



# ÜREME ÇAĞINDA, GEBE VE POSTPARTUM DÖNEMDE OLAN KADINLARIN SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Kahyaoğlu Süt<sup>1</sup> , Seçil Hür<sup>2</sup> 

1- Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
2- Kırklareli Lüleburgaz Devlet Hastanesi, Kırklareli, Türkiye

## Özet

Bu çalışmada üreme çağıında, gebe ve postpartum dönemde olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Kesitsel tipte bu çalışma Eylül 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında, Lüleburgaz Devlet Hastanesi ile Lüleburgaz Merkez 1 No'lu ve 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran 474 kadın (üreme çağı=158; gebe=158; postpartum=158) üzerinde yürütülmüştür. Veriler; kişisel özellikleri sorgulayan bir anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde; Tek Yönlü Varyans Analizi (Tukey), Kruskal Wallis test, Ki-kare test ve Bonferroni düzeltmeli Dunn test (post hoc test) yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmaya katılan n=474 kadının BKİ ortalamasının, üreme çağı kadınlarında 24.2±4.6, gebe 27.3±5.3 ve postpartum dönem kadınlarında 26.1±4.6 olduğu bulunmuştur (p<0.001). Üreme çağıındaki kadınların (%36,7), gebe (%13,3) ve postpartum dönemdeki kadınlara (%22,2) göre daha fazla sigara kullandığı belirlenmiştir (p<0.001). Üreme çağıındaki kadınların (%7,0), gebe (%0,6) ve postpartum dönemdeki (%3,8) kadınlara göre daha fazla alkol kullandığı saptanmıştır (p=0.013). Üreme çağı, gebe ve postpartum dönemdeki kadınların SYBDÖ-II toplam puan ortalamaları iyi düzey olup aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p=0.364). Grupların SYBDÖ-II "sağlık sorumluluğu" (p=0.006), "fiziksel aktivite" (p=0.013), "manevi gelişim" (p=0.042), "stres yönetimi" (p=0.009) alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Sonuç olarak; üreme çağıındaki kadınlar kilolu olma sınırına yakındır. Gebelikte alınan kilo ile BKİ artışı olmaktadır. Postpartum dönemde kilolu olma durumu devam etmektedir. Üreme çağıındaki kadınlar, gebe ve postpartum dönemdeki kadınlara göre daha fazla sigara ve alkol kullanmaktadır. Gebe ve postpartum dönemdeki kadınların sağlık sorumlulukları iyi, üreme çağıındaki kadınların fiziksel aktiviteleri orta, gebe kadınların stres yönetimi iyi düzeydedir. Sağlık profesyonelleri üreme çağı, gebelik ve postpartum dönem kadınlarına sağlıklı yaşam biçimi eğitimi ve danışmanlık hizmeti vermelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Üreme çağı, gebe, postpartum, sağlıklı yaşam biçimi davranışı.

## ASSESSMENT OF HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS OF REPRODUCTIVE AGE, PREGNANT AND POSTPARTUM WOMEN

The aim of this study was to assessment of healthy lifestyle behaviors (HLB) of reproductive, pregnant and postpartum women. This cross-sectional study was conducted on 474 women (reproductive age=158; pregnant=158; postpartum=158) who applied to Lüleburgaz State Hospital and Lüleburgaz Center 70.Yil Cumhuriyet No 1 and No. 2 Family Health Centers between September 2015 and July 2016. Data were collected using the personal characteristics and Health-Promoting Lifestyle Profile-II (HPLP-II). One Way Analysis of Variance (Tukey's test), Kruskal Wallis test, Chi-square test and Bonferroni corrected Dunn tests (post hoc test) were used to investigate. The mean BMI of n=474 women included in the study was found to be 24.2 ± 4.6 in pregnant women, 27.3 ± 5.3 in pregnant women and 26.1 ± 4.6 in postpartum women (p<0.001). Of the reproductive age women (36.7%) were found to be more smokers than pregnant women (13.3%) and postpartum women (22.2%) (p <0.001). Of the reproductive age women (7.0%) were found to use more alcohol than pregnant (0.6%) and postpartum period (3.8%) women (p=0.013). The total mean scores were good of HPLP-II in reproductive, pregnant and postpartum women and there was no significant difference between them (p=0.364). Of the groups was found a significant difference between the mean scores of subscales of "health responsibility" (p=0.006), "physical activity" (p=0.013), "spiritual development" (p=0.042), and "stress management" (p=0.009). As a result; reproductive age women are close to being overweight. BKİ increases with weight gain during pregnancy. Overweight also persists in the postpartum period. Of reproductive age women use more cigarettes and alcohol than pregnant and postpartum women. Pregnant and postpartum women have good health responsibilities, reproductive age moderate physical activities, and pregnant women good stress management. Health professionals it should provide healthy lifestyle education and counseling services to women of reproductive age, pregnancy and postpartum period.

**Keywords:** Reproductive period, pregnant women, postpartum period, healthy lifestyle.

**Sorumlu Yazar / Corresponding Author:** Doç. Dr. Hatice Kahyaoğlu Süt

Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Edirne, Türkiye. **e-posta / e-mail:** haticesut@yahoo.com

**Geliş tarihi / Received :** 20.01.2020, **Kabul Tarihi / Accepted:** 24.04.2020

**Nasıl Atıf Yaparım / How to Cite:** Süt HK, Hür S. Üreme Çağında, Gebe ve Postpartum Dönemde Olan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(2):243-56.

## Giriş

**S**ağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışlarını kontrol ederek, günlük aktivitelerinde kendi sağlık durumuna uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır (1). Sağlıklı yaşam biçimi, sadece hastalıklardan korumayı değil, bireyin yaşamı boyunca iyilik halini artıran davranışları göstermesidir. Bu davranışlar, sağlık sorumluluğu, yeterli dengeli beslenme, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, stres yönetimi, sigara kullanmama ve hijyenik önlemleri içermektedir (2). Pender, sağlığı geliştirici yaşam tarzı davranışlarına kişilerarası ilişkileri de eklemiştir (3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 'herkes için sağlık' kavramını hedeflemektedir. İnsanlar sağlıklı olduklarında, aileler, toplumlar ve ülkelerin de fayda sağladığı belirtilmiştir (4). Sağlıklı yaşam biçimi davranışı (SYBD), kadınların tüm yaşam dönemlerinde sağlığın korunup geliştirilmesinde yeri ve önemi çok büyüktür. Anne ve yenidoğan mortalite-morbidite oranını azaltma, sağlıklı ve canlı bir doğum yapma açısından özellikle üreme çağındaki kadınların gebelik ve postpartum dönemlerinde SYBD'nin geliştirilmesi oldukça önemlidir (5, 6)

Gebelik, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerin yaşandığı özel bir dönemdir (6). Anne adayının gebelik öncesi dönemde ve tüm gebelik süresince, sağlıklı yaşam davranışları sergilemesi, yaşamdan ve gebeliğinden keyif alması, gebelik sürecini olumlu etkileyecektir (7). Bu dönemde gebeye verilen bakım anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde çok önemlidir. Perinatal bakım alan kadınlarda fetal ve maternal komplikasyonlar bakım almayanlara göre çok daha düşüktür (8). Kadının gebeliğe sağlıklı biçimde hazırlanmasına prekonsepsiyonel bakım denilmektedir. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından 2014/28 Sayılı

Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi" yayımlanmış olup, bu genelge ile doğuma hazırlık eğitimleri Türkiye'nin neredeyse tüm ilçelerine, 834 adet toplum sağlığı merkezinde, 333 adet 2. ve 3. basamak sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak verilmeye devam etmektedir. Eğitimin içeriği sağlıklı yaşam davranışı biçimlerini, doğum ve doğum sonrası dönem ile ilgili bilgileri kapsamaktadır (9,10).

