T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

"GEBELİKTE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ"NİN ANKARA ŞEHİR HASTANESİ'NE BAŞVURAN GEBELER ÜZERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ,

ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Dr. Emine Sare KAYSERİLİ

UZMANLIK TEZİ

ANKARA 2021

T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

"GEBELİKTE SAĞLIKLI YAŞAM DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ"NİN ANKARA ŞEHİR HASTANESİ'NE BAŞVURAN GEBELER ÜZERİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ,

ÖLÇEK VE ALT ÖLÇEKLERİNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Dr. Emine Sare KAYSERİLİ

UZMANLIK TEZİ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ahmet KESKİN

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar aşamaların tamamında gerekli kurum ve kuruluşlardan izin aldığımı ve bu kurum ve kuruluşların talimatlarına uygun davrandığımı, patent ve telif haklarını ihlal eden etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi, tez çalışması sırasında ortaya çıkan masrafların tarafımdan ödendiğini beyan ederim.

Dr. Emine Sare KAYSERİLİ

13.07.2021

TEŞEKKÜR

Asistanlığım süresince bilimsel bir bakış açısı kazanmamı sağlayan tez danışmanım Doç. Dr. Ahmet Keskin'e,

Uzmanlık eğitimim boyunca tecrübe ve destekleri ile yol gösteren değerli hocalarıma,

Hayatımın her döneminde desteklerini hissettiğim kıymetli aileme, her konuda anlayış ve desteğinden dolayı değerli eşim Fatih Mehmet Kayserili'ye teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER i
ÖZET iv
KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ vi
ŞEKİLLER DİZİNİ vii
TABLOLAR DİZİNİ viii
1. GİRİŞ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. Gebe Takibine ve Bu Bağlamda Aile Hekimliği Disiplinine Genel Bakış 3
2.2. Sağlıklı Yaşam Davranışları 7
2.2.1 Gebelikte Sigara 8
2.2.2. Gebelikte Alkol 9
2.2.3. Gebelikte Hijyen 9
2.2.3. Gebelikte Beslenme 11
2.2.4. Gebelikte Fiziksel Aktivite 13
2.2.5. Gebelikte Seyahat 14
2.2.6. Gebeliği Kabullenme 15
2.2.7. Gebelik Sorumluluğu 15
3. MATERYAL VE YÖNTEM 16
4. BULGULAR 19
4.1. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Karşılaştırılması 22
4.2. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Önceki Gebelikte Herhangi bir Sağlık Sorunu Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Karşılaştırılması 25
4.3. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Mevcut Gebeliğin İstenip İstenmeme Durumuna Göre Karşılaştırılması 26

4.4. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması 28

4.5. Gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması 30

4.6. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması 31

4.7. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması 32

4.8. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Takipli Olduğu Belirli Bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Olup Olmaması Durumuna Göre Karşılaştırılması 34

4.9. Gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması 37

4.10. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Sürekli Kullanılan İlaç Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması 38

4.11. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması 39

4.12. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelik Haftasına Göre Karşılaştırılması 40

4.12.1. Bulunulan Haftaya Göre Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Karşılaştırılması 40

4.12.2. Bulunulan Trimestere Göre Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Karşılaştırılması 42

4. 13. Katılımcıların vajinal duş alışkanlığı değişkeni ile istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumu karşılaştırılması 44

4.14. Katılımcıların gebelikte sigara kullanma durumu değişkeni ile istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve sürekli ilaç kullanma durumu ile karşılaştırılması 46

4.15. Yaş ile vajinal duş ve sigara arasındaki ilişki 48

4.16. Gebelik Haftası ile sigara ve vajinal duş arasındaki ilişki 48

5. TARTIŞMA 49
6. SONUÇ VE ÖNERİLER 60
7. EKLER 62
Ek-1: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği 62
Ek-2: Soru Formu 67
Ek-3: Bilgilendirme ve Onam Formu 69
Ek-4: Etik Kurul Onayı 70
Ek-5: Ölçek Kullanım İzni 71
Ek-6 T. C. Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu Online Fetva Hizmeti 661438 numara ve 19.05.2021 tarihli soru ve cevabı 72
8. KAYNAKLAR 73

ÖZET

Giriş: Araştırmamız, Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran gebelerin sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmek ve gebelikte sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla kesitsel olarak tasarlanmıştır.

Yöntem: İki ay süreyle, bilinen komplikasyonu olmayan gebelerden GSYDÖ ve Soru Formu'nu doldurmaları istenmiştir. Bağımlı değişkenler GSYDÖ alt ölçekleri ile vaginal duş, sigara ve alkol kullanımıdır. Toplam 604 katılımcının anket formları üzerinden istatistiki değerlendirme yapılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %37'sinin eğitim durumu ön lisans ve üzeridir. %61'i üçüncü trimesterdadır. %20,2'si gelir getiren bir işte çalışmakta olup 4 gebe bekârdır. Gebelerin %9,1'i sigara kullanmaktadır. Gebelerin %44'ü vajinal duş yapmaktadır ve %62,4'ünün düzenli takipli olduğu belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunmamaktadır. Yaklaşık %20'sinin kronik bir hastalığı olup en sık kullanılan süreğen ilaç levotiroksindir. Bulgularımıza göre sigara ve vajinal duş dışında gebelerin en yüksek oranda bilgilendirme ve desteğe ihtiyaç duydukları konu fiziksel aktivitedir. Gebeliği kabullenme ve fiziksel aktivite puanları ilk gebeliklerde dördüncü ve üzeri gebeliklere göre daha yüksektir. İstenmeyen gebeliklerde gebeliği kabullenme daha zayıftır. Hijyen puanları ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde daha düşüktür. Çalışan gebeler seyahat ve hijyen konusunda daha yüksek puanlar almışken sigara kullanımı ev hanımlarında daha azdır. Geliri giderinden daha az olan gebeler sağlıklı beslenme davranışları konusunda daha riskli durumdadır. Belirli bir branş uzmanı takibinde olan gebelerin beslenme, seyahat ve GSYDÖ toplam puanları daha yüksektir. Yaş ile hijyen puanları pozitif yönlü korelasyon göstermektedir. Gebelik sorumluluğu ve hijyen puanları 3. tirmesterda daha düşüktür. Vajinal duş, düşük eğitim düzeyinde ve ev hanımlarında daha sıktır.

Sonuç: Birinci basamakta kadınları sağlıklı yaşam davranışlarına motive etmek için prekonsepsiyonel dönemden itibaren müdahalelerde bulunulabilir. Antenatal bakım vericiler gebeleri sağlıklı yaşam davranışları konusunda bilgilendirirken kişisel ve ailesel özellikleri göz önünde bulundurarak önceliklerini belirleyebilirler. Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ve ilişkili faktörlerin daha geniş çaplı çalışmalarda değerlendirilmesi, kısa poliklinik sürelerinde öncelenecek konuların belirlenmesine katkı sağlayacaktır.

ABSTRACT

Introduction: Our study was designed cross-sectionally to evaluate the healthy lifestyle behaviors of pregnant women who applied to Ankara City Hospital and to determine the factors affecting healthy life behaviors during pregnancy.

Method: Pregnant women with no known complications were asked to fill in the HLBPS and Question Form for two months. Dependent variables are HLBPS subscales, vaginal douching, smoking and alcohol use. Statistical evaluation was made on the questionnaire forms of 604 participants in total.

Results: The education level of 37% of the participants is associate degree or higher. 61% are in the third trimester. 20.2% of them are working in an income generating job and 4 pregnant women are single. 9.1% of pregnant women smoke. 44% of the pregnant women making vaginal douche and 62.4% of them do not have a specific obstetrician and gynecologist with regular follow-up. Approximately 20% of them have a chronic disease and the most commonly used chronic drug is levothyroxine. According to our findings, physical activity is the subject that pregnant women need information and support at the highest rate, apart from smoking and vaginal douching.

Acceptance of pregnancy and physical activity scores are higher in first pregnancies than in fourth and above pregnancies. Acceptance of pregnancy is weaker in unwanted pregnancies. Hygiene scores are lower at primary and below education levels. While working pregnant women have higher scores on travel and hygiene, smoking is less among housewives. Pregnant women with less income than their expenses are at higher risk for healthy nutrition behaviors. Nutrition, travel and HLBPS total scores of pregnant women who are followed up by a specific branch specialist are higher. Age and hygiene scores show a positive correlation. Pregnancy responsibility and hygiene scores are lower in the third trimester. Vaginal douching is more common in low education level and housewives.

Conclusion: In primary care, interventions can be made starting from the preconceptional period to motivate women to healthy lifestyle behaviors. Antenatal care providers can determine their priorities by considering their personal and familial characteristics while informing pregnant women about healthy living behaviors. Evaluation of healthy lifestyle behaviors and related factors in pregnancy in larger studies will contribute to the determination of issues to be prioritized in short outpatient clinics.

KISALTMALAR VE SİMGELER DİZİNİ

ACOG: The American College of Obstetricians and Gynecologists

ANOVA: Tek yönlü varyans analizi

Covid 19: Yeni Koronavirüs Hastalığı

DÖBYR: Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

GSYDÖ: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği

HLBPS: Healthy Lifestyle Behaviours in Pregnancy Scale

NST: Non Stress Test

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

SS: Standart Sapma

SYDÖ-II: Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği-II

T. C. : Türkiye Cumhuriyeti

TNSA: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 4.1 Katılımcıların Gebelik Sayısı ……...19

Şekil 4.2 Katılımcıların Trimester Dağılımı……....20

Şekil 4.3 Katılımcıların Sigara Kullanım Durumu……..21

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 4.1 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gebelik sayısına göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları.....23-24

Tablo 4.2 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları.....25-26

Tablo 4.3. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İstenilen Gebelik Olma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları.....27

Tablo 4.4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları……...28-29

Tablo 4.5 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Aile Yapısına Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları……...30

Tablo 4.6 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları.....31

Tablo 4.7 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gelir durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları……..……32-33

Tablo 4.8 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının takip durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları…….34-35

Tablo 4.9 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları.….37

Tablo 4.10 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İlaç Kullanma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları.....38

Tablo 4.11 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Puanları ile Yaşları Arasındaki İlişkiye ait Spearman's Rho Testi Sonuçları……..39

Tablo 4.12 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Puanları ile Gebelik Haftası Arasındaki İlişkiye ait Spearman's Rho Testi Sonuçları……..41

Tablo 4.13 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının trimestera göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları.....42-43

Tablo 4.14 Katılımcıların istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumu değişkenleri ile vajinal duş değişkeninin karşılaştırılması……..45

Tablo 4.15 Katılımcıların gebelikte sigara kullanım durumu ile istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumunun karşılaştırılması.....46-47

Tablo 4.16 Yaş ve gebelik haftası değişkenleri ile sigara kullanma ve vajinal duş arasındaki korelasyon.....48

1. GİRİŞ

Sağlıklı yaşam davranışları yalnızca hastalıklardan korunmaya değil iyilik hâlinin sürdürülmesi ve sağlığının geliştirilmesine de yardımcı olacak davranışlar olarak tanımlanmaktadır (1).

Aile hekimliği çekirdek yeterliklerinden biyopsikososyokültürel ve varoluşçu yaklaşım, sağlık ve iyiliğin teşviki ve hastanın güçlendirilmesi ilkeleri bağlamında aile hekimleri kendilerine bağlı olan nüfusun sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi ve bireylerin/toplumun eğitimi konusunda önemli bir yere sahiptir (2).

Gebelik, sağlıklı yaşam biçimi davranış ve alışkanlıklarının hem anne hem fetüs sağlığı açısından önemli olduğu, bireyin de hekimin de riskleri ve avantajları gözetmesi gereken bir dönemdir.

Aile hekimi, süreklilik ilkesi gereğince bireyin prekonsepsiyonel döneminden itibaren sağlık hizmeti sağlayıcısı konumundadır (3,4). İstenmeyen gebeliklerin önlenmesi safhasında kontrasepsiyon danışmanlığı verir ve gebelik planlandığı zamandan itibaren de folat desteği başlayarak gerekli müdahalelerde bulunur. Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve klinik durum ayırt etmeksizin kendilerine bağlı olan nüfusa hizmet vermektedir. Aile hekimi herhangi bir sebeple başvuran bireylerin doğru alışkanlıklar edinmesi ve zararlı alışkanlıklardan kaçınması için motivasyonel görüşme teknikleri ile çaba gösterir. Gebelik tespit edildikten sonra sürecin sağlıklı ilerlemesi için anne ve baba adayına bütüncül yaklaşarak destek olur. Birinci basamakta gebeliğin sadece komplikasyonlarının önlenmesi değil anne ve fetüsün sağlık ve iyilik durumunun geliştirilmesi de büyük önem arz etmektedir (4,5).

Ülkemizde gebelerin, kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde iş yükü ve zaman kısıtlılığı sebebi ile ideal sürelerde değerlendirilmesi ve sağlıklı yaşam davranışlarına ilişkin eğitimin tam olarak verilmesi mümkün görünmemektedir. Aile hekimliği biriminde de, birimine göre değişmekle beraber tek bir izlemde yapılması istenen bilgilendirme için ideal şartların sağlanması çok zordur. Bu durumda hastanın bazı özelliklerine dayanarak risk altında olabileceği konuların belirlenmesi ve bu konuların poliklinik şartlarında öncelenmesi kısıtlı zamanda azami verim alınması açısından yardımcı olabilecektir.

Biz araştırmamızda Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran ve bilinen herhangi bir komplikasyonu olmayan gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını gebelik durumunun özel şartları bağlamında değerlendirmek ve sağlıklı yaşam davranışlarının ilişkili olduğu faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Bahsi geçen ilişkili faktörler tespit edilebilirse gebelerin sosyodemografik özelliklerine göre risk altında olduğu özel konular belirlenebilecektir. Bu durumda aile sağlığı merkezinde takipli olan gebe için bireysel olarak hangi konu üzerinde daha çok durulması gerektiği tespit edilip kısıtlı vakit daha verimli kullanılabilecektir.***

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebe Takibine ve Bu Bağlamda Aile Hekimliği Disiplinine Genel Bakış

Gebelik dönemi kadın yaşamında eşsiz ve önemli bir tecrübedir. Bir taraftan fizyolojik değişikliklere adaptasyon diğer taraftan da dünyaya gelmesi beklenen yeni aile bireyinin ve yeni rol dağılımının gebeye ve aileye getirdiği karmaşık duygular söz konusudur. Heyecan, mutluluk, ümit duygularının yanında endişe, sorumluluk, beklenti, kaygı da sürece dâhildir. Hem bireysel hem toplumsal rol anlamında gebelik öncekinden farklı bir döneme tekabül etmektedir.

Gebenin de toplumdaki tüm bireyler gibi sağlığı ve iyiliği konusunda farkındalığı önemlidir. Yeni gelişen bir canlının da primer sorumluluğu kendinde oluğu için kadının bu dönemde farklı ihtiyaçları ve toplumun ondan, onun topumdan farklı beklentileri olabilmektedir. Aynı zamanda özellikle de ilk gebelik ise aile yaşam döngüsünde bir sonraki basamağa geçiş ve aile içi değişen rollere adaptasyon söz konusudur. Aile hekimi bu basamakları öngörerek aileyi hazırlama yönünde yardımcı olmalıdır (6).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) odaklanmış antenatal bakım modelinde her gebe için dört nitelikli izlem tarif edilmektedir. Odaklanmış antenatal bakım modeli esas alınarak T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü'nün birinci basamağa yönelik yayımladığı ve en son 2018 yılında güncellediği Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi'nde (DÖBYR) her gebe için 4 nitelikli izlem ayrıntılı olarak anlatılmaktadır (7). Her izlemde iletişim; öykü; fizik muayene; laboratuvar testleri; gebeye verilecek ilaç desteği, bağışıklama ve tedaviler; bilgilendirme ve danışmanlık; sevk edilecek durumlar; yapılan izlemin kayıt altına alınması başlıkları irdelenmiştir (7).

Gebe izlem kılavuzunda dikkati çeken, gebenin belli konularda bilgilendirilmesi gerekliliğinin her izlem için ayrıca belirtilmiş olmasıdır. Buradan da anlaşılacağı gibi gebenin sadece çeşitli görüntüleme yöntemleri ve fizik muayene ile değerlendirilmesi yeterli değildir. Bilgilendirme de izlemlerin ana başlıklarındandır ve her gebe için önerilmektedir (7,8). Aile hekimliği disiplininin kendine özgü yaklaşımıyla birinci basamakta bu izlemler, bebek bekleyen çift ile eskiden beri süregelen hasta hekim ilişkisinin üzerine bina edilebilir. Gebenin her vizitte bilgilendirilmesi hem önemli konularda eğitilmesine, hem hekimle gebe arasındaki iletişimin kuvvetlenmesine hem de gebenin daha güvende hissetmesine katkı sağlayacaktır.

Gebelerin takiplerde bilgilendirilmesi gereken konuların başında beslenme, ağız diş sağlığı dahil hijyen, egzersiz, hedeflenen vücut ağırlığı, zararlı madde kullanımı, ilaç kullanımı, seyahat, bağışıklama, fizyolojik değişiklikler, patoloji işaret edebilecek belirtiler ve tehlike işaretleri gelmektedir (7).

Bir başka üzerinde durmamızın faydalı olacağı ve çalışmamızın arka planına katkıda bulunan konulardan biri de bu izlemlerin süresidir. İlk 14 hafta içinde yapılması önerilen ilk izlem için 30 dakika, sonraki izlemlerde 20'şer dakika sürenin gebeye ayrılması önerilmektedir (7).

Ülkemiz kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2010'da hayata geçirilen ve 2016 yılında yaygınlaştırılan Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) ile kişilerin telefonla veya internet üzerinden polikliniklere randevu alarak başvurması mümkündür (9). Bu tezin yazıldığı tarihlerde Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum-Gebe Polikliniklerine poliklinik başına her on dakikada bir MHRS ile muayene randevusu alınabilmektedir. Bizim veri toplama faaliyeti yürüttüğümüz 2021 yılının ilk üç ayında da poliklinik başına ortalama 40 hasta kabul edilen Ankara Şehir Hastanesi Gebe Polikliniklerinde kaba bir hesapla görüntüleme ve fizik muayene dâhil 10-11 dakikalık süre bir gebeye ancak ayrılabilmektedir. Gebelerin bu süre zarfında ikinci veya üçüncü basamak branş polikliniklerinde ayrıntılı bilgilendirme ve eğitime tabi tutulmaları olası görünmemektedir.

Ankara Şehir Hastanesi bünyesinde gözlemlerimize göre bilgilendirme için poliklinikte yeterli zaman olmamasının eksikliği bekleme salonlarında sürekli yayında olan eğitim videoları ve Covid-19 pandemisi nedeni ile online olarak yürütülen gebe okulu ile giderilmeye çalışılmaktadır.

T. C. Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında gebe eğitim birimleri hakkında yayımladığı genelgeye göre uygun personel ve fiziki şartlar sağlandığında birinci basamakta gebe bilgilendirme sınıfı, iki ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında da gebe okulu adı ile gebe ve yakınlarına verilen sistematik eğitimin esasları belirlenmiştir (10). İlgili genelgede gebe sınıfının yürütülmesinde aile hekiminin ve sorumlu ebenin görev ve sorumlulukları da irdelenmiştir (10). Çeşitli çalışmalarda gebe eğitim birimlerinin sağlıklı yaşam davranışlarını olumlu yönde etkilediği, sezaryen doğum oranları ve epidural anestezi

kullanımının antenatal eğitim ile azaldığı, doğum öncesi eğitimin annenin stresini azaltıp öz yeterliliğini artırabileceği bildirmiştir (11,12).

Aile hekimliği kendine özgü bir yöntemi, eğitimi ve klinik uygulaması olan bir disiplin ve birinci basamak yönelimli bir uzmanlık dalıdır. Tüm dünyada sağlık hizmetinin çıktılarının daha iyi olması için güçlendirilmesi gerekenin öncelikle birinci basamak olduğu bilinmektedir (13). Tıp alanında artan bilgi yüküyle beraber ortaya çıkan fakat son zamanlarda aşırıya kaçmış bulunan branşlaşma, hastaya bütüncül yaklaşımı zorlaştırmıştır. Hastanın kendisini "bilen" bir hekime olan ihtiyacı ve bir nevi organların her birinin ayrı ayrı uzmanı varken kişinin uzmanı olmaması sorunu aile hekimliği/genel pratisyenlik ekolünün bir uzmanlık dalı olması gerekliliğini getirmiştir (5).

Aile hekimliği disiplininde hasta ile birincil temas noktası olma, kapsamlı yaklaşım, biyopsikososyokültürel ve varoluşçu yaklaşım, sağlık hizmetinin koordinasyonu ve savunuculuk, hastanın güçlendirilmesi-ortak karar verme, akut ve kronik sorunları bir arada yönetme, süreklilik ilkeleri tanımlanmıştır (4). Bu ilkeler gebe takibinde branş uzmanlarına göre aile hekimlerini avantajlı kılmaktadır. Mc Whinney aile hekiminin etkinliğinin kaynağını hastalarının ve ailelerinin güçlü ve zayıf yönleri hakkında bilgi sahibi olmasına bağlar (6).

Aile hekimi sağlığı geliştirebilecek davranış değişiklikleri için kendisine bağlı olan tüm bireylerle fırsat oluştukça motivasyonel görüşmeler yapabilir. Bir başka sebeple başvuran kadının gebelik planı olup olmadığını sorgular, gebelik planı yoksa kontrasepsiyon hakkında danışmanlık vererek istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve aile planlaması konusunda yardımcı olur. Gebelik planı varsa folat desteği başlar, zararlı alışkanlıkların bırakılması konusunda yönlendirmeler yapar. Bilinen bir hastalık veya kullanılan ilaç olması durumunda gebelik için yapılması gereken düzenlemeler; hipotiroidi gibi gebelikte hedef değeri değişen rahatsızlıklar için de planlama yapabilir.

Birinci basamakta, bebek dünyaya gelmeden hatta prekonsepsiyonel dönemde anne ve baba ile hekimin teması mümkündür ve süreklilik ilkesi bağlamında bu durum aile hekimine eşsiz bir fırsat verir (4).

