

Gebelerin Öz Bakım Gücü ile Sağlık Uygulamaları Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi

Determining the Self-Care Agency and the Health Practice Levels of the Pregnant Women and the Effective Factors

Aslı SİS ÇELİK¹, Yeşim AKSOY DERYA²

ÖZ

Bu çalışmada amaç gebelerin öz bakım gücü düzeylerini, yaptıkları sağlık uygulamalarını ve etkileyen faktörleri belirlemek, özbakım gücü ile sağlık uygulamaları arasındaki ilişkiyi incelemektir. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır. Araştırmanın örneklemini, Türkiye'nin doğusundaki bir il merkezinde bulunan 3 farklı Aile Sağlığı Merkezine başvuran 530 gebe oluşturmuştur. Veriler 1 Ekim 2017-30 Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında "Anket formu", "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği" ve "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" kullanılmıştır. Gebelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, eşlerinin eğitim düzeylerine ve mesleğine, yaşadıkları yere, maddi durumlarına, sahip oldukları aile tipine, gebelik sayılarına, yaşayan çocuk sayılarına, gebeliği isteme durumlarına ve doğum öncesi bakım alma sayılarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Öz bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamasının $100,71\pm 24,29$ ve Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamasının $114,43\pm 17,90$ olduğu saptanmıştır. Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($r:0,766$, $p=0,000$). Gebelerin öz bakım gücü düzeyleri ve yaptıkları sağlık uygulamalarının orta düzeyde iyi olduğu, öz bakım gücü düzeyleri arttıkça yaptıkları sağlık uygulamalarının da arttığı saptanmıştır. 25-34 yaş arasında olan, üniversite mezunu olan, gelir getiren bir işte çalışan, eşi üniversite mezunu ve memur olan, il merkezinde yaşayan, maddi durumu iyi düzeyde olan, çekirdek tipi aileye sahip, primipar, gebeliğini isteyen ve 4'ten fazla doğum öncesi bakım alan gebelerin diğer gebelere göre öz bakım gücü düzeylerinin ve yaptıkları sağlık uygulamalarının daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler: Gebelik Dönemi, Öz Bakım, Sağlık Uygulaması, Ebe, Hemşire.

ABSTRACT

The aim of this research is to examine the self-care agency levels and health practices of pregnant women and the effective factors and to examine the correlation between the self-care agency and the health practices. This research was carried out in descriptive and cross-sectional design. The sample of this study consisted of 530 pregnant women who applied to 3 different Family Health Center, located in the city center of eastern of Turkey. The data were collected between 1 October 2017 and 30 May 2018. "Questionnaire", "The Health Practices in Pregnancy Scale", and "Self-Care Agency Scale" were used to collect the data. It was determined that the difference between the Self-Care Agency Scale and Health Practices Scale total mean scores was significant according to the ages, educational levels, and employment status of pregnant women, educational level of their husbands, the occupation of their husbands, their residence places, their financial situation, their family types, parity, number of their living children, the number of having prenatal care and whether they intended pregnancy or not ($p<0,001$). It was examined that the self-care agency scale total mean score of the pregnant women was $100,71\pm 24,29$ and the health practices scale total mean score was $114,43\pm 17,90$. A statistically positive significant correlation was determined between the self-care agency scale total mean score and the health practices scale total mean score ($r:0,766$, $p=0,000$). It was determined that the self-care agency levels and health practices of the pregnant women were at medium-level and their health practices increased as their self-care agency levels increased. It was examined that the pregnant women who were aged between 25 and 34 years, were a university graduate, had a revenue-generating job, had a university graduate and civil servant husband, lived in the city center, had a high-income level, had a nuclear family, primiparous, intended pregnancy and had prenatal care more than four times had higher self-care agency levels and better health practices compared to the other pregnant women.

Keywords: Pregnancy, Self-Care, Health Practice, Midwife, Nurse.

