



T.C.
BURSA ULUDAĞ
ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ
BESİN HİJYENİ VE
TEKNOLOJİSİ ANABİLİM
DALI



GEBE KADINLARIN BESLENME BİLGİLERİ, BESLENME ALİŞKANLIKLARI VE YENİ DOĞAN ÜZERİNE ETKİLERİ

EMİNE İLKNUR AKAÇ
0000-0002-6682-6900

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA-2021





T.C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
BESİN HİJYENİ VE TEKNOLOJİSİ
ANABİLİM DALI



GEBE KADINLARIN BESLENME BİLGİLERİ, BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE YENİ DOĞAN ÜZERİNE ETKİLERİ

Emine İlknur AKAÇ
0000-0002-6682-6900

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN:
Prof.Dr. Mustafa TAYAR

BURSA-2021

**T. C.
BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

ETİK BEYAN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘‘ Gebe Kadınların Beslenme Bilgileri, Beslenme Alışkanlıkları ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri’’adlı çalışmanın, proje safhasından sonuçlanmasına kadar geçen bütün süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklar bölümünde gösterilenlerden oluştuğunu belirt ve beyan ederim.

Emine İlknur Akaç
29.01.2021

İÇİNDEKİLER

Dış Kapak

İç Kapak

ETİK BEYAN.....	ii
KABUL ONAY.....	iii
TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TÜRKÇE ÖZET.....	ix
İNGİLİZCE ÖZET.....	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Gebeliğin tanımı ve fizyolojisi	3
2.2. Gebelikte beslenme	3
2.3. Gebelikte enerji ve besin ögesi gereksinimi	5
2.3.2 Gebelikte protein gereksinimi.....	5
2.3.3. Gebelikte yağ gereksinimi	7
2.3.4. Gebelikte folik asit gereksinimi.....	8
2.3.5. Gebelikte demir gereksinimi.....	9
2.3.6. Gebelikte kalsiyum gereksinimi	10
2.3.7. Gebelikte D vitamini gereksinimi	11
2.3.8. Gebelikte çinko gereksinimi	11
2.3.9. Gebelikte iyot gereksinmesi	12
2.4. Gebelikte ağırlık kazanımı	13
2.5. Gebelikte sigara kullanımı.....	15
2.6. Gebelikte kafein tüketimi	16
2.7. Gebelikte oluşan beslenme ile ilgili sorunlar	17
2.7.1. Anemi	17
2.7.2. Preeklampsi, eklemesi.....	18
2.7.3. Pika.....	19
2.7.4. Bulantı ve kusma.....	19
2.7.5. Konstipasyon (Kabızlık).....	19
2.7.6. Gestasyonel diyabet	20
2.7.7. Obezite.....	20
2.7.8. Tiroid.....	21
2.7.9. Hipertansiyon.....	21
2.8. Gebelikte beslenme eğitimi	22

2.9. Gebelikte fiziksel aktivite.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM	24
3.1 Araştırma evreni, süresi ve materyali	24
3.2 Araştırma verilerinin toplanması	24
3.2.1 Anket formlarının hazırlanmasıve uygulanması.....	24
3.2.2 Gebe kadınların antropometrikölçümlerinin alınması	25
3.2.3 Yeni doğan bilgilerinintoplanması.....	25
3.3 Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi	25
3.3.1 Gebe kadınların boy ve ağırlık ölçümlerinin değerlendirilmesi	25
3.3.2 Besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi.....	26
3.3.3 Gebe kadınların beslenme bilgilerinin değerlendirilmesi	26
3.3.4. Gebe kadınların beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının değerlendirilmesi	26
3.3.5. Yeni doğan hakkında bilgilerin değerlendirilmesi.....	27
4.BULGULAR	
4.1 Gebe kadınlar hakkında genel bilgiler	28
4.1.1 Gebe kadınların yaş durumları.....	28
4.1.2 Gebe kadınların öğrenim durumları	28
4.1.3 Gebe kadınların meslekleri.....	29
4.1.4 Gebe kadınların aile birey sayıları	29
4.1.5 Gebe kadınların ailelerinin gelir durumlarının değerlendirilmesi	30
4.1.6 Gebe kadınların eşleri ile akrabalık durumları	30
4.1.7 Gebe kadınların ilk evlilik, ilk gebelik yaşları, gebelik ve çocuk sayıları	31
4.1.8 Gebe kadınların vücut ağırlıkları ve beden kitle indeksi (BKI) değişimleri	32
4.1.9 Gebe kadınların eğitim durumları ile gebelik öncesi BKI değerleri.....	33
4.1.10 Gebe kadınların kronik rahatsızlık durumları.....	34
4.1.11Gebe kadınların gebelik sürecinde ilaç kullanımı.....	35
4.1.12Gebe kadınların gebelik sürecinde sigara ve alkol kullanımı.....	35
4.2 Gebe kadınların beslenmealışkanlıkları	36
4.2.1 Gebe kadınların öğün atlama durumu ve atlanan öğün.....	36
4.2.2Gebe kadınların hamilelik sürecinde yiyeceklerinde değişiklik yapma durumları.....	37
4.2.3 Gebe kadınların iştah durumlarındaki değişim	37
4.2.4 Gebe kadınların günlük su tüketimi	38
4.3 Gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi kaynakları	38
4.3.1 Gebe kadınların gebe beslenmesi konusundaki bilgi alma durumları	38
4.3.3 Gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeyleri	40

4.4 Yeni doğan hakkında tanımlayıcı bilgiler	44
4.4.1 Yeni doğanların cinsiyetleri.....	44
4.4.2 Yeni doğanların anomali durumları	44
4.4.3 Yeni doğanların refleksleri	45
4.4.4 Yeni doğanların zamanında doğma durumu.....	45
4.4.5 Yeni doğanların doğum şekilleri.....	45
4.4.5.1 Kadınların eğitim düzeylerine göre doğum şekilleri.....	46
4.4.5.2 Kadınların yaş gruplarına göre doğum şekilleri.....	47
4.4.5.3 Gebe kadınların doğum sayılarına göre doğum şekilleri.....	48
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	49
5.1.Gebelerin kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.....	48
5.2.Gebelerin beslenme özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması.....	52
5.3 Doğum ve yeni doğanlara ilişkin bulguların tartışılması	55
6.KAYNAKLAR	57
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	67
8. EKLER.....	68
9. TEŞEKKÜR.....	74
10. ÖZGEÇMİŞ	75

ÖZET

GEBE KADINLARIN BESLENME BİLGİLERİ, BESLENME ALIŞKANLIKLARI VE YENİ DOĞAN ÜZERİNE ETKİLERİ

Bu çalışmada, gebelerin gebelik süresi boyunca besin tüketim şekillerini anket formu ile izleyerek beslenme bilgilerini ve beslenme alışkanlıklarını tespit edip bu beslenme düzenin yeni doğanlar üzerinde etkisini gözlemlemek amaçlandı. Bu çalışma Ocak-Haziran 2020 tarihleri arasında Bursa ili Osmangazi ilçesine bağlı Tuna Sağlık Ocağına kayıtlı çalışmaya gönüllü katılan 100 gebe ve bebekleri üzerinde yapıldı. Veriler, anket formu ile toplandı. Anket formu gebe kadınların genel bilgileri, genel sağlık durumları, beslenme bilgileri, beslenme alışkanlıkları hakkında bölümlerden oluşmaktadır. Kadınlarda antropometrik ölçüm olarak, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS programı kullanılmıştır. Sorularla ilgili mutlak ve % değerlerini gösteren çizelgeler hazırlanmış ve gerekli aritmetik ortalama değerleri alınmıştır.

Kadınların %70'inin ev hanımı, %35'inin ortaokul mezunu olduğu, ilk evlilik yaşlarının $22,82 \pm 3,86$ ve ilk gebelik yaşlarının ise $24,08 \pm 4,45$ olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra gebelik öncesi BKİ $25,23 \pm 4,43$, gebelik sırasındaki BKİ $28,7 \pm 4,46$, öğün atlama durumları incelendiğinde %76'sının öğün atladığı ve atlanan en sık öğünün %16 ile öğle öğünü olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu araştırmada gebelik dönemi beslenme bilgi düzeyinin yeterli olmadığı görülmüştür. Gebe kadınlar gebelik beslenmesi konusunda düzenli aralıklarla bilgilendirilmeli ve sağlık personelleri tarafından takip edilip, bilgilendirilmelidir.

Anahtar kelimeler: ağırlık kazanımı, beslenme alışkanlıkları, beslenme bilgisi, beslenme durumu, gebe kadın, yeni doğan.

SUMMARY

NUTRITIONAL INFORMATION, NUTRITION AND EFFECTS OF PREGNANT WOMEN ON THE NEWBORN

In this study, it was aimed to determine the nutritional information and nutritional habits of pregnant women by monitoring their food consumption patterns during pregnancy with a questionnaire and to observe the effect of this diet on newborns. It was conducted on 100 participating pregnant women and their babies. Data were collected with a questionnaire. The questionnaire consists of sections about general information of pregnant women, general health status, nutritional information, and nutritional habits. Height and body weight measurements were taken as anthropometric measurements in women. SPSS program was used to evaluate the data. Tables showing the absolute and % values of the questions were prepared and the necessary arithmetic mean values were taken.

It was found that 70 % of women were housewives, 35 % were secondary school graduates, their first marriage age was $22,82 \pm 3,86$ and their first gestational age was $24,08 \pm 4,45$. In addition, BMI before pregnancy was $25,23 \pm 4,43$, BMI during pregnancy was $28,7 \pm 4,46$, and when skip meals were examined, it was determined that 76 % skipped meals and the most common meal skipped was lunch with 16 %. In this study, it was observed that the nutritional knowledge level during pregnancy is not sufficient. Pregnant women should be followed up and informed regularly by informed dieticians and health care personnel about pregnancy nutrition.

Keywords: weight gain, nutritional habits, nutritional status, nutritional knowledge pregnant woman, newborn.

1. GİRİŞ

Beslenme sağlıklı yaşam, büyüme ve gelişme için esansiyel olan besin öğelerini ve enerjiyi yeterli miktarda sağlayacak olan gıdaları sağlık bozucu duruma getirmeden vücuda almaktır (Tatvan, 2009).

Yeterli ve dengeli beslenme yaşamın her döneminde büyük öneme sahiptir. Bu nedenle amacımız hayatımız boyunca sağlığını korumak, iyileştirmek, geliştirmek ve kaliteli yaşam biçimini benimsememizi sağlamaktır. Bunun için de kişilere besin çeşitliliği doğrultusunda sağlıklı beslenme eğitimi verilmelidir (Pekcan, 2017).

Kadınlar için gebelik öncesi ve gebelik dönemi beslenmenin en önemli olduğu evrelerdendir. Sağlıksız beslenmenin görünür etkileri gebelik dönem ile gebelik sonrası ilk aylarda ve yıllarda fiziksel büyüme üzerine olsa da daha önemlisi başlangıçta göremediğimiz zihinsel gelişim üzerinedir (Aydın,2014; Löker, 1992) . Zihinsel gelişim doğum öncesi başlar erken çocukluk yaşı olarak bilinen yaşamın ilk üç yılını kapsar (Tatvan, 2009). Gebeler sağlıklı bireyler yetiştirebilmeleri için gebelik süresi boyunca sağlıklı beslenmeleri ile ilgili bilgilendirilmelidirler. Kaliteli yeni nesil ülke için de önemlidir. Sağlıklı yeni nesil ileride ekonominin daha güçlü olmasını da sağlar (Özalper, 2014).

Gebelikte fetus, annesi tarafından alınan besin öğelerinin plasenta yoluyla taşınması ile gelişir. Gebelikte sağlıksız beslenme sadece bebek için değil anne içinde önemlidir. Gebelik süresi boyunca yetersiz beslenme bebekte; prematüre doğum, böbrek yetersizliği, kalp büyümesi gibi birçok rahatsızlığa sebep olurken annede de; diş çürükleri, anemi, aşırı kilo alma gibi rahatsızlıklara sebep olur (Yavuz ve Aykut, 2014).

Annenin gebe kalmadan önceki dengeli ve sağlıklı beslenmesinin doğacak bebeğin sağlığı kadar, doğum sonrası anne sağlığı açısından da önemi vardır. Anne ve doğacak çocuğunu sağlığının korunması için küçük yaşlardan itibaren beslenmeye önem verilmelidir (Aydın,2014;Tayar, Korkmaz ve Özkeleş, 2017).

Yetersiz ve dengesiz beslenen gebeye uygun ek besin takviyesi yapılması gebenin sağlığının korunmasında ve yeni doğacak olan bebeğin sağlığında da yararlı olacaktır (Erdem 1992).

Dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de yetersiz ve dengesiz beslenme nedenlerinin başında, ekonomik yoksunluk, toplumların beslenme konusunda bilgisiz olması ve buna bağlı yapılan hatalı uygulamalar, kadının sosyal durumunun düşüklüğü, sağlık ve çevre koşullarının bozukluğu, kültürel özellikler ve gelenekler gelmektedir (Sayal, 1992).

Bu çalışma, toplumda risk grubunu oluşturan gebe ve emzikli kadınlardan, gebe olanların beslenme bilgi ve alışkanlıklarını saptamak, gebe kadınların gebelikleri süresince beslenme durumlarını belirlemek, gebelikte ağırlık kazanımı, gebelik öncesi vücut ağırlığı ve diğer faktörlerle bebek doğum ağırlığı arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak amacıyla planlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebeliğin tanımı ve fizyolojisi

Erkek tohum hücresi olan sperm ile kadının yumurtalığından atılan hücrenin döllemesi ile başlayan sürece gebelik denir. Gebe kadının vücudu bu süreç içerisinde gelişen ve büyüyen fetüse, uygun ortam sağlayıp ve gereksinimlerini karşılayarak gebeliğe hazırlar. Gebelik fizyolojik bir olaydır. Gebelik süreci 40 hafta veya 280 gündür Gebelik süresince oluşan fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler belirgindir. Değişiklikler başlıca solunum, üreme, kas üriner, hematolojik, kardiyovasküler sistem ve ciltte olur. Doğum gerçekleştikten sonra annenin sistemlerinde önceki fizyolojik ve anatomik duruma dönüş olur (Önay, 2006).

Gebelikte en çok dikkat çeken değişiklik kan hacminin artmasıdır. Özellikle 16 ile 24. haftalar arasında kan hacminin artışı pik seviyeye ulaşır ve kan hacminde fazladan oluşan bu artış gebeliğin sonuna doğru azalmaya başlar. Gebelikle birlikte artan progesteron hormonu ile fazla CO₂ solunumu başlar ve ikinci trimestre sonrası %30-40 seviyelerinde akciğer hacminde artışa neden olur. Kardiyovasküler değişiklikler ise dördüncü ve beşinci haftalar da başlar, ikinci ve üçüncü trimester de pik yapar. Hamilelikte ilk etkilenen hormonlardan biride insülinidir. İnsülin duyarlılığının artması ile birinci trimesterden itibaren hipoglisemi riski başlar. Bu gelişen hipoglisemi gebeler de bayılmalara neden olur. Gebeliğin ikinci trimesterinden sonra insülin seviyesinin artmaya başlamasıyla vücut insülini tolere edemez ve insülin direnci gelişir. Bundan dolayıdır ki gebeler de 24. haftadan sonra şeker yüklemesi testi yapılarak gebelik şekeri olup olmadığına bakılır. Hem gebeliğin ilk evrelerinde hipoglisemi riskinin olması ve daha sonraki süreçte gestasyonel diyabet riskinin olmasından dolayı gebeler sık sık yeterli ve dengeli şekilde kaliteli beslenmelidirler.

2.2. Gebelikte beslenme

Gebelikte beslenme süreci gebeliğin başlangıcı ile birlikte ele alınmamalıdır. Çünkü kadının gebe kalabilmesi, bebeğini gebeliğin sonuna kadar taşıyabilmesi, sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi ve doğumdan sonra düzenli emzirebilmesi için

gebe kalmadan önce dengeli beslenmesi ve sağlıklı olması gerekir (Erick, 2008;İrge, Timur, Zincir, Oltuoğlu ve Dursun, 2005). Bir kadının sağlık ve beslenme göstergeleri kişisel ve ulusal düzeyde gelişmişliği belirler. Kadınların sağlığı ve beslenmesi ile ilgili problemler kendi sağlığı yanında çocukları aracılığı ile gelecek kuşakları da etkilemektedir (Bilgel,2001;Merdol, 2015;Uzdil ve Özenoğlu,2015).

Dünya sağlık örgütü “yetersiz ve dengesiz beslenme ile ilgili sürecin yaşam döngüsü içinde bebeğin doğumdan önce başlayıp ölüme dek devam ettiğini” kabul etmektedir (Allenve Gillespie, 2001). İnsan ve hayvanlar üzerinde yapılan çalışmalar, hamilelik döneminde beslenme durumunun yeni doğanın sağlığı ve zihinsel gelişimi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Yüzbir ve Şen, 2001;Kangalgil, Acar, Yardımcı, 2018). Gebelik, beslenme gereksiniminin arttığı özel süreçlerden biridir (İrgeve diğerleri, 2005, Baysal, Karaağaoğlu, Taşcı ve Aksoy 1985;Başkurt, 2019). Fetüs, plasenta ve maternal dokuların büyümesi için gebelikte duyulan enerji, besin ögesi ve sıvı gereksinimi artar (Api,ÜnalveŞeni, 2005). Demir, kalsiyum gibi besin öğelerinin karşılanamadığı durumlarda annenin vücudundaki depolar boşalmaya başlar. Sonuçta kadının sağlığı bozulur. Fetüsün büyüme ve gelişimi olumsuz yönde etkilenir (Sağlam ve Baysal, 1983). Gebelikte beslenme; genetik, sosyal, kültürel, ekonomik, çevresel ve bireysel birçok faktörden etkilenir (Apive diğerleri, 2005; Babadağlı, 2008). Türkiye’de dengesiz ve yetersiz beslenme sorunlarından etkilenen grupların başında okul öncesi yaş grubu çocuklar, gebe ve emzikli annelerin geldiği bildirilmiştir (Kavas ve Kavas,1985;Bülbul,2004). Gebelikte kadının beslenmesinde iki amaç izlenir(İmamoğlu 2005; Öztürk ve Günay, 1995):

- Kadının kişisel fizyolojik gereksinimlerini karşılayarak vücudundaki besin öğeleri yedeğini depoda tutmak,
- Bebeğin normal gelişmesi için gerektirdiği enerji ve besin öğelerini tam olarak karşılamak,

Gebelikte fetüse taşınan besin öğelerinin kadının kendi gereksinimi olan besin öğelerine ek olarak alması gerekir.

2.3. Gebelikte enerji ve besin ögesi gereksinimi

2.3.1 Gebelikte enerji gereksinimi

Gebelik süreci normal sürece göre enerji gereksiniminin arttığı bir süreçtir. Gebelikte gebenin enerji ihtiyacı belirlenirken hem kişinin antropometrik ölçümleri hem de sağlık durumu göz önüne alınarak hesaplanır (Uzdil ve Özenoğlu,2015). Ayrıca enerji gereksinimi hesaplanırken gebenin gebeliğinin hangi döneminde olduğu da önemlidir. Gebelikte günlük enerji gereksinimi kişiden kişiye değişse de ortalama enerji ihtiyacı gebelik öncesine göre %10 artmıştır. İlk üç ay sürecinde ekstra enerjiye ihtiyaç duyulmayabilir. Zaten gebeliğin ilk evrelerin de çoğu gebede gözlenen mide bulantıları ve kusmalar alınacak enerjinin azalmasına neden olur (Aydın,2014;Yabacı, 2019).

Yapılan çalışmalarda annenin beden kütle indeksi (BKI) $20,0 \text{ kg/m}^2$ 'nin altında (anne zayıf) ise kilo alımının ikinci ve üçüncü trimester süresince haftada 500 g'ın altına düşmemesi gerektiği vurgulanmıştır. Bununla birlikte BKI $26,0 \text{ kg/m}^2$ 'nin üzerinde olan kadınların haftalık kilo artış hızı ortalama 300 g olmalıdır (Akan, 2011). Doğurganlık çağındaki kadınların %50'si fazla kilolu veya obezken, %18'i gebeliğe başlarken obezdir (Duman ve Bayram, 2018). Bundan dolayı obez gebelerin günlük alınması gereken enerjinin hesaplanması daha fazla öneme neden olur. İlk trimesterde kilo vermeleri dahi sağlanır. Daha sonraki ikinci ve üçüncü trimester de ekstra 300 kkal enerji verilerek yeterli ve dengeli bir şekilde beslenmesi sürdürülür.

Tablo 2.1:Gebelikte günlük enerjiye ek alınması gereken enerji miktarı(Köksal ve Gökmen, 2000)

BKI	1. Trimester	2.-3. Trimester
Zayıf (<18)	250 kkal	300 kkal
Normal (19-25)	150 kkal	300 kkal
Hafif Şişman (25-29,9)	-	300 kkal
Şişman (> 30)	1200-1500 kkal	-

2.3.2 Gebelikte protein gereksinimi

Normal bir gebelik süresince 12,5 kg ağırlık kazanan ve 3,3 kg ağırlığında bir bebek dünyaya getiren annenin vücudunda toplam 925 gr protein birikimi olmaktadır (WHO/FAO 1985). Buna göre ilk üç aylık dönemde günde 1,8 gr, 2. dönemde 4,8 gr,

3. dönemde 6,1 gr kadar protein, fetüsün büyümesi için anneden çekilmektedir (Baysal 1997; Özalper, 2014). Bu proteinlerin yarısı annenin göğüs, uterus ve kan dokularında, diğer yarısı ise fetüs ve plasentada depolanır (Aydın,2014).

