

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

POSTPARTUM DÖNEMDEKİ KADINLARIN YAŞAM
KALİTESİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

YELİZ YILMAZTÜRK

TEZ DANIŐMANI

YRD. DOÇ. DR. FATMA DENİZ SAYINER

KABUL VE ONAY SAYFASI

Yeliz YILMAZTÜRK Yüksek Lisans Tezi olarak hazırladığı “**Postpartum Dönemde Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi**” başlıklı bu çalışma jürimizce Lisansüstü Eğitim Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddesi uyarınca değerlendirilerek “KABUL” kararı verilmiştir.

10.05.2010

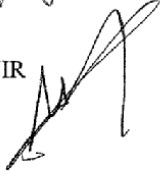
Doç.Dr. Nedime KÖŞGEROĞLU
JÜRİ BAŞKANI



Prof.Dr.Alaaddin ÜNSAL
ÜYE



Doç.Dr.Mete TANIR
ÜYE




Yrd.Doç.Dr. Nebahat ÖZERDOĞAN
ÜYE



Yrd.Doç.Dr. F.Deniz SAYINER
ÜYE



Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
...19.05.2010... tarih ve 830/3829..... sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof.Dr.Ferruh YÜCEL
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

ÖZET

Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi

Bu çalışmada; Eskişehir İl Merkezinde yaşayan 1 Ocak-30 Nisan 2009 tarihleri arasında Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapmış, lohusalık dönemindeki kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı. Çalışmaya Eskişehir il merkezinde ikamet eden postpartum 7. günde evlerinde bulunabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kadın dahil edildi. Kadınlara sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirleyen soru formu ve Pamela Hill tarafından geliştirilen Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi Anketi (MAPP-QOL) uygulandı. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde, Tek Yönlü Varyans Analizi, Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi ve student t testi kullanıldı. MAPP-QOL Ölçeğinin hesaplanmasında ise; Ferrans ve Powers' ın Yaşam Kalitesi İndeksi Jenerik Versiyon III' den yararlanıldı. Kadınların; %58.6' sının 25-34 yaş grubunda olduğu, %46.6' sının ilk gebeliği ve %52.6' sının yaşayan tek çocuğu olduğu, %41.4' ünün en son doğum şeklinin sezaryen olduğu belirlendi. Kadınların MAPP-QOL' un alt alanlarından aldıkları yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan ortalamaları; en düşük 14.93±1.43 ile Sağlık/İşlevsellik, en yüksek 16.64±1.16 ile Psikolojik/Bebek alanında bulundu. Çalışma grubumuzdaki kadınların yaşam kalitelerinin düşük olduğu görüldü. Yaşam kalitelerinin arttırılması ve sağlıklı nesiller için kadınlarımızın bilgilendirilmesi ve gerekli desteğin sağlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postpartum dönem, Kadın, Yaşam kalitesi, MAPP-QOL

ABSTRACT

Investigation quality life of women in postpartum period

The aim of this study was to investigate quality life of women in postpartum period who live in Eskişehir City Centrum and gave birth in the Eskişehir Obstetrics and Pediatrics Hospital between 1 January-30 April 2009. 500 women, who accepted to be included and who live in Eskişehir City Centrum who were met in their houses at the postpartum 7th day, were included in this study. Women filled our questionnaire form which determines sociodemographic and obstetric characteristics; they also performed Survey of Mother's Postpartum Life Quality (MAPP-QOL) developed by Pamela Hill. For statistical analysis of data; one way variance analysis, Tukey Multi-Comparative Test and Student's t-test were used. Life Quality Index of Ferrans and Powers Generic Version III was used for calculation of MAPP-QOL Scale. 58.6% of women were between 25-34 years of age, 46.6% of women had their first pregnancies and 52.6% were having their first alive children. The last birth type was 41.4% of all deliveries were Cesarian/ Section. Women's quality of life mean values from sub-areas of MAPP-QOL were found to be as follows; minimum values 14.93 ± 1.43 were seen in Health/ Functional field, maksimum values 16.64 ± 1.16 were seen in Psychology/ Baby fields. Quality life was determined low for women in study group. Quality life should be improved and women should be educated in order to raise healthy generations; therefore essential support should be provided.

Key Words: Postpartum period, Women, Quality of Life, MAPP-QOL

İÇİNDEKİLER

Kabul ve onay sayfası	ii
Özet	iii
Abstract	iv
İçindekiler	v
Tablo dizini	viii
Simge ve kısaltmalar dizini.....	x
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	
2. 1. DOĞUM EYLEMİ	2
2. 2. DOĞUM EYLEMİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER	3
2. 2. 1. Doğum Kanalı İle İlgili Özellikler	3
2. 2. 2. Fetüs İle İlgili Özellikler	3
2. 2. 3. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Birincil Güçler	3
2. 2. 4. Annenin Psikososyal Durumu	4
2. 3. DOĞUM EYLEMİNİN BAŞLAMA BELİRTİLERİ	4
2. 3. 1. Hafifleme	4
2. 3. 2. Servikal değişiklik.....	4
2. 3. 3. Effesman (Silinme)	5
2. 3. 4. Dilatasyon (Servikal Açılma).....	5
2. 3. 5. Nişane (Show).....	5
2. 3. 6. Membranların Açılması	5
2. 4. DOĞUM MEKANİZMASI	6
2. 4. 1. Latent Faz	6
2. 4. 2. Aktif Faz	6
2. 5. DOĞUM ÇEŞİTLERİ	7
2. 5. 1. Vajinal Doğum.....	7

2. 5. 2. Vakumla Doğum	9
2. 5. 3. Epizyotomi	10
2. 5. 4. Sezaryen	12
2. 6. POSTPARTUM (DOĞUM SONU) DÖNEM.....	17
2. 6. 1. Postpartum Dönemdeki Değişiklikler.....	19
2. 7. ANNELİK ROLÜNÜN KAZANILMASI	20
2. 7. 1. Anneliğe Geçiş Süreci.....	21
2. 8. POSTPARTUM DÖNEMDEKİ EV BAKIM HİZMETLERİNDE HEMŞİRE ve EBELERİN ROLÜ	22
2. 9. YAŞAM KALİTESİ.....	24
2. 9. 1. Yaşam Kalitesinin Tanımı	24
2. 9. 2. Yaşam Kalitesinin Kavramının Tarihçesi	24
2. 9. 3. Yaşam Kalitesi Ölçütleri	25
2. 9. 4. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi	25
2. 10. POSTPARTUM DÖNEMDE KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	
3. 1. Araştırmanın Tipi.....	29
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	29
3. 3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi	30
3. 4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar	30
3. 5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması.....	34
3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	35
4. BULGULAR.....	36
5. TARTIŞMA.....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	67
7. KAYNAKLAR DİZİNİ	71

8. EKLER DİZİNİ

EK-1 (Kadınların Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklerini İçeren Tanımlayıcı Form)	84
EK-2 (Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi Anketi (MAPP-QOL)).....	86
EK-3 (Aydınlatılmış Onam Formu).....	92
EK-4 (Ölçeği Kullanabilmek İçin Alınan İzinler)	93
EK-5 (Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı)	96
EK-6 (Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Anket Uygulama İzin Yazısı).....	98
EK-7 (Eskişehir Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği İzin Yazısı)	99

9.ÖZGEÇMİŞ

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri	37
Tablo 2: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı	39
Tablo 3: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşlara Göre Dağılımı	40
Tablo 4: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	40
Tablo 5: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı.....	41
Tablo 6: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı	42
Tablo 7: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Durumuna Göre Dağılımı	43
Tablo 8: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı.....	43
Tablo 9: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı	44
Tablo 10: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı.....	45

Tablo 11: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Varlığına Göre Dağılımı	45
Tablo 12: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Olan Kişiye Göre Dağılımı	46
Tablo 13: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Doğum Şekillerine Göre Dağılımı	47
Tablo 14 Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelik Haftasına Göre Dağılımı	47
Tablo 15: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Bebeğin Doğum Ağırlığına Göre Dağılımı.....	48
Tablo 16: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Bebeğin Beslenme Şekline Göre Dağılımı	49
Tablo 17: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının MAPP-QOL Alt Ölçeklerine Göre Dağılımı.....	50

SİMGE ve KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

MAPP-QOL: Maternal Postpartum Quality Of Life (Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi)

SPSS: Statistical Package for Social Sciences for Windows

SS: Standart sapma

TNSA: Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması

UNICEF: United Nations Children's Fund (Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)

\bar{X} : Aritmetik ortalama

YK: Yaşam Kalitesi

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Lohusalık dönemi gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin kaybolduğu, vücudun gebelik öncesi haline döndüğü doğum sonrası altı haftayı kapsayan süreçtir. Bu dönemde annede birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar (124). Son yıllarda doğum tipleri ile ilişkili morbiditeyi de içeren postnatal sağlık problemleri ile ilgili birçok araştırma yapılmaktadır (68). Kadınlar doğum sonu aile planlaması yöntemi belirleme, yenidoğan takibi ve aşıları ile ilgili olarak sağlık personeli ile iletişim halinde olmalarına rağmen postpartum periyotta göz ardı edilebilmektedirler. Tanımlanmış morbiditesi olan kadınların uygun tedavi alması beklenirken, postpartum periyodun araştırmalarda ve pratikte az önemsenmesi endişe vericidir. Bazen anlamlı morbiditeler rapor edilmemiş veya tanımlanmamış olacağından birçok kadın dikkate değer sorunlarla mücadele etmeye terk edilmiş olabilir (59, 94). Postpartum dönemde annede anemi, inkontinans, sepsis, hemaraji, trombozis gibi komplikasyonlar olabileceğı tanımlanmıştır (18, 36, 87). Ayrıca postpartum dönemde uykusuzluk, yorgunluk gibi yaşam kalitesini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ayrıca yaşam kalitesi; annenin yaşı, eğitim düzeyi, duygusal durumu, artan metabolik ihtiyaçları, hormonal değişiklikleri, tiroid disfonksiyonu, beslenme durumu, bulantı, kusma, alkol, sigara alışkanlığı ve doğum şeklinden de etkilenir. Bunların yanı sıra ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme, uyku durumunda bozulmaya ve yorgunluğa dolayısıyla da annenin yaşam kalitesine etki etmektedir (14, 109, 127).