*Bu çalışma 23-25 Kasım 2018 tarihleri arasında Londra'da yapılan 26th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI) kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

¹Dr. Öğr. Üyesi, Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, e-posta: aslisis@hotmail.com, ORCID: 0000-0002-3597-7167

² Dr. Öğr. Üyesi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik AD, e-posta: yeşim.aksoy@inonu.edu.tr, ORCID: 0000-0002-3140-2286

İletişim / Corresponding Author:
e-posta/e-mail:

Aslı SİS ÇELİK
aslisis@hotmail.com,

Geliş Tarihi / Received: 27.02.2019
Kabul Tarihi/Accepted: 20.03.2019

GİRİŞ

Toplumların sağlık düzeyini gösteren, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde kullanılan ve çok yönlü bir kalkınma göstergesi olarak kabul edilen en önemli ölçüt anne-bebek morbidite ve mortalite oranlarıdır.¹ Bu oranlar bir ülkenin gelişmişlik düzeyini göstermekte ve ülkeler arasında farklılık göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerde doğurganlık çağındaki kadınların çoğu gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemlerde meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu nedenlerle yaşanan ölümlerin sebepleri, önlenebilen, erken tanı konulduğunda tedavi edilebilen hastalıklar ve komplikasyonlardır.² Türkiye'de ki anne-bebek mortalite oranlarında olumlu açıdan gelişme kaydedilmesine rağmen henüz istenilen seviyeye ulaşamamıştır.³

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin, “herkes kendi sağlığının değerini bilmeli ve sorumlu olmalıdır şeklindeki öz sorumluluk” felsefesi gereği öz bakım kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır.⁴ Öz-bakım; “Bireyin kişisel olarak yaşamını, sağlık ve iyilik durumunu korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gerekli aktiviteleri doğru zamanda başlatması ve uygulamasıdır”. Dorothea E. Orem’e göre özbakım gücü; “sağlık ve iyilik durumunun korunmasını, sürdürülmesini ve geliştirilmesini sağlayan öz-bakım aktivitelerini yapabilmek için gerekli bilgiye ve beceriye sahip olmayı içeren çok boyutlu bir kavram” olarak tanımlanmıştır. Öz-bakım düzeyi bir çok faktörden etkilenmekte, çeşitli yaşam dönemleri ve bazı özel durumlarda bir çok kişi öz-bakım ihtiyaçlarını yerine getiremeyerek kısmen yada tamamen yardıma ihtiyaç duymaktadır.^{5,6} Gebelik dönemi de önemli bir gelişimsel durumdur. Bu nedenle gebelik dönemindeki öz-bakım ayrı incelenmesi gereken bir konudur. Çünkü gebelik fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadın hayatının diğer yaşam süreçlerine göre morbidite ve mortalite riskinin daha fazla olduğu bir dönemdir.⁷ Aynı zamanda gebelik kadınları fiziksel, psikososyal ve ekonomik olarak birçok alanda etkilemekte ve günlük

yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesinde sorun yaşamasına ve öz-bakım gücünün azalmasına neden olmaktadır. Bir birey yeterli öz-bakım gücüne sahip olduğu sürece temel gereksinimlerini karşılayabilir. Riskli gebeler üzerinde yürütülen bir çalışmada öz bakım gücü azaldıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında azalma yaşandığı belirtilmiştir.⁸

Sağlığın sürdürülmesi amacıyla, bireyin optimal düzeyde sağlık düzeyine sahip olabilmesi için, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme konuları üzerinde durulmaktadır. Sağlığı koruma ve sürdürmede sağlığı olumsuz yönde etkileyebilecek tutum veya davranışlardan kaçınılmalıdır. Sağlığı geliştirmede ise bireyin sahip olduğu gücü kullanma, üretken olma ve doyurucu bir yaşam sürme konusunda yeterli imkânlara sahip olma durumundan bahsedilmektedir.⁹

Birey yaşamı süresince sergilediği sağlık sorumluluğu, koruyucu davranışlar ve stres yönetimi gibi alanlarda aktif rol almalı ve sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede yeterli öz-bakım gücüne sahip olmalıdır.¹⁰

Gebelik, öz-bakım gücünün yeterli olması istenilen ve literatürde önemle üzerinde durulan özel bir dönemdir. Gebelerin gebelik sürecini sağlıklı bir şekilde geçirmek ve antenatal bakım ihtiyaçlarını karşılayabilmek için yeterli düzeyde öz-bakım gücüne sahip olması gerekmektedir. Gebelik döneminde, öz-bakım gücünün artırılmasında sağlık profesyonelleri önemli görevler üstlenmektedir. Özellikle gebe polikliniklerinde ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerinde çalışan ebe ve hemşireler gebelere danışmanlık yaparak ve eğitim vererek öz bakım gücünün yükseltilmesini ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesini sağlayabilir.

