T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

GÜLER BİLİCİ

DANIŞMAN
DR. ÖĞR. ÜYESİ ESMA DEMİREZEN

EBELİK ANABİLİM DALI
EBELİK PROGRAMI

İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 10.01.2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından
Ebelik Anabilim Dalı, Ebelik Tezli Yüksek Lisans Programı Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

Dr.Öğr.Üyesi Esma DEMİREZEN (Danışman)
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Neslihan ÖZCAN
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

Prof. Dr. Neriman ZENGİN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Anabilim Dalı

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 çalışmasıyla 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.

GÜLER BİLİCİ

İTHAF

Aileme ithaf ediyorum. İyi ki varsınız…

TEŞEKKÜR

Lisans ve yüksek lisans eğitimimin başında beri benden akademik bilgisini, tecrübelerini, sevgisini, emeğini, sabrını ve zamanını esirgemeyen, iyi ki tanımışım dediğim sevgili danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Esma Demirezen'e,

Yüsek lisans eğitimimin mesleki değerler ve bilgi haricinde bana kattığı, nice zorluklardan beraber geçtiğimiz ve geçeceğimiz can arkadaşlarım Tuba Büyükkal ve Pooned Aghil Dizaj'a,

Yol göstericim, neşe kaynağım, cesaret ve güç verenim, kahramanım abim Gürbüz Bilici'ye,

Hayatımda güçlü kalmamı sağlayan, sevgiyi ve hayatı öğreten, ellerinde ve yüreklerinde ne varsa bizim için harcayan, sağlıkta ve hastalıkta en güzel ve zor günlerimizi beraber gülerek geçirdiğimiz annem ve babama dünyalar kadar teşekkür ederim.

Hepiniz iyi ki varsınız…

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI……İİ

BEYAN……...İİİ

İTHAF…….....İV

TEŞEKKÜR……V

İÇİNDEKİLER……Vİ

TABLOLAR LİSTESİ…….....İX

SEMBOLLER/KISALTMALAR…….X

ÖZET……...Xİ

ABSTRACT……...Xİİ

1. GİRİŞ……..1

1.1.Araştırmanın Konusu……..…..1

1.2.Araştırmanın Amacı……..3

2. GENEL BİLGİLER…….4

2.1.Gebelik…….....4

2.2.Gebelik Döneminde Sağlık Uygulamaları…….6

2.3.Prenatal Sınıflar……8

2.4.Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Edinme…….9

2.5.Gebelikte Dinlenme ve Uyku…….…….9

2.6.Gebelikte Egzersiz……..10

2.7.Gebelik ve Beslenme……..11

2.8.Gebelik ve Kilo Alımı……12

2.9.Gebelik ve Kafein Tüketimi…….…..13

2.10. Gebelik ve Sigara Kullanımı……...13

2.11. Gebelik ve Alkol Kullanımı……14

2.12. Gebelik ve İlaç Kullanımı……15

2.13. Gebelik ve Marijuana Kullanımı……16

2.14. Gebelik ve Yasadışı Madde Kullanımı……16

2.15. Gebelik ve Ağız Diş Bakımı……...17

2.16. Gebelik ve Rahatlama Yöntemleri……..18

2.17. Gebelik ve Travma……..19

2.18. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar……19

2.19. Gebelik ve Bitkilerin Kullanımı……..21

2.20. Gebelik ve Vücut Hijyeni……22

2.21. Gebelik ve Toksik Kimyasallar……...23

2.22. Gebelik ve Toksoplazma…….23

2.3. Gebelikte Sağlık Uygulamalarında Ebenin Rolü…….24

3. GEREÇ VE YÖNTEM……26

3.3. AraştırmanınTipi……..…26

3.4. Araştırmanın Örneklemi……..26

3.5. Araştırmanın Yeri ve Zaman……...…26

3.6. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri……...…26

3.7. Araştırmanın Soruları……...…26

3.8. Veri Toplama Araçları…….27

3.8.1. Kişisel Bilgi Formu…….27

3.8.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II(Health Practice Questionnaire-II)…….27

3.9. Verilerin Toplanması……...27

3.10. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi……...28

3.11. Araştırmanın Etik Yönü……..28

3.12. Araştırmanın Sınırlılıkları……...…28

4. BULGULAR……...29

4.1.Sosyodemografik Özelllerine İlişkin Bulgular……..29

4.2. Sosyal Destek Durumuna İlişkin Bulgular…….…….31

4.3. Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular……..32

4.4. Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulgular……...32

4.5. Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular……34

4.6. Gebelik Öncesi Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular……..…35

4.7. Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular……..36

4.8. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II(GSUÖ II)'nin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı…….37

4.9. GSUÖ II Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Korelasyon Analizleri…….44

5. TARTIŞMA…….45

KAYNAKLAR……...52

FORMLAR……..72

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU……..72

EK-2 GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ II FORMU……..76

EK-3 ETİK KURUL İZNİ……...…80

EK-4 KURUM İZNİ……81

EK-5 GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ II TÜRKÇE FORMU İZNİ…….82

İNTİHAL RAPORU……83

ÖZGEÇMİŞ…….84

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1. Tıp Enstitüsünün Gebelikte Kilo Alma Önerileri(ACOG 2013)……...12

Tablo 4-1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı……...….30

Tablo 4-2. Sosyal Destek Durumuna İlişkin Bulgular……....31

Tablo 4-3. Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular…….….32

Tablo 4-4. Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulgular ……...….32

Tablo 4-5. Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular……...35

Tablo 4-6. Gebelik Öncesi Sağlık Davranışları……...35

Tablo 4-7. Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıkları…….…36

Tablo 4-8. GSUÖ II'den Alınan Puan Ortalamaları……37

Tablo 4-9. Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ II Puanları……..…38

Tablo 4-10. Sosyal Destek Durumuna Göre GSUÖ II. Puanları……39

Tablo 4-11. Obstetrik Özelliklere Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları……40

Tablo 4-12. Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulgulara Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları…….……..40

Tablo 4-13. Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular……41

Tablo 4-14. Gebelik Öncesi Sağlık Davranışlarına Göre GSUÖ II Puanları…….…42

Tablo 4-15. Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıklarına Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları……43

Tablo 4-16. GSUÖ II Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Korelasyon Analizleri…….…44

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

AWHONN: Association Of Women's Health, Obstetric And Neonatal Nurses

DÖB: Doğum Öncesi Bakım

GDM: Gestasyonel Diyabetes Mellitus

GSUÖ II: Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II

İUGR: İntrauterin Gelişme Geriliği

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

WHO: World Health Organization

ÖZET

Bilici G. (2019). Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve İlişkili Faktörler. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

Gebelikte sağlık uygulamaları ile ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma ile tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte tasarlanmıştır. Bu çalışmanın örneklemini, İstanbul ili içerisinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin farklı birimlerine başvuran 350 gebeler oluşturmuştur.

Veriler Kişisel Bilgi Formu yüz yüze görüşme yöntemiyle ve Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II (GSUÖ II) ölçeği gebeler tarafından doldurularak toplanmıştır. Çalışmada elde edilen veriler Statistical Package for Social Science 24.0 (SPSS 24.0) paket programında tanımlayıcı (sayı, yüzde, ortalama) ve ilişki arayıcı (student t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon testi) analizler ile değerlendirilmiştir.

Çalışmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikleri yaş ortalaması 29,69±6,61, eğitim düzeyi %55,7 ortaokul, %90,3 ev hanımı olarak saptanmıştır. Gebelerin GSUÖ II puan otalaması 109,22±5,96(min. 81, max. 123)'dır. Analiz sonucu gebelerin eğitim düzeyi ve sigara kullanma durumu ile GSUÖ II puanı arasında anlamlı fark saptanmıştır. Gebelerin eğitim düzeyi arttıkça ölçekten alınan puan artmaktadır (p=0,0). Sigara kullanan gebelerin ölçek puanının düşük olduğu görülmüştür(p=0,001). Gebelerin bilgi kaynağı olarak en çok hekimden(%55,7) yararlandığı görülmüştür.

Çalışmada sonucunda gebelerin eğitim seviyesi ve sigara içme durumu, sağlık uygulamaları açısından belirleyici faktör olarak ön plana çıkmaktadır. Kadınlarda eğitimlerin desteklenmesi ve sigara bıraktırma programlarının yaygınlaştırılması ve ebelerin danışmanlık rollerine sahip çıkmaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: gebelik, sağlık uygulamaları, gebelik alışkanlıkları, eğitim, sigara kullanımı

ABSTRACT

Bilici G. (2019). Health Practices In Pregnancy and Related Factors. Istanbul University-Cerrahpasa, Institute Of Graduate Education, Department Of Midwifery. Master's Thesis. Istanbul.

The aim of this study was to determine the factors related to health practices in pregnancy. The population of this study consisted of 350 pregnant women who applied to units of a hospital in Istanbul.

Data were collected by using Personal Information Form and Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II(HPQ-II). The data obtained in the study were analyzed by descriptive analysis (number, percentage, mean, student t test, one-way analysis of variance, pearson correlation test) in Statistical Package for Social Sciences.

The mean age of the participants was 29.69±6.61 years, education level was 55.7% for middle school and 90.3% for housewife. The mean score of HPQ-II of the pregnant women was 109.22±5.96(min. 81, max. 123). As a result of the analysis, significant difference was found between the education level and smoking status of the pregnant women and the HPQ-II score. The higher the education level of pregnant women, the higher the score of the scale(p=0.0). The scale score of the pregnant women was found to be low whom smokes(p=0.001). The scale score of the pregnant women who smokes was found to be low to non-smokers(p=0.001). Doctors(55.7%) were the most frequently used sources of information by pregnant women.

As a result of this study, education level and smoking status of pregnant women come to the fore as the determining factor in terms of health practices. It is recommended that women should be supported about education, dissemination of smoking cessation programs and midwives should protect their counseling roles.

Key Words: pregnancy, health practices, pregnancy habits, education, smoking

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.Araştırmanın Konusu

Gebelik öncesinden başlamak üzere her aşamada anne adayının sağlığına özen göstermesi, gebelik, doğum süreci ve sonrası anne ve bebek sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır. Sağlıklı bir gebelik süreci ve doğumun güvenliği buna bağlıdır. Bu kapsamda anne adayının sağlık uygulamaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına uyumu büyük önem taşımaktadır. Gebelikte sağlık uygulamaları dengeli beslenme ve uygun kiloda olma (kilo kontrolü), düzenli egzersiz, ağız ve diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol, yasa dışı maddeler, çok sayıda ilaç kullanma, riskli cinsel davranışlar, enfeksiyon ajanlarından korunma gibi parametreler yer almaktadır (Lindgren 2005). Gebenin bu uygulamaları bir gereklilik olarak görerek kendi ve bebeğinin sağlığı konusunda sorumluluk alması ve harekete geçmesi önemlidir. Sağlık uygulamalarının ihmal edilmesi, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyon riskini arttırarak anne bebek sağlığı için önemli bir tehdit oluşturmaktadır. Anne adayının bu konularda eğitimi doğum öncesi bakımın önemli uygulamalar arasındadır.

Konuyla ilgili çalışmalarda, eğitim düzeyi yüksek ve gebelikte eğitim alan gebelerde, gebelik ve doğuma bağlı komplikasyon ve ölümlerin önemli ölçüde azaldığı belirlenmiştir (TNSA 2013; TNSA 2018; Turgut ve ark. 2017). Toplumun tüm sosyo-ekonomik katmanlarında aynı sonuca ulaşılması anne bebek sağlığı ve toplu sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır.

Anne ve bebek ölüm hızı, sağlık hizmetlerinin etkinliğini, kalitesini ve o ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren en önemli göstergeler arasındadır. Anne ölümü gebelik, doğum veya doğum sonrası ilk 42 gün içerisinde gerçekleşen ölümleri kapsar. Anne ölüm nedenleri, dolaylı ve doğrudan olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Doğrudan nedenler, doğum sırasında yapılan müdahalelerin eksik ya da yanlış olması, ihmaller, sağlık hizmetine ulaşamama ve doğum ve gebeliğe bağlı komplikasyonları içermektedir. Dolaylı nedenler ise gebelik öncesinde var olan kronik hastalıklar ve bu hastalığın gebelik ile beraber ortaya çıkardığı komplikasyonlardır. Bu ölümlerinin büyük bir bölümünün önlenebilir olması dikkat çekicidir. Bunlardan kanama, hipertansif bozukluklar ve enfeksiyonlar ilk sıralarda yer almaktadır. Etkin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım hizmetleri

ve anne adayının eğitimi ile ölümlerin önemli bir bölümün önüne geçmek mümkün (Aygar ve Metintaş 2018).

TNSA 2013 verileri incelendiğinde bir çok faktörde, kadınların eğitim ve refah düzeyinin önemi vurgulanmaktadır. TNSA'nın son verilerine göre kadınların %72'si ilkokul ve üzeri bir eğitime sahip ve %93'ü okuma yazma bilmektedir. Refah düzeyi artan ve kentte yaşayan kadınların eğitim seviyelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Doğum öncesi bakım alma oranı 2008 yılında %92 iken 2013'te %97'ye yükseldiği belirlenmiştir. TNSA 2018'de ise %96'dır. TNSA 2013 yılı verilerine göre gebelerin %95'i gebeliklerinin 6. ayından önce ilk bakımlarını almışlardır. Gebelerin %97'i bu bakımı doktordan, %2'si ebe/hemşireden almıştır (TNSA 2013). TNSA 2018 veirlerne göre gebelerin %90'ı 4 ve daha fazla doğum öncesi bakım almıştır (TNSA 2018).

Doğum öncesi bakımın gebeliğin erken dönemlerinde başlatılması bir çok olumsuz sonuçları ve komplikasyonların önlenmesinde etkilidir. Bu kapsamda gebeliğin ilk 3 ayı içinde ilk muayene ve ziyaretin yapılmış olması önerilmektedir. Kadınların eğitim seviyesi ve refah düzeyleri artıkça doğum öncesi bakım alma, ilk bakımın erken aylarda olması ve alınan bakımın sayısının arttığı görülmektedir. Doğum öncesi bakımın nitelikli ve verimli olabilmesi için gebelerin daha fazla eğitilmesi, gebelik komplikasyonları ve acil durumlar hakkında bilgilendirilmeleri, erken teşhis ve tedavi ile düzenli bir bakım almaları gerekmektedir. 2013 yılı verilerinden yola çıkarak sağlık kuruluşunda doğum yapma oranının %90'dan %97'ye yükseldiği görülmüştür. Bebek ölüm hızının ise binde 17'den binde 13'e, neonatal ölüm hızının binde 13'den binde 7'ye düştüğü görülmektedir (TNSA 2008; TNSA 2013). Bu oranları göz önünde bulundurarak bebek ve neonatal ölüm hızını düşürmek için kadınların eğitim seviyesinin yükseltilmesine öncelik vermek ve her kadının gebelikte yeterli sayıda doğum öncesi bakım alması sağlanmalıdır (TNSA 2013).

Sağlık Bakanlığı çalışmaları sonucu doğum öncesi bakım alma oranımız %96 oranında iken, bu oranın kendi içinde bölgesel ve eğitim durumuna bağlı farklılıklar gösterdiği görülmüştür (TNSA 2018). Eğitim düzeyi yüksek, ailenin refah düzeyi yüksek, kentsel bölgelerde yaşayan gebelerin doğum öncesi bakıma daha erken gebelik haftasında başladığı ve doğum öncesi bakım alma oranın daha yüksek olduğu görülmüştür. TNSA 2013 ve 2018 verilerine göre eğitim ve refah düzeyi yüksek gebelerde, gebelikte gelişebilecek komplikasyonlara yönelik eğitim alma ve bilinçlenme oranın belirgin şekilde pozitif ilişkide olduğu belirtilmiştir (TNSA 2013; TNSA 2018).

Yapılan çalışmalarda kırsal kesimde yaşayan ve eğitim düzeyi düşük gebelerin gebelikte sağlık uygulamalarını geliştirme, gerekli tanı ve testleri yaptırma, demir preparatı kullanma oranlarının daha düşük olduğu görülmüştür. Doğum sonu bakım alma durumu %94 olup, bu oranda yine bölgesel ve refah düzeylerinde farklılıklar ön plandadır (TNSA 2013).

Gebelikte sağlık uygulamaları ile ilgili ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki çalışmalarda yaş, eğitim, evlilik süresi, çalışma durumu, eş eğitimi ve mesleki durumu, ekonomik durum gibi faktörler gebelerin sağlık uygulamalarında ilişkili faktörler olarak tanımlanmıştır (Er 2006; Chames ve Pearlman 2008; Altuntaş 2009).

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırmada gebelerde sağlık uygulamalarının belirlenmesi ve bu uygulamalar ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Elde edilecek bulguların gebelik döneminde yetersiz/zayıf sağlık uygulamaları açısından dezavantajlı grupların belirlenmesi ve bu kapsamda gebe ile doğum öncesi, doğum sonrası tüm süreçte temas halinde olan profesyonel ebenin rol ve fonskiyonlarının belirlenmesine ışık tutacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik

Gebelik, kadın vücudunda sistemik, metabolik ve psikolojik değişimlere neden olan doğal bir süreçtir. Normal bir gebelik, ovum ile spermin fertilizasyonu ile başlar. Fertilizasyondan 7 gün sonra fundusun ön arka duvarlarına implantasyonla devam eder (Taşkın 2009). Ortalama gebelik süresi ovulasyondan doğuma kadar 268 gündür. Son menstruasyon tarihinde itibaren 280 gündür (Jukic ve ark. 2013).

Gebeliğin oluşumundan itibaren kadın vücudunda fizyolojik, metabolik ve psikolojik değişimler başlar. Fetüs ve eklerinin beslenmesi ve korunması için uterusta hiperplazik ve hipertrofik değişiklikler meydana gelir. Endometrium kalınlaşırken, düz kas lifleri uzar ve sayısında artış görülür. Uterusu besleyen kan damarlarında ve lenflerde büyüme gerçekleşir. Bu değişiklikler ile 50-70 gram arası olan uterus gebelik sonuna kadar yaklaşık olarak 110 grama kadar ulaşabilir. Fetüs büyüdükçe önce yuvarlak şeklini alır, 12. Haftadan sonra pelvisten çıkarak hafif sağa doğru dönmeye başlar. Serviks, östrojen ve progesteron salgılanmasının artması ile kanlanması artar, yumuşar ve morumsu bir renk alır. Overlerde, ovulasyon olmaz. Gebeliğin 6.-8. haftasına dek progesteron salgılar. Vajinanın kanlanması artar ve mukozası kalınlaşır. Vajen pH'ı düşer (Taşkın 2009).

Göğüslerde, östrojen ve progesteron salgılanmasından etkilenerek dolgunluk ve hassasiyet oluşur. Damarlaşmalar belirginleşir. Süt kanalları hipertrofiye uğrar, lobüller büyür, meme başı ve areolada pigmentasyonda artış görülür. Kolostrum oluşmaya başlar (Akman ve Gürbüz 2019).

Gebelikle annenin ve fetüsün metabolik ihtiyaçlarının karşılanması için endokrin sistem değişimler yaşanır. Plazma iyodür konsantrasyonun fetal kullanım ile azalır ve maternal klirenste artma görülür. Bu değişim gebelerin %15'inde tiroid bezlerinde boyut ve volüm artışına neden olur. Tiroid hormonlarının üretiminde artış görülür. Hipotiroid görülen gebelerde erken dönemde tedavi başlanması fetüsün beyin gelişimi için önemlidir (Pacheco ve ark. 2013).

Böbrekler, vücudun kan akımının artması ile yaklaşık 1 cm uzar. Renal pelvis, kaliks ve üreterler progesterondan etkilenerek genişler. Uterus baskısı nedeniyle hafif

veya orta şiddette hidroüretronefroz görülebilir. Mesane büyür, kapasitesi artar ve üretra uzar (Helli ve ark 2011).

Östrojen konsantrasyonun artması ile üst solunum yollarında ödem ve damarlanmada artış meydana gelir. Tidal volüm ve ventilasyon süresinde %30-50 arasında artış görülür. Diyafram, uterusun baskısı ile 4-5 cm yukarı çıkar. Dolayısıyla akciğerlerinin total kapasitesinde %10-20 oranında küçülme olur. Kan gazında oksijenin arttığı, karbondioksitin azaldığı görülmektedir (Pacheco ve ark. 2013).

Gebelikte %90 oranında başta areola, vulva, linea abla, yüz olmak üzere pigmentasyon artışı gözlenir (Elling ve Powell 1997). Özellikle en sık güneş gören yanaklar, çene ve burunda melasma denilen gebelik maskesi meydana gelebilir. Güneş ışığı ile görülme şiddeti artabilirken, kalıcı olabilir (Cohen ve Kroumpouzos 2001; Paschoal ve Zanini 2004). Göbek ve çevresinde, kalçalarda ve göğüste stria gravidarum görülür. Bu çizgiler önce kırmızı çatlaklar olarak başlar, gebeliğin ilerleyen zamanlarda beyaz-gümüşi renk alır (Liston ve Thomas 2004). Linea albadaki artan pigmentasyon sonucu oluşan çizgiye linea nigra veya fusca denir (Ellis ve Wong 1984). Saçlı deride östrojene bağlı kılların çapının arttığı görülmüştür (Elchalal ve Nissimov 2003).

Gebelikte vücutta artan ekrin fonksiyonların ayak tabanında azalması ile dizitrotik egzema ve hiperhidroz görülme sıklığı artar. El ve ayak tırnaklarında kırılganlık artar (Lewis ve Winton 1982; Paschoal ve Zanini 2004).

Gebelikte, östrojenin su ve tuz tutumundan dolayı kan plazmasında %40-50, eritrosit hacminde %30 oranında artış görülmektedir (Constantine 2014). Eritrosit oranındaki artışın plazmaya göre daha az olması nedeniyle fizyolojik anemi görülür. Daha fazla hemoglobin için demir ihtiyacı artar. Bu durumda takviye demir preparatı kullanılmalıdır. Aksi halde demir eksikliği anemisi görülür (Larciprete ve ark. 2003). Trombosit çapı ve hacminde, fibrinojen seviyesinde artış görülür. Pıhtılaşmaya yatkınlığın artmasıyla tromboemboli riski artar (Marks 2007). Bu durumda gebelerin hareketsiz kalmaması, sık sık hareket etmesi gerekmektedir.

Kardiyovasküler sistemde oluşan değişimler daha belirgin bir şekilde gözlemlenir. Kalp atımda hızı ve hacminde %30-50 oranında artış görülür (Clark ve ark. 1989). Gebeliğin ilk haftalarında progesteronun vazodilatasyon etkisiyle kan basıncında hafif bir düşme görülürken, ilerleyen haftalarda yükselme eğilimindedir. Hipertansiyonu olan ya da yatkın gebelerde preeklempsi görülme riski artar. Vazodilatasyona bağlı

bacaklarda ve vulvada varis oluşma riski artar. Kalp atım hızı ve hacmini artmasına karşı artan kan volümü bacaklarda ödem sorununu ortaya çıkarır (Clark ve ark. 1989; Seely ve Ecker 2011).

Gestasyon haftasının artmasıyla büyüyen uterus, mide ve bağırsaklar olmak üzere çevre organlara baskı yapmaya başlar. Artan progesteron, midenin boşalmasını geciktirir, bağırsakta geçiş süresini uzatmaktadır. Bulantı, kusma, kabızlık ve şişkinlik şikayetlerinde artış görülür. Mide asidinin artması ile mide asiditesinde artış olur. Progesteron üst özefagel sfinkterin tonüsü değiştirmesi ile mide ekşimeleri ve reflü oranlarında yükselme olduğu saptanmıştır (Lee ve Saha 2011).

Özetle gebelik dönemi bir çok alanda değişimin yaşandığı bir süreçtir. Değişim ile birlikte bu süreç içerisinde anne ve doğal olarak bebek iç ve dış etkenlere karşı açıktır. Bu etkilenmelere karşı korunmada sağlık uygulamaları anne ve bebek sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır .

2.2. Gebelik Döneminde Sağlık Uygulamaları

Gebelikte sağlık uygulamaları gebenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını olumlu veya olumsuz gebelik sonuçlarını etkileyen aktivitelerdir. Sağlık uygulamaları, gebelik sonuçlarının iyi olması için hedeflenen aktivitiveleri içermektedir. Bunlar dengeli beslenme ve uygun kiloda olma (kilo kontrolü), düzenli egzersiz, ağız ve diş bakımı, gebelik ve doğum hakkında eğitim, sigara içmeme, alkol, yasa dışı maddeler, çok sayıda ilaç kullanma, riskli cinsel davranışlar, enfeksiyon ajanlarından korunmayı kapsamaktadır (Lindgren 2005).

Doğum Öncesi Bakım (DÖB), gebeliğin ve doğumun sağlıklı bir süreç içerisinde geçmesi için gebelik doyunca gebenin ve fetüsün alması gereken hizmetler bütünüdür. DÖB hizmetlerinin nitelikli olması gelişmekte olan ülkelerde anne-bebek ölümlerini azaltmasına, mortalite ve morbiditeyi azaltmasına, anne-bebek sağlığını iyileştirilmesi ve geliştirilmesine, gebelikte ve doğum sonu dönemde oluşabilecek hastalık veya komplikasyonların erken tanı ve tedavisinin belirlenmesine olanak sağlar (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Doğum öncesi bakımın daha etkin olabilmesi için prekonsepsiyonel dönemde başlanması gerekmektedir (Taşkın 2012).

Sağlık Bakanlığı'nın 2013'de yayınladığı "Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi "'ne göre her gebenin gebelikte en az 4 nitelikli bakım alması gerekmektedir. İlk izlemin gebeliğin 14. haftasında, 2. izlemin gebeliğin 18-24. haftaları arasında, 3. izlemin gebeliğin 28-32. haftaları arasında, 4. izlemin 36-38. haftalar arasında yapılması önerilmektedir. Bu izlemler sırasında gebe ile sağlıklı bir iletişim kurulur. Gebenin gerekli kişisel bilgileri, alışkanlıkları, soy geçmişi, tıbbi öyküsü, obstetrik öyküsü, mevcut gebelik öyküsü ayrıntılı sorgulanır, kayıt altına alınır ve izlemler sırasında değişimler değerlendirilir. Her izlemde gebenin fiziksel muayenesi, kan basıncı, nabzı, kilo ve boy ölçümleri alınıp, fetal kalp atımı sayılır. Kilo ölçümüne göre beden kitle indeksi belirlenir ve olması gerek ideal kiloya göre uygun beslenme ve egzersiz planı oluşturulur. Gebenin idrar tahlili, kan tahlilleri, serolojik testleri, gebenin ve eşinin kan grubu için tetkikler yapılır ve gereken tahliller tekrarlanır. 24-28. Haftalar arasında glukoz tolerans testi, 11-14. haftalar arasında fetal ense kalınlığı ve ikili test, 16-20. haftalar arası üçlü ve dörtlü test, 18-22. haftalar arası fetal anomali tarama testleri yapılması sağlanır. Gebe gebelikte karşılaşabileceği sorunlar hakkında bilgilendirilir ve gerekli önerilerde bulunur. Gebelikte tehlike işaretleri anlatılır ve bu durumlarda neler yapması gerektiği ve başvuracağı kurumlar anlatılır. Riskli durumlar değerlendirilir ve riskli durumlarda eğer kurum yetersizse bir üst kuruma sevki sağlanır. Tüm izlemler kayıt altına alınır (Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada doğum öncesi bakım alan 298 gebeden %57'sinin yeterli sayıda bakım aldığı görülmüştür. Çalışmada göre yaş, eğitim durumu, eşinin eğitim durumu, aile tipi, meslek, gebelik sayısı, planlı gebelik olup olmayışı DÖB almayı etkileyen faktörler olarak bulunmuştur (Pirinçci ve ark. 2010). Yapılan bir diğer çalışmada kırsal kesimde yaşayan gebelerin DÖB alma düzeylerinin kentte yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır (Ergin ve ark. 2010). 744 gebe ile yapılan bir araştırmada gebelerin, yeterli sayıda bakım aldıkları fakat verilen bakımın kalitesinin düşük olduğu görülmüştür (Çatak ve ark. 2014).

Taş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışma doğum öncesi bakımdan yararlanma oranı %57,4 olarak bulunmuştur. Bu eğitimin %57,4'ünün doktor, %37,5'nin ebe, %3,4'ünün hemşire tarafından verildiği görülmüştür. Çalışmada DÖB ile verilen eğitimler bebek sağlığı üzerine olumlu katkıları olduğu vurgulanmaktadır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2018) 391 gebe ile yaptıkları çalışmada DÖB alma oranın %93,6 olduğu

bulunmuştur. Gebenin yaşı, eğitim düzeyi, evlilik süresi, yaşayan çocuk sayısı, düşük sayısı, doğum sıklığı gibi faktörlerin arttıkça DÖB alma düzeyinin azaldığı, gebenin ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça DÖB alma düzeyinin arttığı görülmektedir.

2.2.1. Prenatal Sınıflar

Prenatal sınıflar anne ve baba adayının gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme adaptasyonunu sağlayan, bilgi eksikliklerinin giderilmesine ve yanlış bilgilerin düzeltilmesini sağlayan, yaşanılan korku ve stresin giderilmesini amaçlayan eğitimleri içermektedir.

Eğitim;

- gebelikte beslenme,
- hijyen,
- sigara kullanımı,
- cinsel hayat,
- egzersiz ve fiziksel aktivite,
- ilaç kullanımı,
- ağız ve diş bakımı,
- aşılanma,
- fiziksel yakınmalar,
- stres yönetimi,
- doğum şekilleri,
- doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri,
- postpartum döneme uyum,
- bebek bakımı,
- emzirme,
- aile planlaması gibi konuları içermektedir (Doğaner 2014). Bu konular döneme ve bulunan bölgeye bağlı olarak değişiklik gösterebilmektedir.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada prenatal sınıflara katılan gebelerin doğum korkularının azaldığı görülmüştür (Akın ve ark. 2018). Bir başka çalışmada ise prenatal sınıflara katılan ve sezaryen ile doğum isteyen gebelerin hepsinin vajinal doğum yaptığı görülmüştür. Ayrıca çalışmada eğitimlere eşlerin katılmasının önemine vurgu yapılmıştır (Buran 2015). Bir çok çalışmada ise prenatal sınıflardaki eğitimin prenatal bağlanmayı artırdığı ve depresyon riskini azalttığı görülmektedir (Kartal ve Karaman 2018).

2.2.2. Gebelik ve Doğumla İlgili Bilgi Edinme

Gebelik beraberinde getirdiği değişimlerle kadının fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarını arttırmaktadır. Bu yeniliklerle beraber bilgi eksikliği, tecrübesizlik, yaşam ve çalışma koşulları ise anne adayının stresini artırmaktadır (Madazlı 2005). Bu dönemde anne-baba adayları gebelik, doğum, doğum sonrası ve bebek bakımı hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak isterler. Gebelik izlemleri sırasında sağlık profesyonellerinden aldıkları danışmanlığın yanı sıra aile, yakın çevre, internet, kitaplar ve prenatal sınıflara katılımla bilgi eksikliklerini gidermektedirler (Gürel ve ark. 2006; Sözeri ve ark. 2006; Yenal ve ark. 2010; Pirdal ve ark. 2016; Batman 2018).

Ülkemizde 420 kadın ile yapılan bir çalışmada bu kadınların %82,1'inin gebelik, doğum ve doğum sonrası ile ilgili bilgilerini muayene ve DÖB dışında başka kaynaklardan aldıkları görülmüştür. Bu kaynaklar ise %54 kitap-dergi, %40 televizyon, %22,4 arkadaş/tanıdık, %4,8 internet olarak belirlenmiştir (Gürel ve ark. 2006). Yapılan bir başka çalışmada ise gebelerin %29,9'unun herhangi bir sağlık çalışanına ulaşmada güçlük yaşadıkları için interneti bilgi kaynağı olarak kullandıkları belirtilmiştir (Hadımlı ve ark. 2018).

2.2.3. Gebelikte Dinlenme ve Uyku

Gebelikte artan fizyolojik ve psikolojik ihtiyaçlar doğrultusunda uyku kalitesinde değişiklikler görülmektedir (Pınar ve ark. 2014). İlk trimesterda gündüz uykuları ve uyku halini arttığı gözlemlenmiştir (Lee ve ark. 2000). İlerleyen haftalarda bulantı ve kusma ile başlayıp, son trimesterda sırt ağrıları, sık idrara çıkma gibi sorunlarla uyku kalitesinde ve süresinde azalmalar görülmüştür. Uykusuzluk, horlama, gece uyanmaları, gündüz uykusunun artması gibi uyku bozukluklarının anne ve bebek üzerinde olumsuz etkiler barındırmaktadır. 209 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada horlamanın gebelik hipertansiyonu ve sezaryen doğum riskini arttığı saptanmıştır (Sharma ve ark. 2016). 3705 gebe üzerinde üzerinde yapılan bir çalışmada uyku bozuklukları yaşayan gebelerle,

preeklempsi, hipertansif hastalıklar ve GDM ile ilişkili olduğu görülmüştür (Facco ve ark. 2017). Bir veya daha fazla çocuklu annelerde ve orta yaş grubundaki annelerin gebeliklerinde daha fazla uyku sorunu yaşadığı görülmüştür (Desmonts ve Couvreur 1974; Hedman ve ark. 2002; Pınar ve ark. 2014). Bunların yanı sıra uyku bozukları gebenin yaşam kalitesini büyük ölçüde azalttığı yapılan çalışmalarda görülmektedir (Sut ve ark. 2016; Köybaşı ve Oskay 2017; Özhüner 2017). Sağlıklı bir gebelik ve sonucu için gebenin dinlenme ve uyku için yeterli zamanı ayırması, uyku bozuklarına sebep olan sorunların çözümü için profesyonel yardım ve ebelik bakımı alması gerekmektir. DÖB sırasında ebelerin danışmanlık ile sorunları saptaması, gebe ve ailesine yön göstermesi önemlidir (Özhüner 2017).

2.2.4. Gebelikte Egzersiz

Gebelik, meydana getirdiği fizyolojik ve morfolojik değişimler ile fiziksel aktivitede artma ve egzersiz ihtiyacını doğurur. Gebeye kontrolleri ve danışmanlıkları sırasında içinde bulundukları fiziksel iyilik haline göre uygun egzersiz ve aktiviteler önerilmeli, bunların yararları anlatılmalıdır. Riskli gebeliklerde ise doktor tarafından gerekli eğitimler verilmeli, gerektiğinde ise fiziksel kısıtlamaya gidilmelidir (Şimşek ve ark. 1997; ACOG, 2002; Akbayrak ve ark. 2008; Gavard ve Antal 2008; Yargıç ve ark. 2014). Normal bir gebelik sürecinde yapılan fiziksel aktivite ve egzersizin gebenin;

- Sağlıklı kilo almasına,
- Gebelikte alınan kiloların hızlı ve sağlık verilmesine (Nascimento ve ark. 2014),
- Kaslarının güçlendirilmesine,
- Dolaşım ve sindirim sisteminin düzenlenmesine,
- Doğuma bağlı oluşabilecek fiziksel komplikasyonların azaltılmasına,
- Vajinal doğum süresinin kısaltılmasına (Larsson ve Lindqvist 2005),
- Postpartum iyileşme süresinin kısaltılmasına,
- GDM riskinin azaltılmasına (Tobias ve ark. 2011),
- Duruş bozukluklarının ve buna bağlı oluşan ağrıların azaltılmasına (Köken ve Yılmazer 2007),

- Sezaryen oranlarının ve analjezi kullanma ihtiyacını azaltılmasına (Barakat ve ark. 2012),
- Gebelik ve postpartum depresyon ve anksiyetenin giderilmesine,
- Varis oluşumunun azalmasına yardımcı olur (Nascimento ve ark. 2012).

Yüzme, yürüyüş, pilates, yoga, hafif düzeyli aerobik gebelikte güvenle yapılabilecek aktivitelerdendir. Jogging, bisiklet, basketbol, voleybol, su altı sporları, dalış, jimnastik, kayak, binicilik gibi aktivitelerin gebelik üzerinde olumsuz etkileri görülmüştür (Köken ve Yılmazer 2007; Akbayrak ve ark. 2008).

2.2.5. Gebelik ve Beslenme

Gebelikte beslenme ile normal bir insanın dengeli ve sağlıklı beslenmesi aynıdır. Tek fark gebenin hem kendisi hem bebeği hem de laktasyon dönemine hazırlık için ihtiyacı olan protein, enerji ve vitamin miktarının artmasıdır (Avcı 2014). Gebelikte bazal metabolizma normale göre %20 artmaktadır. Gebenin ve fetüsün ihtiyaç duydukları enerjinin karşılanması için günde 2200-2900 arasında dengeli kalori alımı sağlanmalıdır. Enerjinin %50-60'ı karbonhidratlardan, %12-15'i proteinlerden, %25-30'u yağlardan alınmalıdır. Basit şekerlerden uzak durulmalı, karbonhidrat ihtiyacı kompleks karbonhidratlardan karşılanmalıdır. Her gün en az 60 gram kaliteli protein alınması gerekmektedir. Gebelikte çoklu doymamış yağ asitleri ve uzun zincirli çoklu doymamış yağ asitleri fetüsün gelişimi tüketilmesi önerilmektedir. Gebelikte her haftada en az 227 gram deniz ürünü tüketimiyle omega-3 alınması gerekmektedir. Omega-3 fetüsün görsel ve bilişsel gelişimini önemli yönden etkiler (Kaiser ve Allen 2008).

Folik asitten fakir bir beslenme, eğer takviye besin alınmazsa orfasiyal yarıklar, kardiyak anomaliler ve nöral tüp defektlerinin görülme sıklığını artırmaktadır (Demir ve ark. 2001). Yetersiz beslenmenin neden olabileceği maternal anemi, fetal büyüme ve gelişmeyi olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Yetersiz beslenme preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olabileceği görülürken (Hobel ve Culhane 2003) aşırı beslenmenin maternal ve fetal obeziteye yol açacağı ve doğumun seyrini olumsuz etkileyebileceği görülmektedir (Avcı 2014). Yapılan sistematik bir incelemede gebelik öncesi ve gebelik sırasında alınan mineral ve vitamin takviyesinin düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu ve preterm doğum riskini azalttığı belirtilmiştir (Ramakrishnan ve ark. 2012).

Gebelikte vücudun besin ve enerji ihtiyacının artması ile gebenin daha düzenli ve kontrollü beslenmesi şarttır.

2.2.6. Gebelik ve Kilo Alımı

Gebelikte oluşan fizyolojik değişimler, artan besin ve enerji ihtiyacının karşılanması ve fetüsün büyümesi ile kilo alımı başlar. Kilo alımının dengeli ve sağlıklı bir şekilde olması oluşabilecek maternal ve prenatal riskleri azaltmaktadır. Bu nedenle prekonsepsiyonel ve prenatal dönemde karşılaşılan her kadınla kilo alımı ve önemi hakkında konuşulmalı, gerekli ölçümler yapılarak BKİ (Tablo 2-1) hesaplanmalı, gebelik sırasında alması gereken kilo belirlenmelidir (Kadanalı ve ark. 1994; Api ve ark. 2005; Daşıkan ve Kavlak 2009).

Tablo 2-1: Tıp Enstitüsünün Gebelikte Kilo Alma Önerileri(ACOG 2013O

Kategori	BKİ*	Önerilen Kilo Alımı
Düşük kilolu	<18.5	12.5-18
Normal kilolu	18.5-24.9	11.5-16
Fazla kilolu	25-29.9	7-11.5
Obez	≥30	≤7

*BKİ: Beden Kitle İndeksi

Gebenin gereğinden fazla kilo alması bir çok komplikasyonun gelişmesine zemin hazırlamaktadır. Abortus, GDM, gestasyonel hipertansiyon, preeklepmsi, eklempsi, sezaryen ile doğum, makrozomik doğum, omuz distosisi, preterm doğum, venöz tromboembolizm, postpartum kanama, müdahaleli doğum ve postpartum enfeksiyonlar oluşabilecek komplikasyonlardır (Boots ve Stephenson 2011; Avcı ve ark. 215; Ovesen ve ark. 2015; Şahin 2015; Ekin ve ark. 2017; Kumru 2018).

Ülkemizde 849 gebe ile yapılan bir çalışmada obez grubundaki (n=46) gebelerde GDM, prekeklempsi, sezaryen doğum ve makrozomik doğum görülme oranının yüksek olduğu ve anlamlı derecede ilişkisi olduğu görülmüştür (Ekin ve ark. 2017). Dikmen ve Çankaya'nın (2018) yaptıkları çalışmada obez grubundaki gebelerin, prenatal bağlanma düzeylerinin diğer gruplara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Doğan ve

arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada gebelik öncesi BKİ'sine göre obez olan gebelerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bulunmuştur.

2.2.7. Gebelik ve Kafein Tüketimi

Gebelikte kafein kullanımı günümüzde oldukça yaygındır. Kafeinin plasentadan kolayca geçmesi, fetüsün doğrudan etkilenmesini demektir. Gebelikte alınması gereken doz miktarı hala kesinlik kazanmasada 100-150 mg kafein alımın normal olduğu, bu sınırında üstünde maternal ve fetal risklerin arttığı belirtilmektedir (Rhee ve ark. 2015). Araştırmalara göre günde 150 mg'dan fazla alınan kafeinin; plasentadaki kan akımını azalttığı, fetoplasental vazokonstrüksiyon ve hipoksiye neden olduğu, fetal taşikardi, fetal gelişim geriliğine yol açtığı, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna neden olduğu ve abortusa neden olduğu görülmüştür (Atasü ve Benian 2000; Vik ve ark. 2003; Weng ve ark. 2008; Efe 2009; Deniz ve ark. 2015; Li ve ark. 2015; Jahanfar ve Jaafar 2015). Annenin yüksek dozda kafein alması, yenidoğanda yoksunluk sendromu görülmesine neden olmaktadır (Başgöl ve Oksay 2012). Prekonsepsiyonel dönemde alınan yüksek dozda kafeinin düşük doğum ağırlıklı bebek ve spontan abortus açısından risk taşıdığı bilinmektedir (Gaskins ve ark. 2018; Peacock ve ark. 2018). Gebelik takiplerinde gebelerin kafein kullanma durumları sorgulanmalı ve uygun danışmanlık verilmeli, günlük bir fincan şekersiz kahve içmesi önerilmelidir.

2.2.8. Gebelik ve Sigara Kullanımı

Gebelikte sigara kullanımı, başta gebenin sağlığı olmak üzere, plasenta ve fetüs üzerinde büyük hasara neden olmaktadır. Plasentanın olumsuz etkilenmesiyle fetüsün beslenmesi etkilenir ve İUGR, düşük doğum tartılı doğmasına, organ disfonksiyonlarına yol açmaktadır (Andersen ve Hermann 1984, Meyer ve ark. 1976; Vik ve ark. 2003). Gebelikte sigara kullanımı spontan abortus, erken membran rüptürü, ektopik gebelik, preterm doğum, plasenta previa ve ablasyo plasentaya neden olabilen yüksek risk taşıyan bir faktördür (Nash ve Persaud 1988; McKinnon ve ark. 2015; Penzias ve ark. 2018).

Ülkemizde 815 gebeyle yapılan bir çalışmada gebelik haftası, çocuk sayısı, gebelik sayısı, istenmeyen/planlı gebelik olma durumu, DÖB alma durumu gibi faktörlerin gebelikte sigara içilmesini etkilediği belirlenmiştir (Tarhan ve Yılmaz 2016). 205 gebe üzerinde yapılan bir araştırmada gebelikte sigara içmenin postpartum depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür (Keleş 2007).

115 lohusa ile yapılan bir çalışmada gebelikte sigara kullananların bebeklerinde doğum kilosunun, boy uzunluğunun ve plasenta ağırlıklarının, kullanmayanlara göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Durualp ve ark. 2011; Günaydın ve ark. 218).

24 çalışmada toplam 5607 gebeyi içeren bir meta-analiz sonucunda pasif sigara içiciliğinin erken doğum tehditini artıran bir risk olduğu saptanmıştır (Cui ve ark. 2016). Özel ve arkadaşlarının 2018 yılında 50,140 gebe ile yaptıkları bir araştırmada, gebelikte sigara içme yüzdesinin dünyadaki diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olduğu, ölü doğum sayısının daha fazla olduğu bulunmuştur (Özel ve ark. 2019).

2.2.9. Gebelik ve Alkol Kullanımı

Gebelikte alkol kullanımı tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olmaktadır. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında global olarak gebelikte alkol kullanımın %9,8 olduğu bulunmuştur ve her yıl yaklaşık olarak 119 bin yenidoğanın fetal alkol sendromu ile doğduğu görülmüştür (Popova ve ark. 2017). Gebelikte az miktarda bile olsa alkol kullanımının doğum defektleri ve uzun dönemde gelişimsel bozukluklara neden olduğu bilinmektedir. Preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, fetal alkol sendromu, mental retardasyon, büyüme geriliği, merkezi sinir sisteminin yavaşlaması, fasiyal malformasyonlar, mikrosefali, konjenital kalp yetmezliği gebelikte alkol kullanımının neden olduğu sorunlardır (Coles ve ark. 1991; Bailey ve Sokol 2008; May ve ark. 2015).

Alkollü içeceklerde kullanılan tek alkol türü olan ethanol, plasentadan fetüse hızlı bir şekilde geçmektedir ve fetüsün uzun süre ethanole maruz kalmasına neden olmaktadır. Gebelikte alkol kullanımının kronik hale gelmesi fetal alkol sendromuna yol açar. İUGR, postnatal gelişme geriliği, merkezi sinir sistemi fonksiyon bozuklukları, kranyofasyal anomaliler, iskelet-eklem-vertebral anomaliler, inmemiş testis, yarık damak, yarık dudak, hidrosefali, konuşma, görme ve işitme bozuklukları, renal anomaliler, kardiyak defektler, dış genital anomalileri ve yoksunluk belirtileri fetal alkol sendromunun sonucunda görülmektedir (Hanson ve ark. 1976; Clarrem ve Smith 1978; May ve ark. 2015; Popova ve ark. 2016).

Amerikada 1278 çocukla yapılan bir araştırmada fetal alkol sendromlu ve kısmi fetal alkol sendromlu çocukların annelerinin eğitim düzeyi düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca bu kadınların gebeliklerini geç farkına vardıkları, gebelikleri süresince depresyon yaşadıkları, marihuana ve metamfetamin kullandıkları görülmüştür. Gebelikten önce ve sırasında alkol kullanan anneleri çocuklarında fetal alkol sendromunun daha ağır geçtiği

görülmektedir (May ve ark. 2015). Bir başka çalışmada ise fetal alkol sendromu ile doğan çocukların %69'unde mikrosefali, %85'inde düşük kilo ve hepsinde fasyal anomaliler ve merkezi sinir sistemi anomalileri görülmüştür (Fitzpatrick ve ark. 2015).

DÖB sırasında alınan ayrıntılı anamnezde alkol kullanım durumu sorgulanmalı ve kullanan gebelerde gerekli takipleri sıklaştırılmalı, risklerini açıklamalı, rehabilitasyon programlarına katılımı sağlanmalıdır.