Gebenin ve dünyaya gelmesi beklenen bebeğin hem şimdiki hem ileriki yaşamında sağlık durumunun iyileştirilmesi, komplikasyonlardan korunması, anne ve bebek

ölümünün en aza inmesi için gerekli olan müdahale çalışmaları kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile tek başına başarılabilecek bir iş değildir.

Aile hekimleri gebelik tespit edildikten sonra gerekli olan bağışıklama, demir folat vs desteğinin yanında gebenin ihtiyacı olan konularda genel danışmanlık verir. Aile hekiminin aileyi bir bütün olarak ele alması, baba adayı ve ailenin diğer üyeleri ile motivasyonel görüşmeler gerçekleştirmesi için hekime fırsat sağlar. Bunlara ek olarak gebenin bilgi ihtiyacı olan ve ilk defa göreceği bir hekime sormaktan imtina edebileceği temizlik alışkanlıkları, cinsellik gibi özel konular da bu takipler sırasında konuşulabilecektir.

Rakel, Textbook of Family Medicine'da birinci ve ikinci basamakta yapılan gebe takiplerinin çıktısının benzer olduğunu, hastaların birinci basamakta verilen hizmetten daha memnun olduğunu bildirmiştir (13). Ülkemizde de gebe takibi esas olarak birinci basamakta aile hekimliği birimlerinde yapılmakta ve prenatal taramalar ile lüzum halinde ileri tetkikler için üst basamağa sevk önerilmektedir (7).

Ülkemizde 2006 yılında gebe başına 2,7 izlem, 2009 yılında gebe başına 3,6 izlem düşmektedir (14). Aile hekimliğinin pilot uygulamadan çıkarılıp yaygınlaştığı 2010 yılından itibaren de bu oran yükselmiş olup 2016da gebe başına ortalama izlem sayısı 4,7 olmuştur (14). 2018 yılında gebe başına izlem değil tam gebe izlemi açıklanmış olup bu oran %95,2'dir. 2019 yılında tam gebe izlemi gebelerin %98,3'üne yapılmıştır (15). Aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun 2500 civarı olması genel kabul olarak uygun görülmektedir (16). Raffoul ve arkadaşları 2016'daki makalelerinde bu sayının da hedeflenen birinci basamak bakımı için yeterli olmadığını belirterek yaptıkları hesapta 1900 civarının daha uygun olacağını belirtmiştir (16). Ülkemizde 2019 yılı itibariyle aktif çalışan aile hekimi başına ortalama 3358 kişi düşmektedir (15). Gerek iş yoğunluğuna, gerek hekim başına düşen nüfusun bu denli fazla olmasına rağmen tam gebe izleminin bu kadar yüksek oranda yapılmış olması birinci basamak sağlık profesyonellerinin özverili çalışmalarının bir sonucu olarak görülmektedir.

Aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun 2000'e indirilmesi T. C. Kalkınma Bakanlığı'nın 2023 hedefleri arasında olup (17) sorumlu olunan nüfusun azalması ile yapılan izlemlerin ve verilen hizmetin daha da kaliteli olması mümkün olacaktır. Mevcut durumda aile hekimleri verilmesi gereken eğitimleri hastanın geçmişi ve ailesini de

yakînen bilmesi ve kolay ulaşılabilme avantajlarını kullanarak ve zamana yayarak bir ölçüde tamamlamaya çalışabilir. Aile hekimliğinin çekirdek yeterlikleri arasında yer alan koordinasyon ve savunuculuk ilkesi gereğince gebe ve ailesinin eksikliklerini tahmin edip kişiye özel bakım vermesi ve sağlık hizmetlerini koordine etmesi sorumluluğu da aile hekiminin üzerine düşmektedir (4,5).

2.2. Sağlıklı Yaşam Davranışları

Sağlığı geliştiren yaşam tarzı davranışları deyince yalnızca rahatsızlığın önlenmesi değil, aynı zamanda bireyin refahını ve genel sağlık durumunu daha iyi hale getirmeyi amaçlayan davranışlar anlaşılır (18).

Sağlıklı yaşam biçiminin kronik hastalıkların tedavisi, genel iyilik hâlinin korunması, majör rahatsızlıkların olmadığı uzun yaşam beklentisi konularında önemi aşikârdır.

Gebelik dışında dikkat edilmesi gereken düzenli fiziksel aktivite, genital ve oral hijyen, zararlı madde kullanımından kaçınılması, emniyet kemeri kullanımı gibi davranışların önemi, gebelikte de artarak devam etmektedir. Gebeliğin özel şartlarına bağlı olarak gebelik sorumluluğu, kabullenme ve güvenli seyahat için dikkat edilmesi ve sergilenmesi gereken ek özel davranışlar da söz konusudur (19). Tüm bunlar göstermektedir ki yaşam tarzı ve sağlık alışkanlıkları sadece kronik hastalıklarda veya sağlam çocuk izlemlerinde değil gebelik döneminde de rahatsızlıkları önleyici ve tedavi edici manevralar olarak kullanılmaktadır.

Pender'in 1982 yılında tanımladığı "Sağlığı Geliştirme Modeli (1)"ne dayanarak Walker ve ark. tarafından geliştirilen ve 1996 yılında revize edilen "Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği-II"nin (20) 2008 yılında Bahar ve ark. tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (21). Adı geçen ölçekte sağlıklı yaşam davranışları manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler, beslenme, fiziksel aktivite, sağlık sorumluluğu ve stres yönetimi alt boyutları ile ölçülmektedir (21). SYDÖ-II ülkemizde ve dünyada adelosanlardan yaşlılara, mevsimlik tarım işçilerinden öğrencilere, çeşitli hastalıkları bulunan bireylerden gebelere kadar farklı sosyodemografik özellikteki kişiler için kullanılmıştır (22–27).

Kelly Lindgren tarafından geliştirilen (28) ve 2006 yılında Er tarafından Türkçe'de geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği" gebeliğe

özgü konuları sorgulamaktadır (29). İçeriğinde sağlıklı yaşam davranışlarının bir kısmı yer almaktadır ve tek boyutlu, beşli likert tipte tasarlanmıştır (29). Gebelikte sağlık uygulamaları, gebenin kendisinin ve fetüsün sağlığı açısından gebelik sonuçlarını etkilemesi muhtemel faaliyetleri olarak tanımlanmıştır (28). Bu ölçek hâlihazırda Türk kültürü ve yaşam tarzı ile toplumumuzun sağlık önceliklerine uygun olmayan ve en azından bizim örneklemimiz için her gebeye sormaya lüzum görmeyeceğimiz "gebelikte bir oturuşta içilen içki miktarı" veya "kendisi veya eşinin gebe kaldığından beri farklı cinsel partnerlerle ilişkiye girme sıklığı" gibi bazı sorular da içermektedir (29).

Bu bağlamda Yılmaz ve Karahan tarafından 2018 yılında Türkçe olarak geliştirilen ve geçerlik güvenirlik çalışması yapılan "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları" ölçeği gebeliğe özgü durumları ölçmek için içinde bulunduğumuz topluma daha uygundur (30). Ölçeğin hem gebeliğe özgü olması hem de gebelik sorumluluğu, beslenme, hijyen, fiziksel aktivite, seyahat ve gebeliği kabullenme alt boyutlarının da ayrı ölçme araçları olarak geçerli ve güvenilir olması (30) belirli konularda risk altında olan grupların saptanması için avantajlı görülmektedir.

2.2.1 Gebelikte Sigara

Sigara kullanımı, kişilerde akciğer ve kalp hastalıklarından çeşitli kanserlere kadar geniş yelpazede rahatsızlıkların sebebidir (31). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2019 yılında dünyada en sık ölüm sebebi olarak görülen üç hastalığın (iskemik kalp hastalığı, inme, KOAH) değiştirilebilir risk faktörlerinden biri sigaradır (32,33).

Gebelikte sigara kullanımının annenin sağlık sorunları yanı sıra olumsuz gebelik sonuçları da vardır. Bunlar arasında düşük, ektopik gebelik, erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı, intrauterin gelişme geriliği, preeklampsi, eklampsi ve ablasyo plasenta yer almaktadır (34,35). Zeynep Kamil Tıp Bülteni'nde yayınlanan 2015 ve 2017 yılları arasında takip edilen 1290 gebede yapılan çalışmada sigara kullanan gebelerde istatistiksel anlamlı olarak preterm prematür membran rüptürü, intrauterin fetüs kaybı ve doz bağımlı olarak da düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatış oranı yüksek bulunmuştur (36).

The Lancet Global Health'de 2018'de yayımlanan ve 43 ülkeden meta-analiz, 131 ülkeden istatistiksel modelleme yoluyla hesaplanarak elde edilen verilere dayanarak

yapılan tahminlere göre dünya genelinde gebelikte sigara kullanım sıklığı %0,2 ile %38,4 arasında değişmekte olup Avrupa bölgesinde ortalama %8,1'dir (37).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri 2019 sağlık araştırmasına göre 15-49 yaş kadınların %16,9'u her gün, % 3,7'si de ara sıra tütün kullanmaktadır (38). Ülkemizde gebelikte sigara kullanımı oranları çeşitli çalışmalarda %3,9-%16,5 olarak bildirilmiştir (27,39–41). Son yayınlanmış olan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporunda bu sıklık belirtilmemiş olup en son 2008 yılındaki raporda %11 olarak geçmektedir (42).

2.2.2. Gebelikte Alkol

Alkol, gebelikte güvenli olduğu herhangi bir dozu bulunmayan bir teratojendir (35). Gebelikte alkol kullanımı spontan düşükle ilişkilidir ve özellikle yüksek miktar alkol alımı, nörolojik bozukluk, fetal gelişme geriliği ve kardiyovaskuler defektleri de içeren fetal alkol sendromuna sebep olabilir (35).

2.2.3. Gebelikte Hijyen

Gebelikle beraber gingivit (diş eti inflamasyonu) ve daha ileri bir durumu tanımlayan periodontit (alveolar kemiğin de hasar görmesi) agreve olabilmektedir (43). Eğer kadının bazal diş sağlığı da iyi değil ise şiddetlenen periodontal hastalıklar annenin yaşam kalitesini (44) etkilemenin dışında istenmeyen gebelik sonuçlarına da sebep olmaktadır. Periodontal hastalıkların erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkisi gösterilmiş olup (45); bazı yayınlarda preeklampsi gelişimine katkıda bulunabileceği de öne sürülmüştür (46). Kimi çalışmalarda bu hastalıkların diş hekimince tedavisinin kötü gebelik sonuçlarını önleyebileceği (47,48) belirtilse de, tedavi ile ağız sağlığının ve hayat kalitesinin geliştirse de kötü gebelik sonuçları açısından anlamlı bir düzelmeye sebep olmadığını gösteren çalışmalar çoğunluktadır (44,49,50).

Periodontal hastalıkların en önemli ve müdahale edilebilir sebebi düzenli ağız diş bakımının yapılmamasıdır (43). Bu yüzden periodontal hastalıkların tedavisinden ziyade korunma veya gebelik öncesi tedavi, gebelik sonuçları açısından daha önemli olabilir. Aile hekimliği kapsamlı bakış açısı ile belki şikâyeti olmadıkça diş hekimine gitmeyen veya diş eti kanaması gibi periodontal hastalık belirtisi olup hastalarca önemsenmeyen durumlar için kişilerin farkındalığını artırabilir. Aile hekimi diş eti hastalıklarının önlenmesi için

düzenli diş bakımının önemi konusunda kendisine bağlı olan nüfusun eğitilmesine destek olabilir. Gebelik öncesi diş eti hastalığı olup olmadığının tespiti, varsa tedavisine yönlendirme yoluyla kötü gebelik sonuçlarının önlenmesine katkı sağlayabilir. Amerikan Aile Hekimliği Derneği periodontal hastalıkların risk faktörleri açısından her gebenin taranması ve gerekli durumlarda diş hekimine yönlendirilmesini önerir (51).

Tuvalet sonrası taharetlenmeyi arkadan öne doğru uygulamak anal bölgeden bulaşa sebep olup üriner sistem enfeksiyonu riskini artırır (52). Kadın üretrasının da kısa olması enfeksiyon oluşumuna zemin hazırlar (32). İç çamaşırını pamuklu kullanma, taharetlenme sonrası kurulama yapılması (53) ve sıkı iç çamaşırlarından kaçınılması bu durumu önlemek için kadının yapabilecekleri arasındadır. Önerilen, kadınların tuvalet sonrası temizliği (taharetlenmeyi) önden arkaya doğru yapması ve ardından tuvalet kâğıdı ile kurulanmasıdır (53). Gebelikte, yaşamın başka dönemlerine ek olarak idrar yolu enfeksiyonlarının erken doğum, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği gibi riskleri de beraberinde getirmesi de söz konusu olduğu unutulmamalıdır (54).

Vajinal duş ülkemizde ve dünyada oldukça yaygın bir yanlış uygulamadır. Dünyada çeşitli çalışmalarda Kenya'da %60 (55), Gana'da %67,7 (56), Hindistan'da %73 (57), Brezilya'da %44 (58) bulunmuştur. Ülkemizde vajinal duş sıklığı Arıkan'ın çalışmasında %29,6 (59), Sevil'in çalışmasında %41,2 (60), Akca'nın çalışmasında %48,8 (61) olarak tespit edilmiştir. 2019 yılında yayınlanan ve Brezilya'da bir merkezde kadın jinekologların alışkanlıklarını inceleyen bir çalışmada dahi vajinal duş sıklığı %7,7'si her gün olmak üzere %21,3 bulunmuştur (62).

Genel olarak bu alışkanlık vajinal duşu temizliğin bir parçası olarak görme, enfeksiyonlardan bu şekilde korunacağını zannetme, dinî bir gereklilik kabul etme veya doğum kontrol yöntemi olduğunu düşünme sebeplerine dayanmaktadır (63–65). Oysaki vajen pH'sı vajinal duşla bozulup vajinal ortam enfeksiyona daha açık hale gelmekte ve baskın bakteri türünü değiştirip bakteriyel vaginoza sebep olmaktadır (66–68). Uzun vadeli ve ürkütücü bir risk olarak Ege Üniversitesi'nde 1637 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada sevikal kanser risk faktörleri arasında da gösterilmiştir (69). Gebelikte de preterm eylem, ektopik gebelik gibi gebelik komplikasyonu riskini artırdığına dair yayınlar mevcuttur (59,67).

T. C. Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu'nun web sitesindeki gusül tanımında ağız çalkalanması, buruna su çekilip temizlenmesi ve kuru yer kalmayacak şekilde tüm vücudun su ile yıkanması tarif edilmektedir (70). Bahsi geçen metinde vajinal duş ile ilgili bir gereklilikten söz edilmemektedir. Ayrıca Din İşleri Yüksek Kurulu "Online Fetva" hizmetinde vajinal duşun gusül için gerekli olup olmadığına yönelik sorduğumuz 19.05.2021 tarih ve 661438 numaralı soruya böyle bir uygulamanın gerekmediği cevabı açıkça verilmiştir (Ek-6). Elde ettiğimiz verilere göre, toplumda sanılanın aksine İslam'da vajinal duş guslün bir öğesi olarak görülmemekte ve önerilmemektedir.

2.2.3. Gebelikte Beslenme

Gebelikte beslenme, hem gebelik boyunca anne ve fetüsün iyilik hâli hem de doğacak çocuğun ileriki yaştaki sağlık durumu açısından önemlidir (71).

Nöral tüp defektleri de dâhil orta hat kapanma kusurlarının gebeliğin erken dönemlerindeki folat eksikliği ile ilişkisi saptanmıştır. Mümkünse gebelikten 3 ay önce başlanıp ilk trimester boyunca devam edilecek şekilde folik asit desteği 400 mcg/gün önerilmektedir (7,8). Folattan zengin besinler turunçgiller, koyu yeşil yapraklı sebzeler, kuruyemişler ve karaciğerdir (72).

Demir ihtiyacı gebelikle beraber artar (73). Artan demir ihtiyacının gerek beslenme ile gerek preparatlar ile tamamlanmasına katkıda bulunmak önemlidir. Amerikan Diyetisyenler Derneği doğurganlık çağındaki kadınlara, "hem" demiri yüksek gıdalar tüketmeyi veya "non-hem" demir içeren gıdaları C vitamini içeren gıdalarla beraber tüketmeyi tavsiye etmektedir (71). Kırmızı et, balık ve yumurta demir ihtiyacını karşılamak için uygundur (72). Ülkemizde gebelere ikinci tirmesterden itibaren proflaktik 40-60 mg/gün dozunda, eksiklik tespit edildiyse 100-120 mg/gün dozunda elementer demir desteği verilmesi önerilmektedir (7).

Gebelikte kalsiyum ihtiyacı ortalama 1000 mg/gün olup ihtiyacın öncelikle besinlerle karşılanması önerilmektedir (8). Süt ve süt ürünleri kalsiyum alımı için en uygun kaynaklardır (74).

Gebelikte kabızlık hormonal değişiklikler nedeni ile sık görülen bir problemdir (73). Hemoroid gibi çıkım problemleri de gebelik döneminde artar ve kabızlık hemoroidin

şiddetinin artmasına sebep olur (75). Gebenin günlük yeterli düzeyde sıvı, sebze ve posalı yiyeceklerin alması bu sıkıntıların daha az yaşanması için bir önlem olarak değerlendirilebilir (8). Ayrıca sebzeler vitamin - mineral alımı açısından da değerlidir (8). Gebelere şarküteri etler, lahana veya süt ürünleri gibi riskli besinlerin iyi pişmiş veya pastörize edilmiş olmasının gerekliliği ve toksoplazma, listeria gibi intrauterin enfeksiyon riskleri açısından da bilgi verilmelidir (72,76).

Kadının gebelik dışında ihtiyacı olan kaloriden gebelik boyunca bir miktar daha fazla alması gerekir. Bu ihtiyacın ve kilo alım hedefinin bireyselleştirilmesi; gebelik öncesi vücut kitle indeksi (VKİ) ve gebenin metabolik durumu gözetilerek kişiye özel planlama yapılması gerekir. VKİ'ne göre "düşük kilolu" ve "obez" kategorisinde olan gebelerin diyetisyene danışılarak yönetilmesi uygundur (7). Vücut kitle indeksine göre normal kilolu olan gebelerin 11-16 kg, fazla kilolu olan gebelerin ise 8-12 kg arasında gebelik boyunca kilo alımı uygun görülmüştür. Genel itibariyle 350-400 kcal/gün fazladan kalori alımı güvenli bir aralık kabul edilebilir (8,71,76).

Kısaca sağlıklı beslenme takıntısı olarak tanımlanan ortoreksiya nevroza da birinci basamakta dikkatli olunması gereken bir diğer konudur. Ankara'da özel bir hastanede yapılan çalışmada gebelikte ortoreksiya nervoza riskinin çalışmaya katılan gebelerin %20'sinden fazla olduğu bulunmuştur (77). Fenercioğlu ve ark. çalışmasında emzirmeyen annelerde ortoreksiya nervoza görülme sıklığının emzirenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (78). Aile hekimi bu konuda hem abartmadan gerekli bilgileri vererek hem yanlış telkinlerden gebeyi koruyarak hem de ileriye dönük emzirme danışmanlığını vererek ortoreksiya nevrozadan kadını korumaya çalışabilir.

Gebelikte kafein alımının 200-300 mg/gün ile kısıtlanması önerilmektedir. Bu dozun üzerinde düşük doğum ağırlığı riski ortaya çıkmaktadır (8). Gebelere kafeinden uzak durulması, özellikle riskli dozun geçilmemesi için uyarılarda bulunulması gerekir. Hazır kahveler ve tatlılarla ilgili ikinci bir risk de yapay tatlandırıcılardır. Yapay tatlandırıcılar gestasyonel yaşa göre iri bebek, çocukluk çağı obezitesi ve metabolik sendrom riskinde artış ile ilişkilendirilmişlerdir (79,80). Gebelerin etiket okumaları ve yapay tatlandırıcılılardan kaçınmaları önerilmelidir (76).

Gebelikte preeklampsi ciddi morbidite ve mortalite sebebi olup özellikle üçüncü tirmesterdan itibaren vücudun üst yarısında oluşan ödem varlığında preeklampsi açısından

dikkatli olunması gerekir (7). Gebelikte ekstrasellüler volüm artışı ve büyük venlerin büyüyen uterus basısına maruz kalması ile özellikle alt ekstremite ödemine eğilim görülür (73). Bu minvalde gebelerin aşırı tuz tüketiminden kaçınmaları ve olası zararları konusunda bilgilendirilmeleri uygun olacaktır.

Gebelik diyabetojenik bir dönem olarak değerlendirilmeli ve beslenme düzeni az az ve sık sık yemek şeklinde düzenlenmelidir (74). Böylece gebelikte endokrin sistemde meydana gelen değişikliklere bağlı eğilimin artığı açlık hipoglisemisi ve toklukta hiperglisemi atakları azaltılabilir.

Omega 3; beslenme ile balıklardan, ceviz fındık gibi yağlı içeriği yüksek kuruyemişlerden alınabilir; fetüsün göz gelişimi ve nörokognitif açıdan gelişmesi için gereklidir ve ihtiyaç günde 650 mg kadardır (81). Hazır preparatlar ile değil beslenme ile destek gebenin bu ihtiyacının karşılanmasında daha uygundur (76). Her ne kadar ülkemizde sık tüketilen balıklardan olmasa da, balık konusunda öneriler yapılırken ağır metal içerme riski olan kılınç balığı, mürekkep balığı gibi balıklardan kaçınılması gerekliliğini anlatmak da uygun bir yaklaşımdır (76).

2.2.4. Gebelikte Fiziksel Aktivite

ACOG bir kontrendikasyonu olmayan gebelerde fiziksel aktivitenin güvenli olduğu ve teşvik edilmesi gerektiğini belirtmektedir (82). Kadınlar olması gerekenin aksine gebelikte gebelik öncesi dönemden de daha az hareketli olmaktadırlar (73).

