

T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ELAZIĞ İL MERKEZİNDE GEBELERİN
YAŞAM TARZLARI VE SAĞLIK
RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Meltem ÇINAR

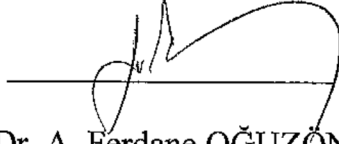
2013

ONAY SAYFASI

Doç. Dr. Oktay BURMA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

Bu tez Yüksek Lisans/Doktora Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.



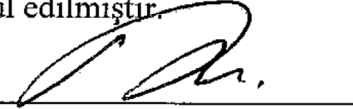
Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi

olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. S. Erhan Deveci



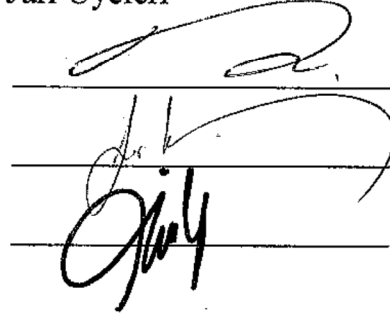
Danışman

Yüksek Lisans Sınavı Jüri Üyeleri

Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ

Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL

Yrd. Doç. Dr. Hüsamettin KAYA



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimi yaptığım Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim Üyesi, tez danışmanım Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ'ye bu araştırmanın konusu, yönlendirilmesi, sonuçlarının değerlendirilmesi ve yazımı aşamasında yapmış olduğu büyük katkılarından dolayı teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Eğitimim süresince paylaştığımız birliktelik, bilgi, deneyim ve emekleri yönüyle Halk Sağlığı Anabilim Dalı Başkanı Doç. Dr. A. Ferdane OĞUZÖNCÜL, Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Yasemin AÇIK, Doç. Dr. Edibe PİRİNÇCİ ve Yrd. Doç. Dr. A. Tevfik OZAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmam sürecinde çalıştığım iş yerlerinde paylaştığımız birliktelik ve sağladıkları kolaylıklardan ötürü Elazığ Eğitim Araştırma Hastanesi Başhemşire Yardımcısı Suna APAYDIN'a, Karabük Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Müdürü Yrd. Doç. Dr. Eyüp ALTINÖZ'e, bilgi, donanım ve desteğini benimle paylaşan Ebeler Derneği Başkanı Yrd. Doç. Dr. Nazan KARAHAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Sadece tez çalışmamda değil her zaman yanımda olan ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme, gösterdiği sabırdan ötürü canım anneme candan teşekkür ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	I
ONAY SAYFASI	II
TEŞEKKÜR.....	III
İÇİNDEKİLER.....	IV
TABLO LİSTESİ.....	VI
KISALTMALAR LİSTESİ	IX
1. ÖZET.....	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ	5
3.1. Sağlık ve Sağlık Anlayışı	5
3.2. Yaşam Tarzı ve Etkileyen Faktörler	7
3.2.1. Yaşam Tarzının Sağlık Üzerine Etkisi	8
3.3. Sağlık Riskleri.....	9
3.4. Kadının Sağlığı ve Statüsü	11
3.5. Gebelik Dönemi ve Gebe Sağlığı	16
3.6. Gebelik Döneminde Yaşam Tarzı, Önemi ve Etkili Olabilecek Faktörler.....	19
3.6.1. Gebelik Döneminde Sigara.....	21
3.6.2. Gebelik Döneminde Beslenme	22
3.6.3. Gebelik Döneminde Obezite.....	24
3.6.4. Gebelik Döneminde Egzersiz	26
3.6.5. Gebelik Döneminde Şiddete Maruz Kalma	27
3.6.6. Gebelik Döneminde Uyku	28
3.6.7. Gebelik Döneminde Sosyal Destek.....	29
3.7. Gebelik Döneminde Sağlık Riskleri	30
3.7.1. Gebelik Döneminde Doğum Öncesi Bakım	34

3.7.2. Gebelik Döneminde Anne Yaşı	35
3.7.3. Gebelik Döneminde Doğum Sıklığı ve Aralığı	37
3.7.4. Gebelik Döneminde Erken Doğum Tehdidi	38
3.7.5. Gebelik Döneminde Gebelik İle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalıklar	38
3.7.5.1. Gebelikte Diyabet.....	39
3.7.5.2. Gebelikte Tiroid Hastalıkları	39
3.7.5.3. Gebelikte Hipertansiyon	40
3.7.5.4. Gebelikte Kardiyovasküler Hastalıklar	41
3.7.5.5. Gebelikte Üriner Sistem Enfeksiyonları.....	42
3.7.6. Gebelik Döneminde Ruhsal Hastalıklar	42
4. GEREÇ YÖNTEM	46
5. BULGULAR.....	48
6. TARTIŞMA.....	81
7. KAYNAKLAR	106
8. EKLER.....	118
9. ÖZGEÇMİŞ	124

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları	48
Tablo 2.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Evlilik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları	49
Tablo 3.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Yaşam Memnuniyeti ve Sosyal Durum Özelliklerine Göre Dağılımları	49
Tablo 4.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre Dağılımları	50
Tablo 5.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Sağlıkla İlgili Yaşam Tarzlarına Göre Dağılımları	50
Tablo 6.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları	51
Tablo 7.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sigara İçilen Ortamlarda Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları	51
Tablo 8.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Hayatları Boyunca Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri*	52
Tablo 9.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Döneminde Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri*	52
Tablo 10.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Mevcut Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları	53
Tablo 11.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Süresince Aldıkları Sağlık Takibi Özelliklerine Göre Dağılımları	53
Tablo 12.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Kontrollerini Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımları*	54
Tablo 13.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumlarına Göre Dağılımları	54
Tablo 14.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları	55
Tablo 15.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Öncesi Boy ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımları	56
Tablo 16.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik ile Birlikte Ortaya Çıkan Hastalıklarının Dağılımları*	56
Tablo 17.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı	57

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Evde Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı	58
Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendi Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarının Dağılımı	59
Tablo 20. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Uyku Sorunu Durumlarının Dağılımı	60
Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırabilme Durumlarının Dağılımı	61
Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Beslenme Durumlarının Dağılımı	62
Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarının Dağılımı	63
Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarının Dağılımı	64
Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımı	65
Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hayatları Boyunca Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz kalma Durumlarının Dağılımı	66
Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Döneminde Herhangi Bir Şiddete Türüne Maruz kalma Durumlarının Dağılımı	67
Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Alabilme Durumlarının Dağılımı	68
Tablo 29. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Varlığı Durumlarının Dağılımı	69
Tablo 30. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik İle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalık Varlığı Durumlarının Dağılımı	70

Tablo 31.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İlk Gebelik Tespiti Yapılan Yer Dağılımı	71
Tablo 32.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumlarının Dağılımı	69
Tablo 33.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İlk Gebelik Yaşlarının Dağılımı	73
Tablo 34.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı	71
Tablo 35.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İsteyerek/İstemeyerek Gebe Kalma Durumlarının Dağılımı	75
Tablo 36.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Önceki Bir Önceki Gebelikleri İle Mevcut Gebelikleri Arasındaki Süre Dağılımı	76
Tablo 37.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Planladıkları Doğum Şeklinin Dağılımı	74
Tablo 38.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Akraba Evliliği Durumlarının Dağılımı	78
Tablo 39.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelik Öncesi Beden Kitle İndekslerinin Dağılımı	79
Tablo 40.	Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Yaşam Koşullarına Göre Yaşam Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı	80

KISALTMALAR LİSTESİ

BKİ	: Beden Kitle İndeksi
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GDM	: Gestasyonel Diabetes Mellitus
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
HÜNEE	: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü

1. ÖZET

Sağlıklı ve kaliteli bir gebelik dönemi için gebelik öncesinden gelen yaşam tarzı alışkanlıklarının gözden geçirilmesi ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi önemlidir. Bu çalışma Elazığ il merkezinde gebelerin yaşam tarzları ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Kesitsel tipte olan bu araştırma, Elazığ il merkezinde bulunan 102 adet Aile Hekimliği birimine kayıtlı 2935 gebe arasından, küme örnekleme yöntemi ile seçilen 20 Aile Hekimliği birimine kayıtlı 585 gebenin 565'ine ulaşılarak yapılmıştır. Veriler literatür kaynaklı olarak hazırlanan bir anketin yüz yüze görüşülerek uygulanması ile toplanmış, verilerin değerlendirilmesinde yüzde, ortalama, Fisher's Exact Test ve X^2 (ki kare) analizleri kullanılmıştır.

Kadınların yaş ortalaması 28.44 ± 5.94 olup, ailelerinin aylık gelir miktarı $1866,19 \pm 1491,34$ TL'dir. Gebelerin %40.2'si lise/üniversite mezunu, %19.6'sı gelir getirici bir işte çalışmakta olup, %84.4'ü çekirdek aile tipine sahiptir. %63.0'ı yaşamından genel olarak memnun olduğunu, %22.1'i ailede kararlara katılmadığını, %33.8'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığını belirtmiştir. %8.9'u halen sigara içmektedir. %4.4'ü gebeliği sürecinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmıştır. %18.6'sı gebelik kontrollerine düzenli gitmemektedir. Kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ve aylık gelirlerinin yükselmesi, gelir getirici bir işte çalışmaları, sosyal güvencelerinin olması ve çekirdek aileye sahip olmaları ile yaşam memnuniyetleri ve evde kararlara katılma durumlarının arttığı, lise/üniversite mezunu olanlar ile eşi gelir getirici bir işte çalışanların kendi sağlık durumlarını daha yüksek oranda iyi olarak değerlendirdikleri, yine eğitim düzeyi yükseldikçe daha fazla düzenli gebelik kontrollerine gittikleri ve lise/üniversite

mezunlarının daha az adolesan veya ileri yaş gebelikleri yaşadıkları belirlenmiştir (P<0.05).

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan gebelerin sosyodemografik özelliklerinin yaşam tarzı ve gebelik dönemindeki sağlık davranışlarını etkilediği görülmüştür. Gebelerin yaşam tarzlarının iyileştirilmesi ve sağlık risklerinin azaltılmasına yönelik multidisipliner bir yaklaşımla dzenlemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gebe, sosyodemografik zellik, yaşam tarzı, sağlık riskleri

2. ABSTRACT

THE ASSESSMENT OF HEALTH RISKS AND LIFE STYLES OF PREGNANT WOMEN IN ELAZIG PROVINCE CENTER

Before the pregnancy, the review of general life style habits and the evaluation of healthy risks are important for the healthy and quality pregnancy period. This study is aimed to evaluate the lifestyle and healthy risks of pregnant women in Elazig city center.

This cross-sectional study was made with 565 of 585 pregnant women records reached from 20 Family Medicine Units by cluster-sampling method among 2935 pregnant women enrolled at 102 Family Medicine Unit located in Elazig city center. Data were collected from the survey prepared by literature sources and percentage, average, Fisher's Exact Test and X^2 (chi-square) were used in the evaluation of data.

The average age of women was 28.44 ± 5.94 years and the amount of monthly income of families was 1866.19 ± 1491.34 TL. 40.2% of pregnant women were graduated from high school/university, 19.6% of these women were working at a incoming job and 84.4% these were core-family type. In genearal, 63.0% of pregnant women in this study were satisfied with life style, 22.1% did not agree with the decisions in the family, 33.8% were not under regular health checks. 8.9% of those pregnant women were current smokers. 4.4% those had been exposed to any type of violence in pregnancy period. 18.6% were not under regular pregnancy checks. It was seen that with increase in educational status of women and their spouses and in their monthly income, working in income-generation job, having social security and core-family status, women had

increased participation in family decisions and life-satisfaction more, the pregnant women from high school/university graduates and women with their husbands working in incoming-generating job judged to be have higher grade healthy status and pregnancy checks were higher with increase in educational position and also when compared with others adolescence or advanced age pregnancies were less frequently seen in pregnant women from high school/university ($P<0.05$).

As a result, it was seen that sociodemographic features of pregnant women in this study effected their life styles and healthy behaviors in pregnancy period. With multidisciplinary approach, regulations should be made to reduce health risks of pregnant women with improvement in life style and decrease in health risks ($P<0.05$).

Key words: Pregnant women, sociodemographic characteristics, life style, health risks.

3. GİRİŞ

3.1. Sağlık ve Sağlık Anlayışı

İnsanların mutlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürdürmelerinde sağlık önemli bir yer tutmaktadır. Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmıştır. Bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları ya da sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından sağlık; sadece hastalık ve sakatlık olmayışı değil bedensel ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (2).

Günümüzde hastalık kavramı yerine sağlıkla ilgilenilmektedir. Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayış; bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanması ve kendi sağlığı ile ilgili doğru kararlar almasını sağlamak üzerine dayandırılmıştır (3). Sağlık anlayışı değişken olup, zaman içinde bireyden bireye, toplumdan topluma değişiklikler göstermiştir. Toplumların ve bireylerin sosyal değerleri, inançları ve alışkanlıklarına bağlı olarak değişen sağlık kavramı sosyal bir olgudur. Sağlık nicel olup ölçülebildiği gibi (kan basıncı, vücut sıcaklığı vb.), kişisel değer ve inançlardan etkilendiği için aynı zamanda niteldir. Sağlık ayrıca öznel ve nesnel boyutlarıyla algılanmaktadır. Bireyin öznel sağlık durumu, kendi sağlığını nasıl algıladığıdır. Nesnel sağlık durumu ise çeşitli test ve muayeneler sonunda hastalık ve yetersizliğin olmadığı kanıtlandığı durumlar olarak ifade edilmiştir (4).

Sağlığı anlama ve sağlık yönetimi bireyin, sağlık durumuna veya sağlıklı olmak için gerçekleştirilen sağlık uygulamalarına bir bakış sağlamaktadır. Bireyin kendi sağlık davranışlarını nasıl algıladığının ve kontrol ettiğinin bilinmesi, bireye yeni bir davranış kazandırmada önem taşımaktadır. Bireyin sağlık problemi olduğunu algılayamadığı zamanlarda, sağlığını geliştirmek için gerekli çabayı harcamayarak, profesyonel kişilerin yardımını istemeyeceği belirtilmiştir (5). Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda, sağlık durumunu kötü olarak algılayanların sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyleri düşük bulunmuştur (6).

Ulusal düzeyde yapılan çalışmalarda, yıllık ölümlerin en az yüzde ellisinin bireyin sağlıksız yaşam biçiminden kaynaklandığı bildirilmiştir. Bu bağlamda, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli ilke olarak yaşam biçiminin değiştirilmesine yönelik uygulamalar benimsenmiştir (7). Kopenhag'da DSÖ 48. Avrupa Bölge Toplantısında "2000'li Yıllarda Herkes İçin Sağlık, 21. Yüzyılda 21 Hedef" sloganı ile hedef stratejileri tanımlanmıştır. Bu hedef ve stratejilerin en belirgin yönünü "sağlığın geliştirilmesi" konusuna yer verilmiş olması ve sağlığın geniş bir bakış açısı ile ele alınmış olması oluşturmıştır (8,9).

Sağlık hem temel insan haklarından biri, hem de mantıklı bir sosyal yatırım olarak görülmüştür. Vatandaşların sağlık durumunu iyileştirmek için hükümetler sağlıklı halk politikasına ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesine yatırım yapmaya yönelmelidir. Sosyal adaletin temel ilkesi, insanların sağlıklı ve doyurucu bir yaşam için gerekli şeylere erişimini sağlamak olarak ifade edilmiştir (9).

3.2. Yaşam Tarzı ve Etkileyen Faktörler

Yaşam tarzı genel bir ifade ile “biri nasıl yaşar?” sorusuna verilen cevap olarak tanımlanmıştır. İnsanların neler yaptıklarını, niçin yaptıklarını ve bunu yapmanın kendileri ve başkaları için ne anlama geldiğini anlatmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (10). Yaşam tarzı fikri, ilk olarak Max Weber tarafından ortaya atılmıştır. Weber araştırmalarında bu kavramı, sosyal gruplar arasındaki farklılıklar ve statü olarak tanımlamıştır (11).

Yaşam tarzı insanların zamanlarını ve enerjilerini nasıl harcadıklarını (aktiviteler), çevrelerinde nelere önem verdiklerini (ilgiler), etrafındaki dünya ve kişiler hakkında neler düşündüklerini (düşünceler) belirten bir yaşam biçimi ve insan yaşam eğrisinde bulunan, sosyal hareketlilikle şekillenen ve düzenlenen insan doğasında var olan bireysel özelliklerin bir fonksiyonu olarak ifade edilmiştir (12).

Birey kendisinin ve dünyasının oluşturduğu görüşleri doğrultusunda bir amaç edinir ve bu amaca ulaşmak için bir takım davranışlar ortaya koyar. İnsanın davranışları; değer yargıları, ilgileri, düşünsel yetenekleri, algısal tepkileri, yeme, içme, uyuma alışkanlıkları ve dünyası hakkındaki geliştirmiş olduğu amaçların egemenliği altındadır. Tüm bu davranışların yaşam tarzına göre düzenlendiği belirtilmiştir (13). Yaşam tarzı kültürel değerler, demografik yapı, sosyal sınıf, referans grupları, aile gibi çevre değişkenlerinden; isteklendirme, duygu ve kişilik gibi iç değişkenlerden etkilenir. Bu etkenlerin durağan olmayışı zamanla değişikliğe uğraması bireyinde yaşam tarzının zaman içerisinde değişimine yol açabileceği bildirilmiştir. Bireyin içinde yaşadığı ortam (aile, okul, arkadaş ve iş çevresi vb.) bireyin değer yargılarını, fiziksel, zihinsel ve ruhsal özellikleri de

kişilik özelliklerini belirler. Bireyin kişilik ve değer özellikleri yaşam tarzını oluşturur. Yaşam tarzı kişinin hayatını ne amaçla ve hangi şartlarda sürdürdüğünün anlaşılması olarak ifade edilmiştir (10,14).

3.2.1. Yaşam Tarzının Sağlık Üzerine Etkisi

Günümüz sağlık anlayışı, birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren, bireyi merkeze alan sağlık bakım yaklaşımını öngörmektedir. Bu anlayışın, bireyin iyilik halini koruyacak, sürdürecekt ve geliştirecek davranışlar kazanma, bedenine sahip çıkma ve kendi sağlığına ilişkin doğru kararlar almayı sağlamaya temellendirildiği bildirilmiştir (15).

Sağlık, insanların yaşam biçimiyle doğru orantılıdır. Hipokrat asırlar önce “Eğer biz her ferde, ne çok az, ne de çok fazla, doğru miktarda gıda ve hareket (spor) verebilseydik sağlık için en güvenli yolu bulurduk” sözünü söylemiştir. Büyük Türk Alimi İbn-i Sina’da “Sağlığı korumanın üç temel prensibi vardır; hareket (spor), gıda ve uykudur” diyerek sağlıklı yaşamın ana hatlarını göstermiştir. Sağlık; hayat tarzı ve davranışları etkilediği çevre ile çok sıkı bir ilişki halindedir. Bu nedenle, zaman süreci içerisinde davranışlarda ve yaşantıda meydana gelen değişiklikler sağlık konusunda çok yeni boyutların oluşmasına sebep olmuştur (16,17).

Yaşanılan çağda şehirleşmenin hızla artışı, insanların vücutlarını daha az hareket ettirmesi, çarpık yapılaşma, sosyo-ekonomik ve kültürel problemler ve psikolojik gerginliğe sebep olan faktörler (gürültü, yoğun trafik, vs.) insanların sağlık sorunlarının şeklini değiştirmiştir. Genel sağlık kuralları olarak kabul edilen; ideal vücut ağırlığı, sigaradan uzak olmak, stresi kontrol altına alabilmek, sağlıklı bir kalp dolaşımı vs. gibi etkenlerin arzu edilen sağlık seviyesinde

olmasını sağlayan en büyük araçlardan birinin hareketli ve düzenli yaşam tarzı olduğu bildirilmiştir (18).

Günümüzde sağlığın yaşam tarzı ile yüksek düzeyde ilişkisi olduğu kabul edilmektedir. Birçok enfeksiyon hastalığı kontrol altındadır. Sağlık faktörleri ve ölüm arasındaki ilişkide en belirleyici özellik seçilen hayat tarzıdır. Bu bağlamda tıbbi teknolojinin avantajları, tıpta koruyucu özelliklerde ilerlemeler yaşam standartlarının yükseltilmesi gibi faktörlerin daha iyi ve daha uzun yaşama şansını arttırabildiği belirtilmiştir (17,19).

3. 3. Sağlık Riskleri

Sağlık riskinin belirlenmesi kavramı Dr. Levis C. Robbins' e dayandırılır. Robbins, 1940' lı yılların sonuna doğru servikal kanser ve kalp hastalığını nleme üzerine basit bir sağlık riski izelgesi oluşturmuştur. 1970'li yılların başından itibaren sağlık riskinin belirlenmesi sağlık çalışanları arasında yaygınlık kazanmıştır. Robbins ve Hall (1970) bir risk belirleme formu geliştirerek koruyucu hekimlik kavramını pratiğe geçirmişlerdir (20).

Bireylerin yaşam tarzlarının ve olumlu/olumsuz etkilerinin değerlendirilebilmesi ve iyileştirmelerin yapılabilmesi açısından sağlık risklerinin belirlenmesi önemlidir. Riskli sağlık davranışları, Hastalık Kontrol ve nleme Merkezi (Centers of Disease Control-CDC) tarafından; istemsiz yaralanmalara neden olan davranışlar, istemli yaralanma ve şiddete neden olan davranışlar, alkol ve diğer madde kullanımları, riskli cinsel davranışlar, yetersiz ve olumsuz beslenme alışkanlıkları ve yetersiz fiziksel aktivite olarak tanımlanmıştır. Bu tür davranışlar bireylerin ve toplumun sağlığı için tehlike oluşurmaktadır (21).

Son 30 yıldan bu yana Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağığı geliştirme ve hastalıkları önlemeyle ilgili ulusal düzeyde pek çok program yapılmıştır. Bu programlarda bireylerin sağığı riskinin belirlenmesinin önem kazandığı ve bu amaçla çeşitli ölçüm araçları geliştirilerek kullanıldığı görölmektedir. 1970'lerin başlarından itibaren iş sağığıını geliştirmek, riskleri azaltan programların arttırılmasına yardımcı olmak ve sağığı risklerine karar vermek amacıyla çeşitli tipte sağığı riski belirleme formları geliştirilmiş ve bu formlar geniş bir alanda kullanılmaya başlanmıştır. Sağığı riskini belirleme formlarında yer alan sağığı riski belirleyicileri; fiziksel veriler (kan basıncı, boy, vücut ağırlığı vb.), laboratuvar sonuçları (total kolesterol, HDL, LDL, gaitada gizli kan, açlık kan şekeri vb.), stres düzeyi ve bireyin yaşam tarzından kaynaklanan alışkanlıklar (sigara, alkol kullanımı, beslenme alışkanlığı, fiziksel egzersiz vb.), kendi kendine veya hekim/hemşire tarafından yapılan meme muayenesi, rektal muayene, papsmear testi yaptırma vb. erken tanılama yöntemleri ile günlük ulaşım durumları (araba kullanımı, emniyet kemeri kullanımı ve hız limiti vb.) olarak yer almıştır (20,22).

Sağığı risklerini belirlemenin amaçları;

1) Bireyin verdiği bilgiye dayanarak, sağığına etki edebilecek bütün riskleri ortaya koymak, bazı hastalıkların doğal seyrini göstermek ve bireyin yaşına, cinsiyetine ve etnik özelliklerine göre esas ölüm nedenlerini ortaya çıkarmak,

2) Hastalık-ölüm istatistikleri, sağığı risk profili ve bilinen risk göstergelerini birleştirerek beklenen yaşam süresini tahmin etmek,

3) Hastalıktan korunmak için bireyde yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak ya da yaşam tarzının hastalık yapıcı etkilerini en aza indirmek,

4) Hastalık ortaya çıktığında ise çok çabuk tıbbi bakım ve yaşam tarzı değişikliklerini başlatmak olarak sıralanmıştır (23).

3.4. Kadının Sağlığı ve Statüsü

Kadının; yaşam döngüsü çerçevesinde, çocukluk, ergenlik, erişkinlik, yaşlılık gibi farklı dönemlerden geçtiği ve bu dönemlerden her birinde bir takım fiziksel, ruhsal ve sosyal farklılıklar yaşadığı bilinmektedir. Kadın sağlığı; aile ve toplumdan kaynaklanan psiko-sosyal faktörler, kadının bireysel sağlık durumu, doğurganlık davranışı, sağlık hizmetlerinin kalitesi gibi pek çok faktörden etkilendiği belirtilmiştir (24).

Kadın ve sağlık alanında ele alınması gereken konuların başında kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri gelmektedir. Kadınların beklenen yaşam süresi erkeklere kıyasla daha fazladır, ancak hemen hemen tüm toplumlarda kadınların erkeklere göre daha fazla hastalık ve stres yaşadıkları bildirilmektedir. Kadınların daha uzun yaşamaları, onların ileri yaşlardaki daha yüksek hastalık oranlarının bir nedeni olarak görülmektedir. Kadınlar ve erkeklerin üreme ile ilgili hastalık yükleri incelendiğinde, kadınların üreme sağlığı sorunlarını erkeklerden çok daha fazla yaşadıkları ve bu durumun özellikle üreme çağında (15-49 yaş arası) daha da arttığı görülmektedir. Ayrıca menopoza ile bağlantılı hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Sağlıksız koşullarda çalışma ve şiddete maruz kalma gibi toplumda kadınların daha yüksek oranda maruz kaldıkları durumların yanı sıra sağlıksız yaşam biçiminin de belirli sağlık sorunlarını beraberinde getirdiği ifade edilmiştir (25).

Gelişmekte olan ülkelerde doğum esnasında ölen kadının ölüm nedeni genellikle kanama, toksemi veya sepsis olarak kayıtlara geçmektedir. Bu tür kayıtlar kadının ölümünü hazırlayan temel ve ara nedeni ortaya koymamakta ve yanıltıcı olmaktadır. Bir gebeliğin sonucu ve buna bağlı oluşabilecek anne ölümü, çevresel faktörler, kadının ekonomik durumu, toplumdaki yeri ve rolü gibi koşulların doğrudan etkisi altındadır (26). Kadın sağlığı denildiğinde, ilk olarak üreme sağlığı ve aile planlaması düşünülmektedir. Ancak, kadınların üreme sağlığı ile ilgili sorunlarının yanı sıra, diğer sağlık sorunları da vardır. Bu nedenle kadın sağlığı yalnızca üreme sağlığı ve aile planlaması olarak ele alınmamalıdır. Kadın ve sağlık alanındaki toplumsal cinsiyet konuları iki ana kategoride toplanmıştır. Bu kategorilerden birincisini, kadınların sağlık sorunları ve hastalık riskleri; ikincisi ise, kadınların sağlık hizmetlerine erişimi ve mevcut hizmetlerin kadınlar tarafından gerçek anlamda kullanılmasıyla ilgili sorunlar oluşturmuştur (25,26).

Kadının statüsü genelde kadının gelir düzeyi ekonomik bağımsızlığı, istihdamı, eğitimi, sağlığı ve doğurganlığı, aile içindeki rolü, değeri gibi faktörlerle tanımlanmıştır. Ayrıca toplumun kadının rollerini algılayış biçimi ve bu rollere verdiği değerden de etkilenmektedir. Kadının statüsü erkeğin statüsü ile karşılaştırıldığında toplumun sosyal adalet düzeyini dolaylı olarak belirgin bir biçimde yansıttığı belirtilmiştir (27).

Kadının statüsünün belirleyicilerinden olan eğitim, sağlık düzeyini de dolaylı olarak çok yakından etkileyen bir faktördür. Genel olarak, kadınlar erkeklerden daha az eğitilidir. Türkiye'deki 15 yaş üstü kadınların %33'ü ya hiç eğitim almamış, ya da ilkokulu tamamlamamışken bu rakam erkeklerde %20'dir.

Türkiye’de Cumhuriyetle beraber okur-yazar olmada her iki cinsiyette de çok çarpıcı artışlar meydana gelmişse de kadın ve erkek arasındaki fark hala kapanmamıştır. Bu da Türkiye’de toplumsal cinsiyete duyarlı bir milli eğitim politikasının izlenmediğini göstermektedir. Genel olarak kadın sağlığı, özelde de üreme sağlığı, ülkedeki sağlık ve sosyal politikalardan bu politikalara göre kabul edilen yasalardan/mevzuattan etkilenmiştir (24,26,28,29).

Türkiye’de kadın iş gücünün geleneksel bakış açısından kurtulamamış olması, kadının “ucuz emek”, “aile ekonomisine yardımcı” kişi olarak görülmesi kadınların daha düşük statülü, düşük ücretli, süresiz ve geçici, hatta sosyal güvenceden yoksun olarak çalışmalarının en büyük nedenlerini oluşturmuştur (29).

Kadın ve sağlık alanında belirtilmesi gereken diğer bir önemli faktör toplumsal yapının kendisi ve toplumsal cinsiyet rolüdür. Cinsiyet ve toplumsal cinsiyet arasındaki etkileşimin, kadınlar ve erkekler için çok çeşitli ve birbirinden farklı sağlık sonuçlarına yol açtığı ifade edilmiştir (30). Türkiye’de giderek çözülmekle birlikte kent merkezlerinden kırsal alanlara, batıdan doğuya gidildikçe varlığını koruyan geleneksel yaşam biçimi ve toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, kadınların sağlık hizmetlerine erişiminin önünde bir engel teşkil etmeye devam etmektedir. Toplumun algılamalarından kaynaklanan toplumsal cinsiyet rolleri kadınlar ve erkekler için farklıdır ve kadınlar aleyhine daha fazla olumsuzluklar getirmektedir. Bu durum, kadınların sağlık hizmetlerine erişimi açısından bir engel olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık sisteminden kaynaklanan sorunlar ise, hizmet sunumunda yaşanan yetersizlikler, sağlık personelinin toplumsal cinsiyet

eşitliği bakış açısına sahip olmaması gibi durumlardan kaynaklandığı belirtilmiştir (24,29).

Kadının sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik müdahale programlarında kadının toplumsal cinsiyeti nedeniyle sağlığını olumsuz etkileyen toplumsal alışkanlıklar, davranışlar ve tüm bunların temelini oluşturan sosyo-kültürel geleneklerle mücadele etmek gerektiği belirtilmiştir. Son 10 yılı aşan sürede, uluslararası platformda olduğu kadar ulusal düzeyde de sağlıkla ilgili sorunlar, çözüm önerileri ve programlar toplumsal cinsiyet bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmelerde, eşitsizliklerin kadınların yaşamlarına, sağlıklarına ve iyilik hallerine olan etkileri göz önüne alınmıştır (31).