2.2.10. Gebelik ve İlaç Kullanımı

Gebelikte ilaç kullanımı, son yıllarda giderek yaygınlaşmaktadır. Yapılan araştırmalarda gebelerin %80-90'ının gebelikte en az bir ilaç kullandığı görülmüştür (Mitchell ve ark. 2011; Lupatelli ve ark. 2014). İlaçlar, etken maddeleri nedeniyle teratojenik etkiler gösterebilmektedirler. Amerika'da ki Gıda ve İlaç Dairesi'nın ilaçlara yönelik getirdiği gebelikte risk kategorileri zararlı ve riskli ilaçların belirlenmesini sağlamıştır. İlaçlar A, B, C, D ve X grupları altında listelenmiştir. A grubu ilaçlar teratojenik riski olmayan ilaçlardır. B grubu hayvanlarda yapılan çalışmalarda teratonejik etki olmamasına rağmen deneylerin insanlar üzerinde yapılmadığı ilaçları içeren ya da hayvanlarda teratojenik etkisi var iken insanlar üzerinde olmadığı gruptur. C grupta hayvanlar üzerinde teratojenik etkisi varken insanlar üzerinde olmayan ya da herhangi bir çalışma yapılmayan ilaçları içerir. D grubu ise teratojenik etkisi kanıtlanmış ilaçları içerir ancak bu gruptaki ilaçlar hayatı tehdit eden hastalıklarda tedavi amacı kullanılabilir. X grubundaki ilaçların teratojenik etkisi yüksek, zararları yararlarından fazladır ve kullanımı kesinlikle yasaktır. Bu kategorilerin, ilaçların prospektüslerinde belirtilmesi zorunlu kılınmıştır (Feibus 2008).

Ülkemizde retrospektif olarak yapılan bir araştırmada antidepresan, antibiyotik ve analjezik grubu ilaçların gebelikte en sık kullanılan gruplar olduğu görülmüştür. Çalışma prekonsepsiyonel dönemden itibaren gebelik düşünen ve gebelerin ilaç kullanımı ile ilgili eğitim almaları gerektiğini saptamıştır (Göker ve ark. 2012). Engeland ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları retrospektif araştırmada gebelerde reçeteli ilaç kullanımının 2005-2015 yılları arasında %57'den %62'ye yükseldiği saptanmıştır. İlk trimesterda potansiyel teratojenik ilaç kullanımı %15'den %19'a yükseldiği görülmüştür. Teratojenik ilaç kullanımı ikinci trimesterda %8,9 ve üçüncü trimesterda %8 olarak belirlenmiştir. Olukman ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları araştırmada gebelerin kullandıkları ilaçların %1,4'ünün A kategorisi, %42,9'unun B kategorisi, %42,4'ünün C kategorisi, %6,7'sinin

D kategorisi ve %3,1'inin X kategorisi olduğu saptanmıştır. %83,6'sınını ilk trimesterda ilaç kullandığı ve % 10'nun bir etkene maruz kaldığı görülmüştür.

Gebeliğin organogenez safhasında alınan ilaçların teratojenik etki gösterme oranı diğer dönemlere göre çok daha fazladır. Gebelikte demir preparatları, vitamin takviyesi, folik asit dışındaki ilaçların kullanımına hem anne hem fetüs yönünden dikkatle değerlendirip fayda ve zarar duruma göre karar verilmesi elzemdir. Tüm ilaçların risklerinin ayrıntılı olarak araştırılması mümkün olmasada gebelikte ilaç kullanımında dikkatli olunması konusunda gebelere eğitim verilmelidir.

2.2.11. Gebelik ve Marijuana Kullanımı

Marijuana gebelikte en sık kullanılan yasadışı uyuşturucudur. Marijuana plasentadan direkt geçebildiği gibi anne sütüne de geçmektedir(Metz ve Stickrath 2015). Gebelikte marijuana kullanımının preterm doğuma, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna, İUGR'e, mental retardasyona ve ölü doğuma neden olduğu bilinmektedir. Bazı çalışmalar postpartum marijuana kullanımının depresyona ve emzirme süresinin kısalmasına neden olduğunu göstermiştir (Hayatbakhsh ve ark 2012; Metz ve Stickrath 2015; Volkow ve ark. 2017; Ko ve ark 2018).

396 gebe üzerinde yapılan bir çalışmada 116'sının marijuana kullandığı, kullananların eğitim düzeylerinin düşük olduğu, aynı zamanda sigara ya da alkol kullandıkları, birçoğunun geçmişte şiddet ya da taciz gördüğü ya da depresyonda oldukları görülmüştür (Mark ve ark. 2016). Yaygınlaşan bu risk karşısında ebelerimiz başta olmak üzere tüm sağlık çalışanları eğitim almalı ve prekonsepsiyonel dönemden itibaren tüm gebeler ve eşleri farkındalık açısından eğitilmelidir.

2.2.12. Gebelik ve Yasadışı Madde Kullanımı

Gebelikte madde kullanımı, eğitimler ve farkındalığın artmasına rağmen son yıllarda artışa geçmiştir (AWHONN 2018). Madde kullanımının maternal bağımlılığın yanı sıra neonatal bağımlılığa neden olmakta ve yenidoğanın ömrü boyunca bağımlı olma riskinin artmasına neden olmaktadır (WHO 2014).

Gebelikte kokain kullanımı fetüste preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, beyin hasarları ve kardiyo vasküler anomalilere neden olmaktadır (Bateman ve ark 2000; Schempf ve ark. 2008). Gebede ise ablasyo plasenta, erken membran rüptürü, spontan abortusa neden olmaktadır (Muhuri ve Gfroerer 2009; Maghsoudlou ve ark 2017).

Amfetamin kullanımının maternal riskleri ablasyon plasenta, erken membran rüptürü, preterm doğum, hipertansiyon, preeklempsi, serebrovasküler olay ve anemidir (Gorman 2014). Fetüs üzerine etkileri İUGR, konjenital anomaliler (yarık dudak, yarık damak, v.b.), kardiyak anomaliler, kalça anomalileri, fetal taşikardi, intrauterin ölüm ve yenidoğanda emme güçlüğü olarak görülmektedir (Behnke ve Smith 2013; Viteri ve ark. 2015).

Eroin kullanımının gebelikte teratojenik etkileri görülmesede plasentadan kan yoluyla fetüs geçmektedir. Spontan abortus, İUGR, erken membran rüptürü, antepartum kanama, preterm doğum ve ölüm doğuma neden olduğu bilinmektedir (Mactier 2011; Gilfillan ve ark. 2018).

2.2.13. Gebelik ve Ağız Diş Bakımı

Gebelikte hormonların yol açtığı diğer sistem sorun sorunları ise gingivitis, diş eti tümörü, diş çürükleri ve diş dökülmesidir (Bodur ve ark. 2010). Görülme oranları tam belirlenemese de yaygındır. Ağız hijyenine dikkat edilmediği durumlarda daha çok artmakta ve ihmal edilmektedir. Tedavi edilmeyen bu sorunların preterm doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, çocukluk döneminde erken diş çürüklerine neden olabileceği gibi preeklempsi ve erken membran rüptürüne neden olduğu bilinmektedir (Lopez ve ark. 2002; Ressler ve ark. 2005; George ve ark. 2012; Puertas ve ark. 2018). Yapılan bir meta-analiz incelemesinde bir çok epidemiyolojik, moleküler, mikrobiyolojik çalışmalar ve hayvan modelli deneyleri, preterm doğum ile periodontal hastalıklar arasında güçlü bir pozitif bağ olduğunu ortaya koymuştur (Lopez ve ark. 2015).

Gebelikte ağız sağlığı ve yaşam kalitesini incelemek için yapılan bir çalışmada, gebelikte gingivitisi olan kadınların ağız ve diş sağlığının, gebe olmayan hastalık sahibi diğer kadınlara göre daha zayıf olduğu ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür (Göktürk ve Yarkaç 2019). 264 gebe ile yapılan bir araştırmada gebelerin ağız ve diş sağlığına yönelik bilgilerinin ve alışkanlıklarının yeterli olmadığı, özellikle multipar gebelerin bilgilerinin daha yanlış olduğu görülmüştür (Kaydırak ve ark. 2018). Bir diğer çalışmada 265 gebenin %51,3'ünün gebelikte ağız sağlığının önemi hakkında bilgi sahibi olmadığı görülmüştür (Erzincan ve ark. 2019).

Mut ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları araştırmalarında gebeliklerin %90,7'sinin diş çürüğü veya eksik diş nedeniyle, %56,9'unun diş eti hastalıkları nedeniyle tedaviye ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir. Son bir yılda %39,3'ünün diş hekimine kontrole gittiği,

yalnızca %6'sının gebeliği sırasında diş hekimine gidebildiği görülmüştür. %7,3'ünün gebeliği sırasında ağız ve diş sağlığı eğitimi aldığı belirtilmektedir (Mut ve ark. 2014).

Bu sebeple mümkünse prekonsepsiyonel dönemden itibaren ya da mümkün değilse doğum öncesi bakım alma sırasında gebelerin ağız ve diş sağlığı değerlendirilmeli ve danışmanlık verilerek mortalite ve morbiditenin önüne geçilmelidir. Gerekli eğitimlerle bilinen ve yapılan yanlışlıkların önüne geçilmelidir.

2.2.14. Gebelik ve Rahatlama Yöntemleri

Gebelik, kadının hayatını değiştiren doğal bir süreçtir. Anne adayında heyecan ve beklentinin yanı sıra oluşan fiziksel ve hormonal değişimlerin yol açtığı sorunlardan dolayı stres, anksiyete ve depresyon görülebilmektedir (Alder ve ark 2007; Schetter 2011; Entringer ve ark 2015; Tiran ve Chummun 2015). Gebelikte yaşanan stresinin preterm doğum başta olmak üzere fetüs üzerinde bir çok olumsuz etkiye sebep olduğu görülmüştür (Schetter ve Glynn 2011; Ding ve ark. 2014).

Gebeliğin getirdiği değişimler her kadın tarafından farklı algılanmakta ve yaşanmaktadır. Bu farklılıkların temelinde kadının geçmişte yaşadıkları, kişisel özellikleri, içinde yaşadığı kültür, gebeliği nasıl kavradığı ve karşılaştığı sorunlarla baş etme mekanizmasını nasıl geliştirdiği yatmaktadır. Gebelikte, tüm ailenin bu sürece adaptasyonu son derece önemlidir. Gebenin stresinin, endişelerinin, korkularının, bilgi eksikliğinin giderilmesi ve gebeliğe uyum sağlaması açısından çeşitli yöntemlere başvurma ihtiyacı doğmaktadır. Özellikle eşi olmak üzere aile üyelerinden aldığı fiziksel ve manevi desteğin olumlu etkileri görülmektedir. Doğum öncesi bakımları sırasında alınan ebelik bakımı, gebe ve ailesine rahatlama yöntemleri ve bilgi eksikliğini giderilmesi açısından büyük öneme sahiptir (Tiran 2003; Karamoozian ve ark. 2015; Tiran ve Chummun 2015).

Ayrıca prenatal sınıflar, gevşeme terapisi, prenatal yoga, gebelik pilatesi, masaj, akupunktur, müzik terapisi gibi yöntemlerin gebeliğin getirdiği fiziksel ve manevi değişimlere uyum sağlama ve daha konforlu bir gebelik geçirilmesini sağlar (Chang ve ark. 2008; Aktan 2015; Tiran ve Chummun 2015; Altıparmak ve Coşkun 2016; Alkan ve Özçoban 2017; Aydın ve ark. 2019).

2.2.15. Gebelik ve Travma

Gebelikte travma, maternal ve fetal morbitide ve mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir. Travmanın en yaygın nedenleri motorlu araç kazaları, düşme, saldırı, silahlı yaralanmalar ve yanıklardır (Mirza ve ark. 2010; Mihmanlı ve Karahisar 2012). Travma, tüm gebeliklerin %6'sında görülürken, anne ölümlerinin %46'sına neden olmaktadır. Preterm doğuma, abortusa, ablasyo plasentaya, uterin rüptüre, fetomaternal kanamaya, fetal ve maternal ölümlere yol açmaktadır (Chames ve Pearlman 2008). ACOG gebelikte travmayı pelvik kırıklar, künt karın travması ve penetran travma olmak üzere 3 bölümde kategorize ediyor (ACOG 2004).

Obstetrik travma vakasında yaklaşım anne ve fetüs için iki ayrı birey olarak değerlendirme olmalıdır. Gebeliğin fizyolojisi ve meydana getirdiği değişimler göz önünde bulundurularak yapılan bir tedavi yaklaşımı maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır (Muench ve Canterino 2007; Chames ve Pearlman 2008; Mirza ve ark. 2010).

Maternal tedavi ve stabilizasyon öncelikli bir yaklaşım olmalıdır ve sonrasında fetal iyilik durumu değerlendirilmelidir. Fetal kalp atımı izleme, ultrasonografi, bilgisayarlı tomografi, açık periton lavajı ve laparotomi tanı ve takip için değerlendirme yöntemleridir (Mirza ve ark. 2010).

2.2.16. Gebelikte Cinsellik ve Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

Gebelikte salgılanımı artan progesteron ve östrojen, gebenin cinsel ilişkiye daha duyarlı olmasına neden olur. Gebeliğin ilk trimesterında gebeliğe bağlı değişimlerin şiddetine ve bu değişimlere uyumuna bağlı olarak cinsel istekte artış veya azalış görülmektedir. Bulantı, kusma, uykuya yatkınlık, yorgunluk, bel-sırt ağrıları, memelerde hassasiyet, beden imajında bozulma hissi, vajinal salgıların artışı cinsel isteği azaltabilir (Güleroğlu ve Beşer 2014). İkinci trimesterda ise gebeliğe ve değişimlere uyum ile cinsel istekte artış görülebilir. Son trimesterda ise gebeliğin getirdiği fizyolojik değişikliklerin artması ile cinsel istekte azalma görülür (Eryılmaz ve ark. 2002; Pauleta ve ark. 2010; Güleroğlu ve Beşer 2014). Ayrıca düşük korkusu yaşayan ya da daha önce düşük öyküsü olan gebelerde cinsel istekte azalma görülebilir. Böyle bir durumda tıbbi muayenesine göre düşük riski olan veya tekrarlama riski olan gebelerde cinsellik yasaklanır.

Gebelik, toplumlarda kutsallığı artırılan bir dönem olmakla beraber bu süreçte cinsellik çoğu toplumda bir tabudur. Ancak gebelikte, ablasyo plasenta, vajinal kanama ve enfeksiyon, servikal yetmezlik, erken doğum tehditi, düşük riski, erken membran rüptürü, gebe ve ya eşinde var olan cinsel yolla bulaşan hastalık gibi durumlar dışında cinsellik yasaklanmamalıdır. Gebe ve eşine bu konuda danışmanlık verilmeli ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaları için bariyer yöntemler hakkında eğitim verilmelidir (Ertem ve Sevil 2012; Kontoyannis ve ark. 2012; Sadi ve Aksu 2016).

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH) az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde toplum sağlığını tehdit eden yaygın bir hastalıktır. Bu ülkelerde görülen insidans ve prevalans oldukça yüksektir. Dünyada 30'dan fazla patojenin cinsel yolla bulaştığı bilinmektedir. Bunlardan en yaygın olanları olan; Human Immunodeficiency Virüs (HIV), Herpes Simpleks Virüs (HSV), Hepatit B ve Human Papiloma Virüsü (HPV) tedavisi henüz mümkün olmayan CYBH'dandır. Sifiliz, Klamidya, Gonore, Trikomonas Vajinalis tedavi ile geçen hastalıklardandır (Newman ve ark. 2015).

CYBH'ların gebelik üzerinde büyük olumsuz etkileri vardır. Sifilizin bir yılda 212,327 ölü doğuma veya anne karnında ölüme, 91,764 yenidoğan ölümüne, 65,267 preterm doğum ve düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve 151,547 enfeksiyonlu bebek doğumuna neden olduğu bilinmektedir (Newman ve ark. 2013).

Herpes simpleks virüsü (HSV) tip I ve tip II enfeksiyona sebep olmaktadır. Tip II virüs genital tutumludur ve HSV enfeksiyonlarının çoğunun etken ajanıdır. HSV tip II transplasental yol ile fetüse geçer. Aktif enfeksiyon olan gebelerde doğum sezaryen ile gerçekleştirilmelidir. HSV ile enfekte gebede abortus riski, preterm doğum riski, konjenital malformasyonlar ve nörolojik sekel görülme riski artmıştır (Kim ve ark. 2012; Taşkın 2012).

HIV enfeksiyonu anneden bebeğe gebelikte, doğum ve emzirme ile geçmektedir. Enfekte bebekte bakteriyel enfeksiyonlar, adenopati, lenfositik intertisiyel pnömonotis, hepatosplenomegali görülür ve ilerleyen zamanda AIDS tanısı konulur. AIDS tanısı alan bebeklerde yaşam ömrü yaklaşık 6 ay olarak belirtilmiştir (Aslantekin ve Şenol 2007; Taşkın 2012).

CYBH'ların gebelikte anne ve fetüste mortalite ve morbiditeyi arttırdığı görülmektedir. Birçoğunun tedavisi olmaması, tedavi süreçlerinin pahalı ve zorlu olması sebebiyle bu hastalıklardan korunmak birincil amaç olmalıdır. Bu sebeple, sadece

gebelerin değil tüm halkın eğitilmesi ve taramaların yapılması gereklidir. Gebelikte DÖB sırasında gerekli tarama testleri yapmalı, ebelerimiz tarafından gebeye kondom kullanımını anlatmalı ve CYBH ile ilgili danışmanlık vermelidir.

2.2.17. Gebelik ve Bitkilerin Kullanımı

Günümüzde gebelikte bitkilerin alternatif tıp olarak kullanılması oldukça yaygındır. Kullanılan bitkilerin güvenilirliği açısında bilimsel olarak yeterince kanıtımız olmasa da toplumlar ilaçların yerine bitkileri kullanmayı daha güvenilir bulmaktadır (Allaire ve ark. 2000; WHO 2015).

Yapılan çalışmalarda bazı bitkilerin ölü doğum, teratojenik etki ve advers etki gibi sonuçlara yol açtığı görülmüştür (Dugoua ve ark. 2008; Choi ve ark. 2013). Yeterli kanıt olmasada bitkisel ürünlerin kullanımının, fetal morbidite ve mortaliteyi artırabileceği unutulmamalıdır. Gebelikte bulantı, kusma, soğuk algınlığı, GDM, enfeksiyonlar, stria gravidarum gibi sorunlar için bitkilere başvurmaktadırlar. Papatya, zencefil, kızılcık, ekinezya, yeşil çay, nane, sarımsak, badem yağı kullanılan bitkiler arasındadır (Hollyer ve ark. 2002; Holst ve ark. 2009; Bishop ve ark. 2011).

Kıssal ve ark.'nın (2017) yaptıkları bir çalışmada 366 gebenin %47,3'ünün gebelikte en az bir kere bitkisel ürün kullandıkları görülmüştür. Ihlamur, nane-limon, zencefil en çok kullanılan bitkilerdir. Bu kadınların hiç kimseden öneri almadan bu bitkileri kullandıkları görülmüştür (Kıssal ve ark. 2017).

Durmuş ve arkadaşları (2016) yaptıkları derlemede toplumun gestasyonel diyabet için kullandıkları bitkileri incelemişlerdir. Derleme sonucunda acı yavşan, pelin otu, ısırgan, karamuk, ebegümeci, kekik ve ökse otunun yan etkileri olması sebebiyle gebelikte kesinlikle kullanılmaması gerektiğini saptamışlardır. Maydanoz, ışkın, yer elması, yaban mersini ve zahterin ise dikkatli kullanılması gerektiğini; altın çilek, ceviz, karahindiba, karadut, zeytin, karayemiş, böğürtlen, sumak, bük üzümü ve kuşburnunun ise literatürde belirtilen zararlı bir etkisi olmadığı vurgulamıştır. Çalışma bu bitkilerin sağlık uzmanı tavsiyesi olmadan kullanılmaması gerektiğini belirtmiştir (Durmuş ve ark. 2016).

Ülkemizde yapılan bir çalışma gebelerin %22,2'sinini gebelikte bitkisel ürün kullandığı görülmüştür. Bu bitkiler %64,4 zencefil %24,4 nane, %22,2'sinin ıhlamur ve ekinezya, %15,5 papatya ve rezene, %4,4 karanfil ve rezene olarak belirlenmiştir.

Çalışmada yaş ortalamasının arttıkça bitkisel ürün kullanma oranında arttığı saptanmıştır (Adıgüzel ve ark. 2015).

Gebelikte kontrollerinde gebe ve ailesiyle bitkilerin kullanılması hakkında konuşulması, bilgi düzeyleri ölçülmesi ve uygun danışmanlık verilmesi önemlidir.

2.2.18. Gebelik ve Vücut Hijyeni

Gebelikte meydana gelen hormonal ve fizyolojik değişimler başta vajinal olmak üzere enfeksiyonlara yatkınlığı artırmaktadır. Gebe, vücut hijyenine gerekli önemi vermez ise oluşabilecek enfeksiyonlar fetüsü ve sonraki dönemde kadının doğurganlığını olumsuz etkilediği görülmüştür (Taşkın 2012).

Yapılan araştırmalara göre hijyen uygulamalarının yetersizliği sonucunda gebelikte üriner ve genital sistem enfeksiyonlarının arttığı görülmüştür (Yazıcı ve Demirsoy 2009; Yağmur 2014; Daşıkan ve ark. 2015). Hijyen uygulamalarındaki yanlışlıklarla beraber cinsel davranışlardaki yanlışlıklarında üriner sistem enfeksiyonlarına yol açtığı çalışmalarda görülmüştür (Amiri ve ark. 2009; Badran ve ark. 2015).

Vajinal duş alma, korunmasız cinsel ilişki, genital temizliğin kimyasal maddelerle yapılması, iç çamaşırı ve pedlerin sık değiştirilmemesi vücut hijyenini bozan ve enfeksiyon riskini artıran faktörlerdir. Gebe kadınların ve eşlerinin vücut hijyeni alışkanlıkları değerlendirilmeli ve olumsuz davranışlara yönelik eğitim verilmelidir.

Yapılan araştırmalarda gebeliğin erken döneminde sıcak küvvet ile banyo yapma, jakuzi, spa ve sauna kullanımının spontan abortus ve nöral tüp defekt görülme riski arasında ilişki olduğu görülmüştür (Li ve ark 2003; Chambers 2006). Yüksek sıcak su ile uzun süre temas eden, yüksek ateşe uzun süre maruz kalan gebeliklerde nöral tüp defektlerinin görülme sıklığının arttığı çalışmalarla ortaya konulmuştur (Milunsky ve ark. 1992; Moretti 2005; Agopian ve ark. 2013).

Fiziksel aktiviteye bağlı vücut ısısında görülen artışın herhangi bir olumsuz etkiye neden olduğu görülmemiştir (Soim ve ark. 2017). Her ne kadar insanlar üzerinde yapılan çalışmalar kısıtlı olsada araştırmalar sonucunda potansiyel olarak büyük risk taşıdığı belirtilmiştir (Harvey ve ark. 1981). Bu sebeple gebelere ayakta ve ılık su ile almalarını önemi ve sakınmaları gereken noktalar anlatılmalıdır.

Ayak temizliğinin bakımının lavanta içerikli ürünlerle yapılması maternal stres, anksiyete ve depresyon riskini azalttığı, uyku kalitesini arttırdığı görülmüştür (Effati-Daryani ve ark. 2015; Effati-Daryani ve ark. 2018).

Kavak ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları bir çalışmada gebenin eğitim ve refah düzeyi, planlı gebelik olup olmaması, gebelik sayısı, yaşanılan yer ve genital hijyen ile ilgili bilgi alıp almam durumu genital hijyen alışkanlıkları üzerinde etkili olduğu görülmüştür.

2.2.19. Gebelik ve Toksik Kimyasallar

Her alanda kullanılan kimyasal maddeler gebelikte, üreme sağlığı ve fetal sağlığın üzerine etkilerinin incelenmesi günümüzde artan çeşitlilik nedeniyle daha çok önem taşımaktadır. Bir çok maddenin gebelikte fetüs üzerindeki teratojenik etkileri bilinmese de, hemen hemen hepsinin plasentadan fetüs dolaşımına karıştığı bilinmektedir (Buser ve ark. 2018).