Hangi hareketlerin ve hangi egzersiz türünün anne için güvenli olduğunun gebe ve bazen de sağlık personeli tarafından bilinmemesi, artan demir ihtiyacının karşılanmaması ile aneminin oluşması veya derinleşmesi, gebenin gebelikte fizyolojik olabilecek bazı değişiklikleri egzersiz ve hareketli yaşama engel olarak görmesi muhtemeldir. Bazı gebelerin hareketliliğin ilk trimesterde düşüğe üçüncü trimesterde erken doğuma neden olacağını sanması veya fiziksel aktiviteden bebeğin rahatsız olacağı düşüncesi hareketliliğin azalmasına katkıda bulunabilir.

ACOG egzersizin gebelik ve postpartum dönemde haftada 150 dakika olarak planlanması ve bunun da haftanın günlerine paylaştırılmasını önerir (82) Erken doğum ile fiziksel aktivitenin kanıtlanmış bir ilişkisi yoktur (83). Hatta obez ve fazla kilolu gebelerde düzenli fiziksel aktivite (haftada üç ila yedi kez yaklaşık 30-60 dakika aerobik egzersiz)

erken doğumdan koruyucu görünmektedir ayrıca gestasyonel diyabetten de koruduğu için obez ve fazla kilolu gebelere özellikle önerilmelidir (84).

2017'de American Journal of Obstetrics and Gynecology'de yayınlanan ve ACOG'un da önerilerinde atıfta bulunduğu makalede gebelikte güvenli egzersizler arasında yürüyüş, sabit bisiklet, aerobik egzersizler, dans, germe egzersizleri ve direnç egzersizlerinin adı geçmektedir (83).

Egzersiz konusunda bütün gebeler için aynı öneride bulunmak yerine kişiye özel bakım ilkesi gereği gebelikte güvenli görülen çok sayıda egzersiz çeşidi arasından seçim yapılabilir (5,83). Bu seçimde gebenin önceki hareketliliği ve sağlık durumu dikkate alınmalı ve bireyselleştirilmiş bir egzersiz programı kişiyle beraber planlanmalıdır. Bu konuda aile hekiminin branş uzmanından daha etkin olması hastanın güçlendirilmesi ilkesi gereğince beklenen bir durumdur (3,4).

2.2.5. Gebelikte Seyahat

Gebelikte seyahat genel itibariyla güvenlidir. Seyahatten kaçınılması gereken bazı durumların gözden geçirilmesi ve yolculuk yapılan bölgede ihtiyaç olursa gebenin sağlık hizmetine ulaşıp ulaşamayacağı konusu da gebe ile tartışılmalıdır (85). Gebelik boyunca prensip olarak çok yorucu ve sarsıntılı yolculuklardan kaçınılması önerilir (19). İkinci trimester hem bulantının ortadan kalkması hem son trimesterdeki doğum başlama korkusu olmaması nedeni ile en uygun vakit olarak görülmektedir (85).

Gebelikte emniyet kemeri kullanımı motorlu araç kazalarının olası sonuçlarını önlemek açısından önemlidir (86). Kadınların emniyet kemeri kullanımı gebelikte artsa da fetüsün zarar göreceği endişesi ve konforlu hissetmeme gibi nedenlerle düzgün kullanımda zayıf oldukları bildirilmiştir (87). Gebelik dönemi doğru emniyet kemeri kullanımı ile ilgili kadınların eğitilmesi için de uygun bir zaman olarak görülmüştür (86).

Tromboembolik hastalıklar açısından gebeler, bacaklardaki venöz staz ve hiperkoagulabilite nedeni ile artmış risk altındadır (73). Seyahat sırasında da riski en aza indirmeye yönelik uzun süreli hareketsizlikten kaçınma, kısa aralıklara mola verme ve mola sırasında alt ekstremite derin venlerinde dolaşımı artırmak için yürüyüşler önerilebilir (19).

2.2.6. Gebeliği Kabullenme

Kadından hamilelikte beklenen ilk olarak gebelik durumun kabul etmesi ve yaşam tarzı içine bu durumu yerleştirmesidir (88). Lederman annelik rolüyle özdeşleşme ile gebeliğin kabulünün yakın ilişkili olduğunu tespit etmiştir (88).

Yeterli ve uygun prenatal bakım alan kadınlar gebeliği daha kolay kabullenmekte ve gerekli rolü benimsemektedir (89).

Gebeliği kabullenme konusunda yaşanan çatışma ve kaygıların düşük doğum ağırlığı, yenidoğan ölümleri ve annenin fiziksel istismarı gibi geniş kapsamlı sağlık etkilerine sahip olabileceğini bildirilmiştir (88).

2.2.7. Gebelik Sorumluluğu

Gebelikte sorumluluk kendini kontrollere düzenli gitme, sağlık profesyonellerinin önerilerine uyma, gebenin aklına takılan konuları hekimi veya yardımcı sağlık personeline açıkça sorup bilgisini güvenilir kaynaklardan artırması ile gösterir (30). Fetüs ile ilgili sorumlu hissetme davranışlarını da daha sağlıklı bir raya oturtma ihtiyacını beraberinde getirir.

Alkol ve sigaranın gebelik öncesi daha fazla kullanılırken gebelikle beraber bırakılması veya en azından azaltılması gebelik sorumluluğunun göstergesidir. Benzer bir diğer gösterge de gebelikte emniyet kemeri kullanımının artmış bulunmasıdır (87).

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Araştırmamız, gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını ve varsa ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçlayan kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın evreni Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum-Gebe Polikliniklerinden birine başvuran ve anketi kendi kendine uygulayabilmeleri için okuma yazma bilen gebelerdir.

Örneklemi 15.01.2021 ve 15.03.2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum- Gebe polikliniklerinden birine başvuran, okuma yazma bilen ve araştırmaya katılma şartlarını sağlayan gönüllü gebelerdir.

Katılımcılar ile 15.01.2021 ve 15.03.2021 tarihleri arasında Ankara Şehir Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum-Gebe Poliklinikleri bekleme alanında ve Non Stress Test (NST) uygulama odasında görüşmeler yapılmıştır. Katılımcıların bir kısmı anket formlarını kendisi doldurmayı tercih etmişken tersi yönde tercihi olanlara da birebir soru cevap yöntemi ile anketler uygulanmıştır. Aksi talep belirtmeyen bütün gebelere anket tamamlandıktan sonra eksik veya yanlış yaşam davranışları hakkında kısa bilgilendirme yapılmıştır. Daha ayrıntılı bilgi isteyen veya anket içeriğinde olmayan konularda bilgi talebi olan gebeler ise kendi hekimlerine ve gebe okuluna yönlendirilmiştir.

Veri toplama araçları Ek-1'de sunulan 29 soruluk "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği (GSYDÖ)" ve Ek-2'de sunulan 17 soruluk sosyodemografik özellikler ile sigara-alkol kullanımı ve vajinal duş alışkanlığını sorgulayan "Soru Formu"dur. GSYDÖ 2018 yılında Yılmaz tarafından Türkçe olarak geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (30).

Katılımcılara öncelikle bilgilendirme ve onam formu (Ek-3) verilmiş olup katılmaya gönüllü olduğunu belirten gebeler üzerinde çalışma yürütülmüştür. Herhangi bir kimlik bilgisi talep edilmemiştir. Katılımcılar istedikleri zaman araştırmaya katılmaktan vazgeçebilecekleri konusunda yazılı olarak bilgilendirilmişlerdir.

Araştırmanın bağımlı değişkenleri, GSYDÖ gebelik sorumluluğu alt ölçeği; gebeliği kabullenme alt ölçeği; hijyen alt ölçeği; beslenme alt ölçeği; fiziksel aktivite alt ölçeği ve seyahat alt ölçeği ile sigara kullanımı; alkol kullanımı ve vajinal duş uygulamasıdır.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri gebenin yaşı, gebelik sayısı, içinde bulunduğu gebelik haftası, ilk gebelik değilse önceki gebelikte sorun yaşayıp yaşamadığı, gebeliğin istenip istenmemesi, gebenin eğitim durumu, medeni durumu, aile yapısı, gelir getiren bir işte çalışıp çalışmadığı, kronik hastalık durumu, gebelikte de devam edilen süreğen ilaç kullanımı olup olmadığı, gebelikte takipli olduğu belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı olup olmadığı ve ailenin ekonomik durumunu nasıl tanımladığıdır.

Ankara Şehir Hastanesi gebe polikliniğine yapılan ortalama günlük 400 başvuru dikkate alındığında yıllık toplamda 100 400 başvuru olmaktadır. Power analizde %95 güven (1-α), %5 kabul edilebilir hoşgörü miktarı ile 383 kişi üzerinde inceleme yapılması gerektiği bulunmuştur. Tezin veri toplama tarihi olan 15.01.2021 ve 15.03.2021 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran hastalardan gönüllülük esasıyla en az power analizde belirtilen sayıda gebeye ulaşılması planlanmış ve 680 gebe ile görüşme yapılmıştır.

Veri toplama sırasında çalışmadan ayrılmak istediğini beyan eden, GSYDÖ alt ölçeklerinde eksik cevapları bulunan ve görüşme sürecinde gebeliğe bağlı komplikasyonu ortaya çıkan katılımcılar ayrılmış ve toplam 665 anket formu elde edilmiştir.

Veri analizinde araştırma problemlerinin analizleri için SPSS 20 paket programı kullanılmıştır. SPSS analizlerine geçilmeden önce veri hem uç değer hem de kayıp veri için kontrol edilmiştir. Uç değer z standart dağılımına göre incelenmiş, tüm kayıp ve uç değerler örneklemden çıkarılarak 604 kişi ile analizler yapılmıştır.

GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının ele alınan değişkenlere göre ortalamaların karşılaştırılmasında parametrik yöntemler kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün her bir grupta yeterli büyüklükte olması (n>30) ve puanların dağılımının normal olması parametrik yöntemler için gerekli varsayımlardır ve kontrol edilmiştir. Normallik için basıklık ve çarpıklık değerlerine bakılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde gebelik sorumluluğu (-.1,184 ve -.0,545), hijyen (-1,055 ve 0,209), beslenme (-0,388 ve -0,168), fiziksel aktivite (-0,045ve -0,535), seyahat (-1,276 ve 0,981), gebeliği kabullenme (0,794 ve -0,143) alt boyutlarının ve ölçek toplam puanlarının (-0,407 ve 0,165) çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 değerleri arasında olduğu görülmüştür (90).

Maddelerin alt grup ile üst grup arasında farklılık gösterme durumu bağımsız örneklemler için t testi ile incelenmiştir. İki gruba ait ölçümlere ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında bağımsız örneklemler için t testi kullanılmaktadır (91).

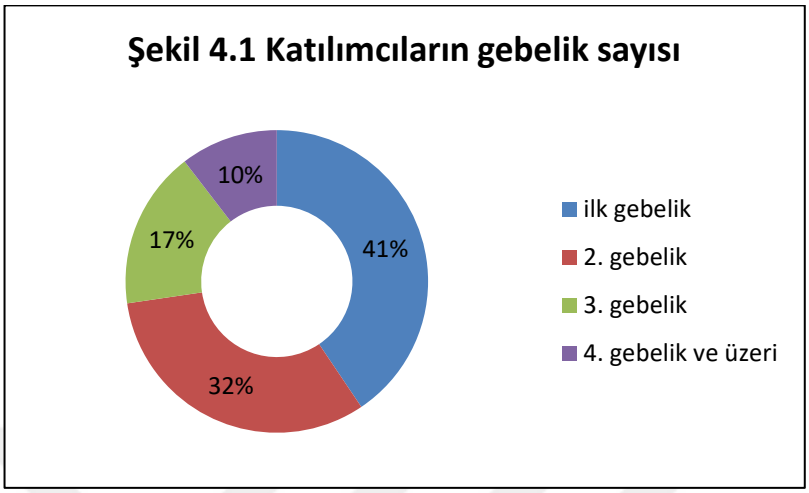
İkiden fazla gruba ilişkin ortalamaların karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve gruplar arasında fark olup olmadığını gösteren çoklu karşılaştırma testlerindan Scheffe yöntemi kullanılmıştır. Grup varyansları homojen olduğunda ortalama puanlarının çoklu karşılaştırılmasında Scheffe testi kullanılmıştır (92). Puanların dağılımına ilişkin varyans homojenliği varsayımı sağlanmadığı durumda ise çoklu karşılaştırma testlerinden Tamhane's testi yapılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki Ki-Kare istatistiği ile incelenmiştir.

Yaş ve gebelik haftası ile ölçek alt boyut ve toplam puanlarının ilişkisi için Sperman Rho Korelasyon katsayıları kullanılmıştır. Sigara kullanma durumu ve vajinal duş değişkenleri ile yaş ve gebelik haftası değişkenleri arasındaki ilişki veri dizilerinden birisinin iki kategorili süreksiz veri türü olmasından dolayı Spearman Rho korelasyon kullanılamamakta olup bunun yerine sürekli ve gerçek süreksiz veriler arasındaki ilişkiyi inceleyen nokta çift serili korelasyon katsayısı kullanılmaktadır. SPSS'de nokta çift serili korelasyon katsayısı modülü olmadığından Pearson Korelasyon katsayısı gerçek süreksiz veri 1-0 olarak girildiğinde nokta çift serili korelasyon katsayısını vermektedir (93). Trimesterın vajinal duş ve sigara kullanım değişkenine göre dağılımının incelenmesinde ise Ki-Kare istatistik testi kullanılmıştır.

Çalışma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurulu onayı alınmıştır (Ek-4). Ayrıca "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği"nin Esra Yılmaz'ın yüksek lisans tezinde geliştirilmesinde danışmanlık yürütmüş olan Doç. Dr. Nazan Karahan'ın ölçeğin kullanılması konusundaki onayı da Ek-5'te verilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 604 gebenin yaşları 17 ile 42 arasında değişmekte olup median değer 27'dir. Yaş ortalaması 27,23'tür.



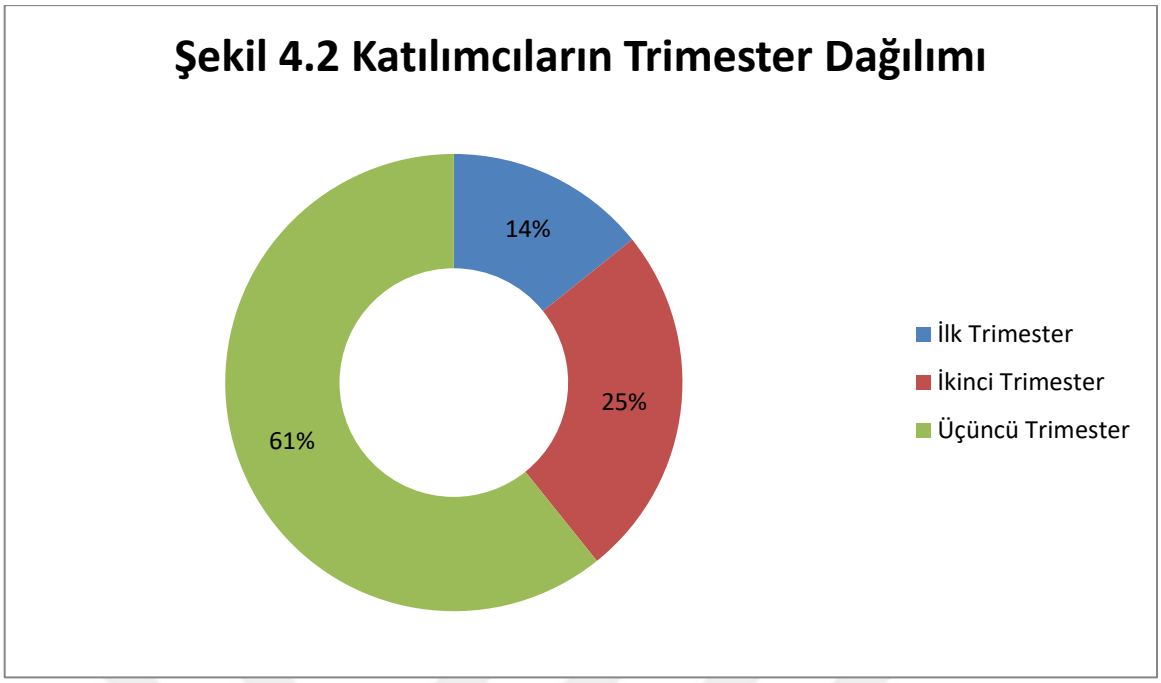
Şekil 4.1 Çalışmadaki 604 gebenin 245'i ilk, 194'ü ikinci, 102'si üçüncü gebeliğini yaşamaktadır. Dördüncü veya daha fazla gebeliği olanlar 63 kişidir.

Çalışmadaki 604 gebenin %40,6'sı (n=245) ilk, %32,11'i (n=194) ikinci, %16,88'i (n=102) üçüncü gebeliğini yaşamaktadır. Dördüncü veya daha fazla gebeliği olanlar ise katılımcıların %10,4'ünü oluşturup 63 kişidir. Bu kadınların da 43'ü dördüncü, 15'i beşinci, dördü altıncı ve biri de sekizinci gebeliğini deneyimlemekteydi (**Şekil 4.1**).

Toplam 604 katılımcının %92,05'inin (n=556) mevcut gebeliği istenen gebelik, %7,95'inin (n=48) istenmeyen gebeliktir. Çalışmamızda gebeliğin planlı olup olmadığı değil istenip istenmediği sorgulanmıştır.

İlk gebeliği olan 245 gebenin %96,73'i (n=237) istenen, %3,27'si (n=8) istenmeyen gebelik yaşamakta iken ikinci gebeliğini yaşayan 194 gebenin %92,27'sı (n=179) istenen, %7,73'ü (n=15) istenmeyen gebelik tecrübe etmekteydi. Üçüncü gebeliğindeki katılımcıların %92,1'i (n=94) istenen, %7,84'ü (n=8) istenmeyen; dördüncü ve üzeri gebeliğindekilerin ise %73,02'si (n=46) istenen, %26,98'i (n=17) istenmeyen gebelik yaşıyordu.

İlk gebeliği olmayan 359 gebenin %42,34'ü (n=152) daha önceki gebeliğinde bir sağlık sorunu yaşadığını ifade etmiştir. %57,66'sı (n=207) ise daha önceki gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşamadığını belirtmiştir.



Şekil 4.2 Katılımcıların içinde bulunduğu trimestera göre dağılımı verilmiştir. 86 gebe ilk trimester, 151 gebe ikinci trimester, 367 gebe de üçüncü trimester içindedir.

Katılımcıların anket sırasında içinde bulunduğu gebelik haftası en düşük 4 en yüksek 42 olup median değer 33'tür.

Eğitim durumu açısından bakıldığında okuryazar olup herhangi bir okul mezunu olmayanlar %1,2 (n=7), lisans ve üzeri eğitim almış olanlar %22,7'dir (n=137). En son mezun olduğu okul ilkokul olanlar %6 (n=36), ortaokul olanlar %20,5 (n=124), lise olanlar %35,3 (n=213), ön lisans olanlar % 14,4'tür (n=87).

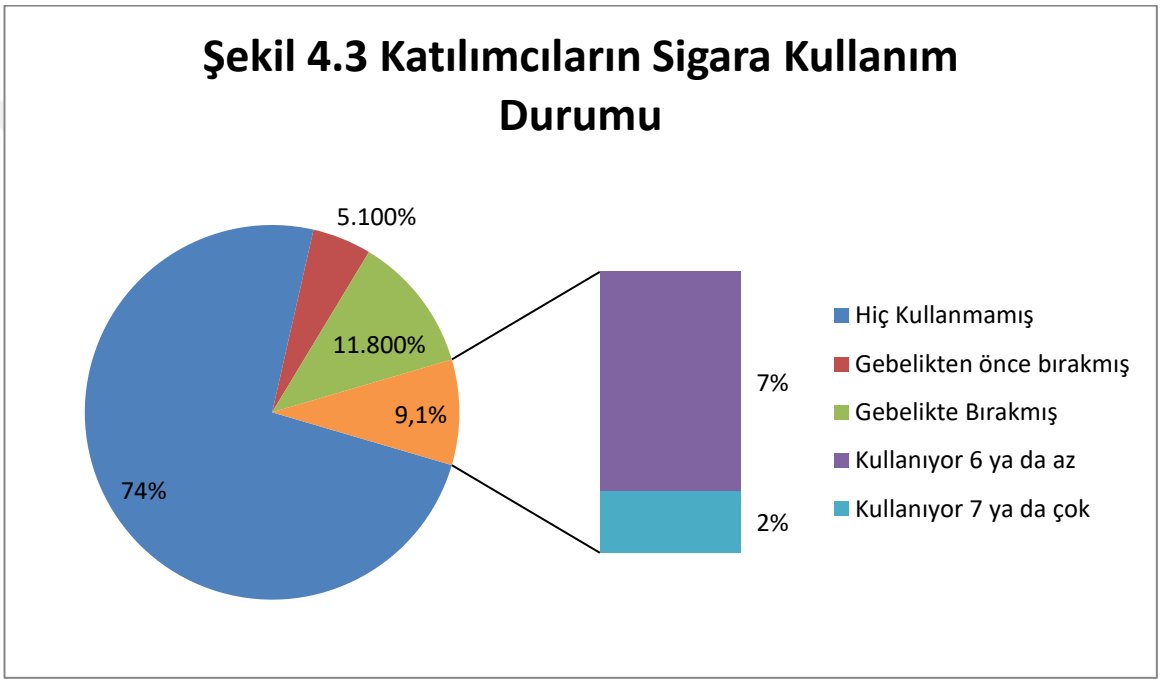
Anketi cevaplayan 604 gebenin 600'ü (%99,3) evli, dört gebe ise bekârdır. Yalnızca dört gebenin bekâr olması ve analize dâhil edilen gebelerin hiçbirinin eşinden boşanmış/eşi vefat etmiş olmaması nedeni ile medeni durumun gebelikte sağlıklı yaşam davranışları için bir değişken olup olmadığı analizi bu çalışmada yapılamamıştır.