Hemşirelerin ve ebelerin, annelerle sürekli iletişim halinde olması, her annenin bakım gereksinimini belirlemesi, bu gereksinimlere önem vererek bunları karşılaması ve annenin yaşam kalitesini konforlu bir düzeyde tutması gerekmektedir (110).

Bu araştırmanın amacı Eskişehir İl Merkezinde yaşayan 1 Ocak- 30 Nisan 2009 tarihleri arasında Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapmış, doğum sonrası lohusalık dönemindeki (1-42 gün) kadınların yaşam kalitesi

düzeylerini Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi (MAPP-QOL) Ölçeği ile belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. DOĞUM EYLEMİ

Doğum eyleminin bir çok tanımı vardır. Bunlardan birkaçına bakılacak olursa; doğum eylemi; gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin uterusun dış ortama atıldığı bir süreçtir (124). Doğum, fetüsün anneden umbilikal kordonun kesilip kesilmediğine bakılmaksızın ya da plasentanın birleşik olup olmadığına bakılmaksızın tam olarak ayrılması veya çıkarılması olayıdır (44).

Doğal bir doğum eylemi, uterusun daha fazla büyümediği ve fetüsün dış ortamda yaşayabilecek olgunluğa eriştiği bir zamanda gerçekleşir (124).

Doğal bir doğum eyleminin gerçekleşebilmesi için bazı şartlar vardır;

- Fetüs canlı ve tek olmalı,
- Fetüs ile pelvis arasında uyumsuzluk olmamalı,
- Fetüs baş prezantasyonunda olmalı,
- Doğum ağrıları spontan başlamalı ve düzen içerisinde sürmeli,
- Doğum eylemi termde gerçekleşmeli,
- Doğum süresince 500 cc' den fazla kan kaybedilmemeli,
- Anne ve fetüsün sağlığını bozacak komplikasyonlar olmamalıdır. Eğer çoğul gebelik ise, fetüs ölü ise veya doğum ağrılarının başlaması için indüksiyon yapılmış ise doğal bir doğumdan bahsetmek yanlış olur (30).

2. 2. DOĞUM EYLEMİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

2. 2. 1. Doğum Kanalı İle İlgili Özellikler:

- Kemik pelvis ölçüleri ,
- Pelvis tipi,
- Serviksin effesman ve dilatasyonu özelliği ile vajinal kanal ve vajinanın dış açıklığının esnekliğidir (124).

2. 2. 2. Fetüs İle İlgili Özellikler:

- Fetüs başının özellikleri,
- Fetüsün yatışı (yatay pozisyon (transvers) eylemi zorlaştırırken, uzunlamasına pozisyon (longitudinal) eylemi kolaylaştırır.),
- Fetal prezantasyon (fetüsün pelvise giren vücut parçası),
- Fetüsün pozisyonu (prezente olan kısımın pelvisin ilişkisidir),
- Plasentanın implante olduğu bölge (124).

2. 2. 3. Doğum Eyleminin Gerçekleşmesini Sağlayan Birincil Güçler:

- Uterus kontraksiyonlarının sıklık, süre ve şiddeti,
- Annenin bebeği itmek için kullandığı abdominal ve diyafragmatik kasların gücü (124).

2. 2. 4. Annenin Psikososyal Durumu:

-Doğuma hazırlığı, doğumla ilgili daha önceden yaşadığı deneyimler, doğum eyleminde aldığı destek ve duygusal durumu (124).

2. 3. DOĞUM EYLEMİNİN BAŞLAMA BELİRTİLERİ

2. 3. 1. Hafifleme

Fetüs başının gerçek pelvise girmesi ile uterus aşağıya doğru iner ve diyafragma üzerine olan baskısı kalkar. Bunun sonucunda annenin solunum sıkıntısı da ortadan kalkmış olur. Rahatlatıcı özelliklerin yanı sıra bazı sorunlar da görülebilir. Bunlar;

- Pelvisteki sinirlere olan bası nedeniyle bacak krampları ,
- Pelvik basınçta artma ,
- Venöz stazın artması sonucunda alt ekstremitede ödem ,
- Sık idrara çıkma,
- Vajinada bulunan mukoz membranların konjesyonuna bağlı olarak vajinal akıntıda artma (124).

2. 3. 2. Servikal değişiklik

Gebeliğin başlangıcında sert olan serviks, doğum eyleminin başlaması ile birlikte fetüsün geçebileceği kadar açılır ve yumuşar. Bu özelliğe olgunlaşma denir (124).

2. 3. 3. Effesman (Silinme)

Uterus kaslarının kasılması ile ortaya çıkan internal osun yakınındaki kas liflerinin uterusun alt segmentine çekilmesi olayıdır. Vajinal muayenelerde ölçülebilen ve yüzde ile ifade edilen bir durumdur (124).

2. 3. 4. Dilatasyon (Servikal Açılma)

Silinmeden sonra başlar. Başlangıçta 1 cm açıklığında olan serviks birinci evrenin sonunda 10 cm'lik açıklığa ulaşır. Bu durumda dilatasyonun tam olduğu söylenir (124).

2. 3. 5. Nişane (Show)

Silinme ve dilatasyonla birlikte servikal sekresyonların oluşturduğu ve servikal kanalı tıkayan müköz tıkaç (nişane) dışarı atılır (124).

2. 3. 6. Membranların Açılması

Amniyotik mayi içeren ve fetüsün etrafını saran membranların doğum eyleminden önce veya eylem sırasında açılması gerekir. Membranlar açıldıktan 12-24 saat sonra eylemin spontan olarak başlaması beklenir (124).

2. 4. DOĞUM MEKANİZMASI

4 aşamada gerçekleşir:

1. Birinci aşama; gerçek doğum ağrıları ile başlayan, silinme ve dilatasyonun tamamlanması ile sona eren aşamadır.

2. İkinci aşama; effesman ve dilatasyonun tamamlanması ile başlayan, bebeğin doğumu ile sona eren aşamadır.

3. Üçüncü aşama; bebeğin doğumu ile başlayan , plasentanın doğumu ile sonlanan aşamadır.

4. Dördüncü aşama; plasentanın doğumundan sonraki 1-2 saatlik süreyi içeren aşamadır (124).

2. 4. 1. Latent Faz:

Doğumdan önceki birkaç gün ile birkaç hafta öncesinden itibaren başlayıp aktif faza kadar sürer. Bu fazla düzensiz uterus kontraksiyonları vardır (30).

2. 4. 2. Aktif Faz:

Düzenli uterus kontraksiyonlarının ortaya çıktığı fazdır. Bu faz 3 evrede incelenebilir:

- Birinci Evre: Dilatasyon ve effesman evresidir. Bu evrede serviks açılır ve

silinirken prezente olan kısım da doğum kanalına iner. Dilatasyonun 10 cm olması ve serviksin tamamen silinip artık hissedilememesi halinde birinci evre sona erer. Dilatasyon nulliplarlarda (daha önce doğum yapmamış) saatte 1.2 cm, multiparlarda ise saatte 1.5 cm olur.

- İkinci Evre: İtilme evresidir. Dilatasyon ve effesmanın tam olduğu zaman başlayan bu evrede fetüs başı uterus kontraksiyonlarıyla birlikte doğum kanalında iniş gösterir. İkinci evre multiparlarda 30 dakika sürebileceği gibi, nulliplarlarda 2 saate kadar uzayabilmektedir. Bu evre fetüsün doğmasıyla sona erer.

- Üçüncü Evre: Plasenta evresi de denilen bu evre fetüsün doğumuyla başlar ve plasentanın doğmasını izleyen ilk 30 dakika tamamlanınca sona erer (30).

2. 5. DOĞUM ÇEŞİTLERİ

2. 5. 1. Vajinal Doğum

Yaklaşık 280 günlük gebelik dönemini takiben uterus içinde fetüs ve eklerinin sancılarla vajinal yoldan atılması olayına vajinal doğum denir (30).

Vajinal doğum endikasyonları:

- 34 haftadan büyük gebelikler,
- Fetüs ağırlığının 1500-3000 gr arasında olması,
- Fetal başın fleksiyonda olması,
- Maternal pelvik ölçülerin yeterli olması,
- Maternal veya fetal sezaryen endikasyonlarının olmaması,
- İyi seçilmiş tam makad veya ayak gelişlerinde vajinal doğum gerçekleştirilebilir (30).

