakmakçı

Ek-6: BEBİS Programı Lisans ve Kiralama Sözleşmesi

Pasifik Elektrik,Elektronik ve Çevre
Teknolojisi Ürünleri San. ve Tiç. Ltd. Şti.
İstiklal Mah. Zafer Sok. Polat Apt.21/1
34760 Ümraniye – İSTANBUL
Tel.: (0216) 481 41 45
Fax: (0216) 328 16 81
CEP: 0533 622 09 83
Eposta: bebis@bebis.com.tr

Tarih:24.01.2013

LİSANS ve KİRALAMA SÖZLEŞMESİ

1-Aşağıda ünvanı geçen şahıs, işbu sözleşme hükümlerini okuyup ilgili yerleri imzalayarak, sözleşmenin tüm maddelerini kabul ettiklerini beyan etmişlerdir.
2-Aşağıda ödeme ve teknik detayları yazılan bilgisayar programını, açık adı

Syn. ÖZLEM AŞCI

(Sözleşmede **KULLANICI** olarak alınacaktır) olan şahıs kiralamayı, **PASİFİK ELEKTRİK ELEKTRONİK ve ÇEVRE TEKNOLOJİSİ ÜRÜNLERİ SAN. ve TİC. LTD. ŞTİ**. (Sözleşmede **PASİFİK** olarak anılacaktır) kiralatmayı taahhüt eder.
3-PASİFİK, kiralanan BeBiS program ile yüklenmiş flash beleği ...**26.01.2013**... tarihinde teslim etmeyi taahhüt eder.
4-Sistem arızası, elektrik kesilmesi, kullanıcı hataları, virüsler ve diğer nedenler yüzünden oluşabilecek bilgi ve program kayıplarından **PASİFİK** sorumlu değildir. Programların korunması, girilen bilgilerin olası hatalara karşı yedeklerinin alınması kullanıcı sorumluluğu altındadır.
5-**KULLANICI** bu anlaşma ile yazılımın yalnızca süreli kullanım hakkını kiralamış olur. Kazanılan bu hak ve sorumluluklar hiçbir şekilde başka bir özel veya tüzel kişiye satılamaz, devredilemez veya alt lisans verilemez. **Aşağıdaki 'İş Tanımları' sütununda belirtilen kullanım alanları dışında PASİFİK'ten izin alınmaksızın yazılım kullanma hakkı bu sözleşmenin kapsamında değildir.**
6-Program kiralanması ... **26.02.2013...** tarihine kadar anlaşılmıştır. Flash belleğin iade süresi 3 gündür. 3 günü aşan durumlarda, kira bedeli bir ay daha uzatılacaktır.
7-**Flash belleğin kayıp olması durumunda kullanıcı tamamen sorumludur. Eğer flash bellek kira süresi bitiminde iade edilmezse,kullanıcı Pasifik'e ait programın lisans fiyatını karşılamak zorunda kalacaktır.**
8-Bu anlaşma ile aşağıdaki konfigürasyon da belirtilen yazılım kiralanmıştır. **PASİFİK**'in sorumluluğu yalnızca bu program paketini kapsamaktadır.
9-Anlaşmazlık durumunda İstanbul Mahkemeleri ve İcra daireleri yetkilidir.

İş Tanımları	Fiyatlandırma
Bebis Tam Versiyon 7.1 Sürümü (Flashdisk) Sadece kullanıcıya ait projelerde kullanılabilir. Resmi ihale projeleri ve kullanıcıya ait şirket çalışmaları dahil değildir.	150,00 TL (1 Aylık)

Ödeme Şekli : Bankaya Havale (Sonraki aylar için kiralama ücreti aylık 100,00 TL'dir.)
Ödeme Tarihi :25.01.2013 (1 aylık ücret)
Yukarıdaki ödeme tarihlerine gecikme olursa günlük % 2 vade farkı uygulanacaktır.

PASİFİK YETKİLİSİ: Manfred Schmid

KAŞE / İMZA

PASİFİK
ELEKTRİK ELEKTRONİK ve ÇEVRE TEKNOLOJİSİ
ÜRÜNLERİ SANAYİ ve TİCARET LTD. ŞTİ.
Merkez: Atatürk Mah. Can Sok. Sengül Apt No. 10
Ümraniye / İstanbul
Ek Ofis: İstiklal Mah. Zafer Sk. Polat Apt No. 21 / 1
Ümraniye / İstanbul Ümraniye V.D. 722 006 1507
Tel: 0216 481 41 45 Fax: 328 16 81

KULLANICI/YETKİLİ:

KAŞE / İMZA: Özlem Aşcı

ETİK KURUL KARARI

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
CERRAHPAŞA TIP FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

Sayı :
Konu : 32455

İstanbul ...../ ...../ .....