%87,1'i (n=526) çekirdek ailede, %12,9'u geniş ailede yaşamaktadır. %20,2'si gelir getiren bir işte çalışan katılımcıların %79,8'i de ev hanımıdır.

Evlerinin gelir durumunu tanımlamak için gebelere üç seçenek verilmiştir. Katılanların %16'sı aile gelirinin giderinden az olduğu ve mali olarak geride kaldıklarını ifade etmiştir. %65,1'i (n= 393) gelirinin giderini karşıladığını; %18,9'u ise ailesinin gelirinin giderinden fazla olduğunu ve birikim yapabildiklerini belirtmiştir.

Gebelerin %79,8'i (n=482) bilinen bir kronik hastalığının olmadığını, %20,2'si kronik hastalığının olduğunu ifade etmiştir. En çok bildirilen kronik hastalık hipotiroidi olup 604 gebenin %9,9'unda (n=60) mevcuttur. Astım-bronşit rahatsızlığı olduğunu belirten gebeler %2,3 (n=14), romatizmal hastalığı bulunanlar %1,3 (n=8), gastrointestinal sistem hastalığı olanlar %1,2 (n=7), epilepsi tanısı olanlar ise %1'dir (n=6). Depresyon tanısı olduğunu bildiren yalnızca bir gebe olmuştur.

Gebelerin %13,4'ü kronik hastalıkları için mevcut gebelikte de devam eden düzenli ilaç kullanımları olduğunu belirtmiştir.



Şekil 4.3 Çalışmaya katkı veren gebelerin %90,9'u (n=549) aktif sigara kullanmazken %7,1'i (n=43) günde 6 veya daha az, %2'si (n=12) günde 7 veya daha fazla olmak üzere toplam %9,1'i (n=55) hâlihazırda sigara kullanmaktadır. Katılımcıların %74'ü hiç sigara kullanmamış, %5,1'i gebelikten önce sigarayı bırakmış ve %11,8'i de gebeliğini öğrenince sigara kullanmayı bırakmıştır.

Gebelerin %94,7'si (n=572) hiç alkol kullanmadığını, %3,5'u (n=21) alkolü gebelikten önce bıraktığını, %1,8'i (n=11) de gebeliğini öğrenince alkol kullanmayı bıraktığını ifade etmektedir. Görüşme sırasında hiçbir gebe aktif alkol kullanımı beyan etmemiştir. Bu sebeple gebelikte alkol kullanımını etkileyebilecek risk faktörleri analizi bu çalışmada yapılamamıştır.

Yanıtlayan gebelerin %86'sı gebelik kontrollerini hiçbir zaman aksatmadığını belirtmesine karşın, %62,4'ünün (n=377) düzenli takipli olduğu belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunmamaktadır. Katılımcıların %29,6'sı (n=179) kamu hastanesinde, %7,9'u da özel hastane veya muayenehanede belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının takibindedir.

Çalışmadaki gebelerin %44'ü (n=266) temizlik amacıyla vajina içini yıkadığını, %56'sı ise vajinal duş yapmadığını ifade etmiştir.

Toplamda en az 4 en çok 20 puan alınabilen gebelik sorumluluğu alt ölçeğinden çalışmadaki gebeler en az 14 en çok 20 puan almıştır. Gebelik sorumluluğu ölçeğinden alınan puanların ortalaması 18,84'tür. Gebeliği kabullenme ölçeğinden (min 4 max 20) gebelerin aldığı puanlar en az 12 en çok 20'dir (ortalama: 18,04). Hijyen alt ölçeğinden (min 4 max 20) alınan puan ortalaması 18,52 olup katılan gebeler bu ölçekten en az 13 en çok 20 puan almışlardır.

Dokuz sorudan oluşan beslenme alt ölçeğinde (min 9 max 45) katılımcılar en az 21 en çok 45 almıştır ve ortalama puan 35,56'dır. Fiziksel aktivite (min 3 max 15) alt ölçeğinde alınan ortalama puan 9,55 olup çalışmada gebelerin aldığı en az puan, asgari puan olan 3, en yüksek puan da alınabilecek azami puan olan 15'tir.

Toplam 5 sorudan oluşan seyahat alt ölçeğinde en az alınabilecek puan 5 en çok alınabilecek puan 25 olup çalışmamızda gebeler 13 ile 25 arasında puanlar almış; puan ortalamaları 22,49 olmuştur. Katılımcılar en az 29 en fazla 145 alınabilecek GSYDÖ'nden toplamda ortalama 123,03 puan almış olup burada alınan en düşük puan 93, en yüksek puan ise 144 olmuştur.

4.1. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelik Sayısı Değişkenine Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların kaçıncı gebelikte olduğuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı varyans analizi (ANOVA) testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.1 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gebelik sayısına göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gebelik Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Gebelik Sorumluluğu	1	245	18,85	1,45	0,212	0,888	-
	2	194	18,78	1,53			
	3	102	18,90	1,51			
	4	63	18,90	1,56			
Hijyen	1	245	18,64	1,70	2,154	0,092	-
	2	194	18,36	1,81			
	3	102	18,37	1,80			
	4	63	18,89	1,55			
Beslenme	1	245	35,98	4,41	2,199	0,087	-
	2	194	35,01	4,85			
	3	102	35,95	4,42			
	4	63	35,05	4,20			
Fiziksel Aktivite	1	245	9,97	2,96	3,772	0,011*	1-4
	2	194	9,26	3,14			
	3	102	9,64	3,21			
	4	63	8,68	3,18			

Tablo 4.1 (devam) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gebelik sayısına göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gebelik Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Seyahat	1	245	22,42	2,96	1,553	0,200	-
	2	194	22,84	2,70			
	3	102	22,27	3,09			
	4	63	22,08	3,25			
Gebeliği Kabullenme	1	245	18,38	1,82	4,181	0,006*	1-4
	2	194	17,86	1,95			
	3	102	17,87	2,05			
	4	63	17,63	2,13			
Toplam Puan	1	245	124,25	8,94	3,089	0,027*	1-2/1-4
	2	194	122,10	9,02			
	3	102	123,01	9,12			
	4	87	122,86	8,79			

*p<0,05

Tablo 4.1 incelendiğinde gebelerin gebelik sayılarına göre GSYDÖ fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt boyutları puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir. Anlamlı farklılık tespit edilen fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt boyutları için bu farklılığın gebelik sayısının hangi düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla posthoc testlerinden Scheffe testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu testin kullanılması sebebi Levene's testine göre varyansların homojen olduğu sonucuna ulaşılmasıdır.

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın birinci ile dördüncü veya üzeri gebeliğe sahip gebeler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde birinci gebeliğini yaşayan gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği fiziksel aktivite ve gebeliği kabullenme alt boyutundan aldıkları puanların dördüncü veya üzeri gebeliğini yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçek toplam puanları incelendiğinde, yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın birinci ile dördüncü veya üzeri gebeliğe sahip gebeler ve birinci ile ikinci gebeliğe sahip olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde birinci gebeliğini yaşayan gebelerin GSYDÖ toplam puanlarının ikinci ve dördüncü veya üzeri gebeliğini yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.2. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Önceki Gebelikte Herhangi bir Sağlık Sorunu Yaşayıp Yaşamama Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların önceki gebeliklerinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı, ilişkisiz örneklemler için t testi ile incelenmiştir. Bu analize ilk gebeliği olan 245 gebe dâhil edilmemiş olup analizler 359 kişi ile yapılmıştır.

Tablo 4.2 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**Sağlık Sorunu Yaşama Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Evet	152	18,77	1,57	-0,646	0,519
	Hayır	207	18,88	1,50		
Hijyen	Evet	152	18,47	1,78	0,080	0,936
	Hayır	207	18,45	1,77		
Beslenme	Evet	152	35,26	4,68	-0,022	0,983
	Hayır	207	35,27	4,63		

Tablo 4.2 (devam) Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Sağlık Sorunu Yaşama Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**Sağlık Sorunu Yaşama Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**P**
Fiziksel Aktivite	Evet	152	9,35	3,27	0,518	0,605
	Hayır	207	9,17	3,10		
Seyahat	Evet	152	22,53	2,96	-0,039	0,969
	Hayır	207	22,54	2,94		
Gebeliği Kabullenme	Evet	152	17,84	2,01	0,107	0,915
	Hayır	207	17,81	2,02		
Toplam Puan	Evet	152	122,21	9,06	0,090	0,928
	Hayır	207	122,13	8,81		

Önceki gebeliğinde herhangi bir sağlık sorunu yaşayanlar ile yaşamayanların GSYDÖ alt boyut ve toplam puanları benzerdir (**Tablo 4.2**).

4.3. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Mevcut Gebeliğin İstenip İstenmeme Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların mevcut gebeliğinin istenip istenmeme durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemler için T testi ile incelenmiştir (**Tablo 4.3**).

Tablo 4.3. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İstenilen Gebelik Olma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**İstenilen Gebelik Olma Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Evet	556	18,88	1,47	1,682	0,098
	Hayır	48	18,44	1,76		
Hijyen	Evet	556	18,52	1,76	-0,308	0,758
	Hayır	48	18,60	1,57		
Beslenme	Evet	556	35,67	4,56	1,961	0,510
	Hayır	48	34,33	4,27		
Fiziksel Aktivite	Evet	556	9,59	3,06	0,946	0,344
	Hayır	48	9,15	3,64		
Seyahat	Evet	556	22,52	2,87	0,574	0,568
	Hayır	48	22,21	3,68		
Gebeliği Kabullenme	Evet	556	18,13	1,92	3,369	0,001*
	Hayır	48	17,15	2,10		
Toplam Puan	Evet	556	123,31	8,95	2,565	0,011*
	Hayır	48	119,88	8,23		

*p<0,05

Tablo 4.3'e göre şu anki gebeliğini isteyenlerin ölçek toplam puanı ile gebeliği kabullenme alt boyut puanları istemeyenlere göre daha yüksektir (p<0,05).

4.4. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Gebelerin eğitim durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile incelenmiştir (**Tablo 4.4**).

Tablo 4.4 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gebelik Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Gebelik Sorumluluğu	Okuryazar/İlköğretim	167	18,73	1,61	0,483	0,694	-
	Lise	213	18,91	1,43			
	Ön lisans	87	18,89	1,38			
	Lisans ve üzeri	137	18,85	1,52			
Hijyen	Okuryazar/İlköğretim	167	18,09	1,84	6,354	0,00*	1-3/1-4
	Lise	213	18,54	1,83			
	Ön lisans	87	18,72	1,59			
	Lisans ve üzeri	137	18,92	1,46			
Beslenme	Okuryazar/İlköğretim	167	35,47	4,74	0,653	0,581	-
	Lise	213	35,49	4,49			
	Ön lisans	87	35,22	4,41			
	Lisans ve üzeri	137	36,01	4,51			
Fiziksel Aktivite	Okuryazar/İlköğretim	167	9,53	3,21	0,509	0,676	-
	Lise	213	9,39	3,00			
	Ön lisans	87	9,85	3,06			
	Lisans ve üzeri	137	9,65	3,19			

Tablo 4.4 (devam) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının eğitim durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gebelik Sayısı	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Seyahat	Okuryazar/İlköğretim	167	22,33	3,11	1,223	0,300	-
	Lise	213	22,50	2,89			
	Ön lisans	87	22,21	2,96			
	Lisans ve üzeri	137	22,88	2,78			
Gebeliği Kabullenme	Okuryazar/İlköğretim	167	17,97	1,89	0,458	0,712	-
	Lise	213	18,17	1,96			
	Ön lisans	87	17,98	2,05			
	Lisans ve üzeri	137	17,99	1,96			
Toplam Puan	Okuryazar/İlköğretim	167	122,12	9,26	1,512	0,210	-
	Lise	213	123,01	8,26			
	Ön lisans	87	122,86	8,79			
	Lisans ve üzeri	137	124,30	9,59			

*p<0,05

Tablo 4.4 incelendiğinde gebelerin eğitim durumuna göre GSYDÖ hijyen alt boyutu puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir (p<0,05).

Anlamlı farklılık tespit edilen hijyen alt boyutu için bu farklılığın eğitim düzeyinin hangi düzeyleri arasında olduğun belirlemek amacıyla posthoc testlerinden Tamhane's T12 testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu testin kullanılması sebebi Levene's testine göre varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmasıdır.

Yapılan ikili karşılaştırmalar ve ortalamaların incelenmesi sonucu ön lisans ve üzeri mezuniyeti olan gebelerin GSYDÖ hijyen alt boyutundan aldıkları puanların eğitim durumu ilköğretim mezunu ve daha düşük olan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4.5. Gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Aile Yapısına Göre Karşılaştırılması

Gebelerin aile yapısına göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemler için T testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.5 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Aile Yapısına Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**Aile Yapısı**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Çekirdek	526	18,83	1,50	-0,346	0,729
	Geniş	78	18,90	1,44		
Hijyen	Çekirdek	526	18,56	1,73	1,206	0,228
	Geniş	78	18,31	1,81		
Beslenme	Çekirdek	526	35,61	4,51	0,644	0,520
	Geniş	78	35,26	4,83		
Fiziksel Aktivite	Çekirdek	526	9,48	3,11	-1,441	0,150
	Geniş	78	10,03	3,07		
Seyahat	Çekirdek	526	22,55	2,93	1,104	0,270
	Geniş	78	22,15	3,04		
Gebeliği Kabullenme	Çekirdek	526	18,05	1,96	0,046	0,963
	Geniş	78	18,04	1,91		
Toplam Puan	Çekirdek	526	123,09	8,75	0,378	0,706
	Geniş	78	122,68	10,19		

Çekirdek aile ve geniş aileye sahip olanların GSYDÖ alt boyut ve toplam puanları benzerdir ($p>0,05$).

4.6. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelerin Çalışma Durumuna Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların çalışma durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemler için T testi ile incelenmiştir **(Tablo 4.6)**.

Tablo 4.6 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Çalışma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**Çalışma Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Çalışıyor	122	18,82	1,47	-0,190	0,849
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	18,85	1,50		
Hijyen	Çalışıyor	122	18,95	1,51	3,310	0,001*
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	18,42	1,78		
Beslenme	Çalışıyor	122	35,90	4,36	0,911	0,363
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	35,48	4,60		
Fiziksel Aktivite	Çalışıyor	122	9,62	3,21	0,278	0,781
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	9,54	3,08		
Seyahat	Çalışıyor	122	23,02	2,73	0,227	0,026*
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	22,36	2,98		
Gebeliği Kabullenme	Çalışıyor	122	17,82	2,07	-1,449	0,148
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	18,11	1,92		
Toplam Puan	Çalışıyor	122	124,14	8,39	1,527	0,127
	Çalışmıyor, ev hanımı	482	122,76	9,06		

*p<0,05

Hijyen alt boyutu ile seyahat alt boyut puanları gebelerin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Çalışanların hijyen ile seyahat alt boyut puanları çalışmayıp ev hanımı olanlara göre daha yüksektir (**Tablo 4.6**).

4.7. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gelir Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gebelerin gelir durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile incelenmiştir **(Tablo 4.7)**.

Tablo 4.7 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gelir durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Gebelik Sorumluluğu	Gelirim giderimden daha az	97	18,53	1,70	3,046	0,051	-
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	18,87	1,46			
	Gelirim giderimden fazla	114	19,02	1,40			
Hijyen	Gelirim giderimden daha az	97	18,37	1,95	0,799	0,450	-
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	18,53	1,71			
	Gelirim giderimden fazla	114	18,68	1,66			
Beslenme	Gelirim giderimden daha az	97	34,47	4,83	5,868	0,003*	1-3
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	35,53	4,45			
	Gelirim giderimden fazla	114	36,61	4,46			
Fiziksel Aktivite	Gelirim giderimden daha az	97	9,29	2,99	0,520	0,595	-
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	9,57	3,12			
	Gelirim giderimden fazla	114	9,72	3,17			

Tablo 4.7 (devam) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının gelir durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Seyahat	Gelirim giderimden daha az	97	21,76	3,46	3,015	0,052	-
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	22,68	2,82			
	Gelirim giderimden fazla	114	22,49	2,80			
Gebeliği Kabullenme	Gelirim giderimden daha az	97	17,90	2,17	0,473	0,624	-
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	18,05	1,89			
	Gelirim giderimden fazla	114	18,16	1,98			
Toplam Puan	Gelirim giderimden daha az	97	120,32	10,23	6,590	0,001*	1-2/ 1-3
	Gelirim giderimi karşılıyor	393	123,23	8,49			
	Gelirim giderimden fazla	114	124,67	8,86			

*p<0,05

GSYDÖ beslenme alt boyutu puanları ile ölçek toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği görülmektedir (p<0,05).

Anlamlı farklılık tespit edilen beslenme alt boyutu ve ölçek toplam puanları için bu farklılığın gelir durumunun hangi düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla posthoc testlerinden Tamhane's T12 testi kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Bu testin kullanılması sebebi Levene's testine göre varyansların homojen olmadığı sonucuna ulaşılmasıdır.

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın beslenme alt boyutu için geliri giderinden daha az olan gebeler ile geliri giderinden daha fazla olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde geliri giderinden daha fazla olan gebelerin GSYDÖ beslenme alt boyutundan aldıkları puanların geliri giderinden daha az olan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Ölçek toplam boyutu için anlamlı farklılığın, geliri giderinden daha az olan gebeler ile geliri giderinden daha fazla olan gebeler arasında ve geliri giderinden daha az olan

gebeler ile geliri giderini karşılayan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir. Ortalamalar incelendiğinde geliri giderinden daha az olan gebelerin GSYDÖ toplam puanlarının geliri giderinden daha fazla olan gebelerden ve geliri giderini karşılayan gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır.

4.8. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Takipli Olduğu Belirli Bir Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Olup Olmaması Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gebelerin takip durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı tek yönlü varyans analizi (ANOVA) testi ile incelenmiştir (**Tablo 4.8**).

Tablo 4.8 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının takip durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanınca Takip Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Gebelik Sorumluluğu	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	18,71	1,59	3,097	0,058	-
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	19,02	1,33			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	19,21	1,15			
Hijyen	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	18,43	1,81	1,965	0,141	-
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	18,74	1,57			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	18,52	1,82			

Tablo 4.8 (devam) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının takip durumuna göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanınca Takip Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Beslenme	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	35,19	4,73	3,449	0,032*	1-2
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	36,21	4,20			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	36,10	4,14			
Fiziksel Aktivite	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	9,42	3,19	1,339	0,263	-
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	9,87	2,90			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	9,42	3,12			
Seyahat	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	21,21	3,11	5,778	0,003*	1-2/1-3
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	22,83	2,62			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	23,50	2,33			
Gebeliği Kabullenme	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	17,93	2,03	1,816	0,164	-
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	18,23	1,85			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	18,27	1,61			
Toplam Puan	Takipli olunan branş uzmanı yok	377	121,90	9,13	8,356	0,001*	1-2/1-3
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	179	124,91	8,14			
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	48	125,02	8,96			

*p<0,05

Tablo 4.8 incelendiğinde gebelerin takip durumuna göre GSYDÖ beslenme ve seyahat alt boyut puanları ile ölçek toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği ($p<0,05$) görülmektedir.

Anlamlı farklılık tespit edilen seyahat alt boyutları ve ölçek toplam puanları için bu farklılığın takip durumunun hangi düzeyleri arasında olduğunu belirlemek amacıyla posthoc testlerinden Tamhane's T12 testi (varyans homojenliği sağlanmadığından), beslenme alt boyutu ve ölçek toplam puanları için Scheffe testi (varyans homojenliği sağlandığından) kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın beslenme alt boyutunda belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı takibinde olmayan gebeler ile bir kamu hastanesindeki kadın hastalıkları ve doğum uzmanı takibinde olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir.

Ortalamalar incelendiğinde bir kamu hastanesindeki branş uzmanı takibinde olan gebelerin GSYDÖ beslenme alt boyutundan aldıkları puanların belirli bir branş uzmanı takibinde olmayan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Seyahat alt boyutu için anlamlı farklılığın, belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı takibinde olmayan gebeler ile bir kamu hastanesinde branş hekimi takibinde olan gebeler arasında ve belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı takibinde olmayan gebeler ile özel hastane veya muayenehanede belirli branş uzmanı takibinde olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir.

Ortalamalar incelendiğinde kamu veya özel fark etmeksizin belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının takibinde olan gebelerin GSYDÖ seyahat alt boyutundan aldıkları puanların belirli bir branş uzmanınca gebeliği takip edilmeyen gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Posthoc test sonucuna göre kamu veya özel fark etmeksizin belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanı takibinde olan gebelerin GSYDÖ toplam puanları belirli bir branş uzmanı takibinde olmayanlardan daha yüksektir.

4.9. Gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Gebelerin gebelikte kronik hastalık durumuna göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemler için T testi ile incelenmiştir (**Tablo 4.9**).

Tablo 4.9 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Kronik Hastalık Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**Kronik Hastalık Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Yok	482	18,78	1,52	-1,915	0,056
	Var	122	19,07	1,37		
Hijyen	Yok	482	18,48	1,74	-1,417	0,157
	Var	122	18,73	1,74		
Beslenme	Yok	482	35,73	4,54	1,809	0,071
	Var	122	34,90	4,53		
Fiziksel Aktivite	Yok	482	9,65	3,08	1,583	0,114
	Var	122	9,16	3,18		
Seyahat	Yok	482	22,46	2,92	-0,669	0,504
	Var	122	22,66	3,01		
Gebeliği Kabullenme	Yok	482	18,09	1,96	1,136	0,256
	Var	122	17,87	1,93		
Toplam Puan	Yok	482	123,20	8,97	0,908	0,368
	Var	122	122,39	8,84		

Herhangi bir kronik hastalığı olanlar ile olmayanların GSYDÖ alt boyut ve toplam puanları benzerdir (**Tablo 4.9**).

4.10. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Sürekli Kullanılan İlaç Olup Olmamasına Göre Karşılaştırılması

Gebelerin gebelikte de devam ettikleri sürekli bir ilaç kullanma durumu olup olmamasına göre GSYDÖ alt boyut ve toplam puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşıp farklılaşmadığı ilişkisiz örneklemler için t testi ile incelenmiştir.