Vajinal doğum kontrendikasyonları:

- Sefalopelvik uygunsuzluk,
- Fetal distres,
- Plasenta previa,
- Plasenta dekolmanı,
- Uterus rüptürü tehlikesi olanlar,
- İri fetüs varlığı,
- Alın, mento posterior yüz gelişleri,
- Yeterli uterus kontraksiyonlarına karşın başın pelvise girmediği durumlar,
- İlerlemeyen doğum eylemlerinde başka bir seçenkle doğum gerçekleştirilmelidir (30).

2. 5. 2. Vakumla Doğum

Vakum aleti; vakumlamayı sağlayan bir cihaz, hortum ve çan olmak üzere üç kısımdan meydana gelir (33).

Vakum ekstraksiyonunun endikasyonları:

- Anne sağlığı nedeniyle doğumun ikinci evresinin kısaltılması gereken durumlar (kalp hastalığı, akciğer hastalığı, intrapartum enfeksiyon, bazı nörolojik durumlar, aşırı yorgunluk),

- Doğumun ikinci evresinde gelişen fetal distres,
- Umbilikal kord prolapsusu, şüpheli fetal kalp paterni,
- Plasentanın erken ayrılması,
- Malrotasyon,
- Annenin doğuma kooper olamadığı durumlar (eklampsi, epilepsi),
- Sınırdaki baş pelvis uygunsuzluğu (33).

Vakum ekstraksiyonunun uygulanması için şu şartlar gereklidir:

- Amnion kesesi açık olmalıdır,
- Baş pelvis uygunsuzluğu olmamalıdır,
- Baş uygulamaya uygun olmalıdır,
- Baş geliş olmalıdır,
- Fetüs canlı olmalıdır,
- Mesane boş olmalıdır (30).

Vakum ekstraksiyonun kontrendikasyonları:

- Fetüsün ölü olduğu durumlar,
- Baş pelvis uygunsuzluğu,
- Yüz gelişi ve anansefali durumlarında vakum uygulanamaz (30).

Vakum ekstraksiyonun komplikasyonları:

- Çan ile fetal baş arasına anneye ait dokuların girmesi ile oluşan laserasyonlar,
- Fetüsde skalp yaralanmaları,
- Sefal hematoma,
- İntrakranial hemoraji,
- Retina kanaması (33).

2. 5. 3. Epizyotomi

Doğumu kolaylaştırmak amacıyla kulvar orifisi genişleterek, fetüsün gelen kısmının perineden sıyrılmasını kolaylaştıran pudental insizyonun genel adıdır. Travayın ikinci evresi sonunda bulbo-kavernöz kasına yapılır (10, 15, 19, 23, 37, 50, 64, 122, 124). Epizyotomi ile doğurtulan kadınlarda sistosel, rektosel, uterin prolapsus ve stres inkontinans sayısında azalma olduğu söylenmekteyken, son zamanlarda epizyotominin sağladığı avantajlar tartışılmaya başlanmıştır. Hatta epizyotominin perinede doku hasarını arttırdığı iddia edilmektedir (27). Bu nedenle her doğumda rutin uygulamak yerine gerçekten gerekli olduğu durumlarda tercih edilmelidir. Kaba anlamda epizyotomi pudendanın insizyonudur. İnsizyon orta alta yapılabilir (Median Epizyotomi) veya orta hattan başlayıp rektumun aşağısına doğru lateral olarak ilerletilebilir (Mediolateral Epizyotomi) (38).

Epizyotominin endikasyonları:

- Operatif (müdahaleli) vajinal doğum,
- Makat prezentasyon,
- Fetal makrozomi,
- İkiz gebelik,
- Omuz distosisi,
- Oksiput posterior pozisyonları (38).

Epizyotominin avantajları:

- Doğumu kolaylaştırır,
- Sistosel ve rektoseli önleri
- Uterin prolapsus ve stres inkontinansının görülme oranını azaltır,
- Travaym ikinci evresini kısaltarak fetal asfiksi oranını düşürür,
- Fetal başı baskıdan kurtarır,
- Perine yırtıklarını önler,
- Pelvis taban kaslarını korur (10, 15, 23, 37, 50, 69, 77, 124).

Epizyotomi komplikasyonları:

1. Erken Postpartum Dönemdeki Komplikasyonları:

- Hematom,
- Enfeksiyon,
- Selülit,
- Abse oluşumu,
- Pudental sinir hasarı,

- Ağrı,
- Perine laserasyonunda artış ve yara iyileşmesinin gecikmesi,
- Ödem,
- Defekasyonun gecikmesi,
- Kanama (64).

2. Uzun Dönemdeki Komplikasyonları:

- Rektal tonüs kaybı,
- Rektal inkontinans,
- Pudental sinir hasarı,
- Rekto vaginal füstül,
- Skar dokusu ve abse oluşumu,
- Ağrılı cinsel ilişki (28, 76, 85, 88, 95, 113, 126, 132, 139, 141).

2. 5. 4. Sezaryen

Kadınların yaşamlarında psikolojik, fizyolojik ve sosyal yönden etkilendikleri bir doğum operasyonu olup, fetüsün abdominal duvardan ve uterus duvarından insizyonla doğurtulması sezaryen olarak tanımlanır. Genellikle vajinal doğumun mümkün olmadığı durumlarda uygulanır (20).

Sezaryen endikasyonları:

Sezaryen endikasyonları 5 sınıfta incelenebilir:

- 1- Anneyle ilgili endikasyonlar
- 2- Bebekle ilgili endikasyonlar
- 3- Fetus ekleriyle ilgili endikasyonlar
- 4- Sosyal endikasyonlar
- 5- Diğerleri

1. Anneyle ilgili endikasyonlar:

- Gecirilmiş sezaryen : Klasik vertikal insizyon yapılan 1916' larda ortaya atılan "Bir defa sezaryen, hep sezaryen" kavramı, Kerr transvers insizyonunun kullanılmaya başlanması ile ve yapılan çalışmalarda uygun vakaların güvenli bir şekilde vajinal doğum yaptırılabilceğinin gösterilmesiyle geçerliliğini yitirmiş gözükmektedir. Eğer kontrendikasyon yoksa ve önceki sezaryen endikasyonu kalıcı değilse sonraki doğumda vajinal doğum denenmelidir. Geniş çok merkezli çalışmalar, sezaryen sonrası uygulanan vajinal doğumun; uygun hasta seçimiyle %60-90'lara ulaşan oranlarda başarılı olabileceğini göstermiştir (37).

- Sefalopelvik uyumsuzluk : Pelvis yapısı bebeğin doğumu için çok küçük ve anormal ise yada bebek çok iri ise uyumsuzluktan söz edilebilir.

- Dinamik distosi : Serviksin 1 cm/saatlik hızla açılmaması disfonksiyonel eylemi hatırlatmalıdır. Genellikle oksitosin infüzyonu ile açılma sağlanır. Ancak buna rağmen 2-3 saat boyunca hiç ilerleme olmazsa hastanın durumu tekrar gözden geçirilmelidir.

- Yumuşak doğum yolu ile ilgili sebepler : Bölgede önceden geçirilmiş operasyonlar, enflamatuvar veya neoplazik hastalıklar, enfeksiyonlar ya da kollumun rijid olması gibi sebepler vajinal doğumu imkansız kılabilir .

- Annenin sistemik hastalıkları (42).

2. Bebekle ilgili endikasyonlar

-Prezentasyon, situs, habitus anormallikleri:

Prezentasyon Anomalileri: Makat geliş, compound geliş, transvers ve oblik gelişler bu grupta yer almaktadır (143).

Pozisyon Anomalileri: Defleksiyon gelişleri, oksiput posterior, yüksekte düz duruş, derinde transvers duruş bu gruptadır.

Fetusa Ait Gelişme Anormallikleri: İri bebek, fetusta lokal büyüme yapan sebepler (hidrosefali, geniş abdomen) ve diğer anormallikler sezaryen endikasyonu olabilmektedir.

- Fetal Distres (116).

- Miad Aşımı : 42 hafta aşılmasına rağmen başlamayan eylem.

- Fetus anormallikleri: Hidrosefali, anensefali, yapışık ikizlik gibi durumlardır.

- Rh uygunsuzluğu (42).

- Coğul gebelikler : Terme ulaşmış ikiz gebeliklerde doğum, tek gebeliklerde

olduğu gibi vajinal olarak gerçekleştirilmelidir. Ancak gerek prezentasyon anomalileri ve gerekse çoğul gebeliğe bağlı maternofetal komplikasyonlar nedeniyle sezaryen oranlarında artış izlenmektedir (134).

3. Fetus ekleriyle ilgili endikasyonlar

- Placenta previa
- Ablasyo placenta
- Placenta insersiyon anormallikleri
- Kordon prolapsusu ya da prezentasyonu

4. Sosyal endikasyonlar

Annenin isteğine bağlı olarak ya da kıymetli bebek olması dolayısıyla sezaryen yapılabilir.

5. Diğerleri

Bu sınıfların hiçbirine girmeyen endikasyonları oluşturur (42).

Sezaryen uygulamasının rutin hale gelmesi, çeşitli etik tartışmaları da beraberinde getirmektedir. Örneğin günümüzde en sık sezaryen uygulama nedeni isteğe bağlı olan, tıbbi endikasyon olmadan yapılan sezaryenlerdir. Bu durumda, herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın anne adayının tercihi ile bebek normal süresini doldurduktan sonra, kararlaştırılan bir günde sezaryen ile doğum yaptırılmaktadır (13).