09 Eylül 2011

İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Müdürlüğüne

İLGİ: 01.08.2011 tarihli, 1575 sayılı yazınıza:

Yüksekokulunuz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi **Yard.Doç.Dr.Gülay RATHFISCH'in** danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Özlem AŞÇI'nın** yürütücülüğünde **"Gebe Kadınlarda Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesi"** başlıklı **Doktora Tezi** hakkında ilgi yazınız ve ekleri **06 Eylül 2011** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Değerlendirme Kurulunca müzakere edilmiş olup, etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi, durumun adı geçen anabilim dalı başkanlığına bildirilmesini rica ederim.

Eki:
1 dosya

Prof.Dr.Fatiş ALTINDAŞ
Dekan Yardımcısı ve Klinik Araştırmalar
Etik Değerlendirme Kurulu Başkanı

Not: Yanıtlarda yazımızın gün sayısının belirtilmesi rica olunur.Tel(0212)4143000

KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: B-02**	**Tarih: 06 Eylül 2011**
	Yard.Doç.Dr.Gülay RATHFİSCH'in danışmanlığında **Doktora Öğrencisi Özlem AŞÇI'nın** sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Fatiş ALTINDAŞ	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	**Uzmanlık Alanı**	**Kurumu**	**Cinsiyet**	**İlişki ***	**Katılım ****	**İmza**
Prof. Dr. Fatiş ALTINDAŞ (Başkan)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK	İç Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mahmut Reha BAYAR	Psikiyatri	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ahmet BELCE	Biyokimya	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Katılamıyor
Prof. Dr. Fahri ERDOGAN	Ortopedi ve Travmatoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mehmet Faik ÖZÇELiK	Genel Cerrahi	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Öner SÜZER	Tıbbi Farmakoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Fatma Nuran ŞENEL BEŞE	Radyasyon Onkolojisi	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Mustafa Şükrü ŞENOCAK	Bioistatistik	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKOŞ	Fizyoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	İZİNLİ
Doç. Dr. Mustafa AKSU	Hukukçu	İ.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Yurtdışında
Doç. Dr. Hatun Hanzade DOĞAN	Deontoloji	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Sibel ÖZMEN ÖZYAZGAN	Eczacı	İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Katılmadı
Zümrüt GAMLI	Emekli Öğretmen	Sivil Üye	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	Katılmadı

* :Araştırma ile İlişki ** :Toplantıda Bulunma

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özlem	**Soyadı**	Aşcı
Doğ.Yeri	Eminönü	**Doğ.Tar.**	1986
Uyruğu	T.C.	**TC Kim No**	37609624658
Email	asci.s.ozlem@gmail.com	**Tel**	505 917 44 08

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2009
Lisans	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	2007
Lise	Istanbul Bahçelievler Kemal Hasoğlu Yabancı Dil Ağırlıklı Lisesi	2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
Öğretim görevlisi	T.C. Artvin Çoruh Üniveristesi, Artvin Meslek Yüksekokulu	04/2013-…
Aile sağlığı elemanı	T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Güvercintepe Aile Sağlığı Merkezi	07/2010-04/2013
Servis hemşiresi	İ.Ü.CTF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Hematoloji-Onkoloji servisi	10/2007-07/2010
Servis hemşiresi	V.K.V. Amerikan Hastanesi, Kadın Doğum Servisi	07/2008-10/2008

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Orta	Iyi	Iyi	55	

***Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	70	72	74

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Mc Office	Çok iyi
SPSS	İyi

Yayınları/Tebligleri Sertifikaları/Ödülleri

- Kaya F**, Serin Ö,** Genç A (2007), Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi 6(6): 441-448.

