

**T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**DOĞUM SONU DÖNEMDE EŞ DESTEĞİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Ayşe Sevim AKBAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

2014- ISPARTA

T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DOĞUM SONU DÖNEMDE EŞ DESTEĞİNİN YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Ayşe Sevim AKBAY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

Tez No: 128

2015- ISPARTA

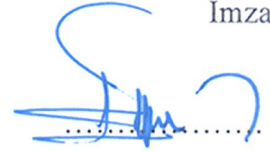
KABUL ve ONAY SAYFASI

Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne;

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans** Çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/01/2015

İmza



Tez Danışman: Doç Dr. Emel TAŞCI DURAN

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Üye : Yrd. Doç. Dr Esin ÇETİNKAYA USLUSOY

Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



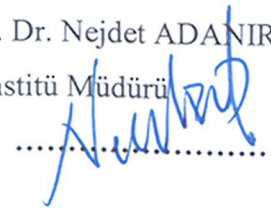
Üye : Yrd. Doç. Dr. Medet KORKMAZ

SANKO Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi



ONAY: Bu yüksek lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Nejdet ADANIR
Enstitü Müdürü



BEYAN

“Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin Yaşam Kalitesine Etkisi” adlı Yüksek Lisans tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi’ne uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Ayşe Sevim AKBAY

İmza



Danışman

Emel TAŞÇI DURAN

İmza



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım; Sayın Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN'a

Tez dönemim boyunca bana destek olan yakın arkadaşlarım;

Sayın Arş. Gör Sevgi DENİZ ve Sayın Arş. Gör. Gazi KISA'ya,

Araştırmama katılan tüm lohusalara,

Sağlık Bilimleri Enstitüsüne,

Koşulsuz sevgi ve destekleriyle beni hiç yalnız bırakmayan bana güvenen canım aileme sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım.

Ayşe Sevim AKBAY

ISPARTA - 2015

Aileme ithaf ediyorum

İÇİNDEKİLER

KABUL ve ONAY SAYFASI	iii
ÖNSÖZ	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR DİZİNİ	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)	1
1.2. Araştırmanın Amacı	2
1.3. Hipotez (Denence).....	2
1.4. Varsayımlar	3
1.5. Araştırmanın Önemi	3
1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler.....	3
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Doğum Eylemi	5
2.2. Doğum Sonu (Postpartum) Dönem	5
2.2.1. İnvölüsyon Süreci	6
2.2.2. Rejenerasyon Süreci	6
2.2.3. Laktasyon Süreci	7
2.2.4. Doğum Sonu Dönemdeki Ruhsal Değişimler.....	7
2.2.4.1. Annelik hüznü	8
2.2.4.2. Postpartum Depresyon	8
2.2.4.2.1. Belirtiler	9
2.2.4.3. Postpartum Psikoz.....	9
2.3. Sosyal Destek Kavramı	10
2.3.1. Sosyal Destek Modelleri.....	12
2.3.1.1. Stres Tampon Modeli.....	13
2.3.1.2. Doğrudan Etkiler Modeli	13
2.3.1.3. Dolaylı Etkiler Modeli	13
2.3.1.4. İlişki Süreçleri Perspektifi Modeli	13
2.4. Eş Desteği.....	14
2.4.1. Postpartum Dönemde Eş Desteği	16
2.5. Yaşam Kalitesi	16

2.5.1. Tarihçe	17
2.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçütleri	18
2.5.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi.....	19
2.5.4. Sağlık Durumu, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi	20
2.5.5. Doğum Sonu Dönemde Kadınlarda Yaşam Kalitesi	20
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi	23
3.2. Kullanılan Gereçler	23
3.2.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu	23
3.2.2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (Maternal Postpartum Quality Of Life Questionnaire).....	23
3.2.2.1. DSYKÖ'nün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği	24
3.2.3. Eş Destek Ölçeği	24
3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.4. Araştırmanın Evreni	25
3.5. Araştırmanın Örneklemi.....	25
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi.....	26
3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri	26
3.8. Etik Açıklamalar.....	27
4. BULGULAR	28
4.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Dağılımı	28
4.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Skorlarının Karşılaştırılması.....	34
4.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği ve Eş Desteği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları.....	43
5. TARTIŞMA	66
5.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	66
5.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	70
5.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği ve Eş Desteği Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması	75
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	80
6.1. Sonuçlar.....	80
6.1.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlere İlişkin Sonuçlar.....	80

6.1.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Ölçeğine İlişkin Sonuçları.....	81
6.1.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Sonuçları	83
6.2. Öneriler.....	85
ÖZET.....	87
ABSTRACT	88
KAYNAKLAR	89
BEYAN.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	97
EKLER.....	98
Ek 1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu	98
Ek 2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ).....	101
Ek 3. Eş Destek Ölçeği (EDÖ).....	105
Ek 4. Etik Kurul Kararı	107
Ek 5. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı	109
Ek 6. TC Isparta Halk Sağlığı Müdürlüğü İzni	110
Ek 7. Eş Desteği Ölçeği İzni	111
Ek 8. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni.....	112

KISALTMALAR DİZİNİ

YK	: Yaşam Kalitesi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EDÖ	: Eş Desteği Ölçeği
DÖB	: Doğum Öncesi Bakım
DSYKÖ	: Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği
Ark	: Arkadaşları
KMO	: Kaiser Meyer Olkin
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
r	: Korelasyon Katsayısı
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Lohusaların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı ..	28
Tablo 2. Lohusaların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı.....	30
Tablo 3. Lohusaları Yardım Alma, Evlilik ve Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı..	32
Tablo 4. Lohusaların ve Eşlerinin Yaş, Eğitim Durumu ve Meslek Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	34
Tablo 5. Lohusaların Sosyal Güvence, Aylık Gelir, Aile Tipi ve Evlilik Süresi Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	36
Tablo 6. Lohusaların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Doğum Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması	38
Tablo 7. Lohusaların Yardım Alma, Evlilik ve Sağlık Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması.....	40
Tablo 8. Lohusaların Yaş Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutlarının Skorlarının Karşılaştırılması	43
Tablo 9. Lohusaların ve Eşlerinin Eğitim Durumlarının Eş Desteği ve Alt Boyutlarının Skorlarının Karşılaştırılması	44
Tablo 10. Lohusaların ve Eşlerinin Meslek Durumlarının Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması	46
Tablo 11. Lohusaların Sosyal Güvencesi ve Evin Aylık Gelirinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması	48
Tablo 12. Lohusaların Aile Tipi ve Evlilik Sürelerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması	50
Tablo 13. Lohusaların Doğum Sonu Döneme Yönelik Bilgi Alma ve Gebelik Muayene Sayısı Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması	52
Tablo 14. Lohusaların Doğum Şekli ve Gebeliği İsteyip İstememe Durumu Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması	54
Tablo 15. Lohusaların Gebelik Sayısı, Doğum Sonu Haftası ve Yaşayan Çocuk Sayısı Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması	56
Tablo 16. Lohusaları Yardım Alma Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 17. Lohusaların Evlilik Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 18. Lohusaların Sağlık Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 19. Eş Desteği İle Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi	65

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu (Problem)

Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde son derece önemli bir dönüm noktası olan ve insan ömrü dikkate alındığında ailenin yaşamında oldukça kısa bir dönemi kapsayan doğum sonu dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlere neden olur (1). Bu dönem kadınlar için aslında yaşam sürecinde çok normal bir durumdur. Ama lohusadaki hem bedensel hem de ruhsal yönden değişimler hastalık ve sağlık arasındaki çizgiyi daraltır (2). Çünkü kadınların ruhsal durumu eğitim düzeyi, aile içindeki ilişkiler, ailenin sosyo ekonomik düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin istenen/istenmeyen bir gebelik olması, eşi ile ilişkilerinden, gebelikte yaşanan sorunlar gibi birçok faktör ve olaydan etkilenebilmektedir (3).

Doğum ve doğum sonrası dönem önemli biyolojik değişikliklerin yaşandığı bir süreç olmasının yanı sıra aynı zamanda kompleks psikolojik bir süreçtir (4). Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin dahil olması sebebiyle yeni bir düzen anlamına gelmektedir. Bu dönem lohusa için bebeğine, doğum sonu rahatsızlıklara, yeni düzene ve vücut imgesindeki değişikliklere adapte olmak zorunda olması sebebiyle oldukça zordur (5).

Çocuk sahibi olan eşler, sosyal hayatlarında da değişiklikler yaşamaya başlarlar. Lohusa, doğum öncesi dönemde çalışıyorduyorsa belli bir süreliğine iş hayatını geri plana itmek zorunda kalır. Bu durum da lohusada çoğunlukla strese yol açar (5).

Her ne kadar doğum sonu dönem erkekler açısından da stresli ve sıkıntılı bir süreç olsa da elbette lohusada neden olduğu etkiler kadar yoğun değildir. Kadınlar bu dönemde bilhassa eş desteği beklentisi içerisindedir. Eş desteğinin yeterli olmaması, kadınların fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde negatif bir etki gösterir (6). Eş desteğinin yeterli düzeyde olmaması durumunda eşler arasındaki ilişkide de

memnuniyetsizlik ortaya çıkmakta, lohusanın psikolojik durumunun yanında ebeveyn davranışları da negatif yönde etkilenmektedir (7).

Şayet aile içi iletişim kuvvetliyse bu dönem çok kolay ve sağlıklı bir şekilde atlatılabilir. Kuvvetli bir iletişimin olduğu ailede kadın ve eşi için aileye yeni dahil olan bebekleri bir doyum kaynağı olmakta ve dolayısıyla da aile bağı daha da güçlü hale gelmektedir. Fakat bu dönemde artan ve değişen etkileşim aynı zamanda önemli ve göz ardı edilmemesi gereken bir stres kaynağı da olabilir. Çünkü eşlerin ilişkilerindeki mevcut düzen bozulmuş, birbirlerinden beklentileri farklılaşmış, bunların yanı sıra rol ve sorumlulukları da artmıştır (5). Ortaya çıkan bu tür durumlarla mücadele edebilmek için ailenin gebelik döneminden itibaren son derece iyi hazırlanması ve aile bireylerinin birbirlerine destek olması önem arz eder (1).

Yeni doğum yapan kadınlar için doğum sonu dönem lohusanın yaşam kalitesini etkileyen fiziksel, emosyonel ve sosyal değişimlerin olduğu bir zaman sürecidir (1, 8). Doğum sonu dönemdeki problemlerin zamanında ve doğru bir şekilde tespitinde geç kalınması, göz ardı edilmesi sorunların kronikleşmelerine yol açarak kadınların yaşam kalitelerini düşürebileceği saptanmıştır (9). Ayrıca; bu dönemde; yeni rollerle baş edememe, fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulması lohusanın yaşam kalitesi üzerinde büyük bir negatif etki yapar (10).

1.2. Araştırmanın Amacı

Araştırma, lohusaların doğum sonrası döneminde eş desteğinin yaşam kalitesine etkisinin araştırılması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

1.3. Hipotez (Denence)

H1: Doğum sonu eş desteğinin yaşam kalitesine etkisi vardır.

1.4. Varsayımlar

Araştırmaya katılan bireylerin Tanımlayıcı Özellikler Veri Formunu, Eş Destek Ölçeği'ni ve Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'ni gerçekçi ve objektif bir şekilde doldurdıkları varsayılmıştır.

1.5. Araştırmanın Önemi

Yaşam kalitesi tanımı günümüzde artık pek çok spesifik tıbbi durum için değerlendirilen önemli bir sağlık çıktısıdır (8). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanımda yaşam kalitesi, "bireyin yaşadığı kültürel çevrenin içinde bulunan değer yargıları, kendi amaçları, hayattan beklentileri, yaşam standartları ve ilgileri doğrultusunda, yaşam içinde kendi durumunu algılama şekli olarak ifade edilmektedir (11, 12).

İnsan, doğası gereği sosyal varlıklar olup sürekli olarak birbirlerine ihtiyaç duyarlar. Bu bağlamda aile ortamı, karı-koca arasındaki ilişki son derece önemlidir. Bilhassa insan yaşamında son derece önemli bir dönüm noktası olan doğum sonu dönemde bu destek daha da önemli hale gelmektedir; çünkü lohusa pek çok değişikliklerle karşılaşacak ve yaşam kalitesi etkilenecektir. Bu dönemde eş desteğinin lohusanın yaşam kalitesine önemli etkisi olacaktır; bu yüzden eşler lohusaya destek konusunda bilinçlendirilmelidir. Çünkü lohusanın yaşam kalitesi yükseldikçe daha sağlıklı ve mutlu olabilir.

1.6. Sınırlılıklar ve Karşılaşılan Güçlükler

Araştırma bulguları, çalışmanın yürütüldüğü Isparta merkezdeki aile sağlığı merkezlerine kayıtlı 4-6 hafta arası lohusaların verdiği cevaplarla sınırlıdır. Isparta merkez aile sağlığı merkezlerinden herhangi birine kayıtlı olmayan, eşi yanında olmayan, sağlık sıkıntısı nedeniyle kendisi ya da bebeği hastanede olan, 4. haftadan önce olan ve 6. haftayı geçen lohusalar çalışmaya alınmamıştır. Aile sağlığı merkezlerinde aşuların belirli bir gün ya da saatte yapılmaması nedeniyle bazı

lohusalarla karşılaşılamaması, aile sağlığı merkezlerinde karşılaşılan lohusaların görüşmeyi kabul etmemeleri; ayrıca ev ziyareti düzenlenen lohusaların evlerinde bulunamamaları gibi güçlüklerle karşılaşılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Doğum Eylemi

Doğum eyleminin çok sayıda tanımı söz konusudur. Bunlardan bazıları şu şekildedir; doğum eylemi, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusun dış ortama atıldığı bir süreçtir (5). Bir diğer tanıma göre doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine veya plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak ayrılması ya da çıkarılması olayıdır (13).

Doğal bir doğum eylemi; uterusun fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği zamanda gerçekleşir (5). Bununla birlikte doğal bir doğum eyleminin gerçekleşebilmesi için aşağıdaki gibi bazı şartlar bulunmaktadır:

- Fetüs canlı ve tek olmalı,
- Fetüs ile pelvis arasında uyumsuzluk olmamalı,
- Fetüs baş prezantasyonunda olmalı,
- Doğum ağrıları spontan olarak başlamalı ve düzen içerisinde devam etmeli,
- Doğum eylemi termde gerçekleşmeli,
- Doğum süresince 500cc'nin üzerinde kan kaybedilmemeli,

Anne ve fetüsün sağlığını negatif yönde etkileyecek komplikasyonlar olmamalıdır. Şayet çoğul gebelik ise, fetüs ölü ise ya da doğum ağrılarının başlaması için indüksiyon yapılmış ise doğal bir doğumdan söz edilemez (14).

Sezaryan; karın ve uterus ön duvarına yapılan insizyonlarda fetusun, plasentanın ve zarların çıkartılmasıdır (15).

2.2. Doğum Sonu (Postpartum) Dönem

Doğum eylemi gerçekleştikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonraki 6 ile 7 haftalık doğum sonu (postpartum, puerperium, lohusalık) dönem başlar (5, 7). Bu dönemde gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişiklikler ortadan kalkar ve vücut gebelik öncesi haline döner. Bu dönemde; annede ayrıca çok

sayıdaki fizyolojik değişikliklerin yanında psikolojik değişiklikler de gerçekleşir. Annenin bütün sistemlerinin doğumdan önceki haline dönebilmesi için 6 ile 12 hafta gerekir (16). Bunun yanı sıra doğumla ilgili bazı sorunlar 6 haftadan daha uzun sürebilir. Doğum sonu dönem;

Doğum sonrası: Doğumu takip eden ilk 24 saat

Erken lohusalık: Doğumu izleyen ilk 10 günlük dönem

Geç lohusalık: Vücudun normale döndüğü, genital organlarda involsyonun geliştiği, adetleri geri döndüğü, emzirmeyen kadında 6 hafta, emziren kadında ise aylarca devam eden bir süreci tanımlar

Doğum sonu dönemde organizmadaki önemli olaylar aşağıda başlıklar halinde kısaca açıklanmıştır (17).

2.2.1. İnvolsyon Süreci

Bütün gebelik süresince organizmada ortaya çıkan değişikliklerin gerilemesi ve dolayısıyla da organizmanın gebelik öncesi durumuna dönmesi involüsyon olarak adlandırılmaktadır. Bütün sistemlerde görülmekle birlikte en açık Şekilde rogenital sistemde ve uterusu gerçekleşir (14).

Gebelikte uterus normal olması gereken ağırlığının yaklaşık 10 katına çıkararak 1.000 grama ulaşır. Doğumdan hemen sonra uterus ortalama 1000 gram ağırlıkta olup 20. gebelik haftasındaki yükseklikte yani umblikus düzeyindedir. Doğum sonu 1. haftanın sonunda 12 haftalık gebelik büyüklüğüne geriler ve simfiz pubis altından oldukça zor palpe edilir. Uterus involüsyonu uterus kontraksiyonları ile gerçekleşir. Uterusun involüsyonu 6 haftada tamamlanır. Plasentanın gebelik esnasında yerleştiği alanda yenilenme işlemi doğum sonrası 6. haftaya kadar devam eder (18).

2.2.2. Rejenerasyon Süreci

Doğum eyleminin gerçekleşmesinden sonra endometrium gebelik öncesi fonksiyonlarına hazırlanır. Doğumdan sonra plasentanın ayrıldığı bölge kanayan bir yara görünümü alır ve 2-3 gün içerisinde de iyileşmeye başlar ki bu bölge vajinal yoldan akıntı Şeklinde atılır, bu akıntı 'loşia' olarak adlandırılır. 3 tip Loşia vardır (5).

Loşa rubra (kırmızı loşa): Kan, doku artıkları ve desiduadan oluşur (18). Ortalama 1-3 gün kadar devam eder (5).

Loşa seroza (seröz loşa): Doğumdan sonraki 3-10 gün devam eder. Pembemsi seröz bir görünümündedir. İçinde epitel hücreler, eritrositler, lökositler, mikroorganizmalar ve vajinal transuda mevcuttur (19).

Loşa alba (beyaz loşa): Doğum sonrası 2. ve 3. haftada ortaya çıkan kalın, mukoid, sarımsı-beyaz akıntıdır.

Doğumdan sonraki 5. ve 6. haftalarda plasentanın ayrıldığı bölgenin tam manasıyla iyileşmesi sonucunda loşa tarzı akıntılar da son bulur (18).

2.2.3. Laktasyon Süreci

Doğum eyleminin gerçekleşmesinin ardından meme dokusundan süt gelmesi ile başlayan dönem 'laktasyon' dönemi olarak adlandırılır. Gebelikle birlikte plasentadan giderek artan düzeyde salgılanan östrojen ve progesteron ile plasental laktojenik hormonun etkisi sonucunda meme dokusu bu döneme hazırlanır (5).

2.2.4. Doğum Sonu Dönemdeki Ruhsal Değişimler

Doğum sonu dönemde annede genital organlar gebelik öncesi durumuna dönerken endokrin sistemde de artan östrojen, progesteron, kortizon seviyeleri gebelik öncesi düzeylerine iner. Bu dönemde fizyolojik ve anatomik değişimlerle birlikte anne yeni rollerin ve sorumlulukların üstlenildiği oldukça zorlu bir süreç yaşar (20). Çünkü yeni bir bebeğin dünyaya gelmesi genellikle mutlu ve doyurucu bir yaşantı olmasına rağmen, lohusaların bazıları duygusal sorunlar yaşamaktadır (21, 22).

Kadınlar bu yeni sorumluluklarını öğrenmek, bebek ile iletişim kurmak, bebeğe bakım vermek, bebek ile ilgili sorunlarla mücadele etmek zorundadır (20); ayrıca uyku düzeninin bozulması, uykusuzluk, alışılmamış olaylar, eşi ve diğer çocuklarıyla ilgili anksiyete, hafif depresyon yaşar (5). Gebelikte ve doğum sonrası dönemlerde meydana gelen değişiklikler, gebenin çeşitli problemler yaşamasına ve sağlık düzeyinin bozulmasına sebep olabilir (23).

Doğum sonrası dönemde meydana gelen psikiyatrik sendromların sınırları çok net belirlenmemiş olmakla birlikte, bu sendromlar belirtilerine, sağaltımlarına ve prognozlarına göre tanımlanarak, annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon (PPD) ve doğum sonrası psikoz olmak üzere bağliça üç tanısai kategori altında toplanmaktadır (21, 22).

Stresli durumların arttığı bu dönemde kadınlara yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler (7). Fiziksel ve ruhsal sağlığın bozulması da yaşam kalitesi üzerinde önemli derecede negatif etki yaratır (10).

2.2.4.1. Annelik hüznü

Postpartum dönemde annelik hüznü yeni annelerin % 50-80 gibi önemli bir kısmını etkileyen ve en sık oluşan doğum komplikasyonlarından biridir (4,24). Bu ruhsal durum doğumdan sonraki ilk 3-5 gün içinde çok yoğun olarak yaşanır ve genelde 10.günde geçmektedir (20, 25, 26).

Annelik hüznü belirtileri olarak; labilite, depresyon, eleştiriye aşırı duyarlılık, ağlama, iritabilite, anksiyete, yorgunluk, uyku bozuklukları ve dikkat dağınıklığı, hayal kırıklığı sorunlarının görüldüğü nispeten hafif bir bozukluktur (4, 20, 24, 25, 26).

Annelik hüznü gebelik sonrası beklenen ve hatta geçici bir durum olarak görülse de; sosyal ve profesyonel destek almayan lohusalarda bu durum ilerleyerek depresyona ve ileri dönemde psikoza neden olabilmektedir. Annelik hüznü gelişen kadınların % 20' sinde postpartum depresyon görüldüğü ifade edilmektedir (27).

2.2.4.2. Postpartum Depresyon

Depresyonun kadınlarda hayat boyu prevalansı % 10-25 olarak bildirilmekte olup bu oran erkeklerdekinin 1.5-3 katıdır (28). Kadınlarda depresyon sıklığının en yüksek düzeye ulaştığı yaşlar doğurganlık yaşlarıdır (28). Dünya genelinde gebelikte depresyon prevalansı % 7-26 olarak bildirilirken (28, 29) postpartum dönemde depresyon prevalansı araştırmalarda kullanılan tanı yöntemlerine göre farklılık göstererek % 3.5-4 arasında değişmektedir (28, 30, 31, 32, 33). Ülkemizde ise bu

oran % 6.3-50.7'dir (34- 40). Depresyonu olan kadınların % 26'sı bu hastalıkla gebelik sırasında, % 45-65'i ise postpartum dönemde karşılaşmaktadır (28). Postpartum depresyon dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur ve doğum sonrası depresyon sıklığının özellikle gelişen ülkelerde gelişmiş ülkelerdeki sayıdan üç kat daha fazla olduğu belgindir (41).

Çalışmalar sonucunda postpartum depresyonun risk faktörleri olarak, doğum sonu hormon düzeylerinde oluşan değişiklikler, prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı, geçirilmiş depresyon öyküsü, erken yaş, çocuk bakımında meydana gelen sorunlar, sosyal destek eksikliği, stresli yaşam olayları, annelik hüznü, evlilikteki olumsuz ilişkiler, düşük benlik saygısı, evlilik ilişkisinin zayıf olması, beden imgesinde değişiklikler, sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması ve gebeliğin istenmeme durumu olarak gösterilmektedir (42- 44).

2.2.4.2.1. Belirtiler

Doğumun en fazla karşılaşılan komplikasyonlarından birisi olarak nitelendirilen postpartum depresyon (the diagnostic and statistical manual of mental disorders) DSM-IV'de doğumu takip eden 4 hafta içerisinde ortaya çıkan major depresyon atağı olarak tanımlanmaktadır (45). Doğumdan sonraki 1 yıl postpartum depresyon için risk dönemi olarak kabul edilmekte (32) olup bu risk doğumdan sonraki 2 yıl boyunca devam etmektedir (46).

Depresyon tanısı koymak için en az 2 hafta boyunca depresif ruh hali ya da aktivitelere ilgi ve zevk kaybı olması gerekir. Bunlara ek olarak uyku bozukluğu, iştah bozuklukları, enerji kaybı, değersizlik ya da suçluluk hissi, konsantrasyonda azalma ve intihar düşüncesi olabilir (36, 47).

2.2.4.3. Postpartum Psikoz

Bu ruhsal hastalığın sebebi biyolojik etkenlere dayandığı için lohusalık depresyonundan farklı olarak düşünülür. Gençlerde, primiparlarda ve daha önce ruhsal bozukluk geçirenlerde daha sık görülür. Öz kıyım riski nedeniyle hızlı ve etkili bir biçimde tedavi edilmelidir (48).

Genel itibariyle doğumdan 2 hafta sonra başlar. Doğum sonrası psikoz sıklıkla depresyon, hezeyanlar ve lohusada kendisine yahut bebeğine zarar verme düşünceleri ile belirli bir sendromdur. Bu dönemde bazı kadınlar belirtilen bu düşüncelerini eyleme dönüştürebilmektedirler. Eldeki verilerin büyük bölümü doğum sonrası psikoz ile bilhassa bipolar bozukluklar ve majör depresif bozukluk gibi duygu durum bozuklukları arasında sıkı bir ilişki olduğunu düşündürmektedir (49). Şizofreni veya bipolar bozukluk öyküsü olan kadınlar yüksek risk altındadırlar (48).