Sezaryen Kontrendikasyonları

En önemli kontrendikasyon uygun bir endikasyonun olmayışıdır. Karın duvarının piyojenik enfeksiyonları, anormal ya da ölü fetus, uygun koşulların bulunmayışı da diğer kontrendikasyonları oluşturur (42).

Sezaryen Komplikasyonları

1. Erken Komplikasyonlar:

- Anestezi problemleri (İlaç etkileşimleri, aspirasyon pnömonisi)
- Şiddetli kanama
- Barsak ve mesane yaralanması
- Hava veya amniotik sıvı embolisi
- Febril puerperal komplikasyonlar (Atelaktazi, pnömoni gibi)
- Tromboembolik hastalıklar

2. Geç Komplikasyonlar:

- Uterus kesi yeri nekrozu, kanama
- İntraabdominal yapışıklıklar ve ileus
- Uterin insizyon yerinde endometriozis
- Plasenta akreata
- Plasenta previa (30).

2. 6. POSTPARTUM (DOĞUM SONU) DÖNEM

Doğum eylemi sona erdikten, bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra postpartum (puerperium, lohusalık veya doğum sonu) dönem başlar (124). Lohusalık dönemi gebelikte ortaya çıkan anatomik ve fizyolojik değişikliklerin kaybolduğu, vücudun gebelik öncesi haline döndüğü doğum sonrası 6 haftayı kapsar. Bu dönemde annede birçok fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar. Annenin tüm sistemlerinin doğumdan önceki halini alabilmesi için ortalama 6 haftaya gerek vardır. Bununla beraber doğumla ilgili bazı problemler çok daha uzun sürebilir. Bu dönem:

1. Doğum Sonrası: Doğumu izleyen ilk 24 saat
2. Erken Lohusalık: Doğumu izleyen ilk on gün (Postnatal dönem)
3. Geç Lohusalık: Vücudun normale döndüğü, genital organlarda involüsyonun geliştiği, adetlerin geri döndüğü emzirmeyen kadında 6 hafta, emziren kadın da ise aylarca devam eden bir süreci tanımlar.

Postpartum dönemde organizmada işleyen önemli olaylar;

İnvolüsyon Süreci:

Tüm gebelik boyunca organizmada meydana gelen değişikliklerin gerilemesi ve organizmanın tekrar gebelik öncesi durumuna dönmesidir. Tüm sistemlerde izlenmekle birlikte en belirgin olarak ürogenital sistemde ve uterusu gerçekleşir (30).

Gebelik sırasında uterus normal ağırlığının 10 katına çıkarak yaklaşık 1000 grama ulaşır. Doğumdan hemen sonra uterus ortalama 1 kg ağırlıktadır ve 20. gebelik haftasındaki yükseklikte yani umblikus seviyesindedir. Postpartum 1. haftanın sonunda

12 haftalık gebelik büyüklüğüne geriler ve simfiz pubis altından güçlükle palpe edilir. Uterus involüsyonu uterus kontraksiyonlari ile gerçekleşir. Uterusun involüsyonu 6 haftada tamamlanır. Plasentanın gebelik sırasında yerleşmiş olduğu alanda yenilenme işlemi doğum sonrası 6. haftaya kadar devam eder (46).

Rejenerasyon Süreci:

Doğumdan sonra endometrium gebelik öncesi fonksiyonlara hazırlanır. Doğumdan sonra plasentanın ayrıldığı yer kanayan bir yara görünümünü alır; 2-3 gün içerisinde de iyileşmeye başlar ve bu yara gibi görünen kısım (desiduanın yüzeyel tabakası) vajinal yoldan akıntı Şeklinde atılır ki bu akıntıya Loşia adı verilir. Loşia 3  eşitir (124).

Loşia rubra (kırmızı loşia): Kan, doku artıkları ve desiduadan oluşur (46). 1-3 gün sürer (124).

Loşia serosa (seröz loşia): Kötü kokulu, m kop r lan bir akıntıdır (46). 4-10 gün sürer (124).

Loşia alba (beyaz loşia): Doğum sonrası 2. ve 3. haftada ortaya çıkan kalın, mukoid, sarımsı beyaz akıntıdır.

Doğum sonrası 5. ve 6. haftalarda plasentanın ayrıldığı bölgenin tam olarak iyileşmesiyle loşia tarzı akıntılar sona erer (46).

Laktasyon Süreci:

Doğumdan sonra meme dokusundan süt gelmesiyle başlayan döneme laktasyon adı verilir. Gebelikle birlikte plasentadan giderek artan miktarda salgılanan östrojen ve progesteron ile plasental laktojenik hormonun etkisiyle meme dokusu laktasyon dönemine hazırlanır (124).

2. 6. 1. Postpartum Dönemdeki Değişiklikler

Organ ve sistemlerdeki değişiklikler:

1. Uterus: Postapartum dönemin sonunda 50-80 gr ağırlığında olacak kadar küçülür. Endometrium normal üreme fonksiyonu için yeniden hazırlanır.

2. Vulva ve Vajina: Doğumdan sonra ilk bir hafta gevşek kalır. 3. haftadan sonra neredeyse gebelik öncesi hallerine dönerler.

3. Perine: 5. günden itibaren tonüsünün büyük bir kısmını geri kazanır ancak nullipar dönemindeki durumundan daha gevşektir.

4. Göğüsler: Süt salgısı başlar, genişler, sertleşir ve başlangıçta gergin olabilirler.

5. Üriner Sistem: Doğumu izleyen 24 saatte idrara çıkmak zor olur. Üreterler 4-6. haftada normale döner. 2-5. günlerde idrar volümündeki artış postpartum dönemin özelliğidir.

6. *Gastrointestinal Sistem*: Barsak fonksiyonları 3-4 gün sonra normale döner.

7. *Kardiovasküler Sistem*: 5. haftadan sonra eritrosit sayısı ve hemoglobin seviyesi normale döner (124).

Psikolojik değişiklikler:

Uyku düzeninin bozulması, uykusuzluk, alışılmamış olaylar, bebeği, eşi ve diğer çocuklarıyla ilgili anksiyete, hafif depresyon (124).

2. 7. ANNELİK ROLÜNÜN KAZANILMASI

Gebelik, kadının yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir süreçtir. Bu dönemde kadının, gebeliğini ve gelecekteki annelik rolünü benimsemesi gerekir. Bu benimsemeyi kadının inançları, tutumları, görev ve sorumluluk anlayışı, ilişkileri etkiler. Çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, kadınlık rolünü algılayışı, gebeliği planlamış olması, çevresindeki olumlu ya da olumsuz rol modelleri ve sosyoekonomik koşullar anneliği kabullenmesinde rol oynar.

Annelik rolüne uyumda ilk adım, gebe kalındığı fikrinin kabul edilmesi ve gebeliğin kadının yaşam biçimiyle bağdaştırılmasıdır (45, 75).

Annelik rolünün kazanılması dört safhada gerçekleşir:

Birinci safha: Gebelikte ortaya çıkan, “geleceğe hazırlanma” safhasında kadın anneliğe ilişkin rol modellerini izler. Özellikle kendi annesi “nasıl bir annelik”

sorusunun cevabı için iyi bir örnektir.

Formal-biçimsel safha: Çocuğun doğumu ile başlar. Anne, rol modellerin etkisi altında çevrenin kendisinden beklediği gibi davranmaya çalışır.

İnformal safha: Kadın anneliğe ilişkin kendi seçeneklerini, diğer deyişle kendi annelik stilini geliştirmeye başlar.

Kişisel safha: Annelik rolü kazanılmıştır. Anne artık bir anne olarak rahattır ve bu konuda kendi fikirlerine ve davranışlarına sahiptir (123, 128).

2. 7. 1. Anneliğe Geçiş Süreci:

Bir kadının annelik davranışlarını öğrenme süreci olarak tanımlanan “annelik rolü” nün kazanılması doğumu takip eden 3-10 ay arasında gerçekleşmektedir. Zaman ve deneyim, annenin sahip olduğu yetenekleri ve elde etmek istediği annelik rolünü tanımlamasında, düşüncelerini şekillendirmesinde etkili olabilmektedir. Doğum sayısı, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve sosyal destek postpartum dönemde annelik rolünü kabul sürecini etkilemektedir (103, 123, 138).

Doğumdan sonraki ilk haftalarda anneler yeni ama normal yaşantılarında karşılaştıkları zorluklardan farklı, karmaşık sorunlarla karşılaşır. Bazı kadınlar için anneliğe geçiş daha kolayken, bazıları için bu deneyim kabus olabilmektedir. Birçok kadın için annelik, kendi kişisel kimliği üzerinde önemli etkileri olan bir yaşam olayı olarak görülmektedir. Özellikle annelerin doğum öncesi fonksiyonel durumlarına geri dönüşleri, fizyolojik iyileşmeden daha uzun zaman almaktadır. Doğum sonrası fonksiyonel statü “annenin bebeğinin bakım sorumluluğunu, kendi öz bakımını, ev işlerini, sosyal ve toplumsal ve mesleki aktiviteleri üstlenmeye hazır olması” şeklinde

tanımlanmaktadır. Doğum sonrası dönemdeki iyileşme sürecinin tanılanması geleneksel olarak üreme organlarının iyileşmesi ve fizyolojik uyuma odaklanmıştır. Postpartum dönemde iyileşmenin, sosyal ve psikolojik yönüne çok az dikkat çekilmiştir (54, 56).