Postpartum dönem kadında birçok fizyolojik ve psikolojik değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (11). Bu süreçte kadının gebelik öncesi ideal kilosuna ulaşmak için diyet ve fiziksel aktiviteye, yeterli emzirme için sağlıklı beslenmeye ihtiyacı vardır. Postpartum dönem kadınlarında egzersiz ve yoğun diyet ile kilo kaybı gibi yaşam tarzı değişikliklerinin yararlı olduğu belirtilmiştir (12). Yorgunluk ve uykusuzluğun yoğun yaşandığı bu dönemde kadın postpartum hüzün ve depresyon açısından risk altındadır. Doğum sonu depresyon; kadının kendini gerçekleştirmesini, kişilerarası ilişkilerini, beslenmesini ve stres yönetimini önemli ölçüde etkileyebilmektedir (13). Üreme çağı ve gebelik süreci gibi postpartum dönem kadınına da SYBD'nin kazandırılması önemlidir (11,13).

Sağlık profesyonellerinin üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarında riskli davranışları belirleyerek, sağlığı koruyup, geliştirme ve kadınlara tüm yaşam dönemlerinde SYBD kazandırma gibi önemli rol ve sorumlulukları bulunmaktadır (14). Literatürü incelediğimizde üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarının SYBD'nin karşılaştırılmalı olarak değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda yürütülen çalışmamızın amacı; üreme çağı, gebe ve postpartum dönemde olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesidir.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı tipte planlanan çalışma, Eylül 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında, Lüleburgaz Devlet Hastanesi Kadın-Doğum ve Çocuk Birimleri ile Lüleburgaz Merkez 70.Yıl Cumhuriyet 1 No'lu ve 2 No'lu Aile Sağlığı Merkezleri'nde yürütülmüştür.

Üreme çağı gebe ve postpartum dönem olmayan, gebe ve postpartum dönem kadınları arasında SYBD Ölçeği II skorlarında %5 yanılma payı ve %90 power değeri ile her bir grup için n=158'er birey olmak üzere toplam 474 kadının çalışmaya alınması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışma evrenini Eylül 2015-Temmuz 2016 tarihleri arasında ilgili birimlere başvuran sağlıklı kadınlar oluşturmakta olup katılımcılar (158 üreme çağı, 158 gebe ve 158 postpartum dönem kadını) olasılıklı örnekleme yöntemlerinden biri olan "basit rasgele örnekleme yöntemi" ile seçilmiştir.

Veriler literatür incelenerek hazırlanmış olan bilgi formu ve SYBD Ölçeği-II kullanılarak toplanmıştır. Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadın grupları için hazırlanmış olan bilgi formları; kişisel özellikleri (yaş, BKİ, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, aile tipi), bazı sağlıklı yaşam biçimi davranış özelliklerini (sigara ve alkol kullanma durumu, fiziksel aktivite yapma durumu, hayata bakış açısı) içeren 10 sorudan oluşan bir bilgi formudur (2,5,6).

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II SYBDÖ II; SYBH-II ilk versiyonu Walker ve ark. tarafından 1987 yılında geliştirilmiş olup (15), ölçek 1995 yılında tekrar çalışılarak revize edilmiş ve SYBD Ölçeği II olarak adlandırılmıştır (16). Türkçeye uyarlanması Bahar ve ark. tarafından 2007 yılında yapılmıştır (17). Ölçek 52 madde ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. "Sağlık sorumluluğu" alt boyutu, bireyin kendi iyilik hali için aktif olarak sorumluluk hissetmesidir. "Fiziksel aktivite" alt boyutu, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsar.

"Beslenme" alt boyutu, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirler. "Manevi gelişim" alt boyutu, iç kaynakların gelişimi üzerine odaklanır. "Kişilerarası ilişkiler" alt boyutu, başkaları ile olan ilişkilerdir. "Stres yönetimi" alt boyutu, gerilimi azaltmak ya da etkin bir şekilde kontrol edebilmektir. Ölçek, hiçbir zaman 1, bazen 2, sık sık 3, düzenli olarak 4 şeklinde derecelendirilerek puanlandırılmaktadır. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan 208'dir. Kategorik cevaplar; Hiç=1, Bazen=2, Sık sık=3, Düzenli olarak=4 şeklinde puanlanmaktadır. Walker ve ark. tarafından sağlığı geliştiren genel yaşam tarzı için puan, bireyin puan ortalamasının hesaplanmasıyla elde edilir. Altı alt boyut puanıda benzer şekilde hesaplanır. Ölçek maddelerinin toplamından ziyade 1 ile 4 arasındaki madde ortalama skorlamasının kullanılması önerilmektedir (18). Walker ve ark. önerisi doğrultusunda ölçekte elde edilen puan ortalaması  $2.5 \geq$  puan üzerinde ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı durumu iyi,  $1.5 < 2.5$  arasında ise orta,  $1.5 <$  altında ise kötü olarak yorumlanmıştır. Türkçe versiyonunun toplam ölçek için güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.92 olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda da ölçeğin Cronbach Alpha değeri toplam ölçek için 0.92 olarak bulunmuştur.

Çalışma için belirlenen tarih aralığında ilgili birimlere başvuran üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarından katılmayı kabul edenler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak sözel bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Verilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı, sorulardan rahatsız olduklarında bilgi formunu doldurmaktan vazgeçebilecekleri, bilgi formları üzerine ad-soyad yazılmaması gerektiği konularında bilgi verilmiştir.