Pasinlioğlu'nun (2004) çalışmasında gebelik döneminde verilen sağlık eğitiminin öz-bakım düzeylerini arttırdığı bildirilmiştir.¹¹ Kılıç ve Erci'nin (2017) çalışmasında da erken doğum riski taşıyan gebelerde, Orem'in Öz-Bakım Modeli

doğrultusunda verilen bakımın öz-bakım gücünü arttırdığı belirtilmiştir.¹²

Gebelerin, gebelik sürecinde sağlığının bozulması ve bakım gereksinimlerini yeterince karşılayamaması durumunda yardıma ihtiyacı olabilir. Bu durumda hemşirenin amacı, kendi öz bakımını yapabilecek düzeye gelinceye kadar bireye yardım etmek ve en kısa sürede kendi bireysel bakımını üstlenmesini ve gereksinimlerini karşılayabilmesini sağlamaktır.

Bu çalışmada amaç gebelerin öz bakım gücü düzeylerini ve yaptıkları sağlık uygulamalarını belirlemek, aralarındaki ilişkiyi incelemek ve etkileyen faktörleri saptamaktır. Gebelik döneminde öz bakım gücü ile sağlıklı yaşam davranışları arasındaki ilişkinin ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, gebelere yönelik bu konularda planlanacak eğitim ve danışmanlık hizmetlerine ışık tutacağı düşünülmektedir.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Türü

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

1 Ekim 2017- 30 Mayıs 2018 tarihleri arasında Türkiye'nin doğusunda yer alan bir il merkezinde bulunan ve farklı kültürel özelliklere sahip 3 farklı Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini ilgili Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı tüm gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini, ilgili tarihler arasında yukarıda belirtilen Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 530 sağlıklı gebe (herhangi bir riskli gebelik tanısı almamış olan) oluşturmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile araştırma kapsamına alınmıştır.

Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında "Anket formu", "Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği" ve "Öz-Bakım Gücü Ölçeği" kullanılmıştır.

Anket Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin belirlenmesine yönelik 14 sorudan oluşmaktadır.

Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği

Lindgren (2005) tarafından geliştirilmiş,¹³ Er (2006) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁴ Ölçeğin orijinal formunda 34 madde bulunmaktadır. Fakat uyarlama çalışmasında bir madde çıkarıldığı için ölçeğin Türkçe formu 33 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki 1.-16. maddeler 5'li likert tipindedir. Her zaman=5, Sık sık= 4, Ara sıra= 3, Nadiren= 2 ve Hiçbir zaman=1 puan olarak değerlendirilmektedir. 17. madde ile 33. madde arasındaki maddeler için beş seçenek bulunmaktadır ve bu seçenekler de 1 ile 5 arasında puanlandırılmaktadır. Ölçekte; 6, 7, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 32 ve 33. maddeler ters kodlanmaktadır. Bütün maddeler toplanarak ölçek toplam puanı hesaplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan 33'tür. Alınan yüksek puanlar, sağlık uygulamalarının iyi derecede olduğunu bildirmektedir.¹⁴

Öz-Bakım Gücü Ölçeği

Kearney ve Fleischer tarafından (1979) geliştirilmiş,¹⁵ Nahcivan tarafından (1993) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.¹⁶ 5'li likert tipinde olan ölçekte 35 madde bulunmaktadır. Her bir madde 0-4 arasında puan almaktadır. Ölçekte 3,6,9,13,19,22,26,31. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 140'dır. Alınan yüksek puanlar öz-bakım gücünün yüksek olduğunu göstermektedir.¹⁶

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS paket programında değerlendirilmiş ve değerlendirilmesinde yüzdelik dağılımlar, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans (ANOVA) analizi ve Pearson Korelasyon analizi kullanılmıştır. Veriler normal dağılıma uyduğu için parametrik testler uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yapılabilmesi için İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinden gerekli Etik Kurul onayı (2017/1-8), ilgili kurumdan yazılı izin ve gebelerden aydınlatılmış onam alınmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1’de göre çalışmaya katılan gebelerin %51,3’ünün 25-34 yaş arasında olduğu (ort.29,14±6,31), %45,5’inin ilkökul mezunu olduğu ve %54,5’inin gelir getiren bir işte çalıştığı belirlenmiştir. Gebelerin %30’unun eşinin lise mezunu olduğu ve %30,6’sının eşinin memur olduğu saptanmıştır. Gebelerin %69,4’ünün il merkezinde yaşadığı, %44’ünün maddi durumunun orta düzeyde olduğu ve %69,8’inin çekirdek tipi aileye sahip olduğu tespit edilmiştir (Tablo 1).