2. 8. POSTPARTUM DÖNEMDEKİ EV BAKIM HİZMETLERİNDE HEMŞİRE ve EBELERİN ROLÜ

Hemşireler ve ebeler, anne ve babanın bebek sahibi olma deneyimlerini etkileyebilecek ve değerlendirebilecek eşsiz bir pozisyonundadır. Doğum öncesi bakımda hemşireler eğitim verir, doğumda olumlu deneyimler yaşamalarını sağlayacak ortamlar oluşturur ve ebeveynler ile bebeklerine direkt bakım verirler (102).

Anneler, herhangi bir sorun yoksa normal doğumdan 12-24 saat sonra, sezaryenle doğumdan ise 3-5 gün sonra taburcu edilmektedir (22, 60, 111).

Postpartum dönemdeki sağlık sorunları özellikle ilk günlerde çok yaygın olarak görülmekte, bu sorunların çoğu 6 haftaya kadar, bazıları bir yıla kadar devam etmektedir- Bu açıdan hastanede verilen bakımın yanında, annelerin evde ziyaret edilmeleri büyük önem taşımaktadır (6, 57, 60, 93, 117, 119).

Ana Çocuk Sağlığı hizmetleri içinde önemli bir yeri olan postpartum bakım hizmeti, temelde koruyucu bir sağlık hizmetidir. Genel olarak kadınlar postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde hemen her kadın (%97) prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, gelişmekte olan ülkelerde bu oran %65 kadardır (49, 131).

Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2003 sonuçlarına göre, Türkiye genelinde gebelikte en az bir kez doğum öncesi bakım hizmeti alma sıklığı %81'dir

(129). Postpartum bakım alma oranlarının genelde çok daha düşük olduğu görülmektedir. DSÖ, dünyada kadınların sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir (49). TNSA 1998 ve 2003 sonuçlarında ülkemizde postpartum bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin bir veri bulunmamaktadır (124, 128). Ancak TNSA 2008 sonuçlarına göre; 2008 öncesindeki beş yıl içinde gerçekleşen son doğumlar dikkate alındığında, Türkiye'de annelerin yüzde 85'inin, bebeklerin ise yüzde 90'ının doğumdan sonraki iki ay içinde bir sağlık personelinin doğum sonrası bakım hizmeti aldığı görülmektedir (130).

Postpartum 6 haftalık sürede anne ve bebeklere nitelikli bir izlem ve bakımın sağlanması için annelerin yaşadıkları sorunların sağlık personeli tarafından sürekli olarak değerlendirilmesi gerekir. Hemşire ve ebeler anneleri taburculuktan sonra kendi ortamlarında değerlendirmelidir. Annelerin buldukları ortamda sorunlarını ve endişelerini daha rahat dile getirebilmesi, ilk günlerde yaşanacak sağlık sorunlarının erken dönemde önlenmesine olanak sağlar (60, 111, 117). Hemşire ve ebeler tarafından ilk ev ziyaretinin taburculuk sonrası 24-48 saat içinde yapılması gerekir. Sonraki ziyaretler postpartum iki ve altı hafta sonra yapılmalıdır (89, 101, 112). Hemşire ve ebeler ev ziyaretleri sırasında annelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme, annelerle görüşme ile başlamalıdır. Bu görüşmede annelerle ilgili kişisel, ailesel, obstetrik, tıbbi öykü ve son doğumu ile ilgili bilgiler alınmalı ve riskler araştırılmalıdır. Ayrıca annelik rolü, anne-bebek ilişkileri, evdeki aktiviteleri ve işi ile ilgili bilgiler de alınmalıdır. Görüşmeden sonra fiziksel muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır (22, 60). Değerlendirmeden sonra annelerle birlikte bakım gereksinimleri için planlama yapılmalıdır (21). Bakım gereksinimlerini gidermek için verilen eğitimlerde ; anneler kendileri ile ilgili olarak dinlenme, hijyen ve meme bakımı, uterus masajı, involüsyon sürecindeki değişiklikler ve doğum sonrası sorunlara yönelik konularda; yenidoğanla ilgili olarak da yenidoğanın beslenmesi, günlük bakımı, ağlama, uyku ve eliminasyon düzeni, hijyen, kord bakımı, perine bakımı, yenidoğanda görülen sorunlar ve vücut ısısının ölçülmesi gibi konularda eğitim almak istemektedirler (22).

2. 9. YAŞAM KALİTESİ

2. 9. 1. Yaşam Kalitesinin Tanımı

Genel anlamıyla yaşam kalitesi (YK) , bir kişinin yaşamının tümüyle iyi gittiğine ilişkin hissettiği subjektif duygu olarak tanımlanabilir. Yaşam kalitesi; bireyin kendi yaşamına ilişkin genel doyumudur (63). Bireyin içinde bulunduğu çevre, ekonomik durumu, ilişkileri gibi yaşamı ilgilendiren pek çok unsurda doyumunu içine alan bir kavramdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “kişinin kendi durumunu, yaşadığı kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile bağlantılı olarak, algılayış biçimi” olarak tanımlanan “yaşam kalitesi” günümüzde artık pek çok spesifik tıbbi durum için değerlendirilen önemli bir sağlık çıktısıdır (142).

2. 9. 2. Yaşam Kalitesinin Kavramının Tarihçesi

Yaşam kalitesi kavramını ilk kez Thorndike sosyal çevrenin bireyde yansıyan tepkisi olarak tanımlamıştır. Andrews ve Withney bireylerin doyumunu ve sosyal ilişkilerinin kesişimi olarak tanımlamışlardır.

Yaşam kalitesi, yıllarca esenlik ve mutluluk ifadesi olarak felsefe bilimi içinde yer alırken, 1960’lı yıllarda öncelikle sosyoloji ve ekonomi bilimlerinin, daha sonra da psikoloji biliminin uğraş alanına girmiştir. 1970’li yıllardan sonra tıp ve hemşirelik alanında üzerinde durulan bir kavram olmuştur (63). Tıp literatüründe yaşam kalitesi terimi ilk olarak Long’un 1960 yılında yayınladığı “On the Quantity and Quality of Life” isimli makalesinde geçmektedir (90).

2. 9. 3. Yaşam Kalitesi Ölçütleri

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla kullanılacak ölçütler çok boyutlu, kullanışlı, geçerli ve güvenilir olmalıdır (29). Yaşam kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerde de bir çeşitlilik mevcuttur. Kullanılan ölçütler genel olarak iki grupta incelenebilir:

a) *Genel Yaşam Kalitesi Ölçütleri*: Birçok boyutu 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.

b) *Hastalığa Özgü Yaşam Kalitesi Ölçütleri*: Bu tip ölçütler hem farklı durumların etkilerini tanımlamak hem de hastalıkların en sık görüldüğü yaş gruplarına uygun olmaları nedeniyle tercih edilirler. Örneğin; Fonksiyonel Yaşam İndeksi-Kanser, St George Dispne Skoru (43).

2. 9. 4. Sağlık Alanında Yaşam Kalitesi

Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi bütüncül olarak yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir. Bu yüzden bu iki kavram birbirleriyle yakından ilişkili kavramlardır. Sağlıkta yaşam kalitesinin tanımı; yaygın kabule dayanarak “Hastalığın ve tedavisinin hasta üzerindeki etkilerinin yine hasta açısından değerlendirilmesi” olarak kabul edilebilir (58).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, sağlığı çeşitli alanlarda değerlendirmektedir. Bu alanlar birincil boyutlar ve diğer boyutlar olarak iki grupta değerlendirilebilir:

a) Birincil boyutlar:

- Fiziksel Fonksiyonellik: Bireyin günlük aktivitelerini yerine getirebilmedeki yeterliliğini tanımlamaktadır.
- Psikolojik Fonksiyonellik: Bireyin duygusal iyilik halini tanımlamaktadır.
- Sosyal Fonksiyonellik: Kişinin ailesiyle, arkadaşlarıyla ve toplumla olan ilişkilerini tanımlamaktadır.
- Yaşam Doyumu / İyilik Hali: Bireyin iyilik hali hakkındaki algısını yansıtmaktadır.
- Sağlık Durumu Algısı: Bireyin sağlık durumunu nasıl algıladığını yansıtmaktadır (24, 100).

b) Diğer boyutlar

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

değerlendirilmektedir.

- Semptomlar: Kişide semptomların şiddetinin ve sıklığının, yaşam kalitesi üzerine olan etkisi değerlendirilir (24, 100).

İnsanların sağlığına önem verildiği için yaşam kalitesi ölçümlerinin kullanımı artmıştır. Bu ölçümlerin kullanımları hastaların nasıl hissettiklerini ve tedaviden nasıl memnun olduklarını yansıtır. Bu açıdan yaşam kalitesinin ölçümleri hastaların hastalık ve tedaviye bakış açılarını yansıtır (98).