Gruplar arasında normal dağılım gösteren BKİ değerlerinin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmış olup, çoklu karşılaştırma testi olarak grup varyanslarının homojen olması dolayısıyla Tukey testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen yaş ve ölçek skorlarının gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Gruplar arası farklılık saptandığında bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemede Bonferroni düzeltmeli Dunn testi kullanılmıştır. Kategorik veriler Ki-kare testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. SYBDÖ-II ölçeğinin Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak hesaplanmış ve

ölçeğin güvenirliği yüksek olarak değerlendirilmiştir. Olası faktörlerin SYBDÖ-II ölçek skorları üzerine etkisini incelemeye çoklu doğrusal regresyon analizi enter yöntemi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 20.0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır.  $p < 0.05$  değeri istatistiksel anlamlılık sınır değeri olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın yürütülebilmesi için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak 2015/153 protokol nolu onay alınmıştır. Etik kurul onayı sonrası Lüleburgaz Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden ve Lüleburgaz Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı kurum onayları alınmıştır.

## Bulgular

Çalışmaya katılan üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların ( $n=474$ ) bazı kişisel özelliklerinin karşılaştırılmasını incelediğimizde; kadınların yaş ortalaması arasında anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu farklılığın gebelerin yaş ortalamasının ( $27.2 \pm 5.8$ ) üreme çağı kadınlarından ( $31.6 \pm 9.5$ ) ve postpartum dönem kadınlardan ( $29.9 \pm 5.3$ ) düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ). Gruplar arasında BKİ değerleri açısından anlamlı fark bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu farklılığın üreme çağı kadınlarının BKİ'sinin ( $24.2 \pm 4.6$ ), gebelerden ( $27.3 \pm 5.3$ ) ve postpartum dönem kadınlardan ( $26.1 \pm 4.6$ ) düşük olmasından kaynaklandığı belirlenmiştir ( $p < 0.001$ ).

Üreme çağı kadınlarının %58.2'sinin eğitim durumunun lise ve üzeri, gebelerin %65.2'sinin ilköğretim ve altı ve postpartum dönem kadınlarının %66.5'inin lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Üreme çağı

kadınlarının %61.4'ünün, gebelerin %84.8'inin ve postpartum dönem kadınların %81.0'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Grupların "yaş, BKİ, eğitim ve çalışma durumu" değişkenleri arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p < 0.001$ ). Bu farklılık gebelerin eğitim düzeyinin ve çalışma durumlarının üreme çağı ve postpartum kadınlardan düşük olmasından kaynaklanmaktadır ( $p < 0.001$ ).

Üreme çağı kadınlarının %52.5'inin, gebe kadınların %61.4'ünün ve postpartum dönem kadınlarının %62.0'ünün gelirin gidere eşit ya da fazla olduğu saptanmıştır ( $p = 0.160$ ). Üreme çağı kadınlarının %88.6'sinin, gebelerin %81.6'sinin ve postpartum dönem kadınların %87.3'ünün aile tipinin çekirdek aile yapısında olduğu belirlenmiştir ( $p = 0.167$ ). Grupların gelir durumu ve aile tipi değişkenleri arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 1).

**Tablo 1:** Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların kişisel özelliklerinin karşılaştırılması.

	Üreme Çağı n=158	Gebe n=158	Postpartum n=158	p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
<b>Yaş</b>	31.6 ± 9.5	27.2 ± 5.8	29.9 ± 5.3	<b>&lt;0.001*</b>
<b>BKI</b>	24.2 ± 4.6	27.3 ± 5.3	26.1 ± 4.6	<b>&lt;0.001**</b>
	n (%)	n (%)	n (%)	p
<b>Eğitim Durumu</b>				
İlköğretim ve altı	66 (41.8)	103 (65.2)	53 (33.5)	<b>&lt;0.001***</b>
Lise ve üzeri	92 (58.2)	55 (34.8)	105 (66.5)	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Çalışıyor	61 (38.6)	24 (15.2)	63 (39.9)	<b>&lt;0.001***</b>
Çalışmıyor	97 (61.4)	134 (84.8)	95 (60.1)	
<b>Gelir Durumu</b>				
Gelir giderden az	75 (47.5)	61 (38.6)	60 (38.0)	0.160***
Gelir gidere eşit ya da fazla	83 (52.5)	97 (61.4)	98 (62.0)	
<b>Aile Tipi</b>				
Çekirdek	140 (88.6)	129 (81.6)	138 (87.3)	<b>&lt;0.167***</b>
Geniş	18 (11.4)	29 (18.4)	20 (12.7)	

\* Tek Yönlü Varyans Analizi (Tukey test); \*\*Kruskal Wallis test ; \*\*\* Ki-kare

Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların bazı sağlıklı yaşam biçimi davranış özelliklerinin karşılaştırılmasını incelediğimizde; üreme çağı kadınların %36.7'sinin, gebelerin %13.3'ünün ve postpartum dönem kadınların %22.2'sinin sigara kullandığı belirlenmiştir ( $p<0.001$ ). Üreme çağı kadınların %7.0'ünün, gebelerin %0.6'sının ve postpartum dönem kadınların %3.8'inin alkol kullandığı saptanmıştır ( $p=0.013$ ). Üreme çağı kadınların %25.9'u, gebelerin %37.3'ü ve postpartum dönem kadınların %19.6'sı fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir ( $p=0.002$ ). Üreme çağı kadınlarının %85.4'ü, gebelerin %88.0'ı ve postpartum dönem kadınların %89.2'si

hayata bakış açısının pozitif olduğunu ifade etmiştir ( $p=0.582$ ). Grupların "sigara ve alkol kullanma, egzersiz yapma durumları" arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sigara kullanımında tüm gruplar arasında fark bulunurken (üreme çağı-gebe  $p=<0.001$ , üreme çağı-postpartum  $p=0.005$ , gebe-postpartum  $p=0.039$ ), alkol kullanımında gebelerin üreme çağı kadınlardan daha düşük orana ( $p=0.008$ ), fiziksel aktivitede ise gebelerin üreme çağı ( $p=0.029$ ) ve postpartum ( $p<0.001$ ) kadınlardan daha yüksek orana sahip oldukları saptanmıştır. Grupların hayata bakış açıları pozitif yönde olup benzerdir ( $p>0.05$ ) (Tablo 2).

**Tablo 2:** Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların bazı sağlıklı yaşam biçimi davranış özelliklerinin karşılaştırılması.