Kadının statüsü yaşama dayalı, psiko-sosyal ve birbiriyle iç içe geçmiş etmenlerin etkisinde kaldığından biranda düzeltmek çok zordur. Sağlık alanında yapılan toplumsal cinsiyet değerlendirmeleri, eşitsizliklerin kadın sağlığını nasıl dezavantajlı kıldığını, sağlık hizmetlerine ulaşmada kadının karşılaştığı sınırlamaları ve bu sınırlamalarla baş edebilme yollarını; aynı zamanda, sosyal yapının erkeklere dayattığı rollerin bir sonucu olarak onların karşılaştığı sağlık riskleri ve problemlerini de ortaya koymaktadır. Kadınların sağlık hizmetlerinden tam, eşit ve en yüksek standartlarda faydalanmalarını sağlamak, kadının insan haklarının tam olarak sağlanmasının temel koşulunu oluşturmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de kadınların statülerindeki düşüklüğün ve karar verme mekanizmalarında yeterince yer almamalarının kendi sağlıklarını koruyacak kaynaklara ulaşma ve bunları kontrol etme olanaklarını kısıtladığı belirtilmiştir (32).

Gerek dünyada gerekse Türkiye’de nüfusun yarısını oluşturan kadınların sağlığı, taşıdıkları üreme sağlığı sorunları nedeniyle özellik arz etmektedir. Kadın sağlığı genel anlamda çocuk ve toplum sağlığını da yakından ilgilendirmekte ve etkilemektedir. Kadınlar genelde sağlıklı değilse, gebelik süresince yeterli/nitelikli bir doğum öncesi bakım (DÖB) alamıyorlar ve sağlıksız koşullarda doğum yapıyorlarsa, bundan kendi sağlıkları kadar doğacak çocuklarının dolayısıyla toplumun sağlığının da olumsuz etkileneceği bildirilmiştir. Her ne kadar yıllar içinde Türkiye’de kadın ve çocuk sağlığı ile ilgili ölüm ve hastalık ölçütlerinde önemli iyileşmeler olduysa da geline düzey gelişmiş ülkelerle kıyasladığında hala onların birkaç misli gerisinde olduğu görülmektedir. Bu durum bu gurubun sağlığının hala çok önem arz ettiğini, daha fazlasının yapılması gerektiğini göstermektedir (33).

Kadın sağlığına ve verilecek hizmetlerde bütüncül bir yaklaşım benimsenmelidir. Kadınlara verilecek her hizmette, kadının bir birey olduğunun kabulü ile sağlığının korunması ve sağlık hizmeti alması sağlanmalıdır. Sağlık hizmetlerinin bu bilinçte verilmesi aynı zamanda sosyal devlet olmanın da gereği olarak görülmektedir Türkiye, imzaladığı uluslararası sözleşmeler ve kabul ettiği belgelerde, ülkede verilen sağlık hizmetlerini nitelik ve nicelik açısından belirli bir standarda getirme sözünü vermiştir. Özellikle kadının doğurganlığı dikkate alındığında, kadınların her dönemde erkeklere göre daha fazla sağlık hizmetine gereksinimlerinin olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin daha kapsamlı hale getirilerek kadın ve erkeği yaşam döngüsü yaklaşımı ile bütüncül olarak ele alan, hizmetin nicelik ve niteliğinin gereksinimlere göre düzenlendiği, sağlığı kadın-erkek ayırt etmeksizin geliştiren, korunma ve önleme yaklaşımlarını

içeren programların oluşturulup, güçlendirilip yaygınlaştırılmasının gerektiği bildirilmiştir (29,32,34).

3.5. Gebelik Dönemi ve Gebe Sağlığı

Gebelik, doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk kez yaşandığı zaman bilinmeyenlerle dolu bir dönemdir. Gebeliğin anlamı, gebenin toplumsal statüsü, gebeye yönelik tıbbi ve tıp dışı uygulamalar farklı çağlarda ve farklı kültürlerde değişik biçimlerde ortaya çıkmıştır. Günümüzde ise artık gebe takip standartları, tıbbi olmanın ötesinde dünyada ve ülkemizde yasalara ve bildirgelere de konu olmuştur. Bu standartlar gebeye ve fetüse yönelik olmazsa olmazları içinde taşımaktadır (35).

Kadınlar tüm yaşam süreçlerinde cinsiyetlerine özgü farklı biyolojik ve psikolojik evreler yaşarlar. Menarş, gebelik, doğum ve anne olma bunların başlıcalarıdır. Toplumların sağlık düzeyini gösteren ve bu alanda verilen hizmetleri değerlendiren en önemli ölçütler anne-bebek ölüm ve hastalık oranlarıdır. Bu oranlar, ülkelerin gelişmişlik düzeyine göre farklılıklar gösterir. Gelişmekte olan ülkeler içinde yer alan ülkemizde de anne-bebek ölüm oranlarına bakıldığında olumlu yönde gelişme kaydedilmesine karşın henüz istenen düzeye gelmediği görülmektedir. Türkiye’de anne ölümlerinin %83’ü gebelik ve doğuma ait doğrudan obstetrik nedenler kaynaklıdır (36).

Gebelik doğal bir süreç olmakla birlikte, özellikle ilk kez yaşandığı zaman bilinmeyenlerle dolu bir dönemdir. Gebelikte gerçekleşen doğal süreç çerçevesinde kadının vücudunda bir dizi yapısal ve işlevsel değişiklik meydana gelmektedir. Gebenin gebelik süreci, bu süreçte vücudunda gerçekleşen

değişiklikler, rutin olarak yapılması gereken testler ve muayeneler hakkında sağlık profesyonelleri tarafından bilgilendirilmeye ihtiyacı vardır (35).

Türkiye’de kadınların üreme sağlığına ilişkin ayrıntılı, güncel bilgiler Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü’nün (HÜNEE) 1968 yılından beri ülke çapında 5 yıl ara ile gerçekleştirdiği Nüfus ve Sağlık Araştırmaları’ndan elde edilmektedir. Üreme sağlığı, 1994 yılında Kahire’de gerçekleştirilen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda benimsenmiş bir kavramdır. DSÖ’ye göre üreme sağlığı, sadece üreme sistemi süreçleri ve işlevleriyle ilgili hastalık ve sakatlıktan yoksun olmak değil, aynı zamanda bunlara ilişkin fiziksel, zihinsel ve sosyal yönlerden tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (25,37).

Birey, sağlığının geliştirilmesinde, sağlıklı yaşam biçimi sergilemede ve bu yaşam biçimine ilişkin aktiviteleri yerine getirmede aktif rol oynar. Sağlıklı yaşam biçimi aktiviteleri veya davranışları; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişiler arası destek ve stres yöntemidir. Tüm bu aktivite ve davranışlar kadının yaşam sürecinde özel bir dönem olan gebelik döneminde daha da önem kazanmaktadır (38).

Gebelik ve emziklilik, doğurganlık çağındaki her kadın için doğal bir olaydır. Bu dönemlerde anne ve bebek sağlığını etkileyen birçok etmen vardır. Bunlar; annenin yaşı (18 yaş altı veya 35 yaş üstü doğumlar), gebelik sayısı/çoğul gebelikler, son iki gebelik arasındaki süre, kronik hastalıklar, ilaç kullanımı, genetik yapı ve en önemlisi yeterli ve dengeli beslenmedir. Sağlıklı bir toplumun temelini sağlıklı nesiller oluşturmaktadır. Çocukların sağlıklı olarak dünyaya gelmesi ve gelişimleri için annelerin, gebe ve emziklilik döneminde; bebeğin gelişimi, anne sütünün yapımı/emzirme, besinlere olan gereksinmelerinin artması,

buna bağı olarak yeterli ve dengeli beslenmeleri ve sağıklarını korumaları konusunda bilinçlendirilmeleri gerekmektedir. Doğrudan gebelik ve doğuma bağı ölümlerin en önemli özelliğı; risklerin ve ölümlerin %75-80 oranında erken teşhis ve bakımla önlenabilir olmasıdır (39).

Anne ölümlerinin %70'i yalnızca 13 ÷lkede gör÷lmektedir. Anne ölümleri gelişmekte olan ÷lkelerde gelişmiş ÷lkelere göre daha fazla gör÷lmektedir. Sahra altı Afrika'da maternal sebeplere bağı ölüm riski 16 da 1 iken, Batı Avrupa'da 4000 de 1'dir. Bu ölümlerin büyük çoğunluğu önlenabilir nedenlere bağı olup doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım eksikliğinden kaynaklanmaktadır. (40).

Sağık Bakanlığı'nın uyguladığı anne ölümleri izleme programına göre Türkiye'de 2010 yılı anne ölüm oranı, yüzbin canlı doğumda 16.4 olarak saptanmıştır (41). Türkiye Nüfus ve Sağık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, 2003-2008 arasındaki dönemde evlenmiş kadınlar arasında 100 gebelikten yalnızca biri ölü doğumla sonuçlanırken, 10'u isteyerek olmak üzere toplam 21 gebelik düşükle sonlanmıştır (28).

Sağık göstergeleri, perinatal hizmetlerde yerleşim yerlerine ve bölgelere göre farklılıklar olduğunu göstermektedir. Kırsal kesimde doğum öncesi bakım alan gebe, sağıklı koşullarda doğum ve aile planlaması yöntemi kullananların oranları kentlere göre daha düşük, toplam ve tamamlanmış doğurganlık hızları ise daha yüksektir (42,43).

Üreme sağığı, kadın sağığının önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Türkiye'de üreme sağığı hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hizmet kalitesinin yükseltilmesi için yapılan düzenlemeler, plan ve uygulamalar kadın sağığı

alanındaki önemli gelişmelerden biri olmuştur. Ancak üreme sağlığı sorunlarının önemli bir boyutunu oluşturan gebelik dönemi sorunları ülkemizde hala önemini korumaktadır (43).

3.6. Gebelik Döneminde Yaşam Tarzı, Önemi ve Etkili Olabilecek Faktörler

Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol etmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini arttıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları içerir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri kapsadığı belirtilmiştir (23).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları gelişmiş ülkeler için olduğu kadar, gelişmekte olan ülkeler için de çok önemlidir. DSÖ tahminlerine göre gelişmiş ülkelerdeki ölümlerin %70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerdeki ölümlerin %40-50'sinin nedeni, yaşam biçimine bağlı olarak ortaya çıkan hastalıklardır. Sağlığın geliştirilmesi insanların kendi sağlıkları üzerinde kontrollerini arttırabilme ve sağlık düzeylerini yükseltebilme süreci olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştirebilmek için bireylerin yaşam biçimlerini değiştirmeleri ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsemeleri gerekmektedir (40,44,45).

Gebelik ve doğum olayı, yaşamın önemli bir parçası, kadın ve ailesi için ise önemli bir yaşam deneyimidir. Gebelik ve doğum doğal, fizyolojik bir süreçtir. Kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi girişime gerek kalmadan bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirebilirler (30). Kadın sağlığında gebelik süresince sağlığı geliştirici yaşam biçimi davranışlarının düşük doğum ağırlıklı bebek

doğum riskini azaltarak, sağlıklı bir yeni doğan için yaşamsal öneme sahip olduğu bildirilmiştir (46).

Sağlıklı yeni nesiller, sağlıklı gebelik ve doğum süreci geçirmekle yetiştirilir. Sağlıklı bir gebelik geçirebilmek için de doğum öncesi yaşam koşulları önem taşımaktadır. Düzenli sağlık kontrollerine gidilmesi, doğru beslenme ve dinlenme alışkanlıklarının yanı sıra, normal gebelik seyrinin ve olası gebelik komplikasyonlarının bilinmesi, bilgi alınacak kaynağın doğru seçilmesi gibi faktörlerin de gebelik sürecini ve kalitesini etkilediği bildirilmiştir (47).

Yaşam tarzı ve bireysel özelliklerdeki farklılıklar üreme sağlığı üzerine doğrudan etkiye sahiptir. Yaşam tarzına ve alışkanlıklarına bağlı olarak çeşitli risklerle karşı karşıya kalan kadının bu etkenlerin üreme sistemi üzerindeki etkileri olumsuz yönde olabilmektedir. Yaşam tarzına ilişkin faktörlerin üreme fonksiyonlarını etkilemesi, özellikle kadınların doğurganlık özelliklerinin ön planda olması ve bu etkilerin yalnızca kadınla sınırlı kalmayarak gelecek nesilleri ve toplumuda etkilemesi nedeniyle önem kazanmaktadır (48).

Yaşam tarzının üreme performansı üzerine olumsuz etkilerine dair oldukça fazla kanıt bulunmaktadır. Ancak bireyleri yaşam tarzını değiştirmeye yönlendirmek oldukça zor ve uğraştırıcı bir süreçtir. Toplumun tüm alanlarında bireyler ile en fazla birlikte olan sağlık personeli tarafından olumlu sağlık alışkanlıklarının kazanılması ve sürdürülmesi konusunda etkin ve nitelikli danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin sürdürülmesinin toplum sağlığının gelişmesine de katkıda bulunacağı belirtilmiştir (43,48).

3.6.1. Gebelik Döneminde Sigara

Sigara, bağımlılık yapan ve insan sağlığını tehdit eden bir maddedir. DSÖ tarafından sigara kullanımı, günümüzde bir biyososyo-psikolojik zehirlenme hali olarak tarif edilmiştir. Sigara alışkanlığı, bireylerin birbirlerini etkilemesiyle bir sosyal zehirlenme ve ortaya çıkardığı tolerans hali, fizik ve psikolojik bağımlılık yapma özelliğiyle de aynı zamanda bir psikolojik zehirlenme durumu olarak tanımlanmıştır (49).

Sigara alışkanlığı kanser, kalp ve akciğer hastalıkları başta olmak üzere çok sayıda hastalığa neden olmaktadır. Gebenin sigara alışkanlığı yalnızca kendisini etkilemekle kalmaz, doğacak bebeğin de sağlığını riske sokar. Gebelikte sigara içimi, gebelikte ilgili mortalite ve morbidite açısından önlenabilir önemli bir risk faktörüdür. Sigara içen gebelerde spontan abortus, plasenta previa, abruptio plasenta, erken membran rüptürü, hipertansiyon, preeklampsi görülebildiği gibi, sigara intrauterin beslenmede yetersizliğe yol açarak yeni doğanın doğum kilosunun düşmesine, akciğer hastalıklarının artışına ve nörotoksisiteye de neden olabilmektedir. Çocukluk dönemindeyse davranış bozukluklarına ve öğrenme güçlüğüne, hiperaktiviteye ve IQ düşüklüğüne neden olduğu bildirilmiştir (50,51).

Gebelikte sigara içimi, gebelik ile ilişkili mortalite ve morbidite için önlenabilir önemli bir risk faktörüdür. Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir. ABD Halk Sağlığı Servisi'ne göre, Birleşik Devletlerdeki bütün gebe kadınların sigarayı

bırakması durumunda ölü doğumlarda %11 ve yeni doğan ölümlerinde %5 azalma olacağı tahmin edilmektedir (51,52).

3.6.2. Gebelik Döneminde Beslenme

Beslenme; bireyin en önemli yaşamsal gereksinimlerinden birisi olup 1978 yılı Alma Ata Bildirgesinden bu yana da bir temel sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır. Kadın ve erkek, ayırım yapılmaksızın toplumdaki her birey yeterli ve dengeli beslenme hakkına sahiptir. Bu hak Uluslararası Gıda ve Tarım Organizasyonu (FAO) tarafından da sürekli olarak vurgulanmaktadır (53).

Fetüs, plasenta ve maternal dokuların büyümesinin sağlanması amacıyla gebelikte duyulan enerji, besin ve sıvı ihtiyacı artar. Gebelikte sağlıklı beslenmenin, termde gelişimini tamamlamış fetüsü, komplike olmamış bir gebelik süreci ve doğum ile başarılı bir laktasyon döneminin olasılığını arttırdığı; postpartum obezite riskini azaltarak uzun dönemde anne sağlığını iyi yönde etkilediği belirtilmiştir (54).

Türkiye’de yetersiz ve dengesiz beslenme sorunlarından etkilenen grupların başında okul öncesi yaş grubu çocuklarla birlikte gebe ve emzikli kadınların geldiği bilinmektedir. Beslenme sorunlarının başlıca nedenleri; gebelik ve emzicilikte artan gereksinimlere uygun olarak günlük beslenmeye ek yapılmaması, ekonomik yetersizlikler nedeniyle besin alımının azalması, gelenek ve göreneklerin etkisi ile yanlış besinlerin seçimi, yiyecek hazırlama ve saklamada yapılan yanlış uygulamalar olarak sıralanmıştır (39).

Gebelikte sağlıklı beslenmenin önemi, maternal kilo alımı ile yeni doğanın kilosuna arasındaki gösterilmiş pozitif doğrusal ilişki ve gebelik öncesi BKİ (Beden Kitle İndeksi), gebelik süresince alınan kilodan bağımsız olarak yeni doğanın

kilosu üzerindeki etkisinden ileri gelmektedir (54). Gebelikte besin öğelerine duyulan gereksinim %10-100 oranında artış gösterdiği, protein, kalsiyum, demir, çinko, folat, vitamin D ve E, askorbik asid ve B vitamin ihtiyacının arttığı belirtilmiştir (55).

Türkiye’de kadınlarda demir eksikliği yüksek oranda görüldüğünden ve zaten gebelikte dışarıdan demir desteği gerektiğinden, demirin uygulanmayacağı durumlar hariç ayırım yapılmaksızın tespit edilen her gebeye demir desteği yapılması gerekmektedir. Demir desteği uygulaması; Sağlık Bakanlığı’nın oluşturduğu protokolde yer alan rehber içeriği esas alınarak gebeliğin 4. ayının başından itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası üç ay olmak üzere toplam dokuz ay süreyle, elementer demir ihtiva eden uygun demir preparatı kullanılarak yapılmaktadır. Eksikliği yaygın olarak gözlenen, yetersizliğinin yarattığı sonuçların anne ve bebek sağlığına olumsuz etkileri bilinen D vitamini yetersizliğinin önlenmesi de toplum sağlığının geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu kapsamda; Sağlık Bakanlığı gebelik ve süt verme döneminde annelere D vitamini desteği sağlanmasına dayanan bir program başlatmış olup, 12 haftalıktan itibaren gebelik süresince altı ay ve doğum sonrası altı ay olmak üzere toplam 12 ay süreyle annelere, doğumdan sonra da bebeğe D vitamini desteği uygulanmasını sağlamaktadır (56,57).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), yetersiz beslenme ile ilgili sürecin bireyin yaşam döngüsü içinde bebeğin doğumundan önce başlayıp ölümüne dek devam ettiğini vurgulamaktadır. Yetersiz beslenme sorunları, özellikle gelişmekte olan ülkelerde hayatın bütün dönemlerinde bir problem olarak ortaya çıkmakta; zincir kırılmadığı takdirde başka önemli sağlık sorunlarına neden olabilmektedir.

Beslenme sorunlarına çözümler üretilirken altta yatan nedenlerin de bilinmesi gerekir. Siyasal, ekonomik, kültürel ve sosyal nedenleri temel alan faktörler her toplum için değişiklik gösterebilir. Toplumsal cinsiyet kavramı ile birlikte bu koşul ve durumların dikkatle incelenmesi gerekmektedir (29,40).

3.6.3. Gebelik Döneminde Obezite

Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Obezite, kısaca vücutta aşırı miktarda yağ birikmesi olarak tanımlanmaktadır. Boy ve vücut ağırlığı arasındaki ilişkiyi kullanarak kişinin obez olup olmadığına karar vermek, en pratik ve oldukça doğru sonuç veren bir yoldur. Bunun için Beden Kitle İndeksi (BKİ) adı verilen ve vücutağırlığının, metre cinsinden boyun karesine bölünmesiyle elde edilen (kg/m^2) bir indeks kullanılır. BKİ'si 18.5'den düşük olan bir kişi düşük kilolu, 18.5 ile 24.9 arasında normal kilolu, 25.0 ile 29.9 arasında olanlar fazla kilolu, 30.0'dan büyük olanlar obez olarak değerlendirilir. Obeziteyi önemli yapan neden, hem tek başına hem de diğer bazı faktörlerle birlikte birçok hastalığa neden olması veya bunları alevlendirmesidir. Obezitenin özellikle Tip 2 diyabet, koroner kalp hastalığı, bazı kanserler, obstrüktif uyku apnesi ve osteoartritle ilişkili olduğu bilinmektedir (58,59).

Obezite, kadınlarda daha sık görülmektedir. Dengesiz beslenme ve sedanter yaşam tarzı obezite sıklığındaki artışın en önemli nedenleri arasında gösterilmektedir. Özellikle yüksek BKİ'ye sahip çok sayıda gebe kadın görülmektedir. Gebelik süresince gözlenen obezite, birçok komplikasyonla ilişkili olduğu için yüksek riskli bir durum olarak kabul edilmektedir (54,60). Gebelik öncesinde obez olan kadınların gebelikleri sırasında hem kendilerinin (maternal),

hem de bebeklerinin komplikasyon yaşama olasılıkları daha yüksektir. Obezite, gebelik komplikasyonlarının, fetal ve yeni doğan morbiditesinin yükselmesinde önemli bir faktördür. Gebelik süresince yetersiz ağırlık kazanımı (6 kg'ın altında) düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme şansını artırırken, fazla ağırlık kazanımı veya obezite başta fetal anomaliler olmak üzere maternal ve fetal morbidite ve mortalitede artışlara neden olabildiği bildirilmiştir. Gebeliğin ilk üç ayı süresince beklenen ağırlık kazancı 1-2 kg olup; adolesanlarda ise 2-3 kg'dır. Daha sonraki dönemde haftalık ağırlık kazanımı 0.3-0.5 kg civarında beklenmektedir. Gebeliğin başlangıcında obez olan kadının fazla ağırlık kazanmasına gerek olmadan gebeliği boyunca kazanacağı 6-7 kg'lık artışın bebek ve anne sağlığı için yeterli olacağı belirtilmiştir (59,61).

Toplumlar arasında farklılıklar göstermekle birlikte, artan yaş, düşük öğrenim durumu, evli olma, gebelikte alınan kiloların alınması gerekenden fazla olması, oral kontraseptif kullanımı, sosyal yaşamdaki kısıtlılıklar ve sınırlı fiziksel aktivitenin varlığı, bir işte çalışmama, artan gebelik sayısı obezite için risk faktörleri olarak değerlendirilmiştir (62). Obez gebelerde vaginal doğumda; fetal makrozominin sebep olduğu disfonksiyonel eylem, uzamış doğum eylemi, mesane-perine travmaları ve omuz distosisi gibi komplikasyonlar görülebilir. Bu nedenlerden dolayı obez kadınlarda sezaryenle doğum oranı fazla görülmektedir (61).

Obez anne adaylarından dünyaya gelen bebeklerin apgar skorları normalden düşük olmaktadır. Obez anne adaylarının bebeklerinin gebelik yaşına göre büyük yani iri olma olasılığı da 1.4-18 kat daha fazladır. Makrozomi olarak adlandırılan bebeğin normalden iri olması doğum travması ve bebeğin

kaybedilmesi riskini arttırdığı belirtilmiştir. Obez gebelerin bebeklerinde doğumsal anomali görülme olasılığı yüksektir. Yapılan çalışmalar obezitenin nöral tüp defekti görülme riskini 1.8-3 kat arttırdığını ve obez kadınların %35'inin bebeklerinde bu tür anomaliler ile kalp anomalilerine rastlandığını göstermiştir. Doğumdan sonra görülen bebek kayıplarındaki en önemli faktörü ise obezite ile ilişkili doğum travmaları oluşturmuştur (60,61).

Gebeliğin, ağırlık kaybı için doğru bir zaman olmadığı bilinmektedir. Bu yüzden gebe kalmadan önce BKİ yüksek olan kadınları ağırlık kaybı için teşvik etmek ve uygun ağırlığa ulaştıktan sonra gebe kalmak oluşabilecek sorunları önlemek açısından önem taşımaktadır (60).

3.6.4. Gebelik Döneminde Egzersiz

Toplumun büyük bir çoğunluğunda fiziksel aktivite, “spor” kelimesi ile eşanlamlı olarak algılanmaktadır. Ancak fiziksel aktivite, günlük yaşam içinde kas ve eklemlerin kullanılarak enerji harcaması ile gerçekleşen, kalp ve solunum hızını artıran ve farklı şiddetlerde yorgunlukla sonuçlanan aktiviteler olarak tanımlanmıştır. Bu kapsamda spor aktivitelerinin yanı sıra egzersiz, oyun ve gün içinde yapılan çeşitli aktiviteler de fiziksel aktivite olarak kabul edilmiştir (63).

Gebelik döneminde yapılan egzersizlerin gestasyonel diyabet ve uzun-dönem obezite riskini azalttığı, postür, kas tonusu, güç ve dayanıklılığı arttırarak daha hızlı doğum eylemine ve daha hızlı bir iyileşme sürecine zemin hazırladığı belirtilmiştir (64).

Kadınların çoğu, günümüzde, yaşam tarzlarının içine düzenli egzersizi de katmış olup bunu gebelikte de sürdürme arzusundadırlar. Kadınların bir kısmı ise

sadece ilk kez gebe kaldıklarında egzersiz yapmaya karar vermektedirler (65).

Gebelikte Egzersizin Yararları;

- Dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler,
- Annenin kilo kontrolünü sağlar,
- Dayanıklılık ve kuvvetin artırılmasına yardımcı olur,
- Doğum için gereken kas aktivitesini destekler,
- Egzersiz, sosyal etkileşimin sağlanması, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissinin artırılmasına katkıda bulunur,
- Doğum sırasındaki olası sorunların azaltılmasını sağlar,
- Doğumu kısaltmaya yönelik potansiyelin geliştirilmesine yardımcı olur,
- Gebelik diyabeti (şeker) olasılığının önlenmesinde önemlidir,
- Doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırır (54,64,65).

3.6.5. Gebelik Döneminde Şiddete Maruz Kalma

Şiddet; güç ve baskı uygulayarak insanların bedensel veya ruhsal açıdan zarargörmesine neden olan bireysel veya toplu hareketlerin tümü olarak tanımlanmaktadır. Kadına yönelik şiddet; Birleşmiş Milletler (BM) Genel Meclisi tarafından 1993 yılında kabul edilen Kadına Yönelik Şiddetin Yok Edilmesi Bildirgesi'nde; "cinsiyete dayalı olarak gerçekleşen, kadınlarda, fiziksel, cinsel, psikolojik, herhangi bir zarar ve üzüntü sonucunu doğuran veya bu sonucu doğurmaya yönelik özel veya kamu yaşamında gerçekleşebilen her türlü davranış, tehdit, baskı veya özgürlüğün keyfi olarak engellenmesidir" şeklinde tanımlanmıştır (66).

Kadına yönelik şiddetin geçmişi çok eski iken, Türkiye’de konu hakkında yapılan bilimsel çalışmalar son elli yılı kapsamaktadır. En çok aile içinde kocanın karısına uyguladığı şiddet hakkında araştırmalar yapılmıştır (67).

Gebelikte şiddetin, hem anne hem de fetüs sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu ve bir insan hakkı ihlali olduğu, fiziksel, duygusal, ekonomik ve cinsel şiddet olarak ortaya çıktığı belirtilmiştir (67,68).

Gebelikte şiddete tüm kültürlerdeki kadınlar maruz kalmakla birlikte, özellikle genç, bekâr ya da boşanmış, eğitimsiz, sosyoekonomik düzeyi düşük, sosyal desteği zayıf, alkol ve uyuşturucu kullanan, kendi ailesinde şiddet öyküsü olan, istenmeyen gebelik yaşayan kadınlar ile DÖB’ü yetersiz alan kadınların daha fazla maruz kaldıkları bildirilmiştir (69).

Gebelikte şiddet, kadında erken doğum, düşük, plasentanın erken ayrılması, doğum öncesi kanama ve erken membran rüptürü gibi pek çok soruna neden olmaktadır, bunun yanında bebekte düşük doğum ağırlığı, kemik kırıkları ve yumuşak doku hasarları, akciğer ya da dalak rüptürü ve fetal asfiksi gibi yaşama şansını azaltabilecek sorunlara yol açmaktadır. Aynı zamanda şiddete maruz kalan gebeler gebelikte ve doğum sonu dönemde ruh sağlığı açısından riskli grubu oluşturmaktadırlar (70).

3.6.6. Gebelik Döneminde Uyku

Uyku insanların temel fizyolojik gereksinimlerinden biri olup, hem fiziksel hem de psikolojik sağlık için gereklidir. Sağlıklı erişkinlerin normalde 5-10 dakika içinde uykuya dalması ve en az 7 saat uyuması gerekmektedir. Bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam

aktivitelerinden biri olan uyku fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavram olarak değerlendirilmelidir (71,72).

Gebelik süreci vücut görüntüsünde, sosyal ilişkilerde, aile içi rollerde de değişiklik yapan bir durumdur. Bu değişikliklerinde etkisiyle gebelikte istenmeyen semptomlar ya da hastalıklar yaşanabilmekte, yorgunluk ve uykusuzluk yaşanan bu semptomların başında gelmektedir (73). Büyüyen fetüsün diyafragma yaptığı bası sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişiklikler ve gebelik döneminde oluşan çeşitli hastalıkların gebenin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini bozduğu, gebelik boyunca vücut pozisyonuna ve karın ölçülerinde büyümeye bağlı olarak uyku problemlerinin yaşanabildiği belirtilmiştir (72).

Gebelerde uyku bozukluklarının gerçek insidansı bilinmemektedir. Ancak uyku bozukluklarının birinci trimesterden başlayarak üçüncü trimesterde en yüksek değerlerine ulaştığı bildirilmiştir. Gebeliğin üçüncü trimesterinde kadınların %97'sinde uyku bozukluğu rapor edilmiştir (74).

3.6.7. Gebelik Döneminde Sosyal Destek

Sosyal destek sistemi bireyin sosyolojik ve psikolojik sorunlarının çözümü, önlenmesi ve tedavisinde, zorlanmalı durumlarla başa çıkabilmesinde güçlü bir kaynaktır. İnsan tüm yaşamı boyunca destek sistemlerine gereksinim duyar. Sosyal desteğin ruhsal ve bedensel sağlık ile olumlu ilişkisini gösteren çok sayıda çalışma yapılmıştır (75).

Gebelik ve doğum sonrası dönem ise anne ve bebekten oluşan ikili yaşamı ifade ettiği için sosyal desteğe gereksinim duyulan en önemli dönemlerdir. Sosyal

destek gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilemekte, bebeğine olan duyarlılığını artırmakta ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırmaktadır. Destek eksikliği ise bu deneyimi negatif olarak etkileyebilir. Kadının sosyal çevresinden aldığı desteği sayesinde, gebeliğini daha olumlu geçirdiği, annelik rolünü daha çabuk kazandığı ve doğum sonrası daha az sorun yaşadıkları belirtilmiştir (75,76).

Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Sağlık çalışanları kadınları gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmelidir. Ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmaları gerekmektedir (77).