Doğum sonrası psikoz, doğum sonu dönemde % 0.1-0.2 oranında görülebilmektedir (48). Psikoz, primipar kadınlarda ve daha önce ruhsal hastalık geçirenlerde daha sık ortaya çıkar (50). Doğum sonrası psikozu olan hastaların akrabalarındaki duygu durum bozukluk sıklığı, duygu durum bozukluğu olan hastaların akrabalarındaki sıklığa benzerdir (49, 51).

Klinik olarak hastalar yorgunluk, uykusuzluk ve dinlenemeden yakınırırlar. Ağlama, duygusal oynaklık dönemleri olabilir. Daha sonra şüphecilik, konfüzyon, dezorganize davranışlar, depersonalizasyon, dezoryantasyon, duygu durumda artış veya şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığı ile ilgili obsesif düşünceler ortaya çıkabilir. Sanrılar (hezeyan) tüm hastaların yaklaşık % 50'sinde, varsanılar (halüsinasyon) ise % 25'inde ortaya çıkar (49).

2.3. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek kavramı bütün sosyal bilim alanlarında, hatta tıp alanında incelenen ve hayatın her yönüne etkisi olduğu kabul edilen son derece önemli bir kavramdır. Çünkü sosyal destek, bireylerin beden sağlığının yanı sıra ruh sağlığı ve dolayısıyla da başarısı ile ilişkilidir. Bunların yanı sıra bireylerin yaşamış olduğu olumsuz olaylar ve strese karşı da önemli bir tampon vazifesi görerek bireyleri korumaktadır (52).

Genel olarak sosyal destek; yaşam deneyimlerini paylaşmayla ilgili duygusal ilgi, ihtiyacı olan kişiye doğrudan yardım ve ihtiyaçlarının karşılanması, kişinin sorunları için bilgi, öneri, tavsiye ve değerlendirme gibi yapıcı geri bildirimleri içeren bir kavram olarak anlaşılabilir (53).

Sosyal destek kavramıyla ilgili literatürde de farklı tanımlamalar söz konusudur. Caplan (1973)'e göre sosyal destek, insanların duygusal sorunları ile mücadele edebilmeleri için gerekli olan, stres kaynağı durumlarda maddi ve manevi kaynakları sağlayan ve kişinin görevlerini paylaşan yakınlarından almış olduğu destektir (54).

Yıldırım (1997) sosyal desteği, bireyin çevresinden elde ettiği sosyal ve psikolojik dayanak olarak ele alınmıştır. Yine Yıldırım (2004)'a göre sosyal destek, bireye öğüt ve bilgi verme, duygusal destek, maddi yardım, takdir, bireyin sorunlarla başa çıkmasına yardım etme, bireye model olma şeklinde olabilmektedir (55).

Literatürdeki sosyal destek tanımları incelendiğinde araştırmacıların genellikle bu kavramın tanımlarını sosyal desteği alan kişi açısından yaptıkları görülmektedir. Fakat sosyal desteğin bireyin psikolojik çevresine değinilmeden tanımlanması çok doğru değildir. Bu nedenle bireyin psikolojik çevresi, sosyal desteğin en önemli belirleyici unsurlarından birisidir. Psikolojik çevre kavramını ortaya ilk atan kişi Kurt Lewin'dir.

Lewin matematikteki topoloji kuramından etkilenerek oluşturduğu alan teorisinde bireylerin sosyal çevrelerini şemalarla resmetmiş, bunu yaparken de vektörler (içgüdüler), kuvvetler (içgüdünün şiddeti), sınırlar (içgüdünün nesnesinin bulunduğu sınırlar) ve bölgeler kullanmıştır. Örneğin küçük dairelerle kişileri, büyük daire ile küçük daireler arasındaki bölge ile de psikolojik çevreyi resmetmiştir. Bu psikolojik çevre, fiziksel-gerçek çevrenin birebir karşılığı olmayıp, kişinin algıladığı çevre olmaktadır (56).

Davranışlar insanların psikolojik çevreleri içerisinde olduğu için bireye yeni davranışlar kazandırmak ya da bireylerin sergilemiş olduğu olumsuz davranışları yok etmek için onun psikolojik çevresi içinde bazı değişiklikler gerekmektedir. Bu bağlamda bireyin sosyal destek sistemi onun psikolojik çevresi içinde yer almaktadır (57).

Sosyal destek türleri House (1981) tarafından duygusal destek, kişisel performansını takdir etme desteği, bilgi desteği ve araçsal destek şeklinde 4 alanda açıklanırken; Güngör (1995) bu alanlara saygı desteğini de eklemektedir. Richman

ve arkadaşları (1998) tarafından yapılan çalışmada ise sosyal destek türleri en kapsamlı şekilde aşağıdaki 8 boyutta toplanmıştır (56):

Dinleme Desteği: Diğerinin öğüt vermeden veya yargılamadan dinlendiğine ilişkin algı.

Duygusal Destek: Diğerinin, desteği alan kişinin tarafında olduğuna, ona huzur verdiğine ve özen gösterdiğine ilişkin algı.

Duygusal Mücadele: Diğerinin, desteği alan kişinin tutumlarını, değerlerini ve duygularını değerlendirmeye çalıştığına, bu konuda uğraş verdiğine ilişkin algı.

Gerçeği Doğrulama Desteği: Diğerinin, olayları desteği alanın gözüyle veya ona benzer şekilde gördüğüne ve desteği alanın dünyaya bakış açısını doğrulamaya yardımcı olduğuna ilişkin algı.

Görevi Takdir Etme Desteği: Diğerinin, desteği alan kişinin çabalarını onaylaması ve yaptığı işe yönelik beğenisine ilişkin algı.

Görev Mücadele Desteği: Diğerinin bir iş veya etkinlik hakkında desteği algılayan kişi gibi gerildiğine ve güdülendiğine ve bunun da desteği algılayan kişinin yaratıcılığını, heyecanını, katılımını artırdığına yönelik algı.

Somut Yardım Desteği: Diğerinin, desteği algılayan kişiyi ekonomik olarak, mal/eşya ve/veya hediyeler vererek yardım ettiğine ilişkin algı.

Bireysel Yardım Desteği: Diğerinin, desteği algılayan kişiye, örneğin herhangi bir ayak işini hallederek veya arabasıyla bir yerlere bırakarak hizmet veya yardım ettiğine ilişkin algı.

2.3.1. Sosyal Destek Modelleri

Sosyal destek ile ilgili yapılan çalışmalarda en fazla başvurulan kuram temelli modeller aşağıdaki gibidir (58):

Stres tampon modeli

Doğrudan etkiler modeli

Dolaylı etkiler modeli

İlişki süreçleri perspektifi modeli

2.3.1.1. Stres Tampon Modeli

Bu model, sosyal destek ve sağlık arasındaki ilişkiyi çalışan en etkili ve yaygın yaklaşımdır. Diğer bireylerden gelen belirli destekleyici davranışların ya da alınan desteğin başa çıkmayı geliştirdiğini ve byylelikle kronik strese tampon oluşturduğunu, dolayısıyla da daha iyi sağlık sonuçları yarattığını belirtmektedir. Bu model aynı zamanda algılanan desteğin strese karşı daha önemli bir değerlendirme sağladığını ve dolayısıyla da daha iyi başa çıkmayı sağladığını, neticesinde de daha iyi sağlığa götürdüğünü önermektedir. Stres tampon modeline göre sosyal destek, bireylerin yüksek yoğunluktaki stres deneyimlerinde ciddi yararlar sağlamaktadır.

2.3.1.2. Doğrudan Etkiler Modeli

Bu model ‘Temel Etkiler Modeli’ olarak da bilinmekte olup bireylerin stres düzeyi dikkate alınmaksızın sosyal desteğin sağlık ve davranışlar üzerinde doğrudan etkiye sahip olduğunu öne sürmektedir (59). Bu modele göre özdenetim davranışı kişiye destek sağlar ve hastalıkla mücadelede etmesinde pratiklik sağlamaktadır (60).

2.3.1.3. Dolaylı Etkiler Modeli

Bu model, sosyal desteğin özdenetim davranışı, öz yeterlilik, psikolojik uyum, iyimserlik ve özsaygının dahil olduğu psikolojik uzlaştırıcılar vasıtasıyla etkilediğini ileri sürmektedir. Fakat bu mekanizmanın belirginliği oldukça düşüktür (59).

2.3.1.4. İlişi Süreçleri Perspektifi Modeli

İlişi süreçleri perspektifi modeli çoğunlukla bireylerin yakınlarından algıladıkları desteğe odaklanmaktadır. Modelin temel ilkesine göre, ilişkiler sosyal desteğin doğrudan bir sonucudur (59). Diğer bir ifadeyle bu model bir bireyin sosyal kaynakları algılaması, yakınları ile girdiği ilişi ve etkileşimlerin varlığından meydana gelmesidir (60).

Bu model, sosyal ağdaki üyeler arasındaki ilişkilerin özelliklerini ve bireylerin kişilerarası eğilimlerini öngörmektedir. İlişkilerin zellikleri ve belirgin

etkileşimleri bireyin desteğin ne denli kullanılabilir olduğunun farkına varmasını sağlamaktadır (59).

Sosyal destek zamanında, uygun bir biçimde verildiğinde ve algılandığında bireylerin fiziksel ve psikolojik durumu için fayda sağlamaktadır. Bu şekilde alınan destek kişilerin sosyal destek aldığı kişilerden (anne, baba, eş, sevgili, arkadaş vb.) alacakları destek onların yaşam kalitelerini de arttırabilmektedir. Sosyal desteğin bir yönü de araştırmalarda da geçtiği gibi evliliklerde eşlere daha kaliteli bir yaşam sağladığı düşünülen eş desteğidir (60).

2.4. Eş Desteği

Sosyal destek üzerine yapılan çalışmalar, bazı destek kaynaklarını daha etkili sonuçlar ortaya koyduğunu bildirmektedir. Araştırmacılar, bireylerin benzer sosyal değerlere ve karakteristik özelliklere sahip olan kişilerden yahut benzer stres kaynakları ile karşı karşıya kalan kişilerden sağladıkları desteğin daha etkili olduğunu belirtmektedir (61). Bu durumda, Aile üyeleri yaşam boyu birey için en önemli kişisel destek kaynaklarıdır. Aile içerisindeki ilişkiler daha da özelleştirildiğinde bir başka deyişle destek konusunda sadece evlilik ilişkisi incelendiğinde eşler çoğunlukla destek sağlayan kişiler olarak diğer sosyal destek kaynaklarına oranla ayrı bir önem kazanmaktadır (52). Bu bağlamda evli bireyler için eşleri, onlar ile benzer sosyal yapıya sahip, benzer stres kaynakları ile karşı karşıya kalan kişilerdir.

Sosyal destek literatürde, evlilik ilişkisinde son derece önemli hususlardan birisi olarak ifade edilmiştir. Evlilik ilişkisinin sağlıklı bir şekilde işleyebilmesi için eşlerin birbirlerinden destek sağlamaları önemlidir. Evlilik hayatında, çeşitli destek boyutları açısından eşler bir süre sonra birbirlerinin sosyal ağlarında, önemli destek kaynağı haline dönüşmektedirler (62). Strese yol açan olaylar ile karşılaşan eş, destek sağlayıcı olarak ilk önce eşine yönelmektedir. Literatürde, evli bireylerin kriz durumlarında destek için başvurdukları ilk kişinin, genellikle eşleri olduğu vurgulanmaktadır (61, 63).

Evlilik ilişkilerinde eşler için sosyal destek son derece önemli bir etken olmasına karşın bireylerin sosyal desteğe hangi durumlarda ve nasıl ihtiyaç

duydıkları değişiklik arz etmektedir. Kadınlar eşlerinden daha çok onaylanma ve takdir görme boyutlarında destek beklerken somut olarak ev işleri ve çocuk bakımıyla ilgili konularda da destek beklemektedirler. Bununla birlikte erkekler ise eşlerinden çoğunlukla duygusal boyutta destek beklerken ilişkileri dışında kariyerleri ile ilgili de amaç boyutunda desteğe gereksinim duymaktadırlar (64).

Evli bireylerin eşlerinden algıladıkları sosyal destek boyutu aşığıdaki gibi sıralanabilir:

Duygusal destek: Destek veren kişinin, desteği verdiği kişinin tarafında olduğuna, ona huzur verdiğini ve özen gösterdiğini belirten algı (56).

Takdir desteği: Bireyin sorunları ve kusurlarıyla olduğu gibi kabul edildiğinin ve saygı duyulduğunun belirtildiği, başkalarınca kişiye özgüvenini geliştirici uygun dönütler sağlandığı, kişinin kendini değerli ve yeterli hissettiği destek boyutudur (65).

Maddi destek ve bilgi desteği: Maddi boyut bireyin maddi ihtiyaçlarını karşılayabileceği, bakımı ve eğitimi ile ilgili somut yardımları aldığı destektir. Bilgi boyutu ise kişi yetersiz kaldığında rehberlik ve danışma ihtiyacının karşılandığı, kararlar alırken bilgi verilerek, önerilerde bulunarak kişiye yardım sağlanan destektir.

Sosyal beraberlik desteği: Boş zamanlarını eğlenerek, rahatlayarak, sosyal ilişkiler kurarak geçirmesini, kişinin destek sağlayıcıları ile beraberliğinin sağlandığı destektir (65).

Bireylerin farklı zamanlarda, farklı boyutlarda ihtiyaç duydıkları desteğin sağlanması ve bu davranışların algılanması evlilik ilişkisinde olumlu etkilere sahiptir. Evli bireylerin birbirleri ile destekleyici iletişim kurmaları, duygusal boyutta destek sağladıklarını bir göstergesi ve eşlerin birbirleri ile olan duygusal bağlarının geliştirilmesi açısından önemlidir. Böylece stres yaratan yaşam olayları karşısında hem bireylerin yalnızlık duyguları hem de depresif belirtiler gösterme olasılıkları azalmaktadır (64); ayrıca aile içi çatışmalar gibi zor durumlarla daha kolay baş edebilirler; hem de kendi çocuklarına karşı da daha destekleyici davranabilir ve onların bütün gelişmelerine katkıda sağlayabilirler (55).

Algılanan yetersiz destek ise evli bireylerde depresyonu tetiklediği ve evlilik bağı zayıflatarak evlilik kalitesini olumsuz yönde etkilediği bireylerin de iyi oluşlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir (66).

2.4.1. Postpartum Dönemde Eş Desteği

Kadının ailesiyle ilişkisi, özelliklede eşiyle ilişkisi gebelik, doğum ve doğum sonu dönemi etkilerken, aynı zamanda gebelik ve doğum da kadının psikolojik, sosyal yaşantısını, ailesiyle ve eşiyle olan iletişimini etkiler (67).

Doğum sonrası dönem lohusa ve ailesi için çok önemli bir zamandır. Özellikle ilk çocuğuna sahip olan lohusa ve aileleri en fazla bilgi ve desteğe ihtiyaç duyarlar (68). Kadın bu dönemde eşinden kendisine destek olmasını bekler (69). Pınar ve arkadaşlarının (2009) yaptıkları çalışmada doğum sonu desteğe ihtiyaç duyma-destek alma durumu değerlendirildiğinde, lohusaların en fazla yardım/destek istediği kişiler sırasıyla; eş (% 44.7), aile-yakın akraba (% 29.3), sağlık personeli (ebe-hemşire-doktor) (% 26.0)'dır (2).

Lohusanın destek ihtiyacı yeterli miktarda karşılanırsa desteğin, kadının fiziksel ve mental iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olur (69). Ayrıca, postpartum döneminde kadınların yeterince destek görmesi lohusanın sağlığının yanında bebek sağlığına da katkı sağlayacaktır (70).

Çok fazla stresli durumların olduğu bu dönemde lohusalara yeterli desteğin sağlanmaması, onların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkiler. Yapılan araştırma sonuçlarına göre doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşlerin uyumsuz olması ve stresli yaşam şartlarının olmasıdır (71).

2.5. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi (YK) kavramı son yıllarda çok fazla sayıda çalışmanın yapıldığı ve değerlendirildiği bir alan olarak ön plana çıkmaktadır (72). Yaşam kalitesine ilişkin, pek çok yayın ve akademik çalışma bulunmasına rağmen, tanımlanması çok zor bir kavramdır. Çünkü yaşam kalitesi, subjektif bir kavramdır ve tanımı da bireylere göre farklılık gösterir. Farklı tanımlar bazı yönlerden çakışır,

ancak her birey için anlamı farklı olan, doyum, mutluluk, moral, pozitif-negatif etki dengesi, sağlık gibi kişisel ve psikolojik kavramları ifade eder (73).

Sağlıklı bir bireyde fonksiyonel durum, aile yaşamı ve maddi durum iyilik halinin en iyi göstergeleri olarak düşünülürken, hastalık durumunda öncelikler değişebilmektedir. Demografik değişkenler de kişilerin ve ailelerin yaşam kalitesini anlamlı derecede etkileyebilmektedir (74).

Yaşam kalitesi, bazı araştırmacılara göre bireyin içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili algısı olarak tanımlanmakta, kısaca bireyin yaşamdan ve kişisel iyilik hali denilen durumdan sağladığı doyumun bir bütün şeklinde ifade edilmesi olarak özetlenmektedir (72).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yaptığı tanımda yaşam kalitesi, 'bireyin yaşadığı kültürel çevrenin içinde bulunan değer yargıları, kendi amaçları, hayattan beklentileri, yaşam standartları ve ilgileri doğrultusunda, yaşam içinde kendi durumunu algılama şekli' olarak ifade edilmektedir (11, 12, 75).

Sağlık hizmetlerinin sunulmasında insan faktörü en önemli unsur olarak kabul edilmektedir. Hastanelerde çalışmakta olan personelin psikolojik açıdan rahat, soğukkanlı ve işlerine karşı istek içerisinde olmaları hizmet sunumunun etkili bir şekilde gerçekleşmesi için oldukça önem arz eden bir durumdur. Sağlık hizmeti alanlar, psikolojik olarak yardıma ihtiyaç duyanlar ve aynı zamanda sağlık sorunları olan kişiler olup bu kişilere sağlık hizmeti sunanların DSÖ'nün sağlık tanımlamasına uygun bir şekilde fiziksel, ruhsal ve toplumsal açıdan tam bir iyilik hali içerisinde olmaları ön koşuldur. Bu bakımdan çalışanların işten doyum sağlamaları için iş doyumlarını negatif yönde etkileyebilecek olan unsurların belirlenmesi ve bunların ortadan kaldırılması son derece önemli bir husustur. İş doyumunu, hastanede çalışanların iş verimliliklerinin, buna bağlı olarak da yaşam kalitelerinin olumlu ya da olumsuz yönde etkilenmesinden sorumludur (76).

2.5.1. Tarihçe

Yaşam kalitesi kavramını ilk olarak Thorndike tarafından sosyal çevrenin bireyde yansıyan bir tepkisi olarak tanımlanmıştır. Andrews ve Withney ise bu

kavramı bireylerin doyumu ile sosyal ilişkilerinin kesişim noktası olarak tanımlamışlardır (77).

Yaşam kalitesi, uzun süre esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde ele alınırken, 1960'lı yıllarda önce sosyoloji ve ekonomi bilimleri içinde, daha sonra da psikoloji bilimi içinde araştırılmıştır. 1970'li yıllardan sonra ise tıp ve hemşirelik alanında da üzerinde durulan önemli bir kavram olmuştur (78). Yaşam kalitesi, 1980'li yıllarda hemşirelik alanında benimsenmeye başlanmış ve hemşirelik uygulamalarının değerlendirilmesinde kullanılmaya başlanmıştır (79).

Tıbbın hızlı bir şekilde ilerlediği günümüzde, sadece hastalıkların ortadan kaldırılması değil, kişilerin yaşam kalitesi düzeylerinin artırılmaları da hedeflenmektedir. Bu nedenle de iyilik hali ve yaşam kalitesini ölçülebilmesi önem kazanmıştır. Bu konuda yapılan çabaların giderek de arttığı görülmektedir (80).

2.5.2. Yaşam Kalitesi Ölçütleri

Yaşam kalitesi (YK) ölçümü son 30 yıl gelişme göstererek, yapılandırılan teorik temelleri ve özel metodolojisiyle temsi bir disiplin haline gelmiştir (81). Gelişen Yaşam Kalitesi (YK) ölçümü, giderek tedavi çalışmalarında ve hizmet değerlendirmelerinde önemli bir sonuç ölçütü olarak kabul edilir (82).

Yaşam kalitesini değerlendirmek için kullanılan ölçütler iki grupta incelenir:

a) Genel Yaşam Kalitesi Ölçütleri: Genel toplumda kullanılabilen, içinde çok fazla boyut içeren, geniş bir soru yelpazesine sahip indekslerdir. Örneğin; Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi İndeksi, Nottingham Sağlık Profili. Toplumda ve farklı hastalıklar arasında karşılaştırma yapmak amacıyla oluşturulmuştur (83).

b) Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçütleri: Bu tip ölçütler hem farklı durumların etkilerini tanımlamak hem de hastalıkların en fazla görüldüğü yaş gruplarına uygun olmaları nedeniyle tercih edilirler. Örneğin; Fonksiyonel Yaşam İndeksi-Kanser, St George Dispne Skoru (83, 84).

Hastalığa özgü ölçütlerin önemli avantajı, yapılan tıbbi girişime bağlı oluşan değişimi daha iyi ölçebilmeleri, dezavantajları ise kişiyi bir bütün olarak ele alamamaları ve farklı durumlar arasında karşılaştırma yapamamalarıdır (83).

2.5.3. Sağlıkta Yaşam Kalitesi

Sağlık ve yaşam kalitesi birlikte olan kavramlardır. Sağlıkta yaşam kalitesi; bedensel ve ruhsal becerilerin, kişinin kendine göre beklenti ve algılarının birlikte yer alması; yani tam bir iyilik hali olarak benimsenmektedir (85).

Yaşam kalitesinin değerlendirildiği alanlar için iki grupta ele alınır:

a) Birincil boyutlar

- Fiziksel Fonksiyonellik: Bireyin günlük aktivitelerini yapabilmekteki yeterliliğini tanımlamaktadır.
- Psikolojik Fonksiyonellik: Bireyin duygusal iyilik halini tanımlamaktadır.
- Sosyal Fonksiyonellik: Kişinin ailesiyle, arkadaşlarıyla ve yaşadığı toplumla olan ilişkilerini tanımlamaktadır.
- Yaşam Doyumu / İyilik Hali: Bireyin iyilik hali hakkındaki algısını yansıtmaktadır.
- Sağlık Durumu Algısı: Bireyin sağlık durumuyla ilgili algısını yansıtmaktadır.

b) Diğer boyutlar

- Nöro-Psikolojik Fonksiyonellik: Kişinin hafıza durumu ve kendi yeteneklerini tanımlamaktadır.
- Bireysel Üretkenlik: Bireyin yaptığı aktiviteleri tanımlamaktadır.
- Cinsel Fonksiyonellik: Bireyin yakın ilişkilerini ve cinsel faaliyetlerini tanımlamaktadır.
- Uyku Bozuklukları: Kişinin depresyon ve enerji durumlarını tanımlamaktadır.
- Ağrı: Kişinin ağrısının günlük aktivitelerine ve hayatına olan etkisi değerlendirilmektedir.

- Semptomlar: Kişide semptomların şiddetinin ve sıklığının, yaşam kalitesi üzerine olan etkisi değerlendirilir (77, 86).

2.5.4. Sağlık Durumu, Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi

Sağlık durumu; biyolojik, fizyolojik veya işlevsel bozuklukları ve belirtileri dikkate alarak bireyin hissettiği iyilik veya hastalık halidir. Sağlık algılaması (veya algılanan sağlık); bireyin sağlık durumundan etkilendiği kendi değerlendirmesidir. Bazı insanlar bir veya daha fazla hastalık nedeniyle sıkıntı çekerken kendilerinin sağlıklı olduğunu belirtmekten bazıları ise bir hastalık belirtisi yokken bile kendilerini hasta algılamaktadırlar (87, 88).

Kısacası, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi, hastanın kendi sağlığından hoşnutluğu ile ilgili öznel olarak algısıdır ve öznel algılar bireyin psikososyal durumu ile ilgilidir (89).

2.5.5. Doğum Sonu Dönemde Kadınlarda Yaşam Kalitesi

Kadın sağlığını ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen en önemli sağlık sorunlarının doğurganlık dönemine (15-49 yaş arası) rastlayan gebelik, doğum ve doğum sonrası (postpartum, lohusalık ya da puerperium) süreçlerde ortaya çıktığı yapılan çalışmalarla belirlenmiştir (7, 17, 90).

Doğum kadında önemli bir etkiye sahiptir. Doğum sonu dönem, doğumdan sonra kadının gebelik öncesindeki fizyolojik ve psikolojik özelliklerine tekrar dönmesi için geçen 6 haftalık bir dönem olup bu dönem hem fiziksel hem de psikolojik değişikliklerin ve muhtemel sağlık sorunlarının yoğun bir şekilde yaşandığı dönemdir (17). Bu dönemde sağlık sorunları bilhassa ilk günlerde oldukça sık görülmekte olup bu sorunların büyük bir kısmı 6 haftaya kadar, bazıları ise 1 yıla kadar devam etmektedir (7, 91, 92). Ayrıca bu dönemde aile ilişkilerinde, sosyal destek ve ekonomik ihtiyaçta değişiklikler getirir (93).