	Üreme Çağı n=158	Gebe n=158	Postpartum n=158	p*
	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Sigara Kullanma Durumu</b>				
Hayır	100 (63.3)	137 (86.7)	123 (77.8)	<b>&lt;0.001</b>
Evet	58 (36.7)	21 (13.3)	35 (22.2)	
<b>Alkol Kullanma Durumu</b>				
Hayır	147 (93.0)	157 (99.4)	152 (96.2)	<b>0.013</b>
Evet	11 (7.0)	1 (0.6)	6 (3.8)	
<b>Fiziksel aktivite Yapma</b>				
Hayır	117 (74.1)	99 (62.7)	127 (80.4)	<b>0.002</b>
Evet	41 (25.9)	59 (37.3)	31 (19.6)	
<b>Hayata Bakış Açısı</b>				
Pozitif	135 (85.4)	139 (88.0)	141 (89.2)	0.582
Negatif	23 (14.6)	19 (12.0)	17 (10.8)	

\*Ki-kare

Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarının SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılmasına baktığımızda; grupların SYBDÖ-II toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0.364$ ). Grupların “sağlık sorumluluğu” ( $p=0.006$ ), “fiziksel aktivite” ( $p=0.013$ ), “manevi gelişim” ( $p=0.042$ ) ve “stres yönetimi” ( $p=0.009$ ) alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını saptamak için uygulanan Bonferroni düzeltilmiş Dunn testi sonucunda, gruplar arası farklılıkların üreme çağı kadınlarda “sağlık

sorumluluğu” puanının postpartum kadınlardan ( $p=0.005$ ) düşük olmasından, üreme çağı kadınlarında “fiziksel aktivite” puanının gebelerden ( $p=0.028$ ) ve postpartum kadınlardan ( $p=0.037$ ) yüksek olmasından, üreme çağı kadınlarının “manevi gelişim” puanının gebelerden ( $p=0.038$ ) düşük olmasından ve postpartum kadınlarda “stres yönetimi” puanının gebelerden düşük olmasından ( $p=0.008$ ) kaynaklandığı saptanmıştır.

Grupların “beslenme” ( $p=0.071$ ) ve “kişilerarası ilişkiler” alt boyutları puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0.058$ ) (Tablo 3).

**Tablo 3:** Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların SYBDÖ-II toplam ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırılması (n=474).

	Total	Üreme Çağı	Gebe	Postpartum	p*
	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sağlık Sorumluluğu	2.5±0.5	2.3±0.5	2.5±0.6	2.5±0.5	<b>0.006</b>
Fiziksel Aktivite	2.0±0.6	2.1±0.6	1.9±0.5	1.9±0.6	<b>0.013</b>
Beslenme	2.4±0.5	2.3±0.5	2.4±0.5	2.4±0.4	0.071
Manevi Gelişim	2.9±0.6	2.8±0.6	2.9±0.6	2.8±0.5	<b>0.042</b>
Kişilerarası İlişkiler	2.8±0.5	2.7±0.5	2.9±0.5	2.8±0.5	0.058
Stres Yönetimi	2.4±0.5	2.4±0.5	2.5±0.5	2.3±0.5	<b>0.009</b>
Toplam	2.5±0.4	2.5±0.4	2.5±0.4	2.5±0.4	0.364

\*Kruskal Wallis test

Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarının SYBDÖ-II puan ortalamaları üzerine etkili faktörleri incelediğimizde; gebe kadınlarda gelir durumunun “gidere eşit ve fazla” olmasının (p=0.010), üreme çağı kadınlarında aile tipinin “çekirdek aile”

yapısında olmasının (p=0.042), üreme çağı kadınlarında (p<0.001) ve postpartum dönem kadınlarında (p=0.010) fiziksel aktivite yapma durumunun SYBDÖ-II puan ortalaması üzerine olumlu etkili faktörler olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

**Tablo 4:** Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınların SYBDÖ-II puan ortalamaları üzerine etkili faktörler.

Değişken tipi		Üreme Çağı		Gebe		Postpartum	
		Beta	P	Beta	p	Beta	p*
Yaş	Nicel	-0.003	0.646	0.005	0.469	-0.002	0.721
BKI	Nicel	0.013	0.106	-0.002	0.774	0.006	0.419
Eğitim Durumu	0: İlköğretim ve altı 1: Lise ve üstü	0.071	0.427	0.115	0.133	0.036	0.645
Çalışma Durumu	0: Hayır 1: Evet	-0.050	0.497	-0.013	0.893	0.003	0.970
Gelir Durumu	0: Gelir giderden az 1: Gelir gidere eşit/fazla	0.058	0.406	0.176	<b>0.010</b>	0.022	0.751
Aile Tipi	0: Çekirdek 1: Geniş	-0.231	<b>0.042</b>	-0.085	0.362	0.084	0.403
Sigara Kullanma Durumu	0: Hayır 1: Evet	-0.138	0.054	-0.124	0.211	-0.035	0.659

<b>Alkol Kullanma Durumu</b>	0: Hayır 1: Evet	0.258	0.060	-0.304	0.466	0.091	0.600
<b>Fiziksel Aktivite Yapma</b>	0: Hayır 1: Evet	0.308	<b>&lt;0.001</b>	0.100	0.145	0.206	<b>0.010</b>

\* Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi

## Tartışma

Üreme çağıında, gebe ve postpartum dönemde olan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi amacıyla yürütülen bu araştırmanın bulguları ulusal ve uluslararası literatür ile tartışılmıştır.

Çalışmada üreme çağı kadınlarında BkI'nin  $24.2 \pm 4.6$ , gebe kadınlarda  $27.3 \pm 5.3$  ve postpartum dönem kadınlarında  $26.1 \pm 4.6$  olduğu saptanmıştır. Elde edilen bulgudan, üreme çağı kadınının kilolu olma sınırına yakın olduğu, gebelikte kilo alımı ile BkI'nin arttığı görülmektedir. Ancak doğum sonrası postpartum dönemde kilolu olma durumu devam etmektedir (Tablo 1). Normal BkI değeri 18.5-24.9 kg/m<sup>2</sup> aralığındadır. Gebelikte BkI'ye uygun kilo alımı olması tavsiye edilmektedir (19). Üreme çağıındaki kadınlar için gebelikte fazla kilo ile aşırı gestasyonel kilo alımı ve/veya postpartum kilo alımı obezite riskini artırabilir (12). 25-34 yaşları arasındaki kadınlar, her yaştan erkeklerle karşılaştırıldığında önemli oranda kilo alma riski taşıdıkları bulunmuştur. Aşırı gestasyonel kilo artışı ve doğum sonrası kilo verememe durumu uzun vadede obezite riskinde artışa neden olabilir. Bir çocuğa sahip olmak 5 ila 10 yıllık obezite insidansını ikiye katlar ve birçok kadın gebelik sırasında aşırı kilo almaya meyillidir. Bu durum obezitenin kalıcı olmasına sebep olmaktadır (20). Bu nedenle gebelikte kilo kontrolü hakkında sağlık profesyonellerinin gebeliğin erken dönemlerinden itibaren danışmanlık yapmaları önem kazanmaktadır (21). Gebe kadınlara bakım veren sağlık profesyonelleri, ilk gebelik ziyaretinde kadının BkI hesaplamasını yapmalıdır.

BkI'ne uygun kilo alımı, beslenme ve egzersizin yararları anlatılmalı, aşırı kilo alımını sınırlamanın önemi konusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir (22). Gebe kalmayı planlayan üreme çağı kadınlarına BkI'ne uygun kiloya sahip olduklarında gebe kalmaları tavsiye edilmektedir.