Günlük yeterli ve dengeli beslenme ile gerekli olan proteini vücuda almış olur. Tüm beslenme ilkelerinde de geçerli olan ilke gebelikte alınan toplam proteinin %60'ının biyolojik değeri yüksek kaynaklardan karşılanmasıdır (Uçar ve Yılmaz 2020). Özellikle gebeliğin son altı ayında bebek hızlı bir şekilde büyüdüğü için protein gereksinimi de artar. Artış yaklaşık %30 kadardır. Bu durum günlük anneden 5 gr proteinin fetüs tarafından kullanılması anlamına gelir (Akan, 2011).

Tablo 2.2:Gebelik dönemlerine göre anne ve fetüste depolanan protein miktarlarının dağılımı (Önay, 2006)

Depo yeri	Gebelik dönemlerine göre protein deposu (gr)		
	1. Trimester	2. Trimester	3. Trimester
Kan Proteinleri	10	100	135
Uterus	30	90	166
Meme	12	65	81
Fetüs	1	150	440
Plasenta	3	55	100
Amniotik sıvı	0	2	3
TOPLAM	56	462	925

WHO/FAO uzmanlar komitesi 1985 yılı raporunda gebelerde protein gereksinimi Tablo 2. 2 de gösterildiği gibi kabul etmeyi önermektedir.

Tablo 2.3:Gebelikte güvenilir düzeyde protein gereksinimi(WHO, 1985)

Gebelik Dönemi	Nitrojen Kazanımı(g/gün) Ortalama + %30		Kullanım Etkinliği(0,70)	Ek Protein İhtiyacı (g/gün)
1. Trimester (0-3 ay)	0,104	0,14	0,20	1,2
2. Trimester (3-6 ay)	0,525	0,68	0,98	6,1
3. Trimester (6-9 ay)	0,922	1,20	1,71	10,7

Tablo2.3'de de görüldüğü gibi ortalama nitrojen kullanımı gebe ve bebeğe ait varyasyonlar düşünülerek %30 oranında arttırılmış, ayrıca bebeğin vücuduna giren nitrojenin bebek doku proteini oluşturmada %70 oranında etkinlik gösterdiği göz önünde tutularak güvenilir düzeyde protein ihtiyacı hesaplanmıştır. Bu durumda

güvenilir düzeyde ek protein ihtiyacının birinci, ikinci ve üçüncü trimesterlerde günde 1,2 gr, 6,1 g ve 10,7 g olduğu ve gebeliğin başından itibaren diyetle her gün 6 g ekstra protein ilavesinin yeterli olacağı kabul edilmektedir (WHO, 1985).

2.3.3. Gebelikte yağ gereksinimi

Erişkin bir erkeğin vücudunun ortalama %15-20' si yağdan oluşur. Kadınlardaki vücut yağ oranı ise %25' dir. Yağlar sindirim sisteminde yapı taşlarını oluşturan yağ asitlerine ayrılarak emilir. Bir kısmı bazı hormonların ve kolesterolün yapısında bulunurken bir kısmı vücuda enerji sağlamak için kullanılır (Tüber, 2016; Mousa, Naqash ve Lim, 2019). Gebelik süresince de gebenin alacağı yağ miktarı günlük aldığı enerjinin %15-30' nu oluşturması yeterli olacaktır (Başkurt, 2019). Ayrıca önemli olan beslenme ile alınacak yağın kaliteli yağ asitlerini içermesidir. Kaliteli yağ asitleri dediğimizde de besinlerde ki PUFA ve DHA içeriği dikkate alınmalıdır (Uçar ve Yılmaz 2020). Gebenin PUFA (çoklu doymamış yağ asitleri)'dan, özellikle DHA (dokozaheksanoik asit)' dan zengin beslenmesi fetüsün sinir sisteminin gelişmesini etkiler DHA ve AA (araşidonik asit) bebeğin büyümesi ve gelişmesi için önemlidir.(Yabancı, 2019; Uzdil ve Özenoğlu, 2015)

Diyet içerisinde kullanılan yağlar yağ, süt ve et gibi besinlerden oluşmaktadır. Besin hazırlamada kullanılan yağlar; doymuş (tereyağı, margarin, iç yağ, kuyruk yağı), tekli doymamış (zeytinyağı) ve çoklu doymamış (n-6 yağ asitleri içeren ayçiçeği, mısırözü, soya gibi ile n-3 yağ asitleri içeren balık, balık yağı) yağlar şeklindedir (Özkoç, 2013).

Tablo: 2.4: n-3 ve n-6 yağ asitleri kaynakları(Köksal ve Gökmen, 2000)

Yağ Asitleri	Besinler	g/100 g
C 18: 3	Yağlı balık	2,60
	Ceviz	6,80
	Soya Fasulyesi	1,50
	Soya yağı	6,80
	Tereyağı	1,20
	Mayonez	3,50
C 18: 2	Yağlı balık	4,30
	Ördek	4,69
	Kaz	3,34
	Tavuk derisi	6,22
	Ayçiçeği çekirdeği	32,78
	Ceviz	31,76
	Çam fıstığı	21,34
	Tahin	23,00
	Susam	23,00
	Mısırozü yağı	58,00
	Soya yağı	51,00
	Ayçiçeği yağı	39,80
C 20:4	Yağlı balık	2,60

2.3.4. Gebelikte folik asit gereksinimi

Geçtiğimiz birkaç yıla göre, birçok yararlı sağlık sonucuna sahip çok önemli bir mikro besin maddesi olan folik aside olan ilgi artmaktadır. Folik asit DNA sentezinde etkili olmakta özellikle de gelişim sırasında çeşitli süreçlerde yer almaktadır (Prasad, 2008;Dayı ve Pekcan, 2019).

Folik asit suda çözünen vitamin B9 formudur. Folik asitin gıdalarda doğal olarak bulunan formuna ‘folat’ adı verilmektedir. Folik asit, vücuttaki tüm hücrelerde değişik biçimlerde görevi olan önemli bir vitamindir. Hızlı büyümenin ve hücre bölünmesinin olduğu gebelik döneminde folik asitin yeterli alımı özellikle önemlidir. Gebelikte folik asit ihtiyacı embriyo/fetüsün hızla büyümesi, uterusun giderek genişlemesi, plasentanın gelişimi ve maternal eritrosit hacminin artışı için gereklidir (Başlı ve Aksu, 2019).

Doğal olarak diyetle alınabilen folik asit, insan metabolizmasında karbon vericisi olarak önemli bir role sahiptir. Folik asit vücutta kan değerlerinde <10 nmol/L olduğunda yetersizlik gözlenmektedir (Ede ve Ayaz, 2016).

Folik asit gıda takviyelerine rağmen, birçok hamile ve emziren kadın folat gereksinimlerini tek başına diyetten karşılayamamaktadır (Henriksen, 2006). Folat ihtiyacının tek besin takviyesi ile karşılanamamasının iki temel sebebi vardır. Birincisi gıdalarla alacağımız folatın miktar açısından yetersiz kalması ve bir diğer nedenifolat yönünden zengin gıdaların tüketilmeden önce ısıya maruz kalıp %50 oranında folat içeriğini kaybetmesidir (Tayar ve diğerleri, 2007).

Doğal olarak folat birçok besin çeşidinde bulunmasına karşın, zengin folat içeriğine sahip gıdalar sınırlı sayıdadır. Zengin kaynaklar koyu yeşil yapraklı sebzeler (brokoli, ıspanak vb.), kuru baklagiller (nohut, mercimek, fasulye vb.), portakal, greyfurt, yer fıstığı, badem ve karaciğerdir. Ancak karaciğer depo organı olması nedeni ile gebelerde tüketimi önerilmemektedir (Çalışkan, Demir ve Yıldızhan, 2017).

Folat ile başta nöral tüp defekti ve megaloblastik anemi olmak üzere, çocukluk çağı alerji hastalıkları, doğum ağırlığı, otizm, depresyon rahatsızlıkları vb. sağlık sorunları ile yakından ilişkilidir. Bu nedenle tüm dünyada nöral tüp defekti vb. sağlık sorunlarını önlemek amacıyla gebelik öncesi ve gebelik boyunca folik asit desteği (400 µg/gün)düzenli olarak önerilmektedir (Dayı ve Pekcan, 2019).

2.3.5. Gebelikte demir gereksinimi

Gebelik sırasında demir gereksinimi, fetus ve plasental büyüme ile annenin kan hacmindeki yükselme nedeniyle artmaktadır. Normalde kadınların günlük demir gereksinimi yaklaşık 1 mg iken, gebelikte günde 6-7 mg'a kadar artar (Aydın,2014;Fisher ve Nemeth, 2017).

Beslenmeleri konusunda bilinçli olmayan gebeler bu süreçte bitkisel ağırlıklı ve tek yönlü beslendiklerinde demir yetersizliğinden kaynaklı anemi riskini arttırmış oluyorlar. Anemi rahatsızlığının yanı sıra demir yetersizliği olan anne düşük doğum ağırlıklı bebek, prematüre bebek doğuruyor. Gebelerde artan demir ihtiyacının diğer sebepleri tahıl ağırlıklı beslenmeleri, fazla miktarda çay veya kahve tüketmeleri, sık doğum yapmaları, bağırsaklarındaki zararlı parazitlerin demir emilimini azaltmasıdır. Günlük alınacak C vitamini demir emilimini kolaylaştırmaktadır (Akan, 2011).

Gebeliğin ilk dört ayında demire duyulan gereksinimi az olduğu için bu süre boyunca demir gerekli değildir (Aydın, 2014). Gebelerin özellikle on ikinci haftadan

itibaren demir minerali gereksinimleri artar (Fisher ve Nemeth, 2017). Ek alınan demir takviyesinin emilimini azaltmamak için süt ve türevleri ile tüketilmemelidir. İlacın emilimi artırılmak isteniyorsa C vitamini bakımından zengin besinlerle tüketilmelidir. Örneğin bir meyve suyu ile demir preparatı tüketilebilir. Demir ilaçları doğum sonrası üç ay kullanılmaya devam ederse azalan demir depolarının onarımı kolaylaşır.

2.3.6. Gebelikte kalsiyum gereksinimi

Kalsiyum insan vücudunda en çok bulunan inorganik elementtir. Yetişkinlerde seviyesi %8,5-10 mg'dır. Kalsiyum kanda; iyonize, albümin başta olmak üzere proteinler bağlı ve bileşikler halinde üç formda bulunur. Paratiroid hormon, D vitamini, kalsitonin gibi hormonlar tarafından düzenlenir. Gebelikte fetüs büyüdükçe artan kalsiyum ihtiyacı için vücut adaptasyon süreci geçirir. Gebelikte kalsiyum ihtiyacının artması bu sürecin hiperkalsiürik bir dönem olduğunu gösterir (Perçin ve Kurtoğlu, 2011). Gebelikte kalsiyum ihtiyacının artmasının en önemli nedenlerinden biri gebenin bağırsaklarından kalsiyum emiliminin artmasıdır (Fudge, 2010).

Gebelik sırasında fetüsün de beslenmesi için annenin ek besin alımı olması gerekir. Gebe normale göre daha fazla besin tükettiğinden bu ortalama 10-12 kg alımına neden olur. Gebelikle artan bu enerji gereksinimi sağlanırken kalsiyum açısından da ek alım ortalama günlük 500 mg olmalıdır (Akça, 2007). Bu ek kalsiyum ihtiyacını da kalsiyumdan zenginleştirilmiş sütü günde iki su bardağı tüketerek karşılayabiliriz (Tayar ve diğerleri,2017).

Tablo 2.5: Gebelikte besin ögesi gereksinim artışı (günlük)(TÜBER,2016)

Besin Ögesi	Gebelik öncesi gereksinim	Gebelik için
Protein(g/kg)	0,8-1,0	1,1- 1,4
Folikasit(mikrogram/ gün)	400	600
Kalsiyum(mg/gün)	1000	1300
Demir(mg/gün)	18	27
Çinko(mg/gün)	10	15
İyot(mg/gün)	150	220

2.3.7. Gebelikte D vitamini gereksinimi

Gebelik döneminde Vitamin D ihtiyacı artmakta ve bu nedenle gebeler eksiklik yönünden riskli hale gelebilmektedir. Bu durum dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli sağlık sorunudur (Açıkgöz, Günay ve Uçku, 2013;Bardak, 2020). Vitamin D eksikliği ve yetersizliği ABD'nin kuzey bölgelerinde, Orta Doğu ülkelerinde, Hindistan, Japonya ve Avustralya gibi farklı ülkelerde sık görülmektedir (Wilson ve diğerleri, 2018).

Ülkelerin coğrafi konumları veya kapalı giyinme tarzından dolayı tüm dünyada gebelerde vitamin D eksikliği %18 ile %84 arasında değişen oranlarda görülmektedir (Bardak, 2020;Bell, 2011).

D vitamini eksikliğinin en sık nedeni güneş ışığına yetersiz maruz kalmadır. Diyetle alımın yetersiz olması, koyu tenli olma, malabsorbsiyon durumları, obezite, güneş koruyucu krem kullanımı, antikonvülsan ve glikokortikoid ilaç kullanımı diğer nedenler arasındadır (Baysal,2014).

Ülkemizde D vitamini eksikliği veya yetersizliği konusunda geniş çaplı çalışmalar olmasa da, küçük çaplı çalışmalarda D vitamin eksikliği üreme çağındaki kadınlarda yaklaşık %80'lerde, gebe kadınlarda ise %25 civarında tespit edilmiştir (Börekçi, 2019).

Gebelik süresince de D vitamini alımı önemlidir. Gebelik öncesinden başlamak üzere gebelik boyunca yeterince alınan D vitamini gebelik hastalıkları olan gestasyonel diyabet ve preeklamsi gibi rahatsızlıkların oluşumunu azaltır. Gebelikte önerilen D vitamini; her iki haftada bir 4000 IU / d veya 50000 IU dozu kadardır (Sel ve diğerleri, 2020).

2.3.8. Gebelikte çinko gereksinimi

Çinko büyüme, gelişme, protein yapısındaki enzimlerin işlevleri için gerekli esansiyel elementtir. Çinko eksikliğine bağlı doğumsal anormallikler, ölü doğumlar gibi pek çok rahatsızlıkların olduğu gözlemlenmiştir (Akan, 2011). Yapılan çalışmalarda beslenme yetersizliği olduğu tespit edilen bebekler de çinko mineralinin de yetersiz olduğu belirlenmiştir (Tatvan, 2009).

Gebelerde demir ve folat takviyesinin artması ile birlikte gebelerin kan değerlerinde çinko seviyesinin de olumlu derecede arttığı, tam tersi demir ve folat takviyesi alımı az olan gebelerde de çinko seviyesinin düşük olduğu gözlemlenmiştir. Yani vücutta çinko seviyesi folat ve demir takviyelerinin alımı ile doğru orantılıdır (Stang, 1998).

Tahıla dayalı beslenme minerallerin (Fe, Ca, Zn gibi) emilimini olumsuz yönde etkilemekte ve yetersizliğe neden olmaktadır. Bu nedenle günlük diyetle eklenen demir ile birlikte çinko alımını da arttırmak gerekir. Gebelikte 20 mg ek çinko verilmesi, et, deniz ürünleri, süt ve türevleri, yumurta ve yağlı tohumların tüketilmesi çinko alımı için gereklidir. Birçok kaynakta gebelik için 11 mg, emziklilik dönemi için 12 mg önerilmektedir (Akan, 2011).

Tablo 2.6: Diyetteki çinkonun %10'unun, %20'sinin ve %40'ının emilebildiği durumlarda gereksinme miktarları (Önay, 2006)

Gebe anne	Vücutta Biriken maksimum miktar	Zorunlu Kayıplar		Toplam emilmesi gereken	Kullanılabilirlik durumuna göre gıdalarla alınacak		
		İdrar	Terle		%10a	%20b	%40c
0-20 hafta	0,55	0,50	1.5	2.55	25.5	12.8	6.4
21-30 hafta	0,90	0,50	1.5	2.90	29.0	14.5	7.3
31-40 hafta	1.00	0,50	1.5	3.00	30,0	15.0	7.5

2.3.9. Gebelikte iyot gereksinmesi

Gebe, gebe kalmayı planlayan ve emzikli kadınların iyot takviyesi kullanması önerilir (Mousa ve diğerleri, 2019). Günümüzde birçok otorite gebelikte rutin iyot kullanımını kendi uygulama rehberlerine alma konusunda olumlu bir tavır göstermekte ama bazı görüşler özellikle sofraya tuzuna iyot eklenmeyen ya da iyotlu tuz kullanımının kısıtlı olduğu bölgelerde yaşayanlarda rutin kullanım önerilerinin bir parçası olmuş durumdadır. Bu tür bölgelerde yaşayanlarda yıllık tek doz 400 mg ya da günlük 250 µg iyot kullanımı önerilmektedir (Özalper, 2014). Gebelikte aşırı iyot desteği kullanımının etkisine bakıldığında 50µg/gün iyot desteği kullanmanın güvenilir ve gebelikte tiroid hacminin artışı önlemede kabul edilebilir doz olduğu; 200µg/gün takviyenin gebelik sonrası tiroit ve yan etkilere neden olmaksızın daha etkili doz olduğu sonucuna varılmıştır (Uzdilve Özenoğlu, 2015).

İyot, gebelik sırasında fetal bilişsel gelişim için gerekli olan tiroit hormonunun üretimi için vazgeçilmez bir unsurdur. Maternal metabolizma ve fizyolojideki değişiklikler iyot gereksinimlerini artırır ve hafif iyot eksikliği bile zihinsel gelişim üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir (Segal, 2011).

İyot yetersizliğinin karşılanması için iyot içerikli gıdaların tüketimi önerilir. Deniz ürünleri de iyodun önemli kaynaklarından biridir. Haftada belli günlerde bazı öğünlerde balık tüketimi bu durumda önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra iyot içeriği artırılmış tuz tüketimi çok önemlidir (Özalper, 2014).

Tablo 2.7:İyot yetersizliğine bağlı bozukluklar(Darendeliler, 2003).

Fetüse Etki	Düşük/ Ölü doğum Doğumsal anomaliler Perinatal mortalitede artış Nörolojik kretenizm Miksödematöz kretenizm Psikomotor defektler Sağırılık
Yeni Doğana Etki	Guatr Hipotiroidi Hipertirotropinemi

2.4. Gebelikte Ağırlık Kazanımı

Gebelikte ki ağırlık kazanımı bebeğin ağırlığı ve sağlığı açısından önemlidir. Ağırlık kazanımında fetüs, plasenta, amniyotik sıvı, kan hacmi ve ekstrasellüler sıvının artması, uterus ve meme bezleri ile annenin yağ depoları etkilidir (Uzdilve Özenoğlu, 2015).

Kadının gebelik öncesi beslenme durumu önemli olup mutlaka dikkate alınmalıdır. Annelerin gebelik öncesi ağırlığı normal($BKI=18,5-24,9\text{kg/m}^2$), beslenme durumu dengeli olmalıdır. Gebelik öncesi vücut ağırlığı saptanmalı ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO)' nün belirlediği BKI standartlarına göre değerlendirilmelidir (Sayal, 1992).

Kilolu gebelerin gebelikte beslenme düzenleri normal ağırlıktaki gebelere göre daha büyük önem taşımaktadır. Kilolu gebelerin gebelik boyunca beslenme konusunda düzenli takip edilmeleri gerekir. Gebelik sonrası da gebe beslenme düzenini doğru bir şekilde devam ettirmelidir (Uçar ve Yılmaz 2020).

Gebeliğe obez BKI(>30kg/m²) ile başlamak ve gebelikte aşırı besin tüketimi, yenidoğanın sağlığını ve antropometrik değerlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Gebelikte aşırı ağırlık artışı ve obezite düşük, ölü doğum, preeklemsi, gestasyonel diyabet, sezaryen doğumlar ve doğumsal anomalileri içeren gebelik sonuçları ile ilgilidir (Metwally, Ong , Ledger ve Li,2008; Cedergren,2004;Stothard, Tennant, Bell ve Rankin, 2009;İpkırmaz ve Saka, 2020).

Gebelikte yetersiz ağırlık kazanımı ise erken doğum ve düşük doğum ağırlığı ile ilişkilidir. Bir çalışmada birinci ve ikinci gebeliklerde kadınların ağırlık kazanımları değerlendirilmiştir. Birinci gebeliklerinde aşırı kilo kazanımı olan obez kadınların ikinci gebeliklerinde de aşırı kilo kazandıkları ve her iki gebelikte de obez gebelerin normal BKI değerindeki gebelere göre kilo kazanımlarının fazla olduğu görülmüştür. (Chin ve diğerleri, 2010).

Gebelik süresince ağırlık kazanımının dağılımı, fetus, plasenta, amniyotik sıvı hacmi ve maternal dokularda (ör: uterus, meme, kan hacmi) olmak üzere yaklaşık 8 kg'dır. Bu miktardan daha düşük bir ağırlık kazanımı, mevcut maternal adipoz ve protein depolarının gebeliği desteklemek için mobilize olacağı anlamına gelir (Dursun, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü'nün anne antropometrisi ve gebelik sonuçlarına ilişkin çalışmasında, bebek için 3,1-3,6 kg (ortalama 3,3 kg) doğum ağırlığında olması optimalfetal ve maternal sonuçlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (Kelly, Kevany, De Onis, Shah, 1996). Bu durumun gerçekleşmesi için normal ağırlıktaki gebenin ortama 10-14 kg alması gerekir (Baysal, 2019).

Normal gebelerin izlenmesi sırasında kilo artışı gebelik süresi boyunca 6-24 kg gibi bir aralıkta seyretmektedir. Zayıf gebelerde (BKİ<20kg/m²) gebelik sırasın da daha fazla kilo alması, kilolu gebelerde ise (BKİ> 25 kg/m²) daha az kilo alması beklenir.