Düşük doğum ağırlıklı bebek İUGR, spontan abortus, intauterin ölüm, preterm doğum, psikomotor gelişme gerliği ve konjenital anomaliler gibi görülen teratojenik etkilerin şiddeti etkene maruz kalma süresi ve dozuna bağlı değişmektedir (Atasü ve Benian 2000; Wennborg ve ark. 2000; Perera ve ark. 2003; Jellife-Pawlowski ve ark. 2006).

Kurşun, civa, organik çözücüler, kloroform, tolutene, benzen, herbisidler, karbon tetraklorid poliklorinize bifeniller, formaldehit dikkat edilmesi gereken kimyasal maddelerden bazılarıdır (Atasü ve Benian 2000; Di Renzo ve ark. 2015).

Gebelerin bu tür maddelere ve teratojenik etkilerine karşı uyarılması, eğer bulundukları veya çalıştıkları ortamda bu maddelerden var ise gerekli önlemlerin alınması için bilgi verilmesi gerekmektedir.

2.2.20. Gebelik ve Toksoplazma

Gebelikte toksoplazma enfeksiyonu geçirilmesi, konjenital toksoplazmazise neden olur. Gebelerde enfeksiyon asemptomaitk seyreder. Fakat fetüs ve yenidoğan ciddi komplikasyonlara ve sekellere yol açar.

Konjenital toksoplazmozis, abortus, febril konvulsiyon, ölü doğum, preterm doğum, mental retardasyon, nörolojik, oküler, kardiyak ve serebral anomalilere neden olur (Dalgıç 2008; Efe 2009; Furtado ve ark. 2001; Goldstein ve ark. 2008).

Toksoplazma enfeksiyonu kontamine çiğ ve pişmemiş et ve et ürünleri, kontomine toprak ve enfekte kedi tüyü ve dışkısı ile bulaşır (Jones ve ark. 2003).

Hastalıkları önlemek için korunma en önemli basamaktır. Bu konuda her gebeye eğitim verilmeli, evcil hayvan sahibi olanların ise riskli grupta olduğu göz önünde bulundurulmalı ve uygun danışmanlık yapılmalıdır.

2.3. Gebelikte Sağlık Uygulamalarında Ebenin Rolü

Ebelik gebelik öncesi, gebelik, doğum, doğum sonrası ve yenidoğan bakımını veren bilgelik ve şefkatli bir yaklaşım içeren profesyonel meslektir. Temel olarak hayatın erken zamanlarını ve üreme sistemini biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel yönleriyle ele alarak iyi hale getirmek, komplikasyonları önlemek ve yönetmek, diğer disiplinler ile iletişim içinde olmak, kadınları hayat koşullarına ve görüşlerine saygı göstermek, kendi ve ailesinin bakımı için eğitmek ve güçlendirmek gibi görevleri de kapsamaktadır (Renfrew ve ark. 2014).

Ebelik, aile ve toplum sağlığını geliştirmede en etkili rollere sahiptir. Toplam 78 ülkede yürütülen bir çalışmada ebelik yaklaşımı ve müdahaleleri ile maternal, fetal ve neonatal ölümlerin %61 oranın azaltılabileceği belirtilmiştir. Sadece aile planlamasına yönelik sorun giderilmesiyle bile ölümlerin %57'si önlenebilmektedir (Homer ve ark. 2014). Ebeler tarafından kadınların kendi ve ailesinin bakımını üstelenmesi için destekleme ve eğitme sonucu sağlık uygulamalarında %62 oranın olumlu sonuçlar alınmıştır (Renfrew ve ark. 2014). Ebelik bakımının hiçbir olumsuz etkisine rastlanmamıştır aksine yararları belirgin bir şekildi görünmektedir (Sandall ve ark. 2016).

Yapılan bir araştırmada ebelerin takibini yaptığı ve yürüttüğü planlı ev doğumlarının, hastane doğumları kadar iyi ve düşük riskli olduğu görülmüştür (Wiegers ve ark. 1996). Bir diğer araştırmada ise ebelik bakımı ve eğitim alan kadınların daha çok ve uzun süre DÖB aldığı ve bebeklerini anne sütüyle daha çok besledikleri saptanmıştır (De Koninck ve ark 2001).

Ebelik bakımı alan gebelerin, gebelik ve doğum sonuçlarının daha olumlu olduğu görülmektedir. Sağlık bakım sisteminde gebeler ile en yakın profesyonellerin ebeler olduğu düşünülünce; ebelere, prekonsepsiyonel, gebelik ve lohusalık döneminde gebelerle daha çok iletişim kurması için gerekli olanakların sağlanması bir çok sorunun çözülmesinde önemli bir basamak olacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Gebelikte sağlık uygulamaları ve ilişkili olan faktörlerin belirlenmesini hedefleyen bu çalışma tanımlayıcı ilişki arayıcı olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın evrenini, İstanbul ili içerisinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesinin farklı birimlerine başvuran gebeler oluşturmaktadır. Bu kurumda 2018 yılında toplam 3900 doğum gerçekleştirilmiştir. Örneklem sayısı %95 güven aralığında 350 olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya alınma kriterleri:

-18-45 yaş arası gebe olmak

-Türkçe biliyor olmak

-Bilgilendirilmiş onam formunu okuyup imzalamak.

Bu kriterler dışında kalan ve gebelik komplikasyonları akut seyreden gebeler araştırmaya alınmamıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Ağustos 2019 – Ekim 2019 tarihleri arasında İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde yapılmıştır. Veriler poliklinik ve kadın hastalıkları ve doğum servisine gelen gebelerden yüz yüze görüşerek/bireysel raporlandırmaya dayalı olarak alınmıştır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı Değişken: Bu araştırmanın bağımlı değişkeni Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II ölçeği puanıdır.

Bağımsız Değişken: Bu araştırmanın bağımsız değişkenleri Kişisel Bilgi Formu adı altında toplanan verilerdir.

3.5. Araştırmanın Soruları

- Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin obstetrik geçmişi ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin varolan gebeliğinin öyküsü ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin beden kitle indeksi ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin gebelik öncesi alışkanlıkları ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

- Gebelerin gebelik dönemdeki alışkanlıkları ile sağlık uygulamaları arasında ilişki var mıdır?

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler 2 form altında toplanmıştır. Birinci form Kişisel Bilgi Formu'dur. İkinci form Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II'dir.

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel bilgi formu, literatür bilgisi ışığında araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Veriler gebenin ve eşinin sosyodemografik bilgileri, obstetrik veriler, kişisel sağlık davranışlar, gebelik dönemi kontrol alışkanlıkları olmak üzere dört bölümde ele alınmıştır.

3.6.2. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II (Health Practice Questionnaire-II)

Gebelikte Sağlık Uygulamaları ölçeği ilk olarak 2001 yılında geliştirilmiştir. Ölçek gebelikte beslenme, madde kullanımı, prenatal bakımın yeterliliği, dinlenme, egzersiz, emniyet kemeri kullanımı ve doğum eğitimi alma konuların içeren 18 maddeden oluşmaktaydı (Lindgren 2001). Ancak soruların yetersiz ve eksik kalması, cronbach alfa değerinin (0.74) düşük olması sebebiyle ölçek yeniden güncellenmiştir. Diş sağlığı, güvenli cinsel hayat, sağlık bakımı aldıkları kişi iletişim, bitkilerin kullanımı ve hijyen alışkanlıkları gibi konular eklenmiştir ve güncel cronbach alfa değeri 0.81'dir. Ölçek Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II (GSUÖ II) adı altında, Kelly Lindgren tarafından 2005 yılında yayınlanmıştır (Lindgren 2005).

Ülkemizde ise ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması Sezer Er tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçek toplam 34 sorundan oluşmaktadır. Ancak Türkçe geçerlilik güvenirlik çalışması yapılırken marijuana kullanımı ile ilgi bir sorunun iç geçerlilik için verilen puan ortalamasının düşük olması sebebiyle ölçekten çıkarılmıştır ve ölçeğe 33 soru ile devam edilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun cronbach alfası 0.74 olarak bulunmuştur. Ölçekte 5, 6, 7, 11, 21, 22, 23, 24, 25, 32 ve 33. maddeler ters maddelerdir ve kodlamaları ters yapılmıştır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 33, maximum puan 165 puandır. Alınan en yüksek puan gebenin gebeliğini en iyi sağlık uygulamaları ile geçirdiğini göstermektedir. En düşük puan ise zayıf sağlık uygulamalarını göstermektedir (Er 2006).

3.7. Verilerin Toplanması

Çalışma etik kurul ve kurum izni alındıktan sonra İstanbul'da bir eğitim ve araştırma hastanesinin poliklinik, kadın hastalıkları ve doğum servisinde bulunan

gebelerle yapılmıştır. Kişisel bilgi formu yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. GSUÖ II formu ise gebeler tarafından doldurulmuştur.

3.8. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Araştırma elde edilen veriler Statistical Package for Social Science 24.0 (SPSS 24.0) paket programında tanımlayıcı (sayı, yüzde, ortalama) ve ilişki arayıcı (student t testi, tek yönlü varyans analizi, pearson korelasyon testi) analizler ile değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma boyunca *Helsinki Bildirgesi*'nde yer alan ve okuyarak kabul ettiğimiz kurala uyulmuştur. Araştırma süresince görüşülen gebelere araştırmanın amacı, önemi ve yayınlanabileceği ortamlar anlatılmıştır. Bilgi gizliliğine uyulacağı söylenmiştir. Özgür iradeleri ile kabul eden gebelerden bilgilendirilmiş onam açıklanarak imza alınmıştr. Araştırma için İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni ve İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden çalışmanın istenilen hastanede yapılması için gerekli kurum izinleri alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma yapılan eğitim ve araştırma hastanesi İstanbul'un yoğun göç alan bölgesinde yer almaktadır. Göç nedeniyle hasta yoğunluğu artmasına karşın çalışmamız Türkçe bilen gebeler ile sınırlı tutulmuş ve buna bağlı örneklemde veri sınırlılığı oluşmuştur.

4. BULGULAR

4.1.Sosyodemografik Özelllerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin sosyodemografik özellikler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 4-1'e göre araştırmaya katılan gebelerin %65,1'i (n=228) 18-31 yaş grubundadır ve katılımcıların yaş ortalaması 29,69±6,61 (18- 45)'dir. Katılımcıların %55,7'si (n=195) ortaokul mezunudur.

Katılımcıların tamamır evlidir (%100, n=350) ve %2,9'u (n=10) akraba evliliği yapmıştır. Grubun evlilik yaş ortalaması 23,4±3,88(16-38), ortalama 6,2±5,07 yıllık evlidir. Grubun %5,1 (n=18)'lik kısmı 18 yaş ve öncesinde evlenmiştir.

Katılımcıların %90,3 (n=316)'ünün ev hanımı olduğu, %98,3 (n=344)'ünün gebelikte çalışmadığı ve tüm katılımcıların sağlık sigortası olduğu görülmüştür.

Katımlımcıların eşlerinin %56,3 (n=297)'ünün ortaokul mezunu ve %71,4 (n=250)'ünün memur olarak çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların %92 (n=322)'sinin gelir durumu gidere denk, hepsinin hayatlarının büyük bir bölümünü büyük şehirde geçirmiş, %94,3 (n=330)'ü çekirdek aileye sahiptir.

Tablo 4-1: **Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı**

Değişkenler		**N**	**%**
Yaş	18-31 Yaş	228	**65,1**
	32-45 Yaş	122	34,9
Yaş Ortalaması, SS*	29,69±6,61 (18- 45)		
Eğitim Durumu	Eğitimi Yok	-	-
	İlkokul	50	14,3
	Ortaokul	195	**55,7**
	Lise Ve Dengi	86	24,6
	Üniversite	19	5,4
Medeni Durumu	Evli	350	100
	Bekâr		
Evlilik Yaşı	18 Yaş Ve Öncesi	18	5,1
	19-30 Yaş	316	**90,3**
	31-45 Yaş	16	4,6
Evlilik Yaş Ortalaması	23,4±3,88 (16- 38)		
Toplam Evlilik Yılı Ortalaması, SS	6,2 ±5,07 (1-25)		
Akraba Evliliği Durumu	Evet	10	2,9
	Hayır	340	**97,1**
Meslek	Ev Hanımı	316	90,3
	İşçi	22	6,3
	Memur	7	2
	Serbest	5	1,4
Gebelikte Çalışma Durumu	Çalışıyor	6	1,7
	Çalışmıyor	344	**98,3**
Sağlık Sigortası	Var	350	100
	Yok	-	-
Eşinin Eğitim Durumu	Eğitimi Yok	-	-
	İlkokul	26	7,4
	Ortaokul	297	**56,3**
	Lise Ve Dengi	95	27,1
	Üniversite	32	9,1

	İşsiz	-	-
Eşinin Mesleği	Memur	250	**71,4**
	İşçi	9	2,6
	Serbest Meslek	91	26
Gelir Durumu	Gelir Giderden Az	14	4
	Gelir Gidere Denk	322	**92**
	Gelir Giderden Fazla	14	4
En Çok Yaşanılan Yer	Büyük Şehir	350	**100**
	Şehir, İlçe, Köy	-	-
	Çekirdek Aile	330	**94,3**
Aile Tipi	Geniş Aile	3	0,8
	Geleneksel Aile	17	4,9
	Parçalanmış Aile	-	-

*SS: Standart Sapma

4.2. Sosyal Destek Durumuna İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan gebelerin sosyal destek durumlarına ilişkin veriler Tablo 4-2'de verilmiştir.

Tablo 4-2: Sosyal Destek Durumuna İlişkin Bulgular

Değişkenler	**n**	**%**
Eş Desteği		
Yeterli	318	90,9
Yetersiz	32	9,1
Aile Ve Çevre Desteği		
Yeterli	341	97,4
Yetersiz	9	2,6

Katılımcıların %90,9 (n=318)'unun gebelik sırasında eşlerinden, %97,4 (n=341)'ü aile ve çevresinden aldığı desteğin yeterli olduğu görülmüştür.

4.3. Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular

Tablo 4-3: Obstetrik Özelliklere İlişkin Bulgular

Değişkenler	Ortalama± SS (Min.* – Max.**)
Gebelik Sayısı	1,68±0,78 (1-6)
Yaşayan Çocuk Sayısı	1,17±1,22 (0-6)
Ölü Doğum Sayısı	0,02±0,14 (0-1)
Kendiliğinden Düşük Sayısı	0,0029±0,05(0-1)
Kürtaj Sayısı	0
İlk Gebelik Yaşı	24,49±3,88 (19-39)

*Min: Minimum **Max: Maximum

Araştırmaya katılan gebelerin ortalama gebelik sayısı 1,68±0,78 (1- 6), ortalama yaşayan çocuk sayısı 1,17±1,22 (0-6), ortalama ölü doğum sayısı 0,02±0,14 (0-1), ortalama kendiliğinden düşük sayısı 0,0029±0,05 (0-1), olarak saptanmıştır. Katılımcıların ilk gebelik yaşlarının ortalaması 24,49±3,88 olarak bulunmuştur. En genç gebelik yaşı 17 iken en büyüğü ise 39 olarak bulunmuştur (Tablo 4-3).

4.4. Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulgular

Katılımcıların devam eden gebeliklerine ilişkin bulgular Tablo 4-4'de verilmiştir.

Tablo 4-4: Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulguler

Değişkenler	n	%
Gebelik Haftası		
1-13. haftalar	37	10,5
14-26. haftalar	160	**45,8**
27-40. haftalar	153	43,7
Gebelik Haftası Ortalama, SS (Min-Max)	24,85±8,69 (10-40)	
Planlı Gebelik Durumu		
Evet	303	**86,6**
Hayır	47	13,4
İstenilen Gebelik Durumu		

Evet	350	**100**
Emin Değilim	-	-
Hayır	-	-
Gebe Kalma Şekli		
Özel Tedavi İle	-	-
Kendiliğinden	350	**100**
Gebelikte Risk Durumu		
Evet	59	16,9
Hayır	291	**83,1**
Gebelikte Yaşanılan Riskler		
Erken Doğum Tehditi	6	1,7
Kanama	32	**9,1**
Yüksek Tansiyon	8	2,3
Kolestaz	3	0,9
Gestasyonel Diyabet	2	0,6
Düşük Tehditi	7	2

Katılıcımların gebelikleri %45,8 (n=160) gibi önemli bir bölümü 14-26. haftalar arasındadır ve gebelik haftası ortalaması 24,85±8,69 (min. 10, max. 40)'dur. Katılımıcıların gebeliklerinin %86,8 (n=303)'i planlı gebeliktir.Devam eden gebeliklerin tamamı (%100, n=350) istenilen gebeliktir ve tamamı (%100, n=350) kendiliğinden oluşmuştur. Devam eden gebeliklerin %83,1 (n=291)'lik bölümünde risk görülmezken, en çok görülen risk ise %9,1 (n=32) ile kanamadır (Tablo 4-4).

4.5. Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

Tablo 4-5: Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

Değişkenler	**n**	**%**	**Ortalama±-SS (Min – Max.)**
Kronik Hastalık Durumu			
Evet	8	2,3	
Hayır	342	**97,7**	
Kronik Hastalıklar			
Astım	3	0,9	
Tiroid	4	**1,1**	
Vertigo	1	0,3	
Düzenli İlaç Kullanımı			
Var	4	1,1	
Yok	346	**98,9**	
Kendi Sağlığını Değerlendirme			
İyi Orta Kötü	350	100	
Kilo (kg)			76,85±13,77 (55-102)
Boy (m)			1,66±0,07 (1,50-1,82)
BKİ			
<18.5	9	2,6	
18.5-24.9	109	33,7	27,83±5,49
25-29.9	103	26,8	(17.20-43,90)
≥30	129	**36,9**	
Gebelikte Alınan Kilo (kg)			8,34±3,57 (3-14)

Katılımcıların gebelik öncesi kişisel bilgilerine ait veriler Tablo 4-5'de gösterilmiştir. Katılımcıların %97,7 (n=342) gibi önemli bir bölümünün kronik bir hastalığı yoktur ve var olan kronik hastalıklarda tiroid hastalıkları %1,1 (n=4) ile ilk sırada yer almaktadır. Katılımcıların %1,1 (n=4)'i gebelik öncesinde düzenli olarak ilaç kullanmakta olup, tamamı(%100, n=350) kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir.

Tablo 4-5'de görüldüğü gibi katılımcıların gebelik öncesi kilolarına göre kilo ortalaması 76,85±13,77 (55-102)'dir ve %36,9 (n=129) gibi büyük bir bölümü obezdir. Katılımcıların gebelikte aldıkları kilo ortalaması 8,34±3,57 (3-14)'dir.

4.6.Gebelik Öncesi Sağlık Davranışlarına İlişkin Bulgular

Katılımcıların gebelik öncesi sağlık davranışlarını içeren Tablo 4-6'da görüldüğü gibi gebelerin %92,9 (n=325) hastalandığında doktora gitmediğini, %98,3 (n=344) kontrol amaçlı da düzenli doktora gitmediği saptanmıştır. Katılımcıların %94 (n=329)'unun kilosunu normal sınırlarda korumadığı ancak tamamının (%100, n=350) dengeli beslendiği, %93,4 (n=327)'ünün düzenli spor yapmadığı görülmüştür. Katılımcıların %22.7'si (n=78) sigara kullandığını, hiç alkol almadığını (%100, n=350), kafa dağıtan bir uğraşının olmadığını (%91,1, n=319) ve sağlık ile ilgili eğitimlere katılmadığını (%98, n= 343) bildirmiştir.

Tablo 4-6: Gebelik Öncesi Sağlık Davranışları

Değişkenler	**n**	**%**
Hastalandığımda mutlaka doktora giderim.		
Evet	25	7,1
Hayır	325	**92,9**
Hastalanmadan öncede kontrol amaçlı, düzenli doktora giderim.		
Evet	6	1,7
Hayır	344	**98,3**
Kilomu hep normal sınırlarda korurum.		
Evet	21	6
Hayır	329	**94**
Dengeli beslenirim.		
Evet	350	**100**
Hayır	-	-
Düzenli olarak haftada en az 3 kez yürüyüş/ spor yaparım.		
Evet	23	6,6
Hayır	327	**93,4**
Sigara kullanıcısıyım.		

Evet	78	22,3
Hayır	272	**77,7**
Alkol kullanırım.		
Evet	-	-
Hayır	350	**100**
Kafamı dağıttığım, stresimi attığım uğraşlarım vardır.		
Evet	31	8,9
Hayır	319	**91,1**
Sağlıkla ilgili eğitimlere katılır ya da bilgi edinirim.		
Evet	7	2
Hayır	343	**98**

4.7.Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıklarına Yönelik Bulgular

Gebelik dönemine ilişkin sağlık takip ve bilgi alma davranışları dağılımı Tablo 4-7'de gösterilmiştir. Katılımcıların önemli bir bölümü (%98,6, n=345) gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, 5 (%1,4) gebe gitmediğini ifade etmiştir, gerekçe olarak ise ilk sırada uzaklık (%0,15, n=3) ifade edilmiştir. Gebelerin %72'si (n=252) dördün altında bakım aldığı, %90,3'ü (n=316) gebelikte veya planlama aşamasında hiç diş hekimine gitmediği saptanmıştır. Katılımcıların %96,6 (n=338)'sı doğum hazırlık eğitimi almamış, %55,7 (n=195)'si gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri hekimden aldığını belirtmiştir. Bilgi alma kaynaklarında hekimi %26,6 (n=93) ile internet kaynağı izlemiştir. Bilgi kaynağı olarak ebe ise %2,6 (n=9) gibi bir bölümü oluşturmuştur.

Tablo 4-7: Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıkları

Değişkenler	**n**	**%**
Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu		
Evet	345	**98,6**
Hayır	5	1,4
Gebelik Kontrollerine Düzenli Gidememe Nedenleri		
Hastanenin Eve Uzak Olması	3	0,15
Ekonomik Sorunlar	1	0,05
Evden İzin Alamama	-	-
Gerek Görmeme	1	0,05

Gebeliğinde Doğum Öncesi Bakım Alma Sayısı		
<4	252	**72**
4 ve üzeri	98	28
Gebelikte Veya Gebelik Planlama Döneminde Diş Hekimine Gitme Durumu		
Evet	34	9,7
Hayır	316	**90,3**
Doğuma Hazırlık Eğitimi Alma Durumu		
Evet	12	3,4
Hayır	338	**96,6**
Gebelik Ve Doğum İçin Bilgi Alınan Kaynaklar		
Doktor	195	**55,7**
Ebe	9	2,6
Hemşire	-	-
İnternet	93	26,6
Televizyon	30	8,6
Arkadaş/Komşu	23	6,6

4.8. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği II(GSUÖ II)'nin Bağımsız Değişkenlere Göre Dağılımı

Gebelerin gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği ll'ye ait puan ortalamaları Tablo 4-8'de verilmiştir. Buna göre puan ortalaması 109,22±5,96 olarak belirlenmiş ve puanlar 81 ve 123 arasında dağılım göstermiştir.

Tablo 4-8: GSUÖ II'den Alınan Puan Ortalamaları

GSUÖ II	**Ortalama**	**SS**	**Min.-Max.**
Puanı	109,22	5,96	81-123

Çalışma kapsamında incelenen sosyodemografik değişkenlere göre GSUÖ II puan dağılımı ise Tablo 4-9'da verilmiştir. Buna göre yaş, evlilik yaşı, meslek, gebelikte çalışma durumu, eşinin eğitim durumu, eşinin mesleği, gelir durumu, en çok yaşanılan yer ve aile tipi grupları arasında fark belirlenmezken, üniversite/yüksekokul mezunu annelerin ortalama GSUÖ II puanı diğer eğitim seviyelerine göre anlamlı olarak yüksek

(f=8,710, p=0,0) bulunmuştur. Tüm gebelerin evli olması ve sağlık sigortaları olması nedeniyle karşılaştırma yapılamamıştır.