Gebelerin yaşlarına, eğitim düzeylerine, çalışma durumlarına, eşlerinin eğitim düzeylerine, eşlerinin mesleğine, yaşadıkları yere, maddi durumlarına ve sahip oldukları aile tipine göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu tespit edilmiştir (p<0,001, Tablo 1).

Gebelerin %26,2’sinin 3.gebeliği olduğu, %29,8’inin yaşayan çocuğunun olmadığı ve %29,8’inin primipar, %70,2’sinin multipar olduğu belirlenmiştir. %82,1’inin gebeliğini istediği saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2’ye göre gebelerin %11,3’ünün I. trimestir, %21,9’unun 2.trimestir ve %66,8’inin 3.trimestirde olduğu ve %41,1’inin gebelikleri süresince toplam 4’ten

fazla sayıda doğum öncesi bakım aldığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Gebelerin gebelik sayılarına, yaşayan çocuk sayılarına, pariteye, gebeliği isteme durumlarına ve doğum öncesi bakım alma sayılarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ve Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,001, Tablo 2).

Gebelik haftalarına göre Öz Bakım Gücü Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olduğu (p<0,001), Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (p>0,05, Tablo 2).

Tablo 1 ve Tablo 2’ye göre çalışmada 25-34 yaş arasında olan, üniversite mezunu olan, gelir getiren bir işte çalışan, eşi üniversite mezunu ve memur olan, il merkezinde yaşayan, maddi durumu iyi düzeyde olan, çekirdek tipi aileye sahip olan, primipar, gebeliğini isteyen ve 4’ten fazla doğum öncesi bakım alan gebelerin diğer gebelere göre öz bakım gücü düzeylerinin ve yaptıkları sağlık uygulamalarının daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca ikinci trimestirde olan gebelerin diğer gebelere göre öz bakım gücü düzeylerinin daha iyi düzeyde olduğu saptanmıştır.

Tablo 1. Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı ve Demografik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ) ile Sağlık Uygulamaları Ölçeği (GSUÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	N	%	ÖBGÖ X±SS	GSUÖ X±SS
Yaş gurubu (ort,29,14±6,31)				
24 yaş ve altı	141	26,6	103,78±22,02	116,46±16,94
25-34 yaş arası	272	51,3	105,34±21,32	118,35±15,38
35 yaş ve üzeri	117	22,1	86,23±27,75	104,98±19,68
<i>Test ve P değeri</i>			F: 29,744; p<0,001	F: 23,230; p<0,001
Eğitim düzeyi				
İlkokul	182	45,5	87,79±26,60	104,26±16,94
Ortaokul	104	19,5	97,11±25,62	111,66±16,33
Lise	137	25,8	108,16±15,31	118,48±14,35
Üniversite	107	20,2	116,63±13,07	129,23±12,60
<i>Test ve P değeri</i>			F: 47,425; p<0,001	F: 63,855; p<0,001
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	241	45,5	93,88±26,62	110,65±18,09
Çalışıyor	289	54,5	106,40±20,54	117,58±17,15
<i>Test ve P değeri</i>			t: 6,107; p<0,001	t: 4,522; p<0,001
Eşinin eğitim düzeyi				
İlkokul	123	23,2	82,64±27,89	100,78±16,53
Ortaokul	96	18,1	96,09±25,09	111,09±17,05
Lise	159	30,0	107,47±18,72	118,13±14,82
Üniversite	152	28,7	111,17±15,44	123,71±15,14
<i>Test ve P değeri</i>			F: 47,105; p<0,001	F: 52,840; p<0,001
Eşinin mesleği				
Memur	162	30,6	108,95±18,40	122,51±17,58
İşçi	157	29,6	97,87±24,00	109,75±17,29
Serbest meslek	135	25,5	90,92±28,61	107,62±15,69
Esnaf	76	14,3	106,38±20,13	118,97±15,61
<i>Test ve P değeri</i>			F: 17,034; p<0,001	F: 25,905; p<0,001
Yaşanılan yer				
İl	368	69,4	104,45±20,82	117,37±17,07
İlçe	95	17,9	99,84±27,93	112,28±19,68
Köy	67	12,6	81,38±27,36	101,31±12,96
<i>Test ve P değeri</i>			F: 28,259; p<0,001	F: 25,865; p<0,001
Maddi durum				
Kötü	136	25,7	88,30±25,85	103,75±15,58
Orta	233	44,0	100,03±23,64	111,84±15,99
İyi	161	30,4	112,17±17,69	127,19±14,61
<i>Test ve P değeri</i>			F: 41,184; p<0,001	F: 90,226; p<0,001
Aile tipi				
Çekirdek	370	69,8	103,67±22,27	116,35±16,63
Geniş	160	30,2	93,86±27,29	110,00±19,91
<i>Test ve P değeri</i>			t: 4,335; p<0,001	t: 3,796; p<0,001