Tablo2.8: BKİ'e göre gebelikte alınması önerilen ağırlık artışı (İpkırmaz ve Saka, 2020)

Gebelik öncesi BKİ (kg/m ²)	Toplam kilo artışı (kg)	1. dönemde kazanılacak ağırlık	2.ve3. dönemde kilo artışı kg/hafta
Zayıf(<18,5)	12,5-18	2,3	0,51 (0,44-0,58)
Normal(18,5-24,9)	11,5-16	1,6	0,42 (0,35-0,50)
Hafif Şişman (25-29.9)	7-11,5	0,9	0,28 (0,23-0,33)
Şişman(>30)	5-9	-	0,22 (0,17-0,27)-

Sağlıklı bir doğum ve sağlıklı bir gebelik geçirebilmek için gebe anneler yemeklerini düzenli olarak üç öğünde ve belirli saat aralıklarıyla yemelidirler. Gebeliğin ilk aylarında aşerme ve bulantı varsa öğün sayısı artırılarak sık sık ve miktarı az olarak yemelidirler (Çalışkan ve diğerleri, 2017). Gebelik öncesi ve sonrası anneye beslenmesinin önemi sürekli anlatılmalıdır (Başkurt, 2019).

Tablo 2.9:Gebelikte günlük beslenme programı(Köksal ve Gökmen, 2000)

Kahvaltı	1 su bardağı süt 1 yumurta veya 1 kibrit kutusu beyaz peynir 2 dilim ekmek(50 gr) 1 adet meyve (yaz ayları için domates, salatalık) 1 tatlı kaşığı pekmez veya bal
Ara Öğün	1 porsiyon meyve
Öğle	60 gr etli yemek(bu 2 köfte şeklinde de olur veya sebze olarak pişirilebilir.) veya 8 yemek kaşığı kuru baklagil yemeği 4 yemek kaşığı pilav veya makarna 1 çay bardağı yoğurt 1 dilim ekme
Ara Öğün	1 porsiyon meyve 1 su bardak süt(kalsiyumdan zenginleştirilmiş) Veya1 kase muhallebi
Akşam	1 kase çorba (mercimek, tarhana, yoğurt) 60 gr et veya etli sebze yemeği 1 dilim ekmek Mevsim salata
Yatarken	1 bardak süt veya 1 su bardağı yoğurt

Not: Bu miktarlar kişisel ayrıcalıklara göre artırılıp, eksiltilebilir. Yağ olarak zeytinyağların tercih edilmesi uygundur.

2.5. Gebelikte sigara kullanımı

Sigara kullanmak toplum sağlığı açısından riskli olmasının yanı sıra zihinsel ve fetüste oluşabilecek hastalıklara neden olan doğum öncesi risk faktörüdür (Kahyaoğlu, Özel, Engin ve Erdö, 2018). Hamilelik sırasında sigara içmek kötü doğum sonuçlarına neden olmaktadır (Jacobson , Dong ve Scheuermann, 2015;Doğu ve Ergin, 2008).

Amerikan Akciğer Derneği'ne göre gebelik süresince sigara tüketimi olan gebelerin bebeklerinde % 20-30 sıklığında düşük doğum ağırlığı, %14 erken doğum

ve %10 oranında ölü doğum gerçekleşmiştir. Ayrıca, gebelik boyunca sigara tüketimi, nezle ve akciğer problemleri riskini arttırmaktadır. Doğumdan sonra sigara dumanına maruz kalmış bebekler ise, öğrenme güçlüğü ve fiziksel büyüme problemleri ile ilişkilidir (Brown, 2011).

Gebelik sırasında annenin sigara içmesi, bebeğin yetişkin yaşamında böbrek hastalığına ve hipertansiyona yol açan fotal böbrek gelişimini etkilemesi olasıdır (Geyik,2020).Bunun yanı sıra, gebelik süresince annenin sigara içmesi, bebeğin ileri yaşlarında astım ve solunum yolu enfeksiyonları ile karşı karşıya kalmasına ve solunum fonksiyonlarındaki azalma ile bağlantılı bulunmuştur (Brown, 2011).

Fetüsün gelişmesini ve büyümesini etkileyen birçok sebep vardır. Bu sebeplerin içerisinde gebenin sigara kullanması önemli bir etkidir. Ancak gebenin sigarayı bırakması ile fetüs sigaraya maruz kalmaktan kaynaklı birçok sağlık probleminden kurtulacaktır (Doğu ve Şahin, 2008; Kolukısa,2017;Şahinli, 2008).

Sigara kullanımının C vitamini gereksinimini arttırarak, vitaminin olumlu etkilerini engellediği belirtilmektedir (Kanber, Demirel ve Köken 2011).

Dünyada gebelerin sigara içme oranı %9-42 olmakla birlikte, bu gebelerin %30'u ilaç ihtiyacı duymadan sigarayı bırakabilmektedir. Ancak sigarayı bırakamamış olan veya daha önce bırakmayı denemiş ve başarısız olmuş gebelerde uzmanlar nikotin maddesinin yerine koyularak tedavisini önermektedir (Yanikkerem ve Şirin, 2007).

2.6. Gebelikte kafein tüketimi

Kafein, doğada birçok bitkinin yaprakları ve tohumlarında bulunan bir madde olmasının yanı sıra neredeyse her gün kahve, kola, çay gibi içeceklerle birçok kişi tarafından tüketilen bir maddedir. Gebelik dönemlerinde de gebeler kafein tüketimini, bilerek veya bilmeyerek yiyecek ve içeceklerden almaktadır (İpkırmaz, 2020; Li ve diğerleri2015).

Kanıtların eksikliği nedeniyle gebelikte kafein alımının zararları ya da yararları ile ilgili sonuçlar kesin olarak belirlenememekle beraber, yüksek kafein tüketimi olan (>300 mg/gün) hamile kadınlara, güvenli üst sınırlar belirlenene kadar

kafein alımını azaltmaları önerilmektedir (Li ve diğeleri2015;Mousave diğeleri, 2019).

Su tüketimi yerine kafein içrikli içeceklerin tüketimi,diüretik özelliği nedeniyle vücuttan su atımını artırır.Vücuttan atılan su miktarının kronikleşmesi devamlı oluşan yorgunluğun miktarını artırır. Bundan dolayıdır ki kafein içrikli içeceklerin yerine su alımı artırılmalıdır (İpkırmaz, 2020; Çetin, 2007).

2.7. Gebelikte oluşan beslenme ile ilgili sorunlar

Gebelik dönemindeki beslenme şekli, fetüsün sağlığı kadar anne sağlığını da etkilemektedir. Yetersiz ve dengesiz beslenen annelerde sıklıkla anemi, eklampsi, preeklampsi, pika, bulantı ve tat değişiklikleri, kabızlık gibi sorunların görüldüğü bildirilmiştir (Akyüz, 2010;İpkırmaz, 2020).

Gebelik süresince annenin yetersiz ve dengesiz beslenmesi ile bebekte oluşabilecek sorunlar; erken doğum (prematüre) ,düşük doğum ağırlıklı bebek (doğum ağırlığı 2500 g'ın altında olanlar) , bedensel ve zihinsel gelişimi yetersiz bebek doğumları ve ölü doğumlar olarak sıralanabilir. (Haklı, 2015; Samur 2008).

2.7.1. Anemi

Anemi, kandaki hemoglobin düzeyinin normal sınırın altına düştüğünü gösterir. Gebelikte aneminin tanımı; hemoglobin düzeyinin birinci ve üçüncü trimestirde 11 g/dl'den, ikinci trimestir'de 10,5 g/dl'den daha az olması durumu gebelikte anemi olarak adlandırılır. (Kanber, Demirel, Köken, 2011;Akça, 2007, Aydın,2014). Gebelikte anemi rahatsızlığı hem anne hem de bebek için riskli durumlar oluşturmaktadır. Anemiye neden olarak sıklıkla demir eksikliği gösterilmektedir (Kanber ve diğeleri, 2011;Çıtıl, Barut, Eğri, Önder, 2014).

Tablo 2.10: Gebelerde trimester dönemlerine göre fizyolojik anemi sınıflandırılması(Barut, 2012)

Trimester	Hb(mg/dl)	Htc(%)
1. Trimester	11(mg/dl)	%37-33
2. Trimester	10,5(mg/dl)	%35-32
3. Trimester	11(mg/dl)	%33

Aneminin başlıca nedeni olarak demir eksikliği bilinse de A vitamini eksikliği, bağırsak parazitleri ve enfeksiyonlar da aneminin bir başka nedenleridir. A vitamini eksikliği hafif şiddetli anemi olarak tanımlanırken, bağırsak parazitleri ağır şiddetli anemi olarak tanımlanmaktadır (Stoltzfus, Dreyfuss, Chwaya ve Albonico, 1997).

Anemi her yerde bulunan bir gebelik komplikasyonudur. Bir dizi olumsuz perinatal ve üreme sonuçlarıyla ilişkilendirilmiştir. Erken gebelikte anemi ölü doğum riskini artırmaktadır(Kanber ve diğerleri,2011). Anemi de erken tanı ve tedavi gebelikte olumsuz komplikasyonların iyileştirmeye yardımcı olduğu tespit edilmiştir (Löker, 1992;Zhang, 2008).

Aneminin düzeltilebilmesi için hayvansal gıdalar, C vitamini kaynakları ile birlikte tüketilmeli, bu tarz beslenme ile demir emilimi artırılmış olur. (Köksal ve Gökmen, 2000). Beslenmeyle tek başına düzeltilemeyen bu rahatsızlık gebeliğin belli evresinde demir preparatları takviyesi ile düzeltilmeye çalışılır.

Kanberve diğerleri (2011) tarafından yapılan bir çalışmada; gebelik sürecinde verilen eğitimin gebe kadınların bilgi düzeyi üzerine olumlu etkisi olduğu ancak anemi gelişimini engelleme de yetersiz kaldığı saptanmıştır.

2.7.2. Preeklampsi, eklampsi

Preeklampsi gebeliklerin %3-5'ini etkileyen gebeliğe özgü bir rahatsızlıktır. Preeklampsi gebeliğin yirminci haftasından sonra başlayan proteinüri ile hipertansiyon veya her iki rahatsızlığın birlikte görülmesi olarak tanımlanır (Uğurlu ve Yavan, 2019).

Preeklampsi oluşmasının birçok nedeni vardır. Bunlardan bazıları: 18 yaş altı ve 40 yaş üstü gebelikler, obez olan gebeler, annesinde veya kız kardeşinde preeklampsi öyküsü olan gebeler, Tip1 veya Tip2 diyabeti olan gebeler, böbrek hastalığı olan gebeler, gebelik öncesi saptanmış kronik hipertansiyonu olan gebeler, önceki gebeliğinde preeklampsi gelişen gebeler, çoğul gebeliği olan gebelerdir (Erçal, 2019).

Gebelerde preeklampsi geliştiği sürece beslenmelerinde protein alımları sınırlandırılmalı, bu proteinin içerik olarak %60'ı kaliteli proteinlerden olmalı bunun

yanı sıra beslenmede tuz kısıtlaması da yapılmalıdır. Bu şekil beslenme ile rahatsızlık denetim altına alınmaya çalışılır (Akan,2011).

2.7.3. Pika

Pika besin olarak tanımlanmayan maddelerin (çamur, kömür, kil, toprak, sabun, saç, sigara izmariti, kahve telvesi, tebeşir vb.) yenmesi ile ilişkilendirilmiş yeme davranış bozukluğudur (Aydın,2014). Pikanın hangi sebepten kaynaklandığı tam olarak bilinmese de açlık, mikrobesein eksikliği, stres, patojenler gibi birçok nedeni vardır. Yayımlanmış verilere göre pika rahatsızlığının yaygınlığı % 0,002 ile % 74 arasında farklılıklar göstermektedir. Pika gebelerde kabızlık, bulantı ve kusma gibi rahatsızlıklara neden olurken bebek içinde erken doğum ve düşük ağırlıkta doğum gibi riskler oluşturmaktadır (Çelik ve Gülhan , 2018). Pikanın en önemli nedeni demir eksikliği olarak tanımlanır. Gebenin demir depoları yetersiz kaldığında bu tür bir rahatsızlığın gelişebileceği sonucuna varılmıştır (Erdem, 1992).

2.7.4. Bulantı ve kusma

Gebeliğin en yaygın rahatsızlıklarından biri genellikle gebeliğin erken evresinde gözlenen ve tam olarak patolojisi çözülememiş olan bulantı ve kusmadır. Bulantı ve kusma rahatsızlığı gebeliğin dördüncü ve altıncı haftaları arası başlayıp on altıncı haftasına doğru azalmaya başlar. Yapılan çalışmalar bulantı ve kusmanın sabahın erken saatlerinde daha yaygın bir şekilde olduğunu göstermektedir (Ege ve Eryılmaz, 2000).

Gebelerde bulantı ve kusma durumunda beslenme şekli ve içeriği çok önemlidir. Gebe sık sık, azar azar, kolay sindirilebilir karbonhidrat ve yağdan kısıtlı beslenmelidir. Demir ilaçları da mide bulantısı yapabileceği için aç karnına tüketilmemelidir. Sabah oluşan mide bulantısını bastırmak için de kuru bir şeyler yenmelidir (Karaçay, 2019).

2.7.5. Konstipasyon (Kabızlık)

Kimi kadınlarda gebelik süreci içerisinde değişen bazı hormonların barsak hareketlerini yavaşlatması, kilo artışına bağlı günlük hareketlerde azalma ve beslenme düzenindeki değişiklikler gebelerde kabızlık görülme oranını arttırmaktadır. Gebelerde demir preparatı kullanımı da kabızlığı artırabilmektedir (Güleç, Özgünen, Evrüke ve Demir, 2014).

Gebelik süresince fiziksel hareketin azalması, kalın bağırsakta sıvı emiliminin artması, ince bağırsak hareketlerinin azalması gibi nedenlerden kabızlık şikâyeti görülür. Kabızlık şikâyetinin azaltılması için günlük hareket artırılmalı, posalı beslenilmeli ve sıvı alımı artırılmalıdır. Öğünlerde posalı beslenilerek kabızlık oluşumuna da engel olunur (Çelenk, 2019).

2.7.6. Gestasyonel diyabet

Gestasyonel diyabet mellitus (GDM), gebelikte teşhisi konan glikoz intoleransı olarak tanımlanır. GDM gebeliklerin yaklaşık %7 sinde gözlemlenmektedir. GDM tanısının konmasında birçok neden vardır. Bunlardan bazıları: Tıp2 diyabet tanısının olması, etnik farklılıklar, hamilelikte aşırı kilo almak, annenin yüksek veya düşük doğum ağırlığının olması, annenin sigara kullanıyor olmasıdır. Tiroid rahatsızlıkları da glikoz intoleransının gelişmesi için önemli bir nedendir. Bundan dolayı gebenin hipertiroidi veya hipotiroidi varsa gebelik süresinde tedavisini aksatmamalıdır.

GDM' un en önemli nedenlerinden biri obezitedir (Çelenk,2019) . Gebelik öncesi BKİ değeri çok önemlidir. Anne adayı eğer gebeliğe BKİ> 25kg/m² üzerinde değer ile başladıysa GDM rahatsızlığı için aday bir bireydir. (Cengiz, 2015).

Bazı araştırmacılar GDM' un *Helicobacterpylori* ile ilişkisini incelemiştir. *Helicobacterpylori*ni de ve bağırsakta bulunan bir bakteri olması GDM ile ilişkisini artırmaktadır. Ancak şuan için kesin bir şey söylenememiştir (Akdemir, Darka, Özmen, Harma ve Harma, 2019).

2.7.7. Obezite

Obezite, gebelikte ve gebelik sonrası hem anne hem de bebek için çeşitli rahatsızlıkların ortaya çıkmasına yol açar. Gebelik sırasında da kilo verilmesi pek istenilen bir durum değildir. Bu nedenle anne adayları gebe kalmadan önce BKİ25kg/m²'in altına düşürmelidir. Gebelik boyunca da kilo kontrolünü sağlamalıdır (Cedergren, 2004).

Tablo2.11:Gebelik öncesi BKİ' ye göre gebelik süresince uygun vücut ağırlığı kazanımı (kg)(Ede, 2015)

Gebelik Öncesi BKİ	Toplam Vücut Ağırlığı Kazanımı(kg)
Zayıf (BKİ<18,5 kg/ m ²)	12,5-18
Normal(BKİ: 18,5-24,9 kg/ m ²)	11,5-16
Hafif Şişman (BKİ: 25-29,9 kg/ m ²)	7-11,5
Şişman (BKİ> 30 kg/ m ²)	5-9

2.7.8. Tiroid

Tiroid rahatsızlığı erkeklerden ziyade doğurganlık çağındaki kadınlarda daha fazla görülmektedir. Hastalığın erken teşhisi ve tedavisi anne adaylarının gebelik süreçlerinde oluşabilecek farklı hastalıklara karşı korunmasını sağlar. Gebe adayları eğer gebelik süreçlerinde tiroid rahatsızlığını fark edilip tedavi etmezlerse fetüste geri dönüşü olmayan sinirsel rahatsızlıklara neden olurlar. Hipertiroidizm rahatsızlığının tedavi edilmemesi annede preeklamsinin gelişmesine, bebeğin prematüre doğumuna neden olur. Tiroid hastalığı olarak bilinen hashimoto hastalığında düzenli kontroller yapılmalı ve hastalığa uygun beslenme programı uygulanmalıdır. Hashimoto rahatsızlığında gebede gereğinden fazla ödem, halsizlik, vücutta kuruluk gibi belirtiler olur. Beslenme düzenin de selenyum, çinko, magnezyum ve omaga-3 içerikli beslenme artırılmalı, A vitamini ve beta karoten alımı azaltılmalı, fiziksel aktivite artırılmalı, sigara kullanılıyorsa bırakılmalı, yeterli miktarda su tüketilmelidir (Bilgi ve Şahin, 2015). Tiroid rahatsızlığı bebeğin zihinsel gelişimini etkilediği için yeterince tedavisi üzerinde durulmalı ve düzenli takipler yapılmalıdır.

2.7.9. Hipertansiyon

Hipertansiyon vücudun susuzluğa alışma süreci olarak tanımlanır. Tanımdan da anlaşıldığı üzere yüksek tansiyon rahatsızlığında yavaş yavaş su tüketimi artırılmalıdır (Baysal, 2013).

Tuz tüketimi ile hipertansiyon arasında doğru orantı vardır. Fazla tuz tüketimi de idrar ile kalsiyum atımının artırılması ile kemikler de bulunan kalsiyum miktarının azalmasına buna bağlı kemik rahatsızlıklarının görülmesine neden olur (Çetin, 2007). Gebelik sürecinde gebe de ödemin ve kalsiyum ihtiyacının artması nedeni ile hipertansiyon rahatsızlığı büyük önem teşkil etmektedir. Gebe bu tür rahatsızlığa

yakalanmamak için yeterli miktarda kalsiyum içerikli beslenmeli, su tüketimini artırırken tuz tüketimini azaltmalıdır.

2.8. Gebelikte beslenme eğitimi

Dünya Sağlık Örgütü sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmaması değil, bireyin beden, zihnen sosyal yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır. Gebelik, kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyum sağlamasını gerektiren önemli bir dönemdir (Koyun, Taşkın ve Terzioğlu, 2011). Kadın sağlığı, bu kapsamda ele alındığında, kadının beden, zihnen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması anlamı taşımaktadır (Altıparmak ve Coşkun, 2016).

Gebe ve ailesinin bu dönemi ve doğum eylemini güvenli koşullarda geçirebilmesi için nitelikli sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı vardır. Bu hak, uluslararası sözleşmelerle de güvence altına alınmıştır (Karataş, Mete, 2012). Dolayısıyla gebenin düzenli doğum öncesi izlemine gitmesi, tıbbi ve hemşirelik bakımı ile danışmanlık ve eğitim programlarına katılması gerekli ve doğru olacaktır (Kahraman, Kabalcıoğlu, Ersini, 2016; Altıparmak ve Coşkun, 2016).

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yetersiz ve dengesiz beslenme nedenlerinin başında beslenme konusunda kişilerin uygun şekilde gereğince eğitilmemiş olmaları gelmektedir (Ercan ve Arslan, 1990). Beslenme eğitiminin genel amacı, toplumun bireylerine doğru ve gerçek bilgiler vererek dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarını kazanmaya, kötü beslenme alışkanlıklarını önlemeye çalışmak, gıda kaynaklarının daha verimli kullanmalarını, dolayısıyla da daha sağlıklı olmalarını sağlamaktır (Kavas ve Kavas, 1985; Baysal, 2019, Kolukısa, 2017). Gebe kadınlar çocukların ardından toplumun risk grubunu oluşturduklarından beslenme ve sağlık eğilimi yönünden üzerinde durulması gereken gruptur (Arslan, Karaağaoğlu, Ocal, Mermer ve Yemişçi, 1992).

Doğum öncesi eğitimde önem verilmesi gereken konular beslenme, gebeliğin erken döneminde ilaç kullanımı ve radyasyon maruziyeti, aile hikayesi ve genetik risk, sigara ve madde kullanımı, yüksek riskli davranışlar ve çevresel etmenler, aşılama, sosyal ve mental sağlıkla ilgili konulardır (Başgöl ve Oskay 2012; Bozsoy ve Özkan, 2012; Şahin ve Yurdakul, 2012; Terzioğlu, 2016).