Bu postpartum dönem; lohusanın ve babanın bebek bakımı verebilmek için güvenli çevre oluşturması, bebekle iletişim kurabilmesi, yeni rol modelleri öğrenmesi, aile duyarlılığının geliştirilmesi ve bebekle ilgili her türlü problemi başarılı bir şekilde çözmesi gereken bir dönemdir. Bu dönemdeki lohusanın evdeki

işlere tekrar dönmesi, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme gibi yeni rol modelleri, uykusuzluk, yorgunluk, duygusal durum, hormonal değişiklikler ve beslenme yaşam kalitesini etkileyebilecek birçok durum olmaktadır (94) .

Lohusalıkta ebeveynlik rolü ve bebek bakımında; iç kontrol, sosyal destek ve performans yaşam kalitesini olumlu yönde etkilerken; kadının yaşadığı stres, anksiyete, iç kontrol kaybı, güçsüzlük duyguları annenin fonksiyonel durumunu ve yaşam kalitesini olumsuz bir şekilde etkilemektedir (95).

Hemşirelik kuramcısı Roy'un adaptasyon modelinde kişi enerjisini, gereksiz davranışlar için kullanılmak zorunda olmadığında, bu enerjiyi sağlığını geliştirmek için kullanabilir. Roy'a göre kişi duruma adaptasyon sağlarsa, sağlığına ve yaşam kalitesine katkıda bulunur (86).

IV. Dünya Kadın Konferansı Pekin Deklerasyonu ve Eylem Raporu'nda doğumla ilgili komplikasyonlar ile fiziksel ve emosyonel sorunların dünyanın birçok bölgesinde, doğurgan dönemdeki kadınların önde gelen hastalık ve ölüm nedenlerinden birisi olduğu bildirilmiştir (96).

Kiehl ve White (2003) yapmış oldukları çalışmada kadınların % 47'sinde doğum sonrası 3 ay ve 1 yıl sonunda en az 1 sağlık sorunu tespit etmişler ve bu sorunların % 14'ünü bel ağrısı, % 10.6'sını üriner inkontinans, % 9'unu depresyon ve % 4'ünü baş ağrısı baş ağrısı oluşturmaktadır. Aynı çalışmada bu sorunlara karşın kadınların büyük bölümünün sağlık kurumlarına tedavi ve yardım için başvuru yapmadıkları bildirilmiştir. Yapılan çalışma neticesinde sağlık personelinin doğum sonu dönemde lohusadan ziyade yeni doğan sağlığına önem vermesi, annelerin yaşadıkları sorunlarını doğumun bir parçası olarak algılaması, doğuma bağlı olarak ortaya çıkabilecek fiziksel semptomları ve neden oldukları sağlık sorunlarının tespitini zorlaştırdığı ortaya konulmuştur (97).

Gözüm ve Kılıç (2005) yapmış oldukları çalışmada doğum sonu dönemde en yaygın sağlık sorunlarının yorgunluk (% 86.6), uyku bozuklukları (% 80.4), meme sorunları (% 71.4), konstipasyon (% 61.6) ve epizyotomi ağrısı (% 30.4) olduğunu bildirmişlerdir (98).

Saurel ve arkadaşları (2000), İtalya ve Fransa'da yapmış oldukları çalışmada, doğum sonu dönemdeki baş ve bel ağrısı, hemoroid, seksüel sorunların kadınların

günlük yaşam aktiviteleri ile partner ilişkileri üzerinde negatif bir etkiye sahip olduğunu, yorgunluk, anksiyete ve depresyonun da yaşam kalitelerini düşürerek olumsuz annelik rolüne yol açtığını tespit etmişlerdir (99).

Yeliz (2010) yapmış olduğu postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi çalışmasında; çalışmasındaki kadınların yaşam kalitesi puanı düşük tespit etmiştir (100).

Yukarıdaki açıklamalar ve çalışmalardan da görüleceği üzere kadınların doğum sonu dönemde fiziksel ve emosyonel sorunlarının zaman içerisinde artış kaydedebileceği, bu sorunların kadınların annelik rolleri, ailevi toplumsal ilişkilerini ve yaşam kalitesini negatif yönde etkileyebileceği görülmektedir. Doğum sonu dönemdeki sorunların zamanında ve etik bir şekilde belirlenip dikkate alınması, bu sorunların kronik hale gelmesini engelleyecektir (9, 91).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Kullanılan Gereçler

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür bilgisine dayanılarak oluşturulmuş Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) ve Eş Destek Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu

Bu formda; yaş, çalışma durumu, sosyal güvence, aile tipi, eğitim düzeyi, sosyoekonomik durum, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, yaşı, kendisi ve eşinin öğrenim durumu, sağlık güvencesinin varlığı, gebeliğin istenme durumu, doğum öncesi kontrol gibi değişkenler yer almaktadır. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu 31 sorudan oluşmaktadır.

3.2.2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) (Maternal Postpartum Quality Of Life Questionnaire)

DSYKÖ'nün geçerlik ve güvenirlik çalışması Hill ve arkadaşları (2006) tarafından yapılmış; cronbach alfa değeri 0.96, test-retest korelasyon değeri 0.74 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Türkçeye çevrilmesini ve geçerlik güvenirliğini 2012 yılında Altuntuğ ve Ege çalışmıştır (1).

Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği, lohusanın algılamasına göre değerlendirilen bir ölçektir ve 5 alt boyut olarak toplam 40 maddeden oluşmaktadır. DSYKÖ'nün alt boyutları Akrabalık-aile-arkadaş (9 madde), Sosyoekonomik (9 madde), Eş (5 madde), Sağlık (8 madde), Psikolojik (9 madde) boyuttan oluşmaktadır. Ölçek, doğum sonrası 4-6. haftasında olan lohusaların kendilerini ne derece memnun ve önemli hissettiklerini değerlendirmektedir.

Ölçek iki bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin birinci bölümünde her bir madde ile ilgili memnuniyet, ikinci bölümünde ise önemlilik sorgulanmaktadır. Tüm

maddeler 6'lı Likert skalasına göre değerlendirilmektedir. Ölçeğin her iki bölümü de 1'den 6'ya kadar numaralandırılmıştır. 1: Hiç Memnun Değil, 6: Çok Memnun olarak tanımlanmaktadır. Sorularda sorulan alanla ilgili olarak ne kadar memnun olduğunu ya da o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın lohusa tarafından seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1'den 6'ya kadar olan memnuniyet maddelerinin her birinden 3.5 çıkarılmakta (böylece rakamlar -2.5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), ölçeğin önemlilik boyutundaki aynı maddelerle memnuniyet boyutundan alınan puanlar çarpılmaktadır. İşlem sonrası elde edilen puanlar toplanarak ölçek soru sayısına (40 madde) bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama sabit bir değer (15) eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır.

Ölçekten alınan puan yükseldikçe kişinin doğum sonu yaşam kalitesinin yüksek olduğunu, alınan puan düştükçe doğum sonu yaşam kalitesinin düşük olduğunu göstermektedir.

3.2.2.1. DSYKÖ'nün Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirliği

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Türkçeye çevrilmesini ve geçerlik güvenirliğini 2012 yılında Altuntuğ ve Ege çalışmıştır. Türkçe ölçeğin faktör analizinde faktör yükü 0.41 ile 0.80 arasında değişme göstermektedir. Ölçek toplam puanına göre Cronbach alfa güvenirlik katsayısı: 0.95 ve madde toplam puan korelasyonları 0.435–0.717 arasındadır. Bizim 301 kişilik çalışmamızda Cronbach alfa güvenirlik katsayısı:0.94 olarak bulunmuştur.

3.2.3. Eş Destek Ölçeği

Eş Desteği Ölçeği (EDÖ), Yıldırım (2004) tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçeğin amacı eşlerin birbirlerinden algıladıkları desteği ölçmektir.

Ölçek Likert tipi olup üçlü derecelendirmelidir. Üçlü derecelendirmede (bana uygun=3, bana kısmen uygun=2, bana uygun değil=1) olup, ölçekte bireyler maddelerin karşısındaki uygun seçeneğin hizasındaki parantezin içine (x) işareti koyarak tepkide bulunmaktadır. Düz maddeler olduğu gibi, tersine çevrilmiş

maddeler ise ters olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 27 iken en yüksek puan ise 81 olmaktadır. Ölçekte tersine çevrilmiş üç madde haricindeki alınan puanın fazla olması durumunda algılanan eş desteğinin fazla olduğunu ifade eder. Analiz sonuçlarına göre EDÖ'nün duygusal destek, maddi yardım ve bilgi desteği, takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteği olmak üzere toplam dört faktörlü olduğu gözlenmiştir.

Ölçeğin güvenilirliğini sınamak amacıyla yapılan sınamada Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak bulunmuştur. Bu uygulamalar sonucunda da ölçeğin güvenilir olduğu ve eşlerin birbirlerinden aldıkları desteği ölçmek için geçerli bir ölçme aracı olduğu kanaatine varılmıştır (55). Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; 01.07.2014- 31.11.2014 tarihleri arasında Isparta İl Merkezinde Halk Sağlığı Müdürlüğüne bağlı Halıkent Aile Sağlığı Merkezi, Davraz Aile Sağlığı Merkezi, Yedişehitler Aile Sağlığı Merkezi, Zafer Aile Sağlığı Merkezi, Fatih Aile Sağlığı Merkezi, Akkent Aile Sağlığı Merkezi, Sermet Aile Sağlığı Merkezi, Sanayi Aile Sağlığı Merkezi, Karaağaç Aile Sağlığı Merkezi, Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi ve Bağlar Aile Sağlığı Merkezinde yürütülmüştür; ayrıca kabul eden lohusalara ev ziyareti düzenlenmiştir.

3.4. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini Isparta ili şehir merkezindeki 23 adet Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 1710 lohusa oluşturmuştur.

3.5. Araştırmanın Örnekleme

Araştırmanın örneklemini bir yıl içerisinde Isparta merkez Aile Sağlığı Merkezlerine kayıt edilen 1710 lohusa evreni belli örneklem sayısı hesaplama yöntemiyle % 95 güven aralığına göre formüle edilerek 314 lohusa olduğu belirlendi; 301 kişiye ulaşıldı.

Araştırma; doğum sonu 4-6. haftasında olan yaşları 15 ile 49 arasında değişen (ortalama= 27.907±5.236), kendisinde ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu bulunmayan, okuryazar olan, eşiyle birlikte yaşayan, 4-6. haftalarda evlerinde bulunabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 301 lohusa ile yürütüldü.

Örnekleme seçiminde olasılıklı örnekleme yöntemlerinden küme örnekleme yöntemi seçilip; çalışma 01.07.2014-31.11.2014 tarihleri arasında yapılmıştır.

Örnekleme seçiminde aşağıdaki kriterler dikkate alındı:

- 4-6 haftalık lohusa olması,
- Lohusaların eşiyle birlikte aynı evde yaşaması,
- Okuduğunu ya da dinlediğini anlamasıyla ilgili herhangi bir problemi olmaması,
- Çalışmaya katılması konusunda gönüllü olması,
- Eşte ve bebekte, onları lohusadan uzaklaştıracak herhangi bir sağlık sorunu olmaması.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Süresi

Örnekleme alınan lohusalar araştırmacı tarafından küme örnekleme yöntemiyle Aile Sağlığı Merkezlerinden seçilen 11 tane aile sağlığı merkezinin sessiz bir odasında bir aylık bebeklerine aşı yaptırmak için gelen lohusalara ya da seçilen aile sağlığı merkezlerine kayıtlı lohusalardan randevu alınıp evlerinde ziyaret edilerek, Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Eş Destek Ölçeği yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmıştır. Görüşme süresi 20-25 dakika arasında sürmüştür.

3.7. Verilerin Analizi ve Değerlendirme Teknikleri

Verilerin analizi SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) Paket programı ile yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama, standart sapma ve yüzde değerleri hesaplanmıştır. Eş desteği ile doğum sonu yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin tespit edilmesi için Spearman Korelasyon analizi yapılmış olup elde edilen sonuçlar % 95 ($p < 0.05$) anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Tanıttıcı Bilgi formundaki verilerin değerlendirilmesinde frekanslar ve yüzdelik hesaplanmış; Eş Desteği ile Doğum Sonu Yaşam Kalitesi arasındaki ilişkinin Spearman Korelasyon analizi ile incelenmiş; Tanımlayıcı zellikler Veri Formundaki bazı verilerle yaşam kalitesi skoru, eş desteği ve alt boyutlarının Kruskal Wallis H testi ile karşılaştırılmıştır ve Tanımlayıcı zellikler Veri Formundaki bazı verilerle Yaşam Kalite Skoru ve Eş Desteği Puanları Açışından Mann-Whitney U testi ile karşılaştırılmıştır.

3.8. Etik Açışlamalar

Doğum Sonu Yaşam Kalitesi ve Eş Desteği ölçeklerini çalışmamızda kullanabilmek için DSYK leğini Türkçeye uyarlayıp geçerlik güvenirliğini yapan Altuntuğ ve Ege'den; Eş desteği ölçeğini geliştiren Yıldırım'dan gerekli izinler alınmıştır (Ek 7, Ek 8). Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan çalışma için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4). Isparta Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden anket uygulaması için gerekli izin alınmıştır (Ek 6). Araştırmaya katılan bireylere araştırma ile ilgili açıklama yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Dağılımı

Tablo 1. Lohusaların ve Eşlerinin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	Yüzde (%)
Yaş	20 yaş ve altı	20	6.6
	21-25 yaş	77	25.6
	26-30 yaş	120	39.9
	31-35 yaş	51	16.9
	36 yaş ve üstü	33	11.0
Eğitim durumu	İlkokul	62	20.6
	Ortaokul	57	18.9
	Lise	87	28.9
	Yüksek Okul	30	10.0
	Lisans	53	17.6
	Lisansüstü	12	4.0
	İlkokul	44	14.6
Eşin Eğitim Durumu	Ortaokul	37	12.3
	Lise	114	37.9
	Yüksek Okul	31	10.3
	Lisans	60	19.9
	Lisansüstü	15	5.0
Meslek	İşçi	37	12.3
	Memur	56	18.6
	Serbest Meslek	15	5.0
	Çalışmıyor	193	64.1
	İşçi	105	34.9
Eşin Mesleği	Memur	85	28.2
	Serbest Meslek	107	35.5
	Çalışmıyor	4	1.3
Sosyal Güvence	Yok	9	3.0
	Var	292	97.0
Aylık Gelir	1000 TL ve altı	80	26.6
	1001-1500 TL	71	23.6
	1501-2000 TL	48	15.9
	2001-2500 TL	22	7.3
	2501-3000 TL	21	7.0
Aile tipi	3001 TL ve üstü	59	19.6
	Çekirdek aile	266	88.4
	Geniş aile	35	11.6
Evlilik Süresi	1-3 yıl	136	45.2
	4-6 yıl	73	24.3
	7-10 yıl	47	15.6
Yaşanılan Yer	11 yıl ve üstü	45	15.0
	İl	301	100
TOPLAM		301	100

Yapmış olduğumuz çalışmaya toplam 301 kişi dahil edilmiş olup bunların yaş gruplarına göre dağılımı tablo 1’de görülmektedir. Buna göre katılımcıların büyük bölümü % 39.9’u 26-30 yaş arasında iken yalnızca % 6.6’sı 20 yaş ve altındadır (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların eğitim durumları incelenmiş ve tablo 1’de görülen bulgular elde edilmiştir. Buna göre katılımcıların % 28.9’u lise, % 20.6’ı ilkokul, % 18.9’u ortaokul, % 17.6’sı lisans, % 10’u yüksekokul ve % 4’ü de lisansüstü mezundur. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eşlerinin eğitim durumları da incelenmiş olup tablodaki görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre % 37.9’u lise, % 19.9’u lisans, % 14.6’sı ilkokul, % 12.3’ü ortaokul, % 10.3’ü yüksekokul ve % 5’i de lisansüstü mezundur (Tablo 1).

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan % 64.1’i çalışmıyor iken % 18.6’sı memur, % 12.3’ü işçi, % 5’i serbest meslek sahibidir. Lohusaların % 35.5’inin eşi serbest meslek sahibi iken % 34.9’unun eşi işçi, % 28.2’sinin eşi memurdur. Katılımcılardan % 1.3’ünün eşi ise çalışmamaktadır (Tablo 1).

Katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmadığı incelenmiş ve tablo 1’deki görülen değerler elde edilmiştir. Buna göre katılımcılardan yalnızca % 3’ü (n = 4) herhangi bir sosyal güvenceye sahip değil iken geri kalan % 97’si (n = 292) ise sosyal güvenceye sahiptir.

Yapmış olduğumuz çalışmaya katılanların aylık gelir durumları tablo 1’de görülmektedir. Buna göre katılımcıların % 26.6’sı aylık 1000 TL ve altında aylık gelire sahip iken % 23.6’sı 1001-1500 TL, % 19.6’sı 3000 TL ve üstü, % 15.9’u 1501-2000 TL, % 7.3’ü 2001-2500 TL ve % 7’si de 2501-3000 TL aylık gelire sahiptir.

Katılımcıların mevcut aile tiplerine ilişkin bulgular tablo 1’de görülmektedir. Buna göre % 88.4’ü çekirdek aile tipine sahip iken % 11.6’sı ise geniş aile tipine sahiptir. Yapmış olduğumuz çalışmaya dahil edilen katılımcıların evlilik süreleri de incelenmiş ve Tablo 1’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre katılımcıların % 45.2’si 1-3 yıldır, % 24.3’ü 4-6 yıldır, % 15.6’ı 7-10 yıldır evli iken % 15’i de 11 yıl ve daha uzun süredir evlidir (Tablo 1).

Tablo 2. Lohusaların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Doğum Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	Yüzde (%)
Doğum Sonu Döneme Yönelik Bilgi Alma	Evet	238	79.1
	Hayır	63	20.9
Evet İse Bilginin Kimden Alındığı n=238	Ebe	60	25.2
	Hemşire	119	50.0
	Doktor	59	24.8
	1-5 defa	15	5.0
	6-10 defa	149	49.5
Gebelik Muayene Sayısı	11-15 defa	119	39.5
	16 ve daha fazla	18	6.0
	Normal Doğum	135	44.9
Doğum Şekli	Sezaryen	166	55.1
	Evet	244	81.1
Gebeliği İsteyip İstememe Durumu	Hayır	57	18.9
	İstendi	271	90.0
Gebeliğin Öğrenilmesinden Sonra Bebeği İsteme Durumu	Başlangıçta istenmedi	25	8.3
	Hala istenmiyor	5	1.7
	1	124	41.2
Gebelik Sayısı	2	103	34.2
	3	45	15.0
	4 ve daha fazla	29	9.6
Doğum Sonu Kaçınıcı Hafta	4.hafta	126	41.9
	5.hafta	84	27.9
	6. hafta	91	30.2
	1 çocuk	151	50.3
Yaşayan Çocuk Sayısı	2 çocuk	88	29.3
	3 çocuk	46	15.3
	4 ve daha fazla	15	5.0
TOPLAM		301	100

Katılımcıların doğum sonu döneme yönelik bilgi alıp almama ve bu bilginin kimden alındığına yönelik bulgular tablo 2’de görülmektedir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu % 79.1’i doğum sonu döneme yönelik bilgi almış olup geri kalan % 20.9’u ise doğum sonu döneme yönelik herhangi bir bilgi almamıştır. Doğum sonu döneme yönelik bilgi alanlardan % 50’si bu bilgiyi hemşirelerden, % 24.8’i doktorlardan, % 24.8’i ebelerden ve yalnızca 1 kişi % 0.4’ü

herhangi başka bir kişiden bu bilgiyi aldığını ifade etmiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 49.5'i 6-10 kez, % 39.5'i 11-15 kez, % 5'i 1-5 kez, % 6'sı da 16 ve daha fazla sayıda gebelik muayenesi olmuştur (Tablo 2).

Katılımcıların doğum şekline göre dağılımı tablo 2'de görülmektedir. Buna göre çalışmaya dahil edilen 301 katılımcıdan % 55.1'i sezaryen, % 44.9'u ise normal doğum gerçekleştirmiştir.

Katılımcıların gebeliklerini isteyip istememe durumlarına göre dağılımı tablo 2'deki gibidir. Buna göre % 81.1'i gebeliği istediklerini, % 18.9'u ise istemediklerini ifade etmiştir. Gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeğin istenip istenmediğini belirlemek için sorulan soruya verilen yanıtlar incelenmiş ve tablo 2'de görülen değerler elde edilmiştir. Buna göre katılımcılardan % 90'ı gebeliğin öğrenilmesinden bebeğin istendiğini, % 8.3'ü başlangıçta istenmediğini, % 1.7'si de bebeğin hala istenmediğini ifade etmiştir.

Katılımcıların şu ana kadar geçirmiş oldukları gebelik sayısına göre dağılımı görülmektedir. Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların % 41.2'si 1 kez, % 34.2'si 2 kez, % 15'i 3 kez ve % 9.6'sının da 4 ve daha fazla sayıda gebelik yaşadığı görülmektedir.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların doğum sonu kaçınıcı haftada olduklarına ilişkin bulgular görülmektedir. Buna göre çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 41.9'u doğum sonu 4. haftada, % 27.9'u 5. haftada iken geri kalan % 30.2'si de 6 hafta önce doğum yapmıştır (Tablo 2).

Çalışmaya dahil olan katılımcıların yaşayan çocuk sayılarına göre dağılımı da Tablo 2'deki gibidir. Tablo incelendiğinde katılımcılardan % 50.3'ünün 1, % 29.3'ünün 2, % 15.3'ünün 3, % 5'inin de 4 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu bulunduğu görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 3. Lohusaları Yardım Alma, Evlilik ve Sağlık Özelliklerine Göre Dağılımı

		n	Yüzde (%)
Lohusalık Döneminde Yardımcı Olacak Kişi Olup Olmama Durumu	Evet	256	85.3
	Hayır	44	14.7
Evet İse Yardımcı Olacak Kişi n=256	Aile büyükleri	198	77.3
	Kardeş	23	9.0
	Diğer	35	13.7
Evlenme Biçimi	Tanışıp anlaşarak	208	69.1
	Görücü Usulü	93	30.9
Eşle Anlaşma Durumu	İyi	255	84.7
	Orta	40	13.3
	Kötü	6	2.0
Evlilikten Mutlu Olup Olmama	Evet	273	90.7
	Kısmen	21	7.0
	Hayır	7	2.3
Kronik Hastalık	Yok	264	87.7
	Var	37	12.3
Eşte Kronik Hastalık	Yok	281	93.4
	Var	20	6.6
Bebekte Hastalık	Yok	299	99.3
	Var	2	0.7
Eşin İş Saatinin Düzenli Olup Olmaması	Evet	202	67.1
	Hayır	99	32.9
Eşiniz Sizce Evde Yeterince Vakit Geçirebiliyor Mu?	Evet	201	66.8
	Hayır	100	33.2
TOPLAM		301	100

Katılımcıların lohusalık (doğum sonu) döneminde kendilerine yardımcı olacak birilerinin olup olmama durumu ve yardımcı olacak kişinin kim olduğuna dair veriler tablo 3’de görülmektedir. Buna göre katılımcılardan % 85.3’ü lohusalık döneminde yardımcı olacak kişinin olduğunu ve yardımcıya sahip lohusalardan % 77.3’ü bu kişinin aile büyükleri (anne), % 9’u kardeş ve % 13.7’si diğer başka biri olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 14.7’si ise lohusalık döneminde kendisine yardımcı olabilecek herhangi bir kişi olmadığını ifade etmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların evlenme biçimleri incelenmiş ve tablo 3’deki görülen bulgular elde edilmiştir. Buna göre çalışmaya dahil olan 301 katılımcıdan % 69.1’i tanışıp anlaşarak, % 30.9’u görücü usulü evlenmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların eşleriyle anlaşma durumlarına göre dağılımı tablo 3'de görülmektedir. Buna göre katılımcılardan % 84.7'si eşleriyle anlaşma durumlarının iyi, % 13.3'ü anlaşma durumlarının orta, % 2'si da kötü olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların evliliklerinden mutlu olup olmama durumlarına göre dağılımı da tablo 3'de görülmektedir. Buna göre çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 90.7'si evliliklerinden mutlu olduklarını, % 2.3'ü mutlu olmadıklarını, % 7'si kısmen mutlu olduklarını ifade etmiştir (Tablo 3).

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığı olup olmamalarına göre dağılımı tablo 3'de görülmektedir. Buna göre çalışmaya dahil olan 301 katılımcıdan yalnızca % 12.3'ü herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Katılımcıların eşlerinde herhangi bir kronik hastalık olup olmamasına göre dağılımı da tablo 3'deki gibidir. Buna göre katılımcılardan % 6.6'sının eşinde herhangi bir kronik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların bebeklerinde herhangi bir hastalık olup olmama durumu incelenmiş ve tablo 3'de görülen bulgular elde edilmiştir. Buna göre katılımcılardan yalnızca % 0.7'sinin bebeğinde hastalık bulunmakta iken geri kalan katılımcının % 99.3'ünün bebeğinde hastalık yoktur (Tablo 3).

Katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmama durumuna göre dağılımı tablo 3'de görülmektedir. Buna göre katılımcılardan % 67.1'i eşlerinin iş saatlerinin düzenli olduğunu, % 32.9'u ise düzensiz olduğunu ifade etmiştir. Eşlerinin evde yeterince vakit geçirip geçirmediğine göre katılımcıların dağılımı da tablo 3'de görülmektedir. Buna göre % 33.2'si eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirmediğini, % 66.8'i ise eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirdiğini belirtmiştir (Tablo 3).

4.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Skorlarının Karşılaştırılması

Tablo 4. Lohusaların ve Eşlerinin Yaş, Eğitim Durumu ve Meslek Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		n	DSYKÖ X ± Sd	Test İstatistiği	P
Yaş	20 yaş ve altı	20	15.26±0.09	2.540	0.040*
	21-25 yaş	77	15.20±0.10		
	26-30 yaş	120	15.21±0.11		
	31-35 yaş	51	15.19±0.10		
	36 yaş ve üstü	33	15.17±0.09		
Eğitim Durumu	İlkokul	62	15.19 ± 0.11	2.379	0.039*
	Ortaokul	57	15.18 ± 0.12		
	Lise	87	15.20 ± 0.09		
	Yüksek Okul	30	15.23 ± 0.08		
	Lisans	53	15.22 ± 0.09		
Eşin Eğitim Durumu	Lisansüstü	12	15.27 ± 0.07	4.041	0.001*
	İlkokul	44	15.18±0.10		
	Ortaokul	37	15.18±0.11		
	Lise	114	15.19±0.10		
	Yüksek Okul	31	15.24±0.08		
Meslek	Lisans	60	15.22±0.09	4.365	0.005*
	Lisansüstü	15	15.28±0.09		
	İşçi	37	15.23±0.09		
	Memur	56	15.23±0.10		
	Serbest Meslek	15	15.25±0.08		
Eşin Mesleği	Çalışmıyor	193	15.19±0.10	1.870	0.135
	İşçi	105	15.20±0.11		
	Memur	85	15.22±0.09		
	Serbest Meslek	107	15.20±0.09		
	Çalışmıyor	4	15.12±0.15		

*P<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların buldukları yaş grubuna göre yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tablo 4’deki görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş grupları arasında doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; bu fark ‘20 yaş ve altı’ grup ile ‘30 yaş ve üstü’ grubu arasında anlamlı bulunmuştur.. Tabloya baktığımızda 20 yaş ve altı lohusalar doğum sonu yaşam kalitesi puanları en

yüksek yaş grubudur; 36 yaş ve üstü lohusalar doğum sonu yaşam kalitesi puanları en düşük yaş grubudur (Tablo 4)

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Tabloya göre eğitim durumu lisansüstü yaşam kalitesi skoru bakımından en yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eşlerinin eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında tüm değişkenler açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; bu fark ‘ilkokul’ grubu, ‘ortaokul’ grubu ve ‘lise’ grubu ile ‘lisansüstü’ grubu arasında anlamlı bulunmuştur. Tabloya göre eşinin eğitim durumu lisansüstü olan lohusa grubunun yaşam kalitesi puanı en yüksek çıkmıştır (Tablo 4).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların mesleklerine göre yaşam kalitesi puanını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde gruplar arasında doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucuna göre; bu fark ‘memur’ grubu ile ‘çalışmıyor’ grubu arasında anlamlıdır.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eşlerinin mesleklerine göre yaşam kalitesi puanını tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tablo 4’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında tüm değişkenler açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Bulgulara göre eşi memur olanların yaşam kalitesi skorları diğerlerinden daha yüksek bulunmuştur. (Tablo 4).

Tablo 5. Lohusaların Sosyal Güvence, Aylık Gelir, Aile Tipi ve Evlilik Süresi Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		n	DSYKÖ X ± Sd	Test İstatistiği	p
Sosyal Güvence	Yok	10	15.13±0.06	-2.111	0.036*
	Var	291	15.20±0.10		
Aylık Gelir	1000 TL ve altı	80	15.16±0.11	4.362	0.001*
	1001-1500 TL	71	15.20±0.09		
	1501-2000 TL	48	15.20±0.10		
	2001-2500 TL	22	15.22±0.10		
	2501-3000 TL	21	15.25±0.07		
	3001 TL ve üstü	59	15.23±0.10		
Aile tipi	Çekirdek aile	266	15.20±0.09	0.859	0.391
	Geniş aile	35	15.19±0.14		
Evlilik Süresi	1-3 yıl	136	15.22±0.10	3.037	0.029*
	4-6 yıl	73	15.20±0.09		
	7-10 yıl	47	15.19±0.10		
	11 yıl ve üstü	45	15.17±0.10		

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre yaşam kalitesi ölçeklerin elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 5’deki görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir (p<0.05). Tabloya göre sosyal güvencesi olanların Yaşam Kalite Skoru daha yüksektir.

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların aylık gelir durumuna göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında değişkenler açısından anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0.05). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; bu fark ‘ 1000 TL ve altı’ grubu ile ‘2501-3000 TL ve 3001 ve üstü’

grubu arasında anlamlı bulunmuştur. Tabloya göre aylık geliri 2501-3000 arası olanlar en yüksek Yaşam Kalite Skoruna sahiptir (Tablo 5).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların mevcut aile tipine göre doğum sonu yaşam kalitesi skorlarını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında aile tipine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların evlilik süresine göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 5’de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre evlilik süresine bağlı olarak ilgili değişkenlerde istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; bu fark ‘1-3 yıl’ grubu ile ‘11 yıl ve üstü’ grubu arasında anlamlı bulunmuştur. Sonuçlara göre evlilik süresi 1-3 yıl arası grup, yaşam kalitesi skorları en yüksek bulunan gruptur (Tablo 5).

Tablo 6. Lohusaların Gebelik, Doğum Öncesi Bakım (DÖB) ve Doğum Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

		n	DSYKÖ X ± Sd	Test İstatistiği	p
Doğum Sonu Döneme Yönelik Bilgi Alma	Evet	238	15.21±0.10	1.762	0.079
	Hayır	63	15.18±0.08		
Evet İse Bilginin Kimden Alındığı	Doktor	59	15.19±0.13	2.202	0.113
	Hemşire	119	15.21±0.10		
	Ebe	61	15.23±0.10		
	1-5 defa	15	15.20±0.12		
Doğum Öncesi Kontrol Sayısı	6-10 defa	149	15.19±0.10	0.880	0.452
	11-15 defa	119	15.21±0.10		
	16 ve daha fazla	18	15.22±0.07		
Doğum Şekli	Normal Doğum	135	15.20±0.10	-0.062	0.951
	Sezaryen	166	15.20±0.10		
Gebeliği İsteyip İstememe Durumu	Evet	244	15.21±0.10	2.293	0.023*
	Hayır	57	15.17±0.11		
Gebeliğin Öğrenilmesinden Sonra Bebeği İsteme Durumu	İstendi	270	15.21±0.10	7.306	0.001*
	Başlangıçta istenmedi	25	15.14±0.12		
	Hala istenmiyor	6	15.12±0.08		
Gebelik Sayısı	1	124	15.22±0.10	3.079	0.028*
	2	103	15.20±0.10		
	3	45	15.18±0.11		
	4 ve daha fazla	29	15.17±0.08		
Doğum Sonu Kaçınıcı Hafta	4.hafta	126	15.19±0.10	4.558	0.011*
	5.hafta	84	15.19±0.11		
	6. hafta	91	15.23±0.09		
Yaşayan çocuk sayısı	1 çocuk	151	15.22±0.09	2.970	0.020*
	2 çocuk	88	15.19±0.10		
	3 çocuk	46	15.17±0.12		
	4 ve daha fazla	15	15.16±0.09		

*p<0.05

Doğum sonu döneme yönelik bilgi alan ve almayan katılımcıları doğum sonu yaşam kalitesi açısından tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde Tablo 6'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (p>0.05).

Doğum öncesi kontrol sayısına göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi skorlarını tespit etmek amacıyla yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre DSYK skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$) (Tablo 6).

Doğum şekline göre doğum sonu yaşam kalitesi skoru tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 6'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Gebeliği isteyip istememe durumuna göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesinden elde ettikleri skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Ayrıca gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeği isteme durumuna göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesinden elde ettikleri skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz sonucuna göre doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; bu fark 'istendi' grubu ile 'başlangıçta istenmedi' grubu arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

Gebelik sayısına bağlı olarak katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablodaki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde gebelik sayısına göre tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 6).

Yaşayan çocuk sayısına göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi skorlarını tespit etmek amacıyla yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre DSYK skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 6). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucuna göre; bu fark 'bir çocuk sahibi' grup ile 'iki çocuk sahibi' ve 'üç çocuk sahibi' grup arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 7. Lohusalarda Yardım Alma, Evlilik ve Sağlık Özelliklerinin Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Skorlarının Karşılaştırılması

		n	DSYKÖ X ± Sd	Test İstatistiği	P
Lohusalık Döneminde Yardımcı Olacak Kişi Olup Olmama Durumu	Evet	256	15.21±0.10	4.005	0.000*
	Hayır	44	15.14±0.08		0.380
Evet İse Yardımcı Olacak Kişi n= 256	Aile büyükleri	197	15.22±0.10	0.972	
	Kardeş	24	15.21±0.10		
	Diğer	36	15.19±0.13		
Evlenme Biçimi	Tanışıp anlaşarak	208	15.22±0.08	5.904	0.000*
	Görücü Usulü	93	15.15±0.12		
Eşle Anlaşma Durumu	İyi	255	15.22±0.09	25.017	0.000*
	Orta	40	15.12±0.13		
	Kötü	6	15.06±0.09		
Evlilikten Mutlu Olup Olmama	Evet	273	15.21±0.09	6.467	0.000*
	Kısmen	21	15.10±0.13		
	Hayır	7	15.08±0.12		
Kronik Hastalık	Yok	264	15.21±0.10	1.441	0.151
	Var	37	15.18±0.09		
Eşte Kronik Hastalık	Yok	281	15.20±0.10	0.919	0.359
	Var	20	15.18±0.11		
Eşin İş Saatinin Düzenli Olup Olmaması	Evet	202	15.21±0.09	2.679	0.008*
	Hayır	99	15.18±0.12		
Eşiniz Sizce Evde Yeterince Vakit Geçirebiliyor Mu?	Evet	201	15.23±0.09	6.696	0.000*
	Hayır	100	15.15±0.10		

*p<0.05

Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi olup olmamasına göre katılımcıların ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark elde edilmiştir (p<0.05). Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişiye göre katılımcıların ölçeklerden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde doğum sonu yaşam kalitesi değişkeninde anlamlı farklılık saptanmamıştır (p>0.05).

Evlenme şekline göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo

incelendiğinde gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 7). Tabloya göre tanışıp anlaşarak evlilik yapan lohusa grubunun puanları, görücü usulü evlilik yapan lohusa grubuna göre yaşam kalitesi bakımından fazla çıkmıştır.

Katılımcıların eşleriyle anlaşma düzeylerine göre doğum sonu yaşam kalitesini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 6’da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eşle anlaşma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Ayrıca evlilikten mutlu olup olmama düzeyine göre doğum sonu yaşam kalitesini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde de gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 7).

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre doğum sonu yaşam kalitesini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$) (Tablo 7). Katılımcıların eşlerinin herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarının doğum sonu yaşam kalitelerini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 6’da görülen sonuçlar elde edilmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında ilgili parametre açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasının yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre iş saatlerinin düzenli olup olmama durumunun yaşam kalitesi üzerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılığa neden olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Eşinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasına göre yapılan analiz sonucunda eşinin iş saatleri düzenli grubun yaşam kalitesi puanı, eşinin saatleri düzenli olmayan gruba göre fazla çıkmıştır (Tablo 7).

Yapmış olduğumuz çalışmaya dahil edilen kadınların eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirip geçirmeme durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde ilgili parametrenin yaşam kalitesi

üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa neden olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Yapılan analiz sonucuna göre eşi evde yeterince vakit geçiren lohusa grubunun yaşam kalitesi puanı; eşi evde yeterince vakit geçirmeyen lohusalardan daha fazla çıkmıştır (Tablo 7).

4.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği ve Eş Desteği Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımları

Tablo 8. Lohusaların Yaş Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutlarının Skorlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgili Desteği Alt Boyutu		
	n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	
Yaş	20 yaş ve altı	20	73.85	9.22	25.20	2.96	18.85	2.72	21.15	3.16	8.45	1.05
	21-25 yaş	77	70.94	9.39	24.78	3.29	18.21	2.58	19.87	3.08	7.68	1.43
	26-30 yaş	120	73.00	9.52	24.83	3.23	18.83	2.65	20.97	3.22	8.09	1.26
	31-35 yaş	51	70.92	9.76	24.24	3.67	18.16	2.58	20.37	3.38	7.82	1.41
	36 yaş ve üstü	33	63.36	10.25	21.52	3.55	16.09	3.26	18.36	3.68	6.91	1.42
	Toplam	301	71.12	9.97	24.38	3.48	18.26	2.80	20.31	3.35	7.83	1.38
			Test istatistiği=6.957 P=0.000*		Test istatistiği=7.178 P=0.000*		Test istatistiği=6.930 P=0.000*		Test istatistiği=4.822 P=0.001*		Test istatistiği=6.361 P=0.000*	

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların buldukları yaş grubuna göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş grupları ile eş desteği ve eş desteği alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir (p<0.05). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eş desteği toplamında ve eş desteği alt boyutlarında bu fark '36 yaş ve üstü' grubu ile diğer dört grup '20 yaş ve üstü, 21-25 yaş, 26-30 yaş ve 31-35 yaş' arasında anlamlı fark bulunmuştur. Eş desteği takdir etme desteği alt boyutunda bu fark '20 yaş ve üstü ve 26-30 yaş' grupları ile '36 yaş ve üstü' grubu arasında anlamlı olarak görülmektedir. Eş desteği sosyal ilgi desteği alt boyutunda ise '20 yaş ve üstü, 26-30 yaş ve 31-35 yaş' grupları ile '36 yaş ve üstü' grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur. Tabloya baktığımızda 20 yaş ve altı lohusalar eş desteği ve eş desteği alt boyutları

puanları en yüksek yaş grubuyken; 36 yaş ve üstü lohusalar eş desteği ve eş desteği alt boyutları puanları en düşük yaş grubudur (Tablo 8).

Tablo 9. Lohusaların ve Eşlerinin Eğitim Durumlarının Eş Desteği ve Alt Boyutlarının Skorlarının Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		Eş Desteği Toplam Skoru			Duyusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu		
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	
Eğitim Durumu	İlkokul	62	69.39	10.13	24.16	3.65	17.71	3.01	19.35	3.60	7.71	1.43	
	Ortaokul	57	68.74	11.68	23.63	4.15	17.65	3.05	19.61	3.58	7.47	1.65	
	Lise	87	69.61	10.68	23.77	3.71	17.82	3.05	20.03	3.51	7.62	1.48	
	Yüksek Okul	30	74.70	6.92	25.07	2.69	19.43	1.79	21.73	2.34	8.27	0.86	
	Lisans	53	74.77	6.72	25.60	2.16	19.15	1.90	21.51	2.50	8.26	0.96	
	Lisansüstü	12	77.25	2.95	26.25	0.96	20.33	1.15	21.75	2.13	8.75	0.45	
	Toplam	301	71.12	9.97	24.38	3.48	18.26	2.80	20.31	3.35	7.83	1.38	
			Test İstatistiği = 4.817 P=0.000*			Test İstatistiği= 3.485 P=0.004*		Test İstatistiği= 5.220 P=0.000*		Test İstatistiği= 4.788 P=0.000*		Test İstatistiği= 4.132 P=0.001*	
Eşin Eğitim Durumu	İlkokul	44	68.95	9.662	23.70	3.373	17.52	2.824	19.52	3.879	7.73	1.169	
	Ortaokul	37	66.86	9.704	23.27	3.330	17.05	2.981	18.95	3.223	7.11	1.505	
	Lise	114	70.12	11.220	24.09	4.067	18.03	3.044	19.95	3.407	7.68	1.565	
	Yüksek Okul	31	74.16	7.466	25.13	2.655	19.10	2.006	21.45	2.706	8.23	1.055	
	Lisans	60	74.37	7.977	25.40	2.726	19.15	2.261	21.42	2.806	8.27	1.103	
	Lisansüstü	15	76.27	5.750	25.60	1.882	19.87	1.685	22.00	2.420	8.53	0.834	
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388	
			Test İstatistiği=4.944 P =0.000*			Test İstatistiği=3.030 P =0.011*		Test İstatistiği=5.213 P=0.000*		Test İstatistiği=5.099 P=0.000*		Test İstatistiği=5.090 P=0.000*	

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eğitim durumuna göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler incelendiğinde gruplar arasında eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eş desteği toplamında ‘ilkokul’, ‘ortaokul’ ve ‘lise’ grupları ile ‘lisans’ grubu arasında anlamlı fark vardır; duygusal destek alt boyutunda ‘ortaokul’ grubu ve ‘lise’ grubu ile ‘lisans’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutunda ‘ilkokul’ grubu, ‘ortaokul’ grubu ve ‘lise’ grubu ile ‘lisansüstü’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Takdir etme desteği alt boyutunda ‘ilkokul’ grubu ile ‘yüksekokul’ grubu ve ‘lisans’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Sosyal ilgi desteği alt boyutunda ‘ortaokul’ grubu ile ‘lisans’ ve ‘lisansüstü’ grupları arasında anlamlı fark vardır. Tabloya göre eğitim durumu lisansüstü olanlar eş desteği, sosyal ilgi desteği, maddi yardım ve bilgi desteği ve duygusal destek skoru bakımından en yüksek bulunmuştur (Tablo 9).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eşlerinin eğitim durumuna göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında tüm değişkenler açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eş desteği toplamında, takdir etme desteği alt boyutunda ve sosyal ilgi desteği alt boyutunda ‘ortaokul’ grubu ile ‘yüksekokul’ grubu ve ‘lisans’ grubu ve ‘lisansüstü’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Duygusal destek alt boyutunda ‘ortaokul’ grubu ile ‘lisans’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutunda ‘ilkokul’ grubu ile ‘lisans’ grubu ve ayrıca; ‘ortaokul’ grubu ile ‘yüksekokul’ grubu ve ‘lisans’ grubu ve ‘lisansüstü’ grubu arasında anlamlı fark vardır. Tabloya göre eşinin eğitim durumu lisansüstü olan lohusa grubunun eş desteği puanı en yüksek çıkmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Lohusaların ve Eşlerinin Meslek Durumlarının Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		n	Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım Ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgili Desteği Alt Boyutu		
			X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	
Meslek	İşçi	37	71.78	8.772	24.35	3.310	18.51	2.534	20.70	2.727	7.89	1.242	
	Memur	56	73.25	8.760	24.84	2.996	18.86	2.430	21.13	3.075	8.21	1.091	
	Serbest	15	71.47	7.415	24.73	2.219	18.40	2.165	20.33	2.820	7.47	1.457	
	Meslek Çalışmıyor	193	70.35	10.626	24.22	3.721	18.03	2.983	20.00	3.540	7.74	1.470	
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388	
			Test İstatistiği=1.303		Test İstatistiği=0.515		Test İstatistiği=1.411		Test İstatistiği=1.841		Test İstatistiği=2.085		P=0.102
Eşin Mesleği	İşçi	105	68.96	11.235	23.74	4.076	17.67	3.186	19.47	3.574	7.67	1.542	
	Memur	85	72.82	9.640	24.68	3.274	18.76	2.603	21.11	3.200	8.02	1.309	
	Serbest	107	71.87	8.294	24.74	2.882	18.43	2.384	20.50	3.051	7.85	1.235	
	Meslek Çalışmıyor	4	71.50	16.361	24.75	4.500	18.50	5.000	20.50	4.435	7.75	2.500	
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388	
			Test İstatistiği=2.716		Test İstatistiği=1.794		Test İstatistiği=2.664		Test İstatistiği=4.063		Test İstatistiği=1.048		P=0.372

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların mesleklerine göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tablo 10'da görülen sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan istatistiksel analiz neticesinde gruplar arasında eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların eşlerinin mesleklerine göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. İstatistiksel analiz neticesinde eş desteği alt boyutlarından 'maddi yardım ve bilgi desteği', 'takdir etme desteği' ile doğum sonu eş desteğinden elde edilen skorların gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda; eş desteğinde, maddi yardım ve bilgi desteği ve takdir etme desteği alt boyutlarında 'işçi' grubu ile 'memur' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 11. Lohusaların Sosyal Güvencesi ve Evin Aylık Gelirinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		n	Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu	
			X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Sosyal Güvence	Yok	9	68.60	11.027	23.70	3.917	17.50	3.028	18.80	3.795	8.10	0.994
	Var	292	71.21	9.942	24.40	3.470	18.29	2.801	20.36	3.329	7.82	1.400
			Test İstatistiği= -0.812 P=0.417		Test İstatistiği= -0.623 P=0.533		Test İstatistiği= -0.869 P=0.385		Test İstatistiği= -1.455 P=0.147		Test İstatistiği= 0.616 P=0.538	
Aylık Gelir	1000 TL ve altı	80	69.43	12.096	23.95	4.331	17.73	3.261	19.66	4.006	7.71	1.624
	1001-1500 TL	71	70.63	8.309	24.38	3.150	18.10	2.385	20.11	2.780	7.65	1.255
	1501-2000 TL	48	70.06	9.231	23.90	3.257	18.04	2.767	20.08	2.865	7.56	1.398
	2001-2500 TL	22	72.55	11.525	24.95	3.229	18.55	3.128	21.09	4.185	7.82	1.563
	2501-3000 TL	21	74.43	7.554	25.29	2.610	19.57	2.135	21.10	2.343	8.33	1.238
	3001 TL ve üstü	59	73.15	8.982	24.80	3.061	18.78	2.587	21.05	3.208	8.27	1.031
	Toplam		301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83
			Test İstatistiği=1.665 P=0.143		Test İstatistiği= 1.003 P=0.416		Test İstatistiği= 2.090 P=0.067		Test İstatistiği= 1.760 P=0.121		Test İstatistiği= 2.524 P=0.029*	

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre doğum sonu eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların aylık gelir durumuna göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında eş desteği alt boyutlarından olan sadece sosyal ilgi desteği alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Tabloya göre aylık geliri 2001-2500 arası olanlar en yüksek eş desteği skoruna sahiptir (Tablo 11).

Tablo 12. Lohusaların Aile Tipi ve Evlilik Sürelerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarıyla Karşılaştırılması

Tanımlayıcı Özellikler		n	Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgil Desteği Alt Boyutu	
			X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Aile tipi	Çekirdek aile	266	71.34	9.31	24.45	3.23	18.31	2.69	20.37	3.20	7.88	1.31
	Geniş aile	35	69.43	14.07	23.80	4.98	17.89	3.57	19.89	4.32	7.51	1.82
			Test İstatistiği=1.068 P=0.287		Test İstatistiği=1.041 P=0.299		Test İstatistiği=0.837 P=0.403		Test İstatistiği=0.801 P=0.424		Test İstatistiği= 1.452 P=0.148	
Evlilik Süresi	1-3 yıl	136	72.90	9.818	25.07	3.392	18.73	2.643	20.71	3.295	8.11	1.303
	4-6 yıl	73	70.99	8.572	24.36	2.889	18.18	2.611	20.49	2.794	7.62	1.430
	7-10 yıl	47	70.79	10.308	24.49	3.035	17.89	3.232	20.13	3.831	7.89	1.306
	11 yıl ve üstü	45	66.29	10.812	22.18	4.190	17.36	2.924	19.00	3.568	7.29	1.471
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388
			Test İstatistiği=5.205 P=0.002*		Test İstatistiği=8.399 P=0.000*		Test İstatistiği=3.172 P=0.025*		Test İstatistiği=3.135 P=0.026*		Test İstatistiği=4.925 P=0.002*	

*p<0.05

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların mevcut aile tipine göre doğum sonu eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tabloda görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre gruplar arasında aile tipine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların evlilik süresine göre doğum sonu eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analizler neticesinde tablo 12'de görülen sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre evlilik süresine bağlı olarak eş desteği ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği toplam puanında, maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutunda, takdir etme desteği eş desteği alt boyutunda ve sosyal ilgi desteği alt boyutunda '1-3 yıl' ile '11 yıl ve üstü' grubunda anlamlı fark vardır. Eş desteğinin duygusal destek alt boyutunda '1-3 yıl' grubu, '4-6 yıl' grubu ve '7-10 yıl' grubuyla '11 yıl ve üstü' grubu arasında anlamlı fark görülmüştür. Sonuçlara göre evlilik süresi 1-3 yıl arası grup eş desteği ve eş desteği alt boyutları skorları en yüksek bulunan gruptur.