Çalışma verilerinden elde edilen bulgular, literatürde sağlıklı gebelerin öz bakım gücü ve yaptıkları sağlık uygulamalarının belirlenmesine yönelik çok fazla çalışmaya rastlanmaması nedeniyle çoğunlukla riskli gebeler üzerinde yapılan çalışma bulgularıyla tartışılmıştır. Nahçıvan'ın (1993) sağlıklı gebelerin üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, öz-bakım gücü düzeyinin orta düzeyde iyi olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Adölesan gebeler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise adölesan gebelerin öz-bakım gücü

düzeylerinin çalışma kapsamındaki gebelerden daha düşük olduğu görülmüştür.¹⁷ Bu durumun örneklemelerin yaş ortalamalarının farklı olmasından kaynaklanmış olabileceği ve adölesanların henüz ruhsal, fiziksel ve sosyal açıdan gelişimini tamamlama dönemi içerisinde olmaları nedeni ile özbakım güçlerinin düşük çıkmış olabileceği söylenebilir. Eryılmaz ve arkadaşlarının (1999), Pasinlioğlu'nun (2004) ve Altıparmak'ın (2006) çalışmalarında gebelerin eğitim düzeyleri

arttıkça öz-bakım gücü düzeylerinin de arttığı, gelir getiren bir işte çalışanların öz-bakım gücü düzeylerinin çalışmayanlardan daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^{10,11,18} Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010) çalışmasında kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi lise ve üzerinde olan, antenatal dönemde gebelik hakkında eğitim alan, primigravida ve nullipar olan gebelerin öz bakım gücü düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak, gelirin nasıl algılandığı, aile tipi ve evlilik süresinin öz-bakım gücü düzeylerini etkilemediği tespit edilmiştir.¹⁹ Tortumluoğlu ve arkadaşları (2003) eşin öğrenim düzeyi arttıkça gebelerdeki öz-bakım gücünün de arttığını bildirmiştir.²⁰ Baker'ın (1996) adolesan gebeler ile yaptığı çalışmada yaş ve gebelik haftası ile özbakım gücü arasındaki ilişkinin anlamlı olmadığı bildirilmiştir.²¹ Başka bir çalışmada ise gebelik sayısı, risk faktörleri ve antenatal bakım alma durumunun öz-bakım gücünü etkileyen faktörler arasında yer aldığı ve gebelik sayısı arttıkça öz-bakım gücü düzeylerinin de anlamlı düzeyde arttığı bildirilmiştir.²² Eryılmaz ve arkadaşlarının (1999) gebelik sayısının öz bakım gücüne etkisini belirlediği çalışmada, primigravida olan gebelerin öz bakım gücü düzeylerinin multigravida olan gebelerden daha yüksek olduğu belirtilmiştir.¹⁰ Çalışma bulgularından farklı olarak Karaca Saydam ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında riskli gebelerin eğitim, yaş ve gelir durumları ile yaşanan yer, sigara içme, gebeliği isteme ve çalışma durumunun özbakım gücü düzeylerini ve sağlıklı yaşam davranışlarını etkilemediği belirtilmiştir.⁸ Onat ve Aba'nın (2014) çalışmasında, eğitim seviyesi düşük, işsiz olan ve gebeliğini sonlandırmak isteyen gebelerin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının düşük düzeyde olduğu ve sağlıksız davranışlar açısından risk grubunda yer aldığı belirlenmiştir.²³ Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010), Altıparmak'ın (2006), Pasinlioğlu'nun (2004) ve Tortumluoğlu ile arkadaşlarının (2003), çalışmalarında da gebeliğin istenme durumunun öz-bakım gücü düzeylerini etkilemediği saptanmıştır.^{11,18-20} Ancak çalışma bulgularına benzer şekilde Çapık ve