Sürekli verilen beslenme eğitiminin, bir defa verilen eğitime göre beslenme bilgisi ve beslenme alışkanlıkları üzerine daha etkili olduğu aşıkârdır (Ercan ve Arslan 1990). Gebelikte verilen eğitim içeriği kadınların besin ögesi gereksinimleri, fiziksel aktivite, gebelik başlangıcındaki ağırlığı ve yaş gibi faktörler göz önüne alınarak saptanmalıdır (Akça, 2007,Kanber ve diğerleri,2011).

2.9. Gebelikte fiziksel aktivite

Fiziksel aktivite iskelet kaslarının kasılmasıyla ortaya çıkan herhangi vücut hareketi olarak tanımlanır (Tayar ve diğerleri, 2017). Düzenli ve yeterli miktarda fiziksel aktivitenin vücut bileşimi, fonksiyonel sağlık ve psikolojik iyilik halinin gelişmesi; hipertansiyon, felç, diyabet, koroner kalp hastalığı, kanseri riskinin azaltılması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi gibi fiziksel fonksiyon ve psikolojik parametreler üzerinde olumlu etkisi vardır (Özdemir, Sürmeli, Özel, Yavuz, Topçuoğlu ve Ankaralı 2017;Warburton, Nicol ve Bredin, 2006).

Sağlık açısından pek çok yararı bulunması nedeniyle düzenli fiziksel aktivite gebelik döneminde de tavsiye edilmektedir (Ko, Chen, Lin, 2016). Gebelik döneminde anne ve çocuk sağlığındaki öneminin yanı sıra (Aune , Saugstad , Henriksen ve Tonstad 2014), maternal ve neonatal olumsuz sonuçlarla karşılaşma riskini de azaltır (Özdemir ve diğerleri, 2017). Ayrıca, kilo kontrolündeki rolünün yanı sıra gestasyonel diyabet ve hipertansiyon riskini azaltır (Ruchat ve Mottola 2013).Gebelerin ruh halinde gelişme sağlar (Özdemir ve diğerleri 2017;Guszkowska, Langwald , Dudziak , Zaremba, 2013).

Sağlık açısından kanıtlanan olumlu etkilerine rağmen, araştırmalar çoğu kadının gebe kaldıktan sonra fiziksel aktivitelerini azalttığını göstermektedir. Fiziksel aktivite azalmaları trimestere göre değişiklik göstermektedir. Azalmanın iş, rekreasyonel ve fiziksel aktivite seviyelerine yansıdığını (Ünver, 2014; Özdemir ve diğerleri, 2017) özellikle ikinci ve üçüncü trimesterde daha fazla düşüş gerçekleştiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (Rousham, Clarke ve Gross, 2006). Bu azalma fiziksel aktivite çeşitliliği ile devam ettirilen aktivitelerin süre ve sıklığında gözlendiği belirtilmektedir (Tung, Lee, Lin, 2014).

Yapılan literatür taramaları, gebelerin gebelikle ilgili durumlar nedeniyle fiziksel aktivite seviyelerinde ve yaşam kalitelerinde değişimler yaşadıklarını göstermektedir (Guszkowska ve diğerleri, 2013;Rousman ve diğerleri, 2006;Tunge ve diğerleri, 2014). Ancak ülkemizde gebe kadınlar üzerinde yapılan çalışmaların genelde gebelerin sosyo demografik özellikleri, depresyon–anksiyete düzeyleri ve gebelik döneminde yaşanan değişiklikler ile ilgili olduğu görülmektedir (Özdemir ve diğerleri,2017;Ünver,2014).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde; araştırma evreni ve verilerin toplanması, anket formunun hazırlanması ve uygulanması, bazı antropometrik parametrelerin ölçümlerinin yapılması ile ilgili konular yer almaktadır.

3.1 Araştırma evreni, süresi ve materyali

Araştırma evrenini; daha önce benzer bir çalışma yapılmamış olan Bursa ili merkez ilçelerinden Osmangazi ilçesi oluşturmuştur. Araştırmacının bölgede güvenilir bir çalışma imkânına sahip olması araştırma bölgesinin seçiminde etkili olmuştur. Araştırma 01Ocak-01 Haziran 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırma materyali olarak 2020 yılında Tuna Sağlık Ocağına düzenli kontrolleri için başvuran gebelerin içinden,bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan 100 gebe kadın alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan gebe kadınlara araştırma amaçları detaylı olarak anlatılmış ve gönüllü onama formu doldurulmuştur. Gebe kadınlar doğum yapıncaya kadar izlenmiş ve yeni doğan bebekleri de araştırmaya dâhil edilerek 30. günlük oluncaya kadar izlenmiştir.

3.2 Araştırma verilerinin toplanması

Araştırma, Bursa İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinlerin alınması ve Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu'ndan alınan onay belgesi (Ek1) ile başlamıştır. Anket formları görüşme sırasında dağıtılmış ve hemen doldurmaları istenmiştir. Sonrasında gebe kadınların antropometrik ölçümleri ve yeni doğanların antropometrik ölçümleri alınmıştır.

Araştırma öncesi katılımcılara araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak gönüllü onam formu alınmıştır. Araştırmada kullanılan veriler anket formu (Ek 2) ile karşılıklı görüşme yöntemi kullanılarak, araştırmacı tarafından toplanmıştır.

3.2.1 Anket formlarının hazırlanması ve uygulanması

Araştırmacı tarafından uzman görüşmeleri ve ilgili kaynaklar (Altıparmak ve Coşkun, 2016; Arslan ve diğerleri 1992; Sayal, 1992;Özkoç, 2013; Sözeri ve diğerleri, 2006;Pirdal, 2016;Kolukisa, 2017), incelenerek hazırlanan anket formu araştırmaya başlamadan önce 10 gebe üzerinde denenerek gerekli düzeltmeleri yapılmıştır. Ön deneme yapılarak soruların işleye bilirlilikleri görülmüştür.

Anket formu, gebe kadınlara ilişkin genel bilgiler, kadınların beslenme alışkanlıkları, gebe beslenmesi konusundaki bilgileri ve yeni doğana ilişkin sorulardan oluşan dört bölümden oluşmaktadır (Ek2).

3.2.2 Gebe kadınların antropometrik ölçümlerinin alınması

Gebe kadınlarda antropometrik ölçüm olarak, boy uzunluğu ve vücut ağırlığı ölçümleri alınmıştır. Boy uzunlukları 0,5 cm'ye duyarlı boy ölçme cetvelleri kullanılarak, araştırmanın yapıldığı dönemdeki vücut ağırlıkları 500 grama duyarlı ağırlık ölçme terazileri kullanılarak sağlık ocaklarına geldikleri günlerde alınmıştır.

3.2.3 Yeni doğanbilgilerinin toplanması

Yeni doğan hakkındaki tanımlayıcı bilgiler yeni doğan bebekler için doktor tarafından muayene sonrası işlenen kayıtlardan ve annelerden alınmıştır. Araştırma kapsamına alınan bebeklerin doğumda, 15. günlerinde ve 1. ayın sonunda olmak üzere üç kez boy uzunluğu (cm), vücut ağırlığı (kg) ve baş çevresi (cm) ölçümleri alınmış ve gelişimleri değerlendirilmiştir. Ayrıca bebeklerin sağlık durumları ile ilgili bilgiler, doğum şekli, doğum zamanı belirlenmiştir.

3.3 Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi; Windows ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version10.0 istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonucunda elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, ortalama, standart hata ($\bar{X} \pm SX$), mutlak ve yüzde (%) değerleri gösteren tablolar hazırlanmış, gerek görülen yerlerde khi-kare önemlilik testi (çapraz analiz), ilişkili örneklemeler (tekrarlı ölçümler) için tek faktörlü ANOVA (One-Way ANOVA for repeated measures) uygulanmış ve korelasyon katsayısı ile katsayının önem kontrolü yapılmıştır (Kesici ve Kocabas, 1998).

3.3.1 Gebe kadınların boy ve ağırlık ölçümlerinin değerlendirilmesi

Gebe kadınların, boylarına göre olmaları gereken vücut ağırlıklarının değerlendirilmesinde; Beden Kitle İndeksi (BKI) =Ağırlık (kg)/Boy (m²) formülü kullanılmıştır (Tayar ve diğerleri 2017). Beden kitle indeksine göre vücut ağırlığı; Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflandırılması kullanılarak “ <18,5 zayıf”, “18,5-19,9 arası kabul edilebilir”, “20-24,9 arası normal”, “25,0-29,9 arası hafif şişman”,

“30-34,9 kg/arası I. derece şişman”, “35,0-39,9 arası II. derece şişman”, “≥40 morbid şişman” olarak değerlendirilmiştir (Anonim, 1998).

3.3.2 Besin tüketim sıklığının değerlendirilmesi

Besin tüketim sıklığının değerlendirilmesinde, $T = 7T_1 + 6T_2 + 5T_3 + 4T_4 + 3T_5 + 2T_6 + T_7$ formülünden yararlanılarak, puanlama sistemi kullanılmıştır (Aktaş, 1979). Puanlama işleminde her öğün tüketilen yiyecek frekansı 7, her gün tüketilen yiyeceğin frekansı 6, haftada bir-iki kez tüketilen yiyeceğin frekansı 5, haftada üç-dört kez tüketilen yiyeceğin frekansı 4, on beş günde bir tüketilen yiyecek frekansı 3, ayda bir tüketilen yiyeceğin frekansı 2, hiç tüketilmeyen yiyecek frekansı 1 ile çarpılarak, toplanmış ve her bir besin grubu için toplam puanlar bulunmuştur. Tüketim sıklıkları bakımından besin grupları birbiriyle kıyaslayabilmek amacıyla, her bir besin grubu için saptanan toplam puan ile bu besinin guruplarının her öğün tüketilmesi durumunda alacağı en yüksek toplam puan arasında yüzde orantı kurularak hesaplanmıştır (Ek 2).

3.3.3 Gebe kadınların beslenme bilgilerinin değerlendirilmesi

Anket formunda kadınların beslenme bilgisini saptamak amacıyla 20 soru hazırlanmıştır. Değerlendirme; her bir soruya 5 puan verilerek yapılmıştır. Verilen cevaplara göre toplanan puanlardan;

80 puan ve üstü çok iyi,

40-59 puan arası orta,

60-79 puan arası iyi,

20-39 puan arası kötü

ve 19 ve altı puan arası çok kötü olarak değerlendirilmiştir.

3.3.4. Gebe kadınların beslenme ve egzersiz alışkanlıklarının değerlendirilmesi

Anket formunda kadınların beslenme alışkanlıklarını değerlendirmek için 10 soru hazırlanmıştır. Değerlendirme; evet 1 puan, hayır 2 puan verilerek yapılmıştır. Egzersiz alışkanlıkları ile ilgili kısım iki sorudan oluşmaktadır. Birinci soru ne kadar süreyle aktivite yaptıklarını içeriyor. Hiç yapmam kısmı 1 puan, haftada 1-2 gün yaparım 2 puan, haftada 3-4 gün yaparım 3 puan, her gün yaparım ise 4 puan ile çarpılarak toplanmış ve her bir süre zarfı için toplam puanlar bulunmuştur. Aktivite haftalık gün süreleri bakımından egzersiz zamanları birbiriyle kıyaslayabilmek amacıyla, haftalık her bir egzersiz zamanı için saptanan toplam puan ile bu egzersiz

zamanlarının her zaman yapılması durumunda alacağı en yüksek toplam puan arasında yüzde orantı kurularak hesaplanmıştır. Günlük egzersiz sürelerinin karşılaştırılmasında 10-30 dakika 1 puan, 30-60 dakika 2 puan, 60 dakikadan fazla olan egzersiz süresi 3 puan ile çarpılıp toplandı ve her bir süre için toplam puanlar bulunmuştur. Günde yapılan aktivite süreleri birbiriyle kıyaslamak amacıyla günlük her bir egzersiz süresi için saptanan toplam puan arasında yüzde oranı kurularak hesaplanmıştır.

3.3.5. Yeni doğan hakkında bilgilerin değerlendirilmesi

Araştırma kapsamına alınan bebeklerin doğum, 15 günlük ve 30 günlük boy ve kiloları değerlendirilmiştir. Bu nedenle 0-1 aylık çocukların boy uzunluğu ve kilo standardı kullanılmıştır.

Değerlendirmede kolaylık olması için bebeklerin boy ve ağırlıkları standartla karşılaştırılmış ve standartların üzerinde olan değerlere 3 puan, alt sınırdaki değerlere 2 puan, %15 daha altında olanlara 1 puan ve daha da altında olanlara sıfır puan verilmek suretiyle bebeklerin 1 aylık boy ve kilo gelişimi için toplam 18 puan üzerinden boy ve ağırlık gelişim puanları saptanmıştır.

Bebeklik döneminde fiziksel gelişimin değerlendirilmesinde vücut ağırlığı ve boyu ölçüleri yeterli kabul edilmiştir. Anneler rutin bebek kontrolü ve aşıları için geldiklerinde ölçümler ana çocuk sağlığı Tesis elektronik bebek kilo ölçer terazisiyle, bebek boyları da masa üzerinde raptedilerek hazırlanan cetveller ile yapılmıştır. Bebekler zıbınları veya ince iç çamaşırları ile sırt üstü yatırılarak dizleri bastırılmak baş, sırt, kalça ve topukları masaya, baş ve tabanları, dikey sert bir sathı temas ettirmek suretiyle boy ölçümleri yapılmıştır.

4.BULGULAR

4.1 Gebelerin hakkında genel bilgiler

Bu bölümde; gebe kadınların yaş durumları, eğitim durumları, meslek durumları, ailedeki birey sayısı, aile tipleri, gelir durumları, kadınların ilk evlilik ve ilk gebelik yaşları, gebelik öncesi ve gebelik sırasında vücut ağırlıkları ile BKİ değerleri, kronik rahatsızlık durumları, gebelikte herhangi bir rahatsızlık geçirme durumları, sigara içme durumları yer almaktadır.

4.1.1 Gebelerin yaş durumları

Çalışmamıza katılan toplam 100 gebelerin yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 4. 1' de verilmiştir. Buna göre katılımcıların yaşları en düşük 18 en yüksek 43 olarak değişim göstermiş, büyük çoğunluğunu 26-35 yaş grubu oluşturmuştur. Tablo 4. 1' den de görüldüğü gibi, araştırma kapsamına giren kadınların %33'ünü 26-30 yaşları arası oluşturmaktadır. Daha sonrasında 31-35 yaş aralığı %27'sini, 21-25 yaş arası %24'ünü, 36-39 yaş arası %9'unu, 19-20 yaş arası %4'ünü, 40 yaş ve üzeri %2'sini, 18 yaş ve altı %1'ni oluşturduğu gözlenmiştir.

Tablo 4. 1: Gebelerin yaş gruplarına göre dağılımları(yıl)

Yaş Grupları (Yıl)	Sayı	Yüzde (%)
18 ve altı	1	1
19-20	4	4
21-25	24	24
26-30	33	33
31-35	27	27
36-39	9	9
40 ve üzeri	2	2
Toplam	100	100

4.1.2 Gebelerin öğrenim durumları

Gebelerin öğrenim durumlarına ilişkin veriler tablo 4.2' de olduğu gibidir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre dağılımlara bakıldığında, en büyük grubu %35 ile ortaokul eğitimi görenler oluşturmuştur. Bunu sırasıyla; %26 lise, %24 üniversite, %15 ilkokul mezunu takip etmektedir.

Tablo 4. 2: Gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımları

Eğitim Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlköğretim	15	15
Ortaokul	35	35
Lise	26	26
Üniversitesi	24	24
Toplam	100	100

4.1.3 Gebelerin meslekleri

Tablo4.3’de gebelerin mesleklerini gösteren veriler sayı ve % değerlerle gösterilmiştir.

Tablo 4. 3: Gebelerin mesleklerine göre dağılımları

Meslek Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Ev Hanımı	70	70
İşçi	14	14
Memur	6	6
Serbest	2	2
Diğer	8	8
Toplam	100	100

Kadınların meslek durumları tablo4.3’de verilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun %70 oranla ev hanımı olduğu, ikinci sırada ise %14 ile işçilerin takip ettiği izlenmektedir. Bunun dışındaki gebelerin %6’sı memur, %2’si serbest ve %8’ide farklı işlerle uğraşmaktadır. Araştırma kapsamına alınan kadınlar arasında çalışanların oranının % 30 gibi çok düşük bir oranda olduğu görülmektedir. Bu durum eğitim durumunun düşüklüğü ile de paralellik göstermektedir.

4.1.4 Gebelerin aile birey sayıları

Gebe kadınların aile birey sayılarına göre dağılımları Tablo 4. 4’ de sayı ve % değerlerle verilmiştir.

Tablo 4. 4: Gebelerin aile birey sayılarına göre dağılımları

Birey sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
2	40	40
3	40	40
4	12	12
5	5	5
6	2	2
7	1	1
Toplam	100	100
$\bar{X} \pm S \bar{X}$	2,89 $\pm$ 1,04	

Aynı hanede yaşayan birey sayısı değerlendirildiğinde bir hanede ortalama $2,89 \pm 1,04$ kişinin (en az 2 en çok 7) yaşadığı izlenmektedir. Gebe kadınların %40'nın ailesi 2 veya 3 kişiden oluşarak benzer bir dağılım göstermiştir. Bunun yanı sıra %12'sini 4 kişi, %5'ini 5 kişi, %6'sını 2 kişi, %1'ni de 7 kişilik bir aile oluşturmaktadır.

4.1.5 Gebelerin ailelerinin gelir durumlarının değerlendirilmesi

Gebe kadınların ailelerinin gelir durumlarına göre değerlendirilmeleri Tablo 4. 5' de sayı ve %değerlerle gösterilmiştir.

Tablo 4.5: Gebelerin aile gelir durumlarını dağılımları

Gelir durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kötü	3	3
Ortanın altı	26	26
Orta	52	52
İyi	15	15
Çok iyi	4	4
Toplam	100	100

Ortalama hane geliri incelendiğinde gebe kadınların kendi beyanları uyarınca en büyük grubu orta gelir sahibi olanlar oluşturmuştur. Katılımcı kadınların %52'si orta, %26'sı ortanın altı, %15'i iyi, %4'ü çok iyi, %3'ü de kötü olarak cevaplamıştır.

4.1.6 Gebelerin eşleri ile akrabalık durumları

Tablo4.6'da gebelerin eşleri ile aralarında akrabalık olup olmadığı sayı ve % değerlerle gösterilmiştir.

Tablo 4. 6: Gebelerin eşleriyle akrabalığı olma durumu

Akrabalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	3	3
Yok	97	97
Toplam	100	100

Tablo incelendiğinde, gebelerin %97'sinin eşleri ile akrabalığı olmadığı, %3'nün ise eşleri ile akraba olduğu görülmektedir.

4.1.7 Gebelerin ilk evlilik, ilk gebelik yaşları

Gebelerin ilk evlilik ve ilk gebelik yaşlarına göre dağılımları sayı ve % değerlerle Tablo 4. 7' de verilmiştir.

Tablo 4.7: Gebelerin ilk evlilik ve gebelik yaşları dağılımları (yıl)

Değişkenler Evlilik yaşı	Sayı (n)	Yüzde (%)	$\bar{X} \pm S X$
<18	10	10	22,82 ±3,86
19-20	23	23	
21-25	43	43	
26-30	19	19	
>31	5	5	
İlk gebelik yaşı			
<18	4	4	24,08 ±4,45
19-20	21	21	
21-25	46	46	
26-30	23	23	
>31	6	6	

Tablo 4.7'de görüldüğü gibi, en büyük grubu %43 oran ile ilk evlilik yaşı 21-25 yaş grubunda olanlar oluşturmaktadır. İlk evlilik yaşı 19-20 olanlar %23'ünü, 26-30 yaş aralığı %19'unu, 18 ve altı yaş grubu %10' nu, 31 ve üzeri yaş grubu %5' ini oluşturmaktadır. İlk evlilik yaşı ortalama 22,82 $\pm$ 3,36 yıldır.

Aynı tablodan, gebe kadınların % 46'sının ilk gebeliklerinin 21-25 yaşları arasında olduğu, %23' ünün 26-30 yaş, %21' inin 19-20 yaş, %6' sının 31 ve üzeri yaş, % 4' ünün 18 ve altı yaşlarda ilk gebeliklerini yaşadıkları gözlemlenmiştir. Buna

göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. İlk evlilik yaşının ilk gebelik yaşı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi vardır.

4.1.8 Gebelerin gebelik ve çocuk sayıları

Tablo 4.8: Gebelerin doğum sayıları ile sahip oldukları çocuk sayılarının dağılımı

Çocuk sayısı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1	40	67,8
2	12	20,3
3	5	8,5
4	2	3,4
Doğan bebek kaçınıcı	Sayı (n)	Yüzde (%)
1	39	39
2	29	29
3	22	22
4	7	7
6	1	1
7	2	2

Tablo4.8’ de görüldüğü üzere, kadınların en fazla oranda %67,8 ile şuanki gebeliklerinin dışında bir çocuklarının olduğu belirlenmiştir. Şu anki gebeliklerinin kaçınıcı olduğu değerlendirildiğinde en fazla %39 oran ile kadınların ilk gebelikleri olduğu belirlenmiştir.

4.1.9 Gebelerin vücut ağırlıkları ve BKİ değişimleri

Gebelerin gebelik öncesi ve gebeliğin herhangi bir ayında BKİ(kg/m^2)değerlerinin sayı, %, ortalama ve min-max sonuçları Tablo 4. 9 ‘da gösterilmiştir.