Tablo 4-9: Sosyodemografik Özelliklerine Göre GSUÖ II Puanları

	Ortalama	**SS**	**t*, f****	**p****
Yaş				
18-31 Yaş	109,57	6,08		
32-45 Yaş	108,58	5,71	1,485	,138
Anne Eğitim Durumu				
Ilkokul	105,54	7,58		
Ortaokul	110,01	5,63		
Lise Ve Dengi	109,17	4,86	**8,710**	**,000**
Üniversite/Yüksekokul	111,21	5,70		
Medeni Durumu				
Evli				
Evlilik Yaşı				
18 Yaş Ve Öncesi	111,00	6,04		
19-30 Yaş	109,10	5,96		
31-45 Yaş	109,69	6,11	,908	,404
Meslek				
Ev Hanımı	109,12	5,96		
Çalışıyor	110,26	6,06	-1,066	,287
Gebelikte Çalışma Durumu				
Çalışıyor	113,83	5,27		
Çalışmıyor	109,15	5,95	-1,87	,060
Sağlık Sigortası				
Var				
Baba Eğitim Durumu				
Ilkokul	108,35	8,59		
Ortaokul	109,51	6,07		
Lise Ve Dengi	108,79	5,26		
Üniversite/Yüksekokul	109,50	4,75	,530	,662
Eş Meslek				

Işçi	107,11	6,31		
Memur	109,11	6,09		
Serbest	109,76	5,57	1,90	,385
Gelir Durumu				
Gelir Giderden Az	110,36	5,93		
Gelir Gidere Denk	109,22	5,94		
Gelir Giderden Fazla	108,36	6,86	,399	,671
En Çok Yaşanılan Yer				
Büyük Şehir				
Aile Tipi				
Çekirdek Aile	109,16	6,00		
Geniş Aile+Geleneksel Aile	110,30	5,51	-,826	,409

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

Sosyal destek durumuna göre GSUÖ II puan dağılımları Tablo 4-10'da incelendiğinde eş desteği alma durumu ve aile /çevre desteği alma durumu benzerlik göstermiştir (p>0.05).

Tablo 4-10: Sosyal Destek Durumuna Göre GSUÖ II. Puanları

	Ortalama	**SS**	**t***	**p**
Eş Desteği				
Yeterli	109,09	5,98		
Yetersiz	110,56	5,74	-1,328	,185
Aile Ve Çevre Desteği				
Yeterli	109,19	6,01		
Yetersiz	110,78	3,83	-,93	,351

*t: student t testi, ***p<0,05

Benzer şekilde katılımcıların obstetrik veriler (Tablo 4-11) kapsamında GSUÖ II puan ortalamaları, gruplar arasında farklılık göstermemiştir (p>0,05).

Tablo 4-11: Obstetrik Özelliklere Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları

	Ortalama	SS	t*, f**	p***
Yaşayan Çocuk				
1	109,75	5,88		
2	108,83	6,38		
3 Ve Daha Fazla	108,49	5,16	1,362	,257
Yaşayan Çocuk Sayısı				
Yok	109,53	6,27		
1-2	109,13	5,86		
3 Ve Daha Fazla	108,50	5,19	,621	,538
Ölü Doğum				
Yok	109,29	5,80		
Var	106,43	11,90	0,09	,926
İlk Gebelik Yaşı				
<25	109,39	6,14		
25 Ve Üstü	109,03	5,77	,574	,567

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

Devam eden gebeliğe ilişkin bulgular ve GSUÖ II puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4-12) gebelik hafta grupları, gebeliğini planlama, gebeliğinde riskli durum yaşama grupları arasında benzer dağılım göstermiştir. Tüm gebeliklerin istenilen gebelik ve kendiliğinden oluşmasından dolayı bu bölümlerde ortalama puan karşılaştırmaları yapılamamıştır.

Tablo 4-12: Devam Eden Gebeliğe İlişkin Bulgulara Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları

	N	Ortalama	SS	t*, f**	p***
Gebelik Haftası					
1-13. Haftalar	37	109,86	5,01		
14-26. Haftalar	160	109,43	5,73		
27-40. Haftalar	153	108,87	6,42	,573	,564
Gebe Kalmayı Planlama					
Evet	303	109,15	5,92		

Hayır	47	109,72	6,28	-,610	,542
Gebeliğinizde Yaşadığınız Riskli Durum					
Evet	59	109,14	5,13		
Hayır	291	109,25	6,13	-,131	,896

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

Gebelik öncesi sağlık durumu, sağlık algısı ve BKİ dağılımı gruplarına göre GSUÖ II puanları ortalamaları karşılaştırıldığında (Tablo 4-13) puan ortalamaları benzer dağılım göstermediği görülmüştür (p>0,05). Vaka sayısı yetersizliğinden dolayı kronik hastalık grupları arasında karşılaştırma yapılamamıştır. Benzer şekilde tüm katılımcıların sağlığını iyi olarak değerlendirmesinden de dolayı karşılaştırma yapılmamıştır.

Tablo 4-13: Gebelik Öncesi Kişisel Sağlık Durumuna İlişkin Bulgular

	N	**Ortalama**	**SS**	**t*, f****	**p*****
Kronik Hastalık Durumu					
Evet	8	111,50	5,50		
Hayır	342	109,18	5,98	1,09	0,273
Düzenli Kullanılan İlaçlar					
Var	4	110,25	6,45		
Yok	346	109,22	5,97	,261	,794
BKİ					
<18.5	10	109,70	5,19		
18.5-24.9	108	109,42	5,81		
25-29.9	103	109,55	6,59		
≥30	129	108,78	5,66	,404	,750
Gebelikte Alınan Kilo Miktarı (kg)					
<6	97	109,75	6,22		
6-10	140	109,07	6,12		
11 Ve Daha Fazla	113	108,97	5,57	,524	,592

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

Gebelik öncesi sağlık davranışlarına göre GSUÖ II puan ortalamaları karşılaştırmaları (Tablo 4-14) incelendiğinde ise hastalığında mutlaka doktora gitme, düzenli kontrol amaçlı doktora gitme, kilosunu normal sınırlarda tutma, düzenli yürüyüş

yapma, kafa dağıtıcı stres atıcı uğraşların olması, sağlıkla ilgili bilgi edinme grupları arasında benzer dağılım göstermiştir (p>0,05). Tüm katılımcıların dengeli beslendiğini ifade etmesi nedeniyle bu kapsamda gruplar arasında karşılaştırma yapılamamıştır. Çalışmada gebelik öncesinde de sigara kullanmayan grupta GSUÖ II ölçek puan ortalaması, sigara içenlere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (t=-3,247, p=0,001).

Tablo 4-14: Gebelik Öncesi Sağlık Davranışlarına Göre GSUÖ II Puanları

	N	**Ortalama**	**SS**	**t*, f****	**p*****
Hastalandığında Mutlaka Doktora Gitme					
Evet	25	109,00	6,13		
Hayır	325	109,25	5,96	-,198	,843
Hastalanmadan Öncede Kontrol Amaçlı, Düzenli Doktora Gitme Durumu					
Evet	6	105,67	4,68		
Hayır	344	109,29	5,97	-1,577	,116
Kilosunu Hep Normal Sınırlarda Koruma					
Evet	21	109,67	9,59		
Hayır	329	109,20	5,68	,347	,729
Dengeli Beslenme					
Evet					
Düzenli Olarak Haftada En Az 3 Kez Yürüyüş/ Spor Yapma					
Evet	23	110,43	7,40		
Hayır	327	109,14	5,86	1,003	,317
Sigara Kullanma					
Evet	78	107,32	5,46		
Hayır	**272**	**109,78**	**6,00**	**-3,247**	**,001*** **
Alkol Kullanma					
Kafa Dağıtıcı, Stresimi Atmaya Yardımcı Uğraşların Olması					
Evet	31	107,74	6,01		

Hayır	319	109,37	5,95	-1,455	,147
Sağlıkla İlgili Eğitimlere Katılma Ya Da Bilgi Edinme					
Evet	7	110,71	3,59		
Hayır	343	109,20	6,01	,665	,507

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

Tablo 4-15'de gebelik döneminde kontrollerini yaptırma alışkanlıklarına göre GSUÖ II puan ortalamaları karşılaştırmaları verilmiştir. Buna göre GSUÖ II puan ortalamaları tüm gruplarda benzer dağılım göstermiştir (p>0,05).

Tablo 4-15: Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıklarına Göre GSUÖ II Puan Ortalamaları

	N	**Ortalama**	**SS**	**t*, f****	**p*****
Gebelikte Düzenli Olarak Kontrollere Gitme					
Evet	345	109,26	5,94		
Hayır	5	107,20	8,04	-,78	,434
Gebelik Sürecinde Muayene Olma Durumu					
<4	252	109,40	5,96		
4 Ve Daha Fazla	98	108,78	6,00	,885	,377
Gebelikte Kontrol Sayısı					
1	86	109,81	6,01		
2	81	109,48	5,81		
3	85	108,92	6,08		
4 Ve Daha Fazla	98	108,78	6,00	,587	,624
Gebelik Dönemi /Gebelik Planlama Aşamasında Diş Doktoruna Gitme Durumu					
Evet	34	110,35	5,09		
Hayıt	316	109,11	6,05	1,157	,248
Doğuma Hazırlık Eğitimine Katılma					
Evet	12	106,92	4,12		
Hayır	338	109,31	6,01	-1,367	,172

Gebelik Ve Doğum İçin Bilgi Alınan Kaynaklar					
Doktoruma	195	108,90	5,89		
Ebeye	9	106,78	4,21		
Internetten	93	109,66	6,27		
Televizyondan	30	110,03	5,43		
Arkadaş/ Komşulardan	23	110,17	6,60	,924	,450

*t: student t testi, **f: avona testi, ***p<0,05

4.9. GSUÖ II Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Korelasyon Analizleri

Çalışma kapsamında incelenen nicel değişkenler ve GSUÖ II toplam puanına göre korelasyon analizinde (Tablo 4-16) değişkenler ve toplam ölçek puanı arasında ilişki saptanmamıştır (p>0.05).

Tablo 4-16: GSUÖ II Puanlarını Etkileyen Faktörlerin Korelasyon Analizleri

	GSUÖ II	
Değişkenler	**r***	**p***
Yaş	-,049	,365
Evlilik yaşı	-,002	,972
Evlilik süresi	-,062	,248
Gebelik sayısı	-,105	,051
Yaşayan çocuk sayısı	-,080	,136
Ölü doğum sayısı	-,067	,210
Kendiliğinden düşük	-,002	,969
İlk gebelik yaşı	-,002	,972
Gebelik haftası	-,082	,126
BKİ	-,028	,599
Gebelikte alınan kilo	-,059	,270

*r: Pearson korelasyon kat sayısı, **p<0,05

5. TARTIŞMA

Yaptığımız çalışmada gebelerin %65,1'i 18-31 yaş grubunda olup yaş ortalaması 29,69±6,61'dir. Katılımcıların %55,7'si ortaokul mezunu, %90,3'ü ev hanımıdır ve %98,3'ü gebelikte çalışmamaktadır. Çapık ve ark (2016) çalışmalarında gebelerin yaş ortalaması 27,81 (±5,11)'dir ve %54,9'unun 26-33 yaş grubunda olduğu görülmüştür. Benzer şekilde gebelerin %35,8'i ilköğretim ve %35,8'i lise mezunudur. %62,3'ü ev hanımıdır. Bu yönleri ile orta eğitim seviyesi olarak değerlendirilen grubun çalışma grubu ile benzerlik göstermektedir. TNSA 2018 verilerine göre kadınların %14,5', 30-34, %15'i 35-39 yaş grubuna dahildir. Kadınların %41,3'ü lise ve üzeri eğitim düzeyine sahiptir ve %28'i çalışmaktadır (TNSA 2018). Çalışmamız ile TNSA verileri karşılaştırıldığında eğitim seviyesindeki farklılık ön plan çıkmaktadır. Son ülke verilerine göre 15-49 yaş arasındaki kadınların eğitim seviyesinde artış görülmektedir.

Katılımcıların evlilik yaş ortalaması 23,4 (±3,88)'dir. Katılımcılar ortalama olarak 6,2 (±5,07) yıldır evlidir. Yapılan bir çalışmada ise 18-41 yaşları arasındaki gebelerin ortalama 4,90±4,79 yıllık evli olduğu saptanmıştır (Er 2006). TNSA verilerinde ise evlilik yaş ortalaması 21,4 olarak saptanmıştır (TNSA 2018).

Katılımcıların eşlerinin %56,3'sı ortaokul mezunudur, %71,4'ü memur olarak çalışmaktadır. Katılımcıların gelir durumu %92 ile gelir gidere denktir. Çapık ve ark. (2016) çalışmasında gebelerinin eşlerinin %47,5'inin lise mezunu olduğu, %40,1'inin memur olarak çalıştığı belirlenmiş ve ailenin gelir durumu %46,9 oranında gelir gidere eşit olarak saptanmıştır. Yapılan bir diğer çalışmada gebelerin eşlerinin eğitim durumu %58,4 ile ilk-ortaokul, %90,5'i çalışmaktadır (Yılmaz ve Şahin 2019). Çalışmamızda eşlerin eğitim ve mesleki dağılımı istatistik verileri ile paralellik gösterirken, gelir gider durumu katılımcıların önemli bir bölümü tarafından denk olarak yorumlanmıştır.

Katılımcıların hepsi hayatlarının büyük bir bölümünü büyük şehirde geçirmiştir ve %94,3'ü çekirdek aileye sahiptir. Çelik ve Derya (2019) ise çalışmalarında gebelerin %69,4'ü ilde yaşamaktadır ve aile tipi %69,8 ile çekirdek ailedir.

Çalışmamızda gebelerin %90,9'u eşlerinden ve %97,4'ü aile ve çevresinden aldıkları desteği yeterli bulmaktadırlar. Yılmaz ve Pasinlioğlu'nun (2014) yaptıkları çalışmada gebeleri ailelerinden aldığı desteğin eşlerinden aldıklarına göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışma grubumuz eş ve çevresel desteğin yeterliliği açısından önemli bir desteğe sahip olduklarını söylemek mümkündür.

Katılımcıların ortalama gebelik sayısı 1,68±0,78 ve ilk gebelik yaş ortalaması 24,49±3,88'dir. Son sağlık istatistikleri verilerine göre ülkemizde ortalama gebelik sayısı 2,3'dür, ilk gebelik yaş ortalaması ise 23,3 olarak saptanmıştır (TNSA 2018). Çalışma grubu verilerimiz ülke verilerine göre yaklaşık olarak paralellik göstermektedir. Tirkeş (2012) yaptığı çalışmada ortalama gebelik sayısı 1,97±0,83 bulunmuştur. Er (2006) ise çalışmasında ortalama gebelik sayısı 1,812±0,899 olarak saptanmıştır. Grubumuz ile literatürdeki bu çalışmalarda benzer yaş grubundaki katılımcıların ortalama gebelik sayısı benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların gebelik haftası ortalaması 24,85±8,69'dur. Diğer çalışmalarda ise ortalama gebelik haftası 29,445(±9,241) (Er 2006), ortalama gebelik haftası 22,21 (±8,07) (Tirkeş 2012), ortalama gebelik haftası 33,91(±3,51) (Çapık ve ark. 2016) olarak bulunmuştur. Çalışmalardaki katılımcıların gebelik haftaları kıyaslanınca çalışmamızdaki katılımcıların diğer çalışmalara göre erken haftalarda çalışmaya katıldığı söylenebilir. Katılımcıların gebeliklerinin %86,8'i planlı ve tamamı istenilen gebeliktir. Çelik ve Derya (2019) çalışmalarına benzer %82,1'i devam eden gebeliği istemektedir. Bu oran Çapık ve ark. (2016) tarafından %91,4'ü olarak belirlenmiştir. Dağlar ve arkadaşlarının 2019 'da yaptığı çalışmada gebelerin %60,7'si, Kanığ ve Eroğlu'nun 2019'da yaptığını çalışmada ise %71,4'ünü gebeliğini planlamış olduğu görülmüştür. Katılımcıların devam eden gebeliklerin %16,9'luk bölümünde risk görülmüştür. Diğer çalışmalarda benzer şekilde grubun %27,6 (Dağlar ve ark. 2019), %6,6 (Tirkeş 2012) oranında gebeliklerinde risk görülmüştür. Ülkemizde gebeliklerin %35'inde risk görülmekle beraber bu riskler doğum sayısı, gebenin yaşı, gebenin kronik hastalıkları ile birlite artış göstermektedir (TNSA 2018). Bulgular ile literatür karşılaştırıldığında grubun risk oranı ülke seviyesinin altında görülmektedir.

Katılımcıların %97,7 gibi önemli bir bölümünün kronik bir hastalığı yoktur ve var olan kronik hastalıklarda tiroid hastalıkları %1,1 ile ilk sırada yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada gebelerin %88,8'inin (Dağlar ve ark. 2019), diğer bir çalışmada %82'sinin (Arabacıoğlu 2012) kronik bir hastalığı bulunmamaktadır. Akgün'ün 2013'de yaptığı çalışmada gebelerin %73,2'sinin kronik bir hastalığı yoktur, kronik hastalık olarak %40,5 ile anemi ilk sırada yer almaktadır. Katılımcıların %1,1'i gebelik öncesinde düzenli olarak ilaç kullanmakta olup, tamamı (%100) kendi sağlığını iyi olarak değerlendirmektedir. Can ve arkadaşlarının 2019'da yaptıkları çalışmada gebelerin

%58,5'inin gebelikte ilaç kullandığı görülmüştür. Gebelikte ilaç kullanımı gereksinimi grubumuzda düşük olarak belirlenmiştir.

Katılımcıların gebelik öncesi kilolarına göre kilo ortalaması 76,85 (±13,77)'dir ve %36,9 gibi büyük bir bölümü obezdir. Katılımcıların gebelikte aldıkları kilo ortalaması 8,34 (±3,57)'dir. Yapılan bir çalımada gebelerin kilo ortalaması 61,6 (±11,6), gebelik öncesi kilolarına göre BKİ gruplandırmasında %60,3'ünün normal kilolu olduğu saptanmıştır (Akgün 2013). Diğer bir çalışmada gebelerin gebelik öncesi BKİ gruplandırılmasına göre %79,1'inin normal kilolu olduğu görülmüştür (Er 2006). Ülkemizde obezite kadın, erkek tüm yaş gruplarında önemli bir sağlık sorunudur. Kadınlarda obezite oranı 2013 yılında %27 iken, 2018 yılında %30'a yükselmiştir (TNSA 2013, TNSA 2018). Gebelik döneminde iki can taşıma algısı, bireysel ve çevresel faktörlerinde etkisiyle gebelik döneminde hızlı ve fazla kilo artışı, yağlanma önemli bir sorundur. Lohusalık döneminde yine halk arasındaki çok yersen sütün de çok olur inancı ile kilo artışı çoğu zaman devam etmekte ve her bir gebelikte alınan kiloların önemli bir kısmı kalıcı hale gelmektedir (Avcuoğlu ve ark. 2014).

Gebelerin %92,9 hastalandığında doktora gitmediğini, %98,3 kontrol amaçlı da düzenli doktora gitmediği saptanmıştır. Katılımcıların %94'unun kilosunu normal sınırlarda korumadığı ancak tamamının (%100) dengeli beslendiği, %93,4'ünün düzenli spor yapmadığı görülmüştür. Grubumuzun önemli bir bölümü obez, kilosunu normal sınırlarda tutamadığını da ifade etmekte ancak tamamı dengeli beslendiğini belirtmektedir, bu noktada "Dengeli Beslenme" kavramının çalışmaya katılanlar tarafından anlaşılmadığı düşünülmektedir.

Katılımcıların %22.7'si gebelik öncesi sigara kullandığını, hiç alkol almadığını (%100), kafa dağıtan bir uğraşının olmadığını (%91,1) ve sağlık ile ilgili eğitimlere katılmadığını (%98) bildirmiştir. Akgün'ün yaptığı çalışmada gebelerin %8,9'u (2013), Can ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelerin %8,5'inin (2019) sigara içtiği görülmüştür. Köybaşı ve Oskay'ın 2017'deki çalışmalarında gebelerin %97'sinin alkol kullanmadığını saptamışlardır. Ülkemizde kadınlar arasında özellikle sigara kullanımı giderek artış göstermektedir. Son verilere göre ülkemizde kadınların %13,1'I (TÜİK 2012), gebelerin %10'u (TNSA 2008) sigara kullanmaktadır. Ülkemizdeki verilere bakıldığında çalışma grubumuzun gebelikten önce sigara içme oranları Türkiye ortalamasının üzerindedir.

Katılımcıların önemli bir bölümü (%98,6) gebelik kontrollerine düzenli gittiğini, 5(%1,4) gebe gitmediğini ifade etmiştir, gerekçe olarak ise ilk sırada uzaklık (%0,15) ifade edilmiştir. Yapılan bir çalışmada gebelerin %85,5'nin (Uzun ve ark. 2017), diğer çalışmada %94,2'sinin (Dağlar ve ark. 2019) gebelik kontrollerine düzenli olarak gittiği görülmüştür. Ülkemizdeki çalışma verileri incelendiğinde çalışma grubumuzun düzenli olarak bakım alma ve kontrole gitme oranın yüksek olduğu görülmüştür. Bu oran bize gebelerin kendi ve bebeklerinin sağlığına önem verdiklerini ve takip ettiklerini göstermektedir.

Sağlık Bakanlığı tüm gebelerin en az 4 nitelikli DÖB alması gerektiğini vurgulamaktadır. TNSA 2018 ülke genelindeki verilerde gebelerin %96'sı DÖB almıştır (TNSA 2018). Bu çalışmada gebelerin gebelik haftasına göre değişkenlik göstermesi göz önünde bulundurularak %72'si dördün altında, %28'inin 4 ve üzeri bakım aldığı saptanmıştır ve katılımcıların hepsinin en az 1 kere doğum öncesi bakım aldığı görülmüştür (%100). Literatür incelendiğinde Özcan ve Beji'nin 2015'de yaptıkları çalışmada gebelerin %60,6'sı 5 ve üzeri, Çelik ve Derya'nın 2019'da yaptıkları çalışmada gebelerin %36,6'sı 4 ve daha az, Uzun ve ark. 2017'de yaptıkları çalışmada gebelerin %48,6'sı 4 ve üzeri, Kanığ ve Eroğlu'nun 2019'da yaptıkları çalışmada gebelerin %74,2'sinin 4 ve üzeri bakım aldığı görülmektedir. Bu gebelerin %90'ı dört ve üzeri bakım almıştır. Ülkemiz verileri incelendiğinde çalışmamızın bulguları ile paralel gittiği görülmektedir.

Katılımcıların %90,3'ü gebelikte ya da planlama aşamasında diş hekimine gitmediğini bildirmiştir. Ceylantekin ve arkadaşlarının 2011'de yaptıkları çalışmada erken doğum yapan gebelerin %74,4'ünün ve miadında doğum yapan gebelerin %77,7'sinin diş hekimine gitmediği ve ağız diş sağlığını öneminin bilmediği görülmüştür. Gebelikte hormonal değişimler ile birlikte dişetlerinde değişim, hassasiyet, gebeliğin ilerlemesi ile birlikte kalsiyum çekilmeleri ve buna bağlı olarak diş minesinin zayıflaması, çürüğe eğilimin artması vb. sorunlar kadınların gebelik sürecinde sık karşılaştığı sorunlar arasındadır. Bununla birlikte bazı diş eti sorunlarına neden olan enfeksiyon kaynaklarının düşüğe de neden olabileceği bilinmektedir (Güncü ve ark. 2005). Toplumun tüm katmanlarında ağız diş sağlığının önemimin kavranması, düzenli diş fırçalama alışkanlığı ve diş hekimi kontrolüne gitme alışkanlığının kazandırılması büyük önem taşımaktadır.