Üreme çağı kadınlarının (% 36,7), gebe (%13,3) ve postpartum dönem kadınlarına (%22,2) göre daha fazla sigara kullandığı bulunmuştur. Üreme çağı kadınının gebelikte sigara kullanım miktarını azalttığı, ancak postpartum dönemde tekrar artışa geçtiği görülmektedir (Tablo 2). Onat ve Aba çalışmasında, gebelik öncesi sigara içme oranı %16.9 iken, gebelikte bu oranın %3.9'a düştüğünü ve gebelikte sigarayı bırakma oranının yüksek olduğunu bildirmiştir (5). Altıparmak ve ark. çalışmalarında gebe kadınların %19.1'nin gebelik süresinde sigara içtiğini belirlemiştir (23). Amerika'da 2002 ile 2016 yılları arasında yapılan Ulusal Uyuşturucu Kullanımı ve Sağlık Araştırmaları verilerine göre; gebelikte sigara kullanımı 2002'de % 13.3'e iken 2010'da % 12.3'e kadar azalmış, 2016 itibarıyla sigara kullanımı % 10.3 oranına düşmüştür (24). Amerika'da 2020 yılında yayınlanan bir çalışmada, gebelikte sigara kullanım oranı %7,7 olarak bildirilmiştir (25). Fransız Ulusal Perinatal Araştırmaları 2016'da 11.733 kişilik örneklem üzerinde yürüttüğü araştırmada; gebelik öncesi ve 3. trimesterde sigara içme oranlarına bakılmıştır. Sigara içme prevalansı 2016'da gebelik öncesi % 30.1 iken, 3. trimesterde % 16.2 oranında olduğu, 2016 yılında gebelerin % 45.8'inin gebelik



sirasında sigarayı bıraktığı, % 37.2'sinin tüketimi  $\geq$  % 50 azalttığı bildirilmiştir (26). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması'na GATS göre, 2010 yılında Hindistan'da yetişkin kadınların büyük bölümü üreme çağı % 20.3'ünün tütün ürünleri kullandığı ve %90'dan fazla kadın tütün kullanıcılarının dumansız tütün tükettiği belirtilmiştir. Sigara içmenin kadınların doğurganlığı üzerine olumsuz etkisi olabileceği, sigara içen kadınların gebe kalmasının sigara içmeyen kadınlara göre daha uzun bildirilmiştir (27). Çin Yetişkin Sigara Kullanımı raporunda; 2010 yılında dünya genelinde sigara içen kadınların oranı %9 iken Çin'de sigara içen kadınların oranı %2.5 olarak rapor edilmiştir (28). Sigara içen kadınlarda küçük hücreli karsinom gelişme olasılığının daha yüksek olduğu, infertilite problemine, erken menopoza, menopoz dönemindeki kadınlar arasında osteoporoz riskinde iki katı kadar artışa ve kardiyovasküler bozukluklardan ölüm riskine neden olabileceği bildirilmiştir (29). Sigara kullanımı toplum sağlığı sorunu olmasının beraberinde maternal ve fetal morbiditeye neden olan antenatal risk faktörüdür. Gebelikte sigara içilmesi; erken membran ruptürü, intrauterin gelişme kısıtlılığı, ektopik gebelik ve perinatal mortalitede artış, düşük doğum ağırlığı, preterm doğum ile ilişkilidir (30). Gebelik öncesinde sigara kullanan üreme çağı kadınlarının gebe kalmadan sigarayı bırakmaları hem maternal hem de fetal sağlıkta iyilik hali için önemlidir. Gebe kaldıklarında genellikle sigarayı bırakmak için profesyonel bir yardım almaları gerekebilir. Gebelik öncesinde veya gebelikte mümkün olan en erken gebelik haftasında sigaranın bırakılması ile perinatal sonuçlar iyileşmektedir.

Üreme çağı kadınlarının (%7.0), gebe (%0.6) ve postpartum dönem (%3.8) kadınlarına göre daha fazla alkol kullandığı bulunmuştur. Üreme çağı kadınının gebelikte alkol kullanım miktarını azalttığı, ancak postpartum dönemde tekrar artış olduğu görülmektedir (Tablo 2). TÜBİM Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 2019 raporuna göre;

hayatında en az bir kere alkollü içecek kullanmış olan kadın oranı %10.7'dir (31). Amerika'da; gebelikte alkol kullanım oranınının 2001-2005'te %11.2 olduğu, 2011-2013'te %10.2'ye, 2016 itibarıyla da alkol kullanımı oranınının %8.4'e kadar düştüğü belirlenmiştir (24). Postpartum dönem emzirme ve alkol tüketimi üzerine yapılan derlemede; alkolün anne sütünde, anne kanından biraz daha yüksek seviyelerde konsantre olduğu ve tüketimden 30-60 dakika sonra zirve yaptığı bildirilmiştir. Çoğu çalışma, içme > 2 standart içecek / gün olmadığı sürece emzirme süresi ile bağlantı bulmamıştır. Alkolün, oksitosin salınımını etkilediği ve sonraki saatlerde anne sütü üretiminde azalmaya yol açtığı, bebek alkol maruziyetinin de uyku süresini kısaltabildiği belirtilmiştir. Kadınlara gebelik sırasında alkolden uzak durmaları ve emzirmenin ilk birkaç ayına kadar devam ettirmeleri gerektiği tavsiye edilmektedir (32). Alkol alım miktarı gebelikte güvenilir bir sınır yoktur. Gebe kalmak isteyen üreme çağı kadınları ve gebeliğin ilk haftalarındaki tüm gebeler ile postpartum dönem emziren kadınlar alkol kullanımı açısından sorgulanmalıdır.

Üreme çağı, gebe ve postpartum dönem kadınlarının genel SYBD düzeyinin iyi yönde benzer olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Altıparmak ve Kutlu, Türkiye/Manisa ilinde 15-49 yaş kadınlarında SYBD düzeyinin orta düzey olduğunu belirtmişlerdir (2). Onat ve Aba ile Gökyıldız çalışmalarında, gebe kadınlarda SYBD düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (5,6). Lin ve ark. Güney Tayvan'da gebe kadınların SYBD düzeylerini benzer şekilde orta düzey bulmuşlardır (33). İran'da doğum sonu bir yıllık süreçte olan kadınların SYBD düzeylerinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. (34). Yine İran'da 1200 üreme çağı kadını üzerinde yürütülen bir çalışmada, orta düzey SYBD bildirilmiştir (35). Ko ve Chen, Tayvan'da farklı kültürlerdeki kadınların doğum sonu dönem SYBD düzeylerini araştırdıkları çalışmada, kültürün Tayvan'da doğum sonrası kadınların SYBD düzeyini etkileyen önemli bir faktör olduğu

belirtilmiştir. Yerlilere göre Han Tayvanlıların genel olarak daha iyi SYBD düzeylerine sahip oldukları bildirilmiştir (36). SYBD düzeyi toplumlar ve kültürler arası değişkenlik gösterebilmektedir.