Tablo4.9: Gebelerin gebelik öncesi ve gebelik sırasında BKİ değerleri

BKİ (kg/m ²) değerleri	Gebelik öncesi		Gebelik sırasında	
	S	%	S	%
18 ve altı	1	1	-	-
19-24	53	53	19	19
25-30	31	31	50	50
31-35	13	13	20	20
36-40	2	2	10	10
40 ve üzeri	-	-	1	1
Toplam	100	100	100	100
$\bar{X} \pm S \bar{X}$	25,23±4,43		28,7±4,66	
Min-max	17,30-37,33		19,50-41,80	
İstatistik	p = ,000 p< 0,001			

* Gebelik öncesi dönemdeki standartlarla yapılmıştır.

Gebe kadınların gebelik öncesi BKİ(kg/m^2) değerleri ortalama $25,23 \pm 4,43$, min-max değerleri 17,30-37,33 olduğu, gebelik sırasında alınan kilo ve boy değerlerine göre gebelik sırasında BKİ(kg/m^2) değerlerinin ortalama $28,7 \pm 4,66$, min-max değerlerinin 19,50-41,80 olduğu gözlemlenmiştir. Gebe kadınların ortalama BKİ (kg/m^2)değerlerinde gebelik öncesi ve gebelik sırasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu bulunmuştur ($p < 0,001$).

4.1.10 Gebelerin eğitim durumları ile gebelik öncesi BKİ değerleri

Tablo 4.10' da gebelerin eğitim düzeyleri ile gebelik öncesi BKİ(kg/m^2) ne göre dağılımları sayı ve % değerlerle belirtilmiştir.

Tablo 4.10: Gebelerin eğitim düzeyi ile ilişkili gebelik öncesi BKİ(kg/m^2) değerlerinin dağılımları

Eğitim düzeyi	Gebelik öncesi BKİ(kg/m^2)					Toplam	Yüzde
	<18	19-24	25-30	31-35	36-40		
İlköğretim	0	6	5	3	1	15	15
Ortaöğretim	1	17	11	6	0	35	35
Lise	0	14	10	2	0	26	26
Üniversite	0	16	5	2	1	24	24
Toplam	1	53	31	13	2	100	100
P	0,026 ($p < 0,05$)						

Tablo 4.10' da görüldüğü üzere, gebelerin eğitim düzeyleri ile gebe kalmadan önceki BKİ değerleri kıyaslandığında en fazla oranda üniversite eğitim düzeyinde ki gebelerin %66,7 ile 19-24 değerinde BKİ(kg/m^2) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ile gebelik öncesi BKİ(kg/m^2) değeri anlamlılık açısından kıyaslandığında ($p: 0,026$ ($p < 0,05$)) aralarında anlamlı farkın olduğu tespit edilmiştir.

4.1.11 Gebelerin eğitim durumları ile gebelik sırasında BKİ(kg/m^2)değerleri

Tablo 4.11'da gebe kadınların eğitim düzeyleri ile gebelik sırasında ki BKİ ne göre dağılımları sayı ve % değerlerle belirtilmiştir.

Tablo 4.11: Gebelerin eğitim düzeyi ile ilişkili gebelik sırasında BKİ(kg/m²) değerlerinin dağılımları

Eğitim düzeyi	Gebelik sırasında BKİ(kg/m ²)					Toplam	Yüzde
	19-24	25-30	31-35	36-40	>40		
İlköğretim	1	6	4	4	0	15	15
Ortaöğretim	9	13	9	4	0	35	35
Lise	4	16	5	1	0	26	26
Üniversite	5	15	2	1	1	24	24
Toplam	19	50	20	10	1	100	100
p	0,439(p>0,05)						

Çalışmada gebelerin eğitim düzeyleri ile gebe kalmadan önceki BKİ(kg/m²) değerleri kıyaslandığında en fazla oranda üniversite eğitim düzeyinde ki gebelerin %62,5 ile 25-30 değerinde BKİ(kg/m²) olduğu belirlenmiştir. Ayrıca eğitim düzeyi ile gebelik öncesi BKİ(kg/m²) değeri anlamlılık açısından kıyaslandığında (0,439 (p>0,05)) aralarında anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir.

4.1.12 Gebelerin kronik rahatsızlık durumları

Tablo 4. 12’ de gebelerin sağlık sorunlarının olup olmadığı ve varsa hangi hastalıklar olduğuna göre dağılımları sayı ve % değerlerle belirtilmiştir.

Tablo 4.12: Gebe kadınların süregelen sağlık sorunları dağılımları

Değişkenler Kronik rahatsızlık durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Var	8	8
Yok	92	92
Kronik rahatsızlık		
Hipertiroidi	1	12,5
Hipotiroidi	2	25
Çölyak	1	12,5
Diyabet	1	12,5
Romatizma	1	12,5
Pıhtılaşma	1	12,5
Mide rahatsızlığı	1	12,5

Tabloda 4.12’ de görüldüğü üzere, gebelerin %92’ sinin her hangi bir rahatsızlığının olmadığı. Rahatsızlık olan gebelerde %25 oranla hipotiroid

rahatsızlığı gözlemlenmekte, bunu takiben %12,5 oranla hipertiroid, çölyak, diyabet, romatizma, mide rahatsızlığı, pıhtılaşma sıkıntı çeken gebeler oluşturmaktadır.

4.1.13 Gebelerin gebelik sürecinde ilaç kullanımı

Tablo 4.13’ de gebelerin gebelik sırasında takviye veya ilaç kullanma durumları ve kullananların kullandıkları takviye veya ilaç türlerinin neler olduğu sayı ve % değerlerle belirtilmiştir.

Tablo4.13: Gebelerin ilaç veya takviye kullanma durumları ve %dağılımları

İlaç kullanma durumu	S	%
Kullanıyor	88	88
Kullanmıyor	12	12
Kullanılan takviye		
Demir prepereti	79	18,2
D vitamini	67	8
Omega-3	11	1,1
Demir preperati+ d vitamini	48	54,6
Demir +Mg	3	3,4
Demir preperati+mide bulantı ilacı	1	1,1
Demir preperati+D vit+Omega-3	10	11,4
Demir preperati+Dvit+Tiroid ilacı	1	1,1
D vit+ Mg	1	1,1

Gebelerin %88’itakviye veya ilaç kullanmış, %12’si ise herhangi bir ilaç veya takviye kullanmamıştır. Genel olarak gebelikte kullanılan takviyeleri de kadın doğum uzmanlarının tavsiyeleri üzerine kullandıkları gözlemlenmiştir (Tablo 4.13).

Gebelerin kullandıkları ilaç veya takviye türleri incelendiğinde en fazla %48 ile Demir ve D vitamini ilaçları olmuştur, bunu takiben %16’sı yalnızca Demir preparatı, %10’ u Demir preparatı -D vitamini-omega 3, %7’si yalnızca D vitamini, %3’ü Demir preparatı-mg, aynı değerde %1 yalnızca omega 3, %1 Demir preparatı-mide bulantısı ilacı, %1 Demir preparatı-D vitamini- tiroid ilacı, %1 D vitamini-mg kullandıkları gözlemlenmiştir.

4.1.14 Gebelerin gebelik sürecinde sigara ve alkol kullanımı

Tablo 4.14’e bakıldığında gebe kadınların sigara içme durumları sayı ve % değerlerle verilmiştir.

Tablo 4.14: Gebelerin sigara içme durumları

Hayatı boyunca sigara içme durumu	S	%
İçmiş	17	17
İçmemiş	83	83
Toplam	100	100
Gebelikte sigara içme durumu	S	%
Evet, her gün en az bir tane veya daha fazla	7	41.2
Evet, her gün olmamakla beraber ara sıra	2	11.8
Bıraktım	8	47.1
Toplam	17	100
Hayatı boyunca alkol kullanma durumu	S	%
Kullanmış	0	0
Kullanmamış	0	100

Tablodan 4.14’ de anlaşıldığı üzere, gebelerin hayatları boyunca bir kerede olsa sigara içme durumları incelendiğinde %83’ ünün hiç sigara içmediği, %17’ sinin sigara içtikleri gözlemlenmiştir. Gebelikle birlikte sigara kullanma durumları incelendiğinde normal zamanda içenlerin %8’ inin gebelikle sigarayı bıraktığı, %9’unun sigara içmeye devam ettiği gözlemlenmiştir.

Gebelerin hepsi hayatları boyunca hiç alkol almadığını belirtmiştir.

4.2 Gebelerin beslenme alışkanlıkları

4.2.1 Gebe kadınların öğün atlama durumu ve atlanan öğün

Tablo 4.15’ de gebelerin öğün atlama ve atlanan öğünün türüne göre sayı ve % değerlerle verilmiştir.

Tablo 4.15: Gebelerin öğün atlama durumu ve atlanan öğünün dağılımları

Öğün atlama	S	%
Atlamaz	73	73
Atlar	27	27
Toplam	100	100
Atlanan öğün	S	%
Sabah	7	25.9
Öğle	16	59.3
Akşam	1	3.7
Ara	3	11.1
Toplam	27	100

Çalışmada değerlendirilen, gebelerin %73'ü öğün atlamamakta, %27' si öğün atlamaktadır. Atlanan öğün incelendiğinde en fazla %59,3 ile öğle öğünü, bunu takiben %25,9' nu sabah öğünü, %11,1' ini ara öğün, %3,7' sini akşam öğünü oluşturmaktadır.

4.2.2 Gebelerin hamilelik sürecinde yiyeceklerinde değişiklik yapma durumları

Tablo 4.16'da gebelerin gebelik sürecinde yiyeceklerinde değişiklik yapıp yapmadıkları sayı ve yüzde değerlerle gösterilmiştir.

Tablo 4.16: Gebelerin gebelik süresince yiyeceklerinde değişiklik yapma durumlarına göre dağılımları

Yiyeckte Değişiklik	S	%
Yaptı	63	63
Yapmadı	37	37
Toplam	100	100
İstatistiksel	X ² = 0,902 p>0,05	

Tabloda 4.16' da görüldüğü üzere, gebelerin gebelik süreçlerinde %63 oranında günlük yiyecek alışkanlıklarında değişiklikler yaparken, %37 ' si ise herhangi bir yiyecek değişikliği yapmadığını dile getirmiştir.

4.2.3 Gebelerin iştah durumlarındaki değişim

Tabloda 4.17'de görüldüğü üzere, kadınların gebelik süresince %64'ünde iştah değişikliğinin olduğu ve bu iştah değişikliği yaşayan gebelerin % 90,6'sında iştah artışı yaşanırken, %9,4'ünde iştah azalması yaşanmıştır

Tablo 4.17: Gebelerin iştah değişim durumu ve değişimin türüne göre dağılımları

İştah durumu	S	%
Değişti	64	64
Değişmedi	36	36
Toplam	100	100
İştah değişimi	S	%
Arttı	58	90,6
Azaldı	6	9,4
Toplam	64	100

Tabloda 4.17’ de görüldüğü üzere, gebelerin gebelik süresince %64 ‘ ünde iştah değişikliğinin olduğu ve bu iştah değişikliği yaşayan gebelerin % 90,6’ sın da iştah artışı yaşanırken, %9,4’ ünde iştah azalması yaşanmıştır.

4.2.4 Gebe gebelerin günlük su tüketimi

Tablo 4.18’de görüldüğü üzere, gebelerin %30’u günlük 9 bardak ve üzerinde su tüketirken, %29’u 7-8 bardak, %25’i 5-6 bardak, %14’ü 3-4 bardak, %2’si 1-2 bardak su tükettiği tespit edilmiştir.

Tablo4.18: Gebelerin su tüketim dağılımları

Su miktarı	S	%
1-2 bardak	2	2
3-4 bardak	14	14
5-6 bardak	25	25
7-8 bardak	29	29
9 ve üzeri bardak	30	30
Toplam	100	100

Tabloda 4.18’ de görüldüğü üzere, gebelerin % 30’ u günlük 9 bardak ve üzerinde su tüketirken, %29’ u 7-8 bardak, %25’ i 5-6 bardak, %14’ ü 3-4 bardak, %2’ si 1-2 bardak su tükettiği tespit edilmiştir.

4.3 Gebelerin gebelikte beslenme konusundaki bilgi kaynakları

4.3.1 Gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi alma durumları

Tablo 4.19’da görüldüğü üzere, gebe kadınların %100’ü beslenme konusunda bilgi almıştır. Beslenme konusunda bilgi alanların % 37’si internetten, %52’si sağlık personelinden, %6’sı televizyon, %3’ü arkadaş ve akraba çevresinden, %2’si gazete veya dergileri kullandığı tespit edilmiştir. Beslenme konusundaki bilgiyi sağlık personelinden aldığını söyleyen gebelerin çoğunluğu bu sağlık personelinin ebe olduğunu dile getirmiştir.

Tablo4.19:Gebelerin gebelikte beslenme hakkında bilgi kaynakları dağılımı

Bilgi alma durumu	S	%
Evet	100	100
Hayır	0	0
Toplam	100	100
Bilgi alınılan kaynak	S	%
Televizyon	6	6
Gazete-dergi	2	2
İnternet	37	37
Arkadaş-akraba	3	3
Sağlık personeli	52	52
Toplam	100	100

4.3.2 Gebelerin eğitim seviyesine göre beslenme bilgisi aldığı kaynaklar

Tablo 4. 20' de farklı eğitim düzeyindeki gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi kaynaklarına göre dağılımları sayı ve % değerlerle verilmiştir.

Tablo 4.20: Farklı eğitim düzeyindeki gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi kaynaklarına göre dağılımları

Eğitim düzeyi-Bilgi kaynağı	Orta öğrenim ve altı		Lise öğrenim ve üzeri		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Televizyon	5	10	1	2	6	6
	5	83,33	1	16,67	6	100
Gazete-dergi	1	2	1	2	2	2
	1	50	1	50	2	100
İnternet	14	28	23	46	37	37
	14	37,84	23	62,16	37	100
Arkadaş-akraba	0	0	3	6	3	3
	0	0	3	100	3	100
Sağlık personeli	30	60	22	44	52	52
	30	57,69	22	42,31	52	100
Toplam	50	100	50	100	100	100
	50	50	50	50	100	100
İstatistiksel	P= 0,038 p<0,05					

*Sütun yüzdesi

**Satır yüzdesi

Tabloda 4.20' de görüldüğü üzere, gebelerin lise öğrenim ve üzerinde eğitim seviyesinde en fazla bilgi edindiği kaynak%46 ile internet olurken, internette bilgi edinen ortaöğretim ve altı eğitim seviyesindeki gebeler %28'tir. Sağlık personelinin beslenme konusunda bilgi alan gebeler eğitim seviyelerine göre değerlendirildiğinde %44'ü lise öğrenim ve üzeri iken %60'ı orta öğrenim ve altından oluşmaktadır.

Kadınların gebe beslenmesi konusundaki bilgi kaynakları ile eğitim durumları arasındaki korelasyon istatistiksel olarak önemli bulunmuştur (p<0,05).

4.3.3 Gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeyleri

Bu bölümde araştırmaya katılan gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ölçmek amacıyla, anket formu içerisinde gebelikte beslenme ile ilgili 20 soru sorulmuş, verilen cevaplara göre aldıkları puan derecelendirilerek Tablo 4. 21’de ‘ gösterilmiştir.

Tablo 4.21: Gebelerin beslenme üzerindeki bilgi düzeylerine göre dağılımları

Beslenme bilgisi	S	%
Çok iyi	33	33
İyi	37	37
Orta	21	21
Kötü	7	7
Çok kötü	2	2
Toplam	100	100
$\bar{X} \pm S \bar{X}$	66,80 $\pm$ 1,89	
Min-max	10-95	

Tabloda 4.21’ de görüldüğü üzere, gebelerin beslenme bilgi düzeyi %37’ sinin iyi, %33’ ünün çok iyi, %21’inin orta, %7’ sinin kötü, %2 ‘sinin çok kötü olduğu tespit edilmiştir. Ortalama aldıkları puan 66,80 $\pm$ 1,89, min-max aldıkları puan 10-95 dir.

4.3.3.1 Gebelerin yaş gruplarına göre beslenme konusundaki bilgi düzeyleri

Tablo 4.22‘ de gebelerin beslenme bilgi düzeylerine göre yaş dağılımları sayı ve % değerleri ile verilmiştir.

Tabloda 4.22.’ de görüldüğü üzere, gebelerin yaşları ilerledikçe beslenme konusundaki bilgi düzeyleri artmaktadır, nitekim 26 yaş sonrası beslenme konusundaki bilgi düzeyi iyi ve çok iyi olanların oranı %71,83 iken, 26 yaştan küçük gebelerin % 28,17’ sinin beslenme bilgi düzeyi iyi ve çok iyi durumdadır.

Gebelerin yaş gruplarına göre beslenme bilgi düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.22:Farklı yaş grubundaki gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeyleri

Bilgi düzeyi -Yaş Grupları (yıl)	Orta ve altı düzey		İyi ve çok iyi düzey		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
18 ve altı	0	0	1	1,41	1	1
	0	0	1		1	
19-20	3	10,35	1	1,41	4	4
	3	75	1	25	4	100
21-25	6	20,69	18	25,35	24	24
	6	25	18	75	24	100
26-30	9	31,03	24	33,80	33	25
	9	27,27	24	72,73	33	100
31-35	6	20,69	21	29,58	27	27
	6	22,22	21	77,78	27	100
36-40	4	13,79	5	7,04	9	9
	4	44,44	5	55,56	9	100
40 ve üzeri	1	3,45	1	1,41	2	2
	1	50	1	50	2	100
Toplam	29	100	71	100	100	100
	29	100	71	71	100	100
İstatistiksel	P= 0,978 p> 0,05					

*Sütün yüzdesi

**Satır yüzdesi

4.3.3.2 Gebelerin eğitim durumlarına göre beslenme konusundaki bilgi düzeyleri

Tablo 4.23’de farklı eğitim seviyesine ait gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin sayı ve % değerleri gösterilmiştir.

Tablo4.23: Farklı eğitim düzeyindeki gebelerin gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeylerine göre dağılımları

Bilgi düzeyi -Eğitim düzeyi	Orta ve altı		İyi ve çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
İlköğrenim ve altı	18	62,07	32	45,07	50	50
	18	36	32	64	50	100
Lise öğrenim ve üzeri	11	37,93	39	54,93	50	50
	11	22	39	78	50	100
Toplam	29	100	71	100	100	100
	29	29	71	71	100	100
İstatistiksel	P= 0,125 p>0,05					

*Sütün yüzdesi

**Satır yüzdesi

Tabloda 4.23’ de görüldüğü üzere, gebelerin eğitim durumlarına göre gebe beslenmesi konusundaki bilgi düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0,05$). Gebelerin lise öğrenim ve üzeri eğitimindeki iyi ve çok iyi bilgi düzeyi % 54,93’iken, ilköğretim ve altı eğitimindeki gebelerde iyi ve çok iyi bilgi düzeyi oranı %45,07 olduğu tespit edilmiştir.

4.3.3.3 Gebelerin çocuk sayısına göre beslenme konusunda ki bilgi düzeyi

Gebelerin çocuk sayılarına göre beslenme konusundaki bilgi düzeylerine göre dağılımları Tablo 4.24’de verilmiştir.

Tablo 4.24:Gebelerin çocuk sayıları ile beslenme bilgi düzeyleri arasındaki ilişki

Bilgi düzeyi -Çocuk sayısı	Orta ve altı		İyi ve çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
1	12	41,38	35	49,30	47	47
	12	25,53	35	74,47	47	100
2 ve daha fazla	17	58,62	36	50,70	53	53
	17	32,08	36	67,92	53	100
İstatistiksel	p=0,474 p> 0,05					

*Sütün yüzdesi

**Satır yüzdesi

Tabloda 4.24’ de görüldüğü üzere, çocuk sayısı 2 ve daha fazla olan gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin iyi ve çok iyi olma durumu % 50,70’ iken, 1 çocuğu olan gebelerin beslenme konusundaki iyi ve çok iyi bilgi düzeylerinin 49,30 olduğu belirlenmiştir. Yapılan istatistiksel analizde, gebe kadınların çocuk sayıları ile beslenme bilgi düzeyleri arasındaki korelasyon istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$).

4.3.3.4 Gebelerin doğum şekillerine göre beslenme bilgi düzeyleri

Tablo 4.25’ de gebelerin beslenme bilgi düzeyi seviyesine göre doğum şekilleri arasındaki sayı ve % dağılımları gösterilmiştir.

Tablo4.25: Farklı gebe beslenmesi bilgi düzeyindeki gebelerin doğum şekillerine göre dağılımları

Beslenme bilgisi- Doğum şekli	Orta ve altı		İyi ve çok iyi		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Normal	18	36	11	22	29	100
Sezaryen	32	64	39	78	71	100
Toplam	50	100	50	100	100	100
İstatistiksel	P= 0,123 p> 0,05					

Tabloda 4.25’ de görüldüğü üzere, sezaryen doğum beslenme bilgisinin artması ile artış göstermiştir. Sezaryen doğum yapan gebe kadınların %78’i iyi ve çok iyi beslenme bilgisine sahip iken %64’ü orta ve altı beslenme bilgisine sahiptirler.

Doğum şekli ile beslenme bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olmadığı ($p > 0,05$) görülmektedir.

4.3.4 Gebelerin besin tüketim sıklıkları

Tablo 4. 26’ da gebelerin besin tüketim sıklıkları sayı ve % dağılımları gösterilmiştir.