Tablo 4.10 Gebelerin Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının İlaç Kullanma Durumuna Göre İlişkisiz Örneklemler T-Testi Sonuçları

Değişken	**İlaç Kullanma Durumu**	**n**	$\bar{X}$	**SS**	**T**	**p**
Gebelik Sorumluluğu	Yok	523	18,83	1,51	-0,698	0,486
	Var	81	18,95	1,43		
Hijyen	Yok	523	18,50	1,74	-1,033	0,302
	Var	81	18,72	1,76		
Beslenme	Yok	523	35,60	4,56	0,416	0,678
	Var	81	35,37	4,53		
Fiziksel Aktivite	Yok	523	9,62	3,08	1,416	0,157
	Var	81	9,10	3,24		
Seyahat	Yok	523	22,47	2,93	-0,640	0,522
	Var	81	22,69	3,01		
Gebeliği Kabullenme	Yok	523	18,04	1,96	-0,190	0,849
	Var	81	18,09	1,92		
Toplam Puan	Yok	523	123,06	9,01	0,133	0,894
	Var	81	122,91	8,53		

Gebelikte süreğen ilaç kullananlar ile kullanmayanların GSYDÖ alt boyut ve toplam puanları benzerdir (**Tablo 4.10**).

4.11. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Yaşa Göre Karşılaştırılması

Katılımcıların gebelikte sağlıklı yaşam davranışı ölçeği puanları ile yaş değişkeni arasındaki ilişki **Tablo 4.11**'de incelenmiştir.

Tablo 4.11 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Puanları ile Yaşları Arasındaki İlişkiye ait Spearman's Rho Testi Sonuçları

Değişken		Yaş Değişkeni
Gebelik Sorumluluğu	ρ	0,078
	p	0,056
Hijyen	ρ	0,120
	p	0,003*
Beslenme	ρ	0,046
	p	0,261
Fiziksel Aktivite	ρ	-0,055
	p	0,173
Seyahat	ρ	0,064
	p	0,116
Gebeliği Kabullenme	ρ	-0,105
	p	0,010*
Toplam Puan	ρ	0,30
	p	0,459

ρ: Spearman's Rho Korelasyon Katsayısı

*p<0.05

Ölçek puanlarının gebelerin yaşı ile ilişkisi incelendiğinde yaş ile gebelik sorumluluğu arasında pozitif yönlü yüksek derecede bir ilişki bulunmuştur. Fakat bu ilişki p=0,05 anlamlılık düzeyinde anlamlı çıkmamıştır. Buna göre yaş arttıkça gebelik sorumluluğu puanları artmaktadır (**Tablo 4.11**)

Hijyen alt boyutu ile yaş değişkeni arasında pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaş ile beslenme ve seyahat alt ölçek puanları arasında pozitif yönde zayıf anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. Fiziksel aktivite alt ölçek puanları ile yaş değişkeni arasında negatif yönde zayıf anlamlı olmayan bir ilişki bulunmuştur. Buna göre yaş arttıkça fiziksel aktivite puanları az da olsa düşme eğilimindedir.

Gebeliği kabullenme alt ölçek puanları ile yaş değişkeni arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre yaş arttıkça gebeliği kabullenme puanları az da olsa düşmektedir. İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla beraber katılımcıların yaşları arttıkça ölçek toplam puanları orta derecede artma eğilimindedir.

4.12. Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Gebelik Haftasına Göre Karşılaştırılması

4.12.1. Bulunulan Haftaya Göre Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Karşılaştırılması

Katılımcıların gebelikte sağlıklı yaşam davranışı ölçeği puanları ile gebelik haftası değişkeni arasındaki ilişki **Tablo 4.12**'de incelenmiştir.

Ölçek puanlarının gebelerin gebelik haftası ile ilişkisi incelendiğinde, gebelik haftası ile gebelik sorumluluğu ve hijyen alt ölçek puanları arasında negatif yönde zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre gebelik haftası arttıkça gebeliği kabullenme ve hijyen alt ölçek puanları az da olsa düşmektedir.

Tablo 4.12 Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışı Ölçeği Puanları ile Gebelik Haftası Arasındaki İlişkiye ait Spearman's Rho Testi Sonuçları

Değişken		Gebelik Haftası Değişkeni
Gebelik Sorumluluğu	ρ	-0,080
	p	0,049*
Hijyen	ρ	-0,081
	p	0,047*
Beslenme	ρ	0,063
	p	0,120
Fiziksel Aktivite	ρ	0,073
	p	0,071
Seyahat	ρ	0,011
	p	0,793
Gebeliği Kabullenme	ρ	0,059
	p	0,147
Toplam Puan	ρ	0,35
	p	0,393

ρ: Spearman’s Rho Korelasyon Katsayısı

*p<0.05

4.12.2. Bulunulan Trimestere Göre Katılımcıların Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışlarının Karşılaştırılması

Tablo 4.13 Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının trimestera göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	p	Posthoc Test
Gebelik Sorumluluğu	1. Trimester (0-13hafta)	86	19,23	1,35	3,441	0,033*	1-3
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	18,79	1,51			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	18,77	1,51			
Hijyen	1. Trimester (0-13hafta)	86	18,76	1,69	3,084	0,038*	2-3
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	18,75	1,41			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	18,38	1,86			
Beslenme	1. Trimester (0-13hafta)	86	34,92	4,76	1,203	0,301	-
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	35,48	4,49			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	35,75	4,52			

Tablo 4.13 (devam) Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği alt boyut ve toplam puanlarının trimestera göre incelenmesine ilişkin ANOVA sonuçları

Değişken	Gelir Durumu	n	$\bar{X}$	SS	F	P	Posthoc Test
Fiziksel Aktivite	1. Trimester (0-13hafta)	86	9,42	2,88	1,159	0,315	-
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	9,26	3,06			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	9,70	3,17			
Seyahat	1. Trimester (0-13hafta)	86	22,56	2,32	0,169	0,844	-
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	22,60	2,99			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	22,44	3,05			
Gebeliği Kabullenme	1. Trimester (0-13hafta)	86	18,16	1,88	1,308	0,271	-
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	17,83	2,05			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	18,11	1,92			
Toplam Puan	1. Trimester (0-13hafta)	86	123,05	8,27	0,136	0,873	-
	2. Trimester (14-26 hafta)	151	122,72	8,29			
	3. Trimester (27-42 hafta)	367	123,17	9,36			

*p<0,05

Gebelerin trimestera göre GSYDÖ gebelik sorumluluğu ve hijyen alt boyut puanlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği (p<0,05) görülmektedir (**Tablo 4.13**).

Anlamlı farklılık tespit edilen gebelik sorumluluğu alt boyutu için Scheffe testi (varyans homojenliği sağlandığından) kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Gebelik sorumluluğu alt boyutu için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın ilk trimester ile son trimesterda olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir.

Ortalamalar incelendiğinde birinci trimesterda olan gebelerin GSYDÖ gebelik sorumluluğu alt boyutundan aldıkları puanların üçüncü trimesterda olan gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Anlamlı farklılık tespit edilen hijyen alt boyutu için Scheffe testi (varyans homojenliği sağlandığından) kullanılarak ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Hijyen alt boyutu için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tespit edilen anlamlı farklılığın ikinci trimester ile üçüncü trimester döneminde olan gebeler arasında olduğu belirlenmiştir.

Ortalamalar incelendiğinde ikinci trimesterdaki gebelerin GSYDÖ hijyen alt boyutundan aldıkları puanların üçüncü trimesterdaki gebelerden daha yüksek olduğu saptanmıştır.

4. 13. Katılımcıların Vajinal Duş Alışkanlığı Değişkeni ile İstenen Gebelik Olma Durumu, Aile Yapısı, Çalışma Durumu, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Kronik Hastalık Durumu ve İlaç Kullanma Durumu Karşılaştırılması

Tablo 4.14 Katılımcıların istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumu değişkenleri ile vajinal duş değişkeninin karşılaştırılması

Değişken	**Kategori**	**Vajinal Duş**		χ^2	**p**
		Evet n(%)	**Hayır n (%)**		
İstenilen Gebelik	Evet	241 (43,3)	315 (56,7)	1,369	0,289
	Hayır	25 (52,1)	23 (47,9)		
Aile Yapısı	Çekirdek	231 (43,9)	295 (56,1)	0,025	0,903
	Geniş	35 (44,9)	43 (55,1)		
Çalışma Durumu	Evet	36 (29,5)	86(70,5)	13,099	0,000*
	Hayır	230 (47,7)	252 (52,3)		

Tablo 4.14 (devam) Katılımcıların istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumu değişkenleri ile vajinal duş değişkeninin karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Vajinal Duş		χ^2	p
		Evet n(%)	Hayır n (%)		
Eğitim Durumu	İlköğretim	99 (59,3)	68(40,7)	32,782	0,000*
	Lise	98 (46,0)	115 (54,0)		
	Ön lisans	30 (34,5)	57 (65,5)		
	Lisans ve üzeri	39 (14,7)	98 (29)		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden daha az	54 (55,7)	43 (44,3)	6,670	0,036*
	Gelirim giderimi karşılıyor	167 (42,5)	226 (57,5)		
	Gelirim giderimden fazla	45 (39,5)	69 (60,5)		
Gebelik Sayısı	1	94 (38,4)	151(61,6)	9,335	0,025*
	2	85 (43,8)	109 (56,2)		
	3	57 (55,9)	45 (44,1)		
	4 ve üzeri	30 (47,6)	33 (52,4)		
Sağlık Sorunu	Evet	82 (53,9)	70 (46,1)	3,849	0,055
	Hayır	90 (43,5)	117 (56,5)		
Kronik hastalık	Yok	219 (45,4)	263 (54,6)	1,887	0,170
	Var	47 (38,5)	75 (61,5)		
Sürekli İlaç Kullanımı	Yok	238 (45,5)	285 (54,5)	3,405	0,065
	Var	28 (34,6)	53 (65,4)		
Belirli Bir Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanınca Takip Durumu	Takipli olunan branş uzmanı yok	163 (43,2)	214 (56,8)	1,091	0,579
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	84 (46,9)	95 (53,1)		
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	19 (39,6)	29 (60,4)		
Trimester Dönemi	1. Trimester (0-13hafta)	28(32,6)	58(67,4)	6,091	0,048*
	2. Trimester (14-26 hafta)	65 (43)	86 (57)		
	3. Trimester (27-42 hafta)	173 (47,1)	194 (52,9)		

*p<0,05

Tablo 4.14 incelendiğinde vajinal duş ile eğitim durumu, gelir duurmu, çalışma durumu ve gebelik sayısı arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir.

Eğitim düzeyi ve gelir düzeyi arttıkça gebelerin vajina içini yıkama oranları azalmaktadır. Gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin çalışan gebelere göre gebelikte vajina içini yıkama oranları daha yüksektir. Dördüncü ve üzeri gebelik hariç tutulduğunda gebelik sayısı arttıkça vajina içini yıkama oranları artmaktadır.

4.14. Katılımcıların Gebelikte Sigara Kullanma Durumu Değişkeni ile İstenilen Gebelik Olma Durumu, Aile Yapısı, Çalışma Durumu, Eğitim Durumu, Gelir Durumu, Kronik Hastalık Durumu ve Sürekli İlaç Kullanma Durumu ile Karşılaştırılması

Tablo 4.15 Katılımcıların gebelikte sigara kullanım durumu ile istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumunun karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sigara Kullanımı		X^2	p
		Evet n (%)	Hayır n (%)		
İstenilen Gebelik	Evet	49 (8,8)	507 (91,2)	0,726	0,428
	Hayır	6 (12,5)	42 (87,5)		
Aile Yapısı	Çekirdek	48 (9,1)	478 (90,9)	0,002	0,965
	Geniş	7 (9,0)	71 (91,0)		
Çalışma Durumu	Evet	18 (14,8)	104 (85,2)	5,892	0,015*
	Hayır	37 (7,7)	445 (92,3)		
Eğitim Durumu	İlköğretim	21(12,6)	146 (87,4)	13,373	0,004*
	Lise	26 (12,2)	187 (87,8)		
	Ön lisans	4 (4,6)	83 (95,4)		
	Lisans ve üzeri	4 (2,9)	133(97,1)		

Tablo 4.15 (devam) Katılımcıların gebelikte sigara kullanım durumu ile istenen gebelik olma durumu, aile yapısı, çalışma durumu, gelir durumu, kronik hastalık durumu ve ilaç kullanma durumunun karşılaştırılması

Değişken	Kategori	Sigara Kullanımı		χ^2	P
		Evet n (%)	Hayır n (%)		
Gelir Durumu	Gelirim giderimden daha az	13 (13,4)	84 (86,6)	2,908	0,234
	Gelirim giderimi karşılıyor	31 (7,9)	362 (92,1)		
	Gelirim giderimden fazla	11 (9,6)	103 (90,4)		
Gebelik Sayısı	1	27 (11,0)	218 (89,0)	3,114	0,374
	2	15 (7,7)	179 (92,3)		
	3	6 (5,9)	96 (94,1)		
	4 ve üzeri	7 (11,1)	56 (88,9)		
Önceki Gebelikte Sağlık Sorunu	Evet	12 (7,9)	140 (92,1)	0,003	0,954
	Hayır	16 (7,7)	191 (92,3)		
Kronik Hastalık Durumu	Yok	43 (8,9)	439 (91,1)	0,098	0,754
	Var	12 (9,8)	110 (90,2)		
İlaç Kullanma Durumu	Yok	48 (9,2)	475 (90,8)	0,024	0,876
	Var	7 (8,6)	74 (91,4)		
Belirli Bir Kadın Hastalıkları Ve Doğum Uzmanınca Takip Durumu	Takipli olunan branş uzmanı yok	36 (9,5)	341 (90,5)	1,492	0,474
	Kamuda belirli bir branş uzmanı takibi	13 (7,3)	166 (92,7)		
	Özelde belirli bir branş uzmanı takibi	6 (12,5)	42 (87,5)		
Trimester Dönemi	1. Trimester (0-13hafta)	5 (5,8)	81 (94,2)	2,757	0,252
	2. Trimester (14-26 hafta)	11 (7,3)	140 (92,7)		
	3. Trimester (27-42 hafta)	39 (10,6)	328 (89,4)		

*p<0,05

Eğitim durumu ve çalışma durumu değişkenlerinin gebelikte sigara kullanımına göre dağılımları istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ($p<0,05$). Eğitim düzeyi arttıkça gebelerin gebelikte sigara içme oranları azalmaktadır. Çalışan gebelerin çalışmayan gebelere göre gebelikte sigara içme oranları daha yüksektir.

4.15. Yaş ile Vajinal Duş ve Sigara Arasındaki İlişki

Yaş değişkeni ile sigara kullanma arasındaki ilişki oldukça zayıf ve anlamlıdır. Yaş değişkeni ile vajinal duş arasında da zayıf anlamlı olmayan bir ilişki vardır (**Tablo 4.16**).

4.16. Gebelik Haftası ile Sigara ve Vajinal Duş Arasındaki İlişki

Tablo 4.16'ya göre gebelik haftası ile sigara kullanma arasında zayıf, anlamlı olmayan bir ilişki var iken gebelik haftası ile vajina içini yıkama arasında zayıf anlamlı bir ilişki vardır.

Tablo 4.16 Yaş ve gebelik haftası değişkenleri ile sigara kullanma ve vajina içini yıkama arasındaki korelasyon

Değişken		**Sigara Kullanma**	**Vajina İçini Yıkama**
Yaş	$\mathbf{r_{pb}}$	-0,110	-0,020
	p	0,004*	0,315
Gebelik haftası	$\mathbf{r_{pb}}$	0,061	0,101
	p	0,069	0,006*

*$p<0,05$; r_{pb}: nokta çift serili korelasyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Örneklemimizde ortalama yaş 27,23'tür. Anne adaylarının yaş ortalaması Yılmaz'ın çalışması, Özcan'ın çalışması ve Kahyaoğlu'nun çalışmasına benzerdir (30,94,95). 2020 doğum istatistiklerine göre Türkiye'de yaşa özgü doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda en yüksektir (96). Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması literatürdeki çalışmalar ve Türkiye geneli istatistikler ile uyumludur.

TÜİK verilerine göre 25 yaş ve üzeri kadınlarda yüksekokul ve fakülte mezunu oranı %18,5'tir (97). Çalışmamızda ön lisans mezunu oranının %14,4; lisans ve üzeri eğitimli gebe oranının %22,7 olması toplumun geneline göre daha yüksek eğitim düzeyinde kadınlarla çalışmanın yürütüldüğünü gösterir. Yılmaz'ın çalışmasında daha düşük eğitim düzeyinden daha yüksek oranda gebe varken Özcan'ın çalışmasında gebelerin yaklaşık yarısı üniversite düzeyinde eğitimlidir (30,95). Çalışmamızda Yılmaz'ın çalışması ve toplumun geneline göre düşük oranda herhangi bir okuldan mezun olmayan katılımcı; daha yüksek oranda da ön lisans ve üzeri mezunu katılımcı mevcuttur (30,97). Bunun sebebi Ankara Şehir Hastanesi'ne daha eğitimli gebelerin daha yüksek oranda gelmesi veya okuryazar olmayan gebelerin çalışma dışında bırakılması olabileceği gibi çalışmaya katılmayı daha eğitimli gebelerin daha yüksek oranda kabul etme eğiliminde olması da olabilir. Çalışmamıza katılan herhangi bir okul bitirmemiş/okuryazar sadece yedi gebe olduğu için istatistiksel analize ayrı bir grup olarak alınmayıp ilköğretim mezunu veya daha düşük eğitim seviyesi olan gebeler grubunda değerlendirilmiştir.

Gebelerin süreğen hastalık durumu sorusuna verdikleri cevaplar toplum bazındaki sıklık düşünülerek bakıldığında depresyon tanısı olduğunu ifade eden yalnızca bir gebe olması ilginçtir. Gebelikte depresyon belirtileri sıklığı 1 888 gebe üzerinde kentsel bölgede yapılan bir çalışmada %9,9 bulunmuştur (98). Keskin'in Eskişehir'de aile hekimliği birimlerinde yürüttüğü ve 1475 katılımcı üzerinde yaptığı çalışmasında kadınlarda majör depresif bozukluk %31,9 oranında bulunmuştur (99). Zaman'ın çalışmasına göre gebe kadınlarda depresyon ve anksiyete gebe olmayan kadınlara göre yüksektir (100). Dolayısıyla çalışmamızda depresyon tanısı belirten yalnız bir kişi olması toplumla uyum gösteren bir bilgi değildir. Bu oranın sebebi kişilerin süreğen hastalıklar arasında depresyonu saymaması, damgalanma endişesi ile psikiyatrik tanılarını söylemek istememeleri ve daha önemlisi tanı ve tedavi almadan ruhsal bozukluklarla baş etmeye çalışıyor olmaları olabilir.

Çalışmamızdaki gebelerin büyük bir kısmı hiçbir zaman gebelik kontrollerini aksatmadığını ifade etmesine rağmen belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca takip edilmeyen gebelerin oranı %60'ın üzerindedir. Bunun sebebi araştırmamızın yürütüldüğü Ankara Şehir Hastanesi'nin her trimester için ayrı polikliniklerde hizmet veriyor olması; çok sayıda hekim arasından gebelerin takipli olmak istedikleri uzmana her seferinde MHRS randevusu bulamaması olabilir. Hastanede uzmanlık eğitimi de aynı anda devam ettiği için aynı uzmana randevu alan hastaların dahi farklı uzmanlık öğrencileri ile muhatap olma ihtimali de bu duruma katkıda bulunuyor olabilir.

Çalışma sonuçlarımıza göre yaş arttıkça gebeliği kabullenme puanları az da olsa anlamlı olarak düşmektedir. Daha ileri yaştaki gebelerin gebeliği kabullenmesi bir miktar daha düşük seviyededir. Bu sonuç Yılmaz'ın çalışmasını desteklemektedir (30). Adıyaman'da 2018'de yapılan bir çalışmada da gebeliği kabullenmenin 31 yaş ve üzerinde daha zayıf olduğu saptanmıştır (101). Sağlık personelinin ileri yaş gebelerde gebeliği kabullenmenin daha güç olacağını öngörmesi ve olası endişelerini paylaşma konusunda yüreklendirici bir tavır sergilemesi yerinde olacaktır. Gebeliği kabullenmedeki bu azalmanın olası sonucu ilaç ve bitkisel preparatların kontrolsüz kullanımı gibi konular üzerinde ileri yaştaki kadınlarda genç yaştakilere göre daha büyük bir hassasiyetle durulmalıdır.

GSYDÖ gebeliği kabullenme alt boyutu, çalışmamızda mevcut gebeliğin kaçıncı gebelik olduğundan etkilenmiştir. İlk gebeliğini deneyimleyen gebeler dördüncü veya üzeri gebeliğini deneyimleyenlere göre gebeliği kabullenme puanlarında öndedir. Bunda ilk gebelik tecrübesinin verdiği heyecan ve ailenin tamamlanması düşünceleri etken olmuş olabilir.

Gebeliği kabullenme puanlarını anlamlı olarak etkileyen bir diğer konu da tahmin edilebileceği gibi mevcut gebeliğin anne adayının istediği bir gebelik olup olmamasıdır. İstenilen gebeliklerde kabullenme puanı istenmeyen gebeliklere göre yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda gebeliğin planlı olup olmaması değil mevcut gebeliğin anne adayı tarafından istenip istenmediği sorgulanmıştır. Gebelik kabulü ile ilgili 608 gebe üzerinde yapılan çalışmada da gebeliği kabullenme ile en güçlü korelasyon gebeliğin istenmesi ile bulunmuştur (102). Dördüncü veya üzeri gebeliği olan kadınlardaki istenmeyen gebelik sıklığı, ilk gebeliğini yaşayanlardaki istenmeyen gebelik sıklığının sekiz katından fazladır. Bu belirgin farklılık gebeliği kabullenme puanları arasındaki gravidaya bağlı anlamlı farkın

sebebi olabilir. Antenatal bakım vericilerin istenmeyen gebelikler ve üçüncüden sonraki gebelik durumlarında kabullenme konusunda risklerin farkında olması, destekleyici yaklaşıma özellikle dikkat etmesi gerekir.