Gebe ve postpartum dönem kadınlarının sağlık sorumlulukları iyi düzeyde olup üreme çağı kadınına (orta düzey) göre sağlık sorumluluğu düzeyi daha yüksektir (Tablo 3). Gökyıldız ile Onat ve Aba çalışmalarında, gebelerin sağlık sorumluluğu düzeyini orta düzey olarak belirlemişlerdir (5,6). Altıparmak ve Kutlu ile Gözüyeşil ve ark. çalışmalarında, 15-49 yaş kadınların sağlık sorumluluğu düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirlemiş olup sonuç çalışmamız üreme çağı kadını ile benzerlik göstermektedir (2,37). İran'da üreme çağı kadınlarında sağlık sorumluluğu düzeyi iyi olarak değerlendirilmiştir (35). Ürdün'lü gebe kadınlarda sağlık sorumluluğu düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir (38). Chen ve ark. Tayvan'da postpartum dönemdeki kadınların SYBD'nı değerlendirdikleri çalışmalarında, sağlık sorumluluğu düzeyinin oldukça iyi düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (13). Ko ve Chen, Tayvan'da yerlilerin sağlık sorumluluğunun daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (36). Çalışma bulgumuzda gebe ve postpartum dönem kadınlarında sağlık sorumluluğunun iyi düzeyde olduğunu göstermiştir. Gebelik dönemi ile postpartum dönem kadınlarında sağlık sorumluluğunun iyi olması, gebelik döneminde fetüse, emzirme döneminde ise bebeğe karşı hissedilen sorumluluğun etkisinin olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada postpartum ve gebe kadınların fiziksel aktivitelerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiş olup üreme çağı kadınına göre fiziksel aktivite düzeyleri daha düşüktür (Tablo 3). Ancak çalışmada gebeler %37.3, üreme çağı %25.9 ve postpartum dönem kadınlarına %19.6 göre daha fazla fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir (Tablo 2). Onat ve Aba ile Gökyıldız çalışmalarında, gebelikte fiziksel aktivite düzeyinin düşük düzeyde olduğunu bildirmişlerdir (5,6).

Chen ve ark. Tayvan'da postpartum dönem kadınların fiziksel aktivite düzeyinin orta düzeyde olduğunu belirlemişlerdir (13). Ko ve Chen, Tayvan'da Han Tayvanlı kadınların yerlilere göre doğum sonu daha fazla egzersiz yaptığını belirlemiştir (36). Ürdün'lü gebe kadınlarda fiziksel aktivite düzeyleri düşük olarak belirlenmiştir (38). Güney Tayvan'da gebe kadınların fiziksel aktivite düzeyleri benzer şekilde düşük bulunmuştur (33). İran'da üreme çağındaki kadınlarda fiziksel aktivite düzeyi düşük olarak yorumlanmıştır (35). Üreme çağı ve postpartum dönem kadınlarında fiziksel aktivite yapma durumu, SYBD düzeyi artışı üzerine olumlu etkili faktördür (Tablo 4). Karabulut ve Altun da çalışmasında, düzenli spor yapan kadınların spor yapmayan kadınlara göre fiziksel aktivite düzeyinin yüksek olduğunu belirtmişlerdir (39). Downs ve ark. gebelik öncesi, gebelik ve doğum sonu dönemdeki egzersiz davranışlarını incelediği çalışmasında, gebelik döneminde mide bulantısı vs. yaşanması ve doğum sonu dönemde ise zaman eksikliğinden dolayı kadınların gebelik öncesi döneme göre gebelik ve doğum sonu dönemde daha az fiziksel egzersiz yaptıkları bildirilmiştir (40). Aşırı kilolu ve obez gebelerin gıda seçimleri ile fiziksel aktivitelerinin incelendiği bir çalışmada, gebelerin daha az fiziksel aktivitede bulunmakla beraber gıda seçimlerinde olumlu değişiklikler olduğu belirlenmiştir. Ancak bu değişikliğin sağlıklı bir gebelik geçirmek ve fetüse karşı duyulan görev duygusundan kaynaklandığı ve kalıcı davranış değişikliği olmadığı belirtilmiştir (41). Clarke ve Gross çalışmasında, kadınların gebelikte fiziksel egzersiz ile ilgili davranışlarını ve inanışlarını incelemiş; gebeliğin fiziksel değişiklikleri, sosyal ve psikolojik faktörlerin kombinasyonundan kaynaklı kadınların egzersiz düzeyinin gebelik döneminde düşebildiğini ve buna gebelikte egzersiz yapma ile ilgili yanlış algının neden olabileceğini bildirmiştir (42). Harrison ve ark. çalışmasında ise kadınların gebelik döneminde fiziksel aktiviteye karşı olumlu

tutum sergilediklerini, sosyal etkiler, eş ve aile desteği, anne sağlığı ve refahı gibi faktörlerin hamilelik sırasındaki fiziksel aktiviteyi olumlu etkilediğini bildirmiştir (43). Spor/fiziksel aktivite yapmanın SYBD'nı olumlu yönde etkilediği, ancak gebelik ve postpartum dönemde yaşanan çeşitli nedenlerden ve algı değişiminden dolayı gebelik öncesi döneme kıyasla fiziksel aktivitenin azaldığı söylenebilir.

Gebe kadınların stres yönetimi iyi düzeyde olup üreme çağı ve portpartum dönem kadınından daha yüksektir (Tablo 3). Maneviyatın ve psikolojik iyiliğin gebeliğe özgü stresi azaltmada etkisinin olduğu bildirilmiştir (44). Jesse ve Reed gebe kadınlar ile yaptığı çalışmada, yüksek maneviyatın ve düşük stres düzeylerinin gebelik döneminde sağlık riskini azalttığını belirlemişlerdir (45). Ürdün'lü gebe kadınlarda stres yönetimi düzeyi düşük olarak bulunmuştur (38). Gebelik süreci kadınlar için doğal bir yaşam krizidir. Bu süreçte stres yönetimi becerisi ruhsal durumu iyi ya da kötü yöne çevirebilir. Kadının her yaşam döneminde stres yönetimi yapabilmesi önemliyken gebelik dönemi ayrıca önemlidir. Fetal kardiyak değişikliklerin maternal kaygı ile ilişkili bir gösterge olup olmadığını henüz kanıtlanmış olmasa da, anne duygularının fetal davranışı etkilediğine dair kanıtların arttığı bildirilmektedir (46). Gebelik döneminden farklı olarak postpartum dönemdeki kadınların bebeklerine yetebilme çabaları, uykusuzluk durumları, emzirme çabaları beraberinde stresi getirmektedir. Yaşanan stres, annelerde emzirmeyi ve anne sütü miktarını olumsuz etkilemektedir (47). Postpartum dönemde başatma yeteneği ve destek gücü zayıf olan anneler stres yönetimi yapma konusunda daha az başarılı olabilirler.