Tablo 4.26:Gebelerin besin tüketim sıklıkları

MİKTAR / BESİN GRUBU	Hiç		Ayda Bir		15 Günde Bir		Haftada 3-4		Haftada 1-2		Her Gün		Her Öğün		Toplam		Toplam Puan	YTP
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		
SÜT	1	1	-	-	-	-	4	4	8	8	71	71	16	16	100	100	595	85
ET	1	1	-	-	5	5	10	10	40	40	40	40	4	4	100	100	524	74,9
SEBZE-MEYVE	1	1	-	-	-	-	10	10	7	7	72	72	10	10	100	100	578	82,6
TAHİL	-	-	-	-	4	4	4	4	21	21	50	50	21	21	100	100	580	82,9
YAĞ VE ŞEKER	-	-	3	3	3	3	13	13	30	30	41	41	10	10	100	100	533	76,1
HAZIR GIDALAR	17	17	22	22	23	23	12	12	18	18	7	7	1	1	100	100	317	45,3

Gebelerin besin tüketim sıklıkları incelendiğinde süt tüketiminin % 85 ile diğer besin gruplarına göre daha fazla tüketildiği görülmüştür. Ardından tahıl

tüketimi % 82,9, sebze-meyve tüketimi % 82,6, yağ ve şeker besin tüketimi %76,1, et tüketimi %74,9 olarak saptanmıştır.

Bu besin grupları dışında diğer gruplarının tüketimi %45,3 olduğu tespit edilmiştir. Süt, et, sebze-meyve, hazır gıdaların kimi gebelerce hiç tüketilmediği de gözlemlenmiştir.

4.4Yeni doğan hakkında tanımlayıcı bilgiler

4.4.1 Yeni doğanların cinsiyetleri

Yeni doğanların cinsiyetlerine göre dağılımları sayı ve % değerlerle Tablo 4. 27 'de verilmiştir.

Tablo 4.27: Yeni doğanların cinsiyete göre dağılımları

Cinsiyet	S	%
Erkek	50	50
Kız	50	50
Toplam	100	100

Tabloda 4.27' de görüldüğü üzere, yeni doğan bebeklerin %50 si kız %50' si erkektir.

4.4.2 Yeni doğanların anomali durumları

Yeni doğanların anomali durumlarına göre dağılımları sayı ve % değerlerle Tablo 4. 28'de verilmiştir.

Tablo 4. 28: Yeni doğanların anomali durumlarına göre dağılımları

Anomali	S	%
Var	1	1
Yok	99	99
Toplam	100	100

Tablo 4.28'de görüldüğü üzere, yeni doğan bebeklerin çoğunluğu olan %99'unda herhangi bir anomali gözlenmezken, %1' inde anomali gözlenmiştir.

4.4.3 Yeni doğanların refleksleri

Tablo 4. 29’da yeni doğanların reflekslerine göre dağılımları sayı ve % değerlerle gösterilmiştir.

Tablo 4. 29: Yeni doğanın reflekslerine göre dağılımları

Refleksleri	S	%
İyi	100	100
Zayıf	-	-
Toplam	100	100

Tablo 4.29’da görüldüğü üzere, yeni doğanların refleksleri incelendiğinde tamamının refleksinin normal olduğu gözlemlenmiştir.

4.4.4 Yeni doğanların zamanında doğma durumu

Çalışma kapsamında gebe kadınların yeni doğanların zamanında doğma durumuna göre dağılımları sayı ve % değerleri ile Tablo 4.30’ da gösterilmiştir.

Tablo 4.30: Yeni doğanların zamanında doğma durumlarına göre dağılımları

Doğum süreleri	S	%
Erken doğum (37 hafta)	13	13
Normal doğum	82	82
Geç doğum	5	5
Toplam	100	100

Tabloda 4.30’ da görüldüğü üzere, gebe kadınların %82 ile çoğunluğu zamanında doğum yapmıştır, bunu takiben %13’ ü erken doğum, %5’ i ise geç doğum yaptığı tespit edilmiştir.

4.4.5 Yeni doğanların doğum şekilleri

Bebeklerin doğum şekillerine göre dağılımları Tablo 4.31’ de sayı ve % değerleri verilmiştir.

Tablo 4. 31: Yeni doğanlarının doğum şekillerine göre dağılımları

Doğum şekilleri	S	%
Normal	50	50
Sezaryen	50	50
Toplam	100	100

Tabloda 4.31’ de görüldüğü üzere, yeni doğanların %50’ si normal doğum, %50’si sezaryen doğum yaparak eşit bir doğum şekli gözlemlenmiştir.

4.4.5.1 Gebelerin eğitim düzeylerine göre doğum şekilleri

Tablo 4.32’de görüldüğü üzere gebe kadınların eğitim seviyelerine göre doğum şekilleri sayı ve % değerleri verilmiştir.

Tablo4.32: Farklı eğitim düzeyindeki gebelerin doğum şekillerine göre dağılımları

Eğitim düzeyi -Doğum şekli	Ortaöğretim ve altı		Lise öğrenim ve üzeri		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Normal	32	64	18	36	50	100
Sezaryen	18	36	32	64	50	100
Toplam	50	100	50	100	100	100
İstatistik	P=0,005 p<0,05					

Tabloda 4.32’ de görüldüğü üzere, gebelerin normal doğum yapma oranları ortaöğretim ve altı düzeyde %64, lise öğrenim ve üzeri eğitim seviyesinde %36 olduğu gözlemlenmiştir. Gebe kadınların eğitim seviyelerinin artması normal doğum yapma sayısında azalış olduğunu göstermiştir.

Yapılan istatistiksel analizde, gebe kadınların doğum şekli ile öğrenim düzeyleri arasındaki ilişkinin önemli olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

4.4.5.2 Kadınların yaş gruplarına göre doğum şekilleri

Tablo 4. 33’ de gebelerin yaş durumuna göre doğum şekilleri sayı ve % değerleri ile gösterilmiştir.

Tablo 4.33: Farklı yaş gruplarındaki gebelerin doğum şekilleri dağılımları

Doğum şekli Yaş grupları(yıl)	Normal		Sezaryen		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
18 ve altı	1	100	-	-	1	100
19-20	2	50	2	50	4	100
21-25	16	66,7	8	33,3	24	100
26-30	17	51,5	16	48,5	33	100
31-35	12	44,4	15	55,6	27	100
36-39	1	11,1	8	88,9	9	100
40 ve üzeri	1	50	1	50	2	100
Toplam	50	50	50	50	100	100
İstatistik	P=0,012 p< 0,05					

Gebelerin yaşı artması ile sezaryen doğum yapma durumunun arttığı gözlemlenmiştir. 31-35 yaş sonrası sezaryen doğum % 55,6 bunu takiben 36-39 yaş arası %88,9, 40 ve üzeri yaş doğum sayısının azlığından kaynaklı %50 olarak tespit edilmiştir. Gebe kadınlarda yaş ile doğum şekli arasında ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

4.4.5.3 Gebelerin doğum sayılarına göre doğum şekilleri

Tablo 4.34’de gebelerin farklı doğum sayılarına göre en son ki doğum şekilleri arasında ilişki sayı ve % değerleri ile gösterilmiştir.

Tablo 4. 34: Birden fazla doğum yapmış gebelerin son doğum dağılımları

Doğum şekli -Doğum sayısı	Normal		Sezaryen		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
1	20	50	20	50	40	100
2	6	50	6	50	12	100
3	3	60	2	40	5	100
4	2	100	-	-	2	100
İstatistik	P=0,390 p>0,05					

Tabloda 4.34’ da görüldüğü üzere, doğum sayısı 1 olan gebelerin %50’ sinin normal, %50’sinin de sezaryen doğum, doğum sayısı 4 olan gebelerinde %100’ nün normal doğum yaptığı belirlenmiştir. Doğum şekli ile doğum sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Bu bölümde, gebe kadınların beslenme bilgileri, beslenme alışkanlıkları ve yeni doğan üzerine etkilerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada elde edilen bulgular, üç başlık altında, uygun ve güncel literatürler doğrultusunda tartışılmıştır.

1. Gebelerin kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
2. Gebelerin beslenme özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
3. Doğum ve yeni doğanlara ilişkin bulguların tartışılması

5.1 Gebelerin kişisel özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma materyalini Bursa Osmangazi ilçesinde Tuna Sağlık Ocağına kayıtlı olan farklı sosyo-ekonomik düzeydeki gebeler oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan gebe kadınların 18-40 yaş aralığında olduğu, ilk evlilik ve ilk gebelik yaşları incelendiğinde; ilk evlilik yaşları ortalama $22,82 \pm 3,86$, ilk gebelik yaşları $24,08 \pm 4,45$ olduğu belirlenmiştir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre Türkiye genelinde bu oran, 21,4 olup çalışmamızla benzerlik göstermektedir (Hünee, 2019).

İlk evlilik ve ilk gebelik arasında anlamlı ilişki incelendiğinde $p = ,000$ olduğu bu durumda aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Gebelerin ortalama gebelik sayıları $2,11 \pm 1,25$, sahip oldukları ortalama çocuk sayılarının $1,87 \pm 0,95$ olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye nüfus ve sağlık araştırması 2018 sonuçlarında, ülkemizde kadınlar ilk doğurganlık deneyimini 20'li yaşlarda yaşamakta, bir kadının 25 yaşında ortalama bir, 30 yaşında iki çocuğa sahip olduğu saptanmıştır (HÜNEE, 2019). Yine gebe beslenmesine ilişkin bir çalışmada, 24-29 yaş grubu doğurganlığın en yüksek olduğu yaş grubu olarak belirlenmiştir (Yavuz ve Aykut, 2014).

Araştırmamızda gebelerin % 70'i ev kadını iken, % 14'ünün işçi, % 6'sının memur ve % 2'sinin ise serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir. Aktif çalışan gebe oranı % 22'dir. Ercan ve Arslan (1990)'ın, Ankara'da yaptıkları çalışmada ev kadını gebe oranı % 85,5 iken, çalışan gebe oranı % 14,5 bulunmuştur.

Gebe kadınlarda meslek durumları incelendiğinde en yüksek %70 oran ile ev hanımları olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçta çalışmamızın gerçekleştiği bölgenin eğitim seviyesinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu çalışmadaki bulgular, araştırmamızdaki bulgulara oldukça benzerlik göstermektedir. 2018 TNSA’da kadınların %42’sinin araştırmadan önceki 12 aylık süre içerisinde çalışmış, %27’sinin araştırma esnasında çalışıyor olduğu belirlenmiştir (Hünee, 2019).

Cengiz (2015)’ in Gestasyonel Diyabetes Mellitus (GDM)’lu bireyler üzerinde yaptığı çalışmasında gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında % 17,6’ sının lise ve dengi okul mezunu, % 82,4’ ünün yüksekokul veya üniversite mezunu oldukları ortaya konmuştur. Diğer yandan GDM tanısı olmayan bireylerin %14,8’inin lise ve dengi okul mezunu, % 85,2’sinin yüksekokul veya üniversite mezunu oldukları saptanmıştır. Bizim yaptığımız çalışmada, gebe kadınların % 35’ i en yüksek oranla ortaokul mezunudur.

Akan (2011)’ın gebe kadınların diyet kalite indekslerinin ve sağlıklı yeme indekslerinin saptanması amacıyla yaptığı çalışmada kadınların yaşları 20-41 yıl arasında değişirken, ortalama yaşları $28,48 \pm 4,68$ yıl, ortalama evlilik yaşları $24,513 \pm 0,43$ yıl olarak bulunmuştur. Kadınların ortalama gebelik sayısı $1,28 \pm 0,57$ ve sahip oldukları ortalama çocuk sayısı $1,31 \pm 0,62$ ’dir.

Çalışmamızda kadınlarda gebelik öncesi ve gebeliğe geldiklerindeki boy, kiloları tespit edilerek BKİ(kg/m²) hesaplanmıştır. Gebelik öncesi BKİ(kg/m²) değeri ortalama $25,23 \pm 4,43$ iken gebelik sırasında tespit edilen BKİ(kg/m²) ortalama $28,7 \pm 4,46$ olduğu belirlenmiştir. İstatistiksel olarak aralarındaki ilişki incelendiğinde $p = ,000$ olduğu bu durumda gebelik öncesi BKİ ile gebelik sırasındaki ortalama BKİ(kg/m²) arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yüzdelik olarak gebelerin BKİ(kg/m²)’leri kıyaslandığında, kadınlar gebelik öncesi çoğunluğu oluşturacak şekilde % 53 ile normal değer olarak kabul edilen 18- 25 BKİ (kg/m²) sahipken, gebelik sırasında en yüksek oranda % 50 ile hafif şişman diyebileceğimiz 25-30 BKİ(kg/m²) değerlerine sahiptirler (Tablo 4.9).

Gebelerin % 89 ’ünün beden kitle indeksinin normal sınırlar içinde olduğu, % 11’ inin yüksek ya da şişman grupta olduğu görülmektedir (Tablo 4.9). Gebelikte yetersiz kilo artışı intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebekle

sonuçlanmakta, aşırı kilo ise zor doğum ve buna bağlı komplikasyonları ortaya çıkarmaktadır. Gebelerin prenatal izlemde BKİ (kg/m^2) değerlendirmesinin yapılması ve kilo artışının bu doğrultuda düzenlenmesi önemlidir. Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Beslenme sorunlarının çözümünde sağlık personelinin duyarlılığının artırılmasını sağlayacak hizmet içi eğitimlerin verilmesi,
- Halk eğitimleri yoluyla toplumsal duyarlılığın artırılması,
- Prenatal izlemler sırasında beslenmenin değerlendirilmesi ve gerekli eğitimin yapılması, geleceğimiz olan sağlıklı çocukların doğması açısından önemlidir.

Kadının gebelikteki ağırlık artışı bebeğin doğum ağırlığını ve sağlığını etkiler (İpkırmaz, Saka, 2020). Gebelikte yetersiz ağırlık artışı, intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebekle sonuçlanmakta, aşırı ağırlık artışı ise zor doğum ve buna bağlı komplikasyonları ortaya çıkarmaktadır (Arslan ve diğerleri 1992).

Stothard ve diğerleri (2009), gebelikte kadının ağırlık artışının ve BKİ gibi antropometrik ölçümlerinin izlenmesinin, diyeti ile tükettiklerinin saptanmasından daha iyi bir gösterge olduğunu ileri sürmekle beraber, kadının besin tüketiminin saptanarak aldığı enerji ve besin öğelerinin miktarlarının belirlenmesi risklerini daha iyi ortaya koymaktadır. Araştırmacılar, gebeliklerinde, 16 kg'dan fazla ağırlık kazanan kadınların çocuklarının, gebeliklerinde 9 kg'dan daha az ağırlık kazanan kadınların çocuklarına göre daha obez olduklarını göstermiştir.

Annenin gebelik dönemindeki, aşırı kilo alımının engellenmesinin çocukluk çağı obezitesinin engellenmesinde önemli bir rol oynadığı ortaya koyulmuştur (Stothard ve diğerleri, 2009),

Gebelikte daha fazla ağırlık kazanan kadınlar, daha uzun süre kilolu kalmaya ve daha az ağırlık kazanan kadınlara göre, hayatları boyunca daha yüksek bir ağırlık düzeyinde gitmeye yatkındırlar. Gebelikteki ağırlık kazanımının, çocuğun gelecekteki obezite riskine etkileri olduğu gösterilmiştir (Cedergren , 2004;Duman ve Bayram, 2018).

Akan (2011), gebelerde yaptığı araştırmasında gebelerin BKİ (kg/m^2) değerleri çoğunlukla 18,5; 24,9 (normal ağırlıkta) arasında belirlemiştir. Bu sonuçlara göre kadınlar gebe kalmadan önce kiloları hakkında bilgilendirilmeli ve kilolu olanların olması gereken BKİ(kg/m^2) değerine gelmesi sağlanmalı önerisinde bulunmuştur.

Cengiz (2015)' in çalışmasına katılan bireylerin ailede kronik hastalık öykülerine bakıldığında, GDM'li bireylerin % 74,1' inde ailede kronik hastalık öyküsü bulunduğu görülmüş; bunların % 59,3'ünün Tip 2 diyabet, % 24,7'sinin hipertansiyon, % 14,8'inin kronik kalp hastalıkları ve % 3,7'sinin kanser olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda gebelerin süre gelen kronik bir rahatsızlık durumu incelendiğinde %92 sinin her hangi bir rahatsızlığı olmadığı, kronik rahatsızlığı bulunan gebelerin en fazla % 2 ile hipertriodi rahatsızlıkları olduğu gözlemlenmiştir.

Çalışmamıza katılan gebelerin takviye alma durumları incelendiğinde % 88'inin takviye aldığı, aldığı takviyeler içerisinde en yüksek % 79' nun demir takviyesi tükettiği gözlemlenmiştir (Tablo 4.11).

İrge ve diğerleri (2005), Malatya'da yaptıkları çalışmada kadınların % 46,5'inin gebeliklerinde vitamin-mineral desteği aldığını, % 20,3'ünün demir ve vitamin preparatını birlikte kullandığını saptamışlardır. Çelenk (2019) Ordu ilinde GDM' li bireylerde yaptığı çalışmada GDM'li bireylerin %80'inin, sağlıklı bireylerin %93,3'ünün vitamin-mineral takviyesi kullandığını belirlemiştir. Kullanım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttur ($p= 0,024$). Sonuçta gebelerin genellikle güneşe maruz kalamadığı ve kansızlık görülme oranlarının daha yüksek olduğu kanaatine varılmıştır.

Gebelikte artan mineral ve vitamin gereksinimini diyetle karşılamak mümkün olmadığından, gebe kadınlara demir ve multivitamin desteği verilmesi önerilmektedir (Yüzbir ve Sen, 2001). Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği beslenme tarzı demir-folik asit destekli beslenmedir (Yavuz ve Aykut, 2014).

Sözeri ve diğerleri (2006) yaptıkları çalışmada, gebelerin % 61'inin gebelik suresince demir, % 71,6'sının vitamin preparatı kullandığı belirlenmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde gebe kadınlarda çinko ve demir kullanım oranı % 56,5 olarak saptanmıştır. Birinci veya ikinci trimesterde başlanılan vitamin-mineral desteğinin düşük doğum ağırlıklı bebek olasılığını 2 kat azalttığı ortaya konmuştur (Api ve diğerleri, 2005).

Bozsoy ve Özkan (2012) tarafından yapılan araştırmada, hamileliklerin yarıdan fazlası planlanmış olmasına rağmen, gebelerin sadece % 10'u gebe kalmadan folik asit almaya başlamışlardır. Araştırmamıza katılan gebe kadınların folik asit kullanılmadıkları gözlenmiştir. Folik asit gibi takviyelerin alınmasının gebelik için istenen düzeyde olmayışı, çoğu gebe kadının vitamin alımının önemini kavramaması ya da bilmelerine rağmen yeterli motivasyona sahip olmamalarından kaynaklanabilir.

Sigara alışkanlığı önlenabilir bir halk sağlığı sorunu olarak tüm dünyayı tehdit etmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün (DSÖ) 2018 verilerine göre dünyada 1,1 milyar kişinin sigara kullandığı ve her yıl yaklaşık 7 milyon kişinin sigaraya bağlı nedenlerden hayatını kaybettiği açıklanmıştır.

Çalışmamızda gebelerin sigara tüketme durumları incelendiğinde yaşamları boyunca sigara içenler % 17' i, bu sigara içen gebelerin gebelikte sigara kullanımını %9' unun devam ettirdikleri belirlenmiştir. Doğu ve Ergin (2008)'nin gebe kadınların sigara kullanımını etkileyen faktörler ve gebelikte zararlarına ilişkin belirtileri incelendiğinde gebelikte yüksek oranda sigara kullandıkları ve tüm zararları etkilerine rağmen halen devam etmekte olduğunu tespit etmişlerdir. Anne adaylarının gebelikte sigara tüketilmesinin anne /yeni doğan sağlığı üzerine olumsuz etkileri konusunda bilgi düzeyleri halen yetersizdir.

Çalışmada alkol kullanma durumlarını incelediğimizde gebelerin hiç birinin alkol kullanmadıkları görülmüştür. Bu durumun çalışmanın yapıldı sosyal çevre ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

5.2 Gebelerin beslenme özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması

Dengeli ve yeterli beslenme için günde 3 ana ve 3 ara öğün besin tüketilmelidir (Tayar ve diğerleri, 2007). Çalışmamızda gebe kadınların öğün atlama durumları incelendiğinde %73'ünün öğün atlamadığı üç ana öğünü yaptıkları, öğün atlayan gebelerin % 27'lik kısmının da en fazla % 16 oranla öğle öğününün atladığı belirlenmiştir. En fazla atlanan öğünün öğle yemeği olmasının temel sebebi de

gebelerin çoğunluğunun ev hanımı olması ve geç kalkmalarından kaynaklandığı gözlemlenmiştir.

Gebe kadınların besin tüketim sıklıkları incelendiğinde süt tüketiminin % 85 ile diğer besin gruplarına göre daha fazla tüketildiği bunu takiben tahıl tüketimi % 82,9, sebze-meyve tüketimi % 82,6, yağ ve şeker besin tüketimi % 76,1, et tüketimi % 74,9 ve bu besin grupları dışında diğer gıda gruplarının tüketimi % 45,3 olduğu tespit edilmiştir. Süt, et, sebze-meyve, hazır gıdaların kimi gebelerce hiç tüketilmediği de gözlemlenmiştir (Tablo 4.23) .

Baysal ve diğerleri (1985), yaptıkları çalışmada, gebe kadınların günlük enerjilerini genellikle un, ekmek, bulgur ve şeker gibi bol karbonhidratlı gıdalardan sağladığı ve et, süt ve yumurta tüketiminin çalışmamızla da uyumlu olarak, önerilenin çok altında olduğu saptanmıştır. Bunun yanında taze meyve ve sebzeyi ise yeterli düzeyde tükettikleri belirlenmiştir. Bu veriler bizim verilerimizle benzerlik göstermektedir. Ayrıca aynı araştırmada, süt ve türevleri ile et ve yumurtayı sık tüketen gebe kadınlar arasında sağlık durumu iyi olanların oranıyla, seyrek tüketenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda gebelerin su tüketimi incelendiğine günlük su tüketimlerinin en yüksek %30 oranıyla 9 bardak ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Karaçay (2019)'ın Ankara da gebeler üzerinde yaptığı tez çalışmasında gebelerin günlük su tüketimine bakıldığında en çok %23,5'nin 1500 ml ve üzerinde, %22,4'ünün 800-1000 ml ve %7,1'inde 500-700 ml, %8,2'sinin 200-400 ml su tükettiği gözlemlenmiştir.