3.7. Gebelik Döneminde Sağlık Riskleri

Günümüzde dünya nüfusunun yaklaşık beşte birini üreme yaşındaki (15-49 yaş) kadınlar oluşturmaktadır. Tüm dünyada yılda 200 milyon kadın gebe kalmakta, 128 milyon doğum olmakta, gebelik ve doğumla ilgili komplikasyonlar sonucu yaklaşık 600 bin kadın hayatını kaybetmektedir (40). TNSA 2008'e göre Türkiye'de bir yılda 1.6 milyon gebelik yaşanmaktadır (28).

Annenin ya da fetüsün belirgin düzeyde morbidite ve mortalite riski arttığı zaman, gebelik yüksek riskli gebelik olarak ele alınmaktadır. En yüksek düzeyde sağlıklı bir perinatal sonuca ulaşmak için, uygun ve zamanında tedavinin uygulanabilmesi açısından gebelik döneminde risk faktörlerinin erken dönemde tanımlanması önem taşımaktadır (78).

Gebelik döneminde sağlık riskleri taramasının sekiz alanı; üreme bilinci, çevresel toksinler ve teratojenler, beslenme ve folik asit, genetik, madde kullanımı, medikal durumlar, enfeksiyonlar ve aşılama ve psikososyal endişelerdir. Doğurganlık çağında gebelik üzerine olumsuz etkisi olacak kronik durumlar veya madde kullanımı gebelik kaybına, bebek ölümlerine, doğumsal anormalliklere neden olmaktadır. Astım, kalp hastalığı, aşırı kilo, şeker hastalığı, tiroid hastalığı, ağız ve diş hastalıkları bunlardan birkaçıdır. Özellikle de gebeliğin 52. gününden önce alkol, sigara kullanmanın, folik asit almamanın ve işyerindeki zararlı maddelere maruz kalmanın bebeğin gelişimini etkilediği bildirilmiştir (79).

Genel bir yaklaşım olarak doğacak çocukların %10-20'si, gebelerin ise %20- 30'unun risk grubuna girdiği ileri sürülmektedir. Bu olumsuzlukların boyutu ile ilgili en önemli gösterge anne ölümleridir. Türkiye'de anne ölümü, kadın ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır. Türkiye'de 2005 yılında yapılan ulusal anne ölümleri çalışmasında oran yüz bin canlı doğumda 28.5 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı verilerine göre anne ölüm nedenleri arasında ilk üç sırayı kanama (%33), gebelik hipertansiyonu (%20) ve enfeksiyon (%14) almaktadır (80,41,36).

Ana Sağlığını Etkileyen Faktörler:

1. Çevresel faktörler;

- a) Genel sağlık düzeyi,
- b) Ülkede mevcut sağlık sistemlerinin düzeyi,
- c) Ülkede izlenen genel nüfus politikası,
- d) İsteyerek düşüklerle ilgili yasal durum,
- e) Kontraseptif yöntemlerle ilgili bilgi tutum ve davranış,

- f) DÖB hizmetlerinin düzeyi,
- g) Doğumların oluş yeri ve doğuma yardım eden kişilerin nitelikleri,
- h) Lohusalık dönemi bakım hizmetleri,
- ı) Toplumun genel beslenme düzeyi,
- j) Toplumun genel eğitim ve sağlık eğitimi düzeyi,
- k) Toplumun genel haberleşme ve ulaşım durumu,
- l) Sosyo-ekonomik durum,
- m) Kadının toplumdaki statüsü

2. Anneye Ait Faktörler;

- a) Annenin yaşı
- b) Doğum sayısı
- c) Gebelik aralığı (Doğum aralığının kısalığı)
- d) Herhangi bir sistemik hastalığı olup olmadığı (81).

Anne ölümlerinin %75'inin gebelikle ilgili önlenabilir nedenlerden kaynaklandığı bildirilmiştir. Gebeliğe bağlı ölümlere ve anne ölümlerine yol açan önlenabilir risk faktörleri üç kategoride ele alınabilir: Bunlar sağlık hizmeti verenlerle ilişkili faktörler, sağlık hizmetindeki malzeme/donanım ile ilgili faktörler ve hane halkı ve toplumsal faktörlerdir. Bunlara aynı zamanda standart altı faktörler denilmektedir. Gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 49.3'ünde; anne ölümlerinin ise 61.6'sında bir ya da daha fazla önlenabilir faktör mevcuttur. Bununla birlikte, kentsel yerleşim yerlerinde gözlenen gebeliğe bağlı ölümlerin yüzde 46.3'ünde; kırsal yerleşim yerlerinde ise yüzde 51.8'inde önlenabilir faktörlerin etkisi olduğu belirtilmiştir (80,81). TNSA 2008 verilerine göre; Türkiye'de son beş yılda meydana gelen gebeliklerdeki risk faktörleri şöyle özetlenebilir;

- Doğumların %8.2'si iki yıldan kısa aralıklarla olmaktadır.
- Doğurganlık çağı sonunda tüm kadınlar ortalama 1.60 çocuğa sahip olurken, evli kadınlar ise 2.3 çocuğa sahip olmaktadır. 15-19 yaş grubundaki kadınların yaklaşık olarak %96'sı hiç doğum yapmamıştır. Ancak bu oran 25-29 yaş grubundaki kadınlar için %33'e, 35 ve üzeri yaştaki kadınlar için %7'nin altına düşmektedir.
- Adölesan dönemde olan kadınların %6'sının çocuk doğurmaya başladığı görülmektedir. Bu kadınların %4'ü çocuk sahibi olmuştur; %2'si ise araştırma tarihinde ilk çocuklarına gebedir.
- Kadınların yaklaşık %8'i DÖB almamaktadır
- Eğitimli sağlık personeli yardımı ile gerçekleşen son beş yıldaki tüm doğumların oranı ülke genelinde %91'dir. On doğumun altısından fazlası doktor, dörtte birinden biraz fazlası hemşire/ebe ve %8'i de geleneksel ebe veya akraba/arkadaş yardımıyla gerçekleşmiştir.
- Kadınların sadece yüzde dördünün ölü doğum yapmış olduğu, evlenmiş kadınların beşte birinin kendiliğinden düşük ve beşte birinden fazlasının (%22) ise isteyerek düşük yapmış olduğu görülmektedir.
- Gebe olmayan kadınların yarısında, gebe olanların 2/3 ünde demir eksikliği anemisi vardır.
- Gebe olmayan annelerin ortalama BKİ'si 26.7'dir. Annelerin %2'sinden daha azının BKİ'si 18.5'in altındadır. Annelerin %58'inin BKİ'si 25.0'ın üzerinde olup, %24'ünün BKİ'si en az otuzdur (28).

3.7.1. Gebelik Döneminde Doğum Öncesi Bakım

Doğum öncesi bakım; anne ve fetusun tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla, gerekli muayene ve önerilerde bulunularak, eğitilmiş bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. DÖB, prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak ta adlandırılmıştır (82,83).

Doğum öncesi bakım genelde, annelerin sağlıklı bir gebelik geçirmelerini, sağlıklı bebeklerin doğmasını ve gebelikte sağlığın korunmasını hedefler. DÖB'ün özel amaçları ise; annede gebelikten önce var olan hastalıkları saptamak, gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkabilecek hastalıkların erken tanı ve tedavisini, gerekirse sevkini sağlamak, riskli gebelikleri saptamak, fetüsü intrauterin izlemek, anneyi tetanoza karşı bağışık kılmak, doğumun nerde, nasıl ve kim tarafından yapılacağına karar vermek, anneyi beslenme, gebelik hijyeni, doğum, doğum sonu bakım, bebek bakımı ve doğum sonu kullanabileceği aile planlaması yöntemleri konusunda eğitmek olarak sıralanmıştır (42).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen Güvenli Annelik Paketi'nde DÖB, anne ve yeni doğan ölümlerinin azaltılmasında temel müdahale olarak ele alınmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı DÖB hizmetlerini ilk trimestrda 1 kez, ikinci trimestrda ve son trimestrda 3 kez olmak üzere toplam 4 kez, riskli gebeliklerde daha fazla olmak üzere verilmesini öngörmüştür (83).

Gebelerin DÖB almalarını ve bakım sıklıklarını etkileyen başlıca faktörler arasında; annenin öğrenim durumunun, gelir getiren bir işte çalışmasının, sosyoekonomik durumunun ve önceki gebeliklerde annede veya bebekte sağlık sorunu bulunmasının yer aldığı belirtilmiştir (84).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008 verilerine göre Türkiye genelinde gebelerin %8'i antenatal bakım hizmeti almamaktadır. Bu oran bölgelere göre farklılık göstermektedir. Doğum öncesi bakımın düzenli aralıklarla yapılmasının, önlenabilir nedenlerle olan anne-bebek ölümlerini azaltacağı öngörülmüştür (28,84).

3.7.2. Gebelik Döneminde Anne Yaşı

İlk doğumda anne yaşı, anne ve çocuğun sağlığı ve kadının ve bebeğin yaşam kalitesi açısından olduğu kadar genel doğurganlık düzeyi için de önemli bir belirleyici olmaktadır. Erken yaşta evlenen kadınlar, özellikle de gebeliği önleyici yöntem kullanımının çok az olduğu veya hiç olmadığı durumlarda, daha uzun süre gebelik riski altında bulunmaktadır. Bunun bir sonucu olarak erken yaşlarda başlayan doğurganlık, ileriki yaşlarda başlayan doğurganlığa göre daha büyük ailelerin oluşmasına neden olmuştur. Ortanca ilk doğum yaşındaki artış ise yüksek doğurganlıktan düşük doğurganlığa geçişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Erken yaşta çocuk doğurmanın, kadınların eğitim olanaklarından ve ekonomik faaliyetlerden faydalanmasını kısıtladığı bildirilmiştir (28).

Normal gebelik zamanı 20-30 yaşları arasındadır. Eğer gebelikler “19 yaş altı, 35 yaş üzeri, çok sayıda ve 2 yıldan az aralarla” olursa yüksek riskli gebelik olarak nitelendirilmektedir. Yüksek riskli gebelikler; anne, fetüs ve yeni doğanın doğumdan önce, doğum sırasında ve sonrasında artmış hastalık veya ölüm riskine sahip olması nedeniyle özel bir önem taşımaktadır (85).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre düşük eğitim düzeyi ve kırsal alanda yaşama adolesan gebelik ve doğumları artıran faktörlerdir. Adolesan gebelik konusunda yapılan çalışmalarda kendisinin, eşinin, partnerinin, ailesinin düşük

eğitim seviyesinde olması risk faktörü olarak sıkça tespit edilmiştir. Gelişmemiş vücut yapısı, yoksulluk, çalışmama/işsizlik, sağlık hizmetlerine ulaşamama da adolesan gebelik için önemli risk faktörleri olarak saptanmıştır (86,27).

Genç yaşta anne olmak anne ve bebek ölümleri için en yaygın risk faktörü olarak kabul edilmektedir. Yapılan bir çalışmalar erken membran rüptürünün adolesan gebelerde erişkinlerden iki kat daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur. Adolesan annelerin bebeklerinde de daha fazla komplikasyon bildirilmektedir. Düşük doğum ağırlığı (DDA), ortalama doğum ağırlığı ve ortalama doğum boyunun düşük olması en yaygın komplikasyonlar olarak saptanmıştır (86,87).

Eğitimini tamamlama, kariyer yapma ve kendi işini kurma isteği gibi nedenlerle gelişmiş ülkelerde kadınların giderek daha ileri yaşlarda evlendikleri ve çocuk yaptıkları görülmektedir. Özellikle gelişmiş toplumlarda sosyoekonomik nedenlerle kadınların dördüncü ya da beşinci dekatlarda çocuk sahibi olmaları sık görülmektedir. 1970'li yılların sonunda genel olarak doğum sayısında ve 40 yaş üzeri gebelik oranları düşük iken, son 30 yılda özellikle çalışan kadınlar arasında çocuk doğurmayı ertelemeye yönelik bir eğilim gelişmiştir (88).

Annenin 35 yaş ve üzerinde gebe kalması, ileri yaş gebelik olarak isimlendirilmekte ve yüksek riskli gebelikler arasında sayılmaktadır. Ancak başka otörler 40 yaş ve üstü gebelikler için de çok ileri anne yaşı ifadesini kullanmaktadır. Bu gebelerde yaşa bağlı medikal sorunlar ve kronik hastalıkların daha sık gözleendiği, bu durumun anne sağlığı üzerinde önemli sorunları oluşturduğu belirtilmiştir (89).

İleri anne yaşının; spontan düşük, ektopik gebelik, ölü doğum, kromozomal anomaliler, ikiz gebelik, uterin fibroidler, hipertansif hastalıklar,

gestasyonel diyabet, uzamış eylem, sefalopelvik uygunsuzluk, operatif doğum gerekliliği, plasenta previa gibi kanama rahatsızlıkları, düşük doğum ağırlığı, antepartum ve intrapartum fetal kayıp, neonatal mortalite gibi gebelik komplikasyonları için tek başına önemli bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir (87,90).

3.7.3. Gebelik Döneminde Doğum Sıklığı ve Aralığı

Gebelik aralığı, bir gebeliğin sonlanması ile takip eden gebeliğin başlangıcı arasındaki süre, Doğum aralığı ise son doğum ile bunu izleyen doğum arasındaki süre olarak tanımlanmıştır. Gebelik aralığı süresine; annenin yaşı, eğitimi, genel sağlık durumu, ailenin sosyoekonomik gücü, önceki gebeliğin sonucu ve kadının en son olarak ne kadar süre ile emzirdiği etkili olmaktadır (91).

Birçok gelişmekte olan ülkede yapılan çalışmalarda kadının eğitim düzeyi yükseldikçe toplam çocuk sayısının düştüğü gözlenmektedir. Türkiye’de bölgelere göre kadının eğitim durumu ve istediği çocuk sayısına göre sahip olduğu çocuk sayısı incelendiğinde; okur-yazar olan kadınların yaşadığı bölge neresi olursa olsun istediği sayıda çocuğa sahip olduğu, okur-yazar olmayanların tüm bölgelerde istedikleri sayının iki misli çocuğa sahip oldukları görülmüştür (27,28,42,115).

Kısa gebelik aralığı olanlarda perinatal ve infant mortalitesi, prematür doğum ve gebelik haftasına göre düşük ağırlıklı infant doğurma riskinin arttığı gösterilmiştir. Kısa gebelik aralığı, fetus ve infantın sağlığı yanında anne sağlığını da etkilemektedir. Sık doğum yapanlarda anemi daha fazla görülmekte olup, tiroid kanseri riskinde de artma bildirilmiştir (92).

3.7.4. Gebelik Döneminde Erken Doğum Tehdidi

Preterm doğumlar 37. gebelik haftası tamamlanmadan önce gerçekleşen doğumlar olarak tanımlanmıştır. Ancak klasik bilgi olarak 20. gebelik haftasından önce sonlanan gebelikler abortus kabul edildiği için, 20 ile 37. haftalar arası olan doğumları preterm doğum olarak kabul etmek daha doğru bulunmuştur. Preterm doğum günümüzde anomalisi olmayan fetüsün geleceğini belirleyen en önemli etken olarak, halen perinatal mortalite ve morbiditenin en önemli sebebi olarak gösterilmektedir (93,94).

Prenatal periodda, fetal sağ kalım açısından en kritik dönem 22 ile 32. haftalar arası olarak kabul edilmiştir. Bu on haftalık dönemde yüksek riskli gruptaki hastaların 1-2 hafta aralarla kontrole çağrılarak kilo ölçümü, kan basıncı, idrarda glikoz ve albumin tayini, uterus fundus ölçümü ve fetal kalp atım hızı ölçümleri yapılmalıdır. Genellikle, preterm eylemin birden çok sebebi olduğu ve birden fazla mekanizma ile başladığı kabul edilmektedir (92,94).

Preterm doğuma; kısa doğum aralığı, sık doğum, tıbbi ve obstetrik komplikasyonlar, hayat tarzı ile ilgili faktörler (sigara, yetersiz beslenme, yoksulluk, meslek ile ilgili faktörler vs.), genetik faktörler ve diğer hastalıkların neden olabileceği belirtilmiştir (92,93).

3.7.5. Gebelik Döneminde Gebelik İle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalıklar

Gebelik dönemindeki var olan ya da ortaya çıkan hastalıklar anne ölümleri açısından risk faktörleri olarak ele alınmaktadır. Çoğul gebelikler, dolaşım sistemi hastalıkları, endokrin veya metabolik hastalıklar, mental ve davranışsal bozukluklar, nörolojik ve diğer hastalıklar ile önceden var olan veya kronik

hipertansif bozukluklar, anemi, sigara içme alışkanlığı ve obezite gibi hastalıklar anne ölümleri açısından biyomedikal risk faktörleri olarak ele alınmıştır.

Gebeliğe bağlı ölümler ve anne ölümleri için önceden var olan hastalıkların yanısıra kronik hipertansif bozukluklar (%13) en fazla görülen risk faktörlerindendir. Diğer dolaşım sistemi hastalıklarının payı yüzde %4.8'dir. Bunlar genellikle konjenital kalp hastalığı veya önceden olan bir enfeksiyona bağlı kalp problemleridir. Şeker hastalığı gibi endokrin ve metabolik bozukluklar %5.5 seviyesinde olup, bunu anemi (%2.7) ve obezite (%1.7) takip etmektedir (80).

3.7.5.1. Gebelikte Diyabet

Gestasyonel Diabetes Mellitus (GDM), gebelikte başlayan veya ilk kez gebelikte tanısı konmuş olan değişik derecelerde hiperglisemiyle sonuçlanan karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanmıştır (95).

GDM'si olanlarda perinatal mortalite, sezeryan oranları, makrozomi riskinin yüksek olduğu ayrıca doğum travması, hipoglisemi, hipokalsemi, polisitemi ve hiperbilirubinemi gibi diğer neonatal morbiditelerin de daha fazla görüldüğü belirtilmiştir. GDM'nin erken tanısı, fetal ve neonatal komplikasyonları azaltmak için ön koşuldur. Bu hastaların gebelik sonrasında da Tip 2 diyabet gelişimi yönünden bilinçlendirilmeleri ve takip edilmeleri gerekmektedir (96).

3.7.5.2. Gebelikte Tiroid Hastalıkları

Gebelik esnasında tiroid ile ilgili problemlerle karşı karşıya kalma olasılığı oldukça yüksektir. Fetüs 24. haftaya kadar, özellikle ilk 10 hafta annenin tiroid hormon düzeyine bağımlıdır. Ağır hipotiroidik kadınlarda fetal

malformasyon oranı yüksek olmaktadır. Gebelik sırasında maternal tiroid fonksiyonunda meydana gelen değişiklikler 4 ana başlıkta toplanabilmektedir;

- 1- Tiroksin bağlayıcı globulinin artması,
- 2- İnsan korionik gonadotropin (hCG) hormonunun artması ve bunun tiroid bezini uyarması,
- 3- İyot ihtiyacının artması ve serum iyot düzeyinin azalması,
- 4- Tiroid hormon metabolizmasının değişmesi (97).

Gebelik sırasında tiroid hormon yapımı ortalama %50 artmaktadır. Gebeliğin erken döneminde, renal kan akımının ve glomerüler filtrasyon hızının artması idrarla aşırı miktarda iyot kaybedilmesine sebep olmaktadır. Ayrıca annenin plazmasındaki iyodun transplasental yolla fetusa geçmesi ve fetal tiroid bezi tarafından iyodotirozin sentezinde kullanılması da plazma iyodunun azalmasına katkıda bulunmaktadır. Gebeliğin çok erken döneminde annenin hipotiroid olması ve maternal hipotiroidinin ağır olması komplikasyon ihtimalini artırmaktadır. Anemi, preeklampsi, abruptio plasenta, postpartum hemoraji, laktasyonunun gecikmesi, miyad geçmesi gibi komplikasyonlar annede görülebilir. Maternal hipotiroidinin fetal distres, intrauterin gelişme geriliği, premature doğum, spontan abortus ve ölü doğum gibi fetusla ilgili komplikasyonlarının olduğu belirtilmiştir (97,98).

3.7.5.3. Gebelikte Hipertansiyon

Gebelikte hipertansiyonun günümüzdeki sınıflandırması şu şekildedir;

Kronik hipertansiyon: Gebelik öncesinde mevcut olan ya da gebeliğin 20. haftasından önce saptanan ve postpartum 6. haftaya kadar süren hipertansiyon.

Pre-eklampsia: Gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan, genellikle proteinüri ve ödemin eşlik ettiği kan basıncı yüksekliği.

Eklampsia: Pre-eklampsili hastalarda, başka bir nedene bağlanamayan konvülsiyonların oluşması.

Kronik hipertansiyona eklenmiş pre-eklampsia: Kronik hipertansiyonu olan kadınlarda proteinüri ya da ödemin belirlenmesiyle birlikte kan basıncının sistolik 30 mmHg, diyastolik 15 mmHg kadar yükselmesi (99,100).

Gebelik sırasında görülen tüm hipertansiyon tablolarında; doğru tanı, anne ve bebek açısından risk belirlemesi, uygun tedavinin seçimi, doğum için uygun zamanlama ve postpartum bakımı içeren parametrelerin dikkate alınması gerektiği belirtilmiştir (100).

3.7.5.4. Gebelikte Kardiyovasküler Hastalıklar

Gebelik sırasında görülen hemodinamik değışiklikler, fetus için yeterli kan akımı sağlamayı amaçlayan fizyolojik değışikliklerden oluşmaktadır. Bu dönemdeki kardiyovasküler değışiklikler gebeliğin 5-8. haftasında başlayarak, ikinci trimester sonuna kadar artarak devam ettiği ve son trimesterden gebeliğin sonuna kadar durağan bir seyir gösterdiği bildirilmiştir (101).

Gebelerde, doğuma bağlı olmayan mortalite ve morbidite nedenleri içerisinde kalp hastalığı önemli bir yer tutar. Gelişmiş ülkelerde, gebe kadınların %1'den azında kalp kapak hastalığı görüldüğü bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde romatizmal kapak hastalıkları önemini koruyan bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir (102).

Kalp kapak hastalığı bulunan ve gebe kalmayı planlayan tüm hastaların, gebe kaldıkları takdirde karşılarına çıkabilecek tüm riskleri bilmeleri

gerekmektedir. Bu amaçla hastaların klinik durumları, kapak lezyonları ve kalp rezervleri incelenerek anne ve fetüse ait riskler saptanmalı, bu hastaların gebeliğe uygun olup olmadığı ve eğer uygunsa gebelik süresince nerede ve ne sıklıkla izlenmeleri gerektiği sağlık profesyonelleri tarafından belirlenmelidir (103).

3.7.5.5. Gebelikte Üriner Sistem Enfeksiyonları

Gebelikte en sık rastlanan enfeksiyonlar üriner sistem enfeksiyonları olup, asemptomatik bakteriüriden pyelonefrite kadar değişen spektrumda görülmektedir (104).

Gebeliğin oluşturduğu normal fizyolojik değişiklikler alt ve/ya da üst idrar yollarında bakteriyel kolonizasyonu kolaylaştırarak asemptomatik bakteriüri, sistit, piyelonefrit, preeklamsi, erken membran rüptürü, anemi, trombositopeni, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematür doğum, fetal mortalitede artma gibi anne ve fetusun sağlığını olumsuz yönde etkileyen çeşitli sorunlarına neden olmaktadır (104,105).

Gebelik riskli bir olaydır. Her gebede komplikasyon gelişebilir ve hangi gebede istenmeyen bir durumun gelişeceğinin tam olarak bilinmesi olası değildir. Erken tanısı ve müdahalesi yaşamsal önemde olan bu komplikasyonlar, gebe kadınlara yeterli bir doğum öncesi bakım verilerek önlenabilir (29).

3.7.6. Gebelik Döneminde Ruhsal Hastalıklar

Ruhsal bozukluklar mortaliteye pek az yol açmakta, ancak hastalıkların küresel faturasının artmasına büyük katkıda bulunmaktadır. DSÖ ve Dünya Bankası'nın beraber yaptığı bir çalışmada ruhsal bozuklukların yaşam yılının %1'inden daha az kaybına, yılların %26'sının sakatlıkla yaşanmasına neden

olduğu ve hastalıkların global ağırlının %9'unu oluşturduğu hesaplanmıştır. Anksiyetenin de içinde olduğu bazı ruhsal bozuklukların sıklığı kadınlarda yüksektir. Türkiye’de her beş kadından birinde (%20) herhangi bir ruhsal hastalık bulunmaktadır ve kadınlarda anksiyete görülme oranı %15.7’dir (40,106).

Gebelik ve gebelik sonrası duygu durum bozuklukları, çok sayıda yeni anneyi etkilemektedir. Ancak araştırmaların önemli bir kısmı, postpartum vakaların çoğunun yeni olmadığını, gebeliğin özellikle ikinci trimesterinden itibaren başladığını göstermiştir (107). Gebelik dönemi kadın yaşamında fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişimlerin yaşandığı ve bu değişimlere uyumu gerektiren önemli bir süreçtir. Gebelik ve postpartum dönem birçok klinisyen tarafından depresyon için yüksek risk dönemi olarak kabul edilmiştir. Gebeliğin kadını geriye dönüşümsüz olarak etkileyebileceği ve kalıcı ruhsal değişiklikler yapacağı bilinmektedir. Gebelikte, evlilik ilişkilerinde değişimler, yeni sorumlulukların kazanılması, sosyal ve ekonomik sıkıntılar, doğum ve bebeğin bakımı ile ilgili pek çok sorun yaşanabilir. Bu sorunlar beraberinde kadında ağır bir yük ve stres oluşturur (76).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde görülen ruhsal bozukluklar sadece kadın için değil eş ve çocuklar için de önem taşımaktadır. Ancak bu dönemde görülen ruhsal bozuklukların tanınmadığı bilinmektedir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık rastlanan ruhsal bozuklukların depresyon, anksiyete, panik ve bedensel yakınmalarla karakterize olup, gebelikte ve doğum sonrasındaki birkaç ay içinde görüldüğü belirtilmiştir (108).

Gebelik dönemindeki iyilik hali ve ruhsal durum, fizyolojik durumla ilgili olabilecek değişikliklerden, uyku bozukluğu ve göğüste baskı, yanma gibi

durumlardan etkilenebilir. Hiperemezis, premature kasılmalar ve diğer ruhsal bozuklukların doğum sonrası depresyonu olan kadınlarda daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir (107,108).

Gebelik döneminde sık görülen ruhsal bozukluklara ilişkin batılı ve batılı olmayan ülkelerden bildirilen risk faktörleri genellikle benzerlik göstermektedir. Düşük gelir düzeyi ve sosyoekonomik düzey, daha önce geçirilmiş ruhsal hastalık öyküsü, yakın dönemdeki negatif yaşam olayları ve evlilikteki uyum sorunlarının birçok kültürde ortak risk faktörlerini oluşturduğu belirtilmiştir. Ayrıca kötü ev koşulları, kalabalık yaşam ve suçla karakterize kentsel yaşam risk faktörleri olarak belirlenmiştir (109).

Annenin eğitimi, sağlık ve beslenme durumu, sosyo-ekonomik yaşam standardı ve aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesi iyileştikçe başarılı bir gebelik şansı artmaktadır. %99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere her yıl dünyada 600 bin civarında genç yaşta kadının gebelik nedeniyle öldüğü belirtilmiştir. Anne ölümlerinin yüksek olmasında önemli nedenlerden birisi gebeliğin yüksek riskli gebelik olmasıdır. İlk gebelik, yüksek parite, kısa aralıklı gebelik, ileri yaş gebelikleri, kısa boy, boya göre düşlük ağırlık, gebelikte uygun olmayan ağırlık artışı, önceki gebelikte istenmeyen sonuçların olması, anemi, sigara içme, çocuk ölüm öyküsü ve malnütrisyon dünyaca kabul gören bazı risk faktörleridir. Başarılı bir gebelik ve doğum bebeklerin yaşama sağlıklı olarak başlamalarını sağlamaktadır. Riskli gebelikler anne ölümlerine olduğu kadar bebek ölümlerine de neden olmaktadır. Gebelik takibi gerek ülkemizde ve gerek dünyada anne ve bebek ölümlerinin en aza indirilmesi için dikkate alınması gereken en önemli konudur (40,110).

Sağlık göstergeleri, kadının yaşam dönemleri içerisinde, yaşam kalitesinin ve sağlığının olumsuz yönde etkilendiği en önemli sağlık sorunlarının daha çok gebelik, doğum ve doğum sonu süreçleri kapsayan perinatal dönemde ortaya çıktığını göstermektedir. Sağlıklı ve kaliteli bir gebelik dönemi geçirmek, gebeliğe özgü komplikasyonları yaşamamak ya da daha az yaşamak, bebeğin potansiyeli olan kiloya ulaşmasını ve dünyaya yeterli besin depolarını oluşturmuş olarak gelmesini sağlamak, rahat bir lohusalık dönemi geçirmek, lohusalıkta bebeğe verilecek sütün kaliteli olmasını sağlamak için, gebelik öncesinden gelen yaşam tarzı alışkanlıklarının gebelikte tekrar gözden geçirilmesi ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi gerektiği belirtilmiştir (47,111).

Bu çalışmada Elazığ il merkezinde gebelerin yaşam tarzları ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Elazığ kent merkezinde gebeler arasında yapılan bu şekilde genel bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır. Gebelerin yaşam tarzları ve sağlık risklerinin taranması, bu gruba yönelik koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve saptanan olumsuzluklarla ilgili uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol oynayabilecektir.

4. GEREÇ YÖNTEM

Kesitsel tipte olan bu araştırmanın evrenini Elazığ il merkezinde bulunan 102 adet Aile Hekimliği birimine kayıtlı 2935 gebe kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem grubunun seçiminde “küme örnekleme yöntemi” kullanılmıştır. Aile Hekimlikleri coğrafik yerleşim bölgelerine göre kuzey, güney, doğu ve batı olmak üzere dört büyük kümeye ayrılarak, her bir kümeden rastgele seçilen 5 Aile Hekimliği bölgesi araştırmaya dahil edilmiştir. Toplam 20 Aile Hekimliği Birimine kayıtlı olan 585 gebe araştırmanın örneklem grubunu oluşturmuştur.

Veriler araştırmacılar tarafından konu ile ilgili literatürler değerlendirilerek hazırlanan bir anketin (Ek-1), araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere yüz yüze görüşülerek uygulanması ile toplanmıştır. Hazırlanan anketin birinci bölümünde sosyo-demografik özellikler ve yaşam tarzlarının, ikinci bölümünde ise sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık risklerinin değerlendirildiği sorular yer almıştır. Araştırma kapsamına alınan gebelerin 565’ine ulaşılmıştır (Cevaplılık oranı: %96.58). Ulaşılamayanlar araştırmanın yapıldığı dönemde il dışında bulunan (n=6) ve araştırmaya katılmayı kabul etmeyen (n=14) gebelerdir.