Tablo 13. Lohusaların Doğum Sonu Döneme Yönelik Bilgi Alma ve Gebelik Muayene Sayısı Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması

		Eş Desteği Toplam Skoru			Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu	
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Doğum sonu döneme yönelik bilgi alma	Evet	238	70.86	10.76	24.17	3.72	18.17	2.98	20.31	3.601	7.87	1.39
	Hayır	63	72.11	6.07	25.14	2.17	18.60	1.98	20.33	2.178	7.68	1.37
			Test İstatistiği=0.887 P=0.376		Test İstatistiği=-1.978 P=0.049*		Test İstatistiği=1.094 P=0.275		Test İstatistiği=-0.056 P=0.955		Test İstatistiği=0.973 P=0.331	
Evet ise bilginin kimden alındığı	Doktor	59	67.07	14.07	22.86	4.71	17.25	3.82	19.22	4.47	7.41	1.83
	Hemşire	119	71.02	9.77	24.46	3.47	18.06	2.80	20.20	3.35	7.92	1.20
	Ebe	61	74.00	7.52	24.79	2.81	19.21	1.93	21.49	2.73	8.23	1.10
	Toplam	239	70.80	10.77	24.15	3.73	18.15	2.98	20.29	3.60	7.87	1.38
			Test İstatistiği=6.546 P=0.002*		Test İstatistiği=4.956 P=0.008*		Test İstatistiği=6.912 P=0.001*		Test İstatistiği=6.295 P=0.002*		Test İstatistiği=5.600 P=0.004*	
Gebelik Muayene Sayısı	1-5 defa	15	70.27	9.15	24.33	2.87	17.93	2.89	20.07	3.63	7.47	1.50
	6-10 defa	149	69.68	10.73	23.98	3.75	17.93	3.01	19.77	3.61	7.69	1.41
	11-15 defa	119	72.75	8.81	24.83	3.10	18.66	2.47	20.86	2.87	8.03	1.31
	16 ve daha fazla	18	72.94	10.13	24.67	3.86	18.61	2.87	21.44	3.11	8.06	1.43
	Toplam	301	71.12	9.97	24.38	3.48	18.26	2.80	20.31	3.35	7.83	1.38
			Test İstatistiği=2.356 P=0.072		Test İstatistiği=1.372 P=0.252		Test İstatistiği=1.697 P=0.168		Test İstatistiği=3.153 P=0.025*		Test İstatistiği=1.796 P=0.148	

*p<0.05

Doğum sonu döneme yönelik bilgi alan ve almayan katılımcılar arasında eş desteğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 13'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eş desteği ve alt grupları skorları açısından duygusal destek alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Doğum sonu döneme yönelik bilgiyi kimden aldığı ile ilgili eş desteğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde eş desteği ve alt grupları skorları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği toplam puanında, takdir etme desteği alt boyutunda ve sosyal ilgi desteği alt boyutunda 'doktor' grubu ile 'ebe' grubu arasında anlamlı fark vardır. Duygusal destek alt boyutunda 'doktor' grubu ile 'ebe' ve 'hemşire' grupları arasında anlamlı fark vardır. Maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutunda 'ebe' grubu ile 'hemşire' ve 'doktor' grupları arasında anlamlı fark vardır.

Gebelik muayene sayısına göre katılımcıların eş desteğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablodaki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre yalnızca takdir etme desteğine göre farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda '6-10 defa gebelik muayenesi' grubu ile '11-15 defa gebelik muayenesi' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 14. Lohusaların Doğum Şekli ve Gebeliği İsteyip İstememe Durumu Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması

		Eş Desteği Toplam Skoru			Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım Ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgil Desteği Alt Boyutu	
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Doğum Şekli	Normal Doğum	135	135	11.20	135	3.99	135	2.96	135	3.62	135	1.49
	Sezaryen	166	166	8.73	166	2.95	166	2.64	166	3.09	166	1.29
			Test İstatistiği=-1.999		Test İstatistiği=-2.303		Test İstatistiği=-2.033		Test İstatistiği=-1.671		Test İstatistiği=-0.716	
			P=0.046*		P=0.022*		P=0.043*		P=0.096		P=0.475	
Gebeliği İsteyip İstememe Durumu	Evet	244	72.38	9.10	24.78	3.17	18.60	2.60	20.67	3.15	8.02	1.27
	Hayır	57	65.72	11.67	22.65	4.17	16.79	3.17	18.77	3.74	7.05	1.59
			Test İstatistiği=4.698		Test İstatistiği=4.277		Test İstatistiği=4.531		Test İstatistiği=3.948		Test İstatistiği=4.899	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	
Gebeliğin Öğrenilmesinde n Sonra Bebeği İsteme Durumu	İstendi	270	72.32	9.20	24.80	3.14	18.55	2.63	20.67	3.15	7.99	1.29
	Başlangıçta istenmedi	25	59.84	10.75	20.36	4.16	15.56	3.15	16.96	3.61	6.32	1.46
	Hala istenmiyor	6	64.17	9.17	22.00	3.68	16.33	2.50	18.00	2.60	7.33	1.36
	Toplam	301	71.12	9.97	24.38	3.48	18.26	2.80	20.31	3.35	7.83	1.38
			Test İstatistiği=22.143		Test İstatistiği=22.978		Test İstatistiği=15.869		Test İstatistiği=17.197		Test İstatistiği=18.884	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	

*p<0.05

Doğum şekline göre eş desteği ve alt boyutları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 14'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eş desteği, duygusal destek ve maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebeliği isteyip istememe durumuna göre katılımcıların eş desteğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde bütün değişkenler açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeği isteme durumuna göre katılımcıların eş desteğini ve alt boyutlarını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz sonucunda eş desteğinde ve dört alt boyutunda gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği toplam puanında ve alt boyutlarının hepsinde 'istendi' grubu ile 'başlangıçta istenmedi' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 15. Lohusaların Gebelik Sayısı, Doğum Sonu Haftası ve Yaşayan Çocuk Sayısı Özelliklerin Eş Desteği ve Alt Boyutlarıyla Karşılaştırılması

		N	Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu	
			X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Gebelik Sayısı	1	124	73.65	9.274	25.31	3.237	19.00	2.446	20.94	3.166	8.13	1.281
	2	103	70.14	9.511	24.03	3.167	17.88	2.945	20.17	3.242	7.68	1.366
	3	45	70.42	8.559	24.02	3.251	18.02	2.472	20.07	2.856	7.84	1.313
	4 ve Daha Fazla	29	64.90	13.042	22.14	4.573	16.79	3.416	18.52	4.453	7.10	1.698
	Toplam			71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83
			Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=	
			7.251		8.024		6.586		4.546		5.181	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.004*		P=0.002*	
Doğum Sonu Kaçınıcı Hafta	4.Hafta	126	69.96	10.657	23.96	3.678	17.98	2.973	19.90	3.668	7.73	1.472
	5.Hafta	84	71.10	10.521	24.43	3.720	18.15	2.881	20.40	3.437	7.83	1.471
	6. Hafta	91	72.75	8.186	24.90	2.883	18.75	2.443	20.80	2.709	7.98	1.174
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388
				Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=
			2.079		1.956		2.089		1.987		0.842	
			P=0.127		P=0.143		P=0.126		P=0.139		P=0.432	
Yaşayan Çocuk Sayısı	1 Çocuk	151	74.07	8.665	25.42	3.054	19.09	2.264	21.10	3.033	8.21	1.174
	2 Çocuk	88	69.45	9.241	23.84	3.055	17.66	2.967	19.98	3.155	7.57	1.388
	3 Çocuk	46	67.89	11.194	23.09	3.875	17.43	3.082	19.37	3.935	7.50	1.487
	4 Çocuk	10	63.40	11.078	22.40	4.142	16.30	3.199	17.50	3.028	6.70	1.889
	5 Ç.ve Fazla	5	56.60	13.297	18.20	4.970	15.40	3.912	16.40	3.130	6.40	1.949
	Toplam			71.12	9.988	24.38	3.486	18.26	2.811	20.31	3.354	7.83
			Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=	
			10.395		11.631		8.617		7.219		7.828	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	

*p<0.05

Gebelik sayısına bağlı olarak katılımcıların eş desteği ve alt boyutlarını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 15'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde doğum sayısına göre tüm değişkenlerde anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği toplam puanında ve maddi yardım ve bilgi desteği alt grubunda 'gebelik sayısı 1' grubu ile 'gebelik sayısı 2' ve 'gebelik sayısı 4' grupları arasında anlamlı fark vardır. Eş desteği duygusal destek alt boyutunda 'gebelik sayısı 1' grubu ile 'gebelik sayısı 2' grubu ve 'gebelik sayısı 4' grubu arasında; ayrıca 'gebelik sayısı 2' grubu ile 'gebelik sayısı 4' grubu arasında anlamlı fark vardır. Eş desteğinin takdir etme desteği ve sosyal ilgi desteği alt boyutlarında 'gebelik sayısı 1' grubu ile 'gebelik sayısı 4' grubu arasında anlamlı fark vardır. Ayrıca analiz sonuçlarına göre sadece bir gebelik geçirmiş lohusalar eş desteği ölçeği ve eş desteğinin alt boyutları bakımından en yüksek puanlara sahiptir.

Doğum sonu kaçınıcı haftada olduğu ile ilgili katılımcıların eş desteği ve alt boyutlarını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablodaki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo 15 incelendiğinde doğum sayısına göre tüm değişkenlerde anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Yaşayan çocuk sayısına göre katılımcıların eş desteği ve alt boyutlarını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablodaki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde doğum sayısına göre tüm değişkenlerde anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği toplam puanında 'yaşayan bir çocuk' grubu ile diğer çocuk sayısı 4 grup arasında anlamlı fark vardır. Ayrıca, '5 çocuk ve fazlası' grubu ile '2 çocuk' grubu ve '3 çocuk' grubu arasında anlamlı fark vardır. Eş desteği duygusal destek alt boyutunda 'bir çocuk' grubu ile diğer sahip olunan çocuk grupları arasında ve '5 çocuk ve fazlası' grubu ile de diğer çocuk sayısı 4 grup arasında anlamlı fark vardır. Maddi yardım ve bilgi desteği alt boyutunda '1 çocuk sayısı' grubu ile diğer gruplar arasında anlamlı fark vardır. Takdir etme desteği alt boyutunda '1 çocuk sayısı' grubu ile diğer gruplar arasında ve '2 çocuk sayısı' grubu ile '4 çocuk sayısı' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Sosyal ilgi desteği alt boyutunda ise 'bir çocuk' grubu ile diğer sahip olunan çocuk grupları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 16. Lohusaları Yardım Alma Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması

		Eş Desteği Toplam Skoru			Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu		
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	
Lohusalık Döneminde Yardımcı Olacak Kişi Olup Olmama Durumu	Evet	256	71.35	10.172	24.38	3.621	18.39	2.782	20.38	3.330	7.90	1.402	
	Hayır	44	70.18	8.434	24.45	2.510	17.61	2.814	20.02	3.427	7.52	1.210	
			Test İstatistiği= 0.721 P=0.471		Test İstatistiği= -0.133 P=0.894		Test İstatistiği= 1.709 P=0.089		Test İstatistiği= 0.660 P=0.510		Test İstatistiği= 1.673 P=0.095		
Evet İse Yardımcı Olacak Kişi	Aile		72.02	9.860	24.65	3.550	18.55	2.683	20.55	3.260	7.95	1.318	
	Büyükleri												
	Kardeş		70.21	9.704	24.08	3.374	18.13	2.508	19.63	3.561	8.08	1.248	
	Diğer		67.94	11.911	22.94	3.928	17.53	3.435	19.81	3.592	7.39	1.871	
	TOPLAM		71.28	10.217	24.36	3.625	18.37	2.796	20.36	3.341	7.89	1.411	
			Test İstatistiği= 2.600 P=0.076		Test İstatistiği= 3.536 P=0.031		Test İstatistiği= 2.168 P=0.117		Test İstatistiği= 1.411 P=0.246		Test İstatistiği= 2.736 P=0.067		

*p<0.05

Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi olup olmamasına göre katılımcıların eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 16'daki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde eş desteği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$). Tabloya göre lohusalık süresince kendisine yardımcı olabilecek birilerine sahip lohusa grubunun puanları, yardımcıya sahip olmayanlara göre eş desteği ölçeği ve eş desteğinin alt boyutları bakımından fazla çıkmıştır. Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi ile ilgili yapılan istatistiksel analiz neticesinde ise duygusal destek alt boyutunda anlamlı farklılık vardır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda 'aile büyükleri' grubu ile 'diğer' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 17. Lohusaların Evlilik Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması

			Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım Ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu	
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Evlenme Biçimi	Tanışıp Anlaşarak	208	73.09	8.219	25.05	2.794	18.78	2.463	20.80	2.963	8.13	1.149
	Görücü Usulü	93	66.71	11.990	22.87	4.317	17.09	3.168	19.22	3.884	7.17	1.633
			Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=	
			5.363		5.230		5.042		3.888		5.829	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	
Eşle Anlaşma Durumu	İyi	255	73.49	7.410	25.20	2.537	18.86	2.264	21.04	2.728	8.11	1.130
	Orta	40	58.10	11.745	19.83	4.540	14.98	3.034	16.30	3.510	6.38	1.675
	Kötü	6	57.17	14.945	19.83	3.817	14.50	4.324	16.33	4.967	6.00	2.000
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388
			Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=	
			68.374		66.689		51.724		52.101		40.798	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	
Evlilikten Mutlu Olup Olmama	Evet	273	72.69	7.982	24.92	2.731	18.68	2.385	20.75	2.902	8.01	1.207
	Kısmen	21	55.48	13.589	18.62	5.445	14.10	2.862	15.95	4.092	6.14	1.769
	Hayır	7	56.86	16.170	20.29	4.424	14.29	4.645	16.14	5.273	5.86	1.952
	Toplam	301	71.12	9.971	24.38	3.481	18.26	2.807	20.31	3.350	7.83	1.388
			Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=		Test İstatistiği=	
			47.720		48.664		42.362		30.643		29.816	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	

*p<0.05

Evlenme şekline göre katılımcıların eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 17'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde gruplar arasında tüm değişkenlerde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Tabloya göre tanışıp anlaşarak evlilik yapan lohusa grubunun puanları, görücü usulü evlilik yapan lohusa grubuna göre eş desteği ölçeği ve eş desteğinin alt boyutları bakımından fazla çıkmıştır (Tablo 17).

Katılımcıların eşleriyle anlaşma düzeylerine göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 17'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eşle anlaşma durumuna göre tüm değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği puanı ve eş desteği alt boyutlarında eşle anlaşmanın 'iyi olduğu' grup ile 'orta' grubu ve 'kötü' grubu arasında anlamlı fark vardır. Anlaşma durumu iyi olanların eş desteği ortalama puanı 73.49; orta olanların 58.10; kötü olanların 57.17'dir (Tablo 7).

Evlilikten mutlu olup olmama düzeylerine göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 17'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre eşle anlaşma durumuna göre eş desteği toplam puanı ve alt boyutları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda eş desteği puanı ve eş desteği alt boyutlarında 'evet' grubu ile 'kısmen' grubu ve 'hayır' grubu arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Tablo 18. Lohusaların Sağlık Özelliklerinin Eş Desteği ve Alt Boyutları Skorlarının Karşılaştırılması

		Eş Desteği Toplam Skoru		Duygusal Destek Alt Boyutu		Maddi Yardım Ve Bilgi Desteği Alt Boyutu		Takdir Etme Desteği Alt Boyutu		Sosyal İlgı Desteği Alt Boyutu		
		n	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd	X	Sd
Kronik Hastalık	Yok		71.84	9.457	24.60	3.340	18.48	2.661	20.47	3.229	7.95	1.307
	Var		66.00	12.019	22.78	4.063	16.70	3.332	19.19	3.985	6.97	1.641
			Test İstatistiği=3.393		Test İstatistiği=3.010		Test İstatistiği=3.676		Test İstatistiği=2.191		Test İstatistiği=4.136	
			P=0.001*		P=0.003*		P=0.000*		P=0.029*		P=0.000*	
Ešte Kronik Hastalık	Yok		71.23	9.847	24.43	3.463	18.31	2.769	20.27	3.334	7.86	1.351
	Var		69.55	11.754	23.60	3.733	17.50	3.285	20.85	3.617	7.40	1.818
			Test İstatistiği=0.728		Test İstatistiği=1.031		Test İstatistiği=1.253		Test İstatistiği= -0.742		Test İstatistiği=1.450	
			P=0.467		P=0.303		P=0.211		P=0.458		P=0.148	
Eşin İş Saatinin Düzenli Olup Olmaması	Evet		72.59	8.302	24.85	2.826	18.57	2.477	20.80	2.949	8.00	1.256
	Hayır		68.12	12.225	23.40	4.391	17.62	3.303	19.31	3.875	7.51	1.580
			Test İstatistiği=3.730		Test İstatistiği=3.451		Test İstatistiği=2.814		Test İstatistiği=3.698		Test İstatistiği=2.914	
			P=0.000*		P=0.001*		P=0.005*		P=0.000*		P=0.004*	
Eşiniz sizce evde yeterince vakit geçirebiliyor mu?	Evet		73.49	7.930	25.21	2.666	18.93	2.359	20.82	2.953	8.20	1.149
	Hayır		66.35	11.824	22.69	4.249	16.91	3.143	19.29	3.849	7.10	1.534
			Test İstatistiği=6.209		Test İstatistiği=6.295		Test İstatistiği=6.243		Test İstatistiği=3.818		Test İstatistiği=6.966	
			P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*		P=0.000*	

*p<0.05

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 18'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde eş desteği ve alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 18).

Katılımcıların eşlerinin herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 18'deki sonuçlar elde edilmiştir. İstatistiksel analiz sonucunda gruplar arasında ilgili parametre açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasının eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 18'deki sonuçlar elde edilmiştir. Buna göre iş saatlerinin düzenli olup olmama durumunun eş desteği toplam puanı ve alt boyutları üzerinde anlamlı farklılığa neden olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Eşinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasına göre yapılan analiz sonucunda iş eşinin saatleri düzenli grubun eş desteği puanı ve eş desteği alt boyutları puanı, eşinin saatleri düzenli olmayan gruba göre fazla çıkmıştır.

Çalışmaya dahil edilen kadınların eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirip geçirmeme durumunun eş desteği ölçeğinden elde edilen skorları tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tablo 18'deki sonuçlar elde edilmiştir. Tablo incelendiğinde ilgili parametrenin tüm değişkenler üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Tablo 19. Eş Desteği İle Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Spearman Korelasyon Analizi İle İncelenmesi

	Doğum Sonu Yaşam Kalitesi	
Duygusal Destek	r _s	0.518**
	p	0.000
	n	301
Maddi Yardım ve Bilgi Desteği	r _s	0.505**
	p	0.000
	n	301
Takdir Etme Desteği	r _s	0.463**
	p	0.000
	n	301
Sosyal İlgı Desteği	r _s	0.460**
	p	0.000
	n	301
Eş Desteği Puanı	r _s	0.530**
	p	0.000
	n	301

Katılımcıların eş desteğinin doğum sonu yaşam kalitesiyle ilişkisini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde duygusal destek boyutu ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında orta kuvvetli ($r = 0.518$); maddi yardım ve bilgi desteği boyutu ile orta kuvvetli ($r = 0.505$); takdir etme desteği boyutu ile orta kuvvetli ($r = 0.463$) ve sosyal ilgi desteği boyutu ile orta kuvvetli, pozitif yönlü ($r = 0.460$) anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların genel eş desteği ile de doğum sonu yaşam kalitesi arasında orta kuvvetli, pozitif yönlü ($r = 0.530$) anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$) (Tablo19).

5. TARTIŞMA

5.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması

Doğum sonu (postpartum) dönem anne ve babanın bebek bakımı için güvenli bir ortam tesis etmesi, bebekle iletişim kurması, yeni rolleri öğrenmesi, aile duyarlılığının geliştirilmesi ve bebekle ilgili sorunlarla baş etmesi gereken bir dönemdir. İlgili dönemde özellikle kadınlar açısından strese neden olan ve dolayısıyla yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumlulukları, yorgunluk, hormonal değişiklikler, beslenme durumu gibi günlük yaşamını etkileyen unsurların yanı sıra yaş, eğitim düzeyi, duygusal durum, hormonal değişiklikler, bulantı, kusma, sigara, alkol alışkanlığı, iç kontrol kaybı, performans yetersizliği gibi çok sayıda unsur bulunmaktadır (95).

Ebeveynlik rolüne ve bebeğin bakımına adapte olma sürecinde iç kontrol, performans ve sosyal destek/eş desteği yaşam kalitesi üzerinde etkili olmaktadır. Belirtilen bu unsurlardan eş desteği son derece önemlidir.

Son yıllarda psikolog, psikiyatrist ve psikolojik danışmanların sosyal destek kavramına ilgi artmıştır. Bu durumun nedeni, sosyal desteğin bireylerin ruh-beden sağlığı ve başarısı ile ilişkili bulunması, bireyin yaşadığı olumsuz yaşam olaylarına ve strese karşı sosyal desteğin tampon etkisinin olmasıdır (55).

Sosyal destek çok boyutlu bir kavram olup elde edilen sosyal destek bireye öğüt ve bilgi verme, duygusal destek, maddi destek, takdir etme, bireyin sorunlarla başa çıkmasına yardım etme, bireye model olma şeklinde olabilir. Sosyal destek kaynakları anne, baba, arkadaş, aile, akraba, sevgili, öğretmenler, eş vb., şeklinde sıralanabilir.

Doğum sonu dönemde kadınların eş desteğine çok ihtiyacı bulunmaktadır. Bu bağlamda, doğum sonu dönemde kadınların algıladıkları eş desteği ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla gerçekleştirdiğimiz çalışma neticesinde önemli sonuçlar elde edilmiştir.

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadınlar için en ideal doğurma yaşı 20-30 yaş arasındır. 19 yaş altı, 35 yaş üzeri riskli gebeliklerin gelişebileceği dönemlerdir. Bu yaşlarda meydana gelen gebeliklerde morbidite ve mortalite oranı yüksektir (17).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların büyük kısmı % 39.9 (26-30) yaş arasındadır. Toplam 301 katılımcının % 28.9'u lise, % 20.6'ı ilkokul, % 18.9'u ortaokul, % 17.6'sı lisans, % 10'u yüksekokul ve % 4'ü de lisansüstü mezundur. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların % 37.9'unun eşi lise, % 19.9'unun eşi lisans, % 14.6'sının eşi ilkokul, % 12.3'ünün eşi ortaokul, % 10.3'ünün eşi yüksekokul ve % 5.0'mının eşi lisansüstü mezundur. Bununla birlikte çalışmaya dahil edilen kadınların % 64.3'ünün çalışmadığı ve ev hanımı olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların % 35.5'inin eşi serbest çalışıyor, %34.9'unun eşi işçi, % 28.2'sinin eşi memur ve % 1.3'ünün eşi ise çalışmıyor. Konuyla ilgili olarak Kavlak (2004), yapmış olduğu çalışmada annelerin yaş ortalamasını 25.96 ±4.68, Şen (2007) 26.94±5.18, Ertürk (2007) 26.90±4.30, Akın ve ark. (2008) 26.8±5.1 olarak bulmuşlardır (7, 100, 101,102). Bu sonuçlara göre bizim çalışmamızdaki lohusaların evlenme yaş ortalaması, diğer çalışmalardaki katılımcıların yaş ortalamasıyla benzerlik göstermektedir. Yine Kavlak (2004) yapmış olduğu çalışmada annelerin % 50.9'unun ilkokul mezunu olduğunu ve % 83'ünün çalışmadığını, Şen (2007) % 49.3'ünün ilköğretim mezunu olduğunu ve % 85.7'sinin çalışmadığını, Ertürk (2007) % 38.8'inin ilköğretim, % 32.4'ünün ortaöğretim mezunu olduğunu, Ege ve ark. (2008) ise % 64.5'inin ilköğretim mezunu olduğunu ve % 92.6'sının çalışmadığını bildirmişlerdir (6, 100, 101, 103). TNSA 2008 verilerine göre de; 15-49 yaş grubundaki kadınların % 18.3'ünün hiçbir eğitiminin olmadığı veya ilköğretimi bitirmedikleri, % 51.9'unun ilköğrenim birinci kademe mezunu, % 8.7' sinin ilköğrenim ikinci kademe mezunu, % 21.1'inin ise lise ve üstü öğrenim düzeyinde olduğu saptanmıştır (104). Literatürle karşılaştırıldığında bizim çalışmamızdaki lohusaların eğitim düzeyi oranları daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya dahil edilen katılımcılardan yalnızca % 3'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip değil iken geri kalan % 97'si ise sosyal güvenceye sahiptir. Konuyla ilgili olarak Ertürk (2007) tarafından yapılan çalışmada sosyal güvenceye sahip olan kadınların oranı % 87.1 olarak bildirilmiştir. TNSA (2013) verilerine göre

Türkiye'deki kadınların % 89'u herhangi bir sağlık sigortasına sahiptir (105). Buna göre bizim çalışmamızda lohusa grubundaki herhangi bir sigortaya sahip kadınların yüzdesi daha fazladır.