Gebelerin beslenme konusunda çevrelerinden bilgi edinme durumlarını incelendiğimizde % 98'inin beslenme ile bilgi edindiği en yüksek %35oranıyla beslenme bilgisini sağlık personelinin edindiği belirlenmiştir.

Gebe kadınların trimesterler arası beslenme durumlarının değerlendirilmesi çalışmasında gebe kadınların düşük oranda (%16,7'si) gebelik döneminde beslenme ile ilgili eğitim aldıkları, eğitim alan gebelerin ise yarıya yakını (% 40,0) doktor ve diyetisyenden eğitim aldığı saptanmıştır (Özkoç, 2013).Yapılan bir çalışmada gebelerin % 57.7' sinin sağlık personelinin bilgi aldıkları belirlenmiştir (Sözeri, Cevahir, Sahin, ve Semiz, 2006). Bu konu ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada, kadınların %62,9'u ailesinden bilgi alırken, başka bir çalışmada ise anne adaylarının

%64,8'i kendi deneyimleri ile %21,2'si annelerinden bilgi aldığı görülmüştür (Kahraman ve diğerleri, 2016). Gebelerin bilgiyi daha çok sağlık personelinin edinmesinin sebebi de çalışmamızı sağlık ocağına başvuran gebeler üzerinde yürütüyor olmamızdan kaynaklanmaktadır.

Pirdal (2016)' ın gebe kadınlar üzerinde yaptığı çalışmasında gebelerin beslenme konusundaki bilgi düzeylerinin orta ve iyi düzeyde olduğunu, gebelikteki bilgi düzeyinin yaş ve eğitimden etkilendiği saptanmıştır. Çalışmamızda gebelerin bilgi düzeyleri incelendiğimizde de kadınların gebelikte beslenme ile ilgili bilgi düzeylerinin % 37 oranı ile iyi seviyede, ortalama beslenme bilgi puanının $66,8 \pm 1,85$ olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışmada beslenme bilgi düzeyi diğer çalışmalara göre oldukça yüksektir (Altıparmak ve Coşkun, 2016; Arslan ve diğerleri, 1992; Kolukısa, 2017). Araştırmalar arasındaki fark araştırmaya alınan gebe kadınların yaşadığı çevre farklılığı, sosyo-ekonomik düzey ve eğitim düzeylerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülse de olumlu bir gelişme olarak algılanmakta, kadınların bu konuda daha fazla bilinçlendiği sonucunu akla getirmektedir.

Gebelerden 25 yaş ve altındakilerin doğum bilgi düzeyi diğer yaş gruplarına göre daha düşük bulunmuştur. 20 yaştan küçük gebelerin sadece % 1,41' inin beslenme bilgi düzeyi iyi ve çok iyi durumdadır. Literatürde yaştan gebelerin bilgi düzeyi üzerinde etkili olduğu ifade edilmektedir. Gebelik süreci ile ilgili bilgi düzeylerini değerlendiren çalışmalarda gebelerin bilgi düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki kurulmuştur (Pirdal, 2016). Gebelerin yaşları ile bilgi düzeyleri birbirine paralel olarak artmaktadır. Çalışmalar bizim bulgularımızı destekler niteliktedir.

Sağlıklı beslenme alışkanlıklarıyla beraber yapılan düzenli fiziksel aktivite, sağlıklı hayat sürdürmenin temelini oluşturmaktadır. Obezite, diyabet, koroner kalp hastalığı, hipertansiyon ve osteoporoz gibi birçok kronik hastalığın önlenmesi ve tedavisinde fiziksel aktivite oldukça etkilidir (Alfredson ve diğerleri, 1996; Evans ve Cry-Campbell, 1997). Çalışmamızda gebe kadınların fiziksel aktivite durumlarını incelediğimizde %34'ünün herhangi bir fiziksel aktivite yapmadığı, %66'nın haftanın belirli günlerinde fiziksel aktivite yaptıkları belirlenmiştir.

5.3 Doğum ve yeni doğanlara ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmanın en son bölümünü oluşturan yeni doğan hakkında ki genel bilgilerden edinilen sonuçlarda cinsiyet dağılımının %50'sinin kız, % 50'sinin erkek olduğu tespit edilmiştir. Yeni doğanların anomali durumları incelendiğinde % 99'unun anomali durumu yoktur. Yeni doğanların doğum şekilleri olan normal ve sezaryen doğumunda sayısal olarak eşit olduğu tespit edilmiştir. Yeni doğanların doğum zamanları incelendiğinde en yüksek %82 oranıyla zamanında doğmuşlarıdır.

Gebelerin son doğum şekli ile eğitim düzeyleri arasındaki ilişki istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, $p = 0,005 (p < 0,05)$ olduğu yani kadınların eğitim düzeyleri ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak ilişkinin önemli olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %50'si ilköğrenim mezunudur (Tablo 4.2). Kadınların eğitim seviyesinin düşük olmasının nedenini erken yaşta evlilik ve gebeliklerden dolayı eğitime devam etmedikleri olarak düşündürebilir. Eğitim durumu doğru bilgiye ulaşmada ve kullanmada önemli bir etkidir (Kahraman ve diğerleri, 2016).

Konya ilinde gebe kadınlar üzerinde yürütülen çalışmada da iyi ve çok iyi bilgi düzeyine sahip gebe kadınların %81,3 gibi büyük bir çoğunluğunun doğum şeklinin sezaryenle ve doğum şekli ile beslenme bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak önemli olduğu ($p < 0,05$) görülmektedir (Önay, 2006).

Gebelerin son doğum şekilleri ile yaşları arasında istatistiksel ilişki araştırıldığında, $p=0,012 (p < 0,05)$ olduğu yani gebelerin yaşları ile doğum şekilleri arasında istatistiksel olarak ilişki önemli bulunmuştur.

Yetersiz ve dengesiz beslenmeye bağlı sorunlar dünyanın çeşitli ülkelerinde görüldüğü gibi ülkemizde de yaygın bir şekilde görülmektedir. İyi bir nesil için sağlıklı bebek, çocuk, gebe ve emzikli dönemlerin de bireylerin yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekir. Gebelik dönemi beslenmede düzenli takip ve etkin yöntemler ele alınmalıdır. Alınabilecek en etkili yöntem riskli kabul ettiğimiz gebelik ve emziklik döneminde beslenme eğitimi ile annelerin bilinçlendirilmesidir.

Annenin hem gebelik hem emziklik döneminde yeterli ve dengeli beslenmelerini sağlamak için anne ve anne adayları bu dönemdeki beslenme düzenleri hakkında bilgilendirilmelidirler. Araştırmadaki gebelerin çoğunluğunu oluşturan ev hanımlarının beslenme konusunda kaliteli bilgi alabilmeleri için ilk

aşamada televizyon ve internet aracılığıyla doğru program ve kanallara yönlendirilebilirler.

Gebelerin hamilelikleri boyunca düzenli takip için gittikleri sağlık ocaklarında beslenme bilgisi aldıkları ebeler, doktorlar ve diğer sağlık personelleri halkı doğru şekilde eğitecek beslenme bilgisi ile donatılmalı, bu konuda hizmet içi eğitim tabi tutulmalı ve bu bilgileri topluma yansıtmaları sağlanmalıdır. En ideal yöntem sağlık ocaklarında gebe beslenmesi üzerine bilgi sahibi diyetisyenlerin çalıştırılmasıdır. Bu şekilde gebelerin beslenme hakkında bilgilendirilmesi gebelik döneminde yeterli ve dengeli beslenmeyi sağlamak açısından etkili olabilir.

Beslenme hakkında gebelere eğitim verilirken kişinin eğitim düzeyi, ekonomik durumu, çevre koşulları göze alınmalıdır.

Anne ve bebeğin sağlığı için gebelikte rutin muayeneler yapılmalı kadınların bu dönemi sağlıklı ve mutlu atlatabilmesi için gebeliğin gerektirdiği sosyo-psikolojik eğitim ve terapiilgili birimlerce gebe kadınlara verilmelidir.

Gebeye yetkili kişiler tarafından verilen eğitimlerin sürekli yapılması ve yapılan eğitimlerin etkili kurumlar tarafından düzenli takibi gereklidir.

Sonuç olarak ülkemizde gebelik döneminde beslenme alışkanlıkları yeni doğan ve anne sağlığı üzerindeki etkisi, gebelik döneminde beslenmeye ilişkin çalışmalar yeterli düzeyde değildir. Bu sonuçlar doğrultusunda annelere gebelik dönemiyle ilgili alanında uzman kişilerce eğitimler düzenlenmeli, bu uzman kişilerce eğitim programları hazırlanmalı, anne adayları gebelik dönemindeki beslenmenin, bebeğin sağlığı üzerindeki etkisi konusunda bilgilendirilmelidir. Gebelikte verilen eğitimler, gerek kitle iletişim araçlarıyla gerekse kitap, broşür gibi eğitim materyalleriyle desteklenmelidir. Gebe kadınların besin gereksinimleri, yaş, fiziksel aktivite durumu, gebeliğin başlangıcındaki ağırlık, besin depolarının yeterlilik derecesi gibi birçok etmen göz önüne alınarak belirlenmelidir. Oluşabilecek problemlerin erken teşhisi için kontrol sıklığının artırılması sağlanmalı ve gebeye yönelik danışmanlık hizmetleri düzenlenmelidir.

KAYNAKLAR

- Açıkgöz, A., Günay, T., Uçku, R. (2013). Gebelikte D vitamini gereksinimi ve desteklenmesi. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 12(5): 597-608.
- Akan L.S (2011), Gebe Kadınların Diyet Örüntüleri, Diyet Kalite İndeksleri ve Sağlıklı Yeme İndekslerinin Belirlenmesi, (Uzmanlık Tezi), Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, s:5
- Akça, E. (2007), Gebelerdeki Aneminin Türkiye'deki Yöresel Dağılımı, Uzmanlık Tezi, Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul, p: 83.
- Akdemir, Y., Darka, İ., Özmen, Ü., Harma, M., Harma, M.İ. (2019). Türk toplumundaki gestasyonel diyabet mellitus' lu gebelerde *Helicobacter pylori* seropozitivitesi insidansı. Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi, 3(3): 149-153.
- Akyüz V. K. (2010) Gebelerin Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi ve Bebek Doğum Ağırlığı Üzerine Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Zonguldak, s:10
- Allen L., Gillespie S. (2001) A review of the efficacy and effectiveness of nutrition interventions, United Nation Administrative Committee on Coordination Sub-Committee on Nutrition, p: 19.
- Altıparmak, S., Coşkun, A. M. (2016). Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *Journal of Human Sciences*, 13(2): 2610-2624.
- Anonim (1998). Obesity. Preventing and Managing The Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, World Health Organization, Geneva.
- Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 13(3): 71-79.
- Arslan, P., Karaağaoğlu, N., Ocal, Z., Mermer, G., Yemişçi, E., (1992). Gebe kadınlara yapılan beslenme eğitiminin gebelerin beslenme ve genel sağlık durumları üzerine etkisi *Beslenme ve Diyet Dergisi / J. Nutr. and. Diet.*, 21(1): 9-24.
- Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. (2014) . Physical activity and the risk of preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology*. 25(3):331–43.
- Aydın, E.K. (2014). Son Trimestirdeki Primipar Ve Multipar Gebelerin Beslenme ve Kilo Durumlarının Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Erzurum, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:12.
- Babadağlı, B. (2008). Gebelik Yaşının Gebelikte Yaşanan Fizyolojik ve Psikolojik Değişikliklere Etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 11(3): 96-105.

Bardak, Ö. (2020). Obez ve Obez Olmayan Miad Gebelerde D Vitamini Eksikliğinin Gebelik Sonuçlarına Etkisi, (Tıpta Uzmanlık Tezi), Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, s:7

Barut, S. (2012). Tokat Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, (Yüksek Lisans Tezi), Tokat, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:15

Başgöl, B. ve Oskay, Ü. (2012). Prekonsepsiyonel dönemde ve gebelikte kanıt temelli yaklaşımlar. International Journal of Human Sciences, 9(2): 1524-1534.

Başkurt, S. (2019) , Gebelerin Besinlerle Tükettikleri Şekerin Beden Kütle İndeksi Ve Gestasyonel Diyabet Üzerine Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:8

Başlı M, Aksu H (2019), Kadınların Folik Asit Kullanımı ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Prekonsepsiyonel Dönemde Folik Asit Kullanımı, Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 28(3): 220-226.

Baysal, A. (2013). Su ve Sağlığımız. Beslenme ve Diyet Dergisi, 41(3): 191-193.

Baysal, A. (2014). D Vitamini ve Sağlığımız. Beslenme ve Diyet Dergisi, 42(2): 89-90.

Baysal, A. (2019). Beslenme, 19. Baskı, s:457-458, Ankara: Hatiboğlu Yayınları.

Baysal, A., Karaağaoğlu, N., Taşcı, N., Aksoy, C. (1985). Gebe ve emzikli kadınların beslenme alışkanlıkları ve bunun anne sağlığı ve çocuk ölümü ile ilişkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi, 14: 7-25.

Bell D.S.H. (2011) Protean Manifestations of Vitamin D Deficiency, Part 1: The Epidemic of Deficiency. Southern Medical Journal 5(104): 331-344.

Bilge, Ç., Şahin, N. (2015). Gebelik ve Tiroid Hastalıkları, Kadın Sağlığı. Hemşireliği Dergisi, 2(1): 1-14.

Bilgel N. (2001) Gebe ve emzikli beslenmesi, 1. Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara.

Bozsoy, N.G., Özkan, S. (2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi Preconception Care: A Public Health Perspective, Gazi Med J, 23: 77-90.

Börekçi, N. Ö. (2019). D Vitamini Eksikliği ile İlgili Güncel Bilgiler. TheJournal of Turkish Family Physician, 10 (1): 35- 42.

Brown, L. S. (2011). Nutrition requirements durin gpregnancy. Essentials of life cyclenutrition. United States of America: Jonesand Bartlett Publishers

Bülbül, S. H. (2004). Çocuk beslenmesinde demirin yeri ve önemi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 13(12): 446- 450.

Cedergren M. I (2004) Maternal Morbid Obesity and the Risk of Adverse Pregnancy Outcome. *Obstetrics & Gynecology*.;103(2):219-224.

Cengiz, Ş.E. (2015). Gestasyonel Diyabetli Bireylerin Diyetle Uyumu ve Bazı Biyokimyasal Parametrelerinin Değerlendirilmesi, (Yüksel Lisans Tezi), Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:3

Chin JR, Krause KM, Østbye T, Chowdhury N, Lovelady CA, Swamy GK. (2010) Gestational weight gain in consecutive pregnancies. *Am J Obstet Gynecol*. 203 (3):279e1-279e6.

Çalışkan, E.,Demir,C., Yıldızhan,R. (2017) Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu (FIGO)'nun Adölesan, Gebelik öncesi ve Maternal Beslenme Önerileri: 'Önce Beslenmeyi Düşün'. İstanbul: International Journal Of Gynecology And Obstetrics, pp.86

Çelenk, T. (2019). Ordu İlinde Yaşayan Gestasyonel Diyabetli Gebelerde Beslenme ile Bazı Biyokimyasal Parametrelerin İlişkilendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Giresun, Giresun Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:14

Çelik, M. N. ve Gülhan, F. G. (2018). Gebelik ve yeme davranış bozuklukları. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(3): 130-134.

Çetin, E. C. (2007), Yetişkin Tüketicilerin Besin Tercihleri ve Sağlıklı Beslenmeye Yönelik Tutumları Üzerine Cinsiyet Faktörünün Etkisi, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, s:6-10

Çıtıl, R., Barut, S. Y., Eğri, M. ve Önder, Y. (2014). Devlet Hastanesine Başvuran Gebelerde Anemi Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 4(2): 76-83.

Darendeliler, F. (2003). İyot. II. Ulusal Ana Çocuk sağlığı Kongresi Program ve Özet Kitabı. İstanbul.

Dayı, T. ve Pekcan, G. (2019). Gebelerde Folik Asit Desteği ve Güncel Yaklaşımlar. *Foodand Health*, 5(2): 128-138.

Doğu, S., Ergin, A. B. (2008). Gebe kadınların sigara kullanımı etkileyen faktörler ve gebelikteki zararlarına ilişkin bilgileri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 1(1): 26-39.

Duman, G. ve Bayram, F. (2018). Obezite ve Gebelik. *Türkiye Obezite ve Diyabet Dergisi*, 2(3): 101-105.

Dursun, E. (2019). Diyetle Bağlı Risk Faktörlerinin Gestasyonel Diyabet Üzerine Etkisi (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:1-4.

Ede, G. ve Ayaz, A. (2016). B12 vitamini ve folik asidin dipozite üzerine Etkisi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 44(1): 47-54.

Ege, E. ve Eryılmaz, G. (2000). Erken gebelik döneminde bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3(1): 1-9.

Ercan, Ş. ve Arslan, P. (1990). Beslenme eğitimi suresinin gebe kadınların beslenme ve sağlık durumları ile bilgi ve alışkanlıklarına etkisi Beslenme ve Diyet Dergisi / J. Nutr. And Diet, 19:173-188,

Erçal, T. (2019). Şiddetli preeklamps ve eklamps: Hastane öncesi tanı ve yönetimde güncel yaklaşımlar. Hastane Öncesi Dergisi, 4(1): 33-46.

Erdem, N. Z. (1992). Gebe Kadınların Genel Sağlık ve Beslenme Durumlarının, Yeni Doğanın Ağırlığı ve Cinsiyeti İle Olan İlişkisinin Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:12-15.

Erick, M. (2008). Nutrition during pregnancy and lactation. In: Krause's Food Nutrition Therapy 12. Edition. Mahan, L.K. and Escott-Stump, S. (eds), Saunders Elsevier, Canada, p:160-183.

Fisher, A. L. ve Nemeth, E. (2017). Iron homeostasis during pregnancy, American Society for Nutrition Am J Clin Nutr, 106: 1567–1574.

Fudge, N. J. (2010). Vitamin D-Independent Regulation of Intestinal Calcium Absorption and Skeletal Mineralization During Pregnancy Journal of Chemical Information and Modeling, 151(3): 886-895.

Geyik, P. (2020). Gebelik Süresince Beslenme Durumunun Depresyon ile İlişkisi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Hamidiye Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s: 7-9.

Guszkowska, M. Langwald, M. Dudziak, D. ve Zaremba, A. (2013). Influence of a singlephysicalexercise class on moodstates of pregnantwomen. J Psychosom Obst Gyn, 34(2):98–104.

Güleç, Ü. K., Özgüven, F. T, Evrûke., İ.C. ve Demir, S. C. (2014).Gebelikte Anemi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 22(3): 300-312.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.(HÜNEE) (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C.

Haklı, G. (2015). Adölesan Gebelerde Beslenme Durumu İle Yeni doğan Ağırlığının Değerlendirilmesi, (Doktora Tezi), Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, s:10-14.

Henriksen, T. (2006). Nutrition and Pregnancy Outcome. Nutrition Reviews, 64 (5): 19–23.

İmamoğlu, N. D. (2005). Anne Kanındaki Demir, Total Demir Bağlama Kapasitesi ve Ferritin Düzeylerinin Fetal değerler ile ilişkisi, (Uzmanlık Tezi), Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, s: 4-9.

İrge, E., Timur, S., Zincir, H., Oltuoğlu, H. ve Dursun, S. (2005). Gebelikte beslenmenin değerlendirilmesi. *Sted/Süreki Tıp Eğitimi Dergisi*, 14 (7): 157-160.

Jacobson, L.T., Dong, F. ve Scheuermann, T. S. (2015). Smoking Behaviors Among Urban and Rural Pregnant Women Enrolled in the Kansas WIC Program. *Journal of Community Health*, 40(5):15-29.

Kahraman,S., Kabalcıoğlu, F. ve Ersin,F (2016), Şanlıurfa'daki gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri,Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 16 (36): 79-97

Kahyaoğlu, S., Özel, Ş., Engin, Y. ve Erdö,l C. (2018). Gebelik ve sigara bırakma. *Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 15(1):24-27.

Kanber, N.A., Demirel, .R, Köken, G.N. (2011). Gebelere verilen beslenme eğitiminin anemi üzerine etkisi. *TAF Prev Med Bull*, 10(1): 45-52.

Kangalgil, M., Acar, A.N. ve Yardımcı, H. (2018). Gebelikte Kazanılan Vücut Ağırlığı İle Yenidoğanın Bazı ÖzellikleriArasındaki İlişkiyi İnceleyen Bir Araştırma, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 27 (1): 20-26.

Karaçay, M. (2019). Gebeliğin Sorunlarından Olan Bulantı Kusmanın Keton Pozitifliğine ve Gıda Tüketimine Göre Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:30-33.

Karataş, T. ve Mete S (2012), Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Dergisi* 5 (2): 47-52

Kavas, A. ve Kavas, A. (1985) Üniversite Öğrencilerinin Beslenme Bilgi Düzeyi, Beslenmeye Karşı Tutumları üzerine Bir Araştırma, *Beslenme ve Diyet Dergisi*, 14: 63 – 73.

Kelly, A., Kevany, J., De Onis, M., & Shah, P. M. (1996). A WHO collaborative study of maternal anthropometry and pregnancy outcomes. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 53(3): 219-233.