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan etik izin ve Aile Hekimlikleri kayıtlarından gebelerin saptanması için Elazığ İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli idari izinler (Ek-2, EK-3) alındıktan sonra araştırmanın saha çalışması 15 Mart-15 Ağustos 2012 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

Elde edilen veriler istatistik paket programına kaydedilerek, istatistiksel değerlendirmelerde değişkenin niteliğine bağlı olarak; yüzde, ortalama, Fisher’s Exact Test ve X^2 (ki-kare) analizleri kullanılmıştır. $P<0.05$ istatistiksel anlamlılık

olarak değerlendirilmiş, ortalamalar standart sapma ile birlikte ($\text{Ort.} \pm \text{SS}$) verilmiştir.

5. BULGULAR

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalaması 28.44 ± 5.94 'tür (min:17, max:52). Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları (n=565)		
19 yaş ve altı	35	6.2
20-34 yaş	452	80.0
35 yaş ve üzeri	78	13.8
Eğitim Durumu (n=565)		
Okur-yazar değil/Herhangi bir okul bitirmemiş	80	14.1
İlkokul/Ortaokul mezunu	258	45.7
Lise/Üniversite mezunu	227	40.2
Medeni Durum (n=565)		
Evli	560	99.1
Dul/Boşanmış	5	0.9
Gelir Getirici Bir İşte Çalışma Durumu (n=565)		
Çalışıyor	111	19.6
Çalışmıyor	454	80.4
Sosyal Güvence Durumu (n=565)		
Sosyal güvencesi yok (Yeşil kart dahil)	130	23.0
Sosyal güvencesi var (Em.S., SSK, Bağkur)	435	77.0
Eşin Eğitim Durumu (n=560)*		
Okur- yazar değil/Herhangi bir okul bitirmemiş	26	4.7
İlkokul/Ortaokul mezunu	190	33.9
Lise/Üniversite mezunu	344	61.4
Eşin Çalışma Durumu (n=560)*		
Çalışıyor	530	94.6
Çalışmıyor	30	5.4
Ailenin Toplam Aylık Geliri (n=554)**		
750 TL ve altı	114	20.6
751 TL – 1500 TL	199	35.9
1501 TL – 2999 TL	126	22.7
3000 TL ve üzeri	115	20.8
Aile Tipi (n=565)		
Geniş aile	88	15.6
Çekirdek aile	477	84.4

*Dul /Boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların ifadelerine göre aile bütçesine bir ayda gelen aylık gelir miktarı ortalaması 1866,19±1491,34 TL’dir. Kadınların evlilik ile ilgili özelliklerine göre dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Evlilik İle İlgili Özelliklerine Göre Dağılımları

Evlilik Özellikleri	Sayı	%
Evlilik Süresi (n=560)*		
1 ay – 60 ay	317	56.6
61 ay – 119 ay	143	25.5
120 ay ve üzeri	100	17.9
Kaçıncı evlilik olduğu (n=560)*		
Bir	543	97.0
İki	17	3.0
Kuma Durumu (n=565)		
Var	20	3.5
Yok	545	96.5

*Dul /Boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %21.8’i (123 kişi) sosyoekonomik düzeyini alt (düşük) olarak, %75.4’ü (426 kişi) orta olarak, %2.8’i (16 kişi) yüksek (üst) düzey olarak algıladığını ifade etmiştir. Kadınların yaşam memnuniyeti ve sosyal durum özelliklerine göre dağılımları Tablo 3’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların yaşam Memnuniyeti ve Sosyal Durum Özelliklerine Göre Dağılımları

Yaşam Memnuniyeti ve Sosyal Durum (n=565)	Sayı	%
Genel Olarak Yaşamdan Memnun Olma Durumu		
Memnun	356	63.0
Orta derecede memnun	179	31.7
Memnun değil	30	5.3
Ailede Bakıma Muhtaç Birey		
Var	208	36.8
Yok	357	63.2
Ailede Kararlara Katılma Durumu		
Evet	440	77.9
Hayır	125	22.1
Bulunduğu Yere Göre Göç Ederek Gelme Durumu		
Evet	154	27.3
Hayır	411	72.7

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşadıkları konut özelliklerine göre dağılımları Tablo 4’de verilmiştir.

Tablo 4. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Yaşadıkları Konut Özelliklerine Göre Dağılımları

Konut Özellikleri (n=565)	Sayı	%
Yaşanılan Bina Yapı Özelliği		
Betonarme	493	87.3
Yığma bina, kerpiç ve ahşap	72	12.7
Oda Sayısı		
1 –3 oda	263	46.5
4 oda ve üzeri	302	53.5
Evde Kalan Kişi Sayısı		
4 kişi ve altı	440	77.9
5 kişi ve üzeri	125	22.1
Tuvalet		
İçeride	551	97.5
Dışarıda	14	2.5
Isınma Aracı		
Soba	263	46.5
Kalorifer	302	53.5

Kadınların bazı sağlıkla ilgili yaşam tarzlarına göre dağılımları Tablo 5’de gösterilmiştir.

Tablo 5. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Sağlıkla İlgili Yaşam Tarzlarına Göre Dağılımları

Yaşam Biçimi Davranışları (n=565)	Sayı	%
Günlük Uyku Saati		
8 saat altı	141	25.0
8saat	186	32.9
8 saat ve üzeri	238	42.1
Uyku Sorunu		
Var	105	18.6
Yok	460	81.4
Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırabilme		
Evet	314	55.6
Hayır	251	44.4
Düzenli Beslendiğini Düşünme		
Evet	328	58.1
Hayır	237	41.9
Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma		
Yaptıran	374	66.2
Yaptırmayan	191	33.8
Düzenli Egzersiz Yapma		
Yapan	112	19.8
Yapmayan	453	80.2

Araştırma kapsamına alınan kadınların sigara ve alkol kullanma durumlarına göre dağılımları Tablo 6’da verilmiştir

Tablo 6. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sigara ve Alkol Kullanma Durumlarına Göre Dağılımları

Sigara ve Alkol Kullanma Durumu n=(565)	Sayı	%
Sigara Kullanma Durumu		
Her gün günde en az 1 tane içen	28	5.0
Ara sıra içen	22	3.9
İçip bırakmış olan	57	10.1
Hiç içmeyen	458	81.0
Alkol Kullanma Durumu		
Kullanan	1	0.2
Kullanıp bırakan	1	0.2
Hiç kullanmayan	563	99.6

Kadınlardan sigara kullanıp bırakmış olanların %77.2’si (44 kişi) gebelik nedeniyle sigara kullanmayı bıraktığını, alkol kullanıp bırakmış olanların ise %100’ü (1 kişi) gebelik nedeniyle alkol kullanmayı bıraktığını ifade etmiştir. Kadınların pasif içiciliğinin değerlendirilmesinde, sigara içilen ortamlarda bulunma durumlarına göre dağılımları Tablo 7’de gösterilmiştir.

Tablo 7. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sigara İçilen Ortamlarda Bulunma Durumlarına Göre Dağılımları

Sigara Ortamında Bulunma Durumu	Sayı	%
Sigara İçilen Ortamda Bulunma (n=565)		
Evet	341	60.4
Hayır	224	39.6
Sigara İçilen Ortamda Bulunma Sıklığı (n=341)*		
Sık sık	143	41.9
Ara sıra	114	33.4
Seyrek	84	24.7

*Sigara içilen ortamda bulunmayanlar (n=224) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan %85.5'i (483 kişi) hayatı boyunca hiç şiddete maruz kalmadığını, %14.5'i (82 kişi) ise herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını ifade etmiştir. Kadınların %95.6'sı (540 kişi) mevcut gebeliği süresince hiç şiddete maruz kalmadığını, %4.4'ü (25 kişi) ise herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların hayatları boyunca ve gebelik döneminde maruz kaldıkları şiddet türlerinin dağılımı Tablo 8 ve Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 8. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Hayatları Boyunca Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri*

Şiddet Türü (n=565)	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel şiddet	44	7.8	521	92.2
Sözel şiddet	72	12.7	493	87.3
Cinsel taciz	1	0.2	564	99.8
Cinsel ilişkiye zorlanma	1	0.2	564	99.8

*Kadınlar birden fazla şiddet türüne maruz kalabilmişlerdir.

Tablo 9. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Döneminde Maruz Kaldıkları Şiddet Türleri*

Şiddet Türü (n=565)	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Fiziksel şiddet	7	1.2	558	98.8
Sözel şiddet	25	4.4	540	95.6
Cinsel taciz	3	0.5	562	99.5
Cinsel ilişkiye zorlanma	0	0	565	100

*Kadınlar birden fazla şiddet türüne maruz kalabilmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %53.1'i (300 kişi) kendilerini etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek aldığını, %46.9'u (265 kişi) ise böyle bir destek almadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların mevcut sağlık durumlarını değerlendirmelerine göre dağılımları Tablo 10’da gösterilmiştir.

Tablo 10. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Mevcut Sağlık Durumlarını Değerlendirmelerine Göre Dağılımları

Sağlık Durumu (n=565)	Sayı	%
Kendi Sağlık Durumunu Değerlendirme		
İyi	312	55.2
Orta	231	40.9
Kötü	22	3.9
Kronik Hastalık Varlığı		
Var	76	13.5
Yok	489	86.5
Ruhsal hastalık Varlığı		
Var	8	1.4
Yok	557	98.6

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan %94.3’ü (533 kişi) sağlık hizmetlerine kolayca ulaşabildiğini, %5.7’si (32 kişi) ise ulaşamadığını ifade etmiştir. Kadınların gebelikleri sürecinde aldığı sağlık takibi ile ilgili değerlendirmeleri Tablo 11’de gösterilmiştir

Tablo 11. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Süresince Aldıkları Sağlık Takibi Özelliklerine Göre Dağılımları

Sağlık Takip Özellikleri	Sayı	%
Son Doğum Yapılan Yer (n=333)*		
Evde sağlık personeli, ara ebe, kendi kendine	11	3.3
Hastanede	322	96.7
İlk Gebelik Tespiti Yapılan Yer (n=565)		
Aile hekimliği ve/veya Toplum Sağlığı Merkezi	208	36.8
Devlet Hastanesi ve/veya Üniversite Hastanesi (Kamu)	185	32.7
Özel Hastane ve/veya Özel Muayenehane (Özel)	172	30.5
Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu (n=565)		
Düzenli Giden	460	81.4
Düzenli Gitmeyen	105	18.6
Kontrolleri Yapan Personel (n=565)		
Doktor	546	96.6
Ebe ve/veya hemşire	19	3.4

* Araştırma Kapsamına Alınan Kadınlardan daha önce doğum yapmamış olanlar (n=232) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların tamamı (%100) en az bir kez gebelik ile ilgili kontrollere gittiğini belirtmiştir. Kadınların gebelik kontrollerini yaptırdıkları yerlere göre dağılımları Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Kontrollerini Yaptırdıkları Yerlere Göre Dağılımları*

Gebelik Kontrollerinin Yaptırıldığı Yer (n=565)	Evet		Hayır	
	Sayı	%	Sayı	%
Aile sağlığı merkezi	177	31.3	388	68.7
Toplum sağlığı merkezi	8	1.4	557	98.6
Devlet hastanesi	275	48.7	290	51.3
Üniversite hastanesi	55	9.7	510	90.3
Özel hastane	239	42.3	326	57.7
Özel muayenehane	21	3.7	544	96.3

*Kadınlar gebelik kontrollerini birden fazla sağlık kuruluşunda yaptırabilmişlerdir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı doğum öncesi bakım alma durumlarına göre dağılımları Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerini Alma Durumlarına Göre Dağılımları

Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri (n=565)	Sayı	%
Kilo Ölçümü		
Evet	544	96.3
Hayır	21	3.7
Kan Basıncı Ölçümü		
Evet	520	92.0
Hayır	45	8.0
Gebelik Dönemine Ait Eğitim Alma Durumu		
Evet	142	25.1
Hayır	423	74.9
Tetanoza Karşı Bağışıklama Durumu		
Evet	489	86.5
Hayır	76	13.5
Folik Asit Kullanımı		
Evet	423	74.9
Hayır	142	25.1
Demir Preparatı Kullanımı		
Evet	285	50.4
Hayır	280	49.6
D Vitamini Kullanımı		
Evet	183	32.4
Hayır	282	67.6

Araştırma kapsamına alınan kadınların %35.2'si (n=199) ilk kez gebe kaldığını belirtmiştir. Kadınların obstetrik özelliklerine göre dağılımları Tablo 14'de gösterilmiştir.

Tablo 14. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Obstetrik Özelliklerine Göre Dağılımları

Obstetrik Özellikler	Sayı	%
İlk Gebelik Yaşı (n=565)		
19 yaş ve altı	91	16.1
20-34 yaş arası	471	83.4
35 yaş ve üzeri	3	0.5
Gebelik Sayısı (n=565)		
1-3 kez	457	80.9
4 ve üzeri	108	19.1
Daha Önce Gebe Kalma Durumu (n=565)		
Evet	366	64.8
Hayır	199	35.2
Yaşayan Çocuk (n=366)*		
Var	333	91.0
Yok	33	9.0
Kürtaj Yaptırma Durumu (n=366)*		
Kürtaj Yaptıran	32	8.7
Kürtaj Yaptırmayan	334	91.3
Kürtaj Sayısı (n=32)**		
Bir	26	81.2
İki	6	18.8
Düşük Yapma Durumu (n=366)*		
Yapan	55	15.0
Yapmayan	311	85.0
Düşük Sayısı (n=55)***		
Bir	42	76.4
İki	11	20.0
Üç	2	3.6
Normal Doğum (n=366)*		
Yapan	260	71.0
Yapmayan	106	29.0
Sezaryenle Doğum (n=366)*		
Yapan	125	34.2
Yapmayan	241	65.8
Sezaryen Sayısı (n=125)****		
2 ve altı	90	72.0
2 den fazla	35	28.0
Gebelik Aralığı (n=366)*		
24 ay altı	110	30.1
24 ay ve üzeri	256	69.9

* Daha önce gebe kalmamış olanlar (n=199) değerlendirmeye alınmamıştır.

** Kürtaj olmayanlar (n=199) değerlendirmeye alınmamıştır.

***Düşük yapmayanlar (n=199) değerlendirmeye alınmamıştır.

****Sezaryen olmamış olanlar(n=340) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların gebelik öncesi boy ve beden kitle indekslerine göre dağılımları Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik Öncesi Boy ve Beden Kitle İndekslerine Göre Dağılımları

	Sayı	%
Boy (n=549)*		
150cm ve altı	28	5.1
151cm ve üzeri	521	94.9
Beden Kitle İndeksi (n=538)*		
<18.5 (Düşük kilolu)	35	6.5
18.5 – 24.9 (Normal kilolu)	327	60.8
25-29.9 (Fazla kilolu)	146	27.1
≥ 30 (Obez)	30	5.6

*Boy (n=16) ve kilo(n=27) bildirmeyenler değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %72.7’si (411 kişi) isteyerek/planlayarak, %27.3’ü (154 kişi) ise istemeden/planlamadan gebe kaldığını belirtmiştir. Kadınların %64.1’i (362 kişi) mevcut gebeliklerinde normal doğum, %35.9’u (203 kişi) ise mevcut gebeliklerinde sezaryenle doğum yapmayı planladıklarını belirtmişlerdir.

Kadınların %15.0’ı (85 kişi) gebelik ile birlikte herhangi bir hastalığının ortaya çıktığını, %85.0’ı (480 kişi) böyle bir durumunun olmadığını belirtmiştir. Kadınların gebelik ile birlikte ortaya çıkan hastalıklarının dağılımı Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Gebelik ile Birlikte Ortaya Çıkan Hastalıklarının Dağılımları*

Gebelik İle birlikte Ortaya Çıkan Hastalıklar (n=84)	Sayı	%
Diyabet	21	25.0
Böbrek/İdrar yolu hastalıkları	8	9.5
Ruhsal hastalıklar	5	6.0
Troid hastalıkları	3	3.6
Kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, hipotansiyon, kalp ve damar hastalıkları)	16	19.0
Hiperemesis	12	14.3
Diğer	19	22.6

*Gebelik ile birlikte ortaya çıkan hastalıklarının olmadığını bildirenler (n=481) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %22.3'ü (126 kişi) eşiyile akrabalık bağının bulunduğunu, %77,7'si (439 kişi) ise bulunmadığını ifade etmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre yaşam memnuniyeti durumlarının dağılımı Tablo 17'de gösterilmiştir.

Tablo 17. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yaşam Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Yaşam memnuniyeti						P değeri
	Memnun		Orta derecede memnun		Memnun değil		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)							
19 yaş ve altı	30	85.7	5	14.3	0	0.0	P=0.006
20-34 yaş	287	63.5	142	31.4	23	5.1	
35 yaş ve üzeri	39	50.0	32	41.0	7	9.0	
Eğitim Durumu (n=565)							
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	40	50.0	33	41.3	7	8.8	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	148	57.3	92	35.7	18	7.0	
Lise/üniversite mezunu	168	74.0	54	23.8	5	2.2	
Evlilik süresi (n=560)*							
1-60 ay	214	67.5	89	28.1	14	4.4	P=0.040
61-120 ay	87	60.8	51	35.7	5	3.5	
120 ay üzeri	53	53.0	38	38.0	9	9.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*							
Bir	345	63.5	171	31.5	27	5.0	P=0.668
İki	9	52.9	7	41.2	1	5.9	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)							
Evet	83	74.8	26	23.4	2	1.8	P=0.010
Hayır	273	63.1	153	33.7	28	6.2	
Sosyal güvence durumu (n=565)							
Yok/Yeşil Kart	59	45.4	59	45.4	12	9.2	P=0.0001
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	297	68.3	120	27.6	18	4.1	
Eşin eğitim durumu (n=560)*							
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	12	46.2	12	46.2	2	7.6	P=0.008
İlkokul/ortaokul mezunu	107	56.3	68	35.8	15	7.9	
Lise/üniversite mezunu	235	68.3	98	28.5	11	3.2	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*							
Evet	348	65.7	158	29.8	24	4.5	P=0.0001
Hayır	6	20.0	20	66.7	4	13.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**							
750 TL ve altı	58	50.8	46	40.4	10	8.8	P=0.0001
751 TL -1500 TL	125	62.8	60	30.2	14	7.0	
1501 TL-2999 TL	80	63.5	43	34.1	3	2.4	
3000 TL ve üzeri	93	80.8	21	18.3	1	0.9	
Aile tipi (n=565)							
Geniş aile	44	50.0	39	44.3	5	5.7	P=0.018
Çekirdek aile	312	65.4	140	29.4	25	5.2	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)							
Evet	101	65.6	42	27.3	11	7.1	P=0.239
Hayır	255	62.0	137	33.3	19	4.7	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan, lise ve üniversite mezunu olanların %87.7'si, gelir getirici bir işte çalışanların %96.4'ü, çekirdek aileye sahip olanların %81.8'i evde alınan kararlara katıldığını belirtmiştir. Kadınların sosyodemografik özelliklere göre evde alınan kararlara katılma durumlarının dağılımı Tablo 18'de verilmiştir.

Tablo 18. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Evde Kararlara Katılma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Kararlara Katılma				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	24	68.6	11	31.4	P=0.367
20-34 yaş	356	78.8	96	21.2	
35 yaş ve üzeri	60	76.9	18	23.1	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	53	66.2	27	33.8	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	188	72.9	70	27.1	
Lise/üniversite mezunu	199	87.7	28	12.3	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	253	79.8	64	20.2	P=0.409
61-120 ay	109	76.2	34	23.8	
120 ay üzeri	74	74.0	26	26.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	426	78.5	117	21.5	P=0.055
İki	10	58.8	7	41.2	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	107	96.4	4	3.6	Fisher's Exact T. ile P=0.0001
Hayır	333	73.3	121	26.7	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	74	56.9	56	43.1	P=0.0001
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	366	84.1	69	15.9	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	19	73.1	7	26.9	P=0.003
İlkokul/ortaokul mezunu	133	70.0	57	30.0	
Lise/üniversite mezunu	284	82.6	60	17.4	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	421	79.4	109	20.6	P=0.0001
Hayır	15	50.0	15	50.0	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	72	63.2	42	36.8	P=0.0001
751 TL -1500 TL	150	75.4	49	24.6	
1501 TL-2999 TL	106	84.1	20	15.9	
3000 TL ve üzeri	107	93.0	8	7.0	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	50	56.8	38	43.2	P=0.0001
Çekirdek aile	390	81.8	87	18.2	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	125	81.2	29	18.8	P=0.248
Hayır	315	76.6	96	23.4	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır. **Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan lise/üniversite mezunu olanların %63.0'ı, gelir getirici bir işte çalışanların %64.9'u kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmiştir. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kendi sağlık durumlarını değerlendirmelerinin dağılımı Tablo 19'da verilmiştir.

Tablo 19. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kendi Sağlıklarını Değerlendirme Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sağlık Durumu						P değeri
	İyi		Orta		Kötü		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)							
19 yaş ve altı	21	60.0	14	40.0	0	0.0	P=0.697
20-34 yaş	251	55.5	183	40.5	18	4.0	
35 yaş ve üzeri	40	51.3	34	43.6	4	5.1	
Eğitim Durumu (n=565)							
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	43	53.7	34	42.5	3	3.8	P=0.035
İlkokul/ortaokul mezunu	126	48.8	119	46.1	13	5.1	
Lise/üniversite mezunu	143	63.0	78	34.4	6	2.6	
Evlilik süresi (n=560)*							
1-60 ay	187	59.0	116	36.6	14	4.4	P=0.076
61-120 ay	77	53.8	63	44.1	3	2.1	
120 ay üzeri	45	45.0	51	51.0	4	4.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*							
Bir	304	56.0	218	40.1	21	3.9	P=0.039
İki	5	29.4	12	70.6	0	0.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)							
Evet	72	64.9	37	33.3	2	1.8	P=0.055
Hayır	240	52.9	194	42.7	20	4.4	
Sosyal güvence durumu (n=565)							
Yok/Yeşil Kart	69	53.1	54	41.5	7	5.4	P=0.571
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	243	55.9	177	40.7	15	3.4	
Eşin eğitim durumu (n=560)*							
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	15	61.5	10	38.5	0	0.0	P=0.593
İlkokul/ortaokul mezunu	98	51.6	85	44.7	7	3.7	
Lise/üniversite mezunu	195	56.7	135	39.2	14	4.1	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*							
Evet	297	56.0	217	40.9	16	3.1	P=0.0001
Hayır	12	40.0	13	43.3	5	16.7	
Toplam aylık gelir (n=554)**							
750 TL ve altı	64	56.1	40	35.1	10	8.8	P=0.002
751 TL -1500 TL	100	50.3	91	45.7	8	4.0	
1501 TL-2999 TL	67	53.2	58	46.0	1	0.8	
3000 TL ve üzeri	77	67.0	36	31.3	2	1.7	
Aile tipi (n=565)							
Geniş aile	42	47.7	41	46.6	5	5.7	P=0.253
Çekirdek aile	270	56.6	190	39.8	17	3.6	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)							
Evet	81	52.6	68	44.2	5	3.2	P=0.593
Hayır	231	56.2	163	39.7	17	4.1	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre uyku sorunu yaşıyıp yaşamama durumlarının karşılaştırılması Tablo 20’de gösterilmiştir.

Tablo 20. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Uyku Sorunu Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Uyku Sorunu				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	6	17.1	29	82.9	P=0.518
20-34 yaş	88	79.5	364	80.5	
35 yaş ve üzeri	11	14.1	67	85.9	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	12	15.0	68	85.0	P=0.668
İlkokul/ortaokul mezunu	50	19.4	208	80.6	
Lise/üniversite mezunu	43	18.9	184	81.1	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	55	17.4	262	82.6	P=0.397
61-120 ay	32	22.4	111	77.6	
120 ay üzeri	17	17.0	83	83.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	102	18.8	441	81.2	P=0.360
İki	2	11.8	15	88.2	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	28	25.2	83	74.8	P=0.045
Hayır	77	17.0	377	83.0	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	22	16.9	108	83.1	P=0.579
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	83	19.1	352	80.9	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	1	3.8	25	96.2	P=0.132
İlkokul/ortaokul mezunu	35	18.4	155	81.6	
Lise/üniversite mezunu	68	19.8	276	80.2	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	96	18.1	434	81.9	P=0.241
Hayır	8	26.7	22	73.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	27	23.7	87	76.3	P=0.042
751 TL -1500 TL	39	19.6	160	80.4	
1501 TL-2999 TL	13	10.3	113	89.7	
3000 TL ve üzeri	24	20.9	91	79.1	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	17	19.3	71	80.7	P=0.847
Çekirdek aile	88	18.4	389	81.6	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	37	24.0	117	76.0	P=0.042
Hayır	68	16.5	343	83.5	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan 19 yaş altı grubun %82.9'u, evlilik süresi 1-60 ay olanların %64.7'si, gelir getirici işte çalışmayanların %57.9'u dinlenme için özel zaman ayırabildiğini ifade etmiştir. Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dinlenme için özel zaman ayırabilme durumları Tablo 21'de gösterilmiştir.

Tablo 21. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırabilme Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Dinlenme İçin Özel Zaman Ayırabilme				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	29	82.9	6	17.1	P=0.002
20-34 yaş	247	54.6	205	45.4	
35 yaş ve üzeri	38	48.7	40	51.3	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	40	50.0	40	50.0	P=0.203
İlkokul/ortaokul mezunu	138	53.5	120	46.5	
Lise/üniversite mezunu	136	59.9	91	40.1	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	205	64.7	112	35.3	P=0.0001
61-120 ay	68	47.6	75	52.4	
120 ay üzeri	40	40.0	60	60.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	304	56.0	239	44.0	P=0.803
İki	9	52.9	8	47.1	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	51	45.9	60	54.1	P=0.023
Hayır	263	57.9	191	42.1	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	73	56.2	57	43.8	P=0.880
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	241	55.4	194	44.6	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	15	57.7	11	42.3	P=0.059
İlkokul/ortaokul mezunu	93	48.9	97	51.1	
Lise/üniversite mezunu	205	59.6	139	40.4	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	301	56.8	229	43.2	P=0.072
Hayır	12	40.0	18	60.0	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	60	52.6	54	47.4	P=0.671
751 TL -1500 TL	112	56.3	87	43.7	
1501 TL-2999 TL	76	60.3	50	39.7	
3000 TL ve üzeri	63	54.8	52	45.2	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	42	47.7	46	52.3	P=0.107
Çekirdek aile	272	57.0	205	43.0	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	94	61.0	60	39.0	P=0.110
Hayır	220	53.5	191	46.5	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır. **Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Eğitim durumu lise/üniversite mezunu olan kadınların %65.2'si düzenli beslendiğini ifade ederken bu oran okur-yazar olmayan/okul bitirmemiş olanlarda %50.0'dır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre düzenli beslenme durumlarının dağılımı Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Beslenme Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Düzenli Beslenme				P değeri
	Evet		Hayır		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	25	71.4	10	28.6	P=0.097
20-34 yaş	264	58.4	188	41.6	
35 yaş ve üzeri	39	50.0	39	50.0	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	40	50.0	40	50.0	P=0.015
İlkokul/ortaokul mezunu	140	54.3	118	45.7	
Lise/üniversite mezunu	148	65.2	79	34.8	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	71	64.0	40	36.0	P=0.159
Hayır	257	56.6	197	43.4	
Toplam aylık gelir (n=554)*					
750 TL ve altı	59	51.8	55	48.2	P=0.097
751 TL -1500 TL	115	57.8	84	42.2	
1501 TL-2999 TL	73	57.9	53	42.1	
3000 TL ve üzeri	78	67.8	37	32.2	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	43	48.9	45	51.1	P=0.057
Çekirdek aile	285	59.7	192	40.3	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	95	61.7	59	38.3	P=0.284
Hayır	233	56.7	178	43.3	

*Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmama durumlarının dağılımı Tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma				P değeri
	Yaptıran Sayı	%	Yaptırmayan Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	20	57.1	15	42.9	P=0.093
20-34 yaş	309	68.4	143	31.6	
35 yaş ve üzeri	45	57.7	33	42.3	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	46	57.5	34	42.5	P=0.004
İlkokul/ortaokul mezunu	160	62.0	98	38.0	
Lise/üniversite mezunu	168	74.0	59	26.0	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	223	70.3	94	29.7	P=0.026
61-120 ay	92	64.3	51	35.7	
120 ay üzeri	56	56.0	44	44.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	87	78.4	24	21.6	P=0.002
Hayır	287	63.2	167	36.8	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	72	55.4	58	44.6	P=0.003
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	302	69.4	133	30.6	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	20	76.9	6	23.1	P=0.003
İlkokul/ortaokul mezunu	108	56.8	82	43.2	
Lise/üniversite mezunu	243	70.6	101	29.4	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	70	61.4	44	38.6	P=0.002
751 TL -1500 TL	119	59.8	80	40.2	
1501 TL-2999 TL	85	67.5	41	32.5	
3000 TL ve üzeri	92	80.0	23	20.0	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	51	58.0	37	42.0	P=0.075
Çekirdek aile	323	67.7	154	32.3	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	106	68.8	48	31.2	P=0.417
Hayır	268	65.2	143	34.8	
Sosyoekonomik düzey algısı (n=565)					
Düşük (kötü)	72	58.5	41	41.5	P=0.003
Orta	286	67.1	140	32.9	
Yüksek (üst)	16	100.0	0	0.0	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlarda 20-34 yaş grubunda olanların %22.1'i düzenli egzersiz yaptığını ifade ederken bu oran 19 yaş ve altı grupta %5.7, sosyoekonomik düzeyini yüksek olarak algılayanlarda %50.0 düşük olarak algılayanlarda ise %11.4'tür. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre düzenli egzersiz yapma durumlarının dağılımı Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Düzenli Egzersiz Yapma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Düzenli Egzersiz				P değeri
	Yapan Sayı	Yapan %	Yapmayan Sayı	Yapmayan %	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	2	5.7	33	94.3	P=0.016
20-34 yaş	100	22.1	352	77.9	
35 yaş ve üzeri	10	12.8	68	87.2	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	11	13.8	69	86.2	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	32	12.4	226	87.6	
Lise/üniversite mezunu	69	30.4	158	69.6	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	35	31.5	76	68.5	P=0.001
Hayır	77	17.0	377	83.0	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	14	10.8	116	89.2	P=0.003
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	98	22.5	337	77.5	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	5	19.2	21	80.8	P=0.006
İlkokul/ortaokul mezunu	24	12.6	166	87.4	
Lise/üniversite mezunu	83	24.1	261	75.9	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	14	12.3	100	87.7	P=0.0001
751 TL -1500 TL	28	14.1	171	85.9	
1501 TL-2999 TL	27	21.4	99	78.6	
3000 TL ve üzeri	42	36.5	73	63.5	
Aile tipi (n=560)					
Geniş aile	7	8.0	81	92.0	P=0.002
Çekirdek aile	105	22.0	372	78.0	
Sosyoekonomik düzey algısı (n=565)					
Düşük (kötü)	14	11.4	109	88.6	P=0.001
Orta	90	21.1	336	78.9	
Yüksek (üst)	8	50.0	8	50.0	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan evlilik sayısı birden fazla olanların %35.3'ü sigara kullandığını, bir evlilik yapmış olanlarda ise bu oranın %8.1 olduğu, bulunduğu yere göç ile geldiğini ifade edenlerde sigara kullanımı %4.3 iken böyle bir göç yaşamayanlarda %6.8 olduğu saptanmıştır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre sigara kullanımı durumlarının dağılımı Tablo 25'te gösterilmiştir.