2. 10. POSTPARTUM DÖNEMDE KADINLARDA YAŞAM KALİTESİ

Yeni anne olan bir kadın için postpartum dönem, yaşam kalitesini etkileyecek sosyal, duygusal ve fiziksel değişikliklerin olduğu bir süreçtir. Bu süreç birkaç hafta veya birkaç ay sürebilmektedir (70). Doğum sonrasında oluşabilen bazı komplikasyonlar (örneğin; anemi, inkontinans, puerperal sepsis, hemoraji) kadınların normal hayatlarına dönme süreçlerini uzatmakta ve günlük hayattaki işlerini yapmalarına engel olmaktadır. Bu durum kadınların yaşam alanlarını etkilemekte ve yaşam kalitelerini azaltmaktadır. Sağlık önlemleri bu konuya odaklanmada yetersiz kaldığı, ve de bu önlemler için gerekli çalışmalar yapılmadığı için konuya gereken önem verilememektedir (71).

Doğum sonu dönem, aileye yeni bir üyenin katılmasından dolayı yeni bir düzenin kurulduğu dönemdir. Bebeğine, postpartum rahatsızlıklara, ailedeki yeni düzene ve vücudundaki değişikliklere uyum sağlamak zorunda olan anne için bu dönem oldukça zordur. Ancak ikinci günden sonra anne postpartum sürece uyum sağlamaya başlar. İlgisi bebeğe yönelir, endişeleri bebeğiyle ilgilidir (124).

Doğum normal fizyolojik bir süreç olarak ele alınmasına rağmen, ailenin bütün

üyelerini etkileyen yeni stresli durumları da beraberinde getirebilmektedir. Bu açıdan bakıldığında postpartum dönem, aile ünitesinde yer alan tüm bireyler için bir değişim ve bu değişimlere uyum yapma dönemi olarak düşünülmektedir (61, 117).

Doğum sonu dönemin psikolojik sonuçları eğer ailede iletişim iyi ise pozitifdir. Aile bağı güçlenir. Ancak bu dönemde değişen etkileşim, stres kaynağı olabilir. Çünkü eşler arasındaki ilişkinin eski düzeni bozulmuştur (124).

Diğer taraftan birçok çalışma, postpartum dönemde annelerin sıklıkla halsizlik, çarpıntı, bayılma, alt karın bölgesinde ağrı, vajinal kanama, yüksek ateş, emzirememe, sütün gelmemesi, idrar yapamama, idrar yaparken yanma, loşia olmaması veya kötü kokulu loşia, konstipasyon, makatta ağrı, zonklama, memede ağrı, kızarıklık, bel ağrısı veya simfiz pubisde özellikle merdiven çıkarken artan ağrı, insizyon yerine şişlik, kızarıklık, akıntı, içe kapanma, sık sık ağlama krizleri geçirme, depresyon gibi sorunlar yaşadıklarını ortaya koymaktadır (25, 26, 30, 136, 140).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3. 1. Araştırmanın Tipi

Çalışma; Eskişehir İl Merkezi' nde 1 Ocak- 30 Nisan 2009 tarihleri arasında Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapmış postpartum dönemdeki kadınların yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik kesitsel tipte bir araştırmadır.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Eskişehir Türkiye' nin İç Anadolu Bölgesi' nde bulunmaktadır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 yılı verilerine göre ilin toplam nüfusu 741.739'dur. İl nüfusunun 599.796'sı merkeze, geriye kalan 141.943'ü ilçeler ve köylere yerleşmiştir.

Eskişehir'de okuma yazma oranı % 95, ilköğretimde okullaşma oranı % 100 dür. Kadın okur-yazar oranı ise % 89' dur (52).

Bu çalışma; Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü ve Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nin desteği ile Eskişehir il merkezinde ikamet eden ve Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapan kadınlara yönelik toplumsal tabanlı bir çalışma olarak yapıldı.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma grubunu 1 Ocak- 30 Nisan 2009 tarihleri arasında; Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapan ve Eskişehir il merkezinde ikamet eden postpartum 7. günde evlerinde bulunabilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar oluşturdu.

Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi kayıtlarına göre; 1 Ocak- 30 Nisan 2009 tarihleri arasında Eskişehir İl Merkezi' nde ikamet eden kadınlara ait doğum kayıtları incelendiğinde; doğum yapan kadın sayısı 1322, bebek sayısı ise 1349, ölü doğum sayısı 5, ikiz doğum sayısı ise 26 dır.

Doğum yapan 1322 kadından 5 'i ölü doğum yaptığı, 142' si adres ya da telefon bilgilerini yanlış kaydettirdiği, 163'ü görüşmenin yapılacağı tarih ve saatte evinde bulunmadığı ve 512 kadın ise araştırmaya katılmaya gönüllü olmadığı için araştırma kapsamına alınamadı. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmaya gönüllü, iletişim kurulabilen 500 loğusa kadın oluşturdu. Görüşmeyi kabul eden 500 kadının 8 tanesi ikiz bebek dünyaya getirmiştir. (Çalışmanın verileri girilirken karışıklık olmaması için bebek doğum ağırlığı kısmına ilk doğan bebeğin ağırlığı yazıldı.)

3. 4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araçlar

1. Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri Belirleyen Tanımlayıcı Form

Çalışmanın amacına uygun olarak; kadınların yaşı, öğrenim durumu, sosyal güvence varlığı, sigara kullanma durumu, ev işleri ve bebek bakımı konularında yardımcı varlığı ve bu yardımcının kim olduğu, doğum sayısı, doğum şekli, bebeklerinin doğum haftası, doğum ağırlığı ve beslenme şekillerini; eşlerinin öğrenim

durumu ile mesleklerini belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından geliştirilen formdur (Bkz. EK-1).

2. Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi Anketi (Maternal Postpartum Quality Of Life (MAPP-QOL))

MAPP-QOL ölçeği Pamela Hill tarafından 2004 yılında geliştirilen, skorlamasında ise Ferrans ve Powers' in Yaşam Kalitesi İndeksi Jenerik Versiyon III' den yararlanılan bir ölçektir. Orjinali 41 maddeden oluşmakta; fakat biz çalışmamızda; örnek aldığımız Pamela Hill' in çalışmasındaki gibi 39 maddeden anket oluşturduk. Ölçek 5 parçadan oluşmaktadır. Bu parçalar; ilişki/aile-arkadaşlar, sosyoekonomik, ilişki/eş-partner, sağlık ve işlevsellik, psikolojik/bebek olarak adlandırılmıştır. Parçalara ait sorular:

1. İlişki/ aile-arkadaşlar:

- Eve bağlılığı için olan zaman
- Arkadaşları/ilişkileri için zaman
- Kendisi için olan zaman
- Çocukları için olan zaman
- Tüm aileden aldığı duygusal destek
- Eşi için olan zaman
- Bebeğe ve diğer çocukların bakımına yardım
- Arkadaşlarından veya başkalarından aldığı duygusal destek
- Aile sorumluluğunu alabilirliği

2. Sosyoekonomik:

- Finansal özgürlüğü
- Evdeki yaşam şartlarında, finansal ve ekonomik kapasitesi
- Komşuluğu
- Finansal yükümlülüğü alabilirlik
- Ulaşım imkanı
- Yaşadığı yerdeki evi/dairesi
- Mal varlığı
- İşçi/işveren -kendi işyeri
- Tıbbi bakım imkanları

3. İlişki/eş-partner:

- Eşi/partneri ile ilişkisi
- Eş/partnerden aldığı duygusal destek
- Eşi/partneri İşçi/işveren
- Eşinin/partnerinin sağlığı
- Evdeki tüm çevresi/etrafi

4. Sağlık/işlevsellik:

- Sağlığı
- Fiziksel görünüşü
- Sahip olduğu ağrı miktarı
- Cerrahi kesisi veya epizyotomisi
- Günlük aktiviteler için enerji miktarı
- Kendi sağlığına bakabilmesi
- Memeleri
- Seks yaşamı

5. Psikolojik/bebek:

- Bebeğinin sağlığı
- Bebeğini besleyebilmesi
- Hayatındaki endişelerin toplamı
- Hayatını kontrol edebilme miktarı
- İç huzuru
- Genel mutlulukları
- Genel yaşamı günlük rutinleri; olarak ayrılmaktadır (67).

Ölçek, hastaneden çıktıktan sonraki erken postpartum dönemde (postpartum 7. gün) anneler tarafından doldurulmak üzere planlanmıştır ve iki alt bölümden oluşmuştur. Bölüm 1' de her bir madde ile ilgili hoşnutluk, Bölüm 2' de ise önemlilik sorgulanmıştır (Bkz. EK-2). Her iki bölümde Likert tip skala kullanılarak tanımlanmıştır (55).

Ölçeğin Hoşnutluk ve Önemlilik bölümleri 1' den 6' ya kadar numaralandırılmıştır. 1= Çok Hoşnutsuz, 2= Orta Hoşnutsuz, 3= Hafif Hoşnutsuz, 4= Hafif Hoşnut, 5= Orta hoşnut, 6= Çok Hoşnut olarak tanımlanmıştır. Aynı tanımlamalar Önemlilik Bölümü için de geçerlidir. Sorularda sorulan alanla ilgili ne kadar hoşnut olduğunu yada o alanın onun için ne kadar önemli olduğunu tanımlayan en doğru şıkkın seçilmesi istenmiştir. Yaşam kalitesi ölçeği puanlarını hesaplamak için; 1' den 6' ya kadar olan maddelerin her birinden 3.5 çıkarılmakta (Böylece rakamlar -2.5, -1.5, -0.5, 0.5, 1.5, 2.5 olmaktadır), aynı maddeye denk gelen önemlilik ve hoşnutluk skorları çarpılmakta, çarpılarak elde edilen sonuçların hepsi toplanıp 39 tane soru olduğu için 39' a bölünerek, negatif sonuçlar oluşmaması için bölümden elde edilen rakama 15 eklenip sonuç bulunmaktadır. Böylece Yaşam Kalitesi Skoru 0-30 aralığında çıkmaktadır.