Katılımcıların % 88.4'ü çekirdek aile tipine sahip iken % 11.6'sı ise geniş aile tipine sahiptir. Şen (2009), yapmış olduğu anneanne-anne-bebek bağıllığının incelenmesi konulu çalışmasında annelerin % 81.4'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğunu bildirmiştir. Bu durum çekirdek aile yapısının arttığını göstermektedir (101). Bu bulgulara göre; çağın yeni yaşam şartları nedeniyle geniş aileden çekirdek aileye geçiş zorunlu olmuştur. Geniş ailelerde hem kadın hem de erkek sayısının fazla olması iş yükünü azaltmaktaydı. Ancak çekirdek aile yapısında bu durum tersine dönmüştür. Bundan dolayı da eş desteği kadın ve erkek için, özellikle de duygusal destek, ev işleri ve çocuk bakımı konusunda kadın için daha çok eş desteği ihtiyacı oluşmuştur. Hem kadının hem de erkeğin işten gelmesi ev işleri ve çocuklara ayrılan zamanın birlikte organize edilmesini zorunlu hale getirmiştir (106). Bu iş organizasyonu düzenli olan ailelerde kadının yaşam kalitesi artarken iş yükünün çoğunluğunu alan kadınlarda yaşam kalitesinin düşük olabileceği düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen kadınlardan % 79.1'i doğum sonu döneme yönelik bilgi aldıklarını ve bu bilgiyi alanların da % 50'inin hemşirelerden, % 24.8'inin doktorlardan, % 24.8'inin ebelerden ve % 0.4'ünün sağlık personeli dışındaki birisinden aldıkları görülmüştür. Bu durum hemşirelerin gebelere doğum sonuna yönelik bilgiyi vermede daha aktif olduklarını düşündürebilir. Ünsal ve ark. (2005) toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler konulu çalışmasında annelerin sadece % 23.9'unun gebelik izlemlerinde doğum sonuna yönelik bilgi almadığı bulunmuştur. (107). Çalışmamız Ünsal ve arkadaşlarının çalışmasıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 49.5'i 6-10 kez, % 39.5'i 11-15 kez, % 5'i 1-5 kez, % 6'sı da 16 ve daha fazla sayıda gebelik muayenesi olmuştur 2008 TNSA verilerine göre ise %73.7'si yeterli sayıda antenatal bakım hizmeti almaktadır. Bu oran bölgelere göre farklılık göstermektedir. Karadağ'ın (2008) çalışmasında ise düzenli gebelik izlemi yaptırma oranı % 61 bulunmuştur (108). Çalışmamız TNSA verileriyle ve Karadağ'ın çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

Çalışmaya dahil edilen annelerin % 55.1'i sezaryen, % 44.9'u ise normal doğum gerçekleştirmiştir. Özkaya'nın (2002) Isparta'da yaptığı çalışmada; kadınların % 46.3'ünün vajinal doğum, % 53.7'sinin sezaryenle bebeklerini dünyaya getirdikleri saptanmıştır (109).

Çalışmaya dahil edilen annelerden % 81.1'i gebeliği istediğini, % 18.9'u ise istemediğini ifade etmiştir. Gebeliğin öğrenilmesinden sonra ise katılımcılardan % 90'ı bebeğin istediğini, % 8.3'ü istemediğini, % 1.7'sinin de bebeği hala istemediğini ifade etmiştir. Şahin ve Soypak'ın (2010) erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği konulu yaptığı çalışmada lohusaların % 82'si gebelik kararını eşiyle birlikte verdiğini ifade etmiştir (70). Çalışmamız, bu çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Katılımcıların % 41.2'si 1 kez, % 34.2'si 2 kez, % 15'i 3 kez ve % 9.6'sı da 4 ve daha fazla sayıda doğum yapmıştır. Bunun yanı sıra katılımcılardan % 50.3'ünün 1, % 29.3'ünün 2, % 15.3'ünün 3, % 5'inin de 4 ve daha fazla sayıda yaşayan çocuğu vardır.

Çalışmaya dahil edilen annelerin % 85.3'ü lohusalık döneminde kendisine yardımcı olacak kişinin olduğunu ve bunlardan % 77.3'ü bu kişinin aile büyükleri (anne), % 9'u kardeş ve % 13.7'si de diğer başka biri olduğunu ifade etmiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 14.7'si ise lohusalık döneminde kendisine yardımcı olabilecek herhangi bir kişi olmadığını ifade etmiştir. Yıldırım, Hacıhasanoğlu ve Karakurt (2011) yaptıkları postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler konulu çalışmada doğum yapan kadınların % 61.9'una evde yardım eden birisinin olmadığı belirtilmiştir (42). Sonuçlardaki farklılık farklı örneklem grubundan kaynaklanmış olabilir. Bu sonuçlara göre ilimizde lohusalık döneminde yardımın daha fazla önemsendiği düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen annelerin evlenme biçimleri incelenmiş ve % 69.1'inin tanışıp anlaşarak, % 30.9'unun ise görücü usulü evlendiği görülmüştür. Annelerin eşleriyle anlaşma durumları incelendiğine % 84.7'sinin eşleriyle anlaşma durumlarının iyi, % 13.3'ünün anlaşma durumlarının orta, % 2'sinin de kötü olduğu görülmüştür. Çalışmaya dahil edilen annelerden % 90.7'si evliliklerinden mutlu olduklarını, % 2.3'ü mutlu olmadıklarını, % 7'si de kısmen mutlu olduklarını ifade

etmiştir. Bu sonuçlara göre tanışıp anlaşarak evliliğin evlilikte eşle anlaşma durumunu ve evlilikteki mutluluğu arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmaya dahil olan annelerden yalnızca % 12.3'ü herhangi bir kronik hastalığa sahiptir. Bununla birlikte katılımcılardan % 6.6'sının eşinde de kronik hastalık bulunmaktaydı.

Çalışmaya dahil olan katılımcılardan % 67.1'inin eşlerinin iş saatlerinin düzenli olduğu, % 32.9'unun ise düzensiz olduğunu görülmüştür. Bununla birlikte % 33.2'sinin eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirmediği, % 66.8'sinin ise eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirdiği tespit edilmiştir.

5.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaş gruplarına göre yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kızılkaya (2013) yapmış olduğu sezaryen ya da normal spontan doğum yapan primiparlarda doğum deneyiminin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi çalışmasında yaşa bağlı olarak doğum sonu yaşam kalitesi açısından farklılık olmadığını bildirmiştir (86). Bu sonuçlara göre, çalışmamız Kızılkaya'nın çalışması ile paralellik göstermemektedir. Farkın örneklem gruplarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre doğum sonu yaşam kalitesinde anlamlı şekilde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmamızda, eğitim durumu lisansüstü yaşam kalitesi skoru bakımından en yüksek bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak Kızılkaya (2013) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumunun doğum sonu yaşam kalitesini etkilemediği tespit edilmiştir (86). Mevlana Kalkınma Ajansı'nın yaşam kalitesi üzerine 2012 yılında yapmış olduğu çalışmada kadınların eğitim durumlarına göre bakıldığında üniversite mezunu olanların yaşam kalite düzeylerinin diğerlerine göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (110). Çalışmamızın bulguları ile Mevlana Kalkınma Ajansı'nın sonuçları paralellik gösterirken, diğer çalışmanın verileri ile paralellik göstermemektedir. Farkın örneklem gruplarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, eğitim durumunun yaşam kalitesinin algılanmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin eşlerinin eğitim durumunun yaşam kalitesi skorlarını etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde; Yılmaztürk (2010) postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi çalışmasında eşi yükseköğrenim mezunu olan kadınların yaşam kalitesi skorlarının daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (77). Altıparmak ve Eser'in (2007) yaptıkları 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi konulu çalışmada eşinin eğitimi lise ve üstü olan kadınların, eşinin eğitimi ilköğretim ve altı olan kadınlara göre yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (87). Sonuçlara göre, lohusaların eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması lohusaların yaşam kalitesini anlamlı derecede yükseltmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin mesleklerine göre yaşam kalitesi ölçeklerinden elde edilen skorların analizi neticesinde sadece doğum sonu yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı fark görülmekte ($p=0.001$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucuna göre; bu fark 'memur' grubu ile 'çalışmıyor' grubu arasında anlamlıdır. Bu sonuca göre, çalışan ve memur olan kadınlarda yaşam kalitesi puanlarının yüksek olduğu ve çalışanlarda gelir durumunun artmasıyla yaşam kalitelerinde bir artış olduğu düşünülebilir.

Çalışmamıza dahil edilen lohusaların eşlerinin mesleklerine bağlı olarak yaşam kalitesi skorlarının etkilenip etkilenmediğini tespit etmek amacıyla yapılan analiz neticesinde doğum sonu yaşam kalitesi puanları açısından anlamlı fark görülmemektedir ($p>0.05$). Kızılkaya (2013) yapmış olduğu çalışmada eşi çalışmayan annelerin doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri ortalama skorun eşi çalışan lohusalara oranla daha düşük olduğunu tespit etmiştir (86). Çalışmamız, Kızılkaya'nın çalışmasıyla benzerlik göstermemektedir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$); sonuca göre sosyal güvencesi olanların yaşam kalitesi puanları (15.20 ± 0.10), sosyal güvencesi olmayanlarınkinden (15.13 ± 0.06) daha yüksek

bulunmuştur. Konuyla ilgili olarak Kızılkaya (2013), yapmış olduğu çalışmada sosyal güvencesi olan annelerin doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri skorun diğerlerine göre daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (86). Yeliz (2010) postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi konulu çalışmasında sosyal güvencesi olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.95 ±0.97) olmayanlara oranla daha yüksek olduğunu belirtmiştir (77). Altıparmak'ın (2007) 15-49 yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi çalışmasında da sosyal güvencesi olan kadınların yaşam kalitelerinin olmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (87). Çalışmamızdaki sonuçlar, yaşam kalitesi açısından bu çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlara göre sosyal güvencenin varlığının yaşam kalitesini olumlu etkilediği düşünebiliriz.

Yapmış olduğumuz çalışmada aylık gelire göre yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Kızılkaya (2013), yapmış olduğu çalışmada geliri giderinden az olan annelerin doğum sonu yaşam kalitesinden elde ettikleri skorların daha düşük olduğunu tespit etmiştir (86). Altıparmak ve Eser'in (2007) yaptıkları çalışmada yaşam kalitesinin gelir düzeyinden olumlu bir şekilde etkilendiği gösterilmiştir (87). Buna göre maddi durum yetersizliğinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği düşünülebilir. Çalışmamızdaki bulgularla diğer çalışmalardaki bulgular benzerlik göstermektedir. Sonuçlara göre gelir durumunun yaşam kalitesi pozitif yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Ülkemizin sosyal yapısı son dönemlerde değişikliğe uğramıştır. Zaman içerisinde ekonomik koşullarda meydana gelen değişim ve endüstrinin gelişmesi sonucunda geniş aileler yerlerini çekirdek ailelere bırakmıştır. Yapmış olduğumuz çalışmada aile tipine göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden alınan skorlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Kızılkaya (2013), yapmış olduğu çalışmada çekirdek aile tipine sahip olanların yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğunu tespit etmiştir (86). Çalışmamızdaki bulgular Kızılkaya'nın çalışmasının verileriyle paralellik göstermektedir. Çalışmamızda annelerin evlilik sürelerine bağlı olarak doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri skorlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Doğum sonu döneme ilişkin bilgi alıp almama durumunun yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$). Ayrıca doğum öncesi kontrol sayısına göre yapılan analiz sonucunda da yaşam kalitesinde anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Doğum sonunda bakım ve olabilecekler hakkında lohusanın ve eşinin bilgi alması; onları bilinçlendirir. Bilinçli ailelerin davranışlarının lohusanın yaşam kalitesini arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda normal doğum ve sezaryen doğum yapan annelerin doğum sonu yaşam kalitesinden elde ettikleri skorlarda anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Yılmaztürk (2010) postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi çalışmasında sezaryenle doğum yapan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını, ortalamaları en yüksek değeri olarak bulmuştur (77). Sezaryen ile doğumun normal doğuma göre anne üzerine fiziksel ve psikolojik etkileri daha fazladır. Hem ameliyat olmanın getirmiş olduğu fiziksel sorunlar hem de doğuma aktif olarak katılamama, bebeğini hemen görememe ve yeteri kadar ilgilenememe gibi durumlar anne için doğum deneyimini olumsuz yönde etkiler (77), ayrıca sezaryenin getirdiği ağrı ve zorluk kadının yaşam kalitesini azaltabilir.

Çalışmamızda gebeliğini isteyen ve istemeyen annelerin yaşam kalitesi puanlarında anlamlı farklılık görülmektedir. Ayrıca gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeği isteme durumuna göre katılımcıların aldığı yaşam kalitesi puanlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir ($p<0.05$).

Çalışmamızda gebelik sayısına bağlı istatistiksel olarak doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden alınan skorlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ayrıca, yaşayan çocuk sayısına göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi skorlarını tespit etmek amacıyla yapılan istatistiksel analiz neticesinde bir çocuk sahibi grubun yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Sonuca göre, sahip olunan çocuk sayısı arttıkça annenin yıprandığı ve yaşam kalitesinin düştüğü düşünülebilir.

Çalışmamızda lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi olup olmamasına göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeğinden elde ettikleri skorlar incelendiğinde doğum sonu yaşam kalitesi değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığa göre, lohusalık döneminde yardımcısı

olan grubun sosyal ilgi desteği ve yaşam kalitesi daha yüksek bulundu. Yılmaztürk (2010) postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi konulu yaptığı çalışmada ev işleri ve bebek bakımı konularında yardımcısı olan kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ile yardımcısı olmayanların arasında fark bulamamıştır (77). Arslan'ın (2001) primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi konulu çalışmasında ise deney grubunda; doğum sonrası dönemde yardımcı varlığının kadının yaşam kalitesini yükselttiği bulunmuştur (79). Yılmaztürk (2010) tarafından yapılan postpartum dönemindeki kadınların yaşam kalitesinin incelenmesi konulu çalışmada ev işleri ve bebek bakımında yardımcısı annesi olanların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek, yardımcısı eşinin annesi olanların ortalamasını ise en düşük olarak bulmuştur (77). Bu da, lohusanın yardımcısının olmasının lohusaların yaşam kalitesinin olumlu yönde etkilediğini düşündürmektedir.

Evlenme şekline göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Bu konuyla ilişkili olarak yine çalışmamızda eşlerin anlaşma düzeylerine ve evlilikte mutlu olup olmama durumuna göre de doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Bulgulara göre, tanışıp anlaşarak evlenenlerin ve eşiyle iyi anlaşan erkeklerin eşlerine daha fazla önem verdiği, eşlerine daha fazla yardımcı olduğu ve lohusaların evliliklerinde mutlu olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık bulunmamaktadır. Bunun yanı sıra eşinde herhangi bir kronik hastalık olup olmama durumuna göre de doğum sonu yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlar arasında farklılık bulunmamaktadır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasının yaşam kalitesini etkileyip etkilemediğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde tüm gruplarda istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. Benzer şekilde çalışmaya dahil edilen kadınların eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirip geçirmeme durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde de yine DSYK

ölçeğinde fark tespit edilmiştir. Eşlerinin iş saatlerinin düzenli olma durumuna ve eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirme durumuna 'evet' ifadesi veren lohusaların yaşam kalitesi 'hayır' cevabı veren lohusalardan daha yüksektir. Bu da eşlerin evde düzenli ve daha fazla vakit geçirmesinin yaşam kalitesini arttırdığını düşündürmektedir.

5.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği ve Eş Desteği Alt Gruplarının Puan Ortalamalarının Dağılımlarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmamızda yaş gruplarına göre eş desteği, alt boyutları açısından anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Yine Çağ (2011), yapmış olduğu çalışmada yaşa bağlı olarak eş desteğinin farklılık olmadığını bildirmiştir (60). Bu sonuçlara göre, çalışmamız Çağ'ın çalışması ile paralellik göstermemektedir. Farkın örneklem gruplarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir.

Çalışmamızda eğitim durumuna göre eş desteği ve alt boyutlarında anlamlı şekilde farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çağ (2011), yapmış olduğu evli bireylerde eş desteği ve evlilik doyumu konulu çalışmada eğitim durumunun eş desteği üzerinde etkili olmadığını tespit etmiştir (60). Çalışmamızın bulguları ile Çağ'ın çalışmasının verileri paralellik göstermemektedir. Farkın örneklem gruplarından kaynaklanmış olabileceği düşünülebilir. Ayrıca, eğitim durumunun eş desteğinin algılanmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin eşlerinin eğitim durumunun eş desteği skorlarını etkilediği tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aksakallı ve ark. (2012) lohusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi çalışmalarında da eşin eğitim durumu arttıkça lohusaların aldıkları desteğin arttığı saptanmıştır (69). Sonuçlara göre, lohusaların eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması destek gösterme durumlarını arttırmakta olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin mesleklerine göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorların analizi neticesinde eş desteği ve alt boyutlarında anlamlı fark yoktur ($p>0.05$). Çalışmamıza dahil edilen lohusaların eşlerinin mesleklerine bağlı olarak eş desteği skorlarının etkilenip etkilenmediğini tespit etmek amacıyla yapılan

analiz neticesinde eş desteği alt boyutlarından duygusal destek ve sosyal ilgi desteği hariç elde edilen skorların farklılık oluşturduğu tespit edilmiştir. Sonuçlara göre eşin mesleği eş desteğini etkilemekte olabilir.

Çalışmamıza dahil edilen annelerin sosyal güvencelerinin olup olmamasına göre eş desteği ölçeğinden elde edilen skorlar arasında farklılık olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde eş desteği ölçeğinden elde edilen skorlar açısından farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Yapmış olduğumuz çalışmada aylık gelire göre eş desteği alt boyutlarından sadece sosyal ilgi desteği alt boyutundaki gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Güven ve ark. (2011) eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı çalışmasında da gelir düzeyi yüksek olan evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin orta ve düşük düzey gelir sahibi olan bireylerin algıları eş desteğinden daha yüksek olduğu görülmektedir (52). Çalışmamızdaki bulgularla diğer çalışmalardaki bulgular benzerlik göstermektedir. Sonuçlara göre gelir durumunun yaşam kalitesi pozitif yönde etkilediğini söyleyebiliriz.

Ülkemizin sosyal yapısı son dönemlerde değişikliğe uğramıştır. Zaman içerisinde ekonomik koşullarda meydana gelen değişim ve endüstrinin gelişmesi sonucunda geniş aileler yerlerini çekirdek ailelere bırakmıştır. Yapmış olduğumuz çalışmada aile tipine göre eş desteği ölçeğinden alınan skorlar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Geniş ailelerde kimi zaman aile büyükleri eşler arasındaki iletişimi ve etkileşimi etkileyerek eş desteğinde düşmelere neden olabilmektedir.

Çalışmamızda annelerin evlilik sürelerine bağlı olarak eş desteği ölçeğinden elde ettikleri skorlar açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Konuyla ilgili olarak Çağ (2011) tarafından yapılan çalışmada ise evlilik süresinin eş desteğini etkilemediği tespit edilmiştir (60). Günsel (2013)'deki evli bireylerin algıladıkları eş desteğinin çeşitli değişkenler açısından değerlendirilmesi: Kktc Örneği çalışmasında evliliğin altıncı yılından itibaren algılanan eş desteği düzeyinin azalmakta olduğunu, evliliğin on altıncı yılından itibaren ise arttığını tespit etmiştir (66). Evlilik süresi ile eşlerin birbirine alışması ve uyumu da kolaylaşır ve bu durum eşlerin birbirine desteğini artırıcı olarak karşımıza çıkabilir.

Doğum sonu döneme ilişkin bilgi alıp almama durumunun eş desteği etkileyip etkilemediğini tespit etmek için yapılan analiz neticesinde sadece duygusal destekle anlamlı fark bulunmuştur. Ayrıca doğum öncesi kontrol sayısına göre yapılan analiz sonucunda da sadece takdir etme desteğinde gruplar arasında anlamlı fark vardır. Doğum sonunda bakım ve olabilecekler hakkında lohusanın ve eşinin bilgi alması; onları bilinçlendirir ve eş desteğinin artmasını sağlayabilir.

Çalışmamızda normal doğum ve sezaryen doğum yapan lohusaların eş desteği, duygusal destek ve maddi yardım ve bilgi desteğinde anlamlı farklılık vardır. Çalışmamızda sezaryen ile doğum yapan lohusaların eş desteği daha yüksek bulunmuştur. Sezaryen ile doğumun normal doğuma göre anne üzerine fiziksel ve psikolojik etkileri daha fazladır. Hem ameliyat olmanın getirmiş olduğu fiziksel sorunlar hem de doğuma aktif olarak katılamama, bebeğini hemen görememe ve yeteri kadar ilgilenememe gibi durumlar anne için doğum deneyimini olumsuz yönde etkiler (77). Buna göre; eşler sezaryenin anneyi daha fazla etkilediğini ve ameliyat olmanın getirdiği zorlukları düşünerek eşlerine daha fazla yardımcı olabilir.

Çalışmamızda gebeliğini isteyen ve istemeyen annelerin eş desteği ve alt boyutlarının puanlarında anlamlı şekilde fark olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeği isteme durumuna göre katılımcıların aldığı eş desteği ve alt boyutlarına göre gruplar arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Gebeliğin istenmesi durumu eşler arasındaki etkileşimi de artıran bir faktördür. Beklenen ve istenen bir gebelikte eşlerin kadınlara daha fazla destek göstermesi de beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda gebelik sayısına bağlı istatistiksel olarak eş desteği ölçeğinden alınan skorlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ailede çocuk sayısının artması eşler arasındaki etkileşimi değiştirip destek algısının etkilenmesine neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi olup olmamasına göre katılımcıların eş desteği ölçeğinden elde ettikleri skorlar incelendiğinde eş desteği ve alt boyutlarında anlamlı fark yoktur ($p > 0.05$). Bu da, lohusanın yardımcısının olmasının eş desteğini etkilemediğini düşündürmektedir.

Evlenme şekline göre katılımcıların eş desteği ölçeğinden elde ettikleri skorlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Konuyla ilgili olarak Çağ (2011) ise yapmış olduğu çalışmada evlenme şeklinin eş desteği üzerine etkili olmadığını saptamıştır (60). Güven ve ark. (2011) yaptığı çalışmada tanışarak evlenen bireylerin algıladıkları eş desteğinin görücü yoluyla ya da akrabasıyla evlenen bireylerinkinden daha yüksek olduğu belirtilmektedir (52). Bu konuyla ilişkili olarak yine çalışmamızda eşlerin anlaşma düzeylerine ve evlilikte mutlu olup olmama durumuna göre de eş desteği açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Bulgulara göre, tanışıp anlaşarak evlenenlerin ve eşiyile iyi anlaşılan erkeklerin eşlerine daha fazla önem verdiği, eşlerine daha fazla yardımcı olduğu ve lohusaların evliliklerinde mutlu olduğu düşünülebilir.

Katılımcıların herhangi bir kronik hastalığa sahip olup olmama durumlarına göre eş desteği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bunun yanı sıra eşinde herhangi bir kronik hastalık olup olmama durumuna göre de eş desteği ölçeğinden elde edilen skorlarda farklılık olmadığı tespit edilmiştir. Buna göre eşin hasta olmasının eş desteğini etkilemediğini söyleyebiliriz.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmamasının eş desteğini etkileyip etkilemediğini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde eş desteği ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Benzer şekilde çalışmaya dahil edilen kadınların eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirip geçirmeme durumunun eş desteği üzerinde etkili olup olmadığını tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde de yine ilgili parametrenin tüm değişkenleri etkilediği tespit edilmiştir. Eşlerinin iş saatlerinin düzenli olma durumuna ve eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirme durumuna ‘evet’ ifadesi veren lohusaların eş desteği, ‘hayır’ cevabı veren lohusalardan daha yüksektir. Bu da evde düzenli ve daha fazla vakit geçiren eşlerin daha fazla yardımcı olduğunu düşündürmektedir.

Katılımcıların eş desteğinin doğum sonu yaşam kalitesiyle ilişkisini tespit etmek için yapılan istatistiksel analiz neticesinde duygusal destek boyutu ile doğum sonu yaşam kalitesi arasında orta kuvvetli ($r_s = 0.442$); maddi yardım ve bilgi desteği

boyutu ile orta kuvvetli ($r_s = 0.454$); takdir etme desteği boyutu ile orta kuvvetli ($r_s = 0.376$) ve sosyal ilgi desteği boyutu ile orta kuvvetli, pozitif yönlü ($r_s = 0.430$) anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bunların yanı sıra katılımcıların genel eş desteği ile de doğum sonu yaşam kalitesi arasında orta kuvvetli, pozitif yönlü ($r_s = 0.456$) anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Çalışmamız sonuçlarına göre; eş desteğinin yaşam kalitesini önemli düzeyde etkilediği, eş desteği arttıkça yaşam kalitesinin de arttığı tespit edilmiştir. Lohusalara eşleri destek ve yardımcı oldukça, lohusalar daha iyi bir yaşam kalitesine sahip oldukları için eş desteğinin artırılmasına yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmalıdır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Doğum sonu dönemde eş desteğinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek için Isparta merkez sınırları içinde yaptığımız çalışmamızda eş desteğinin yaşam kalitesini olumlu bir şekilde etkilediği bulundu. Ayrıca eş desteğinin ve yaşam kalitesinin kişilerin sosyo-ekonomik düzeyinden olumlu yönde etkilendiği tespit edilmiştir.