Gebelik haftasının ilerlemesi ile gebeliği kabullenmede zayıf bir artış saptamış olan Yılmaz'ın çalışmasına (30) benzer olarak bizim çalışmamızda da gebelik haftası ile gebeliği kabullenme arasında düşük düzeyde korelasyon görülmüş olsa da bu ilişki anlamlı değildir. Yılmaz kendi çalışmasında bunu bebeğin iyiden iyiye hissedilmesi, gebeliğin belirgin hale gelmesine bağlamıştır(19).

Aile yapısı araştırmamızda gebeliği kabullenme puanlarını etkilememiştir. Pirinçci'nin çalışmasında ise çekirdek ailede yaşayan gebelerin gebeliği kabullenmesi daha iyi bulunmuştur (103). Bu açıdan sonuçlarımız farklılık göstermektedir.

Demirbaş, 2014'te gebelerin eğitim ve gelir düzeyi arttıkça gebeliği daha kolay kabullendiklerini tespit etmiştir (89). Yılmaz'ın çalışmasında da herhangi bir okuldan mezun olmayan gebeler, ilköğretim mezunu ve üzeri eğitim durumundaki gebelere göre gebeliği kabullenme alt boyutundan daha düşük puanlar almıştır (19). Bizim çalışmamızda eğitim durumu ile gebeliği kabullenme arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi herhangi bir okul mezunu olmayan yalnızca yedi gebe olması ve bu gebelerin gebeliği kabullenme açısından ayrı bir grup olarak istatistiki değerlendirmeye alınmamış olması olabilir. Özçalkap da çalışmasında gebeliğin kabulünün eğitim düzeyi ile ilişkili olmadığını bulmuş olup bu sonucu katılımcıların çoğunun eğitim düzeyinin düşük olmasına bağlamıştır (101).

Çalışmamıza katılan gebelerin gebelik haftası arttıkça gebelik sorumluluğu az da olsa düşmektedir. İlk trimesterdaki gebelerin gebelik sorumluluğu puanları üçüncü trimesterdaki gebelerden anlamlı olarak yüksektir. Gebeliğin başlangıcında düşük endişesi, bilgilendirilme ihtiyacının farkında olma ve kontrollere gösterilen ihtimam nedeni ile gebelik sorumluluğu puanları daha yüksek tespit edilmiş olabilir. Oysa gebeliğin son dönemlerinde de doğum ve emzirme gibi farklı konularda daha fazla bilgi edinilmesi gereklidir. Prenatal bakım vericilerin gebeliğin son döneminde oluşması muhtemel bilgi yorgunluğunun farkında olması ve gebeyi uygun şekilde motive etmesi önemlidir.

Yaşla beraber gebelik sorumluluğunda artış tespit eden Yılmaz'ın çalışmasına (30) benzer şekilde bizim araştırmamızda da gebelik sorumluluğu yaş ilerledikçe artmaktadır

fakat bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir. SYBDÖ-II'nin kullanıldığı, kadın erkek toplam 510 kişi üzerinde yapılan ve 2020'de yayınlanan bir çalışmada Değerli, sağlık sorumluluğunun yaş ilerledikçe arttığı saptanmıştır (104) Fakat çalışmadaki yaş grupları bizim çalışmamızdan farklıdır. Yaşla beraber gebelik sorumluluğunda görülen artış genel olarak sağlık sorumluluğunda yaşla meydana gelen artışın bir yansıması olabilir. Bununla beraber yaşla sağlık sorumluluğu arası bir ilişki saptamayan çalışmalar da mevcuttur (105). Yalnızca ileri yaş nedeniyle gebelerin sorumluluk duygusuna güvenmek uygun bir yaklaşım olmayacaktır.

Yılmaz'ın çalışmasında eğitim durumu ile gebelik sorumluluğu arasında saptanan ilişki bizim çalışmamızda saptanmamıştır. Adı geçen çalışmada gebelik sorumluluğu alt ölçeğinde ilköğretim ve lise mezunları herhangi bir okuldan mezun olmayanlara göre yüksek, üniversite ve üzeri mezunları da ilköğretim ve lise mezunlarına göre yüksek puanlara sahiptir (30). Bizim çalışmamızda diğer eğitim düzeyleri arasında gebelik sorumluluğu açısından farklılık görülmemiş; herhangi bir okuldan mezun olmayanlar ise ayrı bir grup oluşturmamıştır. Yakın zamanda kırk yaş üzeri 662 kadın üzerinde yapılan çalışmada da sağlık sorumluluğu ölçek puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır (106). Çalışmaların birbirinden farklı özellikteki gruplarda yürütülmesi nedeni ile farklı sonuçlar vermiş olması muhtemeldir.

Periodontal hastalıkların önemli ve müdahale edilebilir nedeni oral hijyenin yeterli olmamasıdır (43). Gebelikte agreve olan periodontal rahatsızlıkların ilk tedavisi yine diş fırçalama ve diş ipi ile bakterilerin uzaklaştırılması iken; gebeler bu hastalıkların belirtisi olan diş eti kanaması gibi durumlarla karşılaştığında diş fırçalamayı bırakma yoluna gidebilmektedirler (107). Biz de veri toplama sırasında çok sayıda gebeden diş eti kanaması, diş eti hassasiyeti ve bulantı sebebi ile diş fırçalamayı azalttığı veya bıraktığını öğrendik.

Gebelerin hijyen puanları çalışmamızda yaşla beraber az da olsa anlamlı olarak yükselmektedir. Yılmaz'ın çalışmasında böyle bir ilişki saptanmamıştır (30). Kurt Durmuş'un çalışmasında genital hijyen davranışları yaşla beraber kötüleşmektedir (108). Çalışmaların sonuçlarındaki farklılık, farklı sosyodemografik özellikteki katılımcılarla yürütülmelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Gebelerin hijyen durumları çalışmamızda eğitim ile ilişkili görülmüştür. Okuryazar-ilköğretim mezunu olan gebeler, eğitim durumu ön lisans ve üzeri olan gebelere göre daha düşük puanlar almıştır. Yılmaz'ın çalışmasında da lise ve üzeri eğitim durumu olan gebeler okuryazar-ilköğretim mezunu gebelere göre daha yüksek hijyen puanlarına sahiptir (30). Kurt Durmuş ve arkadaşlarının çalışmasında da eğitim durumu iyileştikçe genital hijyen davranışlarının olumlu yönde etkilendiği belirtilmiştir (108). Topuz'un çalışmasında gebelikte düzenli diş fırçalamanın eğitim durumu daha iyi olan gebelerde daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur (107). Eğitim durumunun daha iyi olmasının daha iyi hijyen davranışlarını beraberinde getirmesi bulgumuz literatürle uyumludur. Düşük eğitimli gebelere hijyen konusunun daha öncelikli olarak anlatılması yerinde olacaktır.

Gelir getiren bir işte çalışan gebelerin hijyen alt ölçeğinden aldığı puanlar gelir getiren bir işte çalışmayan gebelere göre yüksektir. Bu bulgumuz Yılmaz'ın çalışmasıyla paraleldir (30). Topuz, gebelerin dental hijyeninin, çalışanların lehine anlamlı farklı olduğunu tespit etmiştir (107). Kurt Durmuş'un çalışmasında da genital hijyen davranışları gelir getiren bir işte çalışan kadınlarda daha iyi olduğu bulunmuştur (108). Bunun sebebi gelir getiren bir işte çalışan gebelerin daha eğitimli olması olabileceği gibi daha fazla kişi ile sosyal etkileşim halinde olmaları nedeni ile bu konuda daha dikkatli olmaları da olabilir. Çalışanların ortak alanları daha fazla kullanması ve bu sebeple de hijyen alışkanlıklarının gelişmek durumunda kalması da daha yüksek puanlar almalarına neden olmuş olabilir.

GSYDÖ hijyen alt ölçeğinde bulunmayan fakat bizim üzerinde durmakta fayda gördüğümüz vajinal duş sıklığı literatürle uyumlu bir şekilde oldukça sık bulunmuştur (%44). Vajinal duş yapma sıklığı Türkiye ve dünyada %29,6 (59), %41,2 (60), %48,8 (61), %51,4 (109) ve %60 (55) olarak farklı çalışmalarda farklı oranlarda bulunmuştur. Vajinal duşu kadınlar temizlikle bağdaştırdığı, enfeksiyonlardan ve istenmeyen gebeliklerden bu yolla korunacağını zannettiği ve İslam dininin gereği olarak gusül abdestinin bir parçası olduğunu sandığı için toplumumuzda dünyadakine benzer şekilde sıklıkla uygulanmaktadır (64,109,110). Bizim çalışmamızda da gebeler kontrasepsiyon dışındaki sebepleri anket sırasında vajinal duş yapma nedenleri olarak bildirmiştir.

Aile hekimine hangi sebeple başvurmuş olursa olsun tüm kadınların vajinal duşun zararları hakkında bilgilendirilmesi koruyucu hekimlik açısından önemlidir. Biyopsikososyokültürel ve varoluşçu yaklaşımın (4) da gereği olarak hastaya sadece

vajinal duş yapmaması gerektiğini söylemek yeterli olmayacaktır. Vajinal duş yapma sebebi aydınlatılarak vajinal flora dengesini anlaşılır bir biçimde anlatılmalıdır. Hasta bu konuyu dini hassasiyet olarak algılıyorsa bizim çalışmamıza kaynak teşkil etmesi için yaptığımız gibi din işleri yüksek kuruluna online soru cevap hizmetini kullanarak hastanın bu konudaki düşüncesinin dini bir dayanağı olmadığı kişiye özel biçimde açıklanabilir. Burada evlilik öncesi danışmanlık ve rapor için başvuran kadınların da bu konuda özellikle uyarılmasının bu denli sık görülen bir yanlış alışkanlık için doğru olacağı kanaatindeyiz.

Çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça vajinal duş alışkanlığı sıklığının azaldığı görülmüştür. Bu durum, hijyen puanlarının eğitimli gebelerde daha yüksek olması nedeni ile de beklediğimiz bir bulgudur. Ülkemizde yapılan çalışmalarda eğitim durumu ile vajinal duş sıklığı ilişkili bulunmuş olup daha eğitimli kadınlar daha az vajinal duş yapmaktadır (63,64,109–111). Kinuthia ve arkadaşları ile Sena ve arkadaşları, çalışmasında eğitim durumu ile vajinal duş arasında bir ilişki görülmemiştir (55,60).

Katılımcılarımız arasında algılanan gelir düzeyi arttıkça vajinal duş sıklığı azalmaktaydı. Düşük ekonomik gücü olan gebelerin vajinal duş yapma oranı daha fazlaydı. Çok sayıda çalışmada düşük gelir durumu ile vajinal duş sıklığının fazla olması ilişkili bulunmuştur (64,110–112). Bu açıdan bulgumuz literatür ile uyumludur.

Araştırmamızda gelir getiren bir işte çalışmayan gebeler daha yüksek oranda vajinal duş yapmaktaydı. Bu konuda sonuçlarımızı destekleyen ve desteklemeyen çalışmalar literatürde mevcuttur. Kurt Durmuş, çalışan gebelerin genital hijyen davranışlarının daha iyi olduğunu bulmuştur (108). Ocaktan ve Çalışkan da kendi çalışmalarında vajinal duşu ev hanımlarında daha sık bulunmuştur (63,112). Yanıkkerem ve Yaşayan çalışmalarında çalışma durumu ile vaginal duş sıklığını ilişkili bulmamıştır (64).

Algılanan geliri düşük olan ailelerdeki gebeler ve eğitim düzeyi düşük olan gebelere bu bilgiler ışığında vajinal duş konusunda bilgilendirmeler daha öncelikli olarak yapılmalıdır. Çalışan gebelerde bir miktar daha düşük oranda vajinal duş alışkanlığı olması araştırmamızda tespit edilmekle beraber ilişkisiz bulunan çalışmaların da olması bu konuda güçlü bir öneri yapmaktan bizi alıkoymaktadır.

Çalışmamızda dördüncü ve üzeri gebeliği bir tarafa bırakırsak gebelik sayısı arttıkça vajinal duş yaptığını belirten gebe oranı da artmaktadır. 2017'de Kinuthia ve arkadaşlarının çalışmasında daha ileri yaşta olan gebelerin daha çok vajinal duş yaptığı ve çocuk sayısı

arttıkça vajinal duş sıklığının da arttığı bulunmuştur (55). Çalışkan'ın araştırmasında parite arttıkça vajinal duş sıklığı da atmaktadır (63). 2016da yayınlanan Yanikkerem ve Yasayan'ın çalışmasında primipar ve multipar kadınlar vd uygulama sıklığı açısından farklı bulunmamıştır (64). Hem literatüre hem bizim verilerimize dayanarak daha önce bir veya fazla doğum yapmış gebelerin vajinal duş konusunda uyarılmaları, ilk gebeliği olanlara göre daha yüksek oranda gebe için önemli olabilir. Yaş konusundaki bulgumuz literatür ile örtüşmemektedir. Bunun sebebi bizim örneklemimizde eğitim durumunun görece yüksek olması olabilir.

Beslenme alt ölçeği dokuz sorudan oluşup Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin en çok soru içeren alt boyutudur. Araştırmamızda gebelerin beslenme alt ölçek puanları yaş ile ilişkili bulunmamıştır. Yılmaz'ın çalışmasında ise yaş artıkça beslenme puanları artmaktadır (30). Bu açıdan sonuçlarımız farklılık göstermektedir.

Gebelik sayısı, eğitim durumu ve çalışma durumundan beslenme alt ölçeği puanları etkilenmemiştir. Yılmazın çalışmasında da bu sonuçlar benzerdir (30). Ek olarak bizim bağımsız değişkenlerimizden daha önceki gebelikte sağlık sorunu yaşanıp yaşanmaması, gebeliğin istenip istenmemesi, kronik hastalık durumu, sürekli kullanılan ilaç olup olmamasından da beslenme puanları etkilenmemiştir.

Geliri giderinden daha az olan grup geliri giderinden daha fazla olan gruba göre daha düşük beslenme puanları almıştır ve bu farkın sebebi gıdaya ulaşımın kısıtlı olması olabileceği düşünülse de yalnızca buna bağlanamaz. Bilinç düzeyinin yeterli olmaması daha büyük bir etken olsa gerektir çünkü beslenme özellikleri gibi beslenme kısıtlamaları da bu alt ölçekte mevcuttur. Sonuç olarak bizim örneklemimiz için gelir durumu kötü olan gebelerin beslenme farkındalığı için daha çok çaba sarf edilmesi uygun olacaktır. Yılmaz'ın çalışmasında gelir durumu ile beslenme alt ölçek puanları arasında ilişki bulunmamıştır (30).

Kamu hastanesinde belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanınca takip edilen gebelerin beslenme puanları düzenli takip olduğu belirli bir branş hekimi olmayanlara göre daha yüksektir. Aile hekimliği disiplininde önemli yer tutan süreklilik ilkesi burada etkili olmuş olabilir. Sürekli aynı hekimce görülen gebelerin hekimle daha kolay iletişim kurabilmesi ve sorularını kolayca sorabilmesi olasıdır. Ayrıca hekimin hasta hakkında daha çok bilgi sahibi olması ve beslenme önerilerini kendinden önceki hekimin zaten yapmış

olduğunu varsayma tuzağına düşmemesi de beslenme puanlarını yükselten sebepler arasında olabilir.

Beslenme alt ölçeği ile gebelik haftası arasında ilişki saptanmamıştır. Yılmaz'ın çalışmasında da ilk ve ikinci trimesterdaki gebelerin beslenme puanlarının üçüncüye göre düşük olduğu gözlenmiştir (median 22-22-24) (30). Bizim çalışmamızda median değerler ilk trimesterda 35 ikinci ve üçüncü trimesterlarda 36'dır. Bizim çalışmamızda gebelerin beslenme puanları Yılmaz'ın çalışmasından oldukça farklıdır. Bu durum bize örneklemimizde beslenme puanlarını etkileyenin fizyolojik durumdan ziyade bilinç durumu olduğunu düşündürmektedir. Bulantılara rağmen ilk trimesterdaki beslenme puanları diğer tirmesterlardan anlamlı düzeyde düşük olmaması bu düşüncemizi desteklemetedir.

Gebelikte sağlıklı beslenme konusunda gebenin eğitilmesi, artan metabolik ihtiyaca uygun beslenmenin sağlanması ve vücut kitle indeksine göre bireysel kilo alım planının yapılması her gebe için önemlidir (72). Ayrıca aşırı şekerli ve tatlı gıdalardan hem metabolik sorunların ve kan şekeri dalgalanmalarını önüne geçmek; hem de yapay tatlandırıcılardan korunmak (76) için uygun bir öneri olabilir. Antenatal bakım vericilerin yukarıda tartışılan daha yüksek risk grubunda olan gebelere özellikle zaman ayırmaları yerinde olacaktır.

Katılımcılarımızın en düşük puan ortalaması fiziksel aktivite alt boyutundadır. Toplam 20 gebe buradaki bütün sorulara "hiçbir zaman" cevabını vermiştir. Bu düşük puanlar gebelerin hareketsizliğini göstermenin dışında çalışmamızın Covid 19 pandemisi sürecinde yapılması nedeni ile gebelerin evden çıkmaktan imtina etmesinden de etkilenmiş olabilir. Burada tabloyu çözümsüz gösteren ise gebelerin egzersiz için mutlaka evden çıkmaları gerektiğini düşünmeleridir. Oysaki evde saat tutup odaları tempolu bir şekilde dolaşarak da pekâlâ yürüyüş yapılabilir veya teknolojik araçlar üzerinden belli egzersiz programları ev içinde de yapılabilir. Bu ihtimallerin gebelere hatırlatılması ve fiziksel aktiviteden gebeleri uzaklaştıran yanlış bilgilerin tespit edilip gebelerin bu konularda aydınlatılması önemlidir.

Birinci gebeliğini yaşayan gebelerin çalışmamızda GSYDÖ fiziksel aktivite alt boyutundan aldıkları puanların dördüncü veya üzeri gebeliğini yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. İlk gebeliğini yaşayan gebeler fiziksel aktivite konusunda daha

motive olduğu için ortaya böyle bir sonuç çıkmış olabilir. Veya dördüncü veya üzeri gebeliği tecrübe eden kadınlarda diğer çocukların sorumluluğu sebebi ile fiziksel aktiviteye ilk gebeliklerindeki kadar zaman ayıramıyor olabilirler. Bu konuda risk altında olabilecekleri tahmin edilerek antenatal bakım vericiler, dördüncü ve üzeri gebeliği olan kadınları, fiziksel aktivite hususunun daha fazla üzerinde durarak bilgilendirilmelidir.

Birinci basamak sağlık çalışanları ayrıca ailenin diğer üyeleri ile de birebir temas hâlinde olmaları nedeni ile diğer aile bireylerini de işin içine katarak fiziksel aktivitenin önemi bilgisinin eyleme dökülmesine yardımcı olabilir.

Gebelikte sağlıklı yaşam davranışı seyahat alt ölçeği puanları yaş, gebelik sayısı, gebelik haftası ve gelir durumundan etkilenmemiştir. Bu bulgularımız Yılmaz'ın çalışmasıyla (30) örtüşmektedir. Eğitim durumu ile de çalışmamızda bu puanda farklılık saptanmamıştır. Fakat Yılmaz'ın çalışmasında seyahat alt ölçeğinde herhangi bir okuldan mezun olmayan gebelerin ilköğretim ve lise mezunlarına göre, ilköğretim ve lise mezunlarının, üniversite mezunlarına göre istatistiksel olarak daha düşük puana sahip olduğu belirlenmiştir (30). Eğitim düzeyi farklı örneklemde çalışma yapmış olmamız bu farklılığın sebebi olabilir.

Gelir getiren bir işte çalışan gebeler çalışmayanlara göre seyahat alt ölçeğinden daha yüksek puanlar almıştır. Bunun sebebi çalışan gebelerin daha sık seyahate çıkma gerekliliği olması, dolayısıyla bu konu hakkında daha çok araştırma yapmış ve fikir sahibi olmuş olması olabilir.

Kamu veya özel fark etmeksizin belirli bir kadın hastalıkları ve doğum uzmanının takibinde olan gebelerin seyahat puanlarını daha yüksek saptadık. Bunun sebebi aile hekimliğindeki gibi sürekli bakım veren uzmanın temel konuları ilk izlemlerde anlatmayı bitirmesi, görece ayrıntı sayılabilecek emniyet kemerini takma stili gibi meseleleri konuşmak için fırsat oluşabilmesi olabilir. Birinci basamakta hekim ve yardımcı sağlık personeli gebe bilgilendirme sırasında belirli bir branş uzmanınca takip edilmeyen gebeleri seyahat konusunda daha ayrıntılı bilgilendirmesi yerinde olacaktır.

Ülkemizde gebelikte alkol kullanımı sık olmasa da sigara kullanımı müdahale edilmesi gereken düzeydedir. TÜİK 2019 verilerine göre 15-49 yaş kadınların yüzde 16,9'u her gün, 3,7'si ara sıra sigara kullanmaktadır (38). 2013 yılında gebelerde sigara kullanım oranı TNSA'da %11 olarak tanımlanmış iken sonraki raporlarda bu oran

belirtilmemiştir. 2018 yılında yapılan metaanalizde Avrupa bölgesinde %8,1 ile gebelikte sigara kullanımı ortalaması en yüksek ortalama tahmin edilmiştir.