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Hill tarafından yapılmış; cronbach alfa değeri 0.96, test-retest correlasyon değeri 0.74 olarak belirlenmiştir (67). Bizim yaptığımız çalışmada cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulundu.

3. Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmaya katılan bireylerin izinlerini almak amacıyla araştırmacı tarafından düzenlenen formdur (Bkz. EK-3).

3. 5. Veri Toplama Formlarının Uygulanması

MAPP-QOL Ölçeğini çalışmamızda kullanabilmek için bu ölçeği geliştiren Pamela Hill' den gerekli izinler alındı (Bkz. EK-4). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu' ndan çalışma için 2008/553 sayılı etik kurul onayı alındı (Bkz. EK-5). Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü' nden anket uygulaması için gerekli izin (Bkz. EK-6) alındıktan sonra Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği'nden de gerekli onay (Bkz. EK-7) alınarak 1 Ocak-30 Nisan 2009 tarihleri arasında doğum yapan kadınların listesi, ev adresleri ve telefon numaraları alınarak anket uygulanmasına geçildi.

Anket uygulaması için kadınlardan yazılı olarak izin alınarak postpartum 7. günde ev ziyareti yöntemiyle yüzyüze gerçekleştirildi. Veri toplama aşamasında bir kişiyle görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürdü.

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen verilerin analizi bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences for Windows Version 13.0 (SPSS) istatistik paket programı ile elde edildi.

Bilgiler MAPP-QOL ölçeği aracılığıyla hesaplanarak her kadın için yaşam kalitesi skoru belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde kadınların sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini belirtmek için frekanslar ve yüzdeler hesaplandı, yaşam kalitelerini belirlemek için de Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) , Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi ve student t testi kullanıldı. Önemlilik için $p < 0.05$ yeterli kabul edildi.

4. BULGULAR

Eskişehir İl Merkezinde yaşayan 1 Ocak- 30 Nisan 2009 tarihleri arasında Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapmış, doğum sonrası lohusalık dönemindeki (1-42 gün) kadınların yaşam kalitesi düzeylerini belirlemeyi amaçlayan çalışmamızın bulguları bu bölümde ele alınacaktır.

Tablo 1: Çalışma Kapsamına Alınan Kadınların Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikleri

Sosyodemografik ve Obstetrik Özellikler		n	%
Yaş Grubu	24 yaş ve altı	138	27.6
	25-34 yaş	293	58.6
	35 yaş ve üstü	69	13.8
Öğrenim Durumu	İlköğretim	171	34.2
	Ortaöğretim	253	50.6
	Yükseköğretim	76	15.2
Eşinin Öğrenim Durumu	İlköğretim	75	15.0
	Ortaöğretim	302	60.4
	Yükseköğretim	123	24.6
Eşinin Mesleği	Memur	106	21.2
	İşçi	178	35.6
	Serbest	190	38.0
	Sağlıkçı	9	1.8
	İşsiz	17	3.4
Sosyal Güvence Durumu	Var	490	98.0
	Yok	10	2.0
Gebelik Sayısı	1	233	46.6
	2	158	31.6
	3 ve üzeri	109	21.8
Yaşayan Çocuk Sayısı	1	263	52.6
	2	190	38.0
	3 ve üzeri	47	9.4
Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Varlığı	Var	226	45.2
	Yok	274	54.8
En Son Doğum Şekli	Normal (Vajinal) Doğum	89	17.8
	Vakumla Doğum	14	2.8
	Epizyotomili Doğum	190	38.0
	Planlı Sezaryen	139	27.8
	Zorunlu Sezaryen	68	13.6
Bebegin Doğum Haftası	< 37 Hafta	32	6.4
	37-42 Hafta	465	93.0
	> 42 Hafta	3	0.6
Bebegin Doğum Ağırlığı	< 2500 gr	27	5.4
	2500-4000 gr	455	91.0
	> 4000 gr	18	3.6

Tablo 1' in devamı

Bebegin Beslenme Şekli	Anne Sütü	445	89.0
	Anne Sütü + Mama	47	9.4
	Mama	8	1.6
TOPLAM		500	100.0

Tablo 1' de çalışma kapsamına alınan kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerinin dağılımı incelenmiştir. Buna göre; araştırma kapsamındaki kadınların yaş ortalaması 28.18' dir. Kadınların %34.2'sinin (n=171) ilköğretim, %50.6'sının (n=253) ortaöğretim, %15.2'sinin (n=76) yükseköğrenim mezunu olduğu saptandı. Kadınların eşlerinin öğrenim durumu incelendiğinde; %15.0'inin (n=75) ilköğretim, %60.4'ünün (302) ortaöğretim, %24.6'sının (n=123) yükseköğrenim mezunu olduğu belirlendi. Kadınların eşlerinin mesleklerine bakıldığında; %21.2'sinin (n=106) memur, %35.6'sının (n=178) işçi, %38.0'inin (n=190) serbest çalıştığı, %1.8'inin (n=9) sağlıkçı, %3.4'ünün (n=17) işsiz olduğu saptandı. Ailelerin %98.0'inin (n=490) sosyal güvencesinin olduğu %2.0' sinin (n=10) sosyal güvencesinin olmadığı belirlendi. Kadınların gebelik sayıları incelendiğinde; %46.6' sının (n=233) tek gebelik, %31.6' sının (n=158) 2 gebelik, %21.8' inin (n=109) 3 ve üzeri gebelik geçirdiği belirlendi. Yaşayan çocuk sayılarına bakıldığında; %52.6 'sının (n=263) 1 , %38.0' inin (n=190) 2, %9.4' ünün (n=47) 3 ve üzeri sayıda evde yaşayan çocuğu olduğu saptandı. Ev işleri ve bebek bakımı konusunda kadınların %45.2' sinin (n=226) yardımcısının olduğu, %54.8 'inin (n=274) yardımcısının olmadığı saptandı. Kadınların en son doğum şekilleri incelendiğinde; %17.8' inin (n=89) normal, %2.8' inin (n=14) vakumla, %38.0' inin (n=190) epizyotomili, %27.8' inin (n=139) planlı sezaryen, %13.6' sının (n=68) zorunlu sezaryen ile doğum yaptığı belirlendi. Kadınların bebeklerinin %6.4' ünün (n=32) 37 haftadan önce, %93' ünün (n=465) 37-42 haftalık, %0.6' sının (n=3) 42 haftadan sonra doğduğu saptandı. Bebeklerin ağırlıklarına bakıldığında; %5.4' ünün (n=27) 2500 gr' dan az, %91' inin (n=455) 2500-4000 gr, %3.6' sının (n=18) 4000 gr' dan fazla doğduğu belirlendi. Kadınların %89.0' unun (n=445) anne sütü, %9.4' ünün (n=47) anne sütü+mama, %1.6' sının (n=8) mama ile bebeklerini besledikleri belirlendi.

Tablo 2: Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Kadınların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımı

Doğurganlık Özelliği	n	%	Yaşam Kalitesi
			X ± SS
Canlı Doğum	500	100.0	15.93 ± 0.97
Ölü doğum	27	5.4	15.69 ± 0.92
Düşük	58	11.6	15.87 ± 1.00
Küretaj	37	7.4	15.81 ± 1.03

Kadınların gebelik durumları incelendiğinde ise; %100.0' ünün (n=500) canlı doğum yaptığı ayrıca bu kadınların daha önceki gebeliklerinin %5.4' ünün (n=27) ölü doğumla, %11.6' sının (n=58) düşükle, %7.4' ünün (n=37) ise küretaj ile sonuçlandığı belirlendi. En düşük yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması daha önceki doğumu küretajla sonuçlananlarda; En yüksek yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ise daha önceki doğumu canlı doğumla sonuçlananlarda görüldü.

Tablo 3: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşlara Göre Dağılımı

Yaş Grubu	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
≤24	138	27.6	15.75 ± 0.85	F= 5.118 p= 0.006
25-34	293	58.6	16.05 ± 1.04	
≥ 35	69	13.8	15.80 ± 0.85	
TOPLAM	500	100.0	15.93 ± 0.97	

Tablo 3 incelendiğinde; 24 yaş ve altındaki kadınların (n=138) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.75, 25-34 yaşındaki kadınların (n=293) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 16.05, 35 yaş ve üzeri kadınların (n=69) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.93 olduğu belirlendi. Kadınların yaşları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulundu ($p < 0.01$).

Tablo 4: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
İlköğretim	171	34.2	15.68 ± 0.80	F= 56.309 p= 0.000
Ortaöğretim	253	50.6	15.80 ± 0.86	
Yükseköğretim	76	15.2	16.92 ± 1.10	
Toplam	500	100.0	15.93 ± 0.97	

Tablo 4' de çalışma kapsamına alınan kadınların öğrenim durumları ve yaşam kalitesi ortalamaları incelenmiştir. Buna göre; kadınlardan ilköğretim mezunu olanların (n=171) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.68 olduğu, ortaöğretim

mezunu olanların (n=253) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.80 olduğu, yükseköğrenim mezunu olanların (n=76) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 16.92 olduğu belirlendi. Kadınların öğrenim durumları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulundu ($p<0.001$).