Gebe kadınlarda gelir durumunun "gidere eşit ve fazla" olmasının SYBD

düzeyini olumlu yönde artırdığı saptanmıştır (Tablo 4). Walker ve ark. gebelerin sağlık davranışlarını incelediği çalışmasında, düşük aile gelirinin sağlık davranışlarının kötüleşmesi ile ilişkili olduğunu tespit etmiştir (48). Gökyıldız çalışmasında sosyo-ekonomik durumu daha iyi olan gebelerin SYBD düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (6). Onat ve Aba çalışmalarında, ekonomik düzeyin yüksek olması ile SYBD düzeyinin yüksek olmasının ilişkili olduğunu belirtmiştir (5). Benzer şekilde Lin ve ark. SYBD düzeyi ile ekonomik durum arasındaki ilişkide benzer sonuca ulaşmıştır (33). Gebelik süreci SYBD için gerekli olan ihtiyaçların arttığı bir dönemdir. Gelir durumunun iyi olmasının bu ihtiyaçların giderilmesini sağlayarak, SYBD düzeyini artırdığı düşünülmektedir.

Üreme çağı kadınlarında aile tipinin "çekirdek aile" yapısında olmasının sağlıklı yaşam biçimi davranış düzeyini olumlu yönde artırdığı tespit edilmiştir (Tablo 4). Altıparmak ve Kutlu 2009 çalışmasında 15-49 yaş kadınların aile tipinin kendini gerçekleştirme ve fiziksel egzersiz alt boyutlarına olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir (2). Gökyıldız çalışmasında çekirdek aile yapısında yaşayan gebelerin SYBD düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemişlerdir (6). Onat ve Aba çalışmalarında, çekirdek ailede yaşayan gebelerin SYBD düzeyinin daha yüksek olduğunu belirlemiştir (5). Benzer şekilde Lin ve ark. SYBD düzeyi ile aile tipi arasındaki ilişkide benzer sonuca ulaşmıştır (33). Çekirdek ailede yaşayan birey sayısı daha az olup anne, baba, çocuk yada çocuklardan oluşmaktadır. Ailede yaşayan birey sayısının az olması kadının kendisi ile daha fazla ilgilenmesi için vakit kazanmasını, istek ve farkındalığının artmasını sağlamaktadır.

## Sonuç ve Öneriler

Çalışma örnekleme doğrultusunda; üreme çağı kadınlarının kilolu olma sınırına yakın olduğu, gebelikte kilo alımı ile BKİ'nin arttığı, postpartum dönemde kilolu olma durumunun devam ettiği görülmüştür. Üreme çağı kadınları, gebe ve postpartum dönem kadınlarına göre daha fazla sigara ve alkol kullandığını belirtmiştir. Gebe ve postpartum dönem kadınlarının sağlık sorumlulukları iyi düzeyde (üreme çağı kadının orta düzey), gebe ve postpartum kadınların fiziksel aktiviteleri orta düzeyde (üreme çağı kadınına göre fiziksel aktivite düzeyleri daha düşük), gebe kadınların stres yönetimi iyi düzeydedir (üreme çağı ve postpartum dönem kadınından daha yüksek). Ayrıca gebe kadınlarda gelir durumunun "gidere eşit ve fazla" olması, üreme çağı kadınlarında aile tipinin "çekirdek aile" yapısında olması SYBD düzeyini olumlu yönde etkilemektedir.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda sağlık profesyonellerinin;

üreme çağı, gebelik ve postpartum dönem kadınlarına SYBD hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri, ilk gebelik ziyaretinde kadının BKİ hesaplamasının yapılması, BKİ'ne uygun kilo alımı ve aşırı kilo alımını sınırlamanın önemi konusunda danışmanlık hizmeti verilmesi, sigara kullanan üreme çağı kadınlarının gebelik öncesinde sigarayı bırakmaları için bilgilendirilmeleri veya ilgili birimlere yönlendirilmeleri, gebe kalmak isteyen üreme çağı kadınlarının ve tüm gebeler ile postpartum dönem emziren kadınların alkol kullanım durumunun sorgulanması, alkolün anne ve bebeğe zararları hakkında bilgi verilmesi, gebelik ve postpartum dönemde fiziksel aktivite kısıtlaması gerekmeyen kadınlara egzersizin faydaları hakkında bilgi verilmesi, postpartum dönem kadınlarına stres yönetimi için başatme yöntemlerinin kazandırılması önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TJFMPC* 2012;6:13-21.
2. Altıparmak S, Koca Kutlu A. 15–49 Yaş grubu kadınlarda sağlığı geliştirme davranışları ve etkileyen faktörler. *TAF Prev Med Bull* 2009; 85:421-6.
3. Hussein ZF, Abbas AM. Health behavior change in pregnant women with obesity. *WJPR* 2019;85:234-49.
4. WHO 2019. Health for all. Erişim:<https://www.who.int/dg/priorities/health-for-all/en>. Erişim Tarihi:10 Ocak 2020.
5. Onat G, Aba YB. Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turk J Public Health* 2014;122: 69-79.
6. Gökyıldız Ş, Alan S, Elmas E, Bostancı A, Kucuk E. Health-promoting lifestyle behaviours in pregnant women in Turkey. *Int J Nurs Pract*. 2014;20:390–97.
7. Yılmaz E, Karahan N. Gebelikte Sağlıklı Yaşam Davranışları Ölçeği'nin geliştirilmesi ve geçerlik güvenilirliği. *Cukurova Med J* 2019;44Suppl 1:498-512.
8. Perinatoloji ve Bakım. Editör: Sevil Ü, Erten G. *Perinatolojiye Giriş*, Çetinkaya E, Sevil Ü. 2016; s:1-2.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014/28 Sayılı Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi. Erişim:<https://www.saglikaktuel.com/haber/gebe-bilgilendirme-sinifi-genelgesi-42329.htm>. Erişim Tarihi:08.01.2020.
10. Esencan TY, Karabulut Ö, Yıldırım AD, Abbasoğlu DE, Külek H, Şimşek Ç, et al. Doğuma hazırlık eğitimi alan gebelerin doğum şekli, ilk emzirme zamanı ve ten tene temas tercihleri. *FNJN Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 2018;261:31-43.
11. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, 2016; s:534-71.
12. Nascimento SL, Pudwell J, Surita FG, Adamo KB, Smith GN. The effect of physical exercise strategies on weight loss in postpartum women: a systematic review and meta-analysis. *Int J Obes Lond*. 2014;385:626-35.
13. Chen CM, Kuo SF, Chou YH, Chen HC. Postpartum Taiwanese women: their postpartum depression, social support and health-promoting lifestyle profiles. *J Clin Nurs*. 2007; 16:1550–60.
14. Perinatoloji ve Bakım. Editör: Sevil Ü, Erten G. *Doğum Öncesi Bakım*, Pekince GF, Ertem g. 2016; s:127-43.
15. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health Promoting Lifestyle Profile development and psychometric characteristics. *Nurs Res*.1987;362:76-80.
16. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health Promotion Model - Instruments to Measure Health Promoting Lifestyle : HealthPromoting Lifestyle Profile [HPLP II] Adult Version. University of Michigan Deep Blue 1995. Erişim:[https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP\\_II-Background\\_and\\_Permission.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Background_and_Permission.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
17. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *C.U.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;121:1-13.
18. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. Health-Promoting Lifestyle Profile II, Scoring Instructions. University of Michigan Deep Blue 1995. Erişim:<http://hdl.handle.net/2027.42/85349>
19. Institute of Medicine 2009 Gestational Weight Gain Guidelines. Weight gain in pregnancy and application of the 2009 IOM guidelines: toward a uniform approach. 2015;233:507–511.
20. Spencer L, Rollo M, Hauck Y, MacDonald-Wicks L, Wood L, Hutchesson M, et al. The effect of weight management interventions that include a diet component on weight-related outcomes in pregnant and postpartum women: a systematic review protocol. *BI Database System Rev Implement Rep*. 2015;131:88-98.
21. Nikolopoulos H, Mayan M, MacIsaac J, Miller T, Bell RC. Women's perceptions of discussions about gestational weight gain with health care providers during pregnancy and postpartum: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017; 171:97.
22. ACOG. Weight Gain During Pregnancy. Erişim:[https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee\\_Opinions/Committee\\_on\\_Obstetric\\_Practice/Weight-Gain-During-Pregnancy](https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee_Opinions/Committee_on_Obstetric_Practice/Weight-Gain-During-Pregnancy), Erişim Tarihi: 08.01.2020.
23. Altıparmak S, Altıparmak O, Avcı H. Manisa'da gebelikte sigara kullanımı; yarı kentsel alan örneği. *Tur Toraks Der* 2009;10:20-5.
24. 2018 American Medical Association. Alcohol, Cigarette, and Cannabis Use Between 2002 and 2016 in Pregnant Women From a Nationally Representative Sample. *JAMA Pediatr*. 2019;1731:95-96.
25. Hawkins SS, Wylie BJ, Hacker MR. Use of ENDS and cigarettes during pregnancy. *Am J Prev Med* 2020;581:122–128.
26. Demiguel V, Blondel B, Bonnet C, Andler R, Saurel-Cubizolles MJ, Regnault N. Tobacco