Katılımcıların %96,6'sı doğum hazırlık eğitimi almamış, %55,7'si gebelik ve doğum ile ilgili bilgileri hekimden aldığını belirtmiştir. Uzun ve arkadaşlarının 2017'de yaptıkları çalışmada gebelerin %37,4'ü, Kanığ ve Eroğlu'nun 2017'deki çalışmasında gebelerin %34,7'sinin gebelik ve doğuma hazırlık eğitimi aldığı görülmüştür. Bilgi alma kaynaklarında hekimi %26,6 ile internet kaynağı izlemiştir. Bilgi kaynağı olarak ebe ise %2,6 gibi bir bölümü oluşturmuştur. Yapılan bir çalışmada gebelerin %56,2'si doktor, %18,2'si internet, %10,7'si ebe-hemşireden bilgi aldığı saptanmıştır (Uzun ve ark. 2017). Diğer bir çalışmada ise %70,7'si doktordan, %20'si ebe hemşireden bilgi almıştır (Kaplan ve ark. 2007). Ebenin bilgi kaynağı olarak yer alması çalışma grubumuzda da yeterli düzeyde değildir. Ebelerin çalışma alanlarının gebelerle daha çok iletişim kuracak şekilde düzenlenmesi bu eksikliği düzeltecektir.

Yaptığımız çalışmada GSUÖ II puan ortalaması 109,22 (±5,96) bulunmuştur. Ölçekten alınan en düşük puan 81 en yüksek puan 123'tür. Er'in (2006) yaptığı çalışmada GSUÖ II puan ortalaması ilk kurumda 124,127 (±12,091), diğer kurumda 130,266(±10,790) bulunmuştur. Tirkeş'in (2012) yaptığı çalışmada GSUÖ II puan ortalaması 121,57(±1,53), en düşük puan 87, en yüksek puan 149 bulunmuştur. Lindgren'in (2005) yaptığı çalışmada ölçek puan ortalaması 138,49 (±12,42), en düşük puan 100, en yüksek puan 163 olarak bulunmuştur. Yapılan bir diğer çalışmada GSUÖ II puan ortalaması 112,64±13,87, en düşük puan 73, en yüksek puan 141 bulunmuştur (Çapık ve ark. 2016). Literatüre göre kıyaslandığında çalışmada elde ettiğimiz veriler benzer düzeydedir ve katılımcıların sağlık uygulamalarını geliştirmeleri gerektiği görülmektedir.

Yaptığımız çalışmada GSUÖ II puanı ile eğitim seviyesi ve sigara kullanımı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Verilere göre gebelerin eğitim seviyesi arttıkça ölçekten aldıkları puan artmaktadır. Bu da sonuç olarak eğitim seviyesi yüksek olan gebelerin sağlık uygulamalarının daha iyi olduğunu göstermektedir. Sigara içen gebelerin ölçekten de aldıkları puan azalmaktadır. Sonuçlar bize sigara içen gebelerin sağlık uygulamalarının yetersiz ve zayıf olduğunu göstermektedir. Çalışma grubumuzda sağlık uygulamalarında eğitim düzeyi ve sigara içmeme davranışının önemli özellikler arasında yer aldığını göstermektedir. Yapılan bir çok çalışma eğitim düzeyinin yükselmesi ile birlikte sağlık bilincinde yükselme, buna paralel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışları, sağlık uygulamalarında da etkili olduğunu göstermektedir (Lindgren 2005; Pirinçci ve

ark. 2010; Turgut ve ark. 2017; Aygar ve Metintaş 2018; TNSA 2018; Yılmaz ve ark. 2018; Taş ve ark. 2019).

Sigara içme davranışı ise olumsuz sağlık davranışları arasında önemli bir yere sahiptir. Sigara içen bireylerde çoğu zaman sedanter yaşam, obezite, alkol kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışları eşlik etmektedir. 2030 yılında sigara kullanımına bağlı hastalıkların 8 milyondan fazla insaın ölümüne yol açacağı öngörülmektedir. Bu hastalıkların başında akciğer kanseri, kalp-damar hastalıkları ve kronik akciğer hastalıkları gelmektedir (WHO 2010; Mackay ve ark. 2012).

Sigara kullanımı gebelikte fetüs üzerinde önemli riskler ve komplikasyonlara neden olmaktadır. Sigara içimi intrauterin gelişme geriliği, spontan abortus, ektopik gebelik, preterm doğum, plasenta previa ve ablasyo plasenta, ölü doğum, erken membran rüptürü gibi komplikasyonlara yol açmaktadır (Nash ve Persaud 1988; Demirkaya 2004; McKinnon ve ark. 2015; Penzias ve ark. 2018). 2030 öngörüleri ve anne bebek ölüm hızları göz önüne alındığında ülkelerin genel olarak sigara kullanımını ve satışını engelleyici politikalarını güçlendirmesi gerekmektedir.

SONUÇLAR

Gebelik döneminde sağlık uygulamalarının ve ilişkili faktörlerin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlara ilişkin özet noktalar şöyle sıralanmaktadır;

- Sağlık uygulamalarına ilişkin verilen cevaplara göre grubumuzun literatürle benzer seviyede olduğu belirlenmiştir.
- Gebenin eğitim seviyesi yükseldikçe sağlık uygulamalarında da olumlu yönde gelişme belirlenmiştir.
- Sigara kullanımının, Türkiye seviyesinin üzerinde olduğu belirlenmiştir.
- Sigara kullanımının, gebelik döneminde yetersiz sağlık uygulamaları açısından ilişkili bir faktör olarak belirlenmiştir.
- Obezite ve gebelikte fazla kilo alımı söz konusu iken kadınların dengeli beslendiklerini ifade etmesi bu konularda yeterli bilgiye ve bilince sahip olmadıklarını göstermiştir.
- Gebelik döneminde ve öncesinde ağız diş sağlığı bilincinin olmadığı ve konuda gerekli kontrol ve bakımın yaptırılmadığı belirlenmiştir.

- Gebeler bilgi kaynağı olarak ilk sırada hekimi arkasında internet ortamdan yaralandıkları belirlenmiş, ebenin bu nokta geri planda kaldığı belirlenmiştir.

ÖNERİLER

Çalışma sonuçları ışığında önerilerimiz şöyle sıralanmaktadır;

- Gebe eğitim programları ile devlet hastaneleri ve özel kurumlarda tüm sosyoekonomik gruplardan kadınlara ulaşılmalıdır.
- Gebe eğitim programlarının ulaşılabilirliğini kolaylaştırabilmek için ücretsiz sunulması, tüm devlet hastaneleri ve Aile Sağlığı Merkezleri bünyesinde sunulması önemlidir.
- Kadınlar arasında giderek artan sigara içme alışkanlığı konusunda ayrı eğitim ve danışmanlık programları geliştirilmeli.
- Sigara bıraktırma programlarında kadına özel programlar geliştirilmeli
- Ebeler sigara bıraktırma programları konusunda eğitilmeli
- Kilo kontrolü ve dengeli Beslenme konularında kadın odaklı ve gebelik programları geliştirilmelidir.
- Tedavi edici kurumlar, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında gebe ile gebelik, öncesi, gebelik sırası, doğumda ve doğum sonrasında tüm aşamalarda kadın ile birlikte olan ebenin daha fazla bilgi kaynağı olarak anne adayının gereksinimlerini eğitimci ve danışman rolü ile karşılamasına yönelik ebeleri kapsayan farkındalık ve bilgilendirme çalışmaları yürütülmelidir.
- Ebeler bu alana sahip çıkmalı ve boşluğun mesleğin dışından bireylerce doldurulmasının önüne geçmelidirler.

KAYNAKLAR

Adıgüzel, K. T., Samur, G., Ede, G., Keskin, U. ve Yenen, M. C. (2015). Gebelik döneminde vitamin, mineral ve bitkisel desteklerin kullanım durumunun saptanması. *Beslenme ve Diyet Dergisi,* 43(2), 94-99.

American College Of Obstetricians And Gynecologists(ACOG). (2002). Committee Opinion: Exercise During Pregnancy And The Postpartum Period. Number 267. *Int J Gynaecol Obstet*. *77*(1), 79-81.

American College Of Obstetricians And Gynecologists(ACOG). (2004). Acog committee opinion. Number 299. Guidelines for diagnostic imaging during pregnancy. *Obstet Gynecol*. *104*, 647-51.

American College Of Obstetricians And Gynecologists(ACOG). (2013). Acog committee opinion no. 548: weight gain during pregnancy. *Obstetrics And Gynecology.* 121(1), 210-212.

Agopian, A. J., Tinker, S. C., Lupo, P. J., Canfield, M. A., Mitchell, L. E., And National Birth Defects Prevention Study. (2013). Proportion of neural tube defects attributable to known risk factors. *Birth Defects Research Part A: Clinical And Molecular Teratology*. 97(1), 42-46.

Akbayrak, T., Kaya, S. Ve Tedavi, F. (2008). *Gebelik Ve Egzersiz*. Ankara. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Bölümü Klasmat Matbaası.

Akın, B., Yeşil, Y., Yücel, U. ve Boyacı, B. (2018). Doğum öncesi eğitim sınıflarında verilen eğitimin gebelerin doğum korku düzeyi üzerine etkisi. *Life Sciences*. 13(2), 11-20.

Aktan, B. (2015). Klinik Pilates Egzersizleri Ve Doğuma Hazırlık Eğitiminin Sadece Doğum Eğitimine Göre Doğum Sonuçları Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon ABD, Yüksek Lisans Programı, Ankara.

Akgün, N. (2013). Maternal Beden Kütle İndeksi Ve Gebelikte Vücut Ağırlığı Artışı Takibinin Perinatal Sonuçlar İle İlişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme Bilimleri Programı,* Yüksek Lisans Tezi, 2013, Ankara

Alder, J., Fink, N., Bitzer, J., Hösli, I. ve Holzgreve, W. (2007). Depression and anxiety during pregnancy: a risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A

critical review of the literature. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *20*(3), 189-209.

Alkan, E. ve Özçoban, F. A. (2017). Yoganın gebelik, doğum ve doğum sonuçları üzerine etkisi. *Smyrna Tıp Dergisi*, (3), 64-71.

Allaire, A. D., Moos, M. K. ve Wells, S. R. (2000). Complementary and alternative medicine in pregnancy: a survey of north carolina certified nurse-midwives. *Obstetrics & Gynecology*, *95*(1), 19-23.

Altıparmak, S. ve Coşkun, A. M. (2016). Effect of prenatal training on information and satisfaction level of a pregnant woman. *Journal Of Human Sciences*, *13*(2), 2610-2624.

Altundas P. (2009). Gebelikte Sağlık Davranışlarının Bölgesel Olarak Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik ABD, Yüksek Lisans Programı, İzmir.

Aman, Ö. Ve Gürbüz, H. (2019). Meme anatomisi ve laktasyon fizyolojisi. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, *10*(1), 14-20.

Amiri, F. N., Rooshan, M. H., Ahmady, M. H. ve Soliamani, M. J. (2009). Hygiene practices and sexual activity associated with urinary tract infection in pregnant women. *East Mediterranean Health Journal*, 15(1), 104-110.

Andersen, K. V. ve Hermann, N. (1984). Placenta flow reduction in pregnant smokers. *Actaobstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 63(8), 707-709.

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

Arabacıoğlu, Ceyda. (2012). Gebelerde Yaşam Kalitesi Ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *İstanbul Bilim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı,* Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Aslantekin, F., ve Şenol, S. (2007). Gebelikte aıds danışmanlığı ve vertikal hıv bulaşının önlenmesinde ebenin rolü. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, *2(4),* 2-12.

Association Of Women's Health, Obstetric And Neonatal Nurses (AWHONN). (2018). Marijuana use during pregnancy. *Journal Of Obstetric, Gynecologic, And Neonatal Nursing*, 47(5), 719–721

Avcı, D. K. (2014). Gebelik ve beslenme. *Türkiye Klinikleri Journal Of Family Medicine Special Topics*, *5*(5), 25-33.

Avcı, M. E., Şanlıkan, F., Celik, M., Avcı, A., Kocaer, M. ve Göçmen, A. (2015). Effects of maternal obesity on antenatal, perinatal and neonatal outcomes. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine,* 28(17), 2080-2083.

Avcuoğlu, A., Eray, İ. K., Yurdakul, A. V., Üstü, Y. ve Uğurlu, M. (2014). Doğum Sonrası Dönemdeki Annelerin Sağlıklı Kilo Vermek Konusundaki Bilgi Düzeylerinin ve Tutumlarının Sorgulanması. *Ankara Medical Journal,* 14(4).

Atasü, T. ve Benian A.(2000). Bağımlılık Yapan Maddelerin Fetusa Etkileri. İçerisinden: Atasü T. Ve Öçer, F. Gebelikte Fetusa Ve Yenidoğana Zararlı Etkenler. Ankara. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevleri, 461-476

Aydın, R., Güven, D. Y. ve Karahan, N. (2019). Sen de dinle: yüksek riskli gebeliklerde stresle baş etmede müzikle terapinin etkisi. *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, *2*(1), 19-24.

Aygar, H. ve Metintaş, S. (2018). Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 3*(3), 63-70.

Badran, Y. A., El-Kashef, T. A., Abdelaziz, A. S. ve Ali, M. M. (2015). Impact of genital hygiene and sexual activity on urinary tract infection during pregnancy. *Urology Annals, 7*(4), 478.

Bailey, B. A. ve Sokol, R. J. (2008). Pregnancy and alcohol use: evidence and recommendations for prenatal care. *Clinical Obstetrics And Gynecology, 51*(2), 436-444.

Barakat, R., Pelaez, M., Lopez, C., Montejo, R. ve Coteron, J. (2012). Exercise during pregnancy reduces the rate of cesarean and instrumental deliveries: results of a randomized controlled trial. *J Matern Fetal Neonatalmed* 25:11, 2372-2376.

Başgöl, Ş., ve Oskay, Ü. (2012). Evidence-based practices in preconception period and pregnancy. *Journal Of Human Sciences*, *9*(2), 1524-1534.

Bateman D. A. ve Chiriboga C. A. (2000). Dose-response effect of cocaine on newborn head circumference. *Pediatrics,* 106(3), 33.

Behnke, M. Ve Smith, V. C. (2013) committee on substance abuse, committee on fetus and newborn. Prenatal substance abuse: short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics,* 131(3), 1009–24.

Bellieni, C. V., Ceccarelli, D., Rossi, F., Buonocore, G., Maffei, M., Perrone, S. ve Petraglia, F. (2007). Is prenatal bonding enhanced by prenatal education courses?. *Minerva Ginecologica*, 59(2), 125-130.

Bishop, J. L., Northstone, K., Green, J. R., ve Thompson, E. A. (2011). The use of complementary and alternative medicine in pregnancy: data from the avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC). *Complementary Therapies İn Medicine*, *19*(6), 303-310.

Bodur, S., Özcan E., ve Gün, İ. (2010). Gebeliğin periodondolojik hastalığı: gingivanın hamilelik tümörü. *Perinatoloji Dergisi*, 18(2):58-55

Boots, C. ve Stephenson, M. D. (2011). Does obesity increase the risk of miscarriage in spontaneous conception: a systematic review. *Seminars In Reproductive Medicine*. 29(06), 507-513.

Buran, G. (2015). Doğum öncesi hazırlık kursu örneği: deneyimler ve sonuçları: 2013-2015. *Turkiye Klinikleri Obstetric-Women's Health And Diseases Nursing-Special Topics*, 1(1), 25-32.

Buser, M. C., Abadin, H. G., Irwin, J. L. ve Pohl, H. R. (2018). Windows of sensitivity to toxic chemicals in the development of reproductive effects: an analysis of atsdr's toxicological profile database. *International Journal Of Environmental Health Research*, 28(5), 553-578.

Can, R., Yılmaz, S. D., Çankaya, S. ve Kodaz, N.(2019) gebelikte yaşanan sorunlar ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Sağlık Ve Toplum* 29(2), 58-64.

Ceylantekin, Y., Alikaya, C. ve Köken, G. N. (2011). Ağız ve diş hijyeninin erken doğumla ilişkisinin değerlendirilmesi. *Journal Of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 21(3), 184-189.

Chambers, C. D. (2006). Risks of hyperthermia associated with hot tub or spa use by pregnant women. *Birth Defects Research Part A: Clinical And Molecular Teratology*, 76(8), 569-573.

Chames, M. C. ve Pearlman, M. D. (2008). Trauma during pregnancy: outcomes and clinical management. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, *51*(2), 398-408.

Chang, M. Y., Chen, C. H. ve Huang, K. F. (2008). Effects of music therapy on psychological health of women during pregnancy. *Journal Of Clinical Nursing*, *17*(19), 2580-2587.

Choi, J. S., Han, J. Y., Ahn, H. K., Ryu, H. M., Kim, M. Y., Chung, J. H., ... ve Koren, G. (2013). Fetal and neonatal outcomes in women reporting ingestion of licorice (glycyrrhiza uralensis) during pregnancy. *Planta Medica*, *29*(02), 97-101.

Clark, S. L., Cotton, D. B., Lee, W., Bishop, C., Hill, T., Southwick, J., ... ve Hankins, G. D. (1989). Central hemodynamic assessment of normal term pregnancy. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, *161*(6), 1439-1442.

Clarren, S. K., ve Smith, D. W. (1978). The fetal alcohol syndrome. New england journal of medicine, 298(19), 1063-1067.

Coles, C. D., Brown, R. T., Smith, I. E., Platzman, K. A., Erickson, S. ve Falek, A. (1991). Effects of prenatal alcohol exposure at school age. I. Physical and cognitive development. *Neurotoxicology And Teratology*, *13*(4), 357-367.

Costantine M. M. (2014). Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Frontiers in pharmacology*, *5*, 65.

Cui, H., Gong, T. T., Liu, C. X. veWu, Q. J. (2016). Associations between passive maternal smoking during pregnancy and preterm birth: evidence from a meta-analysis of observational studies. Plos One, 11(1), 0147848.

Çapık, A., Sakar, T. ve Apay, S. E.(2016). Gebelikte sağlık uygulamaları ile duygusal zeka arasındaki ilişki. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, 6, 75-88.

Çatak, B., Öner, C., Gülay, M., Baştürk, S., Oğuz, İ. ve Özbek, R. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi: bursa örneği. *Türk Aile Hekimliği Dergisi,* 18 (2): 63-69.

Çelik, A. S., & Derya, Y. A.(2019) gebelerin öz bakım gücü ile sağlık uygulamaları düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(1), 111-119.

Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D. ve Özkan, S. A. (2019). Gebelerin stresle başa çıkma tarzları ile yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Cukurova Medical Journal*, 44(3), 1-1.

Dalgıç, N. (2008). Konjenital toxoplasma gondii enfeksiyonu. *Marmara Medical Journal*, 21(1), 89-101.

Daşıkan, Z., Kılıç, B., Baytok, C., Kocairi, H. ve Seher, K. U. Z. U.(2015). Genital akıntı şikâyetiyle polikliniğe başvuran kadınların genital hijyen uygulamaları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(1), 113-124.

Daşıkan, Z., & Kavlak, O. (2009). Maternal obezite: gebelik komplikasyonları ve gebe kadının yönetimi. *Turkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences,* 1(1), 39-46.

Demir, S. C. , Evrüke C. ve Kadayıfçı, O.(2001). Perinatal Mortalite Ve Morbidite. İçerisinden: Beksaç, M. S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. Obstetrik Maternal Fetal Tıp Ve Perinatoloji. MN Medikal Nobel Ankara, 1194-1211.

Demirkaya, B. (2004). *Gebelikte sigara içiminin plasenta ve yenidoğan üzerine etkileri.* İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıpta Uzmanlık Programı Uzmanlık Tezi. İstanbul.

Deniz, A., Taş, F., Tomur, A. ve Koç, A. (2015). Kafeinin gebelikteki toksik etkileri. *İbni Sina Tıp Bilimleri Dergisi*, *1*(3), 59-63.

Desmonts, G. ve Couvreur, J. (1974). Congenital toxoplasmosis: a prospective study of 378 pregnancies. *New England Journal Of Medicine*, 290(20), 1110-1116.

Di Renzo, G. C., Conry, J. A., Blake, J., Defrancesco, M. S., Denicola, N., Martin Jr, J. N., ... ve Woodruff, T. J. (2015). International federation of gynecology and obstetrics opinion on reproductive health impacts of exposure to toxic environmental chemicals. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 131(3), 219-225.

Dikmen, H. A. ve Çankaya, S. (2018). Maternal obezitenin prenatal bağlanma üzerine etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(2):118-123.

Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., ... ve Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal Of Affective Disorders, 159*, 103-110.

Doğaner, G. T. (2014). *Gebelerin Aldıkları Prenatal Bakımdan Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi*. İnönü Üniversites, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Malatya.

Dugoua, J. J., Perri, D., Seely, D., Mills, E. ve Koren, G. (2008). Safety and efficacy of blue cohosh (caulophyllum thalictroides) during pregnancy and lactation. *Can J Clin Pharmacol*, *15*(1), 66-73.

Durualp, E., Bektaş, G., Ergin, D., Karaca, E. ve Topçu, E. (2011). Annelerin sigara kullanımı ile yenidoğanın doğum kilosu, boyu ve baş çevresi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 64*(03), 119-126.

Durmuş, R.N., Şahin, E. ve Bireller, E. S. (2016). Gestasyonel diyabette hipoglisemik etkili bitkilerin kullanımı. *Aziz Sancar Deneysel Tıp Araştırma Enstitüsü Dergisi*. 6:11, 3-16.

Doğan, R., Sayıner, F. D. ve Tanır, H. M. (2018). Aile sağlığı merkezine başvuran gebelerde obezite sıklığının ve obezitenin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, *5*(1), 16-23.

Efe, Ş. Y. (2009). Kafein alımının gebelik üzerine olumsuz etkileri. *Turkiye Klinikleri Journal Of Gynecology And Obstetrics*, 19(1), 45-49.

Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Taghizadeh, M. ve Mohammadi, A. (2015). Effect of lavender cream with or without foot-bath on anxiety, stress and depression in pregnancy: a randomized placebo-controlled trial. *Journal Of Caring Sciences*, 4(1), 63.

Effati-Daryani, F., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mirghafourvand, M., Taghizadeh, M., Bekhradi, R. ve Zarei, S. (2018). Effect of lavender cream with or without footbath on sleep quality and fatigue in pregnancy and postpartum: a randomized controlled trial. *Women & Health*, 58(10), 1179-1191.

Ekin, A., Gezer, C., Taner, C. E., Solmaz, U. ve Özeren, M. (2017). Gebelik öncesi vücut kitle indeksinin perinatal sonuçlara etkisi. *Medical Journal Of Bakirkoy*, 13(1).

Elling, S. V. ve Powell, F. C. (1997). Physiological changes in the skin during pregnancy. *Clinics In Dermatology*, *15*(1), 35-43.

Engeland, A., Bjørge, T., Klungsøyr, K., Hjellvik, V., Skurtveit, S. ve Furu, K. (2018). Trends in prescription drug use during pregnancy and postpartum in Norway, 2005 to 2015. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *27*(9), 995-1004.

Entringer, S., Buss, C. ve Wadhwa, P. D. (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: a psychobiological perspective. *Psychoneuroendocrinology*, *62*, 366-375.

Ergin, F., Aksu, H. ve Demiröz, H. (2010). Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 1-9.

Ertem, G. ve Sevil, Ü. (2010). Gebeliğin cinselliğe etkisi. *Dirim*, 85(1), 40-47.

Eryılmaz, G., Ege, E. ve Zincir, H. (2002). Gebelikte cinsel yaşamı etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(1).

Erzincan, S. G., Kuka, G. İ., Gürsoy, H. ve Kuru, B.(2019). Gebe kadınların diş ve dişeti sağlığı konusundaki bilinç düzeylerinin incelenmesi.*7Tepe Klinik Dergisi*, 341-352.