6.1.1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlere İlişkin Sonuçlar

Katılımcıların büyük bölümü (% 39.9) 26-30 yaş arasında iken yalnızca % 6.6'sı 20 yaş ve altındadır. Katılımcıların % 28.9'u lise, % 20.6'ı ilkokul, % 18.9'u ortaokul, % 17.6'sı lisans, % 10'u yüksekokul ve % 4'ü de lisansüstü mezundur. Katılımcıların eşlerinin % 37.9'u lise, % 19.9'u lisans, % 14.6'sı ilkokul, % 12.3'ü ortaokul, % 10.3'ü yüksekokul ve % 5'i de lisansüstü mezundur.

Katılımcılardan % 64.1'i çalışmıyor iken % 18.6'sı memur, % 12.3'ü işçi, % 5'i serbest meslek sahibidir. Eşlerin % 35.5'ini eşi serbest meslek sahibi iken % 34.9'unun eşi işçi, % 28.2'sinin eşi memurdur. Katılımcılardan % 1.3'ünün eşi ise çalışmamaktadır.

Katılımcılardan yalnızca % 3'ü herhangi bir sosyal güvenceye sahip değil iken geri kalan % 97'si ise sosyal güvenceye sahiptir. Katılımcıların % 26.6'sı aylık 1000 TL ve altında aylık gelire sahip iken % 23.6'sı 1001-1500 TL, % 19.6'sı 3000 TL ve üstü, % 15.9'u 1501-2000 TL, % 7.3'ü 2001-2500 TL ve % 7'si de 2501-3000 TL aylık gelire sahiptir.

Katılımcıların % 88.4'ü çekirdek aile tipine sahip iken % 11.6'sı ise geniş aile tipine sahiptir. Katılımcıların % 45.2'si 1-3 yıldır, % 24.3'ü 4-6 yıldır, % 15.6'ı 7-10 yıldır evli iken % 15'i de 11 yıl ve daha uzun süredir evlidir. Katılımcıların büyük çoğunluğu % 79.1 doğum sonu döneme yönelik bilgi almış olup geri kalan % 20.9'u ise doğum sonu döneme yönelik herhangi bir bilgi almamıştır.

Katılımcılardan doğum sonu döneme yönelik bilgi alanlardan % 50'si hemşireden, % 25.2'si ebeden ve % 24.8'i doktordan bilgi almıştır. Katılımcıdan % 55.1'i sezaryen, % 44.9'u ise normal doğum gerçekleştirmiştir. Katılımcılardan % 90'ı gebeliğin öğrenilmesinde bebeğin istendiğini, % 8.3'ü başlangıçta istenmediğini, % 1.7'si de bebeğin hala istenmediğini ifade etmiştir. Katılımcılardan % 41.9'u doğum sonu 4. haftada, % 27.9'u 5. haftada iken geri kalan % 30.2'si de 6 hafta önce doğum yapmıştır. Katılımcılardan % 14.7'si lohusalık döneminde kendisine yardımcı olabilecek herhangi bir kişi olmadığını ifade etmiştir. Katılımcılardan % 85.3'ü ise lohusalık döneminde yardımcı olacak kişinin olduğunu ve bunlardan % 77.3'ü bu kişinin aile büyükleri (anne), % 9'u kardeş ve % 13.7'si de başka biri olduğunu ifade etmiştir.

Katılımcılardan % 84.7'si eşleriyle anlaşma durumlarının iyi, % 13.3'ü anlaşma durumlarının orta, % 2'si de kötü olduğunu belirtmiştir. Katılımcılardan % 90.7'si evliliklerinden mutlu olduklarını, % 7'si kısmen mutlu olduklarını, % 2.3'ü de mutlu olmadıklarını ifade etmiştir.

Katılımcılardan % 67.1'i eşlerinin iş saatlerinin düzenli olduğunu, % 32.9'u ise düzensiz olduğunu ifade etmiştir ve katılımcılardan % 66.8'i eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirdiğini, % 33.2'si ise eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirmediğini belirtmiştir.

6.1.2. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin DSYK Ölçeğine İlişkin Sonuçları

Yaş grupları arasında doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık olduğu görülmekte ($P < 0.05$) olup '20 yaş ve altı' grup en yüksek değere sahipti.

Katılımcıların eğitim durumuna göre yaşam kalitesi ölçeklerinden elde ettikleri skorlara göre gruplar arasında doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık vardı ($p < 0.05$). Tabloya göre eğitim durumu lisansüstü yaşam kalitesi skoru bakımından en yüksek bulunmuştur. Katılımcıların eşlerinin eğitim durumları ile doğum sonu yaşam kalitesi skorları açısından anlamlı farklılık vardı ($p < 0.05$). Eğitim durumu lisansüstü grup, yaşam kalitesi skoru bakımından en yüksek bulundu.

Lohusaların meslekleri ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı ($p < 0.05$). Lohusaların eşlerinin meslekleri ile yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında ise fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sosyal güvencesi olan lohusaların yaşam kalitesi puanı, sosyal güvencesi olmayan gruptan daha yüksek bulundu. Katılımcıların aylık gelir durumunu göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği açısından anlamlı fark vardır ($p < 0.05$)

Aile tipine göre gruplar arasında doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($P < 0.05$). Katılımcıların evlilik süresine göre doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği açısından anlamlı fark vardır ($p < 0.05$)

Doğum sonu döneme yönelik bilgi almaya göre doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($P < 0.05$). Doğum öncesi kontrol sayısına göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p > 0.05$)

Doğum şekline göre doğum sonu yaşam kalitesi açısından anlamlı farklılık görülmemiştir ($P > 0.05$).

Gebeliği isteyip istememe durumuna göre katılımcıların doğum sonu yaşam kalitesi skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Ayrıca gebeliğin öğrenilmesinden sonra bebeği isteme durumuna göre doğum sonu yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Gebelik sayısı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Yaşayan çocuk sayısına da istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$)

Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişi olması ile ilgili doğum sonu yaşam kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p < 0.05$).

Tanışıp anlaşarak evlilik yapan lohusa grubunun puanları, görücü usulü evlilik yapan lohusa grubuna göre yaşam kalitesi bakımından fazla çıkmıştır. Ayrıca eşiyle iyi anlaşanların Yaşam Kalite Skoru puanı en yüksektir.

Lohusa ya da eşinde kronik hastalık olması ile ilgili doğum sonu yaşam kalitesin puanlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu ($p > 0.05$).

Eşinin iş saatlerinin düzenli olması ile ilgili olarak DSYK açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Eşlerin evde yeteri kadar vakit geçirmesi ile ilgili olarak da DSYK açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$)

6.1.3. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formundaki Değişkenlerin Eş Desteği Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Sonuçları

Bulgular incelendiğinde yaş grupları ile eş desteği ve eş desteği alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Eğitim durumuna göre gruplar arasında eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Eşin eğitim durumuna göre gruplar arasında eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür ($p<0.05$).

Mesleğe göre eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmemiştir. Fakat eşin mesleğine göre eş desteği ve eş desteği alt boyutları açısından anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$)

Katılımcıların sosyal güvencelerine göre gruplar arasında elde edilen skorlar açısından anlamlı farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Aylık gelir durumuna göre eş desteği alt boyutlarından olan sadece sosyal ilgi desteği alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların mevcut aile tipine göre gruplar arasında aile tipine göre anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 12).

Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların evlilik süresine bağlı olarak eş desteği ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Doğum sonu döneme yönelik bilgi alma durumunagöre eş desteği ve alt grupları skorları açısından duygusal destek alt boyutunda anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Gebelik muayene sayısına göre katılımcıların yalnızca takdir etme desteğine göre farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki farkın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan Mann-Whitney U testleri sonucunda ‘6-10

defa gebelik muayenesi' grubu ile '11-15 defa gebelik muayenesi' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Doğum şekline göre eş desteği ve alt boyutlarında gruplar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebeliği isteyip istememe durumuna göre gruplar açısından anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Gebelik sayısına göre eş desteği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p<0.05$). Yaşayan çocuk sayısına göre katılımcılarda eş değişkenlerde anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Gruplar arasındaki anlamlı fark vardır. Takdir etme desteği alt boyutunda '1 çocuk sayısı' grubu ile diğer gruplar arasında ve '2 çocuk sayısı' grubu ile '4 çocuk sayısı' grubu arasında anlamlı fark vardır.

Lohusalık döneminde yardımcı olabilecek kişiler ile eş desteği ve alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir ($p>0.05$).

Evlenme şekline göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir ($p<0.05$). Tanışıp anlaşarak evlilik yapan lohusa grubunun puanları, görücü usulü evlilik yapan lohusa grubuna göre eş desteği ölçeği ve eş desteğinin alt boyutları bakımından fazla çıkmıştır (Tablo 17).

Katılımcıların eşleriyle anlaşma düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Evlilikten mutlu olma durumlarında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

Katılımcıların eşlerinin iş saatlerinin düzenli olup olmama durumunun eş desteği toplam puanı ve alt boyutları üzerinde anlamlı farklılığa neden olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Eşinin iş saatleri düzenli grubun eş desteği puanı ve eş desteği alt boyutları puanı, eşinin iş saatleri düzenli olmayan gruba göre fazla çıkmıştır.

Kadınların eşlerinin evde yeteri kadar vakit geçirip geçirmeme durumunun eş desteği ve alt boyutlarında anlamlı bir etkiye sahip olduğu görülmektedir ($p<0.05$).

Yukarıdaki bilgiler dikkate alındığında çalışmamızdan elde edilen sonuçların beklenen sonuçlar olduğu ve literatür ile paralellik arz ettiği görülmektedir.

Sonuç olarak, lohusalar doğum sonu dönemde çok fazla desteğe ihtiyaç duymaktadır. Lohusanın yaşı, çocuk sayısı ve doğum sonu döneme ilişkin bilgi alma durumu, destek ihtiyacının boyutunu etkileyen faktörlerdir. Kadının yaşının artması, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyinin düşük olması, gelir düzeyinin düşük olması, doğum sonu döneme yönelik bilgi alınmaması, eşinin lohusanın yanında yeterli düzeyde bulunmaması ve bebek bakımında yardımcı birinin bulunmaması alınan desteği azaltmaktadır. Alınan destek düzeyin az olması da lohusanın sorunlarıyla ve yeni rolleriyle başa çıkmasını zorlaştıracak ve lohusanın yaşam kalitesini azaltacaktır. Yaşam kalitesi düşük durumda olan lohusaların sağlık düzeyinin düşük olacağı, bebeğine gereken ilgi ve bakımı veremeyeceği; böylece sağlıklı bir bebek yetiştiremeyeceği düşünülebilir. Sağlıklı bir anne, sağlıklı çocukların gelişimini sağlayacağı, sağlıklı çocuklar da sağlıklı toplumu oluşturacağı için gebe ve lohusalara yeterli desteğin verilmesi ve onların yaşam kalitesinin yükseltilmesi gerekir.

Anne, bebek ve aile sağlığının sürdürülebilmesi ve lohusanın yaşam kalitesinin yükseltilebilmesi için doğum sonu yaşam kalitesi üzerinde etkili olan unsurların belirlenmesi ve eş desteği ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi üzerine yapılan çalışmaların sayısının artması her açıdan daha sağlıklı ailelerin ve dolayısıyla da toplumların ortaya çıkmasını sağlayacaktır.

6.2. Öneriler

Doğum sonu dönemde eş desteğinin yaşam kalitesine etkisini incelemek amacıyla uygulanan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

- Doğum sonuna hazırlık eğitim kursları arttırılmalıdır.
- Doğum sonu dönemde lohusaya destek olabilecek aile üyeleri bakıma katılmalıdır.
- Doğum sonuna hazırlık kurslarına eşlerin de katılması için eşler teşvik edilmeli
- Eşler lohusalık süreciyle ilgili bilinçlendirilmeli ve eşlerine yardım etmesi için teşvik edilmeli.

- Eşlere bebek bakımı konusunda eğitim verilmelidir.
- Aile sağlığı personelleri, gebelerin eşlerinin doğum sonu dönemde lohusaya destek vermesi konusunda teşvik etmeleri için bilinçlendirilmeli.
- Eşlere verilen eğitimin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması
- Çalışmanın farklı örneklem gruplarında tekrar edilmesi önerilebilir.

ÖZET

Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin Yaşam Kalitesine Etkisi

Bu araştırma Isparta il merkezinde yaşayan lohusalardaki eş desteğinin yaşam kalitesine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmada 01.07.2014- 31.11.2014 tarihleri Isparta merkez sınırları içerisinde yer alan aile sağlığı merkezlerinden 11 tanesine kayıtlı 301 lohusa örneklem olarak çalışmaya alınmıştır. Araştırmanın verilerini toplamak için 31 soruluk Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu, Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ) ve Eş Destek Ölçeği kullanılmıştır.

Veriler SPSS.16 paket programıyla, Kruskal Wallis H testi, Mann-Whitney U Testi, Spearman korelasyon yöntemleriyle analiz edilmiştir. Analiz sonucu; katılımcıların DSYKÖ toplam puan ortalaması 15.20 ± 0.10 , genel eş desteği toplam puan ortalaması 71.12 ± 9.97 olarak saptanmıştır. Sonuçlara göre genel eş desteği ile de doğum sonu yaşam kalitesi arasında orta kuvvetli, pozitif yönlü ($r = 0.530$) anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Eş desteği ve yaşam kalitesinin artırılması için doğum sonuna hazırlık kurslarının artırılması, gebe ve eşlerinin doğum sonu dönem hakkında bilgilendirilmesi ve ayrıca eşlerin, lohusalara evde gerekli desteği sağlaması için teşvik edilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu, eş desteği, yaşam kalitesi

ABSTRACT

The Effect of Spousal Support on Quality of Life in Postpartum Period

This study was carried as an exploratory survey in the city center of Isparta province in Turkey, in order to determine the effect of spousal support on life quality of women after childbirth. The sample of the study was 301 postnatal women who were registered in 11 of the various family health centers in Isparta between 01.07.2014 and 31.11.2014. Data were collected using a survey consisting of 31 demographic questions, Postpartum Life Quality (MAPP-QOL) questionnaire, and the Spousal Support Scale.

Data were analyzed by Kruskal Wallis H Test, Mann-Whitney U Test and Spearman correlation analysis in the 16th edition of IBM SPSS. Results of the analyzes showed that the average score of MAPP-QOL score of participants was 15.20 ± 0.10 , and the average general spousal support score was 71.12 ± 9.97 . According to the results there is a medium and positive correlation between general spousal support and postpartum life quality ($r = 0.530$), which was statistically significant at $p < .05$. It is suggested that in order to increase spousal support and life quality of women, there should be more courses training both pregnant women and their spouses about childbirth and afterwards, and also husbands should be encouraged to give the necessary support to their postpartum wives at home.

Keywords: Postpartum, spousal support, life quality

KAYNAKLAR

1. Altuntuğ K, Ege E. Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği'nin türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2012; 15: 3.
2. Pınar G, Doğan N, Algier L, Kaya N, Çakmak F. Annelerin doğum sonu konforunu etkileyen faktörler. *Dicle Tıp Dergisi*. 2009; 184-190.
3. Yanikkerem E, Altan E, Demirtosun P. Manisa 1 Nolu sağlık ocağı bölgesinde yaşayan gebelerde depresyon durumu. *Kadın Doğum Dergisi*. 2004;2(4):301-306.
4. Karamustafaloğlu N, Tomruk N. Postpartum hüüzün ve depresyonlar. *Duygu Durum Dizisi*. 2000; 2:64-71.
5. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, XII. Baskı, Ankara: Akademisyen Kitabevi, 2014, s.156-385.
6. Ertürk N. Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, (Yr. Doç. Dr. Birsen Saydam Karaca), 2007.
7. Balkaya NA. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe - hemşirenin rolü. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2002; 6 (2): 42-49.
8. Yeşilbalkan Ö, Akyol A. Kemoterapi tedavisi alan hastaların tedaviye bağlı yaşadıkları semptomlar ve yaşam kalitesine olan etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2005; 21(1):13-31.
9. Mucuk S, Güler N. Annelerin doğum sonu dönemde bakım beklentileri ve bu beklentilerinin hemşireler tarafından karşılanma durumu. *EÜSB Dergisi*. 2001; 11(1): 21-9.
10. Durukan E, İlhan MN, Bumin MA, Sefer A. 2 Hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı ve yaşam kalitesi. *Balkan Med J*. 2011; 28: 385-393.
11. Işıklı B, Kalyoncu C, Arslantaş D. Eskişehir Mahmudiye'de 35 yaş ve üzeri kişilerde yaşam kalitesi. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007;Cilt 26, Sayı 3, Eylül-Aralık:7-12.
12. Mogos MF, August EM, Salinas-Miranda AA, Sultan DH, Salihu HM. A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Applied Research Quality Life*. 2013; 8:219-250.
13. Demir N. Normal Doğum, In: Beksaç M.S, Demir N, Koç A, Yüksel A. *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara Medical Network. 2001; 1258- 1298.
14. Cengiz S.D. (Edt.). *Kadın Hastalıkları ve Doğum Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Antıp A.ğ. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, 2003, s. 1-215.
15. Günalp S, Tuncer Z, Sağsöz N. *Kadın Hastalıkları ve Doğum: Tanı ve Tedavi*. Ankara: Pelikan yayıncılık, 2004, s.167.
16. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. *Obstetrics: Normal And Problem Pregnancies*. PA. 5 th Ed, Philadelphia: 2007, p. 566.
17. Taşkın L. Kadın sağlığına giriş. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. 10. Baskı. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık, 2011, s. 155-310.
18. Dilbaz B, Milne L, Karabacak O, Abdel M, Mostafa A. *Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik, Katılımcı Kitabı*, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara: 2005, s. 161.

19. Schorge JO, Ceylan Y. Williams Jinekoloji. Nobel kitabevleri, İstanbul: 2010 s. 2-99.
20. Beydağ KD. Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(6) : 479-484.
21. Sünter AT, Güz H, Canbaz S, Dünder C. Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi. 2006; 3: 26-31.
22. Gümüş BA, Keskin G, Alp N, Özyar S, Karsak A. Postpartum depresyon yaygınlığı ve ilişkili değişkenler. New/Yeni Symposium Journal. 2012; 50(3): 145-154.
23. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. Türk Psikiyatri Dergisi. 2006; 17: 243-251.
24. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2008; 7(5): 391-398.
25. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2007; (18): 3-9.
26. Fooladi MM. Therapeutic tears and postpartum blues. Holistic Nursing Practice. 2006; 20(4): 204-211.
27. Taşdemir S, Kaplan S, Bahar A. Doğum Sonrası Depresyonu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2006; 1(2): 105-118.
28. Moses-Kolko EL, Roth EK. Antepartum And Postpartum Depression: Healthy Mom, Healthy Baby. J Am Med Womens Assoc. 2004; 181-91.
29. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2000; 14(1): 73-78.
30. Bernazzani O, Bifulco A. Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. Soc Sci Med. 2003; 56-60.
31. Boyd RC, Le HN, Somberg R. Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health. 2005; 8: 53-141.
32. Manfredi G, Lazanio S, Kotzalidis GD, Ruberto A, Girardi P, Tatarelli R. Postpartum depression without delivering a child? Acta Psychiatr Scand. 2005; 112 : 7-233.
33. Dennis CL, Ross LE. The clinical utility of maternal self-reported personal and familial psychiatric history in identifying women at risk for postpartum depression. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006; 85: 85-1179.
34. Danaci AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: Epidemiological and cultural aspects. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2002; 37: 9-125.
35. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi A, Kaya E. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2004;14
36. Nur N, Çetinkaya S, Bakır DA, Demirel Y. Prevalence of Postnatal Depression and Risk Factors in Women in Sivas City. Cumhuriyet Tıp Dergisi. 2004; 26: 9-55.
37. Inandı T, Buğdaycı R, Dünder P, Sümer H, Şaşmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year. A Turkish study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005; 40: 30-725

38. Sabuncuoğlu O, Berkem M. Relationship Between Attachment Style and Depressive Symptoms in Postpartum Women: Findings from Turkey. *Turk Psikiyatri Dergisi*. 2006;17: 8-252.
39. Akman C, Uguz F, Kaya N. Postpartum-onset major depression is associated with personality disorders. *Compr Psychiatry*. 2007; 48: 7-343.
40. Kara B, Ünalın P, Çifçili S, Cebeci DS, Sarper N. Is There a Role for the Family and Close Community to Help Reduce the Risk of Postpartum Depression in New Mothers? A Cross-Sectional Study of Turkish Women. *Matern Child Health J*. 2008; 12: 155-61.
41. Zubaran C, Foresti K. Investigating quality of life and depressive symptoms in the postpartum period. *Women and Birth*. 2011; 24: 10-16.
42. Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P. Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*. 2011; 8(1): 31-46 Erişim: <http://www.insanbilimleri.com>
43. Bloch M, Daly R, Rubinow D. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*. 2003; 44(3): 234-246.
44. Wewerinke A, Honig A, Heres MH, Wennink JM. Psychiatric disorders in pregnant and puerperal women. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2006; 150(6): 8-294.
45. APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition, Text Revision Washington, DC. 2000.
46. Declercq ER, Scala C, Corry MP, Applebaum S, Risher P. Listening to mothers: Report of the first national U.S. survey of women's childbearing experiences. New York: Maternity Center Association; 2002.
47. Pearlstein T, Howard M, Salisbury A, Zlotnick C. Postpartum depression, *American Journal of Obstetrics*. 2009; 357-364.
48. Akdeniz F, Gönül AS. Kadınlarda üreme olayları ile depresyon ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. 2004; 2: 70-74.
49. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral sciences/clinical psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins. 2003; 7: 494-6.
50. Blenning C, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *American Family Physician*. 2005; 72: 2491-6.
51. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Clinical practice. Postpartum depression. *N Engl J Med*. 2002; 347(3): 194-9.
52. Güven S, Şener A, Yıldırım B. Eşlerin farklı değişkenlere göre sosyal destek algısı. 2011; 1-15
53. Heikkinen S, Lamsa A, Hiillos M. Narratives by women managers about spousal support for their careers. *Scandinavian journal of management*. 2014; 30: 27-39.
54. Eylem B. Bilgi verici danışmanlığın kanser hastalarının ailelerinin sosyal destek becerilerine etkisi. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Prof. Dr. Uğur Öner), 2001.
55. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin revizyonu. *Eurasian Journal of Educational Research*. 2004; (17): 221-236.
56. Kaya M. Üniversite adaylarının anne- babalarına uygulanan sosyal destek programının eş desteği ve adayın anne-babadan algıladığı desteğe etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, (Doç. Dr. İbrahim Yıldırım), 2009.

57. Yıldırım İ. Algılanan sosyal destek ölçeğinin geliştirilmesi güvenilirliği ve geçerliği. Eğitim Fakültesi Dergisi. 1997; (13): 81-87.
58. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. Health Psychology. 2004; 23(2): 207-218.
59. Lakey B, Cohen S. Social support theory and measurement. In S. Cohen, L. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), Social Support Measurement and Intervention: A Guide For Health and Social Scientists. New York: Oxford University Press. 2000; 29-52.
60. Çağ P. Evli Bireylerde Eş Desteği Ve Evlilik Doyumu, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Prof. Dr. İbrahim Yıldırım), 2011.
61. Dehle C, Larsen D, Landers JE. Social Support in Marriage, The American Journal of Family Therapy. 2001; 29: 4, 307-324.
62. Burluson BR. Effects of Sex, Culture, and Support Type on Perceptions of Spousal Social Support An Assessment of the "Support Gap" Hypothesis in Early Marriage. University of Southern California. Human Communication Research. 2001; 27(4): 535-566
63. Gardner KA, Cutrona CE. Handbook of Family Communication. London: New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers. 2004.
64. Chambers J. The Durability of Support Focused Marital Therapy. Psychology, Doctor of Philosophy, Master of Arts. George Mason University, Fairfax, VA, 2008.
65. Berkman LF, Glass T, Brisette I, Seeman TE. From Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. Social Science & Medicine. 2000;51: 843-857.
66. Günsel DA. Evli Bireylerin Algıladıkları Eş Desteğinin Çeşitli Değişkenler Açısından Değerlendirilmesi: Kktc Örneği. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara, (Doç Dr. Serap Nazlı), 2013; 46.
67. Turan JM, Nalbant H, Bulut A, Sahip Y. Including Expectant Fathers in Antenatal Education Programmes in Istanbul, Turkey. Reproductive Health Matters. 2001; 9(18): 114-125.
68. Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği: Ölçek Geliştirme Çalışması, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 17: 2.
69. Aksakallı M, Çapık A, Apay SE, Pasinlioğlu T, Bayram S. Lohusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2012;3(3):129-135.
70. Şahin NH, Dinç H, Soypak F. Erken lohusalık sürecinde kadınların algıladıkları eş desteği. Zeynep Kamil Tıp Bülteni. 2010; 41(4): 187-194.
71. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010; 1(2): 71-76
72. Üneri Ö, Memik NÇ. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı ve yaşam kalitesi ölçeklerinin gözden geçirilmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi. 2007; 14 (1): 48-56.
73. Reis N. Jinekolojik Kanselerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Doç. Dr. Nezihe Kızılkaya Beji), 2003.