Kesici, T. ve Kocabas, Z. (1998). Biyoistatistik. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Yayını No: 79, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.

Ko, Y.L., Chen, C.P. ve Lin, P.C. (2016). Physical activities during pregnancy and type of delivery in nulliparae. *Eur J SportSci*, 16(3):374–80.

Kolukısa, Ş. (2017). Hamilelerin Beslenme Bilgi Düzeyleri, Beslenme ve Spor Yapma Alışkanlıklarının Araştırılması, *Journal of Current Researches on HealthSector*, 2017, 7 (1): 51-60.

Koyun. A., Taşkın L. ve Terzioğlu F. (2011). Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 3(1):67-99.

Köksal, G. ve Gökmen, H. (2000). Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi. Ankara: Hatiboğlu Yayınları, s: 67-83.

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

Löker, M. (1992). Gebe Kadınların Kan kalsiyum, Demir, Çinko, Hematokrit Düzeylerinin Saptanması, Besin Tüketimi Düzeyleri ve Antropometrik Ölçümleriyle İlişkilerininDeğerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Biyokimya Fizyoloji Anabilim Dalı, S:15-20.

Merdol, T. K. (2015). Yeterli ve dengeli beslenme, Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi, Ankara.

Metwally, M., Ong, K.J., Ledger, W.L. ve Li, T.C. (2008). Does high body mass index increase the risk of miscarriage after spontaneous and assisted conception? A meta-analysis of the evidence. *Fertility and Sterility*, 90(3):714-726.

Mousa, A., Naqash, A. ve Lim, S. (2019). Macronutrientand Micronutrient Intake during Pregnancy, An Over view of Recent Evidence. *Nutrients*, 11 (2):443-445.

Önay, D. (2006). Konya İl Merkezinde Gebe Kadınların Beslenme Alışkanlıkları, Beslenme Durumları ve Bunun Yeni Doğan Üzerine Etkileri, (Doktora Tezi), Ankara, Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, s:4-9.

Özalper, B. (2014). Gebelikte beslenme. Muş Alparslan Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi, 2(2):270-278.

Özdemir, Ö.Ç., Sürmeli, M., Özel, A., Yavuz, İ.E., Topçuoğlu, A. ve Ankaralı, H. (2017). Gebelerde Fiziksel Aktivite Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 22 (2):95-102.

Özkoç, İ. (2013). Gebe Kadınların Trimesterler Arası Beslenme Durumlarının Değerlendirilmesi, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s: 15-20.

Öztürk Y., Günay O. (1995) Gebe ve emzikli kadınların beslenmesi (eds) Aile Sağlığı El Kitabı 83. Baskı, Kayseri, Erciyes Üniversitesi Yayınları.

Pekcan, G. (2017). Beslenme rehberi ve su ayakizi. *Beslenme Diyet Dergisi*, 45(2), 95-98.

Perçin, Z. ve Kurtoğlu, E. (2011). Gebeliğin her üç trimesterindeki maternal serum kalsiyum ve 25-hidroksivitamin D düzeylerinin preeklampsi gelişimi ile ilişkisi. *Deneyisel ve Klinik Tıp Dergisi*, 28(4): 145-149.

Pirdal, H. (2016). Gebelerin gebelik izlenimleri, gebelikleri ile ilgili bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Türk Aile Hekimleri Dergisi*, 20(1),:7-15.

Prasad, A. (2008). The Role of Folic Acid In Promoting Reproductive Health and Pregnancy Outcomes, (Thesis), Boston University School of Medicine, B. A. University of California-Berkeley.

Rousham, E., Clarke, P. ve Gross, H. (2006). Significant changes in physical activity among pregnant women in the UK as assessed by accelerometer and self-reported activity. *Eur J Clin Nutr.* 60(3):393–400.

Ruchat, S.M. ve Mottola, M.F. (2013). The important role of physical activity in the prevention and management of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res.* 29(5):334–46.

Sağlam, F. ve Baysal, A. (1983). Gebelik döneminde annenin beslenme durumu ve bunun yeni doğan bebeğin doğum ağırlığı ve ilk altı aylık dönemde beslenme şekline etkisi. *Beslenme Diyet Dergisi*, 12: 5-18.

Samur, G. (2008). Gebelik ve Emzicilikte Beslenme, TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Genel Müdürlüğü Beslenme Bilgi Serisi, Sağlık Bakanlığı Yayın No:726, s: 25s, Ankara

Sayal, A. (1992). Gebe Kadınların Beslenmeye İlişkin Bilgi ve Alışkanlıklarının Sağlık Durumları Üzerine Etkisi ile Bebek Doğum Ağırlığını Etkileyen Faktörler, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Segal, A. (2011). Iodine Status of Pregnant Haitian- American Women, (Thesis), Boston University School of Medicine, B. A. University of California- Berkeley.

Sözeri, C., Cevahir, R., Sahin, S. ve Semiz, O. 2006. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(2), 94.

Stoltzfus, R.J., Dreyfuss, M.L., Chwaya, H. M. ve Albonico, M. (1997). Hook worm control as a strategy to prevent iron deficiency. *Nutr Rev* 1997, Jun;55 (6):223-232

Stothard, K.J., Tennant, P.W., Bell, R. ve Rankin, J. (2009). Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* ;301(6):636-650.

Şahin, M. ve Yurdakul, M. (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.* 20(1), 80-85.

Şahinli, A. S. (2008). Sigara İçen ve İçmeyen Gebelerin Kord Kanında Oksidatif Stres Faktörleri ve İskemi Modifiye Albümin Düzeylerinin Değerlendirilmesi, (Uzmanlık Tezi), Konya, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Bilim Dalı, S:1-8.

Tatvan, A. (2009). 0-3 Yaş Çocuğu Olan Annelere Yönelik Beslenme Eğitim Programı, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, s: 15-20.

Tayar, M., Korkmaz, N.H. ve Özkeleş, H.E. (2017), *Beslenme İlkeleri*, 4. Baskı, s: 221-226, Bursa: Dora Basım.

Terzioğlu, F. (2016). Doğum Öncesi Bakım (Ed.Taşkın L.) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı, Reaksiyon Matbaacılık, Ankara, p. 157-184.

Tung, C.T., Lee, C.F., Lin, S.S. ve Lin, H.M. (2014). The exercise patterns of pregnant women in Taiwan. J NursRes, 22(4):242-9.

Türkiye ye Özgü Beslenme Rehberi (TÜBER) (2016), T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'ye Özgü Beslenme Rehberi. Sağlık Bakanlığı Yayınları.

Uçar, Z. ve Yılmaz, H. Ö. (2020). Laktasyon döneminde beslenme: Enerji ve Makro Besin Öğeleri. Nutrition in Lactation: Energyand Macro Nutrients J Health Pro Res, 2(1):37-46.

Uğurlu, M. ve Yavan, T. (2019). Preeklampsi, maternal ve fetal etkileri, yönetimi önlenmesine yönelik girişimler ve hemşirenin rolü. Zeynep Kamil Tıp Bülteni, 50(2): 75-81.

Uzdil, Z. ve Özenoğlu, A. (2015). Gebelikte çeşitli besin öğeleri tüketiminin bebek sağlığı üzerine etkileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 4(2):117-121.

Ünver, H. (2014) .Gebelerde Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi (yüksek lisans tezi). Malatya: İnönü Üniversitesi, s:11-13.

Warburton, D.E., Nicol, C.W. ve Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. Can Med Assoc J., 174(6):801-9.

WHO/FAO: 1985. Estimates of energy and protein requirements of adults and children, energy and protein requirements, World Health Organizations, Genevo.

Wilson, R.L., Alison, J.L., Leemeqz, S.Y., Anderson, P.H. ve Grieger, J.A. (2018) , Vitamin D levels in an Australian and New Zealand cohort and the association with pregnancy outcome. BMC Pregnancy Childbirth, 18(1): p. 251.

Yabacı, M. (2019). Gebelikte Beslenme Durumu İle Glukoz Toleransı Arasındaki İlişkinin Araştırılması, (Yüksek Lisans Tezi), İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s:3-7.

Yanık kerem, E. ve Şirin, A. (2007). Gebelikte nikotin replasman tedavisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 20(3): 14-25.

Yavuz, S. ve Aykut, M. (2014). Kayseri Melikgazi Eğitim Araştırma Sağlık Grup Bakanlığı bölgesinde gebe kadınların gebelikte beslenme konusundaki bilgi düzeyleri ve beslenme durumu. Sağlık Bilimleri Dergisi, 23(1): 10-20.

Yüzbir, N. ve Sen, C. (2001). Gebelik ve süt verme döneminde beslenme. Perinatoloji Dergisi, 9(1): -9.

Zhang, Q. (2008). Maternal Anemia and Adverse Pregnancy Outcomes New Brunswick, New Jersey, (Thesis), UMDNJ - School of Public Health, New Brunswick, New Jersey, pp: 20-25.

8. SİMGELER VE KISALTMALAR

AA:	Araşidonik asit
APGAR:	Aktivite, Kalp atışı, Yüz hareketleri, görünüm, solunum(Activity, Pulse, Grimace, Apperance, Respiration)
BMH:	Bazal Metabolik Hız
BKI:	Beden Kitle İndeksi
cm:	Santimetre
DHA:	Dokozahekzonoik Asit
DNA:	Deoksiribo Nükleik Asit
GDM:	Gestayonel Diyabetik Mellitus
kg:	Kilogram
m:	Metre
p:	İstatiksel Anlamlı Fark
PUFA:	Çoklu Doymamış Yağ Asitleri
TÜBER:	Türkiye Beslenme Rehberi
TJOD:	Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği
S:	Sayı
SPSS:	Statistical PackageforSocialSciences
WHO:	Dünya Sağlık Örgütü
$X \pm S X$:	Ortalama
%:	Yüzde

9. EKLER

Ek.1 Etik Kurul Kararı



BURSA ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
ARAŞTIRMA VE YAYIN ETİK KURULLARI
(Sağlık Bilimleri Araştırma ve Yayın Etik Kurulu)
TOPLANTI TUTANAĞI

OTURUM TARİHİ
25 Aralık 2019

OTURUM SAYISI
2019-13

KARAR NO 1: Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nden alınan Veteriner Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa TAYAR'ın danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Emine İlknur AKAC'ın "Gebe Kadınların Beslenme Bilgileri, Beslenme Alışkanlıkları ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri" konulu tez çalışması kapsamında yapılacak anket sorularının değerlendirilmesi.

Yapılan görüşmeler sonunda; Sağlık Bilimleri Enstitüsü Veteriner Besin Hijyeni ve Teknolojisi Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Mustafa TAYAR'ın danışmanlığında bulunan yüksek lisans öğrencisi Emine İlknur AKAC'ın "Gebe Kadınların Beslenme Bilgileri, Beslenme Alışkanlıkları ve Yeni Doğan Üzerine Etkileri" konulu tez çalışması kapsamında uygulanacak anket sorularının, fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metod ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvuruca ait olmak üzere (çalışmaya başlamadan önce anketin uygulanacağı kurum, kuruluş, SUAM Başhekimliği ve klinik sorumlusu vb. gerekli yerlerden yazılı izinlerin alınarak) uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

Prof. Dr. İsmail YILMAZ
Kurul Başkanı

Prof. Dr. İzzet KAHVECİ
Üye

Prof. Dr. Ayşe TOPAL
Üye

Prof. Dr. Berrin TUNCA
Üye

Prof. Dr. Mine Şirol GURUN
Üye

Prof. Dr. Türel ÖZKUL
Üye

Prof. Dr. Nurcan ÖZYAZICIOĞLU
Üye

EK 2 Anket Formu

Gebe Kadınlarının Beslenme Bilgisi, Beslenme Durumu ve Yeni Doğan Üzerine Etkisi Anket Formu

Anket no:

Tarih:

Bu anket formu Bursa Uludağ Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü'nde yürütülmekte olan *“Gebe kadınlarının beslenme bilgisi, beslenme durumu ve yeni doğan üzerine etkisi”* başlıklı yüksek lisans tez çalışması için yapılmaktadır. Sizlerden edinilecek bilgiler tamamen bilimsel amaçlı kullanılacaktır. Katkılarınız bizim için önemlidir. Şimdiden değerli katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz.

Prof.Dr.Mustafa TAYAR

Diyetisyen Emine İlknur AKAÇ

Bursa Uludağ Üniversitesi

Bursa Uludağ Üniversitesi

Gıda Hijyeni ve Teknolojisi Bölümü

Gıda Hijyeni ve Teknolojisi Böl. (Danışman) (Araştırmacı)

I. KİŞİSEL BİLGİLER

YAŞ 18 ve altı ☐ 18-20 ☐ 20-25 ☐ 25-30 ☐ 30-35 ☐ 35-40 ☐ 40 ve Üzeri ☐

ÖĞRENİM DURUMU Okur yazar ☐ İlk öğretim ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐

MESLEK Ev hanımı ☐ İşçi ☐ Memur ☐ Serbest ☐ Diğer ☐

SOSYAL GÜVENCE Yok ☐ Yeşil kart ☐ Bağ-Kur ☐ SSK ☐ Diğer ☐

GELİR DURUMU Düşük ☐ Ortanın altı ☐ Orta ☐ OrtaÜstü ☐ Yüksek ☐

II: GEBELİK BİLGİLERİ

Boy uzunluğu (m)	Vücut ağırlığı (kg)		BKI: (kg/m ²)
	Gebelik öncesi	Gebelikte (şu an)	

Eş ile akrabalık durumu : Yok ☐ Var ☐

Kronik bir rahatsızlık : Yok ☐ Var ☐ Belirtiniz.....

Şu anda (gebelikte) ilaç kullandınız mı? : Hayır ☐ Evet ☐
Belirtiniz.....

Önceki gebeliklerinizde sorun yaşadınız mı? : Hayır ☐ Evet ☐
Belirtiniz.....

Kaç yaşında evlendiniz ?	İlk gebelik yaşı kaç?
Ailenize kaç kişi yaşıyor?	Bu kaçınıcı gebeliğiniz?
Şu anda çocuğunuz var mı?	Gebeliğinizin kaçınıcı haftasındasınız?
Çocukların yaşları nedir?	

Zararlı alışkanlıklar

Yaşamınız boyunca hiç sigara kullandınız mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Halen sigara içiyor musunuz?	Evet, her gün en az bir tane veya daha fazla ☐ Evet, her gün olmamakla birlikte ara sıra ☐ İçerim
Şimdiye kadar hiç alkol kullandınız mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Halen alkol kullanıyor musunuz?	Evet, her gün en az bir bardak/kadeh içiyorum Evet, ayda bir kaç kez Evet, yılda bir kaç kez Bıraktım, artık hiç içmiyorum

Beslenme/Egzersiz alışkanlıkları

Öğün atlıyor musunuz?	Evet ☐ Hangi Öğün: Hayır ☐
Şimdiye kadar altı ay veya daha uzun süre günde en az bir tane olmak üzere sigara içtiniz mi?	Evet ☐ Hayır ☐
Gece yemek yeme/atıştırma alışkanlığınız var mı?	Evet ☐ Hayır ☐
Gebelik süresince günlük beslenmenize ilave yapıyor musunuz?	Evet ☐ Hayır ☐
Günde kaç bardak su içersiniz?	1-2 ☐ 3-4 ☐ 5-6 ☐ 7-8 ☐ 9 ve üzeri ☐
Gebelik süresince iştahınızda bir değişme oldu mu?	Hayır ☐ Evet ☐ Arttı ☐ Azaldı ☐
Gebelik boyunca bulantı ve kusmanız	Evet ☐

oldu mu?	Hayır ☐
Gebeliğiniz süresince yiyecek olmayan herhangi bir madde yediniz mi?	Evet ☐ Belirtin: Hayır ☐
Beslenme bilgilerini hangi kaynaktan alıyorsunuz?	Televizyon ☐ Gazete-Dergi ☐ İnternet ☐ Arkadaş/Akraba ☐ Sağlık Personeli ☐ Diğer ☐ Belirtiniz:
TV-Radyo, promosyonlar vb. ile yapılan reklamların beslenmeniz üzerine etkisi oluyor mu?	Evet ☐ Hayır ☐ Bazen ☐
Haftada kaç gün yürüyüş vb. egzersiz/aktivite yaparsınız?	Hiç yapmam ☐ 1-2 gün/hafta ☐ 3-4 gün hafta ☐ Her gün ☐
Eğer egzersiz/aktivite yaparsanız ne kadar süre harcarsınız?	10-30dakika ☐ 30-60 dakika ☐ 60 dakikadan fazla ☐

BESİN TÜKETİM SIKLIĞI (Son 3 ay için değerlendirme yapılacaktır)

BESİNLER	Her öğün	Her gün	Haftada 1-2 kez	Haftada 3-4 kez	15 günde bir	Ayda bir	Hiç
Süt grubu besinler							
Et grubu besinler							
Sebze-Meyveler							
Tahıl grubu besinler							
Yağlar ve Şekerler							
Hazır gıdalar							

SORU NO	Gebelikte beslenme konusuna ilişkin bilgiler	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Fikrim Yok	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1.	Gebelik süresince tüketilen gıdalar bebeği etkiler	()	()	()	()	()
2.	Anemi (kansızlık) doğru beslenme ile düzeltilebilir	()	()	()	()	()
3.	Gebelikte günde en az 3-4 porsiyon süt ve süt ürünleri tüketilmelidir.	()	()	()	()	()
4.	Hazır yiyecek ve içeceklerin tüketilmesi sakıncalı değildir	()	()	()	()	()

5.	Fazla tüketilen çay veya kahve kansızlığa neden olur	()	()	()	()	()
6.	Sağlıklı bir gebelik için vitamin- mineral ilavesine gerek yoktur.	()	()	()	()	()
7.	Gebelik süresince anne yeterli kilo almazsa bebek büyük ihtimalle küçük ve zayıf doğar	()	()	()	()	()
8.	Gebelik süresince posalı besinlerin tüketilmesine kabızlığa iyi gelir	()	()	()	()	()
9.	Et tüketilemiyorsa, kurubaklagil ve yumurta ile bu açık kapatılabilir.	()	()	()	()	()
10.	Gebelik süresince günde en az 4 öğün yemek yenmelidir (veya az az sık sık beslenmelidir)	()	()	()	()	()
11.	İyot yetersizliği, zihinsel kapasiteyi olumsuz etkileyebilir.	()	()	()	()	()
12.	Gebe bir kadının gebeliği süresince alabildiği kadar kilo almasının sakıncası yoktur.	()	()	()	()	()
13.	Gebelikte mide bulantılarını önlemek amacı ile leblebi, kraker vb tüketmek doğrudur.	()	()	()	()	()
14.	Gebelikte tuz alımının kısıtlanması gerekli değildir.	()	()	()	()	()
15.	Gebelikte şekerli gıdaların fazla tüketilmesinin sakıncası yoktur.	()	()	()	()	()
16.	Hangi ayda başlanırsa başlansın inek sütü sulandırılmamalıdır.	()	()	()	()	()
17.	Doğumdan sonra bebeğe ilk olarak şekerli su verilmelidir.	()	()	()	()	()
18.	Bebek doğumdan hemen sonra emzirilmelidir.	()	()	()	()	()
19.	Bebek için en yararlı gıda anne sütüdür.	()	()	()	()	()
20.	Yumurta birinci aydan itibaren bebeğe verilebilir.	()	()	()	()	()

ANKET

(YENİ DOĞAN HAKKINDA TANIMLAYICI BİLGİLER)

Bebeğin doğum tarihi		../../ 2020	
Bebeğin	Doğum Boyu (cm)	Doğum ağırlığı (kg)	

Bebegin cinsiyeti	Kız	☐	
	Erkek	☐	
Doğum şekli	Normal	☐	
	Sezaryen	☐	
	Diğer	☐	
Bebegin doğum zamanı	Miyadında doğdu (38 hafta)	☐	
	Erken doğdu	☐ Gün/hafta önce	
	Miyadından sonra doğdu	☐ Gün/hafta sonra	
Bebekte anomali var mı?	Hayır	☐	
	Evet	☐ Belirtiniz:	
Bebegin refleksleri	Normal	☐	
	Yetersiz	☐	
Bebegin vücut ölçümleri	1-2 .gün	14-15.gün	29-30.gün
Boy uzunluğu			
Vücut ağırlığı			
Baş çevresi			

10. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimime değerli katkılarından dolayı Bursa Uludağ Üniversitesi Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi A.B.D. öğretim üyelerine,

Çalışmanın yapılmasındaki katkılarından dolayı, tezimin oluşumunda beni özgür bırakarak eğitim sürecimin her noktasında beni motive eden, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tez danışmanın ve değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa Tayar'a,

Tez çalışmamın gerçekleşmesi için gerekli izin belgesini almamda yardımcı olan ablam Doktor Fatma Betül Akaç'a

Çalışmanın uygulanmasında gerekli desteği sağlayan Tuna Aile Sağlığı Merkezi ebeleri Hatice Altın, Elmas Özen, Gülay İpek, Melek Maraz'a ve Tuna Aile Sağlığı Merkezine başvuran gebelere

En büyük destekçim, bugünlere ulaşmamda emeği çok olan aileme sürecimdeki desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim.

11. ÖZGEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Emine İlknur Akaç

EĞİTİM BİLGİLERİ

Yüksek Lisans: Uludağ Üniversitesi - Veteriner Fakültesi Besin Hijyeni ve Teknolojisi ABD. 2018- Halen

Lisans: Şifa Üniversitesi - Beslenme ve Diyetetik 2011- 2015

Lise: Meltem Koleji Lisesi 2006- 2010

İŞ DENEYİMİ

Çanakkale-Gökçeada Devlet Hastanesi, Ocak 2020 – Halen