Araştırmamızda gebelerin toplam yüzde 9,1'i aktif sigara içmekteydi, sigarayı gebeliği öğrenince bıraktığını ifade eden %11,8'lik kesim de eklendiğinde TÜİK verilerindeki 15-49 yaş kadın sigara içme oranı ile katılımcılarımızın sigara kullanım oranı benzer görülmektedir. Sigarayı gebeliğini öğrenince bıraktığın ifade eden % 11,8lik kesim sigara ile ilgili danışmanlıkta gebeliğin fırsat olarak kullanılması için hekimlere yol gösterebilir. Tarhan ve Yılmaz'ın çalışmasında gebelerin %11,9'u aktif sigara kullanıcısı iken 12,8'i gebelikte sigarayı bıraktığını ifade etmiştir (113). Lohusalık ve sonrasında da bu konunu takibi önemlidir zira bazı çalışmalara göre sigaraya tekrar başlayanlar, gebelik döneminde bırakanların %40'ından fazlasını oluşturmaktadır (114,115). Bu açıdan hem gebelik dönemi sigara bırakma fırsatı olarak değerlendirilebilir hem de gebelikte sigarayı bırakan kadınlar tekrar başlamayı önlemek için sık takiplere çağırılıp motivasyonel görüşmelerle izlenebilir.

Katılımcılarımızdan daha eğitimli olan kadınlar gebelik sırasında daha düşük oranda sigara kullanmaktaydı. Bu sonuca göre poliklinikte daha az zaman olduğunda eğitim düzeyi daha düşük olanların sigara konusunda bilgilendirilmesinin öncelenmesinde fayda olabilir.

Gebelerin yaşı ile sigara kullanma oranları arasında çift serili nokta korealasyon sonucunda negatif zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buradan yola çıkarak ileri yaşlardaki gebelerin gebelikte sigara kullanma oranının daha az olduğu yorumu yapılabilir.

Gebelik sırasında sigara kullanımı gelir getiren bir işte çalışan gebelerde, çalışmayanlara göre belirgin daha fazladır (%14,8-%7,7). Bu sonuç aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarını çalışan kadınlarda sigara konusunu özellikle önemsemek konusunda uyarır. 2016'da "Tarhan ve yılmaz"ın çalışmasında çalışma durumu ile sigara kullanımı arasında ilişki bulunmamıştır (113).

Gebe toplumun gözünde herhangi bir kadından farklı bir konumdadır. Bu nedenle gebeye öneri ve uyarılarda bulunan yalnızca sağlık profesyonelleri olmamaktadır. Bilgi kaynaklarının doğru olması bu dönemde ayrı bir önem arz etmektedir. Gebeliğin tespitinden itibaren aile hekimi gebeyi toplumdan gelebilecek iyi niyetli fakat yanlış

olabilecek bilgilendirmeler konusunda uyarmalıdır. Yapılan herhangi bir öneriyi aile hekimi veya ebe/hemşiresine danışmadan uygulamaması tavsiye edilmelidir.

Bütün önerileri bir anda yapmak gebede kafa karışıklığına sebep olabileceği için bulunulan döneme ve ihtiyaca göre ve zamana yayarak basamaklı şekilde bilgilendirmeler yapılabilir. Aile hekimliği birimine gebenin ulaşımının kolay olması ve gebelik öncesinden beri kurulmuş olan ilişkinin üzerine bu bilgilerin bina edilmesi birinci basamağı avantajlı kılmaktadır.

Tüm bu izlem ve görüşmelerin daha nitelikli olması için aile hekimliği birimi başına düşen nüfusun azaltılması, gereksiz iş yükünün hafifletilmesi, gebe takibi ve koruyucu hekimlik konusunda sağlık profesyonellerinin bilincin artırılması yapılabilecekler arasındadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

- ✓ Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları anne ve bebek sağlık sonuçları açısından önemlidir ve birinci basamakta gerekli müdahaleler yapılmalıdır.

- ✓ Gebelikte artması beklenen duygu durum bozuklukları için bütüncül yaklaşım ilkesi gereği aile hekimleri tetikte olmalıdır.

- ✓ İleri yaştaki gebelerin, üçten sonraki gebelik deneyimleyenlerin ve mevcut gebeliği istemeyenlerin gebeliği kabullenme oranının görece düşük olduğu ve bunun uygunsuz ilaç kullanımı; psikososyal stres gibi riskleri beraberinde getirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

- ✓ Prenatal bakım vericilerin gebeliğin son döneminde oluşması muhtemel bilgi yorgunluğunun, bilgilenme konusundaki motivasyon eksikliğinin farkında olması gerekir.

- ✓ 15-49 yaş kadınların herhangi bir sebeple aile hekimine başvurduğunda muhtemel bir gebeliğin olası kötü sonuçlarını oluşmadan önlemek için uygun ağız bakımı konusunun önemi anlatılmalıdır.

- ✓ Gebeler; periodontal hastalıkların diş eti kanaması ya da hassasiyeti veya dişte sallanma gibi belirtileri ve tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir.

- ✓ Eğitim düzeyi düşük olan veya gelir getiren bir işte çalışmayan gebelerin hijyen konusunda daha düşük bilgi düzeyine sahip olabileceği öngörülerek eğitim programı yapılmalıdır.

- ✓ Gelir durumu kötü olan, eğitim düzeyi düşük olan, daha önce doğum yapmış olan gebeler için vajinal duş bilgilendirmesi daha önde tutulmalıdır.

- ✓ Sık uygulanan ve yanlış olduğu konusunda farkındalık da zayıf olan vajinal duş alışkanlığı, sadece gebeler değil bütün kadınlarda sorgulanmalı ve kişinin vajinal duş yapma motivasyonuna göre kişiye özel bilgilendirme yapılmalıdır.

- ✓ Gelir durumu kötü olan, belirli bir branş hekiminde gebelik takibi yaptırmayan gebelerin beslenme farkındalıkları konusunda ayrıntılı bilgilenmeye daha çok ihtiyacı vardır. Birinci basamakta diyetisyenlerin de işbirliği ile beslenme programları yapılması, beslenme eğitimleri düzenlenmesi yerinde olacaktır.

- ✓ Fiziksel aktivite konusunda gebenin tereddütleri giderilmeli ve durumuna uygun egzersiz planı gebeyle beraber yapılmalıdır.

- ✓ Gebelikte seyahat konusunda gelir getiren bir işte çalışmayan gebeler ile belirli bir branş hekiminde gebelik takibi yaptırmayan gebelere öncelik verilmesi uygun olacaktır.

- ✓ Eğitim düzeyi daha düşük olan kadınlar başta olmak üzere gebeler sigaranın anne ve fetüse zararları konusunda bilgilendirilmelidir.

- ✓ Gebelik dönemi sigara bırakma için bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.

- ✓ Gebelikte sigarayı bırakan kadınların doğum sonrası takiplerde sigaraya başlamadığından emin olmak ve motivasyonunu sürdürmek önemlidir.

- ✓ Aile hekimliği birimlerinde iş yükü ve nüfusun fazla olması ve zaman yetersizliği birinci basamağın asıl işi olan koruyucu hekimliği yapmayı zorlaştırmaktadır.

- ✓ Gebe takibinin önemi ve sonuçları konusunda birinci basamakta farkındalığı artırmak ve şartları da iyileştirerek her izlemin daha nitelikli yapılmasını sağlamak sağlıklı nesiller hedefi için önemlidir.

7. EKLER

Ek-1: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği

Aşağıdaki cümlelerin her biri için size en uygun seçeneği işaretleyiniz.

Gebelik Sorumluluğu Alt Ölçeği

Gebelik kontrollerimi aksatmamaya özen gösteririm.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebeliğimle ilgili herhangi bir sorun yaşarsam sağlık çalışanlarına danışırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebelik kontrollerim sırasında sağlık çalışanlarının önerilerini almak için sorular sorarım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebeliğimle ilgili sağlık çalışanlarının tavsiyelerine uyarım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Hijyen Alt Ölçeği

İç çamaşırımı (külotumu) her gün değiştiririm.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Tuvalet sonrası temizliğimi (taharetlenme) önden arkaya doğru yaparım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Taharetlenme sonrasında ıslak kalmamak için tuvalet kâğıdı ile kurulanırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe kaldığımdan bu yana dişlerimi günde en az bir defa fırçalamaya dikkat ederim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebeliği Kabullenme Alt Ölçeği

Gebeliğim süresince, ilaç kullanmam gerektiğinde doktoruma danışırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebelik ve doğumla ilgili endişelerimi bana yakın olan kişilerle paylaşırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebeliğimin yaşamımı olumlu yönde etkilediğini düşünüyorum.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe kaldığımdan bu yana geleceğe daha umutla bakıyorum.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Beslenme Alt Ölçeği

Gebe olduğum için günde en az 3 ana, 3 de ara öğün olmak üzere 6 öğün beslenirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe kaldığımdan bu yana iştahım arttığı için daha fazla yemek yerim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana kahve, kola, enerji içeceği gibi kafein içeren ürünler tüketmem.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğum için günde en az 2 öğün süt, yoğurt, peynir gibi kalsiyum içeren ürünler tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğum için haftada en az 3-4 kez kırmızı et ya da kuru baklagiller (mercimek, nohut, kuru fasulye, bulgur vb.) tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Haftada en az 1 porsiyon balık ve ceviz gibi Omega-3 yağ asidi içeren yiyecekler tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebelik boyunca günde en az 2 porsiyon sebze tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebelikte aşırı şekerli ve tatlı gıdaları sınırlı miktarda tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebelikte turşu, salamura zeytin gibi tuzlu yiyecekleri sınırlı miktarda tüketirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Fiziksel Aktivite Alt Ölçeği

Gebe olduğumu öğrendiğimden bu yana günlük yaşamımda daha fazla hareket etmeye (asansör yerine merdiven kullanma, kısa mesafeleri yürüme gibi) dikkat ederim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Günde en az yarım saat yürüyüş yaparım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Haftada en az 3 defa egzersiz (tempolu yürüyüş, gebelik egzersizleri vb.) yaparım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Seyahat Alt Ölçeği

Gebeliğim sırasında arabada seyahat ederken emniyet kemeri kullanırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğum için, seyahat sırasında emniyet kemerini, omuz ve kalçamın iki yanını destekleyerek (üç nokta) karnımın altına gelecek şekilde takarım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğum için, seyahat ederken 2-3 saat aralıklarla mola veririm.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebe olduğum için seyahat sırasında verilen her molada en az 10 dk. gezinirim.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Gebeliğim sırasında sarsıntılı ve yorucu yolculuklardan kaçınırım.

◯Hiçbir zaman ◯Nadiren ◯Ara ara ◯Sık sık ◯Her zaman

Sayın Katılımcı,

Araştırmamıza desteğiniz için teşekkür ederiz.

Ek-2: Soru Formu

Aşağıdaki soruları lütfen cevaplayınız.

1. Kaç Yaşındasınız? …….

2. Kaçıncı gebeliğiniz? …….

3. Gebeliğinizin kaçıncı haftasındasınız? ……..

4. Önceki gebeliğinizde herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı? (İlk gebeliğiniz ise bu soruyu yanıtlamayınız.)

◯Evet ◯Hayır

5. Mevcut gebeliğiniz istenen bir gebelik miydi?

◯Evet ◯Hayır

6. Temizlik amacıyla vajenin(haznenin) içini yıkar mısınız?

◯Evet ◯Hayır

7. Sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

◯Hiç sigara kullanmadım.

◯Sigarayı gebeliğimi öğrenince bıraktım.

◯Sigarayı gebelikten önce bırakmıştım.

◯Halen sigara kullanıyorum. Günde kaç adet kullandığınızı yazınız……

8. Sizin için doğru olan seçeneği işaretleyiniz.

◯Hiç alkol kullanmadım.

◯Alkol kullanmayı gebeliğimi öğrenince bıraktım.

◯Alkol kullanmayı gebelikten önce bırakmıştım.

◯Halen alkol kullanıyorum.

9. Eğitim durumunuz nedir?

◯Okur yazar-herhangi bir okul bitirmedim.

◯İlkokul

◯Ortaokul

◯Lise

◯Ön lisans

◯Lisans veya üzeri

10. Medeni durumunuzu belirtiniz.

◯Evli

◯Bekar

◯Eşinden ayrılmış/ eşi vefat etmiş

11. Aile yapınızı tanımlayınız.

◯Çekirdek Aile ◯Geniş Aile

12. Gelir getirici bir işte çalışıyor musunuz?

◯Evet ◯Hayır, ev hanımıyım.

15. Ekonomik durumunuzu aşağıdakilerden hangisi ile tanımlarsınız?

◯Gelirim giderimden daha az

◯Gelirim giderimi karşılıyor

◯Gelirim giderimden daha fazla

16. Bilinen kronik hastalığınız var ise yazınız. …….

17. Sürekli kullandığınız ilaç var ise yazınız. ……

18. Gebeliğiniz boyunca takip edildiğiniz hekiminizle ilgili size uygun seçeneği veya seçenekleri işaretleyiniz.

◯Düzenli takipli olduğum bir hekim yok.

◯Devlet hastanesinde belirli bir hekim takibindeyim.

◯Özel hastane veya muayenehanede belirli bir hekim takibindeyim.

Ek-3: Bilgilendirme ve Onam Formu

Sayın katılımcı;

Bu çalışma, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Arş. Gör. Dr. Emine Sâre Kayserili tarafından Doç. Dr. Ahmet Keskin gözetiminde yapılmaktadır.

Bu bilimsel araştırmanın amacı, Ankara Şehir Hastanesi'ne başvuran ve bilinen herhangi bir komplikasyonu olmayan gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarını değerlendirmek ve ilişkili faktörleri belirlemektir.

Çalışmada sizden 29 sorudan oluşan "Gebelerde Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği" ve 17 sorudan oluşan "Soru Formu"nu doldurmanız istenecektir.

Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcı istediği zaman araştırmadan çekilme hakkına sahiptir.

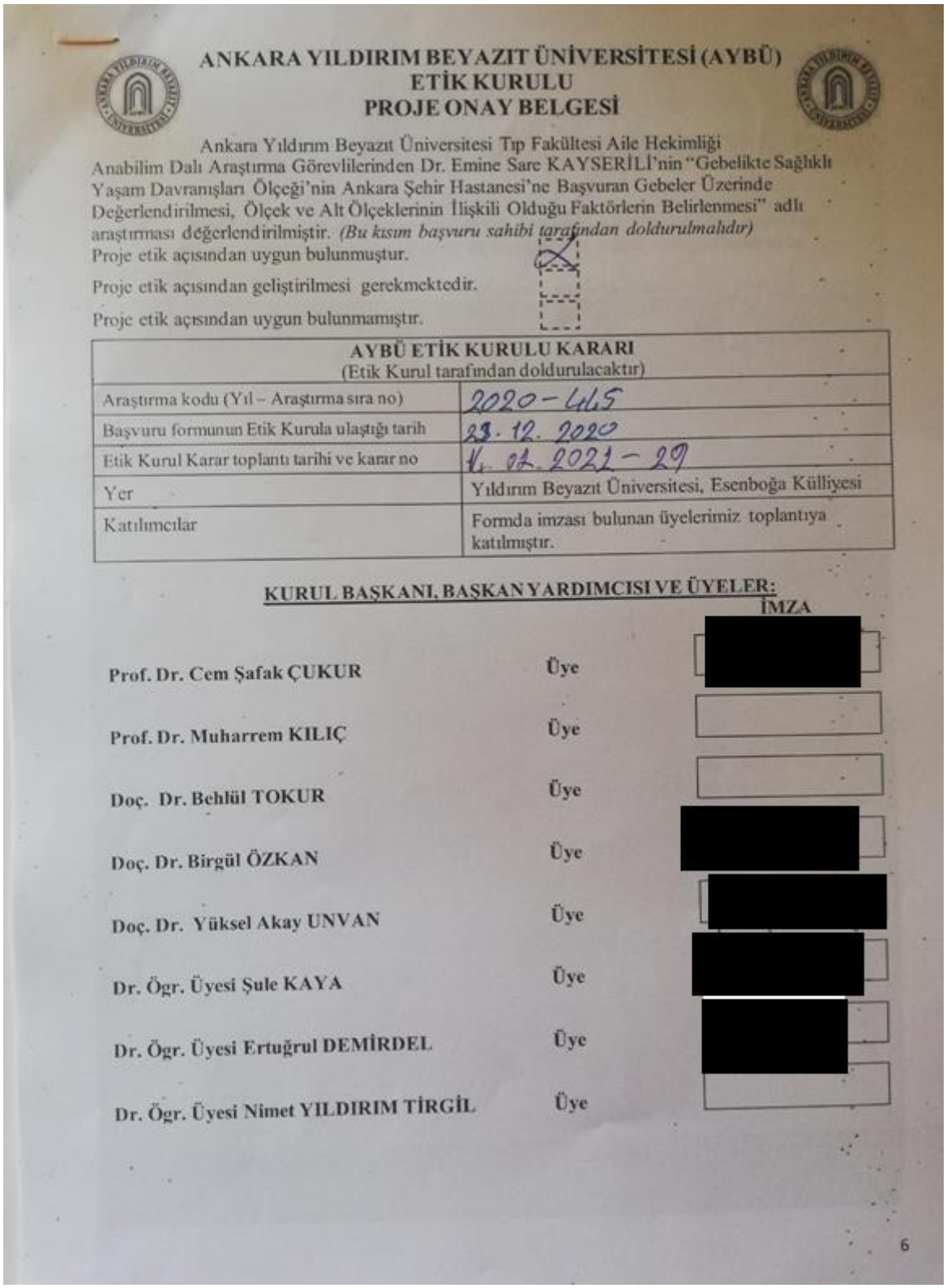
Elde edilen bilgiler yalnızca bilimsel araştırma için kullanılacak olup üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

Soru ve görüşleriniz için
Arş. Gör. Dr. Emine Sâre Kayserili

Ankete başlamak için aşağıdaki kutucuğu işaretleyiniz.

☐Çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Ek-4: Etik Kurul Onayı



ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ (AYBÜ)
ETİK KURULU
PROJE ONAY BELGESİ

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinden Dr. Emine Sare KAYSERİLİ'nin "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin Ankara Şehir Hastanesi'ne Başvuran Gebeler Üzerinde Değerlendirilmesi, Ölçek ve Alt Ölçeklerinin İlişkili Olduğu Faktörlerin Belirlenmesi" adlı araştırması değerlendirilmiştir. *(Bu kısım başvuru sahibi tarafından doldurulmalıdır)*

Proje etik açısından uygun bulunmuştur. [X]

Proje etik açısından geliştirilmesi gerekmektedir. [ ]

Proje etik açısından uygun bulunmamıştır. [ ]

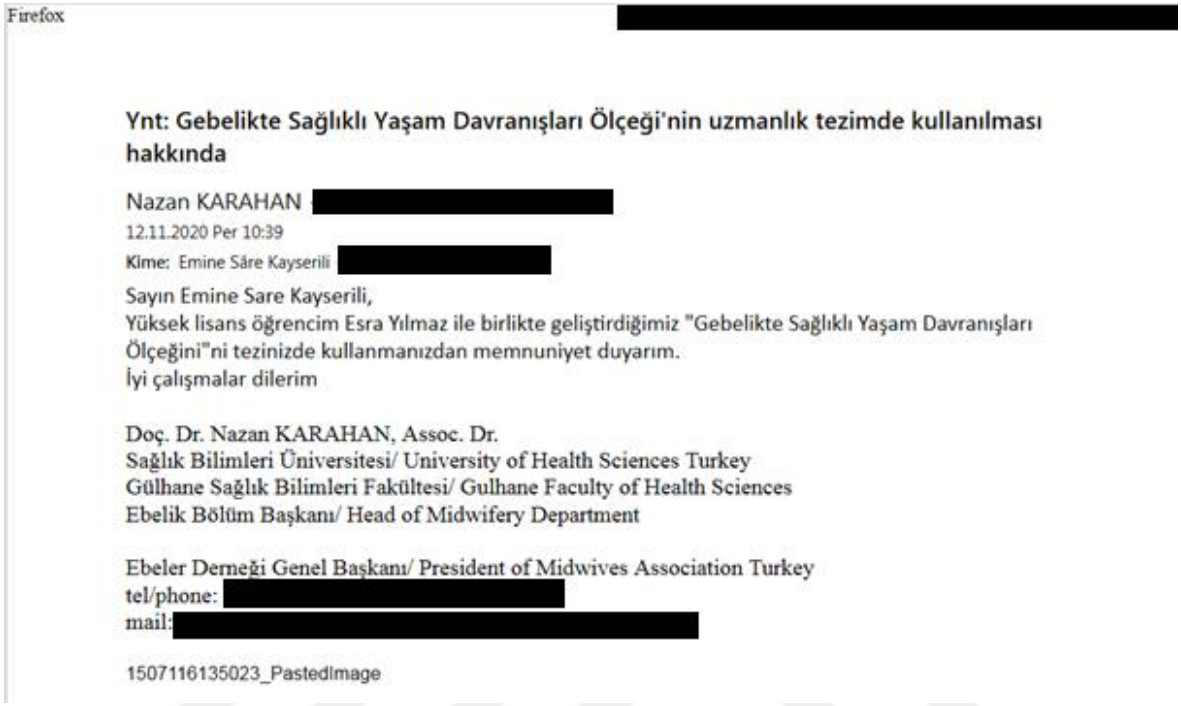
AYBÜ ETİK KURULU KARARI (Etik Kurul tarafından doldurulacaktır)	
Araştırma kodu (Yıl – Araştırma sıra no)	2020-465
Başvuru formunun Etik Kurula ulaştığı tarih	23.12.2020
Etik Kurul Karar toplantı tarihi ve karar no	4.02.2021-29
Yer	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Esenboğa Külliyesi
Katılımcılar	Formda imzası bulunan üyelerimiz toplantıya katılmıştır.