74. Bozkurt Ö. Klimakterium Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin ve Umutsuzluk Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İzmir (Doç. Dr. Ümran Sevil), 2004.
75. Rapley M. Quality of life research. A Critical introduction. First Ed. London. 2003: 27.
76. İnce S. Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesinde Çalışanların İş Doyum Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, (Yrd. Doç. Dr. Ersen Aloğlu), 2005.
77. Yılmaztürk Y. Postpartum Dönemindeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Eskişehir, (Yrd. Doç. Dr. Fatma Deniz Sayiner), 2010.
78. Hawthorne G, Ristner MS, Awad AG. Measuring the value of health-related quality of life, Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders, Springer. 2007; 99-132.
79. Arslan F. Primipar annelere gebelikte ve doğum sonu bebek bakımı konusunda verilen danışmanlık ve eğitim hizmetinin yaşam kalitesi üzerine etkisinin belirlenmesi. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi, Ankara, (Prof. Dr. Sevgi Hatipoğlu), 2001.
80. Avcı K. Pala K. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Araştırma Görevlisi ve Uzman Doktorların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2004, 30 (2): 81-5.
81. Aaronson N, Alonso J, Burnam A, Lohr KN, Patrick DL, Perrin E, Stein RE. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. Qual Life Res. 2002; 1: 193-205.
82. Wong JG, Cheung EP, Chen EY, Chan RC, Law CW, Lo MS, Leung KF, Lam CL. An instrument to assess mental patients' capacity to appraise and report subjective quality of life. Qual Life Res. 2005; 14: 687-94.
83. Eser E. Yaşam Kalitesinin Sınıflandırılması ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesinin Ölçümü. Aile ve Toplum Dergisi. Ocak-Şubat-Mart Sayısı, 2004; 4-6.
84. Haes JCJ, Van Knippenberg FCE. The quality of life of cancer patients: A review of the literatüre. Soc Sci Med. 1984; 20(8): 809-817.
85. Fidaner C. Kanser Savaş Daire Başkanlığı, I. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kavramı: Bir Giriş Denemesi, İzmir, 2004.
86. Kızılkaya S. Sezaryen ya da Normal Spontan Doğum Yapan Primiparlarda Doğum Deneyiminin Doğum Sonu Yaşam Kalitesine Etkisi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, (Doç Dr. Nurdan Demirci), 2013.
87. Altıparmak S, Eser E. 15-49 Yaş grubu evli kadınlarda yaşam kalitesi. Aile ve Toplum Dergisi. Ocak-Şubat-Mart sayısı, 2007; 29-33.
88. Başaran S, Güzel R, Sarpel T. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma. 2005; 1(20): 55-62.
89. Ergin D. Çocuklarda Yaşam Kalitesi. 4. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi. 2013; 132-134
90. Walker L, Wilging S. Rediscovering the 'M' in 'MCM': Maternal Health Promotion After Childbirth. JOGNN. 2004; 29(3): 229-35.

91. Atıcı İ, Gözüm S. Postpartum erken dönemde lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problem ve anksiyeteleri üzerine etkileri. HÜHYO Dergisi. 2000; 8(2): 77-90.
92. Güngör İ, Gökyıldız Ş, Nahcivan NÖ. Sezeryan doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar. İ.Ü.F.N.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004; 13(53): 17-24.
93. Huang K, Tao F, Liu L, Wu X. Does delivery mode affect women's postpartum quality of life in rural China? Journal of Clinical Nursing. 2011; 1534-1543.
94. Gölbaşı Z. Postpartum dönemde erken taburculuk, evde bakım hizmetleri ve hemşirelik. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2003; 7(2): 15-22.
95. Altuntuğ K, Ege E. Sağlık eğitiminin annelerin taburculuğa hazır oluş, doğum sonu güçlük yaşama ve yaşam kalitesine etkisi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 2013; 15(2): 45-56.
96. Güngör A. Dördüncü Dünya Kadın Konferansı. Kadın Haklarına İlişkin Uluslararası Hukuk Düzenlemeleri. Ankara: Koza Matbaacılık, 2012, p.37-225.
97. Kiehl EM, White MA. Maternal Adaptation During Childbearing in Norway, Sweden and United States. Scand J Caring Sci. 2003; 17(2): 96-103.
98. Gözüm S, Kılıç D. Health problems related to early discharge of turkish women. midwifery. 2005; 21(4): 371-8.
99. Saurel-Cubizolles MJ, Romito P, Lelong N, Ancel PY. Women's Health after Childbirth: A Longitudinal Study in France and Italy. BJOG. 2000; 107(10):1202-9.
100. Kavlak OÜ. Maternal Bağlanma Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir, (Prof. Dr. Ahsen Şirin), 2004; 1-114.
101. Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi. İzmir, (Yrd. Doç. Dr. Oya Ünder Kavlak), 2009; 55-126.
102. Akın B, Ege E, Koçoğlu D, Demirören N, Yılmaz S. Quality of Life and Related Factors in Women, Aged 15-49 in The 12-Month Postpartum Period in Turkey. J Obstet Gynaecol Res. 2009; 35(1): 86-93.
103. Ege E, Timur S, Zincir H, Reeder BS. Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. J Obstet. Gynaecol. Res. 2008; 34(4): 585-593.
104. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2008-2009; 40.
105. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. 2013-2014; 40-60
106. Can H. İlköğretim Okullarında Çalışan Evli Öğretmenlerin Eş Tükenmişlik Düzeyleri İle Eş Desteği, Evlilik Yetkinliği Ve Stresle Başa Çıkma Stratejileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek lisans tezi. Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Muğla. (Yrd. Doç. Dr. Öner Çelikkaleli), 2013: 91.
107. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Tarhan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk sağlığı ve hastalıkları dergisi. 2005; 4(8): 223-28.

108. Karadağ F. Gebelere Lohusalık Bakımı ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, A.K.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Afyon, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Dağıstan Tolga ARIÖZ), 2008.
109. Özkaya O. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki 5 yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D. Isparta. 2002;36-39.
110. [www.planlama.mevka.org.tr/attachments/article/127/Toplumsal%20Yasam%20Kalitesi%20Arastirmasi%20\(Siddet%20Goc\)](http://www.planlama.mevka.org.tr/attachments/article/127/Toplumsal%20Yasam%20Kalitesi%20Arastirmasi%20(Siddet%20Goc)) Erişim tarihi 14.11.2014.

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Çalışmamız esnasında kullanılan malzemeleri sağlayan ve/veya üreten herhangi bir firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Hazırlayan

Ayşe Sevim AKBAY

İmza

Danışman

Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN

İmza

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı: Ayşe Sevim	Soyadı: AKBAY
Doğ. Yer: ISPARTA Uyuluğu: TC Email: ayseakbay@sdu.edu.tr	Doğ Tarihi: 17.02.1986

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lisans	SDÜ SBF	2009
Lise	Prof. Dr. Turan Yazgan Anadolu lisesi	2004

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Yıl
Araş. Gör.	SDÜ	2012-Devam ediyor
Araş. Gör.	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi	2010-2012

Yabancı Dil	YDS Puanı
İngilizce	78.75

EKLER

Ek 1. Tanımlayıcı Özellikler Veri Formu

Bu anket formu Süleyman Demirel Üniversitesi tez çalışmasında sizin yaşam kalitenizi ve eş desteğinizi ölçmek için yapılmaktadır. Bu çalışma tamamen bilimsel amaçla yapılmaktadır. Anket formunda yöneltilen sorulara vereceğiniz cevapların doğruluğu ve samimiyeti araştırmanın ve sonuçların kalitesini belirleyecektir. Zaman ayırdığınız için teşekkürler.

SDÜ Araştırma Görevlisi A. Sevim AKBAY

KİŞİSEL BİLGİLER

1. Medeni haliniz:

1)Bekar 2) Evli 3) Dul

2. Yaşınız:

3.Eğitim durumunuz?

1)Okuryazar değil 2) İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Yüksek Okul 6)Lisans
7)Lisansüstü

4.Eşinizin Eğitim durumu?

1)Okuryazar değil 2) İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Yüksek Okul 6)Lisans
7)Lisansüstü

5.Mesleğiniz?

1)İşçi 2) Memur 3)Serbest Meslek 4)Çalışmıyor

6.Eşinizin mesleği

1)İşçi 2)Memur 3)Serbest Meslek 4)Çalışmıyor

7.Sosyal güvenceniz var mı? Yok () Var().....

8.Gelir durumunuz?.....

1) 1000 ve alt 2) 1001-1500 3) 1501-2000 4) 2001-2500 5) 2501-3000 6)
3001 ve üstü

9.Aile tipi

- 1) Çekirdek aile 2) geniş aile

10.Evlilik süreniz.....

11.Yaşadığınız yer

- 1) İl 2) İlçe 3) Köy

12.Doğum sonu döneme yönelik bilgi aldınız mı?

- 1) Evet 2) Hayır

13. Evet ise doğum sonu döneme yönelik bilgiyi kimden aldınız?

14. Kaç defa gebelik muayenesi oldunuz?.....

15.Doğum şekliniz?

- 1)Normal Doğum 2)Sezaryen

16.Gebeliğinizi istediniz mi?

- 1) Evet 2)Hayır

17.Gebeliğinizi öğrendiğinizde bebeğinizi isteme durumunuz?

- 1)İstendi 2)Başlangıçta istenmedi 3)Hala istenmiyor

18.Gebelik sayınız.....

19.Doğum sonrası kaçınıcı haftadasınız?.....

20. Yaşayan çocuk sayısı.....

21.Başka Yaşayan çocuğunuz varsa yaşı.....

22.Lohusalık süresince size yardımcı olabilecek birileri var mı?

- 1)Evet 2)Hayır

23.Evet ise kim yardımcı olacak?

- 1)Aile büyükleri(Anne..) 2)Kardeş 3)Bakıcı 4.Diğer

24.Eşinizle evlenme biçiminiz hangisidir?

- 1) Tanışıp Anlaşarak 2) Görücü Usulü

25.Eşinizle anlaşma durumunuz?

1)İyi 2) Orta 3)Kötü

26.Evliliğinizden mutlu musunuz?

1)Evet 2) Kısmen 3)Hayır

27.Kronik bir hastalığınız var mı? Yok () Var() Belirtiniz:

28.Eşinizin kronik bir hastalığı var mı? Yok () Var() Belirtiniz:

29.Bebeğinizde bir hastalık var mı? Yok () Var() Belirtiniz

30. Eşinizin iş saatleri düzenli mi?

1)Evet 2)Hayır Belirtiniz:

31. Eşiniz sizce evde yeterince vakit geçirebiliyor mu? 1)Evet 2) Hayır

Ek 2. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği (DSYKÖ)

Bölüm 1

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanından ne kadar memnun olduğunuzu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç memnun değil

4= Biraz memnun

2= Orta derecede memnun değil

5=Orta derecede memnun

3= Biraz memnun değil

6= Çok memnun

.....den ne kadar memnunsunuz?

Ne Derecede Memnunsunuz?	Hiç Memnun Değil (1)	Orta Derecede Memnun Değil (2)	Biraz Memnun Değil (3)	Biraz Memnun (4)	Orta Derecede Memnun (5)	Çok Memnun (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3. Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4. Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5. Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüştünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12. Genel Olarak Mutluluğunuz						
13. Genel Olarak Yaşamınız						
14. Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15. Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşıınızdan ya da Diğer İnsanlardan						

16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17.Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						
19. Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20. Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21. Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24.Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman						
25.Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26.Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32.Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33.İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34.Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A)Mal Varlığınız						
B)Mali Durumunuz						
C)Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A)Eşinizin İş						
B) Kendi İşiniz						

Bölüm 2

Aşağıdaki her bir madde için yaşamınızın o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi açıklayan cevabı seçiniz. Cevabınızı yansıtan numarayı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Doğru ya da yanlış cevaplar yoktur.

1= Hiç önemli değil

4= Biraz önemli

2= Orta derecede önemli değil

5=Orta derecede önemli

3= Biraz önemli değil

6= Çok önemli

.....ne kadar önemli?

Ne Derecede Önemli?	Hiç Önemli Değil (1)	Orta Derecede Önemli Değil (2)	Biraz Önemli Değil (3)	Biraz Önemli (4)	Orta Derecede Önemli (5)	Çok Önemli (6)
1. Sağlığınız						
2. Ağrı düzeyiniz						
3.Günlük Aktivitelerinizdeki Enerji Düzeyiniz						
4.Yaşamınızı Kontrol Edebilme Düzeyiniz						
5.Yardım Almadan Kendinize Bakım Verme Yeterliliğiniz						
6. Fiziksel Görünüştünüz						
7. Uyku Düzeyiniz						
8. Memeleriniz						
9. Doğum nedeni ile olan dikişleriniz						
10. Cinsel Yaşamınız						
11. İç Huzurunuz						
12.Genel Olarak Mutluluğunuz						
13.Genel Olarak Yaşamınız						
14.Yaşamınızdaki Kaygı Düzeyiniz						
15.Yakınlarınızdan Aldığınız Duygusal Destek						
A) Eşinizden						
B) Ailenizden						
C) Arkadaşınızdan ya da Diğer İnsanlardan						
16.Eşiniz İle İlişkiniz						
17. Aile Sorumluluklarını Yerine Getirme yeterliliğiniz						
18. Bebeğinizin Sağlığı						

19.Çocuklarınızın Bakımında Yardım Alma Durumunuz						
20.Çocuklar İçin Ayırdığınız Zaman						
21.Ev İşleri için Ayırdığınız Zaman						
22. Arkadaşlarınız/akrabalarınız İçin Ayırdığınız Zaman						
23. Eşiniz İçin Ayırdığınız Zaman						
24.Kendiniz İçin ayırdığınız Zaman						
25.Yeni Bebeğinizi Beslenme yeterliliğiniz						
26. Eşinizin Sağlığı						
27. Yaşamınızdaki Günlük İşleriniz						
28. Yaşadığınız Ev						
29. Komşularınız						
30.Ekonomik Bağımsızlığınız						
31.Ekonomik Harcamalarınızı Karşılama Yeterliliğiniz						
32. Tıbbi Hizmete Ulaşım						
33.İstenildiği Zaman Herhangi Bir Araca Ulaşım						
34.Evdeki Yaşam Koşullarınız						
A) Mal Varlığınız						
B) Mali Durumunuz						
C) Çevresel Koşullarınız						
35. İş/Çalışma						
A)Eşinizin İş						
B)Kendi İşiniz						

Ek 3. Eş Destek Ölçeği (EDÖ)

Eşim;	Bana	Kıs	Bana Uyg.
	<u>Uygun</u>	<u>men</u>	<u>Değil</u>
1. Bana hoş espriler yapar	()	()	()
2. Yaptıklarımı destekler	()	()	()
3. Benimle olmak için zaman yaratmaya çalışır	()	()	()
4. Kazancını ve tüm eşyalarını benimle paylaşır	()	()	()
5. Başardıklarımı takdir eder	()	()	()
6. Bana sarılır, üzerime titrer	()	()	()
7. Evimizle ilgili her türlü sorunla ilgilenir	()	()	()
8. Benimle sohbet eder, dertleşir	()	()	()
9. Bana yanımda olduğunu hissettirir	()	()	()
10. Bana suçlayıcı, yargılayıcı davranır	()	()	()
11. Beni hoş, eğleneceğim yerlere götürür	()	()	()
12. Bana şefkat gösterir	()	()	()
13. Hastalık, taşınma, gibi durumlarda bana yardım eder	()	()	()
14. Hatalarımı bana nazikçe gösterir	()	()	()
15. Benimle alışverişe, sinemaya veya gezmeye gelir	()	()	()
16. Beni sever, okşar	()	()	()
17. Evimizle ilgili işlerde bana yardım eder	()	()	()
18. Benim üstün, güçlü yönlerimi vurgular	()	()	()
19. Görüş ve isteklerime önem verir	()	()	()
20. Beni gerçekten anlamaz	()	()	()

21. Bana gerçekten değer verir () () ()
22. Bana değer verdiğini başkalarına hissettirir () () ()
23. Beni üstün ve zayıf yönlerimle kabul eder () () ()
24. Pek çok şeyini benden gizler, benimle paylaşmaz () () ()
25. Sorunlarla başa çıkmamda bana yardım eder () () ()
26. Verdiğim kararları destekler () () ()
27. Sağlığımla yakından ilgilenir () () ()

Ek 4. Etik Kurul Kararı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı Araştırmanın Protokol Kodu	Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin Yaşam Kalitesine Etkisi. (02.07.2014 tarih ve 104 sayılı karar)
---	---


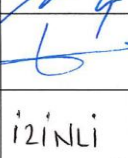

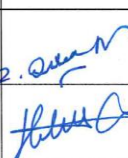





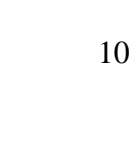
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı
	AÇIK ADRESİ:	S.D.Ü. Doğu Kampüsü Tıp Fakültesi Dekanlığı Binası – ISPARTA
	TELEFON	246.2113704
	FAKS	246.2371165
	E-POSTA	tipetik@sdu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu : Doç. Dr. Emel TAŞÇI DURAN Yardımcı : Ayşe Sevim AKBAY			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Anabilim Dalı			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZI VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz : Anket				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
		ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama		
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>		
	İLAN	<input type="checkbox"/>		
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>		
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>		
DİĞER	<input type="checkbox"/>			

Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Etik Kurul Başkanı

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Araştırmanın Açık Adı		Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin		Yaşam Kalitesine Etkisi				
Araştırmanın Protokol Kodu								
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 104		Tarih: 02.07.2014					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.							
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU								
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu						
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Mustafa AKÇAM						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *	İmza
Prof. Dr. Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	İZİNLİ
Prof. Dr. Metin TOPÇUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Prof. Dr. Mekin SEZİK	Kadın Hast. ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ KONGRE
Doç. Dr. Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyoloji	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Derya CEYHAN	Pedodonti	SDÜ Diş Hek. Fak.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Yonca SÖNMEZ	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Ahmet Rıfki ÇORA	Kalp Damar Cerrahisi	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzman Dr. Serpil CANPOLAT	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Kamu Hastaneleri Birliği.	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	RAPORLU
Bilgi İşlem Daire Başkanı Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDU Rektörlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	GÖREVLİ
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Esnaf	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

* : Toplantıda Bulunma

Ek 5. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu Kararı

S.D.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ YÖNETİM KURULU KARARLARI

TOPLANTI TARİHİ	TOPLANTI SAYISI	KARAR NO
19.06.2014	20	11

11- Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Sevim AKBAY'ın tez konusunun belirlenmesi ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığının 12.06.2014 tarih ve 15948765.302.14-3 sayılı yazısı ve eklerinin görüşülmesi.

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Sevim AKBAY'ın tez konusunun belirlenmesi ile ilgili Anabilim Dalı Başkanlığının 12.06.2014 tarih ve 15948765.302.14-3 sayılı yazısı ve ekleri görüşüldü.

Enstitümüz Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Ayşe Sevim AKBAY, danışmanı Doç.Dr.Emel TAŞCI DURAN'ın yönetiminde hazırlanmış olduğu "Doğum Sonu Dönemde Eş Desteğinin Doğum Sonu Yaşam kalitesine Etkisi" başlıklı tez konusunun Lisansüstü Eğitim Öğretim Yönetmeliğinin 27. maddesi uyarınca kabulüne,

Oy birliği ile karar verildi.

(İMZA) Doç.Dr.Nejdet ADANIR Enstitü Müdür
(İMZA) Yrd.Doç.Dr. Feyza ÖZDEMİR KISACIK Enstitü Müdür Yardımcısı
(İMZA) Yrd.Doç.Dr. Mustafa SAYGIN Enstitü Müdür Yardımcısı

(İMZA) Prof.Dr.A.Nesimi KİŞİOĞLU Üye
(İMZA) Doç.Dr.Elçin ESENLIK Üye
(İMZA) Doç.Dr.Ferdi BAŞKURT Üye

(KATILMADI)
Hasan Basri SAVAŞ
Öğrenci Temsilcisi

(İMZA)
Raportör
Mevlüt TUFAN
Enstitü Sekreteri



Ek 6. TC Isparta Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ İzni



T.C.
ISPARTA VALİLİğİ
Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼

T.C. SAğLIK BAKANLIğI - ISPARTA HALK
SAğLIğI M¼D¼RL¼ę¼ - ISPARTA AİLE
HEKİMLİğİ UYGULAMA BİRİMİ
14.10.2014 16:30 - 98626970 / 100 / 2014.1278785.125
00005648422

Sayı : 98626970/100/
Konu : Araştırma İzni

ISPARTA S¼LEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼rl¼ę¼)

İlgi: 15.09.2014 tarih ve 856 sayılı yazınız,

S¼leyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ M¼d¼rl¼ę¼ Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim yesi Doç. Dr. Emel TAŞCI DURAN danışmanlığında Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Y¼ksek Lisans öğrencisi Ayşe Sevim AKBAY tarafından gerçekteştirilmesi planlanan "Doğum Sonu D¼nemde Eş Desteğinin Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu tez çalışması yapmak için M¼d¼rl¼ę¼m¼z¼n izni istenmektedir.

Araştırmaya katılımların g¼n¼ll¼l¼k esasına g¼re yapılması, hizmeti aksatmayacak şekilde y¼r¼t¼lmesi, yapılacak çalışmanın sonucundan bir suretinin M¼d¼rl¼ę¼m¼ze g¼nderilmesi ve M¼d¼rl¼ę¼m¼z¼n bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla M¼d¼rl¼ę¼m¼z¼ce uygun g¼r¼lm¼řt¼r.

Bilgilerinize ve gereğini arz ederim.

Dr. Mehmet KARAKAYA
Halk Sağlığı M¼d¼r V.

Adres :Halk Sağlığı M¼d¼rl¼ę¼ 32040 Isparta
Telefon :0(246) 2116734 Faks No:0(246) 2116778
e-posta :isparta.aile@saglik.gov.tr

Bilgi: Aile Hek.ve Top.Sağ.Hiz.řb.Uyg.Birimi

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna g¼re g¼venli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 70fa2461-b41c-4df1-9aa2-06aab5112e0d kodu ile erişebilirsiniz.

Ek 7. Eş Desteği Ölçeği İzni

Gmail için masaüstü bildirimlerini etkinleştirmek üzere burayı tıklayın. [Daha fazla bilgi](#) [Gizle](#)

Digler

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (7)
Yıldızlı
Önemli
Gönderilmiş Postalar
Taslaqlar (19)
Tüm Postalar
Çevreler

Sayın hocam ölçeğiniz için mesaj çekmişim Gelen Kutusu x

ayşe sevim Akbay <aysesevım32@gmail.com> 15 May ☆
Alıcı: iyil
Değerli Hocam
Ben SDÜ'de Hemşirelik Bölümünde Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalında yüksek lisans öğrencisiyim. Postpartum dönemde desteğinizin doğum sonu yaşam kalitesine etkisi adlı tez çalışmam için eş desteği ölçeğinizi izniniz olursa kullanabilir miyim? Hocam kulla uygun görürseniz bana bir örneğini gönderebilir misiniz?
AYŞE SEVİM AKBAY

İbrahim YILDIRIM <iyil@hacettepe.edu.tr> 19 May ☆
Alıcı: bana
Ayşe Hanım,
EDÖ ekte. Kalaylıklar ve başarılar diliyorum.
Prof. Dr. İbrahim YILDIRIM

Emel TAŞÇI DUR...
gul kanguven07
Aslı Işık
Ayşe Akbay
ayse.sevim.32
emelege
esinuslusoy
istatistikatolyesi
kamile altıntug

EMERSON ÜNİVERSİTESİ
Eş Desteği Ölçeği

111

Ek 8. Doğum Sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği İzni

Gmail için masaüstü bildirimlerini etkinleştirmek üzere burayı tıklayın. [Daha fazla bilgi](#) [Gizle](#)

Gmail

E-POSTA YAZ

Gelen Kutusu (6)

Yıldızlı
Önemli
Gönderilmiş Postalar
Taslaqlar (19)
Tüm Postalar
Çevreler

Kişi ara...

Emel TAŞÇI DUR...
gulkanguven07
Aslı İşık
Ayşe Akbay
ayse.sevim.32
emelege
esinlusoy
istatistikatolyesi
kamile altuntug

Sayın hocam tekrar rahatsız ediyorum ama mailden onay vermeniz gerekiyormuş rahatsız ettiysem şimdiden özür dilerim Gelen Kutusu x

ayşe sevim Akbay
Değerli Hocam Ben SDÜ'de Hemşirelik Bölümünde Kadın Hastalıkları ve Doğum Ana...

1

kamile altuntug <kaltuntug@yahoo.com>
Alıcı: bana

21 May

Ayşe merhaba,
"Doğum sonu Yaşam Kalitesi Ölçeği"ni kullanmanın bir sakıncası yoktur.
Yrd. Doç. Dr. Kamile ALTUNTUĞ

7298-30934-2-PB..