Pasinlioğlu'nun (2014) çalışmasında istenen gebeliklerin sağlık uygulamalarına istenmeyen gebeliklerden daha fazla dikkat ettikleri tespit edilmiştir.²⁴ Literatürde konuyla ilgili yapılan araştırmalarda kadının eğitim düzeyinin artmasının ve gelir getiren bir işte çalışmasının üreme sağlığını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir.^{25,26} Çalışma kapsamına alınan gebelerin yaklaşık yarısının 4'ten fazla antenatal bakım aldığı görülmektedir. Bu bakımlar esnasında gebeler öz-bakımlarını artıracak bilgiler edinmiş ve gebelikte dikkat edilmesi gereken uygulamalar konusunda eğitim almış olabilirler ve bundan kaynaklı özbakım gücü düzeylerinin ve sağlık uygulamalarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Gebeliğin planlı olması veya istenen bir gebelik olması, kadınların kendilerinin ve bebeklerinin sağlığı için olumlu sağlık davranışı göstermeleri ve gebelik süresince yaşanan sorunlarla baş etmeye yönelik çaba harcamaları açısından olumlu görülmektedir. Buradan yola çıkarak primipar olan ve gebeliğini isteyen gebelerin bu nedenle özbakım gücü düzeylerinin ve sağlık uygulamalarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılan çalışmalarda gebelerin fiziksel yakınmalarının gebelik haftası ilerledikçe arttığı bildirilmiştir.²⁷⁻²⁹ Çalışma kapsamındaki II. trimesterde olan gebelerin öz bakım gücü düzeylerinin yüksek olmasının buldukları gebelik haftası nedeniyle daha az şikâyet yaşamalarıyla bağlantılı olduğu söylenebilir.

Öz Bakım Gücü Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 140, en düşük puan 0'dır. Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 165, en düşük puan 33'tür.

Gebelerin öz bakım gücü ölçeği toplam puan ortalamasının 100,71±24,29 ve sağlık uygulamaları ölçeği toplam puan ortalamasının 114,43±17,90 olduğu saptanmıştır ve alınan ortalama puanlar ölçeklerden alınabilecek puanlara göre yorumlandığında çalışma kapsamına alınan kadınların öz bakım gücü düzeylerinin ve yaptıkları sağlık uygulamalarının orta düzeyde iyi olduğu söylenebilir (Tablo 3).

Dereli Yılmaz ve Kızılkaya Beji'nin (2010) otuz hafta ve üzerinde olan gebeler ile yaptığı çalışmasında gebelerin öz-bakım

gücü düzeylerinin çalışma bulgusundan düşük olmakla birlikte orta düzeyde iyi olduğu belirtilmiştir.¹⁹

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı ve Obstetrik Özelliklerine Göre Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik bilgiler	N	%	ÖBGÖ X±SS	GSUÖ X±SS
Gebelik sayısı				
İlk gebelik	121	22,8	109,66±17,49	120,72±15,09
2	133	25,1	106,42±20,97	120,27±16,95
3	139	26,2	102,17±19,35	115,12±15,03
4 ve üzeri	137	25,8	85,75±29,79	102,47±18,14
<i>Test ve P değeri</i>			F: 29,513; p<0,001	F: 36,225; p<0,001
Yaşayan çocuk sayısı				
Yok	158	29,8	109,74±17,60	120,95±16,29
Bir	147	27,7	107,25±17,71	120,28±13,62
İki	111	20,9	100,00±21,51	113,44±15,69
Üç ve üzeri	114	21,6	80,44±29,86	98,81±17,36
<i>Test ve P değeri</i>			F: 47,044; p<0,001	F: 53,524; p<0,001
Parite				
Primipar	158	29,8	109,74±17,60	120,95±16,29
Multipar	372	70,2	96,87±25,70	111,66±17,86
<i>Test ve P değeri</i>			t: 5,746; p<0,001	t: 5,620; p<0,001
Gebeliğin istenme durumu				
İstiyor	435	82,1	106,63±19,47	118,52±16,07
İstemiyor	95	17,9	73,58±25,78	95,68±13,38
<i>Test ve P değeri</i>			t: 14,070; p<0,001	t: 12,909; p<0,001
Gebelik haftası				
1.trimestir (0-13.hf)	60	11,3	108,08±16,58	116,46±12,61
2.trimestir (14-26.hf)	116	21,9	109,79±16,88	117,30±14,50
3.trimestir (27-42.hf)	354	66,8	96,48±26,29	113,14±19,50
<i>Test ve P değeri</i>			F: 17,215; p<0,001	F: 2,804; p>0,05
DÖB alma sayısı				
Hiç almamış	43	8,1	90,74±21,94	101,02±15,86
4'ten az almış	194	36,6	91,52±25,75	107,15±17,32
4 defa almış	75	14,2	100,08±27,29	117,06±17,96
4'ten fazla almış	218	41,1	111,06±17,28	122,64±14,24
<i>Test ve P değeri</i>			F: 28,803; p<0,001	F: 42,705; p<0,001