KURUL BAŞKANI, BAŞKAN YARDIMCISI VE ÜYELER:

		İMZA
Prof. Dr. Cem Şafak ÇUKUR	Üye	[redacted]
Prof. Dr. Muharrem KILIÇ	Üye	
Doç. Dr. Behlül TOKUR	Üye	
Doç. Dr. Birgül ÖZKAN	Üye	[redacted]
Doç. Dr. Yüksel Akay UNVAN	Üye	[redacted]
Dr. Ögr. Üyesi Şule KAYA	Üye	[redacted]
Dr. Ögr. Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL	Üye	[redacted]
Dr. Ögr. Üyesi Nimet YILDIRIM TİRGİL	Üye	

6

Ek-5: Ölçek Kullanım İzni



Firefox [redacted]

Ynt: Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin uzmanlık tezimde kullanılması hakkında

Nazan KARAHAN [redacted]
12.11.2020 Per 10:39
Kime: Emine Sâre Kayserili [redacted]

Sayın Emine Sare Kayserili,
Yüksek lisans öğrencim Esra Yılmaz ile birlikte geliştirdiğimiz "Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeğini"ni tezinizde kullanmanızdan memnuniyet duyarım.
İyi çalışmalar dilerim

Doç. Dr. Nazan KARAHAN, Assoc. Dr.
Sağlık Bilimleri Üniversitesi/ University of Health Sciences Turkey
Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi/ Gulhane Faculty of Health Sciences
Ebelik Bölüm Başkanı/ Head of Midwifery Department

Ebeler Derneği Genel Başkanı/ President of Midwives Association Turkey
tel/phone: [redacted]
mail: [redacted]

1507116135023_PastedImage

Ek-6 T. C. Diyanet İşleri Başkanlığı Din İşleri Yüksek Kurulu Online Fetva Hizmeti 661438 numara ve 19.05.2021 tarihli soru ve cevabı



8. KAYNAKLAR

1. Pender MN. *The Health Promotion Model Manual*. 2011. 2–2 s. Available at: http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender

2. Bozhüyük A., Özcan S., Kurdak H., Akpınar E., Saatçı E. BN. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish J Fam Med Prim Care*. 2012;6(1):0–0.

3. Mola E. Patient empowerment, an additional characteristic of the European definitions of general practice/family medicine. *Eur J Gen Pract*. 2013;19(2):128–31.

4. WONCA. *The European Defınıtıon Of General Practıce / Famıly Medıcıne Wonca Europe 2011 Edition 1*. 2011;1–33. Available at: http://www.woncaeurope.org/

5. Freeman TR. Aile Hekimliğinin İlkeleri. Içinde: Güldal AD, editör. *Mc Whinney'in Aile Hekimliği*. 4. baskı Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 17–35.

6. Freeman TR. Sağlıkta ve Hastalıkta Aile. Içinde: Güldal AD, editör. *Mc Whinney'in Aile Hekimliği.* 4. baskı Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 47–85.

7. T. C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. *Doğum Öncesİ Bakım Yönetim Rehberi*. Ankara; 2018. Available at: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Kadin_ve_Ureme_Sagligi_Db/dokumanlar/rehbler/dogum_oncesi_bakim_08-01-2019_1.pdf

8. WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva: World Health Organization; 2016. PMID: 28079998.

9. Demirci M, Kerman G, Şen GF, Asil M, Aydın A. *Merkezi Hekim Randevu Sistemi Hizmet Raporu.* Ankara; 2017 [kaynak 17 Haziran 2021]. Available at: https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-43856/mhrs-hizmet-raporu-2017.html

10. T. C. Sağlık Bakanlığı. Gebe Okulu, Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Doğuma Hazırlık ve Danışmanlık Merkezleri Hakkında Genelge [Internet]. 2018. Available at: https://shgmsmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/39427/0/gebe-bilgilendirme-sinifi-gebe-okulu-ve-doguma-hazirlik-ve-danismanlik-merkezlerinin-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-genelgepdf.pdf

11. Hong K, Hwang H, Han H, Chae J, Choi J, Jeong Y, vd. Perspectives on antenatal education associated with pregnancy outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Women and Birth*. 2021;34(3):219–30. Available at: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.04.002

12. İmancıoğlu N. Gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi : vaka- kontrol çalışması, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi. 2020

13. Rakel RE, Rakel D. *Textbook of Family Medicine.* 9. baskı. Philadelphia: Elsevier; 2015.

14. Köse MR, Bora Başara B, Güler C, Soytutan Çağlar İ, Özdemir TA, Aygün A, Uzun SB, Yentür GK, Pekeriçli A, Birge Kayış B, Aydoğan Kılıç D. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı*. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, T.C. Sağlık Bakanlığı. Ankara. 2017. 245 s.

15. Bora Başara B, Soytutan Çağlar İ, Aygün A, Özdemir TA, Kulali B, Uzun SB, vd. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, T. C. Sağlık Bakanlığı. Ankara; 2021. 90, 141 s.

16. Raffoul M, Moore M, Kamerow D, Bazemore A. A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable. *J Am Board Fam Med*. 2016 Jul-Aug;29(4):496-9. Available at: http://www.jabfm.org

17. T.C. Kalkınma Bakanlığı. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara; 2018. 23 s. Available at: https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi_ve_MaliSurdurulebilirlikOzelIhtisasKomisyonuRaporu.pdf

18. Nazik H, Nazik E, Özdemir F, Gül Ş, Tezel A, Narin R. Effect of parity on healthy promotion lifestyle behavior in women. *Contemp Nurse*. 2015;50(2–3).

19. Yilmaz E. "Gebelikte sağlıklı yaşam davranışları ölçeği"nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Karabük: Karabük Üniversitesi. 2018.

20. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996

21. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2008;12(1):1–13.

22. Eyimaya AÖ, Özdemir F, Tezel A, Apay SE. Determining the healthy lifestyle behaviors and e-health literacy levels in adolescents. *Rev da Esc Enferm*. 2021;55.

23. Söyleyici Z, Salici O. Huzurevi ile kendi evinde yaşayan yaşlıların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının fiziksel aktivite çerçevesinde incelenmesi: Isparta örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;11(3):334–41.

24. Göçer Ş, Mazıcıoğlu MM, Özlem Ulutabanca R, Ünalan D, Karaduman M, Şahin Tarhan K. Assessment of healthy lifestyle behaviors in traveling seasonal agricultural workers. *Public Health*. 2020;180:149–53.

25. Demir E, Baydar Artantaş A. Evaluation of healthy life behaviours in medical and nursing students: A cross sectional study. *Ankara Med J*. 2018;18(2):186–97.

26. Sarıaslan A, Kavurmaci M. Evaluation of healthy lifestyle behaviors and affecting factors of hemodialysis patients. *J Prev Epidemiol.* 2020;5(2).

27. Onat G, Aba YA. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women/Gebelerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili faktörler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 2014;12(2):69.

28. Lindgren K. Testing the health practices in pregnancy questionnaire-II. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 2005;34(4).

29. Er S. Gebelikte sağlık uygulamaları ölçeği Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Programı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.

30. Yılmaz E, Karahan N. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenirliği. *Cukurova Med J*. 2019;44:498–512.

31. Office of the Surgeon General (US), & Office on Smoking and Health (US). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention (US). 2004

32. Kumar V, Abbas AA, Fausto N, Mitchell RN. *Robbins Basic Pathology*. 8. baskı. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2007.

33. World Health Organization. The top 10 causes of death. 2020 [kaynak 18 Haziran 2021]. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

34. Tobacco and Nicotine Cessation During Pregnancy: ACOG Committee Opinion, Number 807. *Obstet Gynecol.* 2020;135(5):221–9.

35. Biery CM, Morrison J. High Risk Pregnancy. Içinde: Porter RS, Kaplan JL, editörler. The *Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 19. baskı Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp..; 2011. s. 2651–9.

36. Yayla Abide Ç, Çoğendez E, Kumru P, Bostancı Ergen E, Kılıççı Ç. Gebelikte kullanılan sigara dozunun maternal ve fetal sonuçlar ile ilişkisi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*. 2018;49(1):31–5.

37. Lange S, Probst C, Rehm J, Popova S. National, regional, and global prevalence of smoking during pregnancy in the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Heal.* 2018;6(7):e769–76.

38. Yazicioglu Y. *Turkey Health Interview Survey*. Turkish Statistical Institute. 2020. Available at: https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33661

39. Nur N. Associacao de fatores de risco com tabagismo durante a gravidez em mulheres em idade fertil: Estudo epidemiologico de campo na Turquia. *Sao Paulo Med J*. 2017;135(2):100–6.

40. Erbaş G, Şengezer T, Özkara A. Ankara'da Bir Kadın Doğum Hastanesine Başvuran Gebelerde Sigara Kullanımı ve Sigara Dumanından Pasif Etkilenme Durumlarının Araştırılması. *Konuralp Tıp Derg*. 2020;12(2):261–9.

41. Mutlu LC, Varol Saraçoğlu G. Prevalence of smoking and factors affecting smoking behaviour during pregnancy: A sample from Tekirdağ/Gebelikte sigara içme prevalansı ve sigara içme davranışını etkileyen etmenler: Tekirdağ örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Derg*. 2014;12(1):1.

42. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2009) Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye

43. Ubertalli JT. Common Dental Disorders. Içinde: Porter RS, Kaplan JL, editörler. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 19. baskı Merck Sharp & Dohme Corp..; 2011. s. 516–23.

44. Musskopf ML, Milanesi FC, da Rocha JM, Fiorini T, Moreira CHC, Susin C, vd. Oral health related quality of life among pregnant women: A randomized controlled trial. *Braz Oral Res*. 2018;32.

45. Mahapatra A, Nayak R, Satpathy A, Pati BK, Mohanty R, Mohanty G, vd. Maternal periodontal status, oral inflammatory load, and systemic inflammation are associated with low infant birth weight. *J Periodontol*. 2020.

46. Ide M, Papapanou PN. Epidemiology of association between maternal periodontal disease and adverse pregnancy outcomes - Systematic review. *J Clin Periodontol.* 2013;40(SUPPL. 14).

47. Novák T, Radnai M, Gorzó I, Urbán E, Orvos H, Eller J, vd. Prevention of preterm delivery with periodontal treatment. *Fetal Diagn Ther.* 2009;25(2).

48. López NJ, Da Silva I, Ipinza J, Gutiérrez J. Periodontal therapy reduces the rate of preterm low birth weight in women with pregnancy-associated gingivitis. *J Periodontol*. 2005;76(11-s).

49. Offenbacher S, Beck JD, Jared HL, Mauriello SM, Mendoza LC, Couper DJ, vd. Effects of periodontal therapy on rate of preterm delivery: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2009;114(3).

50. George A, Dahlen HG, Blinkhorn A, Ajwani S, Bhole S, Ellis S, vd. Evaluation of a midwifery initiated oral health-dental service program to improve oral health and birth outcomes for pregnant women: A Multi Centre Randomised Controlled Trial. *Int J Nurs Stud.* 2018;82.

51. Silk H, DouglassAB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2008;77(8):1139–44. Available at: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18481562/

52. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu karadenizdeki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg.* 2010;13(2):12–9.

53. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.* 2. baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 1997.

54. Mazor-Dray E, Levy A, Schlaeffer F, Sheiner E. Maternal urinary tract infection: Is it independently associated with adverse pregnancy outcome? *J Matern Neonatal Med.* 2009;22(2).

55. Kinuthia J, Richardson BA, Drake AL, Matemo D, Unger JA, McClelland RS, vd. Sexual behavior and vaginal practices during pregnancy and postpartum: Implications for HIV prevention strategies. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;74(2).

56. Assibi Ziba F, Yakong VN, Asore RA, Frederickson K, Flynch M. Douching practices among women in the Bolgatanga municipality of the upper east region of Ghana. *BMC Womens Health*. *2019;19(1),32*

57. Shaaban OM, Eldin A, Youssef A, Khodry MM, Mostafa SA. Vaginal douching by women with vulvovaginitis and relation to reproductive health hazards. *BMC Womens Health*. 2013;13,23.

58. von Glehn MP, Sidon L, Machado E. Gynecological complaints and their associated factors among women in a family health-care clinic. *J Fam Med Prim Care.* 2017;6(1).

59. Arıkan M. Gebe kadınların genital hijyen davranışlarının ve vajinal duş uygulamalarının preterm doğum eylemi üzerine etkisi. Fen Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabiim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir; Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2019.

60. Sevil S, Sena K, Alaattin U, Halime A, Gul P, Nazli Y. Vaginal douching among married turkish women and relation to quality of life. *Indian J Tradit Knowl*. 2016;15(4).

61. Akca D, Türk R. Determination of Genital Hygiene Behaviors of Women. *Kafkas J Med Sci*. 2021;11(1):1–9.

62. Ruiz C, Giraldo PC, Sanches JM, Reis V, Beghini J, Laguna C, vd. Daily genital cares of female gynecologists: a descriptive study. *Rev Assoc Med Bras*. 2019;65(2):171–6.

63. Caliskan D, Subasi N, Sarisen O. Vaginal douching and associated factors among married women attending a family planning clinic or a gynecology clinic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2006;127(2):244–51.

64. Yanikkerem E, Yasayan A. Vaginal douching practice: Frequency, associated factors and relationship with vulvovaginal symptoms. *J Pak Med Assoc.* 2016;66(4).

65. Erbil N, Alişarli A, Terzi HÇ, Özdemir K, Kuş Y. Vaginal douching practices among Turkish married women. Içinde: *Gynecologic and Obstetric Investigation.* 2012. s. 152–7.

66. Aslan E, Bechelaghem N. To ‘douche’ or not to ‘douche’: hygiene habits may have detrimental effects on vaginal microbiota. *J Obstet Gynaecol (Lahore)*. 2018;38(5):678–81.

67. Mete S, Gerçek E. Vajinal Duşun Yaygınlığı, Etkileyen Etmenler ve Sonuçları/Epidemiology, Factors and Outcomes of the Vaginal Douching. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2005;55–61.

68. Jeng W, Chee Y, Chew SY, Thian L, Than L. Vaginal microbiota and the potential of Lactobacillus derivatives in maintaining vaginal health. *Microbial Cell Factories.* 19(1).

69. Assessment of Cervical Cancer Risk in Women between 15 and49 Years of Age: Case of Izmir. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2013; 14(3): 2119-2125.

70. Diyanet İşleri Başkanlığı DİYKB. Sünnete uygun gusül abdesti nasıl alınır? [kaynak 19 Haziran 2021]. Available at: https://kurul.diyanet.gov.tr/Cevap-Ara/86/sunnete-uygun-gusul-abdesti-nasil-alinir-?enc=QisAbR4bAkZg1HImMxXRn5PJ8DgFEAoa2xtNuyterRk%3D

71. Kaiser L, Allen LH. Position of the American Dietetic Association: nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. *J Am Diet Assoc*. 2008;108(3):553–61.

72. Kominiarek MA, Rajan P. Nutrition Recommendations in Pregnancy and Lactation. *Med Clin North Am*. 2016;100(6):1199-1215.

73. Swamy GK, Heine RP. Approach to the Pregnant Woman and Prenatal Care. Içinde: Porter RS, Kaplan JL, editörler. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. 19. baskı Whitehouse Station, NJ: Merck Sharp & Dohme Corp..; 2011. s. 2606–22.

74. Cox, J. T., & Phelan, S. T. (2008). Nutrition during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, *35*(3), 369–viii.

75. Ferdinande K, Dorreman Y, Roelens K, Ceelen W, De Looze D. Anorectal symptoms during pregnancy and postpartum: a prospective cohort study. *Color Dis.* 2018;20(12).

76. Caro R, Fast J. Pregnancy myths and practical tips. *Am Fam Physician.* 2020;102(7):420–6.

77. İpkırmaz İB, Saka M. Gebelerin sağlıklı beslenme takıntısı (ortoreksiya nervoza) ve yeme tutumlarının değerlendirilmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Derg.* 2020;5(1):17–30.

78. Fenercioğlu Eken T, Ayhan Başer D, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Is there a relationship between breastfeeding status and life style changes, eating behaviors, attitudes, and orthorexia nervosa tendencies of mothers? A web-based study. *Int J Clin Pract*. 2021;75(6).

79. Zhu Y, Olsen SF, Mendola P, Halldorsson TI, Rawal S, Hinkle SN, vd. Maternal consumption of artificially sweetened beverages during pregnancy, and offspring growth through 7 years of age: A prospective cohort study. *Int J Epidemiol*. 2017;46(5):1499–508.

80. Araújo JR, Martel F, Keating E. Exposure to non-nutritive sweeteners during pregnancy and lactation: Impact in programming of metabolic diseases in the progeny later in life. *Reprod Toxicol*. 2014;49:196–201.

81. Mun JG, Legette LL, Ikonte CJ, Mitmesser SH. Choline and DHA in maternal and infant Nntrition: Synergistic implications in brain and eye health. *Nutrients*. 2019.

82. Physical Activity and Exercise during Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol.* 2020;135(4).

83. Berghella V, Saccone G. Exercise in pregnancy! *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):335–7.

84. Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Mascio D, Di Tommaso M, Berghella V. Exercise during pregnancy and risk of preterm birth in overweight and obese women: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017;96(3):263–73.

85. Jones CA, Chan C. Bon Voyage: An Update on Safe Travel in Pregnancy. C. 36, *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* Elsevier Inc; 2014. s. 1101–6.

86. Schellenberg M, Ruiz NS, Cheng V, Heindel P, Roedel EQ, Clark DH, vd. The impact of seat belt use in pregnancy on injuries and outcomes after motor vehicle collisions. *J Surg Res.* 2020;254:96–101.

87. Vladutiu CJ, Weiss HB. Motor vehicle safety during pregnancy. C. 6, *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2012. s. 241–9.

88. Lederman R, Weis K. Psychosocial adaptation to pregnancy: Seven dimensions of maternal role development. Içinde: *Psychosocial Adaptation in Pregnancy*. 2009. s. 1–38.

89. Demirbas H, Kadioglu H. Adaptation of pregnancy in prenatal period women and factors associated with adaptation. *J Marmara Univ Inst Heal Sci*. 2014;4(4):1.

90. Ryu E. Effects of skewness and kurtosis on normal-theory based maximum likelihood test statistic in multilevel structural equation modeling. *Behav Res Methods*. 2011;43(4):1066–74.

91. Çakan M, Çelikten S, Gündüz T. Nicel veri analizi ve yorumlanması. Içinde: Oral B, Çoban A, editörler. *Kuramdan Uygulamaya Eğitimde Bilimsel Araştırma Yöntemleri.* 1. Ankara: Pegem Akademi; 2020. s. 161–203.

92. Büyüköztürk Ş. *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı İstatistik, Araştırma Deseni SPSS Uygulamaları ve Yorum*. 28. Ankara: Pegem Akademi; 2020. 49 s.

93. Can A. *Spss ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi.* 8. baskı. Ankara: Pegem Akademi; 2019. 383 s.

94. Kahyaoğlu Süt H, Hür S. Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının karşılaştırılması. *Eskişehir Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg.* 2020;5(2):243–56.

95. Özcan H, Polat T, Öztürk A, Yılmaz M, Aydoğan T. Gebelerde sağlıklı yaşam davranışlarının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilim Derg*. 2020;5(3):482–92.

96. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Doğum İstatistikleri, 2020. 2021. Available at: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2020-37229

97. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Kadın, 2020. 2021. Available at: https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221

98. Melville JL, Gavin A, Fan M. Depressive disorders during pregnancy -prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol*. 2010;116(5):1064–70.

99. Keskin A, Ünlüoğlu I, Bilge U, Yenilmez Ç. Eskişehir ilinde ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi. *Noropsikiyatri Ars.* 2013;50(4):344–51.

100. Kaya Zaman F, Özkan N, Toprak D. Does depression and anxiety rises in pregnancy? *Konuralp Tıp Derg*. 2018;10(1):20–5.

101. Özçalkap N. Yiğit F. Adıyaman il merkezindeki gebelerin gebelik ve anneliğe uyumlarının karşılaştırılması. *Zeugma Sağlık Araştırmaları Dergisi.* 2020;2(1):19-27.

102. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. The initial development of the pregnancy-related anxiety scale. *Women and Birth*. 2019;32(1):e118–30.

103. Pirincci E, Rahman S, Durmuş AB, Erdem R. Factors affecting health-promoting behaviours in academic staff. *Public Health*. 2008;122(11):1261–3.

104. Değerli H, Yiğit A. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Derg*. 2020;11(27):573–86.

105. Çalışkan Z, Saykılı S. İl sağlık müdürlüğü çalışanlarının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve antropometrik ölçümlerinin belirlenmesi/ determination of healthy life style behavior and anthropometric measurements of employees of provincial health directore. *J Ankara Heal Sci.* 2020;9(2):1–12.

106. Önal B. Kadınların sağlık sorumluluğu ile serviks kanseri erken tanısına yönelik tutumları arasindaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Yozgat: Yozgat Bozok Üniversitesi; 2018.

107. Topuz Ş, Güneş A, Duman NB. Kadınların gebelik dönemindeki ağız diş sağlığı durumları* oral dental health of women durıng pregnancy. *Journal Of Health Scıences.* 2021;30(1):50–5.

108. Kurt Durmuş M, ZENGİN N. Kadınların genital hijyen davranışlarının incelenmesi/ investigation of genital hygiene behaviors of women. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Derg / J Heal Prof Res.* 2020;2(3):113–20.

109. Hacialioğlu N, Nazik E, Kiliç M. A descriptive study of douching practices in Turkish women. *Int J Nurs Pract*. 2009;15(2):57–64.

110. Güzel AI, Kuyumcuoğlu U, Celik Y. Vaginal douching practice and related symptoms in a rural area of Turkey. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(5).

111. Okumus F, Demirci N. Vaginal douching cessation in rural turkish women with vaginal douching cessation in rural turkish women with vaginitis. *Int J Caring Sci*. 2016;9(1):236–48.

112. Ocaktan ME, Baran E, Akdur R. Evaluation of habitual behavior related to genital hygiene in women living in a health care center area. *Saudi Med J.* 2010;31(11).

113. Tarhan P, Yılmaz T. Gebelikte sigara kullanımı ve ilişkili faktörler. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Derg.* 2016;3(3):140.

114. Scheffers-Van Schayck T, Tuithof M, Otten R, Engels R, Kleinjan M. Smoking behavior of women before, during, and after pregnancy: ındicators of smoking, quitting, and relapse. *Eur Addict Res*. 2016;25(3):132–44.

115. Rockhill KM, Tong VT, Farr SL, Robbins CL, D'Angelo D V., England LJ. Postpartum smoking relapse after quitting during pregnancy: pregnancy risk assessment monitoring system, 2000-2011. *J Women's Heal.* 2016;25(5):480–8.