Tablo 25. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sigara Kullanma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sigara Kullanma Durumu				P değeri
	Kullanan Sayı	Kullanan %	Kullanmayan Sayı	Kullanmayan %	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	3	8.6	32	91.4	P=0.923
20-34 yaş	41	9.1	411	90.9	
35 yaş ve üzeri	6	7.7	72	92.3	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	8	10.0	72	90.0	P=0.522
İlkokul/ortaokul mezunu	19	7.4	239	92.6	
Lise/üniversite mezunu	23	10.1	204	89.9	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	31	9.8	286	90.2	P=0.674
61-120 ay	12	8.4	131	91.6	
120 ay üzeri	7	7.0	93	93.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	44	8.1	499	91.9	P=0.0001
İki	6	35.3	11	64.7	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	9	8.1	102	91.9	P=0.759
Hayır	41	9.0	413	91.0	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	17	13.1	113	86.9	P=0.053
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	33	7.6	402	92.4	
Eşin eğitim durumu n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	2	7.7	24	92.3	P=0.919
İlkokul/ortaokul mezunu	16	8.4	174	91.6	
Lise/üniversite mezunu	32	9.3	312	90.7	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	46	8.7	484	91.3	Fisher's E. Test ile P=0.275
Hayır	4	13.3	26	86.7	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	7	6.1	107	93.9	P=0.137
751 TL -1500 TL	24	12.1	175	87.9	
1501 TL-2999 TL	12	9.5	114	90.5	
3000 TL ve üzeri	6	5.2	109	94.8	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	9	10.2	79	89.8	P=0.620
Çekirdek aile	41	8.6	436	91.4	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	22	14.3	132	85.7	P=0.005
Hayır	28	6.8	383	93.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır. **Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre hayatları boyunca ya da gebelikleri sürecinde herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kalıp kalmama durumlarının dağılımı Tablo 26 ve 27’de gösterilmiştir.

Tablo 26. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Hayatları Boyunca Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Hayatı Boyunca Herhangi Bir Şiddet Türüne Kalma				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	2	5.7	33	94.3	P=0.285
20-34 yaş	67	14.8	385	85.2	
35 yaş ve üzeri	13	16.7	65	83.3	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	16	20.0	64	80.0	P=0.101
İlkokul/ortaokul mezunu	41	15.9	217	84.1	
Lise/üniversite mezunu	25	11.0	202	89.0	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	44	13.9	273	86.1	P=0.471
61-120 ay	18	12.6	125	87.4	
120 ay üzeri	18	18.0	82	82.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	75	13.8	468	86.2	Fisher's E. Test İle P=0.080
İki	5	29.4	12	70.6	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	11	9.9	100	90.1	P=0.125
Hayır	71	15.6	383	64.4	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	21	16.2	109	83.8	P=0.545
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	61	14.0	374	86.0	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	1	3.8	25	96.2	P=0.225
İlkokul/ortaokul mezunu	31	16.3	159	83.7	
Lise/üniversite mezunu	48	14.0	296	86.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	74	14.0	456	86.0	P=0.358
Hayır	6	20.0	24	80.0	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	20	17.5	94	82.5	P=0.630
751 TL -1500 TL	29	14.6	170	85.4	
1501 TL-2999 TL	15	11.9	111	88.1	
3000 TL ve üzeri	15	13.0	100	87.0	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	17	19.3	71	80.7	P=0.164
Çekirdek aile	65	13.6	412	86.4	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	20	13.0	134	87.0	P=0.528
Hayır	62	15.1	349	84.9	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Tablo 27. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Döneminde Herhangi Bir Şiddete Tüüne Maruz kalma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik ve Gebelik İle İlgili Özellikler	Gebelik Döneminde Herhangi Bir Şiddet Türüne Maruz Kalma				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	0	0.0	35	100.0	P=0.255
20-34 yaş	23	5.1	429	94.9	
35 yaş ve üzeri	2	2.6	76	97.4	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	4	5.0	76	95.0	P=0.440
İlkokul/ortaokul mezunu	14	5.4	244	94.6	
Lise/üniversite mezunu	7	3.1	220	96.9	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	14	4.4	303	95.6	P=0.648
61-120 ay	5	3.5	138	96.5	
120 ay üzeri	6	6.0	94	94.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	24	4.4	519	95.6	Fisher's E. Test İle P=0.545
İki	1	5.9	16	94.1	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	3	2.7	108	97.3	Fisher's E. Test İle P=0.241
Hayır	22	4.8	432	95.2	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	8	6.2	122	93.8	P=0.275
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	17	3.9	418	96.1	
Eşin eğitim durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	0	0.0	26	100.0	P=0.470
İlkokul/ortaokul mezunu	10	5.3	180	94.7	
Lise/üniversite mezunu	15	4.4	329	95.6	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	24	4.5	506	95.5	Fisher's E. Test İle P=0.607
Hayır	1	3.3	29	96.7	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	6	5.3	108	94.7	P=0.963
751 TL -1500 TL	8	4.0	191	96.0	
1501 TL-2999 TL	6	4.8	120	95.2	
3000 TL ve üzeri	5	4.3	110	95.7	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	4	4.5	84	95.5	Fisher's E. Test İle P=0.564
Çekirdek aile	21	4.4	456	95.6	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	10	6.5	144	93.5	P=0.143
Hayır	15	3.6	396	96.4	
Sosyal destek alma durumu					
Alan	6	2.0	294	98.0	P=0.002
Almayan	19	7.2	246	92.8	
Gebe kalma durumu					
İsteyerek	14	3.4	397	96.6	P=0.054
İstemeyerek	11	17.1	143	92.9	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlarda lise/üniversite mezunu olanların %56.4'ü herhangi bir olay karşısında sosyal destek alabildiğini belirtirken bu oran okur-yazar olmayan/okul bitirmemiş olanlarda %40.0'dır. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre sosyal destek alabilme durumlarının dağılımı Tablo 28'de gösterilmiştir.

Tablo 28. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sosyal Destek Alabilme Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sosyal Destek Alabilme Durumu				P değeri
	Alan Sayı	Alan %	Almayan Sayı	Almayan %	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	23	65.7	12	34.3	P=0.001
20-34 yaş	250	55.3	202	44.7	
35 yaş ve üzeri	27	34.6	51	65.4	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	32	40.0	48	60.0	P=0.036
İlkokul/ortaokul mezunu	140	54.3	118	45.7	
Lise/üniversite mezunu	128	56.4	99	43.6	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	189	59.6	128	40.4	P=0.0001
61-120 ay	72	50.3	71	49.7	
120 ay üzeri	37	37.0	63	63.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	289	53.2	254	46.8	P=0.982
İki	9	52.9	8	47.1	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	65	58.6	46	41.4	P=0.198
Hayır	235	51.8	219	48.2	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	60	46.2	70	53.8	P=0.071
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	240	55.2	195	44.8	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	14	53.8	12	46.2	P=0.061
İlkokul/ortaokul mezunu	88	46.3	102	53.7	
Lise/üniversite mezunu	196	57.0	148	43.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	283	53.4	247	46.6	P=0.717
Hayır	15	50.0	15	50.0	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	58	50.9	56	49.1	P=0.144
751 TL -1500 TL	99	49.7	100	50.3	
1501 TL-2999 TL	65	51.6	61	48.4	
3000 TL ve üzeri	72	62.6	43	37.4	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	40	45.5	48	54.5	P=0.118
Çekirdek aile	260	54.5	217	45.5	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	78	50.6	76	49.4	P=0.475
Hayır	222	54.0	189	46.0	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre şu anda herhangi bir kronik hastalığı olup olmaması durumlarının dağılımı Tablo 29’da gösterilmiştir.

Tablo 29. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Kronik Hastalık Varlığı Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Kronik Hastalık				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	0	0.0	35	100.0	P=0.0001
20-34 yaş	51	11.3	401	88.7	
35 yaş ve üzeri	25	32.1	53	67.9	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	21	26.3	59	73.7	P=0.001
İlkokul/ortaokul mezunu	30	11.6	228	88.4	
Lise/üniversite mezunu	25	11.0	202	89.0	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	31	9.8	286	90.2	P=0.001
61-120 ay	19	13.3	124	86.7	
120 ay üzeri	25	25.0	75	75.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	71	13.1	472	86.9	Fisher's E. Test İle P=0.182
İki	4	23.5	13	76.5	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	12	10.8	99	89.2	P=0.363
Hayır	64	14.1	390	85.9	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	14	10.8	116	89.2	P=0.307
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	62	14.3	373	85.7	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	4	15.4	22	84.6	P=0.936
İlkokul/ortaokul mezunu	26	13.7	164	86.3	
Lise/üniversite mezunu	45	13.1	299	86.9	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	70	13.2	460	86.8	Fisher's E. Test İle P=0.374
Hayır	5	16.7	25	83.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	19	16.7	95	83.3	P=0.525
751 TL -1500 TL	25	12.6	174	87.4	
1501 TL-2999 TL	13	10.3	113	89.7	
3000 TL ve üzeri	16	13.9	99	86.1	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	11	12.5	77	87.5	P=0.776
Çekirdek aile	65	13.6	412	86.4	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	14	9.1	140	90.9	P=0.063
Hayır	62	15.1	349	84.9	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre mevcut gebelikleri ile birlikte ortaya çıkan herhangi bir hastalık varlığı durumlarının dağılımı Tablo 30'da gösterilmiştir.

Tablo 30. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik İle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalık Varlığı Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Gebelik İle Birlikte Ortaya Çıkan Hastalık				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	4	1.4	31	88.6	P=0.772
20-34 yaş	68	15.0	384	85.0	
35 yaş ve üzeri	13	16.7	65	83.3	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	15	18.8	65	81.2	P=0.383
İlkokul/ortaokul mezunu	41	15.9	217	84.1	
Lise/üniversite mezunu	29	12.8	198	87.2	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	49	15.5	268	84.5	P=0.932
61-120 ay	21	14.7	122	85.3	
120 ay üzeri	14	14.0	86	86.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	84	15.5	459	84.5	Fisher's E. Test İle P=0.060
İki	0	0.0	14	100.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	15	13.5	96	86.5	P=0.615
Hayır	70	15.4	384	84.6	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	23	17.7	107	82.3	P=0.336
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	62	14.3	373	85.7	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	26	22.8	88	77.2	P=0.067
751 TL -1500 TL	29	14.6	170	85.4	
1501 TL-2999 TL	16	12.7	110	87.3	
3000 TL ve üzeri	13	11.3	102	88.7	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	18	20.5	70	79.5	P=0.086
Çekirdek aile	67	14.0	410	86.0	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	24	15.6	130	84.4	P=0.826
Hayır	61	14.8	350	85.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre mevcut gebeliklerinde gebelik tespitlerinin ilk yapıldığı yer Tablo 31’de gösterilmiştir.

Tablo 31.Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İlk Gebelik Tespiti Yapılan Yer Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	İlk Gebelik Tespiti Yapılan Yer						P değeri
	1.basamak sağlık kuruluşları		Kamu hastaneleri		Özel sağlık kurumları		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)							
19 yaş ve altı	11	31.4	17	48.6	7	20.0	P=0.091
20-34 yaş	161	35.6	145	32.1	146	32.3	
35 yaş ve üzeri	36	46.2	23	29.5	19	24.1	
Eğitim Durumu (n=565)							
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	40	50.0	25	31.2	15	18.8	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	117	45.3	90	34.9	51	19.8	
Lise/üniversite mezunu	51	22.5	70	30.8	106	46.7	
Evlilik süresi (n=560)*							
1-60 ay	104	32.8	104	32.8	109	34.4	P=0.043
61-120 ay	56	39.1	44	30.8	43	30.1	
120 ay üzeri	45	45.0	36	36.0	19	19.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*							
Bir	194	35.7	179	33.0	170	31.3	P=0.026
İki	11	64.7	5	29.4	1	5.9	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)							
Evet	17	15.2	36	32.4	58	52.3	P=0.0001
Hayır	191	42.1	149	32.8	114	25.1	
Sosyal güvence durumu (n=565)							
Yok/Yeşil Kart	65	50.0	48	36.9	17	13.1	P=0.0001
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	143	32.9	137	31.5	155	35.6	
Eşin eğitim durumu (n=560)*							
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	12	46.2	10	38.5	4	15.3	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	96	50.5	64	33.7	30	15.8	
Lise/üniversite mezunu	97	28.2	110	32.0	137	39.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*							
Evet	185	34.9	177	33.4	168	31.7	P=0.001
Hayır	20	66.7	7	23.3	3	10.0	
Toplam aylık gelir (n=554)**							
750 TL ve altı	56	49.2	42	36.8	16	14.0	P=0.0001
751 TL -1500 TL	89	44.7	64	32.2	46	23.1	
1501 TL-2999 TL	34	27.0	44	34.9	48	38.1	
3000 TL ve üzeri	20	17.4	33	28.7	62	53.9	
Aile tipi (n=565)							
Geniş aile	41	46.6	30	34.1	17	19.3	P=0.030
Çekirdek aile	167	35.0	155	32.5	155	32.5	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)							
Evet	58	37.7	45	29.2	51	33.1	P=0.511
Hayır	150	36.5	140	34.1	121	29.4	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan lise/üniversite mezunu olanların %86.8'i, gelir getirici işte çalışanların %88.3'ü, sosyal güvencesi olanların %83.4'ü gebelik kontrollerine düzenli gittiğini ifade etmiştir. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre gebelik kontrollerine düzenli gidip gitmeme durumları Tablo 32'de gösterilmiştir.

Tablo 32. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Gebelik Kontrollerine Düzenli Gitme Durumu				P değeri
	Giden		Gitmeyen		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	23	65.7	12	34.3	P=0.007
20-34 yaş	379	83.8	73	16.2	
35 yaş ve üzeri	58	74.4	20	25.6	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	58	72.5	22	27.5	P=0.010
İlkokul/ortaokul mezunu	205	79.5	53	20.5	
Lise/üniversite mezunu	197	86.8	30	13.2	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	260	82.0	57	18.0	P=0.005
61-120 ay	125	87.4	18	12.6	
120 ay üzeri	71	17.0	29	29.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	98	88.3	13	11.7	P=0.038
Hayır	362	79.7	92	20.3	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	97	74.6	33	25.4	P=0.023
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	363	83.4	72	16.6	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	20	76.9	6	23.1	P=0.002
İlkokul/ortaokul mezunu	140	73.7	50	26.3	
Lise/üniversite mezunu	296	86.0	48	14.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	430	81.1	100	18.9	Fisher's E. Test ile P=0.315
Hayır	26	86.7	4	13.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	91	79.8	23	20.2	P=0.020
751 TL -1500 TL	155	77.9	44	22.1	
1501 TL-2999 TL	99	78.6	27	21.4	
3000 TL ve üzeri	105	91.3	10	8.7	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	74	84.1	14	15.9	P=0.483
Çekirdek aile	386	80.9	91	19.1	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	132	85.7	22	14.3	P=0.108
Hayır	328	79.8	83	20.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre belirttikleri ilk gebelik yaşlarının dağılımı Tablo 33'te gösterilmiştir.

Tablo 33. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İlk Gebelik Yaşlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	İlk Gebelik Yaşı						P değeri
	19 yaş ve altı		20-34 yaş arası		35 yaş ve üzeri		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Eğitim Durumu (n=565)							
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	11	13.8	66	82.5	3	3.7	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	69	26.7	189	73.3	0	0.0	
Lise/üniversite mezunu	11	4.8	216	95.2	0	0.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)							
Evet	3	2.7	108	97.3	0	0.0	P=0.0001
Hayır	88	19.4	363	80.0	3	0.6	
Sosyal güvence durumu (n=565)							
Yok/Yeşil Kart	33	25.4	95	73.1	2	1.5	P=0.001
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	58	13.4	376	86.4	1	0.2	
Eşin eğitim durumu (n=560)*							
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	5	19.2	20	76.9	1	3.8	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	48	25.3	140	73.7	2	1.0	
Lise/üniversite mezunu	36	10.5	308	89.5	0	0.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*							
Evet	80	15.1	448	84.5	2	0.4	P=0.008
Hayır	9	30.0	20	66.7	1	3.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**							
750 TL ve altı	27	23.7	86	75.4	1	0.9	P=0.001
751 TL -1500 TL	40	20.1	158	79.4	1	0.5	
1501 TL-2999 TL	17	13.5	109	86.5	0	0.0	
3000 TL ve üzeri	4	3.5	111	96.5	0	0.0	
Aile tipi (n=565)							
Geniş aile	32	36.4	55	62.5	1	1.1	P=0.0001
Çekirdek aile	59	12.4	416	87.2	2	0.4	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)							
Evet	27	17.5	125	81.2	2	1.3	P=0.254
Hayır	64	15.6	346	84.2	1	0.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre toplam gebelik sayılarının dağılımı Tablo 34’te gösterilmiştir

Tablo 34. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Gebelik Sayılarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Gebelik Sayısı				P değeri
	1-3 kez		4 ve üzeri		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	35	100.0	0	0.0	P=0.0001
20-34 yaş	385	85.2	67	14.8	
35 yaş ve üzeri	37	47.4	41	52.6	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	50	62.5	30	37.5	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	197	76.4	61	23.6	
Lise/üniversite mezunu	210	92.5	17	7.5	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	308	97.22	9	2.8	P=0.0001
61-120 ay	111	77.6	32	22.4	
120 ay üzeri	34	34.0	66	66.0	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	101	91.0	10	9.0	P=0.001
Hayır	356	78.4	98	21.6	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	105	80.8	25	19.2	P=0.530
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	352	80.9	83	19.1	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	20	76.9	6	23.1	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	137	72.1	53	27.9	
Lise/üniversite mezunu	296	86.0	48	14.0	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	434	81.9	96	18.1	P=0.012
Hayır	19	63.3	11	36.7	
Toplam aylık gelir (n=554)*					
750 TL ve altı	89	78.1	25	21.9	P=0.576
751 TL -1500 TL	161	80.9	38	19.1	
1501 TL-2999 TL	103	81.7	23	18.3	
3000 TL ve üzeri	98	85.2	17	14.8	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	71	80.7	17	19.3	P=0.958
Çekirdek aile	386	80.9	91	19.1	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	125	81.2	29	18.8	P=0.916
Hayır	332	80.8	79	19.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan 19 yaş ve altı olanların %80.0'ı, lise/üniversite mezunu olanların %83.3'ü, evlilik süresi 1-60 ay olanlardan %86.1'i isteyerek gebe kaldıklarını ifade etmiştir. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre isteyerek/istemeden gebe kalma durumlarının dağılımı Tablo 35'te gösterilmiştir.

Tablo 35. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre İsteyerek/İstemeden Gebe Kalma Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Gebe Kalma Durumu				P değeri
	İsteyerek Sayı	%	İstemeden Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	28	80.0	7	20.0	P=0.0001
20-34 yaş	355	78.5	97	21.5	
35 yaş ve üzeri	28	35.9	50	64.1	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	42	52.5	38	47.5	P=0.0001
İlkokul/ortaokul mezunu	180	69.8	78	30.2	
Lise/üniversite mezunu	189	83.3	38	16.7	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	273	86.1	44	13.9	P=0.0001
61-120 ay	104	72.7	39	27.3	
120 ay üzeri	31	31.0	69	69.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	397	73.1	146	26.9	P=0.443
İki	11	64.7	6	35.3	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	95	85.6	16	14.4	P=0.001
Hayır	316	69.6	138	30.4	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	92	70.8	38	29.2	P=0.565
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	319	73.3	116	26.7	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	18	69.2	8	30.8	P=0.003
İlkokul/ortaokul mezunu	122	64.2	68	35.8	
Lise/üniversite mezunu	268	77.9	76	22.1	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	391	73.8	139	26.2	P=0.040
Hayır	17	56.7	13	43.3	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	77	67.5	37	32.5	P=0.021
751 TL -1500 TL	152	76.4	47	23.6	
1501 TL-2999 TL	83	65.9	43	34.1	
3000 TL ve üzeri	93	80.9	22	19.1	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	62	70.5	26	29.5	P=0.600
Çekirdek aile	349	73.2	128	26.8	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	116	75.3	38	24.7	P=0.399
Hayır	295	71.8	116	28.2	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır. **Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre bir önceki gebelikleri ile mevcut gebelikleri arasındaki süre dağılımı Tablo 36'da gösterilmiştir.

Tablo 36. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Bir Önceki Gebelikleri İle Mevcut Gebelikleri Arasındaki Süre Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Gebelik Aralığı				P değeri
	24 ay altı Sayı	%	24 ay ve üzeri Sayı	%	
Yaş Grubu (n=366)*					
19 yaş ve altı	3	100.0	0	0.0	P=0.0001
20-34 yaş	98	34.0	190	66.0	
35 yaş ve üzeri	9	12.0	66	88.0	
Eğitim Durumu (n=366)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	19	33.3	38	66.7	P=0.682
İlkokul/ortaokul mezunu	55	30.9	123	69.1	
Lise/üniversite mezunu	36	27.5	95	72.5	
Evlilik süresi (n=364)**					
1-60 ay	59	47.6	65	52.4	P=0.0001
61-120 ay	37	26.2	104	73.8	
120 ay üzeri	14	14.1	85	85.9	
Yapılan evlilik sayısı (n=364)**					
Bir	109	31.2	240	68.8	Fisher's E. Test İle P=0.031
İki	1	6.7	14	93.3	
Gelir getirici işte çalışma (n=366)*					
Evet	19	27.1	51	72.9	P=0.555
Hayır	91	30.7	205	69.3	
Sosyal güvence durumu (n=366)*					
Yok/Yeşil Kart	32	38.6	51	61.4	P=0.055
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	78	27.6	205	72.4	
Eşin eğitim durumu (n=364)**					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	6	37.5	10	62.5	P=0.755
İlkokul/ortaokul mezunu	37	28.7	92	71.3	
Lise/üniversite mezunu	67	30.6	152	69.4	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=364)**					
Evet	104	30.5	237	69.5	P=0.656
Hayır	6	26.1	17	73.9	
Toplam aylık gelir (n=357)***					
750 TL ve altı	22	27.5	58	72.5	P=0.358
751 TL -1500 TL	40	34.2	77	65.8	
1501 TL-2999 TL	28	32.6	58	67.4	
3000 TL ve üzeri	17	23.0	57	77.0	
Aile tipi (n=366)*					
Geniş aile	22	41.5	31	58.5	P=0.049
Çekirdek aile	88	28.1	225	71.9	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=366)*					
Evet	27	30.7	61	69.3	P=0.883
Hayır	83	29.9	195	70.1	

*İlk gebeliği olanlar (n=199) değerlendirmeye alınmamıştır. **İlk gebeliği olanlar ve dul yada boşanmış olanlar değerlendirmeye alınmamıştır. ***İlk gebeliği olanlar ve yanıtızlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan 19 yaş ve altı olanların %74.3'ü, evlilik süresi 1-60 ay olanların %69.1'i doğumunu normal doğum olarak planladığını belirtmiştir. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre mevcut gebeliklerinde planladıkları doğum şekli Tablo 37'de gösterilmiştir.

Tablo 37. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Planladıkları Doğum Şeklinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Planlanan Doğum Şekli				P değeri
	Normal Doğum		Sezaryen ile Doğum		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	26	74.3	9	25.7	P=0.0001
20-34 yaş	301	66.6	151	33.4	
35 yaş ve üzeri	35	44.9	43	55.1	
Eğitim Durumu (n=565)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	40	50.0	40	50.0	P=0.012
İlkokul/ortaokul mezunu	176	68.2	82	31.8	
Lise/üniversite mezunu	146	64.3	81	35.7	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	219	69.1	98	30.9	P=0.018
61-120 ay	86	60.1	57	39.9	
120 ay üzeri	55	55.0	45	45.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	348	64.1	195	35.9	Fisher's E. Test İle P=0.393
İki	12	70.6	5	29.4	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	60	54.1	51	45.9	P=0.014
Hayır	302	66.5	152	33.5	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	91	70.0	39	30.0	P=0.108
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	271	62.3	164	37.7	
Eşin eğitim durumu (n=560)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	19	73.1	7	26.9	P=0.429
İlkokul/ortaokul mezunu	126	66.3	64	33.7	
Lise/üniversite mezunu	215	62.5	129	37.5	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	340	64.2	190	35.8	P=0.780
Hayır	20	66.7	10	33.3	
Toplam aylık gelir (n=5554)**					
750 TL ve altı	73	64.0	41	36.0	P=0.083
751 TL -1500 TL	139	69.8	60	30.2	
1501 TL-2999 TL	78	61.9	48	38.1	
3000 TL ve üzeri	64	55.7	51	44.3	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	58	65.9	30	34.1	P=0.696
Çekirdek aile	304	63.7	173	36.3	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	100	64.9	54	35.1	P=0.793
Hayır	262	63.7	149	36.3	

. *Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtsızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınlardan okur yazar/okul bitirmemiş olanların %30.0'ı, gelir getirici işte çalışmayanların %25.1'i, eşi çalışmayanların ise %43.3'ü akraba evliliği yaptığını ifade etmiştir. Kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre akraba evliliği yapıp yapmama durumları Tablo 38'de gösterilmiştir.

Tablo 38. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Akraba Evliliği Durumlarının Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Akraba Evliliği				P değeri
	Var		Yok		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=565)					
19 yaş ve altı	12	34.3	23	65.7	P=0.152
20-34 yaş	100	22.1	352	77.9	
35 yaş ve üzeri	14	17.9	64	82.1	
Eğitim Durumu (n=5659)					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	24	30.0	56	70.0	P=0.001
İlkokul/ortaokul mezunu	70	27.1	188	72.9	
Lise/üniversite mezunu	32	14.1	195	85.9	
Evlilik süresi (n=560)*					
1-60 ay	62	19.6	255	80.4	P=0.116
61-120 ay	35	24.5	108	75.5	
120 ay üzeri	29	29.0	71	71.0	
Yapılan evlilik sayısı (n=560)*					
Bir	121	22.3	422	77.7	Fisher's E. Test İle P=0.330
İki	5	29.4	12	70.6	
Gelir getirici işte çalışma (n=565)					
Evet	12	10.8	99	89.2	P=0.001
Hayır	114	25.1	340	74.9	
Sosyal güvence durumu (n=565)					
Yok/Yeşil Kart	39	30.0	91	70.0	P=0.016
Var (Em.S., SSK, Bağkur)	87	20.0	348	80.0	
Eşin eğitim durumu (n=56)*					
Okur-yazar değil/okul bitirmemiş	6	23.1	20	76.9	P=0.131
İlkokul/ortaokul mezunu	52	27.4	138	72.6	
Lise/üniversite mezunu	68	19.8	276	80.2	
Eşin gelir getirici işte çalışma durumu (n=560)*					
Evet	113	21.3	417	78.7	P=0.005
Hayır	13	43.3	17	56.7	
Toplam aylık gelir (n=554)**					
750 TL ve altı	26	22.8	88	77.2	P=0.137
751 TL -1500 TL	52	26.1	147	73.9	
1501 TL-2999 TL	27	21.4	99	78.6	
3000 TL ve üzeri	17	14.8	98	85.2	
Aile tipi (n=565)					
Geniş aile	24	27.3	64	72.7	P=0.223
Çekirdek aile	102	21.4	375	78.6	
Bulunduğu yere göç ile gelme durumu (n=565)					
Evet	35	22.7	119	77.3	P=0.882
Hayır	91	22.1	320	77.9	

*Dul ve boşanmış olanlar (n=5) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Yanıtızlar (n=11) değerlendirmeye alınmamıştır.

Araştırma kapsamına alınan kadınların bazı sosyodemografik özelliklerine göre gebelik öncesi beden kitle indekslerinin dağılımı Tablo 39’da gösterilmiştir.

Tablo 39. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Sosyodemografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Gebelik Öncesi Beden Kitle İndekslerinin Dağılımı

Beden Kitle İndeksi Durumu							
Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler	Düşük Kilolu		Normal kilolu		Aşırı Kilolu veya Obez		P değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş Grubu (n=538)*							
19 yaş ve altı	7	21.2	19	57.6	7	21.2	P=0.0001
20-34 yaş	25	5.8	281	65.2	125	29.0	
35 yaş ve üzeri	3	4.0	27	36.5	44	59.5	
Eğitim Durumu (n=538)*							
Okur-yazardeğil/okul bitirmemiş	4	5.6	37	52.1	30	42.3	P=0.234
İlkokul/ortaokul mezunu	15	6.1	146	59.6	84	34.3	
Lise/üniversite mezunu	16	7.2	144	64.9	62	27.9	
Evlilik süresi (n=533)**							
1-60 ay	26	8.6	208	68.9	68	22.5	P=0.0001
61-120 ay	8	5.8	78	57.4	50	36.8	
120 ay üzeri	1	1.0	39	41.1	55	57.9	
Gelir getirici işte çalışma (n=538)*							
Evet	4	3.7	80	72.8	26	23.6	P=0.014
Hayır	31	7.3	247	57.7	150	35.0	
Toplam aylık gelir (n=530)**							
750 TL ve altı	8	7.6	63	59.4	35	33.0	P=0.645
751 TL -1500 TL	10	5.4	112	60.2	64	34.4	
1501 TL-2999 TL	8	6.4	71	57.3	45	36.2	
3000 TL ve üzeri	8	7.0	77	67.5	29	25.5	
Gebelik kontrollerine düzenli gitme (n=538)*							
Giden	21	4.8	279	63.7	138	31.5	P=0.001
Gitmeyen	14	14.0	48	48.0	38	38.0	
Gebelik sayısı (n=538)*							
1-3 kez	34	7.8	281	64.4	121	27.8	P=0.0001
4 ve üzeri	1	1.0	46	45.1	55	53.9	
Gebe kalma durumu (n=538)*							
İsteyerek	29	7.4	261	66.2	104	26.4	P=0.0001
İstemeyerek	6	4.2	66	45.8	72	50.0	

*Boy ve/veya kilosunu bilmeyenler (n=27) değerlendirmeye alınmamıştır.

**Boy ve/veya kilosunu bilmeyenler ve dul/boşanmış olanlar (n=32) değerlendirmeye alınmamıştır.

*** Boy ve/veya kilosunu bilmeyenler ve yanıtızlar (n=35) değerlendirmeye alınmamıştır.

Kadınların bazı yaşam koşullarına göre yaşam memnuniyeti derecelerinin dağılımı Tablo 40'ta gösterilmiştir.