Eryılmaz ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, gebelerde öz bakım gücü düzeylerinin çalışma bulgularına benzer şekilde orta düzeyde iyi olduğu bildirilmiştir.¹⁰ Onat ve Aba'nın (2014) çalışmasında, gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta seviyede iyi olduğu saptanmış olup çalışma bulguları ile benzerdir.²³ Karaca Saydam ve arkadaşlarının (2007) riskli gebeler üzerinde yaptıkları çalışmada katılan gebelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının orta düzeyde olduğu, Öz bakım gücü düzeylerinin ise düşük olduğu bildirilmiştir.⁸ Çalışma kapsamına alınan gebelerin öz bakım gücü

düzeylerinin ve sağlık uygulamalarının diğer çalışma bulgularından yüksek olmasının sebebi çalışmanın örnekleminin sağlıklı gebelerden oluşması, çoğunluğunun istenen gebelik olması ve gebelerin çoğunluğunun 4'ten fazla antenatal bakım almış olması olabilir (Tablo 3).

Pasinlioğlu'nun (2004) çalışmasında gebelik döneminde verilen sağlık eğitiminin öz-bakım düzeylerini arttırdığı bildirilmiştir.¹¹ Kılıç ve Erci'nin (2017) çalışmasında da erken doğum riski taşıyan gebelerde, Orem'in Özbakım Modeli doğrultusunda verilen bakımın özbakım gücünü arttırdığı belirtilmiştir.¹²

Tablo 3. Gebelerin Öz Bakım Gücü Ölçeği ile Sağlık Uygulamaları Ölçeği Puan Ortalamaları

Ölçekler	Alınabilecek En Yüksek ve En Düşük Puanlar	Alınan En Yüksek ve En Düşük Puanlar	X±SS
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	140-0	137-44	100,71±24,29
Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği	165-33	161-68	114,43±17,90

Öz Bakım Gücü ile Sağlık Uygulamaları Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde iyi düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmış, öz bakım gücü düzeyleri arttıkça yaptıkları sağlık uygulamalarının da arttığı belirlenmiştir (r:0,766, p:0,000, Tablo 4). Karaca Saydam ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında riskli

gebelerde de özbakım gücü düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir.⁸ Elde edilen bu sonuç, öz bakım gücünün yükselmesi ile gebelerde, genel olarak sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının da arttığını göstermektedir.

Tablo 4. Öz-Bakım Gücü Ölçeği, Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği ve Yaş Ortalamaları Arasındaki İlişki

Ölçekler		Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği
Öz-Bakım Gücü Ölçeği	r	,766**
	p	,000

**p<0.001

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin öz bakım gücü düzeyleri ve yaptıkları sağlık uygulamalarının orta düzeyde iyi olduğu, öz bakım gücü düzeyleri arttıkça yaptıkları sağlık uygulamalarının da arttığı saptanmıştır. 25-34 yaş arasında olan, üniversite mezunu olan, gelir getiren bir işte çalışan, eşi üniversite mezunu ve memur olan, il merkezinde yaşayan, maddi durumu iyi düzeyde olan, çekirdek tipi aileye sahip, primipar, gebeliğini isteyen ve 4'ten fazla doğum öncesi bakım alan gebelerin diğer gebelere göre öz bakım gücü düzeylerinin ve yaptıkları sağlık uygulamalarının daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin sağlıklı bir gebelik süreci geçirebilmeleri amacıyla prenatal dönemdeki bakım gereksinimlerinin karşılanarak optimal düzeyde öz-bakım gücüne sahip olmaları gerekmektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Gebelikte öz-bakım gücünün yükseltilmesi ve sağlık uygulamalarının

geliştirilmesi için gebe poliklinikleri ve aile sağlığı merkezleri gibi anne-çocuk sağlığı alanında çalışan ebe ve hemşirelerin öz-bakım ve gebelikte yapılan sağlık uygulamalarının üzerinde önemle durması,

- Öz bakım gücü düzeylerini ve gebelikte yapılması gereken sağlık uygulamalarını saptamaları, etkileyen faktörleri belirlemeleri,

- Öz bakım gücü düşük olan bakım gereksinimlerini yeterli karşılayamayan gebelere öz bakım uygulamalarını öğretmeleri, gebelikte yapılması gereken sağlık uygulamalarına yönelik danışmanlık yapmaları ve eğitim vermeleri,