Facco, F. L., Parker, C. B., Reddy, U. M., Silver, R. M., Koch, M. A., Louis, J. M., ... ve Redline, S. (2017). Association between sleep-disordered breathing and hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus. *Obstetrics And Gynecology*, 129(1), 31.

Feibus, K. B. (2008). Fda's proposed rule for pregnancy and lactation labeling: improving maternal child health through well-informed medicine use. *Journal Of Medical Toxicology*, *4*(4), 284-288.

Filiz, T. A. Ş., Gülpak, M., Oktay, A. A. ve Demir, N. (2018). Kadın doğum ve çocuk hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumları. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *14*(1), 24-30.

Fitzpatrick, J. P., Latimer, J., Carter, M., Oscar, J., Ferreira, M. L., Carmichael Olson, H., ... ve Hawkes, G. (2015). Prevalence of fetal alcohol syndrome in a population-based sample of children living in remote a ustralia: the l ililwan project. *Journal Of Paediatrics And Child Health*, 51(4), 450-457.

Foo, X. Y., Greer, R. M. ve Kumar, S. (2016). Impact of maternal body mass index on intrapartum and neonatal outcomes in brisbane, australia, 2007 to 2013. *Birth*, 43(4), 358-365.

Furtado, J. M., Smith, J. R., Belfort Jr, R., Gattey, D. ve Winthrop, K. L. (2011). Toxoplasmosis: a global threat. *Journal Of Global Infectious Diseases*, 3(3), 281.

Gaskins, A. J., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Toth, T. L., Missmer, S. A. ve Chavarro, J. E. (2018). Pre-pregnancy caffeine and caffeinated beverage intake and risk of spontaneous abortion. *European Journal Of Nutrition*, *57*(1), 107-117.

Gavard, J. A. ve Artal, R. (2008). Effect of exercise on pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, 51(2), 467-480.

George, A., Shamim, S., Johnson, M., Dahlen, H., Ajwani, S., Bhole, S. ve Yeo, A., E.(2012) how do dentaland prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and ımplications. *Birth*, 39(3), 247-238

Gilfillan, K. V., Dannatt, L., Stein, D. J. ve Vythilingum, B. (2018). Heroin detoxification during pregnancy: a systematic review and retrospective study of the

management of heroin addiction in pregnancy. *South African Medical Journal, 108*(2), 111-117.

Goldstein, E. J., Montoya, J. G. ve Remington, J. S. (2008). Management of toxoplasma gondii infection during pregnancy. *Clinical Infectious Diseases,* 47(4), 554-566.

Gorman, M.C., Orme, K. S., Nguyen, N. T., Kent, E.J. ve Caughey, A. B. (2014) outcomes in pregnancies complicated by methamphetamine use. *Am J Obstet Gynecol*., 211(4): 429. E1-7.

Göker, A., Kadıoğlu Duman, M., Gürpınar, T., Muci, E., Yıldırım, Y., Erköseoğlu, İ., Dikayak, Ş. ve Koyuncu, F. M. (2012). Gebelikte İlaç Kullanımı Nedeni ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 22(2), 90-94.

Göktürk, Ö. ve Yarkaç, F. U. (2019). Gebelikte ağız sağlığıyla ilişkili yaşam kalitesinin periodontal durumla ilişkisi. *Turkiye Klinikleri. Dishekimligi Bilimleri Dergisi,* 25(1), 34-42.

Güleroğlu, F. T., ve Beşer, N. G. (2014). Evaluation of sexual functions of the pregnant women. *The Journal Of Sexual Medicine, 11*(1), 146-153.

Günaydın, S., Dişsiz, M. ve Yıldırım, D.(2018). Gebelikte sigara kullanımının yenidoğan sağlığı ve plasenta ağırlığı üzerine etkilerinin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi,* 5(1), 31-38.

Güncü, G. N., Tözüm, T. F. ve Caglayan, F.(2005). Effects of endogenous sex hormones on the periodontium—review of literature. *Australian dental journal,* 50(3), 138-145.

Gürel, S., A, 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.

Hadımlı, A. P., Akyüz, M. D. ve Oran, N. T.(2018). Gebelerin interneti kullanma sıklıkları ve nedenleri. *Life Sciences*, 13(3), 32-43.

Hanson, J. W., Jones, K. L. ve Smith, D. W. (1976). Fetal alcohol syndrome: experience with 41 patients. *The Journal Of The American Medical Association,* 235(14), 1458-1460.

Harvey, M. A. S., Mcrorie, M. M. ve Smith, D. W. (1981). Suggested limits to the use of the hot tub and sauna by pregnant women. *Canadian Medical Association Journal,* 125(1), 50.

Hayatbakhsh, M. R., Flenady, V. J., Gibbons, K. S., Kingsbury, A. M., Hurrion, E., Mamun, A. A. ve Najman, J. M. (2012). Birth outcomes associated with cannabis use before and during pregnancy. *Pediatric Research,* 71(2), 215.

Hedman, C., Pohjasvaara, T., Tolonen, U., Suhonen-Malm, A.S., ve Myllyla, V.V. (2002). Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Medicine,* 3(1), 37–42.

Helli, A., Dolapçıoğlu, K. ve Çekiç, Ç. (2011). Gebelikte üriner sistemde meydana gelen anatomik ve fizyolojik değişiklikler. *Türk Üroloji Seminerleri*, *2*(13), 121-123.

Hobel, C. ve Culhane J. (2003). Role of psychosocial and nutritional stress on poor pregnancy outcome. *The Journal Of Nutrition,*133(5), 1709-1717.

Hollyer, T., Boon, H., Georgousis, A., Smith, M. ve Einarson, A. (2002). The use of cam by women suffering from nausea and vomiting during pregnancy. *Biomed Central Complementary And Alternative Medicine*, *2*(1), 5.

Holst, L.,Wright, D., Haavik, S. ve Nordeng, H. (2009). The use and the user of herbal remedies during pregnancy. *J Altern Complement Med,* 15(7), 787-792.

Jahanfar, S. ve Jaafar, S. H. (2015). Effects of restricted caffeine intake by mother on fetal, neonatal and pregnancy outcomes. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, (6).

Jelliffe-Pawlowski, L. L., Miles, S. Q., Courtney, J. G., Materna, B. ve Charlton, V. (2006). Effect of magnitude and timing of maternal pregnancy blood lead (pb) levels on birth outcomes. *Journal Of Perinatology*, 26(3), 154.

Jones, J., Lopez, A. ve Wilson, M. (2003). Congenital toxoplasmosis. *American Family Physician,* 67(10), 2131-2138.

Jukic, A. M., Baird, D. D., Weinberg, C. R., Mcconnaughey, D. R. ve Wilcox, A. J. (2013). Length of human pregnancy and contributors to its natural variation. *Human Reproduction*, *28*(10), 2848-2855.

Kadanalı, S., Önvural, A. ve Erten, O. (1994). Doğum kilosunu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi*, *2*, 89-93.

Kaiser, L. ve Allen, L. H. (2008). Position of the american dietetic association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *Journal of the American Dietetic Association,* 108(3), 553-561.

Kanbur, A. (2010). *Gebeliğin İstenme Durumunun Gebelerin Yaptığı Sağlık Uygulamalarına Etkisinin İncelenmesi*, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği ABD; Yüksek Lisans Programı

Kanığ, M. ve Eroğlu, K. (2019). Gebelerde algılanan sosyal destek düzeyi ve etkileyen faktörler. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2019;16 (2): 125-133

Kaplan, S., Bahar, A. ve Sertbaş, G. (2007). Gebelerde doğum öncesi ve doğum sonrası dönemlerde durumluk kaygı düzeylerinin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi,* 10(1), 113-121.

Karamoozian, M., Askarizadeh, G., Sanati, K. ve Aminizadeh, M. (2015). Stress management on pregnancy women. *Journal of Novel Applied Sciences, 4*(10), 1035-1042.

Kartal, Y. A. ve Karaman, T.(2018). Doğuma hazırlık eğitiminin gebelerde prenatal bağlanma ve depresyon riski üzerine etkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 85-91.

Kavak, O., Saruhan, A., Sezer, E. R. ve Emine, Ş. E. N. (2010). Gebelerin genital hijyen davranışlarının belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, *26*(1), 53-64.

Kaydırak, M. M., Şahin, N. H., Can, M. M. ve Koray, M. (2018). Gebelerin ağız ve diş sağlığına ilişkin bilgi ve görüşleri. *Sağlık Bilimleri Dergisi,* 9(3), 1116.

Keleş, E. (2007). *Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların Ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi*. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, Şanlıurfa.

Kıssal, A., Güner, Ü. Ç. ve Ertürk, D. B. (2017). Use Of Herbal Product Among Pregnant Women İn Turkey. *Complementary Therapies In Medicine*, *30*, 54-60.

Kim, I. D., Chang, H. S. ve Hwang, K. J. (2012). Herpes simplex virus 2 infection rate and necessity of screening during pregnancy: a clinical and seroepidemiologic study. *Yonsei Medical Journal*, *53*(2), 401-407.

Ko, J. Y., Tong, V. T., Bombard, J. M., Hayes, D. K., Davy, J. ve Perham-Hester, K. A. (2018). Marijuana use during and after pregnancy and association of prenatal use on birth outcomes: a population-based study. *Drug And Alcohol Dependence*, *187*, 72-78.

Kontoyannis, M., Katsetos, C. ve Panagopoulos, P. (2012). Sexual intercourse during pregnancy. *Health Science Journal*, *6*(1), 82-7.

Köken, G. ve Yılmazer, M. (2007). Gebelik ve egzersiz. *J Gynecologyobstetric Dergisi*, 17, 385-392

Köybaşı, E. Ş. ve Oskay, Ü. Y. (2017). Gebelik sürecinin uyku kalitesine etkisi. *Gülhane Tıp Dergisi,* 59, 1-5.

Kroumpouzos, G. ve Cohen, L. M. (2001). Dermatoses of pregnancy. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, *45*(1), 1-22.

Kumru, P. (2018). *Gebelikteki Kilo Artışının Perinatal Ve Neonatal Sonuçlarla Olan İlişkisinin Değerlendirilmesi*. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı, İstanbul.

Larciprete, G., Valensise, H., Vasapollo, B., Altomare, F., Sorge, R., Casalino, B., ... ve Arduini, D. (2003). Body composition during normal pregnancy: reference ranges. *Acta Diabetologica*, *40*(1), 225-S32.

Larsson, L. ve Lindqvist, P. G. (2005). Low impact exercise during pregnancy- a study of safety. *Actaobstetrics Gynecol Scand*, 84, 34-38.

Lee, K. A., Zaffke, M. E., ve Mcenany, G. (2000). Parity and sleep patterns during and after pregnancy. Obstetrics & Gynecology, 95(1), 14-18.

Lee, N. M. ve Saha, S. (2011). Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Gastroenterology Clinics*, *40*(2), 309-334.

Li, D. K., Janevic, T., Odouli, R. ve Liu, L. (2003). Hot tub use during pregnancy and the risk of miscarriage. *American Journal Of Epidemiology*, 158(10), 931-937.

Li, J., Zhao, H., Song, J. M., Zhang, J., Tang, Y. L. ve Xin, C. M. (2015). A meta-analysis of risk of pregnancy loss and caffeine and coffee consumption during pregnancy. *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, 130(2), 116-122.

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

Lindgren, K. (2005). Testing the health practices in pregnancy questionnaire–ıı. *Journal Of Obstetric, Gynecologic&Neonatal Nursing*, 34(4), 465-472.

Lopez, N. J., Smith, P. C. ve Gutierrez, J. (2002). Higher risk of preterm birth and low birth weight in women with periodontal disease. *Journal Of Dentalresearch*, 81(1), 58-63.

Lopez, N. J., Uribe, S. ve Martinez, B. (2015). Effect of periodontal treatment on preterm birth rate: a systematic review of meta-analyses. Periodontology 2000, 67(1), 87-130.

Lupattelli, A., Spigset, O., Twigg, M. J., Zagorodnikova, K., Mårdby, A. C., Moretti, M. E. ve Juraski, R. G. (2014). Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open, 4*(2), E004365.

Mackay J, Eriksen MP, Ross H.(2012). The Tobacco Atlas. 4th ed. American Cancer Society, Atlanta, GA, USA. Erişim tarihi: 10.10.2019, https://tobaccoatlas.org/wp-content/uploads/2018/03/TobaccoAtlas_6thEdition_LoRes_Rev0318.pdf

Mactier, H. (2011). The management of heroin misuse in pregnancy: time for a rethink? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 96(6), 457-460.

Madazlı, R. (2005). Gebelik ve stres. *İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 47, 61-62.

Maghsoudlou, S., Cnattingius, S., Montgomery, S., Aarabi, M., Semnani, S., Wikström, A. K. ve Bahmanyar, S. (2017). Opium use during pregnancy and risk of preterm delivery: a population-based cohort study. *Plos One, 12*(4), E0176588.

Mark, K., Desai, A. ve Terplan, M. (2016). Marijuana use and pregnancy: prevalence, associated characteristics, and birth outcomes. *Archives Of Women's Mental Health,* 19(1), 105-111.

Marks, P. W. (2007). Management of thromboembolism in pregnancy. In *Seminars In Perinatology*, 31(4), 227-231.

May, P. A., Keaster, C., Bozeman, R., Goodover, J., Blankenship, J., Kalberg, W. O., ... ve Robinson, L. K. (2015). Prevalence and characteristics of fetal alcohol syndrome and partial fetal alcohol syndrome in a rocky mountain region city. *Drug And Alcohol Dependence,* 155, 118-127.

Mckinnon, B., Auger, N. ve Kaufman, J. S. (2015). The impact of smoke-free legislation on educational differences in birth outcomes. *Journal Epidemiol Community Health*, 69(10), 937-943.

Meyer, M. B., Jonas, B. S. ve Tonascia, J. A. (1976). Perinatal events associated with maternal smoking during pregnancy. *Americanjournal Of Epidemiology,* 103(5), 464-476.

Metz, T. D. ve Stickrath, E. H. (2015). Marijuana use in pregnancy and lactation: a review of the evidence. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 213(6), 761-778.

Mihmanlı, V. ve Karahisar, G. (2012). Gebelikte travma. *Şişli Etfal Tıp Bülteni*, *46*(4), 225-231.

Milunsky, A., Ulcickas, M., Rothman, K. J., Willett, W., Jick, S. S., & Jick, H. (1992). Maternal Heat Exposure And Neural Tube Defects. Jama, 268(7), 882-885.

Mirza, F. G., Devine, P. C., & Gaddipati, S. (2010). Trauma İn Pregnancy: A Systematic Approach. American Journal Of Perinatology, 27(07), 579-586.

Mitchell, A. A., Gilboa, S. M., Werler, M. M., Kelley, K. E., Louik, C., Hernández-Díaz, S. Ve Study, N. B. D. P. (2011). Medication Use During Pregnancy, With Particular Focus On Prescription Drugs: 1976-2008. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, *205*(1), 51-E1.

Muench, M. V., & Canterino, J. C. (2007). Trauma İn Pregnancy. Obstetrics And Gynecology Clinics Of North America, 34(3), 555-583.

Muhuri P. K. Ve Gfroerer J. C.(2009). Substance Use Among Women: Associations With Pregnancy, Parenting, And Race/Ethnicity. *Matern Child Health J*., 13:376–85.

Mut, A. U., Öcek, Z. A., Yücel, U., Çiçeklioğlu, M. ve Eden, E. (2014). İzmir-bornova'da gebelerin ağız-diş sağlığı hizmeti gereksinimi ve bu hizmetlerden yararlanma düzeyinin sosyoekonomik değişkenlerle ilişkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, *28*(3), 93-103.

Nascimento, S. L., Pudwell, J., Surita, F. G., Adamo, K. B. ve Smith, G. N. (2014). The effect of physical exercise strategies on weight loss in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *International Journal Of Obesity*, 38(5), 626.

Nascimento, S. L., Surita, F. G. ve Cecatti, J. G. (2012). Physical exercise during pregnancy: a systematic review. *Current Opinion In Obstetrics And Gynecology*, 24(6), 387-394.

Nash, J. E. ve Persaud, T. V. N. (1988). Embryopathic risks of cigarette smoking. *Experimental Pathology*, 33(2), 65-73.

Newman, L., Kamb, M., Hawkes, S., Gomez, G., Say, L., Seuc, A. ve Broutet, N. (2013). Global estimates of syphilis in pregnancy and associated adverse outcomes: analysis of multinational antenatal surveillance data. *Plos Medicine*, *10*(2), E1001396.

Newman, L., Rowley, J., Vander Hoorn, S., Wijesooriya, N. S., Unemo, M., Low, N., ... ve Temmerman, M. (2015). Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *Plos One*, *10*(12), E0143304.

Olukman, M., Parlar, A., Orhan, C. E. ve Erol, A. (2006). Gebelerde ilaç kullanımı: Son bir yıllık deneyim. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 3(4), 255-261.

Ovesen, P. G., Jensen, D. M., Damm, P., Rasmussen, S. ve Kesmodel, U. S. (2015). Maternal and neonatal outcomes in pregnancies complicated by gestational diabetes. A nation-wide study. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 28(14), 1720-1724.

Özcan, H. ve Beji, N. K. (2015). Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. *Perinatoloji Dergisi*, 23(1).

Özel, Ş., Ünal-Karagözoğlu, N., Korkut, S., Öksüzoğlu, A., & Engin-Üstün, Y. (2019). Kadın sağlığı hastanesinde sigara bırakma poliklinik hizmetleri ve gebelikte sigara içen kadınların gebelik sonuçları. *Türk Hijyen Ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 76(1), 67 - 74.

Özhüner, Y. (2017). *Gebelikte Uyku Kalitesi Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmes.* Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Pogramı, Eskişehir.

Pacheco, L. D., Costantine, M. M. ve Hankins, G. D. (2013). Physiologic changes during pregnancy. *Clinical Pharmacology During Pregnancy*, 5-16.

Pauleta, J. R., Pereira, N. M. ve Graça, L. M. (2010). Sexuality during pregnancy. *The Journal Of Sexual Medicine*, *7*(1), 136-142.

Paquet, C. ve Yudin, M. H. (2018). Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening, and treatment. *Journal Of Obstetricsand Gynaecology Canada*, 40(8), 687-693.

Peacock, A., Hutchinson, D., Wilson, J., Mccormack, C., Bruno, R., Olsson, C., ... ve Mattick, R. (2018). Adherence to the caffeine intake guideline during pregnancy and birth outcomes: a prospective cohort study. *Nutrients*, *10*(3), 319.

Penzias, A., Bendikson, K., Butts, S., Coutifaris, C., Falcone, T., Gitlin, S., ... ve Mersereau, J. (2018). smoking and infertility: a committee opinion. *Fertility And Sterility*, 110(4), 611-618.

Perera, F. P., Rauh, V., Tsai, W. Y., Kinney, P., Camann, D., Barr, D., ... ve Dietrich, J. (2003). Effects of transplacental exposure to environmental pollutants on birth outcomes in a multiethnic population. *Environmental Health Perspectives*, 111(2), 201.

Pirinçci, E., Polat, A., Köroğlu, A. ve Kumru, S. (2010). Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,* 11(2), 1-7.

Pınar, Ş. E., Arslan, Ş., Polat, K., Çiftçi, D., Cesur, B., ve Dağlar, G. (2014). Gebelerde uyku kalitesi ile algılanan stres arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, *7*(3), 171-177.

Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. ve Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(3), 290-299.

Popova, S., Lange, S., Shield, K., Mihic, A., Chudley, A. E., Mukherjee, R. A., ... ve Rehm, J. (2016). Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 387(10022), 978-987.

Puertas, A., Magan-Fernandez, A., Blanc, V., Revelles, L., O'Valle, F., Pozo, E., ... ve Mesa, F. (2018). Association of periodontitis with preterm birth and low birth weight: a comprehensive review. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 31(5), 597-602.

Ramakrishnan, U., Grant, F., Goldenberg, T., Zongrone, A. ve Martorell, R. (2012). Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: a systematic review. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 26, 285-301.

Rhee, J., Kim, R., Kim, Y., Tam, M., Lai, Y., Keum, N. ve Oldenburg, C. E. (2015). Maternal caffeine consumption during pregnancy and risk of low birth weight: a dose-response meta-analysis of observational studies. *Plos One*, *10*(7), E0132334.

Ressler, M., J.,Krishna, R.ve Robison, V. (2005). Oral health during pregnancy: current research. *Journal Of Women'shealth*, *14*(10), 880-882.

Sadi, Z. B., & Aksu, H.(2016) gebelikte eşlerin cinsel yaşamı ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, *19*(2), 128-138.

Schempf A.H. vee Strobino D. M. (2008). Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *J Urban Health*, 85:858–73.

Schetter, C. D. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review Of Psychology*, *62*, 531-558.

Schetter, C. D. ve Glynn, L. M. (2011). *Stress in pregnancy: empirical evidence and theoretical issues to guide interdisciplinary research.* In *The Handbook Of Stress Science Biology, Psychology And Health*. Springer Publishing Company New York.

Seely, E., W. ve Ecker, J. (2011). Chronic hypertension in pregnancy. *New England Journal Of Medicine*, *365*(5), 439-446.

Sezer, E. (2006). *Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması.* Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği ABD, Yüksek Lisans Programı, İzmir.

Sharma, S. K., Nehra, A., Sinha, S., Soneja, M., Sunesh, K., Sreenivas, V. ve Vedita, D. (2016). Sleep disorders in pregnancy and their association with pregnancy outcomes: a prospective observational study. *Sleep And Breathing*, 20(1), 87-93.

Sinclair, S. M., Miller, R. K., Chambers, C. ve Cooper, E. M. (2016). Medication safety during pregnancy: ımproving evidence-based practice. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, *61*(1), 52-67.

Soim, A., Lin, S., Sheridan, S. C., Hwang, S. A., Hsu, W. H., Luben, T. J., ... ve Langlois, P. H. (2017). Population–based case–control study of the association between weather–related extreme heat events and neural tube defects. *Birth Defects Research*, 109(18), 1482-1493.

Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. ve Semiz, O. Gebelerin Gebelik Süreci İle İlgili Bilgi Ve Davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1 (2): 92-104. *Journal Of Hacettepe University Faculty Of Nursing*.

Sut, H. K., Asci, O., & Topac, N. (2016). Sleep quality and health-related quality of life in pregnancy. *The Journal Of Perinatal & Neonatal Nursing*, 30(4), 302-309.

Şahin, H. G. (2015). Obezite ve gebelik. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*, *6*(3), 71-73.

Şimşek, M., Kutlu, M., Yücel, N., Kaya, F., Kaya, N. ve Ocak, Y. (1997). Gebelik süresince yapılan hafif nitelikli düzenli egzersizin gebeler deki fiziksel ve fizyolojik etkileri. Perinatoloji Dergisi, 5(3), 95-100.

Tarhan P. ve Yılmaz T.(2016). Gebelikte sigara kullanımı ve etkileyen faktörler. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 3(3):140-147.

Taskiran, N. (2011). Pregnancy and sleep quality. *Journal Of Turkishsociety Of Obstetrics And Gynecology, 8*(3), 181-7.

Taşkın, L. (2009). *Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği*, IX. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Taşkın L. (2012). *Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, XI. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara.

Tiran, D. (2003). Implementing complementary therapies into midwifery practice. *Complementary Therapies İn Nursing And Midwifery*, *9*(1), 10-13.

Tiran, D. ve Chummun, H. (2004). Complementary therapies to reduce physiological stress in pregnancy. *Complementary Therapies İn Nursing And Midwifery*, *10*(3), 162-167.

Tirkeş, D., (2012). Gebe Kadınların Sağlık Uygulamaları Ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilmleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı*, Yüksek Lisans Programı, Sivas.

Tobias, D. K., Zhang, C., Van Dam, R. M., Bowers, K. ve Hu, F. B. (2011). Physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 34(1), 223-229.