- smoking in pregnant women: fifty years of evolution in France. *Eur J Public Health*. 2019;29 4:ckz185.438.
27. Mittal S. Smoking and tobacco use: III Effects on reproductive, maternal, newborn, child health, and adolescent RMNCHA Program—a Review. *Ann Natl Acad Med Sci*. 2019; 5502:065-073.
28. 2015 China Adult Tobacco Survey Report. Erişim:<http://www.tcrc.org.cn/html/zy/cbw/jc/3259.html>. Erişim Tarihi:06 Ocak 2020.
29. Liu R, Chen L, Zeng H, Reis C, Reis H, Yang X, et al. Tobacco and alcohol consumption rates among Chinese women of reproductive age in 2004–2011: Rate and sociodemographic influencing factors. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019;161:56.
30. Kahyaoğlu S, Özel Ş, Engin-Üstün Y, Erdöl C. Gebelik ve sigara bırakma. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2018;151:24-7.
31. TUBİM Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019. Erişim:<http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2019-TURKIYE-UYUSTURUCU-RAPORU.pdf>. Erişim Tarihi:03 Ocak 2020.
32. Greiner T. Alcohol and breastfeeding, a review of the issues. *World Nutrition* 2019;101:63-88.
33. Lin YH, Tsai EM, Chan TF, Chou FH, Lin YL. Health promoting lifestyles and related factors in pregnant women. *Chang Gung Med J* 2009;326:650-661.
34. Hajimiri K, Shakibazadeh E, Ali Mehrizi AAH, Shabbidar S, Sadeghi R. The impact of general health and social support on health promoting lifestyle in the first year postpartum: the structural equation modelling. *Electronic Physician* 2018;101:6231-9.
35. Jorfi M, Afshari P, Zaheri H, Jahandideh M. The relationship between health promotion lifestyle and type of delivery in reproductive aged women in Ahvaz, Iran. *Int. J. Bioassays* 2015;406:3958-63.
36. Ko SH, Chen CH. Comparison of health-promoting lifestyles between postnatal Han Taiwanese and Indigenous women. *J Nurs Res*. 2010;183:191-198.
37. Gözüyeşil E, Taş F, Düzgün AA. 15-49 yaş kadınlarda meme kanseri endişesi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler. *Cukurova Med J* 2019;444:1215-25.
38. Gharaibeh M, Al-Ma'aitah R, Al Jada N. Lifestyle practices of Jordanian pregnant women. *International Nursing Review* 2005;52:92-100.
39. Karabulut EO, Altun M. Düzenli olarak spor yapan ve yapmayan kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının farklı değişkenler bakımından incelenmesi: Kırşehir İli Örneği. *KEFAD* 2018;191:936-48.
40. Downs SD, Hausenblas HA. Women's exercise beliefs and behaviors during their pregnancy and postpartum. *Journal of Midwifery & Women's Health* 2004;492:138-44.
41. O'Brien AO, Lindsay KL, McCarthy M, McGloin AF, Kennelly M, Scully HA, et al. Influences on the food choices and physical activity behaviours of overweight and obese pregnant women: a qualitative study. *Midwifery* 2017; 47:28-35.
42. Clarke PE, Gross H. Women's behaviour, beliefs and information sources about physical exercise in pregnancy. *Midwifery* 2004;202:133-41.
43. Harrison AL, Taylor NF, Shields N, Fraw HC. Attitudes, barriers and enablers to physical activity in pregnant women: a systematic review. *J Physiother*. 2018;64:24–32.
44. Dolatian M, Mahmoodi Z, Dilgony T, Jamal Shams J, Zaeri F. The Structural model of spirituality and psychological well-being for pregnancy-specific stress. *J Relig Health* 2017; 566:2267–75.
45. Jesse ED, Reed PG. Effects of spirituality and psychosocial well-being on health risk behaviors in Appalachian pregnant women. *JOGNN* 2004; 336:739-47.
46. Monk C, Fifer WP, Myers MM, Sloan RP, Trien L, Hurtado A. Maternal stress responses and anxiety during pregnancy: effects on fetal heart rate. *Dev Psychobiol*. 2000;361:67-77.
47. Atıcı A, Polat S, Turhan A. Anne sütü. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;3:1-5.
48. Walker LO, Cooney AT, Riggs MW. Psychosocial and demographic factors related to health behaviors in the 1st trimester, *JOGNN* 1999;286:\*606-14.