- Gebelerin bilgi eksikliği olduğu konularda ebe ve hemşirelere danışmaları için cesaretlendirilmeleri önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Songur C. (2016). Sağlık Göstergelerine Göre Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü Ülkelerinin Kümeleme Analizi, Sosyal Güvenlik Dergisi, 6 (1), 197-224.
2. İsmet K, Rudolf S, Oona C. (2005). "Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005," Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, NEE-HÜ.06.02.2005.
3. Karabacak Y. Anne Ölümleri İzleme Programı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı 2017.
https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ekitap/ann_e_olumlari_izleme_programi.pdf
4. Akdağ R (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 770, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/tsdp.pdf>
5. Orem DE. (1995) Nursing: Concepts of Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby.
6. Velioglu P. (1999). Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar, Alaş Ofset, İstanbul.
7. Taşkın L. (2017). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 13.basım, Akademisyen Kitabevi.
8. Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Pelik Hadımlı A, Öztürk Can H, Soğukpınar N (2007). Riskli Gebelerde Öz-Bakım Gücü'nün Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi. Perinatoloji Dergisi, 15 (3), 131-139.
9. Kılıç D, Ata G. Sağlığı Geliştirme. Erci B, Kılıç D, Adıbelli D (ed.). Yaşam Boyu Sağlığı Geliştirme. Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri, 21-35.
10. Eryılmaz G, Erci B, Engin R (1999). Gebelik Sayısının Öz-Bakım Gücüne Etkisi. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(2),76-88.
11. Pasinlioğlu T.(2004).Health Education for Pregnant Women: The Role of Background Characteristics. Patient Educ Couns,101-106.
12. Kılıç M, Erci B (2017). The Effect of the Care Provided Based on Self-Care Model of Orem on Self-Care Agency and Frequency of Nursing Diagnoses in Pregnant Women with Threat of Preterm Birth. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 9 (1), 1-14
13. Lindgren K. (2005). Testing the Health Practices in Pregnancy Questionnaire-II. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 34 (4), 465-72.
14. Er S. (2006). Gebelikte Sağlık Uygulamaları Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
15. Kearney BY, Fleischer BJ. (1979). Development of an Instrument to Measure Exercise of Self-Care Agency. Res Nurs Health 2 (1), 25-34.
16. Nahcivan N. (1993). Sağlıklı Gençlerde Öz Bakım Gücü ve Aile Ortamının etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi; İstanbul.
17. Aslan BD (2001). Adölesan Gebelerin Öz-Bakım Gücünün İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi; Konya.
18. Altıparmak S (2006). Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 5, 416-23.
19. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N. (2010). Gebelikte Öz Bakım Gücünün Değerlendirilmesi. Genel Tıp Derg 20 (4), 137-142
20. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Erci B. (2003). Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 6, 24-36.
21. Baker TJ (1996). Factors Related to The Initiation of Prenatal Care in The Adolescent Nullipara. Nurse Pract, 21, 26-32, 42.
22. Hart MA. (1995).Orem's Self-Care Deficit Theory: Research with Pregnant Women. Nurs Sci Q 8, 120-6.
23. Onat G, Aba YA (2014). Health-Promoting Lifestyles and Related Factors Among Pregnant Women. Turk J Public Health 12 (2),69-79
24. Çapık A, Pasinlioğlu T. (2014). Difference of Health Practices Between Wanted and Unwanted Pregnancy. International Journal of Caring Sciences, 7 (2), 508-519.
25. Demirci H. (2004). Çalışan Evli Kadınlarda Üreme Sağlığını Koruyucu Davranışların Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul.
26. Özvarış ŞB, Akın A. (2002). Türkiye'deki Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinden Yararlanma. İçinde: Akın A, editör. Türkiye'de ana sağlığı aile planlaması hizmetleri ve isteyerek düşükler: TNSA 1998 ileri analiz sonuçları. Hacettepe Üniversitesi. TAP Vakfı ve UNFPA. Ankara;182-241.
27. Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. (2006). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sağlık Sorunlarının İncelenmesi. Aile ve Toplum, 3 (10), 35-42.
28. Sunal N, Demiryay A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınlıklar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (12), 99-110.
29. Çetin FC, Demirci N, Çalık KY, Akıncı AÇ. (2017). Gebelikte Olağan Fiziksel Yakınlıklar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 48 (4), 135-141