Tablo 40. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Bazı Yaşam Koşullarına Göre Yaşam Memnuniyeti Durumlarının Dağılımı

Yaşam Koşulları (n=565)	Yaşam Memnuniyeti						P değeri
	Memnun		Orta derecede memnun		Memnun Değil		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Sosyoekonomik düzey							
Düşük(kötü)	39	31.7	66	53.7	18	14.6	P=0.0001
Orta	303	71.1	111	26.1	12	2.8	
Yüksek (üst)	14	87.5	2	12.5	0	0.0	
Bakıma muhtaç birey							
Var	103	49.5	88	42.3	17	8.2	P=0.0001
Yok	253	70.9	91	25.5	13	3.6	
Kuma							
Var	11	55.0	9	45.0	0	0.0	P=0.290
Yok	345	63.3	170	31.2	30	5.5	
Yaşanılan bina özelliği							
Beton	320	64.9	147	29.8	26	5.3	P=0.039
Yığma, kerpiç ve ahşap	36	50.0	32	44.4	4	5.6	
Evdeki oda sayısı							
1-3 oda	162	61.6	81	30.8	20	7.6	P=0.076
4 ve üzeri oda	194	64.2	98	32.5	10	3.3	
Evde kalan kişi sayısı							
2-4 kişi	292	66.4	129	29.3	19	4.3	P=0.005
5 ve üzeri kişi	64	51.2	50	40.0	11	8.8	
Isınma aracı							
Soba	145	55.1	96	36.5	22	8.4	P=0.0001
Kalorifer	211	69.9	83	27.5	8	2.6	

6. TARTIŞMA

Bu araştırma Elazığ il merkezinde yaşayan gebeler arasında yapılmıştır. Türkiye’de gebelerin yaşam tarzlarının (54,60,73,77,112) ve sağlık risklerinin (96,113-115) değerlendirilmesine yönelik yapılmış çalışmalar mevcuttur.

Araştırmada gebelerin yaş ortalaması 28.44 ± 5.94 ’tür. TNSA 2008 sonuçlarına göre Türkiye’de en yüksek doğurganlık hızı, 25-29 ile 20-24 yaş grupları arasında görülmektedir (28). Bu çalışmada gebelerin yaş ortalamaları Türkiye’de doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grupları ile uyumludur.

Çalışmada kadınların okuryazar olmama ve herhangi bir okul bitirmeme, gelir getirici işte çalışma ve sosyal güvencesinin olmaması durumları sırasıyla %14.1, %19.6 ve %23.0 olarak bulunmuştur (Tablo 1). TNSA 2008’de bu oranlar doğurganlık çağındaki kadınlarda sırasıyla %18.3, %31 ve %16.1 olarak bildirilmiştir (28). Sevindik ve arkadaşlarının Elazığ il merkezinde yaş ortalaması 36.4 ± 0.5 olan kadınlar arasında yaptıkları çalışmada kadınların %21.8’nin herhangi bir eğitim almadığı saptanmıştır (116). Kadınların çalışma oranları Doğu Anadolu Bölgesi için %19.9 (28), Van ilinde yapılan bir çalışmada ise %28.5 olarak bildirilmiştir (117). Kılıçarslan’ın Edirne il merkezinde yaptığı çalışmasında eğitimi olmayan kadın oranı %1.9, sosyal güvencenin olmama durumu %4.7 olarak saptanmıştır (118). 1997 yılında 8 yıllık eğitim öğretimin zorunlu hale gelmesi genç kuşaklarda eğitimin artmasını sağlamıştır (28). Araştırmamızda eğitimsiz kadın oranının yaş grubuna göre Türkiye geneli ile benzerlik gösterdiği, aynı ilde yapılan çalışmalara göre ise daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu durumun araştırma kapsamına alınan gebelerin diğer araştırmalara göre daha genç nüfusta olması ve buna bağlı olarak eğitim düzeyinin

artmasına bağlı olabileceği düşünölmüştür. Gebe kadınların çalışma oranının Türkiye geneline göre düşük olması ise gebelik döneminde kadınların herhangi bir işte çalışmalarının azalmasından kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya katılan kadınların bildirimlerine göre ailenin aylık gelir ortalaması 1866,19±1491,34 TL'dir. Türkiye İşçi Sendikaları Konfederasyonu (TÜRK-İŞ) tarafından yapılan çalışmaya göre; Nisan 2013 için, gıda harcaması ile birlikte giyim, konut, ulaşım, eğitim, sağlık ve benzeri ihtiyaçlar için yapılması zorunlu diğer harcamaların toplam tutarı (yoksulluk sınırı) 3.297 TL'dir (119). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na göre Nisan 2013 için 4 kişilik bir ailenin yoksulluk sınırı 876 TL olarak tahmin edilmiştir (120). Türkiye'de asgari ücret T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Çalışma Genel Müdürlüğü tarafından Haziran 2012 için 753,52 TL olarak bildirilmiştir (121). Bu verilere göre çalışmamızda gebelerin %20.6'sının toplam aylık geliri asgari ücret altındadır (Tablo 1). Aylık gelir ortalaması sendikalara göre yoksulluk sınırının altında, TÜİK'e göre ise üzerinde bulunmuştur.

Araştırmaya katılan gebelerin %3.5'inin kuması bulunmaktadır (Tablo 2). 1998 yılında HÜNEE tarafından yapılmış olan bir çalışmada, ülke bazında çok eşlilik oranı %1.6 olarak (42), Van ilinde 2010 yılında yapılan kesitsel bir çalışmada kadınların %11.3'nün kuması olduğu bildirilmiştir (122). Çalışmada kadınların kuma oranı Türkiye ortalamasının üzerinde fakat Doğu Anadolu bölgesiyle benzerlik göstermektedir. Bu durum geleneksel değerler ve inançların, aşiret yapısının ve erkek çocuk isteğinin doğu bölgesinde daha fazla hakim olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınların %63.0'ı genel olarak yaşamından memnun olduğunu, %77.9'u evde alınan kararlara katıldığını ifade etmiştir (Tablo 3). Türkiye'de evli kadınların %65.3'ü yaşamından memnun olduğunu bildirmiştir (123). Kadınların kararlara katılma oranı yapılan çalışmalarda Türkiye genelinde %82.8, İstanbul'da %86.8, Van'da %75 olarak bulunmuştur (28,117,124). Araştırmada kadınların yaşam memnuniyeti Türkiye geneli ile uyumlu, kararlara katılma oranı ise Türkiye genelinden düşük fakat bölgesel çalışmalarla uyumludur. Batıya doğru gidildikçe eğitimle doğru orantılı olarak kadının statüsü yükselmektedir. Kadının statüsü yükseldikçe evde kararlara katılma oranının artması beklenen bir sonuçtur. Ayrıca bu durum bölgesel olarak kadına olan geleneksel bakış açısı nedeniyle toplumsal cinsiyete dayalı ayrımcılığın daha fazla görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada gebelerin %46.5'i ısıtma aracı olarak soba kullandıklarını, %2.5'i ise evlerinde tuvaletin dışarıda bulunduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4). Bu oranlar TNSA 2008'de sırasıyla %46.8 ve %6.0 olarak bildirilmiştir (28). Deveci ve arkadaşlarının Elazığ ilinin kenar semtlerinde yaptığı araştırmada; kadınların %24.9'u tuvaletin evin dışında olduğunu bildirmişlerdir (125). Yine çalışmamızda evde 5 kişi ve üzerinde yaşayan gebelerin oranı %22.1'dir (Tablo 4). Edirne il merkezinde ise bu oran %11.8dir (118). Konutun fiziksel özellikleri hane halkının ekonomik durumunu yansıtmasının yanı sıra, anne ve çocuk sağlığı üzerinde önemli bir çevresel etkiye sahiptir. Yine batı bölgelerine göre doğuda doğurganlığın fazla olması ve aile büyükleriyle birlikte yaşamının bölgede daha sık görülmesinin hane halkı sayısını arttırabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada gebelerin %18.6'sı uyku sorununun olduğunu, %41.9'u düzenli beslenmediğini, %44.4'ü dinlenme için özel bir zaman ayıramadığını, %80.2'si ise düzenli egzersiz yapmadığını bildirmiştir (Tablo 5). Hawkins ve arkadaşları çalışmalarında gebelerin yarıdan fazlasının uyku ve dinlenmesine özen gösterdiğini ve %92.0'nin yürüyüş yaptığını bildirmişlerdir (126). Malatya ilinde yapılan çalışmada, gebelerin %50'sinin düzenli bir beslenme programının olmadığı veya verilen programa uymadığı (127), Manisa çalışmasında gebelerin %51.5'inin beslenme durumunu kötü algıladığı bildirilmiştir (73). Sakarya ilinde yapılan çalışmada katılımcıların %88.7'si gebelik boyunca düzenli yürüyüş ve egzersiz yaptığını, %37.1'i uyku düzenine dikkat etmediğini belirtmiştir (47). Avrupa Bölgesi'nde beş yetiştikten birinin fiziksel aktivitelere ya az katıldığı ya da hiç katılmadığı, bölgenin doğusuna gidildikçe daha yüksek hareketsizlik seviyeleri ile karşılaşıldığı rapor edilmiştir (128). Gebelerin sağlık düzeyini arttırmaya yönelik yaşam tarzı davranışlarının Avrupa bölgesinden ve Türkiye'nin batı bölgelerinden daha düşük olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda gebelerin %8.9'u halen sigara içtiğini, bir kişi ise alkol kullandığını ifade etmiştir (Tablo 6). ABD Halk Sağlığı Servisi'ne göre bu ülkede kadınların en az %11'i gebeliklerinde sigara içmektedirler (52). Türkiye'de TNSA 2008 verilerine göre gebe kadınların %11.4'ü sigara kullanmaktadır (28). Türkiye'de gebe kadınların sigara içme sıklığının araştırıldığı çalışmalarda; Erzurum, Bursa, İstanbul, Samsun ve Sivas'ta gebelikte sigara içme sıklıkları sırasıyla %3, %16, %32, %37 ve %17 olarak bildirilmiştir (129-133). Türkiye'nin doğu bölgelerine gidildikçe sigara içme oranları düşmektedir. Çalışmamızda gebelerin sigara içme oranı Türkiye ortalamasından düşüktür. Kadınların alkol

kullanma oranlarını ise net olarak ifade etmedikleri düşünülmüştür. Sigara ve alkol kullanımı kadına ve bebeğine sağlık zararları yönüyle değerlendirilmesi gereken bir konudur.

Araştırmamızda gebelerin %60.4'ü sigara içilen ortamlarda bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 7). Manisa ilinde yapılan çalışmada bu oran %59.6 olarak saptanmıştır (112). Kocaeli ilinde yapılan çalışmada gebelerin eşlerinin sigara kullanma oranının %53.6 olduğu bildirilmiştir (134). Gebelerde pasif içiciliğin gebelikte sigara kullanımından çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durumun gebelerin ve toplumun pasif içiciliğin zararlarına ilişkin bilgi eksikliklerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların %14.5'i hayatları boyunca, %4.4'ü ise mevcut gebeliği süresince herhangi bir şiddet türüne en az bir kez maruz kaldıklarını ifade etmişlerdir. DSÖ'nün 2005 yılındaki "Çok Ülkeli Kadın Sağlığı ve Aile İçinde Kadına Yönelik Şiddet Raporu"na göre, kadınlar arasındayşam boyu fiziksel şiddet görme sıklığı %6-59 arasında saptanmıştır (135). Türkiye'de kadınların %24.7'sinin bazı nedenlerden dolayı erkeğin kadına şiddet uygulamasını doğru bulduğu, bu oranın batıda %18.3, doğuda ise %39.5 olduğu bildirilmiştir (28). Manisa çalışmasında 217 gebeden %9.7'si gebelikleri süresinde dayak yediklerini (136), Elazığ'da yapılan çalışmada gebelerin %4.8'i fiziksel şiddete maruz kaldıklarını bildirmişlerdir (68). Kadına yönelik şiddet bütün toplumlarda her yönüyle değerlendirilmesi gereken önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.

Çalışmada yer alan gebelerden son doğumunu hastanede gerçekleştirenlerin oranı %96.7, gebelik kontrollerine düzenli gitmeyenlerin oranı

%18.6, kontrollerini doktora yaptıranların oranı %96.6 olarak bulunmuştur (Tablo 11). Türkiye genelinde gebelerin %90'ının son doğumunu hastanede yaptığı ve kontrollerinin doktor tarafından yapıldığı bildirilmiştir (28). Gebelik kontrollerine düzenli gitmeyenlerin oranı Sakarya'da yapılan çalışmada %23.2, Aydın ilinde ise %20 olarak bulunmuştur (47,137). Son doğumun yapıldığı yer ve kontrolü yapan personel açısından sonuçlarımız Türkiye geneli ile benzerlik göstermekte, gebe takibinde hemşire ve ebelerin fazla yer almadıkları görülmektedir. Gebelik kontrollerine düzenli gitme durumu aynı zamanda gebelerin düzenli DÖB alma oranlarını da yansıtmaktadır.

Bu çalışmada gebelik tespitinin ilk yapıldığı yer olarak kamu hastaneleri %32.7, özel sağlık kurumları %30.5, birinci basamak sağlık kuruluşları için %36.8 olduğu bildirilmiştir (Tablo 11). Mersinde yapılan çalışmada, bu oranların sırasıyla %50.0, %25.5, %24.5 olduğu saptanmıştır (35). Çalışmamızda ilk gebelik tespitini özel sağlık kurumlarında yaptıranların oranının fazla olmasının nedeninin sosyal güvencesi olmayan kadınların oranının daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada gebelerin DÖB hizmeti olarak %3.7'sinin kilosunun, %8.0'ının kan basıncının hiç ölçülmediği belirlenmiştir (Tablo 13). Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda bu oranlar; Aydın kent merkezinde %1.3 ile %1.3, Malatya Arapgir ilçesinde %43.3 ile %19.2'dir (114,138). Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvurarak doğum yapan kadınlarda yapılan çalışmada kadınların %70.1'i kilosunun, %98.0'ı tansiyonunun en az bir kez ölçüldüğünü bildirmişlerdir (139). DÖB hizmetlerinde her izlemde kan

basıncı ve kilonun ölçülmesi gerekirken bu konunun oldukça ihmal edildiği görülmektedir.

Çalışmada kadınların %49.6'sı gebelik dönemlerinde demir, %25.1'i folik asit, %67.6'sı D vitamini preparatı kullanmadığını bildirmiştir (Tablo 13). Türkiye genelinde TNSA 2008 verilerine göre kadınların %20'sinin, doğu bölgesinde ise %48.7'sinin gebeliklerinde demir hapı kullanmadığı bildirilmiştir (28). Bu oran Malatya Arapgir ilçesinde 2009 yılında yapılan çalışmada %28.8, Elazığ Fırat Üniversitesi Hastanesi'nde 2008 yılında yapılan çalışmada %47.7 olarak saptanmıştır (114,139). Araştırma bulgumuz literatürle uyumludur. Şanlıurfa'da 2007 yılında yapılan bir çalışmada ise gebelerin %30.0'a yakın oranlarda vitamin ve demir kullanmadığı, yine bu kişilerin üçte ikisinin bu ilaçların kullanımının gerekliliğini bilmediği belirlenmiştir (140). Hem Türkiye genelinde hem de bölgesel çalışmalarda gebelik döneminde kullanılması gereken preparatların yeterince kullanılmadığı görülmektedir.

Çalışmamızda kadınların %16.1'nin ilk gebelik yaşı 19 yaş ve altında, %0.5'inin ise 35 yaş ve üzerindedir (Tablo 14). Diyarbakır'da yapılan bir çalışmada, 19 yaşından küçük gebeliklerin sıklığı %10.34, 34 yaşından büyük gebeliklerin sıklığı ise %11.78 olarak bildirilmiştir (113). Türkiye'de gebelik ve doğum ile bağlantılı hastalık ve ölüm risklerinin en yüksek olduğu 20 yaşın altında ve 35 yaşın üzerinde yapılan doğumlar tüm doğumların yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır (28). Bu çalışmada Elazığ il merkezinde adolesan gebeliğin yaygın bir sorun olduğu görülmektedir. Doğurganlık çağı tamamlanıncaya kadar kadınların çoğu grand multipar hale gelmektedir. Çalışmamızda ileri yaş gebelik

oranının düşük olmasının ise gebelerin genç yaş ortalamasına sahip olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada gebelik sayısı 4 ve üzerinde olan kadınların oranı %19.1, gebelik aralığı 24 aydan kısa olan kadınların oranı %30.1'dir (Tablo 14). Türkiye'de doğumların %20'sinin takip eden 24 ay içinde gerçekleştiği, bu oranın doğu bölgesinde %31.8 olduğu bildirilmiştir (28). Gebelik sayısı 4 ve üzerinde olan kadınların oranı Edirne, Diyarbakır ve Elazığ'da yapılan çalışmalarda sırasıyla %7.9, %32.3, %29.5'tir (113,139,118). Akadlı ve Tunçbilek uzun gebelik aralığından sonra doğanlarda bebek ölüm hızının binde 65.6, 24 aydan kısa aralıkla doğanlarda binde 111.4 olduğunu bildirmişlerdir (141). Çalışmamızda gebelik aralığının 24 aydan kısa, gebelik sayısının 4 ve üzerinde olduğu riskli gebeliklerin oranı Türkiye ortalamasının üzerinde ancak doğu bölgesiyle benzerlik göstermektedir. Multiparite ve kısa gebelik aralığı anne ve çocuk sağlığı açısından dikkat edilmesi gereken önemli bir sorundur.

Çalışmada daha önce gebelik yaşayan kadınlardan kürtaj yaptıranların oranı %8.7, düşük yapanların oranı %15.0 olarak belirlenmiştir (Tablo14). Türkiye genelinde de bu oranlar %22 ve %20'dir. İsteyerek düşük yapma eğilimi %14 ile en az doğu bölgesinde görülmektedir (28). Gebeliği önleyici yöntemlere ilişkin hizmetlere ulaşmada sorunlar yaşayan, istenmeyen gebelikten korunmak için yöntem kullanması konusunda psikososyal engelleri olan ve/veya gebeliği önleyici yöntem başarısızlığı nedeniyle gebe kalan kadınlar isteyerek düşüğe başvurumaktadırlar (42). Kendiliğinden düşükler ise gebelik döneminde sağlığa ilişkin önemli göstergelerden biridir. Bu çalışmamızda, yapıldığı bölgedeki dinsel

ve geleneksel yapı nedeniyle isteyerek çocuk kaybının daha az yaşandığı düşünülmüştür.

Bu araştırmada önceki gebeliklerinde normal doğum yapanların oranı %71.0, sezaryen olanların oranı %34.2 olarak saptanmıştır (Tablo 14). TNSA 2008 araştırmasında, kent merkezlerinde doğumların %42'si sezaryen ile yapılmış, bu oran doğu bölgesinde %16 olarak bildirilmiştir (28). Çalışmamızda sezaryen oranı Türkiye ortalamasına yakın ancak doğu bölgesi ortalamasının çok üzerinde bulunmuştur. Türkiye'de gerçekleştirilen normal doğumu teşvik edici çalışmalara rağmen sezaryen oranının halen yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerden boyu 150 cm ve altında olanların oranı %5.1, gebelik öncesi BKİ'ye göre düşük kilolu olanların oranı %6.5, fazla kilolu olanların oranı %27.1, obez olanların oranı %5.6'dır (Tablo 15). TNSA 2008'de annelerin 150 cm'den daha kısa olanların oranı %10, düşük kilolu olanların oranı %1.7, aşırı kilolu %34.4, obez olanların oranı %23.9 olarak bildirilmiştir (28). Çalışmamızda kadınlardan gebelik öncesi düşük kilolu olanların oranı Türkiye ortalamasının üzerindedir. Kadınların %39.2'sinin (düşük, fazla kilolu ve obez) gebelik öncesinde olması gereken ideal kiloya sahip olmadıkları görülmektedir. Boy ve kilo gebelikte risk faktörleri olarak dikkat edilmesi gereken unsurlardır.

Çalışmamızda kadınların %27.3'ü istemeden/planlamadan gebe kaldığını belirtmiştir. Gebeliğin istemsiz olması yeterli DÖB alma oranını azaltmaktadır (84,139). İstemsiz gebelik oranı aynı zamanda aile planlaması ile ilgili hizmetlerin durumunu da göstermektedir. Bu çalışmada gebelerin %64.1'i mevcut gebeliklerinde normal doğum, %35.9'u ise sezaryen ile doğum yapmayı

planladıklarını bildirmişlerdir. DSÖ sezaryen ile doğum hızlarının %15'ten az olması gerektiğini bildirmektedir. Sezaryen prevalansının artışı uluslararası bir sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır. Tüm dünyada bu konu ile ilgili literatür tarandığında sezaryen doğum tercihi ortalama %3-48 arasında değişmekte ve genel olarak zaman içinde sezaryen oranı gittikçe artmaktadır (142,143).

Bu araştırmada gebelik ile bir hastalığının ortaya çıktığını belirten kadınların (%15); %25.0'ı diyabet, %19.0'ı kardiyovasküler hastalık ve %14.3'ü hiperemesis durumunun ortaya çıktığını bildirmişlerdir (Tablo 16). Gebe kadınların %40'ından fazlasında gebelik, doğum veya postpartum periodda akut obstetrik problemler ortaya çıkmakta ve gebelerin %15'inde hayatı tehdit eden komplikasyonlar gelişmektedir (144). Gebelikte en sık görülen medikal komplikasyon olan hipertansiyon tüm gebeliklerin %12-15'inde görülmektedir (145). Turan ve arkadaşlarının çalışmasında diyabeti olan gebelerin oranı %9.1, hiperemesis %18.2, hipertansiyon %13.7 olarak bulunmuştur (111). Türkiye'de GDM ile ilgili yapılan çalışmalarda prevalans %1.2 ile %4.5 arasında değişmektedir (146,147). Araştırma sonuçlarımız gebelikte ortaya çıkan hastalıklar açısından literatürle uyumludur.

Çalışmamızda gebelerin %22.3'ünün eşiyle akrabalık bağının olduğu belirlenmiştir. Malatya'da evli kadınlarda akraba evliliği oranı %28.0 (148), Denizli'de %17.4 olarak bulunmuştur (115). Türkiye'de her 5 evlilikten birinin akraba evliliği olduğu bildirilmiştir (28). Akraba evlilikleri nadir görülen otozomal resesif geçişli hastalıkların toplumdaki sıklığını artırır. Akraba evliliklerinde bebek ve çocuk ölümleri daha fazla görülmektedir (149). Elazığ il merkezinde de akraba evliliğinin yaygın olduğu görülmektedir. Bu durumun

kültürel kaynaklı olmakla beraber ve akraba evliliği ile ilgili bilgi eksikliğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada kadınların yaşları ve evlilik süreleri arttıkça yaşam memnuniyetlerinin azaldığı, kendilerinin ve eşlerinin eğitim durumları ve aylık gelirlerinin yükselmesi, gelir getirici bir işte çalışmaları, sosyal güvencenin olması, çekirdek aileye sahip olunmasıyla yaşam memnuniyetinin arttığı tespit edilmiştir ($P<0.05$, Tablo 17). Yaşam memnuniyeti yaşla birlikte azalma eğilimindedir ve sağlık koşullarının bozulmasından etkilenir (150). Aydemir ve arkadaşlarının çalışmasında, evli olmak yaşam kalitesini olumlu etkilerken, evlilik süresinin uzunluğunun yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği bildirilmiştir (151). Aldinç ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada gelir düzeyi yükseldikçe yaşam kalitesinin arttığı (152), Wang ve Shen'in araştırmasında sosyoekonomik durum düştükçe ve yaşın ilerlemesi ile birlikte yaşam kalitesinin azaldığı bulunmuştur (153). Yapılan çalışmalarda kadının statüsü arttıkça yaşamdan memnuniyetinin ve yaşam kalitesinin arttığı bildirilmiştir (26,118). Kadının statüsü yükselten göstergelerin iyileşmesi ile, yaşam memnuniyetinin artacağı beklenen bir durumdur.

Bu çalışmada kadının ve eşinin eğitim durumu ve gelir düzeyleri yükselmesi, gelir getirici işte çalışması, sosyal güvencenin olması ve çekirdek aile yapısının kadının evde alınan kararlara katılma oranını arttırdığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 18). Yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bildirilmiştir (28,117,124). Kadının eğitim, istihdam ve yüksek refah düzeyine sahip olması karar mekanizmalarına katılma hakkını da beraberinde getirmektedir. Geniş ailelerde evde alınan kararlara aile büyükleri katılmakta, çekirdek ailede ise karı-

koca ilişkileri göreceli olarak daha eşitlikçi ve karar alma sürecine kadın daha fazla katılabilmektedir (117,124).

Araştırma kapsamına alınan gebelerden lise veya üniversite mezunu olanlar, bir evlilik yapmış olanlar, eşi gelir getirici bir işte çalışanlar, geliri 3000 TL ve üzerinde olanlar kendi sağlık durumlarını daha yüksek oranda iyi olarak değerlendirmişlerdir ($P<0.05$, Tablo 19). Kadınların göç durumu ile sağlıklarını değerlendirmeleri arasında ilişki saptanmamıştır ($P>0.05$, Tablo 19). Kadınların sağlığı kadınların yaşamlarının aynı zamanda sosyal, ekonomik ve siyasi çerçevesi ile belirlenir. Kadınların statülerindeki düşüklüğün kendi sağlıklarını koruyacak kaynaklara ulaşmayı kısıtladığı bildirilmiştir (26). Yılmaz, çalışmasında; büyük şehirlere göç ederek gelen ailelerin sağlıksız koşullarda yaşadıkları, daha fazla sorunla baş etmek zorunda kaldıkları ve sağlık durumlarının daha kötü olduğunu bildirmiştir (154). Araştırmamızda ilişki saptanmamış olsa da, göç olgusunun bireylerin sağlık ve sosyal yaşam tarzlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmüştür.

Araştırmada çalışan, bulundukları yere göç ederek gelen, gelir düzeyi 750 TL ve daha az olan gebeler ile gelir düzeyi 3000 TL ve üzerinde olan gebeler daha fazla oranda uyku sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir ($P<0.05$, Tablo20). Yaş grupları ile uyku sorunu varlığı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P=0.518$, Tablo 20). Çoban ve arkadaşlarının Manisa’da yaptıkları çalışmada yaş grupları ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı (73), Afyon’da yapılan çalışmada ise anne yaşı arttıkça uyku kalitesinin olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (155). Kadın için yeni bir deneyim olan gebelik ile beraber göç olgusunun yaşanması ve çalışan kadın için iş yerindeki sorumlulukların birer stres

faktörü olarak anne adayının uyku kalitesini olumsuz etkilemesi beklenen bir durumdur. Gelir azlığı geçim sıkıntısı, gelir fazlalığı ise gelirin idaresi yönleriyle değerlendirilmelidir.

Araştırmada kadınların yaşları ve evlilik süreleri arttıkça dinlenmek için zaman ayırabilmenin azaldığı, yine çalışan kadınlarda aynı durumun olduğu saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 21). Türkiye’de her ne kadar kadın çalışma hayatına girse de geleneksel bakış tarzından kurtulamamıştır. Çocuk bakımı ve ev işleri sadece kadının yapması gereken asli görevler olarak görülmeye devam etmekte ve çalışan kadın aynı zaman da ücretsiz aile işçisi olarak çalışmaktadır (26,156). TNSA 2008’e göre kadınların evlilik süresi arttıkça genel olarak yaşayan çocuk sayısı artmaktadır (28). Çoban, çalışmasında gebelerin yaş grubu arttıkça genel yorgunluk düzeylerinin arttığını bildirmiştir (73). Bu durum yaş ve evlilik süresi ilerledikçe yaşayan çocuk sayısının artması, gebelik ile birlikte ortaya çıkan sorunların ileri yaşlarda daha fazla görülmesinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmada kadınların eğitim durumu yükseldikçe düzenli beslendiğini düşünenlerin oranı artmış ($P=0.015$), gelir düzeyi ile düzenli beslenme arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P=0.097$, Tablo 22). Baysal’ın çalışmasında gelir dağılımındaki dengesizliğin besin tüketim örüntüsüne yansıdığı bildirilmiştir (157). Eğitim düzeyi yüksek kadının gebelik döneminde nasıl besleneceğini bilmesi ve bu bilginin uygulayıcısı olmasının eğitim düzeyi düşük kadınlara oranla daha yüksek olması beklenen bir durum olarak değerlendirilmiştir. Çalışmamızda gelir düzeyine göre düzenli beslenme durumunda fark saptanmayışının nedeni ise gelir durumu ile ilgili bildirimim eksikliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınların eğitim durumu yüksekliğinin, gelir getirici işte çalışma durumunun, sosyal güvenceye sahip olmanın, sosyoekonomik düzeyini yüksek algılamanın, gelir düzeyi yüksekliğinin kadınların düzenli sağlık kontrolü yaptırma durumlarını arttırdığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 23). Kadının ve eşinin eğitim düzeyi, çalışma hayatına katılımı, gelir düzeyi, sosyoekonomik düzeyi, sosyal güvencesinin olması durumu kadının statüsünü belirlemekte, kadının statüsünün yükselmesi ise kadının sağlık düzeyini, sağlık hizmetlerinden yararlanma durumunu arttırmaktadır (29). Hıdıroğlu ve arkadaşlarının çalışmasında eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sosyal güvence sahipliğinin sağlık hizmetlerinin kullanımını arttırdığı bildirilmiştir (158). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların eğitim ve gelir düzeylerinin, düzenli sağlık kontrolü yaptırıp yaptırmama durumlarını etkilemediği gösterilmiştir (125). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasındaki bu durumun çalışmanın sadece kenar mahallelerde yapılmış olmasından dolayı, sağlık hizmetlerine fiziki olarak ulaşımındaki zorluktan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir. Kadınların eğitim, sosyoekonomik ve refah düzeyinin düşük olmasının kadının en temel insan haklarından olan sağlık hizmetlerinden yoksun kalmasına neden olduğu görülmektedir.

Çalışmada, kadınlardan lise veya üniversite mezunu olanlar, çalışanlar, sosyal güvencesi olanlar, eşi lise veya üniversite mezunu olanlar, sosyoekonomik düzeyini yüksek algılayanlar ve çekirdek aileye sahip olanlar daha fazla düzenli egzersiz yaptıklarını belirtmişlerdir ($P<0.05$, Tablo 24). Egzersiz sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındadır. Yapılan çalışmalarda kadınlardan sınıfsal konumu, aylık geliri, algılanan ekonomik durumu yüksek olanların, eğitim

durumu lise veya üniversite olanların, çalışanların, sağlık güvencesi olanların ve çekirdek aile yapısına sahip olanların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını daha fazla benimsedikleri ve egzersiz alan puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (159-161). Statüsü ve refah düzeyi yükselen kadının yaşamının her döneminde bilinçli olarak ve daha çok olumlu sağlık davranışları içerisine girmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda evlilik sayısı birden fazla olan, bulundukları yere göç ederek geldiğini ifade eden gebelerin sigara içme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 25). Diğer sosyodemografik özellikler ile sigara kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($P>0.05$, Tablo 25). Literatürde kendisinin ve/veya eşinin eğitim düzeyi yüksek olan, kendisi ve/veya eşi gelir getirici bir işte çalışan, geniş ailede yaşayan gebelerin sigara kullanma oranlarının daha yüksek olduğunun bildirildiği çalışmalar mevcuttur (112,130,162). Hyman ve Gruge tarafından yapılan çalışmada sigara ve alkol tüketimi, yüksek kalorili diyet gibi sağlık açısından riskli davranışların göç eden gruplarda yoğun bir şekilde görüldüğü bildirilmiştir (163). Yeni bir deneyim ve stres faktörü olan gebelik sürecini yaşayan kadının, sarsıcı bir deneyim olan göç olgusuyla birlikte daha yüksek oranda sigara kullanmaya yöneldiği düşünülmüştür.