Turgut, N., Güldür, A., Çakmakçı, H., Şerbetçi, G., Yıldırım, F., Yumru, A. E., ... ve Gülova, S. S. (2017). Gebe okulunda eğitim alan gebelerin bilgi düzeyleri üzerine bir araştırma. *Hemşirelik Akademik Araştırma Dergisi*, 3(1), 1-8.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (2014). Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. Erişim tarihi: 10.08.2019, https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf

Türkiye İstatistik Kurumu(TÜİK). (2012). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması B Grubu Mikro Veri Seti, ISBN: 978-975-19-5751-1

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması(TNSA) (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. Erşim Tarihi: 10.08.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması(TNSA) (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. Erşim Tarihi: 10.08.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf

Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması(TNSA) (2018). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara. Erşim Tarihi: 01.12.2019, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf

Uzun, B., Kördeve, M. K. ve Ünal, E.(2017) gebelik sürecinde poliklinik takibinin gebelerin sağlık bilgi düzeyine katkısı: bir alan araştırması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi,* 33(3), 32-45.

Vik, T., Bakketeig, L. S., Trygg, K. U., Lund, L. K. v Jacobsen, G. (2003). High caffeine consumption in the third trimester of pregnancy: gender-specific effects on fetal growth. *Paediatric And Perinatal Epidemiology*, 17(4), 324-331.

Viteri, O. A., Soto, E. E., Bahado-Singh, R. O., Christensen, C. W., Chauhan, S. P. ve Sibai, B. M. (2015) fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: a literature review. *Am J Perinatol*, 32(5), 405–16.

Volkow, N. D., Compton, W. M. ve Wargo, E. M. (2017). The risks of marijuana use during pregnancy. *The Journal of the American Medical Association*, *317*(2), 129-130.

Weng, X., Odouli, R. ve Li, D. K. (2008). Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *American Journal Of Obstetrics And Gynecology*, 198(3), 279-1.

Wennborg, H., Bodin, L., Vainio, H. ve Axelsson, G. (2000). Pregnancy outcome of personnel in swedish biomedical research laboratories. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine*, 42(4), 438-446.

Winton, G. B. ve Lewis, C. W. (1982). Dermatoses of pregnancy. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, *6*(6), 977-998.

World Health Organization(WHO). (2010). Global status report on noncommunicable diseases. Geneva, Switzerland. Erişim Tarihi:01.10.2019, http://www.who.int/nmh/publications/ncd/report/full/en

World Health Organization. (2014). Guidelines For The İdentification And Management Of Substance Use And Substance Use Disorders İn Pregnancy. Erişim Tarihi:01.10.2018,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107130/9789241548731_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2015). Traditional Medicine Strategy 2014–2023. *WHO*. Erişim Tarihi: 01.10.2018,

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.pdf?sequence=1

Yağmur, Y. (2014). Gebe kadınların genital hijyen uygulamalarının değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Journal Of Nursing*, 17, 184-189.

Yargıç, M. P., Karayılan, Ş. Ş. ve Dönmez, G. (2014). Gebelik ve egzersiz. *Spor Hekimliği Dergisi*, 49(3), 091-098.

Yazıcı, S., ve Demirsoy, G. (2009). Gebelikte üriner sistem enfeksiyonu ve genital hijyen. *Journal Of Clinical Obstetrics & Gynecology*, *19*(5), 241-248.

Yenal, K., Okumuş, H. ve Sevil, Ü. (2010). Web ortamında interaktif-antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi.* , 3 (1), 9-14.

Yılmaz, F. ve Pasinlioğlu, T.(2014) Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları Ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi,* 1(1), 14-24.

Yılmaz, L., Koruk, F. ve Koruk, İ. (2018). Şanlıurfa'da bir devlet hastanesinde doğum yapmış kadınların doğum öncesi bakım hizmetlerini alma durumu, bu hizmetlerin niteliği ve etkileyen faktörler. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *11*(2), 209-218.

Yılmaz, E. B. ve Şahin, E. (2019). Gebelerin prenatal sıkıntı düzeyleri ile ilişkili faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,* 10(3), 197-203.

Zanini, M. ve Paschoal, L. H. C. (2004). Dermatoses Gestacionais. *Medicina Cutánea Ibero-Latino-Americana*, *32*(4), 139-150.

FORMLAR

EK-1

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Gebelikte sağlık uygulamaları anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir. Bu çalışmada gebenin sağlık uygulamalarının belirlenmesi ve etkileyen özelliklerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Amacımız gebelik süreci içinde anne adaylarının sağlık uygulamalarını belirleyerek gereksinimler doğrultusunda hazırlanacak eğitim ve danışmanlık programlarına zemin oluşturmaktır. Bu nedenle desteğiniz ve katkınız tüm anne adayları için önemli.

Lütfen adınızı belirtmeden, aşağıdaki soruları cevaplandırın. Desteğiniz için teşekkür ederiz.

Ebe Güler Bilici

Dr. Öğr. Üyesi Esma DEMİREZEN

Sosyodemografik Veriler

- Kaç yaşındasınız? ……..
- Eğitim durumunuz ?

  1. İlkokul 2. Ortaokul 3. Lise ve dengi 4. Üniversite/Yüksekokul e) Diğer
- Medeni durumunuz ?

  1.Evli 2. Bekar 3. Boşanmış 4.Diğer…….
- Mesleğiniz ?

  1. Ev hanımı 2.İşçi 3. Memur 4. Serbest
- Gebelik döneminde çalışma durumunuz?

  1.Çalışıyorum 2.Çalışmıyorum
- Sağlık sigortanız mı?

  1. Var 2.Yok
- Evlilik yaşınız ? ……
- Kaç yıllık evlisiniz?.....
- Akraba evliliği mi ?

  1. Evet 2.Hayır
- Eşinizin eğitim durumu nedir?

  1.Ilkokul 2. Ortaokul 3. Lise ve dengi 4. Üniversite/Yüksekokul 5. Diğer

- Eşinizin mesleği nedir?

  1. İşsiz 2. Memur 3. İşçi 4. Serbest Meslek 5. Diğer……

- Bugüne kadar en çok yaşadığınız yerin özelliği?

  1. Büyük Şehir 2. Şehir 3. İlçe 4.Köy

- Aile tipiniz nedir?

  1. Çekirdek aile (Karı, koca, çocuk)

  2. Geniş aile (Kayınvalide/Kayınpeder ile birlikte aynı evde yaşam)

  3. Geleneksel aile (Ayrı dairede ancak kayınvalide/kayınpeder ile aynı binada)

  4.Parçalanmış aile

  5. Diğer :……

- Ailenizin gelir durumu sizce nasıldır?

  1.Gelir giderden az 2. Gelir gidere denk 3.Gelir giderden fazla

- Eş desteğiniz nasıl tanımlarsınız?

  1. Yeterli 2. Yetersiz

- Aile ve çevre desteğini nasıl tanımlarsınız?

  1. Yeterli 2. Yetersiz

Obstetrik Veriler

- Kaç kez gebe kaldınız ?...
- Yaşayan çocuk sayısı? ….
- Ölü doğum sayısı : ….
- Kendiliğinden düşük sayısı :
- Kürtaj sayısı : …..
- İlk gebelik yaşınız: …….
- Şu an kaç haftalık gebesiniz? ……
- Gebe kalmayı planlamış mıydınız?

  1. Evet 2. Hayır

- İstediğiniz bir bebek mi ?

  1. Evet 2. Emin değilim 3.Hayır

- Gebelik kalma şekli :

  1. Özel tedavi ile gebe kaldım 2. Kendiliğinden gebe kaldım

Kişisel Sağlık Bilgileri ve Sağlık Davranışları

- Gebe kalmadan önceki Kilo : …….. Boy : …… BKİ: …….
- Bugüne kadar kaç kilo aldınız ? ……. Kg
- Gebeliğinizde yaşadığınız riskli durum var mı? a) Evet b) Hayır
- Yanıtınız "Evet" ise, riskli durumunuz neydi?
  1. Erken Doğum Tehdidi 2. Kanama 3. Yüksek tansiyon e) Diğer .....
- Tanı konmuş bir hastalığınız var mı? (Şeker, Yüksek Tansiyon, Tiroid/Guatr, Astım, Panik atak, Depresyon vb.)
  1. Evet 2. Hayır
- Yanıtınız "Evet" ise, hastalığınızı belirtiniz: ……
- Düzenli kullandığınız ilaçlarınız ?
  1. Tansiyon İlacı 2. Tiroid ilacı 3.Şeker ilacı 4. Panik atak ilacı 5. Depresyon ilacı
  6. Diğer: ……
- Genel sağlık durumunuzu nasıl görürsünüz ?
  1. İyi 2.Orta 3. Kötü

Hamilelik öncesi dönemdeki alışkanlıklarınız düşünerek lütfen cevaplayın :

- Hastalandığımda mutlaka doktora giderim. 1. Evet 2. Hayır
- Hastalanmadan öncede kontrol amaçlı, düzenli doktora giderim. 1. Evet 2. Hayır
- Kilomu hep normal sınırlarda korurum. 1. Evet 2. Hayır
- Dengeli beslenirim . 1. Evet 2. Hayır
- Düzenli olarak haftada en az 3 kez yürüyüş/ spor yaparım. 1. Evet 2. Hayır
- Sigara kullanıcısıyım . 1. Evet 2. Hayır
- Alkol kullanırım. 1. Evet 2. Hayır
- Kafamı dağıttığım, stresimi attığım uğraşlarım vardır. 1. Evet 2. Hayır
- Sağlıkla ilgili eğitimlere katılır ya da bilgi edinirim. 1. Evet 2. Hayır

Gebelik Dönemine İlişkin Kontrol Alışkanlıkları

- Gebelikte düzenli olarak kontrollerinize gidiyor musunuz? 1.Evet 2. Hayır

- Hayır ise nedeni ?(hastanenin uzak olması, ekonomik sorunlar, evden izin alamama yazınız) :

  ……

- Bu gebeliğinizde şimdiye kadar kaç kez sağlık kuruluşuna gittiniz? ……. Gebelik döneminde ya da gebelik planlama aşamasında diş doktoruna gittiniz mi?

  1. Evet 2.Hayır

- Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı ?

  1.Evet 2.Hayır

- Gebelik ve doğuma ilişkin sorularınızı öncelikle kime sorarsınız ?

  1. Doktoruma 2. Ebeye 3. Hemşireye 4. İnternetten bakarım

  5. Televizyondan 6. Arkadaş / Komşulardan

EK-3

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ

Gebelikte sağlık uygulamalarını değerlendirmeye yönelik aşağıdaki soruları okuyarak, hiçbir soruyu atlamadan size uygun olarak işaretleyiniz

1.Gebe kaldığımdan beri, sağlıklı bir yaşam tarzı sürdüğümü düşünüyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

2.Gebe kaldığımdan beri, gecede en az 7-8 saat uyuyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

3.Gebe kaldığımdan beri; günde en az 20 dakika, haftada en az 3 kez olmak üzere düzenli olarak egzersiz yapıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

4.Gebe kaldığımdan beri, araba, kamyon, yük arabası, kamyonet kullanırken emniyet kemeri kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

5.Gebe kaldığımdan beri, günde 2'den fazla kafeinli içecek (kahve, çay, kola, soda) tüketiyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

6.Gebe kaldığımdan beri, kokain, amfetamin ya da LSD, eroin ya da uçucu madde kullanırım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

7.Gebe kaldığımdan beri, eşim ve/veya ben başkalarıyla cinsel ilişkiye girdik.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

8.Gebe kaldığımdan beri, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için önlemler alıyorum (örn; prezervatif kullanıyorum ya da cinsel ilişkiden kaçınıyorum).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

9.Kendi sağlığım veya bebeğimin sağlığıyla ilgili endişelerim olduğunda doktoruma ya da ebeme bildiririm.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

10. Gebeliğimle ilgili sorularım olduğunda ya da anlayamadığım bir şey olduğunda doktoruma ya da ebeme sorarım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

11. Gebe kaldığımdan beri, doktorum ya da ebemin tavsiye ettiği ilaçlar dışında bitkisel ilaçlar kullanıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

12. Gebe kaldığımdan beri, kendim ve bebeğim için iyi olacak yiyecek ve içecekler alırken etiketlerini okuyorum (örn; tuz ve yağ oranının fazla olmamasına, suni tatlandırıcılar içermemesine ve vitamin değerinin yüksek olmasına dikkat ediyorum).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

13. Gebe kaldığımdan beri, duş şeklinde banyo yaparım.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

14. Gebe kaldığımdan beri, 37,7 ºC'den daha sıcak suda yıkanmaktan ve oturma banyosu yapmaktan sakınıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

15. Gebe kaldığımdan beri, zehirli kimyasallar ve diğer maddelere maruz kalmaktan sakınırım veya sınırlandırırım (örn; pasif içicilik, haşere ve böcek ilaçları ve kurşun içeren içme suyu).
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

16. Gebe kaldığımdan beri, herhangi bir ilaç ya da destekleyici maddeler almadan önce doktorumla ya da ebemle konuşurum.
a) Hiçbir zaman b) Nadiren c) Ara sıra d) Sık sık e) Her zaman

17. Gebe kaldığımdan beri; eğer doktorum ya da ebem tavsiye ettiyse, multivitaminleri ve doğum öncesi vitaminleri alıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük yada tavsiye edilmedi

18. Gebe kaldığımdan beri, süt ve süt ürünleri veya kalsiyumdan zengin yiyecekler tüketerek veya dışarıdan ilaç vb. alarak yeterli düzeyde (1200mg/gün) kalsiyum alıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Haftada 1-2 kez c) Haftada 3-4 kez d) Haftada 5-6 kez e) Günlük

19. Gebe kaldığımdan beri, günde 5 porsiyon meyve ve/veya sebze tüketiyorum.
a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6 e)Günlük

20. Gebe kaldığımdan beri, diyetimde yeterince lifli ve posalı gıda (sebze, kuru meyve gibi) alıyorum.
a) Hiç b) Haftada 1 yada 2 c) Haftada 3 yada4 d) Haftada 5 yada 6
e)Günlük

21. Gebe kaldığımdan beri, sigara içiyorum.
a) Hiçbir zaman içmedim b) Gebe kaldığımı öğrendiğimden beri bıraktım
c) Günde 10 sigaradan az d) Günde 11-20 sigara e) Günde 1 paketten fazla

22. Gebe kaldığımdan beri, alkollü içecekler içerim (şarap, bira veya likör).
a) Gebeliğim süresince hiç alkollü içecek almadım b) Gebeliğimi öğrenmeden önce
c) Ayda 3 kereden az d) Haftada 1 e) Haftada 1'den az

23. Gebe kaldığımdan beri, bir oturuşta genellikle bir şişe bira, bir kadeh şarap ya da bir kadeh likköre denk gelecek şekilde içki içiyorum.
a) Hamileyken hiç içmedim b) 1 içecek c) 2 içecek d) 3 içecek e) 3 içecekten fazla

24. Doğum öncesi bakım için doktorumu ya da ebemle görüşmeye başladım.
a) Döllenmeden önce gebeliği planlamak için b) Gebeliğimin ilk 3 ayında
c) Gebeliğin 5. ayından önce d) Gebeliğin 7. ayından önce e) Gebeliğin 9. ayından önce

25. Gebe kaldığımdan beri, "randevumu kaçırdım" (doktorumla ya da ebemle olan randevuyu unuttum ya da randevuya gitmedim anlamında).
a) Hiçbir randevuyu kaçırmadım b) Bir randevuyu kaçırdım c) 2-3 randevu kaçırdım
d) 4-5 randevu kaçırdım e) 5 randevudan fazla kaçırdım

26. Gebe kaldığımdan beri, düzenli olarak diş bakımı yaptırıyorum (her 6 ayda bir profesyonel temizlik ya da diş bakımı).
a) Düzenli diş bakımı yaptırdım.
b)Diş bakımı zamanım gelmiş olmasına rağmen diş hekimine gitmedim.
c)Şu anda diş bakımı yaptırmam gerekli mi bilmiyorum.
d)Bir diş hekimine gittim ve bazı bakımlarım oldu fakat gereksinimim olan her şey değil.
e)Bir diş hekimine gittim ve bütün bakımımı yaptırdım ya da gebe kaldığımdan beri bir diş hekimi için randevu zamanım henüz gelmedi.

27. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğumla ilgili daha fazla bilgi edinmek için kitaplara, broşürlere, videolara veya internete bakıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Ayda bir ya da daha az c) Ayda 2-3 kez
d) Ayda 4 kez (haftada bir) e) Ayda 4 kezden fazla

28. Gebe kaldığımdan beri, gebelik ve doğum ile ilgili daha fazla bilgi edinmek için arkadaşlarımla veya aile üyeleriyle konuşuyorum.
a) Hiçbir zaman b) Ayda 1 kez yada daha az c) Ayda 2-3 kez d) Ayda 4 kez (haftalık)
e) Ayda 4 kezden fazla

29. Gebe kaldığımdan beri, kendimi rahatlatmak için bazı şeyler yapmaya (yürüyüş, masaj, müzik dinlemek, el işi) zaman ayırıyorum.
a) Hiçbir zaman b) Haftada1 kez ya da daha az
c) Haftada 1-2 kez d) Haftada 3-5 kez e) Haftada 5'ten fazla

30. Gebe kaldığımdan beri, gebelikte, gebelik zamanına uygun, doktorum ya da ebem tarafından önerilen ağırlık kadar kilo aldım.
a) Kilo kaybettim b) Gereğinden çok az yada çok fazla kilo aldım
c) Kilo almadım yada vermedim d) Bilmiyorum e) Almam gereken miktarda kilo aldım

31. Gebe kaldığımdan beri, her gün su, meyve yada sebze suyu yada diğer kafeinsiz içecekler içerim.
a) Günde 3 bardaktan az (220 ml'lik) sıvı b) Günde 3-4 bardak (220 ml'lik) sıvı
c) Günde 5-6 bardak (220 ml'lik) sıvı d) Günde 7-8 bardak (220 ml'lik) sıvı
e) Günde 8 bardaktan (220 ml'lik) fazla sıvı aldım.

32. Gebe kaldığımdan beri, bahçede çalışırken eldiven kullanarak, pişmemiş ya da az pişmiş et yemeyerek ve kedi dışkısı ile temastan kaçınarak toksoplazma enfeksiyonu riskini en aza indiriyorum. a) Daima b) Haftada 5 gün c) Haftada 3 gün d) Bazen e) Hiç

33. Doğuma hazırlık kurslarına katıldım ya da katılmayı planlıyorum.
a) Kesinlikle evet b) Hayır, daha önce katılmıştım c) Emin değilim d) Muhtemelen hayır

e) Kesinlikle hayır

EK-3 ETİK KURUL KARARI

İÜC Tarih ve Sayı: 09/05/2019-70986

BEL5EKL2S

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Dekanlığı

Sayı :59491012-604.01.02-
Konu :Yüksek Lisans Öğrencisi Güler BİLİCİ'nin etik kurul kararı A-33

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi :16.04.2019 tarih, 13022260-300-59622 sayılı yazı

Enstitünüz Ebelik Anabilim Dalında görevli **Dr.Öğretim Üyesi Esma DEMİREZEN'in** danışmanlığında **Yüksek Lisans Öğrencisi Güler BİLİCİ'nin** yürütücülüğünde **"Gebelikte Sağlık Uygulamaları ve İlişkili Faktörler"** başlıklı Yüksek Lisans Tezi (ANKET) hakkında ilgi yazınız ve ekleri **07 Mayıs 2019** tarihinde toplanan Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulunca müzakere edilmiş olup,etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR
Başkan

e-İmzalı
Prof. Dr. Muhlis Cem AR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

NOT: Yönetmelik gereği Sonuç Raporunun Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna iletilmesi gerekmektedir.

EK :
1 dosya elden teslim edilecektir.

Doğrulamak İçin:http://dogrulama.istanbulc.edu.tr/enVision.sorgula/belgedogrulama.aspx?V=BEL5EKL2S
Ayrıntılı bilgi için irtibat : Güler SOYDANER Dahili : 22300
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 34303 Cerrahpaşa/ İSTANBUL
Tel : 0 (212) 414 30 00 Faks : 0 (212) 632 00 33
e-posta : ctfpersonel@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbulc.edu.tr

EK-4 KURUM İZNİ

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI BAĞCILAR EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
02/08/2019 08:30 - 82998542 - 771 - E.16146
00098567661

T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 82998542-771
Konu : Güler BİLİCİ (Anket Çalışması)

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
(Sağlığın Geliştirilmesi Birimi)

İlgi : 18.07.2019 tarihli ve 2458 sayılı yazınız

İlgili yazınıza istinaden İstanbul Üniversitesi Öğrencisi Güler BİLİCİ'nin "Gebelikte sağlık uygulamaları ve ilişkili faktörler" başlıklı anket çalışmasını hastanemizde gerçekleştirmesi uygun görülmüştür. Araştırmacının çalışmasına başlamak üzere hastanemi,z Eğitim, Ar-Ge Birimi BAPKOM'a başvurması hususunda;

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır.
Prof. Dr. Ahmet Yaser MÜSLÜMANOĞLU
Başhekim

Merkez mah. Dr Sadık Ahmet Cad. No:5 Bağcılar/İstanbul Tel:0212 440 40 00 (1187)
Telefon: (0212) 440 4000 Faks No: 0212 440 42 42
e-Posta: tugba.cicek4@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Uzman Eğitim Hemşiresi Tuğba Çiçek
Bilgi için: Tuğba ÇİÇEK
HEMŞİRE
Telefon No: (0 533) 497 14 96
Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 94390a17-39af-41c5-a686-6448c2d07086 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-5 GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI ÖLÇEĞİ II TÜRKÇE FORMU İZNİ

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) - Kullanım İzni Gelen Kutusu ×

Sezer Er Güneri <er.sezer@hotmail.com> 10 Ağu 2018 Cum 12:45
Alıcı: ben

Sayin Bilici,

Geçerlik ve güvenirliğini yapmış olduğum "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği"ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Ölçek ve değerlendirmesi ile ilgili bilgilerin bulunduğu dosyalar mailin ekinde yer almaktadır.
Çalışma sonuçları hakkında bilgi verirseniz sevinirim.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim.

Dr. Öğr. Üyesi Sezer ER GÜNERİ
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD.

Assistant Professor Sezer ER GUNERI
Ege University Nursing Faculty Women Health and Illness Nursing Department

...

[İleti kısaltıldı] Tüm iletiyi görüntüle

2 Ek





İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

GEBELİKTE SAĞLIK UYGULAMALARI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

ORİJİNALLİK RAPORU

%18	%9	%3	%16
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	Submitted to TechKnowledge Öğrenci Ödevi	%5
2	Submitted to (school name not available) Öğrenci Ödevi	%3
3	Submitted to Fatih University Öğrenci Ödevi	%1
4	Submitted to Fırat Üniversitesi Öğrenci Ödevi	%1
5	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	%1
6	adudspace.adu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<%1
7	Submitted to TechKnowledge Turkey Öğrenci Ödevi	<%1
8	www.khsdergisi.com İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	GÜLER	**Soyadı**	BİLİCİ
Doğ.Yeri	ARAPGİR	**Doğ.Tar.**	
Uyruğu	TC	**TC Kim No**	4**********
Email	gulerblc@gmail.com	**Tel**	05**********

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mez. Yılı**
Doktora		
Yük.Lis.	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı	2017-
Lisans	İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü	2015
Lise	Hikmet Nazif Kurşunoğlu Anadolu Meslek Lisesi	2011

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Ebe	Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	2018-
2.	Ebe	Medipol Esenler Hastanesi Doğumhane	2017-2018
3.	Ebe	Acıbadem Atakent Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Servisi	2015-2017

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama***	**Konuşma***	**Yazma***	**KPDS/ÜDS Puanı**	**(Diğer) Puanı**
İngilizce	Çok iyi	Çok iyi	İyi		YDS-65

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

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
LES Puanı	68		
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Office Programları	Çok iyi
SPSS	İyi
Adobe Photoshop	İyi