- Kaya F**, Serin Ö** (2008), Doğum Öncesi Bakımın Niteliği. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 5(1): 28-35

- **Aşcı S.Ö**. Şahin H.N (2009). Kanserli çocuğuna refakat eden bir grup annede sağlığı geliştirme programının meme sağlığı inançlarına, tutum ve davranışlarına etkisi. İstanbul Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

- Beji K. N ve **Aşcı S.Ö** (2011). Cinsellikle ilgili kuramlar ve ilk bilimsel çalışmalar. Androloji Bülteni 45(1):160-163.

- **Aşcı S.Ö.** Şahin N.H (2011). Çocukluk döneminde jinekolojik sorunlar ve hemşirenin rolü. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 8(1):7-14.

- İnal S. Yantiri L. **Aşcı S.Ö.** Apak H (2011). Çocuk Hematoloji-Onkoloji Servisindeki Hemşirelik Aktivitelerinin Bağımlı ve Bağımsız Fonksiyonlar Yönünden Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 8(1):31-39.

- **Aşcı SÖ**, Şahin NH. (2011) Effect of the Breast Health Program Based on Health Belief Model on Breast Health Perception and Screening Behaviors,The Breast Journal,17(6): 680–682.

- **Asci Ö**, Beji NK (2012). İnfertilite Danışmanlığı. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(2):154-159.

Ulusal ve Uluslararası bilimsel toplantılarda özeti ya da tam metni yayınlanan poster;

- 3-7 Nisan 2010. Uluslar arası 5. Asya Pasifik Kanser Önleme Organizasyonu Kongresi (APOCP). **Asci. S.Ö** ve Şahin N.H. Effect of The Breast Health Program Based On Health Belıef Model On Breast Health Perceptıon and Screenıng Behavıours. Lütfi Kırdar Uluslararası Kongre ve Sergi Sarayı, İstanbul.

- 18-22 mayıs 2010. 7. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. **Aşcı S.Ö** ve Yantri M.L. Bir üniversite hastanesine oral enfeksiyonlara yönelik hemşirelik yaklaşımı. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi. Samsun.

- 22-26 July 2013. Yılmaz T, Şahin NH, Abalı S, **Asci S.Ö**, Avcı NS, Work Family Conflict in Working Women: Comparative Research. Honor Society of Nursing, Sigma Theta Tau International 24th International Nursing Research Congress Prague, Czech Republic.

Dinleyici olarak katıldığı bilimsel toplantı ve kurslar;

- 20-22 Haziran 2007. Ebeler Derneği tarafından düzenlenen 1. Ulusal Ebelik Kongresi, İstanbul .

- 26- 29 Mart 2008, İstanbul Tıp Fakültesi İnfertilite Ve Perinatoloji Günleri- Hemşirelik Programı, İstanbul .

- 2-4 Kasım 2009. Üreme Sağlığı ve infertilite Hemşireliği Derneği Tarafından düzenlenen İnfertilite Hemşireliği Kursu. Harbiye Askeri Müze ve Kültür Merkezi, İstanbul.

- 19 Şubat 2010. Metisafe Temiz Oda ve Biyogüvenlik Sistemleri. Mikrobiyolojik Güvenlik Kabinleri Teorik ve Uygulamalı Eğitimi, İstanbul.

- 8-9 Nisan 2010, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Ürojinekoloji Birimi ve Türk Ürojinekoloji ve Pelvik Rekonstrüktif Cerrahi Derneği tarafından düzenlen 'Üriner İnkontinas Hasta Değerlendirme, Konservatif Tedavi Multidisipliner Yaklaşım Kursu'.İstanbul Tıp Fakültesi. İstanbul.

- 10 Nisan 2010. Florence Nigthingale Hemşirelik Yüksekokulu Mezunlar Derneği ve İstanbul Kadın Kuruluşları Birliği tarafından düzenlenen 1. Kadına yönelik şiddette son eğitim programı. İstanbul.

- 18-22 mayıs 2010. 7. TPOG Ulusal Pediatrik Kanser Kongresi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Atatürk Kongre ve Kültür Merkezi. Samsun.

Düzenlediği eğitim programları;

- 31 Ekim 2006- 17 Kasım 2006, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Cinsel Sağlık Eğitimi, Çanakkale .

- 9 Kasım 2006, Çanakkale Valiliği Anafartalar İlk Öğretim Okulu ve Şemsettin Fatma Çamoğlu İlköğretim Okulu, Toplum Beslenmesi Eğitimleri, Çanakkale.

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Seyahat etmek, Ev dekorasyonu, Müzik dinlemek