Bu araştırmada, kadınların hayatları boyunca veya gebelik dönemlerinde herhangi bir şiddete maruz kalma durumu ile yaş grubu, eğitim, evlilik süresi, evlilik sayısı, çalışma durumu sosyal güvence durumu, eş eğitimi, gelir düzeyi, aile tipi özellikleri açısından ilişki saptanmamıştır ($P>0.05$, Tablo 26, Tablo 27). Herhangi bir olay karşısında sosyal destek alabildiğini ifade eden kadınların, böyle bir destek alamayanlara göre gebelik döneminde şiddete maruz kalma

oranları daha düşüktür ($P<0.05$, Tablo 27). Kadının ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça, çalışan kadınlarda, sosyoekonomik düzeyi yüksek olanlarda şiddet görmenin düşük, evlilik süresi uzun olanlarda, geniş ailede yaşayanlarda yüksek olduğunun bildirildiği çalışmalar vardır (164,165). Kadının ve eşinin eğitim düzeyi arttıkça gebelik döneminde kadının şiddet görme oranının azaldığını bildiren çalışmaların (166,167) yanı sıra, eğitim düzeyinin aile içi şiddet sıklığını etkilemediğinin saptandığı çalışmalar da mevcuttur (168,169). Statüsü yükselen ve dolayısıyla hem ailede hem de toplumda söz sahibi olan kadının şiddeti kabullenmemesi ve şiddete daha az maruz kalması beklenen bir durumdur. Araştırmamızda sosyodemografik özellikler ile şiddet arasında ilişki saptanmaması, şiddetin sosyal ve ekonomik statüden etkilenmeden devam eden bir olgu olduğunu düşündürmüştür. Yine bu durum kadınların şiddet ile ilgili sorulara net yanıt vermemelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada kadınlarda yaş ve evlilik süresi arttıkça sosyal destek alma oranının azaldığı, eğitim durumu yükseldikçe arttığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 28). Sosyal destek alan kadınların oranı; sosyal güvencesi olan, çekirdek ailede yaşayan, eşi lise veya üniversite mezunu olan kadınlarda daha yüksek olmasına rağmen anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($P>0.05$, Tablo 28). Yapılan çalışmalarda yaş ilerledikçe sosyal destek algılama puanının azaldığı (76), kadının ve eşinin eğitim düzeyi, sosyal güvenceye sahip olma durumları yükseldikçe algılanan sosyal desteğin yükseldiği (76,170), çekirdek ailedeki sosyal desteğin daha doyurucu bir destek olduğu bildirilmiştir (77). Sosyal destekte zaman süreci, eğitim ve sosyal yapı içerisinde ilişkiler önemli olup, kültürler ve yaşam alanları arasında farklılık gösterebilir.

Araştırmada kadınların yaş ve evlilik süreleri arttıkça kronik bir hastalığa sahip olma oranlarının arttığı, eğitim düzeyleri yükseldikçe azaldığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 29). Kronik bir hastalığa sahip olma, insan yaşamında süreç uzadıkça beklenen bir durumdur. Yine eğitim düzeyi yüksekliği kişilerin sağlık bakım algılarını ve erişilebilirliğini arttırabileceğinden hastalıklardan korunulabilmektedir.

Araştırmaya alınan kadınlardan, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da; 35 yaş ve üzerinde olanlar, herhangi bir okul bitirmemiş olanlar, aylık geliri asgari ücret ve altında olanlar, sosyal güvencesi olmayanlar ve geniş ailede yaşayanlar daha yüksek oranda gebelik ile birlikte hastalıklarının ortaya çıktığını belirtmişlerdir ($P>0.05$, Tablo 30). Anne ölümleri arasında gebeliğe bağlı ölümlerin %58.4'ü doğrudan nedenlerle gerçekleşmiştir. Doğrudan anne ölümleri nedenleri arasında gebelik döneminde ortaya çıkan hastalıklar (ödem, proteinüri, hipertansiyon vs.) önemli yer tutmaktadır (80). İleri yaş gebeliklerinde ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınlarda gebelikle beraber ortaya çıkan hastalıkların artması beklenenebilir.

Çalışmada, eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi, aylık gelir miktarı arttıkça, kendisi ve eşi çalışanlarda, sosyal güvencesi olanlarda ve çekirdek aileye sahip olan kadınlarda ilk gebelik tespitlerini özel sağlık kuruluşlarında yaptırma oranının arttığı, evlilik süresi ve yapılan evlilik sayısı arttıkça bu oranın azaldığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 31). Işık'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada, çalışan ve ekonomik özgürlüğü olan kadınların gebelik takiplerinde özel hastaneleri daha çok kullandıkları bildirilmiştir (35). Kadınların statüsü ve refah düzeyi yükseldikçe gebelik takiplerinde özel sağlık kurumlarını daha fazla tercih

etmelerinin, sağlık kurumları arasındaki olanakların ve personel yaklaşımının farklı olmasından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Çalışmaya katılan kadınların eğitim durumu, eşinin eğitim durumu yükseldikçe, çalışan kadınlarda, sosyal güvenceye sahip olanlarda yükseldikçe gebelik kontrollerine düzenli gidenlerin oranının yükseldiğı, aylık geliri 3000 TL ve üzerinde olanların, 20-34 yaş grubundaki kadınların daha yüksek oranda gebelik kontrollerine düzenli olarak gittikleri saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 32). TNSA 1998 ileri analiz sonuçlarında; annenin eğitim düzeyi, eşin eğitim düzeyi arttıkça ve sosyal güvence durumu varlığında DÖB hizmetlerinden yararlanma durumunun arttığı, daha çok risk taşıyan adolesan yaş grubundaki annelere göre, 20-34 yaş grubundaki annelerin DÖB alma olasılığının %53, 35 yaş üzerindeki gebelere göre ise %68 daha fazla olduğu bildirilmiştir (42). Turan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yüksekokul mezunu annelerin %100'ü, ekonomik durumunu iyi olarak algılayan annelerin %86.5'i düzenli olarak DÖB aldıklarını belirtmişlerdir (111). Araştırma sonuçlarımız literatürle uyumludur. Kadının sağlık sigortasının olması, kadının ve eşinin eğitim düzeyin yükselmesi, annenin gebelik için riskli olan yaş grubunda olmaması gebelik kontrollerine düzenli gitme durumunu olumlu etkilemektedir.

Araştırma kapsamına alınan kadınlardan lise veya üniversite mezunu olanlar, eşi lise veya üniversite mezunu olanlar daha az oranda adolesan veya ileri yaş gebelik yaşadığını belirtmiş, kendisi ve eşi gelir getirici bir işte çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan, aylık geliri 750 TL ve altında olan, geniş ailede yaşayan kadınların ilk gebeliklerinin daha yüksek oranda adolesan çağ ve ileri yaş gebelik olduğu belirlenmiştir ($P<0.05$, Tablo 33). Yapılan birçok çalışmada

kadının ve eşinin düşük eğitim seviyesinde olması, yoksulluk, çalışmama/işsizlik, sosyal güvenceden yoksun olma ve geniş ailede yaşıyor olmanın adolesan ve ileri yaş gebeliklerini arttıran faktörler olduğu saptanmıştır (86,170,171). Eğitim düzeyinin yüksekliğinin bilinçli ve sağlıklı gebelikleri arttıracakı düşünölmüştür. Kadınların çalışıp çalışmama durumları ise gebelik yaşını etkileyebilir ya da gebelikleri çalışma durumlarını engelleyebilir.

Bu çalışmada kadınların yaşları ve evlilik süreleri arttıkça, kendisi ve eşi çalışmama durumunda, 4 ve üzeri gebelik sayısı bildirme oranlarının daha fazla olduğu, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi yükseldikçe bu oranın düştüğü belirlenmiştir ($P<0.05$, Tablo 34). Yapılan çalışmalarda 34 yaşından büyük ve dörtten fazla doğum yapmış kadınlarda ölü doğum sıklığı daha fazla bulunmuştur (41,80). TNSA 2008 çalışmasında hane halkı refah düzeyi düşük, herhangi bir okul bitirmemiş kadınların doğurganlık hızının en yüksek olduğu saptanmıştır (28). Yaşam sürecinde yaş ve evlilik süresiyle gebelik sayısının artması beklenen bir durumdur. Kişilerin eğitim düzeyi ise aile planlaması, üreme sağlığı ve sağlıklı gebelikler konusunda bilinçlenmeyi arttıracaktır.

Araştırmada istemeyerek gebe kalan kadınların oranının yaşla birlikte arttığı, eğitim düzeyi düşük, kendisi ve eşi çalışmayan kadınların daha yüksek oranda istemeyerek gebe kaldıkları, yine gelir düzeyinin isteyerek gebe kalma oranlarını etkilediği saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 35). TNSA 2008 çalışmasında istenmeyen gebeliklerin yüzdesinin annenin doğumdaki yaşının artmasıyla yükseldiği bildirilmiştir (28). İstenmeyen gebelik annenin kendisinin ve bebeğin sağlığına ilgisiz olmasına neden olabileceği için risk taşımakta, gebeliğin isteniyor olması ise psikolojik destekle anne-çocuk sağlığını olumlu yönde

desteklemektedir (47). İleri yaştaki annelerin kontrasepsiyon ile tanışmış olma ihtimalinin daha yüksek olacağı düşünüldüğünde yinede istenmeyen gebeliklerin en fazla bu grupta yaşandığı görülmektedir. Annenin sosyoekonomik statüsünün düşmesiyle, sağlık hizmetlerine ulaşım ve yararlanma durumunun negatif olarak etkilenmesi ve daha fazla oranda istenmeyen gebelik yaşaması beklenen bir durumdur.

Çalışma kapsamına alınan birden fazla gebelik yaşamış kadınların yaşları, evlilik süreleri kısa ve geniş ailede yaşayanlarda 24 aydan daha kısa aralıklarla gebe kalma oranının arttığı saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 36). Herhangi bir okul bitirmemiş, gelir getirici bir işte çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan kadınlar daha yüksek oranda 24 aydan daha kısa aralıklarla gebe kaldıklarını belirtmişler, ancak istatistiksel bir fark saptanmamıştır ($P>0.05$, Tablo 36). Sık doğumların anne ve bebek mortalite ve morbiditesinde artışlara neden olduğu pek çok çalışmada ortaya konmuştur (80,110). TNSA 2008 araştırmasında 20-29 yaş grubundaki kadınların %29'u doğumları arasında 24 aydan daha kısa bir süre bırakırken, 30-39 yaş grubundaki kadınların ise %13'ünün benzer davranış gösterdikleri, doğum aralıklarının eğitimsiz kadınlarda lise ve üzeri eğitim alan kadınlara göre daha kısa olduğu, refah düzeyi düştükçe kadınların daha yüksek oranda 24 ay geçmeden yeni bir doğum yaptıkları bildirilmiştir (28). Atar Güler ve Gürel'in arkadaşlarının yaptığı çalışmada gebelik aralığı kısa olan kadınların evlilik süresinin daha kısa olduğu, daha genç oldukları ve eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (91). Bu durumun genç ve yeni evli olan kadınların cinsel açıdan daha aktif olmaları, kontraseptif kullanımının daha az olması, ileri yaştaki kadınlarda çocuk isteğinin daha az olması, eğitim düzeyi

düşük ve sosyal güvenceden yoksun kadınların kontraseptif yöntemlerin kullanımıyla ilgili bilgi eksikliği ve bu hizmetlere ulaşmasında karşılaştığı zorluklardan kaynaklandığı düşünülebilir.

Bu çalışmada; 35 yaş ve üzerinde olan, herhangi bir okul bitirmemiş olan, evlilik süresi 120 ay ve üzerinde olan, gelir getirici bir işte çalışan kadınların daha yüksek oranda sezaryen ile doğum planladıkları saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 37). Hildingsson ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik düzeyi düşük olan kadınların sezaryeni tercih ettiği bildirilirken (172), Yaşar ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik düzeyin yükselmesinin sezaryen oranını arttırdığı bildirilmiştir (173). İleri yaşta kadınlarda sezaryen isteğindeki artışın daha çok medikal endikasyonlar (daha öncaki gebeliğin sezaryen ile olması, kronik hastalıklar vb.) ve bir korunma yöntemi olarak tüp ligasyon isteği sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda diğer çalışmalardan farklı olarak eğitim düzeyi düşük kadınlar daha yüksek oranda sezaryen ile doğum planladıklarını belirtmişlerdir. Bu durumun Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın son dönemde uyguladığı normal doğumu teşvik edici çalışmalarının eğitim düzeyi yüksek olan kadınlar üzerinde daha fazla etkili olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Araştırmada herhangi bir okul bitirmemiş olan, kendisi ve eşi gelir getirici bir işte çalışmayan, sosyal güvencesi olmayan kadınlarda akraba evliliği oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 38). Yapılan çalışmalarda kadının eğitim durumu ve sosyoekonomik düzeyi yükseldikçe akraba evliliği oranının azaldığı bildirilmiştir (115,148). Şehirleşme ve endüstrileşmeyle beraber çalışma hayatına katılan, eğitim düzeyi yükselen, statüsü artan kadının aile

kurarken gelenek ve göreneklerden daha az etkilenmesi ve akraba evliliğinin daha az görülmesi beklenen bir durumdur.

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaşları, evlilik süreleri arttıkça gebelik öncesinde BKİ'ye göre aşırı kilolu veya obez olanların oranının arttığı, gelir getirici bir işte çalışan, gebelik kontrollerine düzenli giden, gebelik sayısı üç veya daha az olan, isteyerek gebe kaldığ n  ifade eden kadınların ise daha düşük oranda aşırı kilolu ve obez oldukları saptanmıştır ($P<0.05$, Tablo 39). İrge ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaş ve evlilik süresi arttıkça BKİ'nin arttığı, kadının eğitim düzeyi yükseldikçe ve çalışma oranı arttıkça BKİ'nin normal sınırlarda olma yüzdesinin arttığı bildirilmiştir (174). Yaşı genç olan, yeni evli olan, gebelik sayısı az olan, gebelik kontrollerine düzenli olarak giden, gebeliği planlı olan kadınların kendilerinin ve doğacak çocuklarının sağlığına daha çok  zen göstererek, gebelik öncesinde daha yüksek oranda ideal kiloya sahip olmalarının beklenebileceği d ş n lm şt r.

Bu çalışmada kadınların sosyoekonomik düzeylerini iyi yönde algılamaları arttıkça, evlerinde bakıma muhtaç birey olmadığında, evlerinde kalan kişi sayısı azlığında ve yaşadıkları konut özellikleri iyileştikçe yaşam memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir ($P<0.05$, Tablo 40). İnsanın doğası gereği sayılan özelliklerin kişilerin yaşam bağlarını ve paylaşımlarını arttıracadından, memnuniyet düzeylerini olumlu yönde etkileyebileceği d ş n lm şt r.

Sonuç olarak; araştırma kapsamına alınan gebe kadınların %40.2'si lise/ niversite mezunu, %19.6's  gelir getirici bir işte çalışmakta olup, %84.4'  çekirdek aile tipine sahiptir. %56.6'sının evlilik süresi 60 ay ve daha az, %3.5'inin kumas  vardır. %63.0'  yaşamından genel olarak memnun olduğunu, %22.1'i

ailede kararlara katılmadığını belirtmiştir. %44.4'ü dinlenme için zaman ayıramadığını, %33.8'i düzenli sağlık kontrolü yaptırmadığını belirtmiştir. %8.9'u halen sigara içmektedir. %14.5'i hayatı boyunca, %4.4'ü gebeliği sürecinde herhangi bir şiddet türüne maruz kalmıştır. %55.2'si kendi sağlık durumunu iyi olarak değerlendirmekte, %13.5'i kronik bir hastalığının olduğunu belirtmektedir.

Kadınların %30.5'inin ilk gebelik tespiti özel hastane veya özel muayenehanede yapılmıştır. %18.6'sı gebelik kontrollerine düzenli gitmemektedir. Gebelik döneminde %3.7'sinin kilo ölçümü, %8.0'ının kan basıncı ölçümü yapılmamış olup, %74.9'u gebelik dönemine ait eğitim almamıştır. Daha önce gebe kalmış olan kadınların %30.1'inin iki gebelik arası süresi 24 aydan kısadır. %32.7'si gebelik öncesinde fazla kilolu veya obezdir. %35.9'u mevcut gebeliklerinde sezaryen ile doğum yapmayı planlamaktadır.

Araştırma kapsamına alınan kadınlarda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde;

- Kadınların ve eşlerinin eğitim durumları ve aylık gelirlerinin yükselmesi, gelir getirici bir işte çalışmaları, sosyal güvencelerinin olması ve çekirdek aileye sahip olmaları ile yaşam memnuniyetleri ve evde kararlara katılma durumlarının arttığı,
- Lise/üniversite mezunu olanlar ile eşi gelir getirici bir işte çalışanların kendi sağlık durumlarını daha yüksek oranda iyi olarak değerlendirdikleri,
- Uyku sorunlarının göç ederek gelenlerde daha fazla görüldüğü ve gelir düzeyine göre değiştiği,
- Çalışan kadınlarda dinlenme için daha az zaman ayrıldığı, eğitim düzeyi yükseldikçe düzenli beslendiğini düşünenlerin oranlarının arttığı,

- Eğitim durumu yüksekliğinin, gelir getirici bir işte çalışmanın, sosyoekonomik düzeyini yüksek algılamının düzenli sağlık kontrolü yaptıırma durumunu arttırdığı,
- Sosyal destek alabilenlerde gebelik döneminde şiddete maruz kalmanın daha düşük olduğu ve eğitim durumu yükseldikçe sosyal destek alma oranının arttığı,
- Kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi yüksek olanların daha fazla düzenli gebelik kontrollerine gittikleri ve lise/üniversite mezunu olanların daha az adolesan veya ileri yaş gebelikleri yaşadıkları,
- Evlilik süreleri arttıkça, kendisi ve eşi çalışmama durumunda daha fazla oranda 4 ve üzeri gebelik bildirildiği, eğitim düzeyi yükseldikçe bu oranın düştüğü,
- İstemeyerek gebe kalma oranlarının yaşla birlikte arttığı, yine eğitim düzeyi düşük kendisi ve eşi çalışmayanlarda daha fazla görüldüğü,
- Evlilik süresi kısa ve geniş ailede yaşayanlarda gebelik aralığı süresinin kısaldığı,
- Evlilik süresi uzun, 35 yaş ve üzerinde, çalışan kadınların daha yüksek oranda sezaryen ile doğum planladıkları,
- Eğitim düzeyi düşük, gelir getirici bir işte çalışmayan, ve sosyal güvencesizlerde daha fazla akraba evliliğinin görüldüğü,
- Gebelik kontrollerine düzenli giden, gebelik sayısı 3 veya daha az olan, isteyerek gebe kaldığını ifade eden kadınların daha düşük oranda aşırı kilolu ve obez oldukları,

- Yaşadıkları konut özellikleri iyileştikçe yaşam memnuniyetlerinin arttığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda gebelerin yaşam tarzlarının ve sağlık risklerinin iyileştirilmesine yönelik olarak;

- Kadınların ve eşlerinin eğitim düzeylerini yükseltici ve kadınların gelir getirici işlerde çalışmasını özendirici çalışmalar yapılmalı,
- Geleneksel yaşam tarzlarının doğurduğu geniş aile düzenlerinden daha çok çekirdek ailelerin oluşturulmasına ve yaşatılmasına gayret gösterilmeli,
- Kadınların yaşam dönemleriyle ilgili eğitim programları hazırlanmalı, özellikle gebelik ile ilgili eğitim programlarına katılmaları sağlanmalı,
- Kadının ve toplumun sosyoekonomik düzeyini yükseltici çalışmalar yapılmalı ve önlemler alınmalı,
- Gebelik döneminde sosyal desteğin ve sosyal destek sağlayıcıların bulunmasının önemi eğitim programlarında özellikle yer almalı,
- Kadınların sağlık, sosyal yapı ve yaşam tarzı davranışlarına yönelik yapılacak çalışmalarda, çok çabuk ulaşabilecekleri birinci basamak sağlık kuruluşları ile ilgili mevcut düzenlemelerin işlerliği arttırılmalı ve bu kuruluşlarda hizmet alım düzeyi yükseltilmeli,
- Gebe kadınların yaşam tarzları ve sağlık risklerine yönelik, multidisipliner bir yaklaşımla kamuya ve sivil toplum kuruluşlarına ait yapıların eşgüdüm içerisinde birlikte hareket edebilmeleri sağlanmalıdır.

7. KAYNAKLAR

1. Çakırcalı EE. Hasta Bakımı ve Tedavisinde Temel İlke ve Uygulamalar. 3. Baskı, İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi, 2000.
2. Dedeoğlu N. Dünya Sağlık Örgütü. Toplum ve Hekim 2002; 17: 88-90.
3. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 9: 26-34.
4. İlhan N, Batmaz M, Akhan N. Üniversite öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2010; 3: 34-44.
5. Tuğut T, Bekar M. Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11: 17-26.
6. Akça Ş. Üniversite Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1998.
7. Yıldırım N. Üniversite Öğrencilerinin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005.
8. Dünya Sağlık Kurulu, 21. Yüzyıla Yönelik Herkes İçin Sağlık Politikası, Gündem Maddesi 19, 16 Mayıs 1998. <http://www.who.ch/hpr/Declare/htm/> 08.03.2013.
9. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları. <http://www.sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/sagligin%20tesviki.pdf> 11.01.2013
10. David C. Yaşam Tarzları. Kutluk İ (Çeviren). Ankara: Dost Kitapevi, 1999.
11. Weber M. Economy and Society I. Fischhoff E (Çeviren). London: University of California Press, Berkeley, 1978.
12. Türkiye İstatistik Cep Yıllığı–Statistical Pocket Book of Turkey. Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası, 1991.
13. Gençtan E. Psikanaliz ve Sonrası. 6. Baskı, İstanbul: Remzi, 1995.
14. İslamoğlu AH. Pazarlama Yönetimi Stratejik ve Global Yaklaşım. 2.Baskı, İstanbul: Beta, 1999.
15. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. International Journal of Nursing Studies 2000; 37: 37-43.
16. Sina İ. El-Kanun Fit-Tıbb. Kâhya E. (Çeviren). 1. Baskı, Ankara: Süleymaniye Kütüphanesi 1995.

17. Çağın Hareketsizlik Sorunu ve Aktif Yaşamın Kazandırdıkları. www.skbb.org.tr/wp.../04.03.2013.
18. Zorba E. Sporla aktif yaşam ve sağlığınıza kazandırdıkları; yaşam ve egzersiz. Gazi Haber Dergisi 2007; 9: 44-47.
19. Necmettin E. Yaşam Boyu Spor. İstanbul: Altın Kitaplar, 1982.
20. Conrad P. Wellness in the work place: potentials and pitfalls of work-site health promotion. The Milbank Quarterly 1987; 65: 255-275.
21. Grunbaum JA, Kann L, Kinchen S. Youth risk behavior surveillance-United States 2003. Morbidity and Mortality Weekly Report 2004; 53: 1-96.
22. Kıray Vural B. Sağlık risklerinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1982; 2: 39-43.
23. Stanhope M, Lancaster J. Community Health Nursing. Promoting Health of Aggregates Families and Individuals. Mosby Year Book, 1996.
24. Türmen T. Toplumsal cinsiyet ve kadın. www.huksam.hacettepe.edu.tr/.../toplumsal_cinsiyet_ve_kadin.pdf/ 06.03.2013.
25. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı, Üreme Sağlığına Giriş. T.C. Sağlık Bakanlığı Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: Buluş, 2006.
26. Akın A, Mihçioğur S. Kadının statüsü ve anne ölümleri. Yaşlanan Kadın Sempozyumu, HÜKSAM: Kadın Sorunları ve Araştırma Merkezi, Ankara, 2005.
27. Royston E, Armstrong S. Preventing Maternal Deaths, WHO. Geneva, 1989.
28. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA2008_ozet_Raporu.pdf/01.02.2013.
29. Kadının Statüsü ve Sağlığı ile İlgili Gerçekler. Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü Yayını, 2008.
30. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. VII. Baskı: Ankara; Sistem Ofset, 2005.
31. The World Health Report, "Working Together for Health". World Health Organization, 2006.
32. 2000 Genel Nüfus Sayımı, Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Nitelikleri. Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE), Ankara: Yayın numarası 2759, 2003.
33. Mollahaliloğlu S, Hülür Ü, Yardım N (Editörler). Türkiye'de Sağlığa Bakış 2007. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı-Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, Bölük Ofset Matbaacılık, 2007.

34. Cinsiyet Eşitliği Konusunda Yerel Politikalar.
<http://www.undp.org.tr/undp/docs/CinsiyetEsitligi/> 16.02.2013.
35. Işık TM. Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma. Doktora Tezi, Adana: Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2010.
36. Açıkalin İ. Türkiye’de Ana Sağlığı ve Aile Planlamasının Durumu. Ankara: 1. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, Kongre Kitabı, 2001; 116-27.
37. Gökmen O, Özcan S. Dünyada ve Türkiye’de üreme sağlığı. Yeni Türkiye Dergisi 2001; 7: 484-489.
38. Eryılmaz G, Erci B, Engin R. Gebelik sayısının öz-bakım gücüne etkisi. Erzurum: VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri, Kongre Kitabı, 1999; 306–311.
39. Samur G. Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme. 1. Baskı, Ankara: Klas Matbaacılık, 2008.
40. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. UNICEF, UNFPA, World Bank and WHO, Geneva, 2012.
41. Anne Ölümleri İzleme Programı. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1.../anne-olumleri-izleme-programi.doc/> 06.04.2013.
42. Akın A (ed). Türkiye’de Ana Sağlığı, Aile Planlaması Hizmetleri ve İsteyerek Düşükler: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998 İleri Analiz Sonuçları, 2002. Hacettepe Üniversitesi, Türkiye Aile Sağlığı ve Planlaması Vakfı, Ankara. UNFPA.
43. Taşkın L, Koç G. 1. Basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerde ebe ve hemşireler. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 1: 48-56.
44. Dirican R, Bilgel N. Halk Sağlığı (Toplum Hekimliği). Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1999.
45. Owens L. The Relationship of Health Locus of Control, Self Efficacy, Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Older Adults. A dissertation presented for the doctor of philosophy degree The University of Memphis, 2006.
46. Kogan MD, Alexander GR, Kotelchuck M, Nagey DA. Relation of the content of prenatal care to the risk of low birth weight, maternal reports of health behavior advice and initial prenatal care procedures. J Am Med Assoc 1994; 271: 1340–1345.
47. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2000; 1: 92-104.
48. Yaşam Tarzının Fertilité Üzerine Etkileri.
http://www.huksam.hacettepe.edu.tr/Yasam_Tarzinin_Fertilite_Uzerine_ 03.03.2013.
49. Kesim MD. Sigara ve gebelik. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2004; 38: 7-14.

50. Demsey DA, Benowitz NL. Risks and benefits on nicotine to aid smoking cessation in pregnancy. *Drug Safety* 2001; 24: 277-322.
51. Demirkaya B. Gebelikte Sigara İçiminin Plasenta ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri. Uzmanlık Tezi, İstanbul: T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 2004.
52. The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General. www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/2004/ 02.06.2013.
53. West KP Jr, Caballero B, Black RE. Nutrition. In: Merson MH, Black RE, Mills AJ (Editors). *International Public Health: Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers 2001; 5: 207-291.
54. Api O, Ünal O, Şen C. Gebelikte beslenme kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi* 2005; 13: 71-79.
55. Baysal A. Beslenme. 9. Baskı, Ankara: Hatipoğlu, 2002.
56. Gebelerde demir destek programı rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/18.2.2013>.
57. Gebelerde D vitamini destek programı rehberi. <http://www.saglik.gov.tr/18.3.2013>.
58. Kopelman PG. Fazla Kilo ve Obezitenin Tanımı. Kahramanoğlu M (Çeviren). 1. Baskı, İstanbul: Birlik Ofset, 2003.
59. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, Switzerland. Technical Report Series 2000; 894: 12-13.
60. Kabaran S, Samur G. Maternal obezite ve gebelik. *Beslenme ve Diyet Dergisi* 2010; 38: 45-52.
61. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcomes. *Obstetrics&Gynecology* 2004; 103: 219-224.
62. Korugan Ü. Dünya’da ve Türkiye’de Obezite Prevalansı. Ankara: III. Uluslararası Beslenme ve Diyetetik Kongresi, Kongre Kitabı, 2001; 11-109.
63. Baltacı G. Obezite ve Egzersiz. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
64. Exercise during pregnancy, ACOG Patient Education (AP 119). American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
65. Akbayrak T, Kaya S. Gebelik ve Egzersiz. 1. Baskı, Ankara: Klasmat Matbaacılık, 2008.
66. CEDAW (United Nations Convention On The Elimination Of All Forms of Discrimination Against Women) (Kadınlara karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi

- Sözleşmesi). 85th Plenary Meeting, General Assembly A/RES/48/104, 20 December 1993.
67. Vatandaş C. Aile ve Şiddet: Türkiye’de Eşler Arası Şiddet. 1. Baskı, Ankara: Uyum Ajans, 2003.
 68. Deveci SE, Açık Y, Gülbayrak C, Tokdemir M, Ayar A. Prevalence of domestic violence during pregnancy in a Turkish community. *Southeast Asian J Tropic Med Pub Health* 2007; 38: 754-760.
 69. Cokkinides VE, Coker AL, Sanderson M, Addy C, Bethea L. Physical violence during pregnancy: Maternal complications and birth outcomes. *Obstetric Gynecology* 1999; 93: 661-666.
 70. Tiwari A, Chan KL, Fong D et al. The impact of psychological abuse by an intimate partner on the mental health of pregnant women. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2008; 115: 377-384.
 71. Fienel F. Uyku ve rüya. *Bilim ve Teknik Dergisi* 2005; 2: 2- 14.
 72. Schorr SJ, Chawla A, Devidas M et al. Sleep patterns in pregnancy. A longitudinal study of polysomnography recordings during pregnancy. *J Perinatol* 1998; 18: 427-430.
 73. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Dergisi* 2010; 49: 87-94.
 74. Sharma S, Franco R. Sleep and Its disorders in pregnancy. *Wisconsin Med J* 2004; 103: 48-51.
 75. Yıldırım İ. Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 1997; 13: 81-87.
 76. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2003; 4: 98-105.
 77. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2010; 1: 71-76.
 78. Gilbert E, Harmon J. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum. Ankara: Palme Yayıncılık, 2002.
 79. Smith RP. Netter Obstetrik Jinekoloji ve Kadın Sağlığı. Erenus M, Yoldemir T (Çevirenler). 1. Baskı, İstanbul: Güneş, 2008.
 80. Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 2005.

81. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Ankara: Güneş Kitapevi Ltd. Şti. 1993; 124-128.
82. Doğum Öncesi Bakım Yönetimi Sağlık Bakanlığı Protokol 02-
www.saglik.gov.tr/extras/birimler/acsap/P02%20dogum%20oncesi%20bakim%20yoneti
mi.doc/26.02.2013.
83. World Health Day, Safe Motherhood, Maternal Mortality, World Health Organization
CH-1211 Geneva, Switzerland 1998: 1-51.
84. Kılıç S, Uçar M, Temir P. Hamile kadınlarda doğum öncesi bakım alma sıklığı ve bunu
etkileyen faktörler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 91-97.
85. Eryılmaz HY. Doğum sonu hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ölçek
geliştirilmesi. Erzurum: VII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Bildiri Özet Kitabı, 1999:
143-149.
86. Gökçe B, Özşahin A, Zencir M. Determinants of adolescent pregnancy in an urban area
in Turkey: A population-based case control study. J Biosoc Sci 2007; 39: 301-11.
87. İmir GA, Çetin M, Balta Ö, Büyükayhan D, Çetin A. Perinatal outcomes of adolescent
pregnancies a University Hospital in Turkey. J Turkish- German Gynecol Assoc 2008;
9: 71-4.
88. Chan BC, Lao TT. Influence of parity on the obstetric perfor- mance of mothers aged 40
years and above. Human Reprod 1999; 14: 833-7.
89. Dildy GA, Jackson GM, Fowers GK, Oshiro BT, Varner MW, Clark SL. Very advanced
maternal age: pregnancy after age 45. Am J Obstet Gynecol 2007; 175: 668–674.
90. Prysak M, Lorenz RP, Kisly A. Pregnancy outcome in nulliparous women 35 years and
older. Obstet Gynecol 1995; 85: 65-70.
91. Güler Atar S, Gürel H. Gebelik aralığına etki eden faktörler. Perinatoloji Dergisi 1996:
4; 126-128.
92. Atar Gürel S. Gebelik Yaşına Göre Düşük Ağırlıklı İnfantların Teşhisi İçin Standart
Eğrilerin Çıkartılması, Risk Faktörlerinin Belirlenmesi ve Teşhiste Klinik Yöntemler ile
Ultrasonografinin Tanısal Değerinin Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Eskişehir:
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 1991.
93. Monaghan SC, Little RE, Hulchiy O et al. Risks factors for spontaneous preterm birth in
two urban areas of Ukraine. Pediatr Perinat Epidemiol 2001; 15: 123-130.
94. Sermet H. 16-24. Haftalarda Gebelerde Preterm Doğum Riskinin Belirlenmesinde
Ultrasonografik Servikal Değerlendirme. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, 2005.

95. American Diabetes Association. Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* January 2003; 26: 103–105.
96. Gabbe SG, Graves C. Management of diabetes Mellitus Complicating Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 857–68.
97. Tazegül A, Şimşek B. Gebelikte tiroid hastalıkları. *Selçuk Tıp Dergisi* 2010; 26: 63-67.
98. Glinioer D. The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2004; 18: 133-152.
99. Kaplan NM. Clinical Hypertension. Baltimore. William and Wilkins, 1994: 343-365.
100. Walet A, Goerke K, Steller J. Klinik Muayene Tanı Tedavi Acil Kılavuzu. Karaaliler F (Çeviren). İstanbul: Yüce Yayınları, 1994: 144-146.
101. Chapman AB, Abraham WT, Zamudio S et al. Temporal relationships between hormonal and hemodynamic changes in early human pregnancy. *Kidney Int* 1998; 54: 2056-2063.
102. Siu SC, Sermer M, Colman JM et al. Prospective multicenter study of pregnancy outcomes in women with heart disease. *Circulation* 2001; 104: 515-21.
103. Sendon J, Swedberg K, Tamargo K. Expert consensus document on management of cardiovascular diseases during pregnancy. Task Force on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003; 24: 761-81.
104. Uzun Ö. Gebelikte üriner sistem enfeksiyonları (Nasıl tedavi edelim). *Hacettepe Tıp Dergisi* 2001; 32: 154-159.
105. Romero R, Oyarzun E, Mazor M, Sirtori M, Hobbins JC, Bracken M. Meta-analysis of the relationship between asymptomatic bacteriuria and preterm delivery/low birth weight. *Obstet Gynecol* 1989; 73: 576-82.
106. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı-Sağlık Bakanlığı. www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-73168/.../ulusal-ruh-sagligi-eylem-planı.pdf/01.06.2013.
107. Cebeci SA, Aydemir Ç, Göka E. Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi* 2010; 10: 11-18.
108. Patel V, Araya R, Lima MS. Women, Poverty and Common mental disorders in four restructuring societies. *Soc Sci Med* 1999; 491: 461–471.
109. O'Hara M, Swain A. Rates and Risk of Postpartum Depression-A Meta-Analysis. *Int Rev Psychiatry* 1996; 8: 37-54.

110. Hancıoğlu A, Alyanak İY. Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA 2003).
111. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 8: 157-172.
112. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı HD. Manisa’da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. Türk Toraks Dergisi 2009; 10: 5-20.
113. Saka G, Ertem M, İlçin E. Diyarbakır Doğum Evi Hastanesin’de doğum yapan gebelerde risk faktörleri: ön çalışma. Perinatoloji Dergisi 2001; 9: 1-6.
114. Omaç M, Güneş G, Karaoğlu L, Pehlivan E. Arapgir Devlet Hastanesi’ne başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Tıp Dergisi 2009; 14: 115-119.
115. Akın G. Denizli kırsal kesiminde akraba evliliği ve bunu etkileyen faktörler. Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi 2000; 4: 67-80.
116. Sevindik F, Açık Y, Gülbayrak C, Akgün D. Elazığ il merkezinde yaşayan evli kadınların istemli düşük yapmak amacıyla uyguladıkları ve bildikleri geleneksel yöntemler. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 321-324.
117. İlhan Tunç A. Van’da kadın sorunları ve eğitim. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 1: 1-26.
118. Kılıçarslan S. Edirne Şehir Merkezindeki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2008.
119. Nisan 2013 açlık ve yoksulluk sınırı. <http://www.turkis.org.tr/01.05.2013>.
120. Yoksulluk 2009 Çalışması Sonuçları. T.C. Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/08.05.2013>.
121. Asgari ücretin net hesabı ve çalışana maliyeti. <http://www.csb.gov.tr/09/07.2012>.
122. Gücük S, Günher Arıca S, Akan Z, Arıca V, Alkan S. Van ilindeki çok eşlilik oranları ve etkileyen faktörler. Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2010; 3: 127-133.
123. Devlet İstatistik Enstitüsü 2004 Yaşam Memnuniyeti Araştırması. Ankara: D.İ.E. Matbaası, 2005.
124. Kabaklı Çimen L. The effect of education, as a factor, on the participation of women in domestic decisions. Int J Trends in Arts 2012; 1: 78-90.
125. Deveci SE, Açık Y, Rahman S. Elazığ’ın kenar semtlerinde yaşayan kadınların yaşam koşulları ve sağlık riskleri. TAF Prev Med Bull 2010; 9: 45-50.

126. Hawkins JW. Women's reported self-care behaviors during pregnancy. Health Care for Women Int 1998; 19: 529-538.
127. Selçuk MY. Postpartum depresyonun gebelikte alınan kilo ve sosyodemografik faktörlerle ilişkisi. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2012; 19: 256-63.
128. The world health report 2002 – Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002. <http://www.who.int/whr/2002/en./27.03.2013>.
129. Üstün C, Malatyaloğlu E. Gebelikte sigara kullanımının fetüs ve plasenta üzerine etkileri. On Dokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fak Dergisi 1990; 7: 43-8.
130. Marakoğlu K, Sezer RE. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 157-164.
131. Özsoy S. Gebelikte sigara içme alışkanlığı ve evde sigara içilmesinin doğum şekli ve bebeğin doğum tartısı üzerine etkisi. Hemşirelik Bülteni 1992; 6: 25-26.
132. Alp H, Selimoğlu MA, Yaman S. Gebelikte sigara kullanımının fetüse etkileri. İst Çocuk Klin Derg 1995; 30: 80-83.
133. Uncu YA. Gebelikte Asemptomatik Bakterileri Sıklığı ve Gebelik Komplikasyonları İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi, Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği ABD, 1999.
134. Doğu S, Ergin AB. Gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1: 26-39.
135. Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Initial Reports on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses, Geneva: WHO 2005. <http://www.comminit.com/en/node/221950/38/> 28.03.2013.
136. Taşpınar A, Bolsoy N, Şirin A. Gebeler Fiziksel Şiddete Uğruyorlar mı? Manisa Örneği. İstanbul: II. Ulusal Ana Çocuk Sağlığı Kongresi Program ve Özet Kitabı, 2003.
137. Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2007; 6: 137-141.
138. Ergin F, Aksu H, Demiröz H. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik ve niteliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010; 13: 1-9.
139. Pirinççi E, Polat A, Kumru S, Köroğlu A. Bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınların doğum öncesi bakım alma durumu ve etkileyen faktörler. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 11: 1-7.

140. Kabalcıoğlu F. Şanlıurfa Doğumevinde Doğum Yapan Gebelerin Hemoglobin Düzeyleri İle Demir Preparatı ve Folik Asit Kullanma Durumları. İstanbul: 1. Ulusal Ebelik Kongresi-EBKO, 2007: 16-17.
141. Akadlı B, Tunçbilek E. An evalution on the relation between birth spacing and infant mortality in Turkey. Nufusbil Derg 1987; 9: 27-38,
142. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S et al. Cesarean delivery on maternal request. Obstetric Gynecol 2007; 109: 57-66.
143. İngeç M, Kumtepe Y, Özdiller O, Coşgun S, Kadanalı S. Sezaryen sonrası vajinal doğum. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi 2004; 14: 96-100.
144. The mother-baby package: WHO's guide to saving women's and infant's lives. Safe Mother 1994; 15: 4-7.
145. Cunningham FG, Lindheimer MD. Hypertension in pregnancy. N Eng J Med 1992; 326: 927-932.
146. Erem C, Cihanyurdu N, Deger O, Karahan C, Can G, Telatar M. Screening for gestational diabetes mellitus in northeastern Turkey (Trabzon City). Eur J Epidemiol. 2003; 18: 39-43.
147. Tanir HM, Sener T, Güner H, Kaya M. A ten-year gestational diabetes mellitus cohort at a university clinic of the mid- anatolian region of Turkey. Clin Exp Obstet Gynecol 2005; 32: 4-241.
148. Yüksel Ş, Kutlubay A, Karaoğlu L, Yoloğlu S. Malatya ilinde akraba evliliği sıklığı. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2009; 39: 133-137.
149. Sümer H, Koçoğlu G, Polat HH, Koçoğlu F. Sivas il merkezi ve köylerinde akraba evliliği sıklığı ve ana-çocuk sağlığına etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1996; 18: 291 - 294.
150. Kara B, Yıldırım Y, Genç A, Ekizler S. Geriatriklerde ev ortamı ve yaşam memnuniyetinin değerlendirilmesi ve düşme korkusu ile ilişkisinin incelenmesi. Fizyoterapi Rehabilitasyon 2009; 20: 190-200.
151. Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. Majör depresif bozuklukta yaşam kalitesi: kesitsel bir çalışma. Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20; 205-212.
152. Aldinç H, Aytar B, Demetçi ME. Ankara ilinde seçilen birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran 18 yaş ve üzeri kişilerin medikososyal özelliklerine göre yaşam kalitelerinin karşılaştırılması.
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/linkdet/12.06.2013.

153. Whang LL, Shen Y. Chinese SF-36 health survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalisation. J Epidemi Com Health 2003; 57: 259-261.
154. Yılmaz TT. Göçün Kadın Yaşamı Üzerindeki Etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Van: Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2005.
155. Taşkiran N. Gebelik ve uyku kalitesi. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi 2011; 8: 181-187.
156. Ereş F. Türkiye’de kadının statüsü ve yansımaları. Gazi Üniversitesi Endüstriyel Sanatlar Eğitim Fakültesi Dergisi 2006; 19: 40-52.
157. Baysal A. Sosyal eşitsizliklerin beslenmeye etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2003; 25: 66-72.
158. Hıdıroğlu S, Önsüz F, Sülün S, Topuzoğlu A, Karavuş M. Ümraniye’de bir sağlık ocağına başvuranların sağlık ocağında verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgi düzeyleri ve bu hizmetlerden yararlanma durumları. Nobel Medicus 2009; 5: 18.
159. Çalmaz A, Deveci SE. Tunceli Kent Merkezinde Yaşayan 15-49 Yaş Grubu Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. Bursa: 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2012.
160. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. DEU Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergi 2009; 2: 145-154.
161. Özkan S, Yılmaz E. Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3: 89-105.
162. Gülbayrak C, Açık Y, Deveci SE, Oğuzöncül AF. Elazığ il merkezinde iki eğitim araştırma sağlık ocağı bölgesinde kadınların sigara içme sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi 2004; 26: 158-164.
163. Hyman I, Gruge S. A review of theory and health promotion strategies for new immigrant women: Canadian J Public Health 2002; 93: 183-187.
164. Tanrıverdi G, Şıpkın S. Çanakkale’de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. Fırat Tıp Dergisi 2008;13: 183-187.
165. Kutlu N, Karaoğlu S, Çivi R, Marakoğlu K. Şiddete maruz kalan kadınlara göre şiddet uygulayanların sosyodemografik özellikleri: Konya’da toplum bazlı bir çalışma. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2006; 26: 522.
166. Alpar Avcı D. Gebe Kadınların Aile İçi Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.

167. Güler N. Gebelikte eşi tarafından kadına uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel ve ekonomik şiddet ve ilişkili faktörler. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2010; 3: 72-77.
168. Bauer HM, Rodriguez MA, Perez-Stable EJ. Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients. J Gen Intern Med 2000; 15: 811-817.
169. Muhajarine N, D'Arcy C. Physical abuse during pregnancy: prevalence and risk factors. Can Med Assoc J 1999; 160: 1007-1011.
170. Arıkan D, Kahriman İ. Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğin sorun çözme becerilerine etkisi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002; 5: 60-67.
171. Güler SA, Gürel H, Şimşek Y. İleri Yaş Gebeliklerinde Sosyodemografik Özellikler ve Kontraseptif Kullanımı. Perinatoloji Dergisi 1996; 4: 123-125.
172. Hildingsson I, Radestad I, Rubertson C, Waldentstörn U. Few women wish to be delivered caesarean delivery. An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 2002; 109: 618-23.
173. Yaşar Ö, Kır Şahin F, Coşar E, Nadirgil G, Cevrioğlu A. Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler. Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi 2007; 17: 20-414.
174. İrge E, Timur S, Zincir H, Oltuluoğlu H, Dursun S. Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2005; 14: 157-160.

8. EKLER

Ek:1 Anket Formu

ELAĞIĞ İL MERKEZİNDE GEBELERİN YAŞAM TARZLARI VE SAĞLIK RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gebelik ve doğum olayı, yaşamın önemli bir parçası, kadın ve ailesi için ise önemli bir yaşam deneyimidir. Gebeliğin sağlıklı geçirilmesi dar anlamda sağlıklı anne ve bebek, geniş anlamda sağlıklı bir aile ve toplumun oluşması demektir. Bu araştırmada kadın hayatının önemli evrelerinden biri olan gebelik dönemindeki yaşam tarzınız ve sağlık risklerinizin değerlendirilmesi yapılacaktır. Değerli katılımcılar **ankete ad ve soyadınızı** kesinlikle yazmayınız. Bu araştırma için siz herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorsunuz ve size de bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ve YAŞAM TARZI SORULARI

1. Yaşınız:
2. Boyu:.....cm
3. Kilosu:.....kg
4. Gebelik öncesi kilonuz:.....kg
5. Gebeliğiniz süresince alınan kilo
6. Eğitim durumunuz?
 - 1.Okur-yazar değil
 - 2.Sadece okur-yazar(Herhangi bir okul bitirmemiş)
 - 3.İlkokul mezunu
 - 4.Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 - 6.Üniversite mezunu
 - 7.Diğer.....
7. Medeni Durumunuz: 1.Evli 2.Bekar 3.Eşi ölmüş 4.Boşanmış
8. Kaç yıllık evlisiniz? yıl(ay olarak belirtiniz).
9. Kaçınıcı evliliğiniz:.....
10. Siz gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
 1. Evet, çalışıyor ise yaptığı iş:.....
 2. Ev hanımı
 3. Emekli
11. Sosyal güvenceniz nedir?
 1. Yok
 2. Emekli Sandığı
 3. Bağ- Kur
 4. SSK
 5. Yeşil kart
 6. Diğer:.....
12. Eşinizin Eğitim Durumu Nedir?
 - 1.Okur-yazar değil
 - 2.Sadece okur-yazar(Herhangi bir okul bitirmemiş)
 - 3.İlkokul mezunu
 - 4.Orta okul mezunu
 - 5.Lise mezunu
 - 6.Üniversite mezunu
 - 7.Diğer.....
13. Eşiniz gelir getirici bir işte çalışıyor mu?
 1. Evet(nedir.....)
 2. Hayır
14. Ailenin toplam aylık geliri (aile bütçesine bir ayda gelen toplam para): TL
15. Bu gelirden faydalanan kişi sayısı:.....kişi
16. Kendi sosyoekonomik düzeyinizi nasıl algılıyorsunuz?
 1. Alt (Düşük-Kötü)
 2. Orta
 3. Yüksek (Üst)
17. Genel olarak yaşamınızdan memnun musunuz?
 1. Memnun
 2. Orta derecede memnun
 3. Memnun değil
18. Ailenizde sizin bakımınıza muhtaç birey var mı? (çocuk ya da yetişkin)
 1. Evet
 2. Hayır
19. Bakıma muhtaç birey varsa eğer, kaç kişi?
20. Kumanız var mı? 1.Evet 2.Hayır
21. Kumanız var ise kumanız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? 1.Evet 2.Hayır

22. Aile tipiniz nedir? 1) Geniş Aile 2) Çekirdek Aile
23. Ailede kararlara katılıyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır 3.Kısmen
24. Şu an yaşadığınız yere herhangi bir yerden göç ederek mi geldiniz? 1.Evet 2.Hayır
25. Göç ile geldiğiniz yer aşağıdakilerden hangisidir?
1. İl 2. İlçe 3. Köy 4. Mezra
26. Kalınan (yaşanılan) binanın yapı özelliği nedir?
1. Betonarme 2. Yığma bina 3. Ahşap 4. Diğer:
27. Evinizde elektrik tesisatı mevcut mu? 1.Evet 2.Hayır
28. Evinizde su tesisatı mevcut mu? 1.Evet 2.Hayır
29. Evinizdeki oda sayınız kaçtır? oda
30. Evinizde yaşayan (kalan) kişi sayısı kaçtır? kişi
31. Evinizde banyo mevcut mu? 1.Evet 2.Hayır
32. Evinizin tuvaleti içeride mi yoksa evin dışında mı?
1. İçeride 2. Dışarıda
33. Evinizde ısınma aracı olarak ne kullanıyorsunuz?
1. Soba 2. Kalorifer 3. Diğer:
34. Evinizde buzdolabı var mı?
1. Var 2. Yok
35. Evinizde televizyon var mı? 1. Var 2. Yok

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ve SAĞLIK RİSKLERİ DEĞERLENDİRME SORULARI

36. Sigara içiyor musunuz?
- 1.Evet, Her gün günde en az 1 tane olmak üzere içiyorum
- 2.Evet, ara sıra içiyorum
- 3.İçiyordum, bıraktım(Neden:.....)
- 4.Hiç içmedim
37. Günde içilen sigara sayısı:.....adet
38. Kaç yıldır sigara içiyorsunuz: ay
39. Sigara içilen ortamlarda bulunuyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
40. Sigara içilen ortamlarda bulunuyor iseniz hangi sıklıkla bulunuyorsunuz?
- 1.Sık sık 2. Ara sıra 3.Seyrek
41. Alkollü içki kullanıyor musunuz?
- 1.Evet, kullanıyorum ()Haftada en az bir-iki kez ()Ayda en az bir-iki kez
- ()Yılda en az bir-iki kez ()Yılda birden az
- 2.Kullanıyordum, bıraktım (Neden:.....) 3-Hiç kullanmadım
42. Haftada içilen alkol miktarı? kadeh
43. Hayatınız boyunca hiç şiddete (dayak, küfür, hakaret, zorla cinsel ilişki gibi) maruz kaldınız mı?
- 1.Evet 2.Hayır
44. Şiddete maruz kaldıysanız ne tür bir şiddet gördünüz? (Birden fazla cevap işaretlenebilir).
- 1- Fiziksel (dayak) 2- Sözel (küfür, hakaret vs.) 3-Sarkıntılık ya da cinsel taciz
- 4- Cinsel ilişkiye zorlanma 5- Diğer (açıklayınız).....
45. Size şiddet uygulayan kişi kimdi? :
46. Gebelik döneminiz de hiç şiddete maruz kaldınız mı?
- 1- Evet 2- Hayır
47. Gebelik döneminizde;
- a. Başka birinden dayak yediniz mi?
- 1- Evet (Kimdi:..... sıklığı.....) 2-Hayır
- b. Küfür ya da hakarete maruz kaldınız mı?
- 1- Evet (Kimdi:..... sıklığı.....) 2-Hayır
- c. Cinsel ilişki için zorlandınız mı?
- 1.Evet (Kimdi:..... sıklığı.....) 2-Hayır
- d. Sarkıntılık ya da cinsel tacize uğradınız mı?

- 1- Evet (Kimdi:.....sıklığı.....) 2-Hayır
- e. Diğer (Açıklayınız:.....)
48. Günde kaç saat uyursunuz:..... Saat
49. Herhangi bir uyku sorununuz olduğunu düşünüyor musunuz?
1-Evet(Nedir:.....) 2.Hayır
50. Dinlenme için özel bir zaman ayırabiliyor musunuz? 1.Evet 2.Hayır
51. Sizinle ilgili/sizi etkileyebilecek herhangi bir sorun/olay karşısında sosyal destek alıyor musunuz?
1-Evet(Kimden:.....) 2-Hayır
52. Düzenli beslendiğinizi düşünüyor musunuz?
1. Evet 2.Hayır 3.Her zaman değil
53. Süt, peynir, yoğurt, çökelek gibi yiyeceklerden haftada kaç porsiyon tüketiyorsunuz ? (Not:Su bardağı süt 1 porsiyon; 1 su bardağı yoğurt 1 porsiyon; 2 kibrit kutusu peynir 1 porsiyon kabul edildiğinde)
54. Meyve/ sebze tüketiminiz haftada kaç porsiyon? (Not: Küçük boy 1 adet portakal, elma gibi meyveler 1 porsiyon; Kayısı, erik, çilek gibi meyvelerin 3-6 adeti 1 porsiyon, orta büyüklükte 1adet patates ya da havuç 1 porsiyon; 2-3 su bardağına denk gelen yeşil sebzeler 1 porsiyon kabul edildiğinde)
55. Et, balık, tavuk,yumurta ve kurubaklagil(nohut, fasulye vb.) tüketiminiz haftada kaç porsiyon?(3-4 yemek kaşığı pişmiş kuru baklagil 1 porsiyon ,1 yumurta 1 porsiyon 1 yumurta büyüklüğünde köfte 1 porsiyon, 1 köfte kadar et, balık ve tavuk 1 porsiyon kabul edildiğinde).....
56. Ekmek, tahıl, pirinç, makarna tüketiminiz haftada kaç porsiyon?(1dilim ekmek1 porsiyon, 3-4 yemek kaşığı tepeleme makarna ve pirinç 1 porsiyon , 1 orta dilim börek 1 porsiyon kabul edildiğinde).....
57. Gebelik sürecinizde düzenli egzersiz yapıyor musunuz? (Bu soruya haftada en az üç gün ve günde yarım saat olmak üzere yaptığınız yürüyüş, gebelik egzersizleri vb bir aktiviteniz var ise evet cevabı veriniz) 1.Evet 2.Hayır
58. Kendi sağlık durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1.İyi 2.Orta 3.Kötü
59. Düzenli sağlık kontrolü yaptırıyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
60. Sağlık hizmetlerine (sağlık kuruluşunda doğum, muayene, sağlık kuruluşundan aile planlaması ile ilgili bilgi ve yardım alma, vb...) kolayca ulaşabiliyor musunuz?
1.Evet 2. Hayır
61. Son doğum yaptığınız yer:
1.Evde sağlık personeli yardımı ile 2.Evde kendi kendine
3.Evde ara ebe yardımı ile 4.Hastanede
5.Diğer (Açıklayınız:.....)
62. Gebelik tespitiniz ilk nerde yapıldı?
1.Aile hekimliği 2.Toplum sağlığı merkezi 3.Devlet hastanesi
4.Üniversite hastanesi 5.Özel hastane 6.Özel muayenehane
7.Diğer.....
63. Gebeliğiniz boyunca kontrollerinize düzenli gittiniz mi? 1.Evet 2.Hayır
64. Gebelik kontrollerinizi nerede yaptırıyor musunuz?(Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
1.Aile hekimliği 2.Toplum sağlığı merkezi 3.Devlet hastanesi
4.Üniversite hastanesi 5.Özel hastane 6.Özel muayenehane
7.Diğer.....
65. Sağlık kontrollerinizi hangi sağlık personeli yapıyor?
1.Doktor 2.Ebe 3.Hemşire 3.Kontrol yaptırmıyorum
4.Diğer.....

66. Gebelik dönemine ait herhangi bir eğitim aldınız mı?
1.Evet(nedir:.....) 2.Hayır
67. Gebeliğiniz boyunca hiç kilonuz ölçüldü mü? 1.Evet 2.Hayır
68. Gebeliğiniz süresince tansiyonunuzu hiç ölçtürdünüz mü?
1.Evet(kaç kez:.....) 2.Hayır
69. Gebeliğiniz de tetanoz aşısı yaptırdınız mı/yaptıracak mısınız? 1.Evet 2.Hayır
70. Gebeliğiniz süresince demir/folik asit/Dvitamini preparatı kullandınız mı?
1.Evet (nedir:) 2.Hayır
71. İlk gebelik yaşıınız:.....yaş
72. Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?.....hafta
73. Kaç kez gebe kaldınız?.....kez
74. Yaşayan çocuk sayınız?.....çocuk
75. Toplam istemli düşük sayınız? 1.Var(Aldırdığınız ya da herhangi bir yöntem kullanarak ve isteyerek düşürdüğünüz çocuk sayısı) adet 2.Yok
76. Gebe kalma durumunuz: 1- isteyerek /planlayarak 2-İstemededen plansız
77. Önceki gebeliklerdeki doğum şekliniz: 1-Normal doğum 2.Sezaryen 3.Her ikisi
78. Sezaryen sayısı:.....sezaryen
79. Mevcut gebeliğinizde planladığınız doğum şekliniz: 1-Normal doğum 2.Sezaryen
80. En son gebeliğinizle bir önceki gebeliğiniz arasındaki süre ne kadar?.....ay
81. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
1.Evet(nedir:.....Ne zaman ortaya çıktı:.....) 2.Hayır
82. Herhangi bir ruhsal hastalığınız var mı?
1.Evet(nedir:.....Ne zaman ortaya çıktı:.....) 2.Hayır
83. Gebelik ile birlikte herhangi bir hastalığınız ortaya çıktı mı?
1.Evet(nedir:.....) 2.Hayır
84. Eşinizle akrabalık bağınız var mı? 1.Evet 2.Hayır
85. Eşinizle akrabalığınız varsa akrabalık dereceniz?
1.Birinci derece(Amca, teyze, hala, dayıçocuğu) 2.Diğer.....

Ek: 2 Etik Kurul Kararı



T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

ETİK KURUL KARARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO	ÖZÜ
19.01.2012	03	03	Yüksek Lisans Öğr. Meltem ÇINAR

KARAR

“Elazığ İl Merkezinde Gebelerin Yaşam Tarzları ve Sağlık Risklerinin Değerlendirilmesi” konulu çalışma etik kurulumuzda görüşülmüş olup; çalışmanın etik kurallara uygun olduğuna oybirliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Mehmet TOKDEMİR (Başkan)		Doç. Dr. Erol KELEŞ (Başkan Yardımcısı)	Bulunmadı
Yrd. Doç. Dr. Selçuk İLHAN (Raportör)		Doç. Dr. S. Erhan DEVECİ (Üye)	Katılmadı
Doç. Dr. Yaşar DOĞAN (Üye)	Bulunmadı	Doç. Dr. Refik AYTEN (Üye)	
Doç. Dr. Dilara KAMAN (Üye)		Doç. Dr. Mete ÖZCAN (Üye)	
Doç. Dr. Oktay BELHAN (Üye)		Uzm. Dr. Özgen ARSLAN SOLMAZ (Üye)	
Av. Murat TOKGÖZ (Üye)		İsmet TANYERİ (Üye)	Bulunmadı

Ek 3: Anket İzin Belgesi (Elazığ İl Sağlık Müd. İzni)

TC.
ELAZIĞ VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B104ISM4230009-773.00/ 65
Konu : Tez Çalışması

13.02.2012

13.02.2012 3376

FIRAT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
ELAZIĞ

İlgi : 13.02.2012 tarih ve 954 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Meltem ÇINAR'ın "Elazığ İl Merkezinde gebelerin yaşam tarzları ve sağlık risklerinin değerlendirilmesi" isimli tez önerisi ile ilgili olarak yirmi aile hekimliğinde yapacağı anket çalışmasına, elde edeceği bulguları Müdürlüğümüzce paylaşması koşuluyla izin verilmiştir.

Bilgi hususunu arz ederim.

Dr. Mübin Çetin DAĞHAN
Sağlık Müdürü

9. ÖZGEÇMİŞ

Palu 1989 doğumluyum. İlkokul ve ortaokul eğitimimi Elazığ'ın Yarımcı ilçesinde, lise eğitimimi Elazığ'da tamamladım. Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 2009 yılında mezun oldum. 2009-2011 yılları arasında Fırat Üniversitesi Hastanesinde, 2011-2013 yılları arasında Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisinde hemşire olarak görev yaptım. Nisan 2013 tarihinden itibaren Karabük Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu'nda öğretim görevlisi olarak görev yapmaktayım.