Tablo 5: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Eşlerinin Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı

Öğrenim Durumu	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
İlköğretim	75	15.0	15.50 \pm 0.78	F= 40.413 p= 0.000
Ortaöğretim	302	60.4	15.78 \pm 0.83	
Yükseköğretim	123	24.6	16.55 \pm 1.12	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 5 incelendiğinde; kadınların eşlerinin öğrenim durumları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının ilköğretim mezunlarında (n=75) 15.50, ortaöğretim mezunlarında (n=302) 15.78, yükseköğrenim mezunlarında (n=123) 16.55 olarak bulundu. Kadınların eşlerinin öğrenim durumları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark bulundu ($p<0.001$).

Tablo 6: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Eşlerinin Mesleklerine Göre Dağılımı

Eşinin Mesleği	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Memur	106	21.2	16.38 \pm 1.01	F= 19.475 p=0.000
İşçi	178	35.6	15.86 \pm 0.85	
Serbest	190	38	15.80 \pm 0.89	
Sağlıkçı	9	1.8	17.00 \pm 1.54	
İşsiz	17	3.4	14.62 \pm 0.48	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 6' da çalışma kapsamına alınan kadınların eşlerinin meslekleri ile kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Buna göre; kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması eşi sağlıkçı olanlarda (n=106) 17.00 , eşi memur olanlarda (n=106) 16.38 , eşi işçi olanlarda (n=178) 15.86 , eşi serbest çalışanlarda (n=190) 15.80 ve eşi işsiz olanlarda (n=17) 14.62 olarak bulundu. Eşlerinin meslekleri ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları fark bulundu (p<0.001).

Tablo 7: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sosyal Güvence Varlığına Göre Dağılımı

Sosyal Güvence Varlığı	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Var	490	98	15.95 \pm 0.97	t= 3.987 p= 0.000
Yok	10	2	14.73 \pm 0.52	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 7 incelendiğinde; sosyal güvencesi olan kadınların (n=490) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.95 olduğu, sosyal güvencesi olmayanların (n=10) ise 14.73 olduğu belirlendi. Sosyal güvenceye sahip olma durumu ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulundu (p<0.001).

Tablo 8: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Sigara Kullanma Durumlarına Göre Dağılımı

Sigara Kullanma Durumu	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Kullanıyor	67	13.4	15.79 \pm 0.92	t= - 1.286 p= 0.199
Kullanmıyor	433	86.6	15.95 \pm 0.98	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 8’ de çalışma kapsamına alınan kadınların sigara kullanma durumlarına göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Buna göre; sigara kullanan kadınların (n=67) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.79 , kullanmayanların (n=433) ise 15.95 olduğu belirlendi. Sigara kullanma durumu ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 9: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Geçirilen Gebelik Sayılarına Göre Dağılımı

Geçirilen Gebelik Sayısı	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
1	233	46.6	16.00 \pm 0.98	F= 1.215 p= 0.298
2	158	31.6	15.90 \pm 0.99	
3 ve üzeri	109	21.8	15.83 \pm 0.93	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 9 incelendiğinde; kadınlardan 1 gebelik geçirenlerin (n=233) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 16.00, 2 gebelik geçirenlerin (n=158) 15.90 olduğu, 3 ve üzeri gebelik geçirenlerin (n=109) 15.83 olduğu belirlendi. Gebelik sayısı ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 10: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Yaşayan Çocuk Sayısına Göre Dağılımı

Yaşayan Çocuk Sayısı	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
1	263	52.6	15.97 \pm 0.99	F= 2.420 p= 0.090
2	190	38	15.94 \pm 1.01	
3 ve üzeri	47	9.4	15.63 \pm 0.71	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Çalışma kapsamına alınan kadınların yaşayan çocuk sayılarına göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yaşayan 1 çocuğu olanların (n=263) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.97, yaşayan 2 çocuğu olanların (n=190) 15.94 , yaşayan 3 ve üzeri çocuğu olanların (n=47) YK 15.63 olduğu belirlendi. Yaşayan çocuk sayısı ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı (p>0.05)

Tablo 11: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Varlığına Göre Dağılımı

Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Varlığı	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Var	226	45.2	15.96 \pm 1.10	t= 0.555 p= 0.579
Yok	274	54.8	15.91 \pm 0.86	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Tablo 11’de çalışma kapsamına alınan kadınların ev işleri ve bebek bakımında yardımcı varlığına göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelenmiştir. Buna göre; ev işleri ve bebek bakımında yardımcısı olanların (n=226) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.96, yardımcısı olmayanların ise (n=274) 15.91 olduğu belirlendi. Ev işleri ve bebek bakımında yardımcı varlığı ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 12: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Olan Kişiye Göre Dağılımı

Ev İşleri ve Bebek Bakımında Yardımcı Olan Kişi	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Anne	153	67.7	16.10 \pm 1.17	F= 4.725 p= 0.010
Kardeş	12	5.3	15.94 \pm 0.77	
Kayınvalide	61	27.0	15.60 \pm 0.88	
Toplam	226	100.0	15.96 \pm 0.97	

Kadınlara ev işleri ve bebek bakımında yardımcı olan kişiye göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; yardımcısı annesi olanların (n=153) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 16.10, yardımcısı kardeşi olanların (n=12) 15.94, yardımcısı kayınvalidesi olanların (n=61) ise 15.60 olduğu belirlendi. Ev işleri ve bebek bakımında yardımcı olan kişi ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır ($p<0.005$).

Tablo 13: Kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan Ortalamalarının Doğum Şekillerine Göre Dağılımı

Doğum Şekli	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Normal Doğum	89	17.8	16.25 \pm 0.88	F= 13.74 p= 0.000
Müdahaleli Doğum	204	40.8	15.68 \pm 0.89	
Sezaryen	207	41.4	16.04 \pm 1.03	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Doğum şekillerine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlardan normal doğum yapanların (n=89) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 16.25 ,müdahaleli doğum (epizyotomili, vakumla doğum) yapanların (n=204) 15.68, sezaryen (planlı, zorunlu sezaryen) ile doğum yapanların (n=207) ise 16.04 olduğu belirlendi. Doğum şekli ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir fark bulundu (p<0.001).

Tablo 14: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Gebelik Haftasına Dağılımı

Gebelik Haftası	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
< 37	32	6.4	15.62 \pm 0.86	t= -1.886 p= 0.060
37-42	465	93.6	15.95 \pm 0.98	
Toplam	497	100	15.93 \pm 0.97	

Gebelik haftasına göre kadınların yaşam kalitesi ortalamaları incelendiğinde; 37 haftadan önce doğum yapanların (n=32) YK ortalamasının 15.62 olduğu, 37-42 haftalıkken doğum yapanların (n=465) YK ortalamasının 15.95 olduğu belirlendi. Gebelik haftası ile YK ortalamaları arasında fark bulunamadı ($p>0.05$). (Posttermdede doğum yapan sadece 3 kişi olduğundan istatistiksel olarak anlamlılığı bozmaması için buraya dahil edilmemiştir.)

Tablo 15: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Bebeğin Doğum Ağırlığına Göre Dağılımı

Bebeğin Doğum Ağırlığı	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
< 2500 gr	27	5.4	15.98 \pm 0.97	F= 0.113 p= 0.893
2500-4000 gr	455	91.0	15.92 \pm 0.98	
> 4000 gr	18	3.6	16.01 \pm 0.88	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Bebeğin doğum ağırlığına göre kadınların yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bebeği 2500 gr' ın altında doğan annelerin (n=27) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.98, bebeği 2500-4000 gr doğan annelerin (n=455) 15.92 olduğu, bebeği 4000 gr' ın üstünde doğan annelerin (n=18) ise 16.01 olduğu belirlendi. Bebek doğum ağırlığı ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında i fark bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 16: Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Bebeğin Beslenme Şekline Göre Dağılımı

Bebeğin Beslenme Şekli	n	%	Yaşam Kalitesi	İstatistiksel analiz ve p
			$\bar{X} \pm SS$	
Anne Sütü	445	89.0	15.96 \pm 0.97	F= 1.404 p= 0.247
Anne Sütü + Mama	47	9.4	15.71 \pm 1.04	
Mama	8	1.6	15.81 \pm 0.81	
Toplam	500	100.0	15.93 \pm 0.97	

Kadınların bebeklerini besleme şekillerine göre yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bebeğini sadece anne sütü ile besleyenlerin (n=445) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.96 olduğu, bebeğini anne sütü ve mama ile besleyenlerin (n=47) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.71 olduğu, bebeğini sadece mama ile besleyenlerin (n=8) Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının 15.81 olduğu belirlendi. Bebeğin beslenme şekli ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı (p>0.05).

Tablo 17: MAPP-QOL Alt Ölçeklerine Göre Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

MAPP-QOL Alt Alanları	Yaşam Kalitesi		
	Minimum	Maksimum	$\bar{X} \pm SS$
İlişki/ Aile-Arkadaşlar	13.53	20.42	15.96 \pm 1.03
Sosyoekonomik	12.65	21.00	15.90 \pm 1.13
İlişki/ Eş-Partner	12.88	21.25	16.53 \pm 1.41
Sağlık/ İşlevsellik	11.25	18.88	14.93 \pm 1.43
Psikolojik/ Bebek	13.38	20.13	16.64 \pm 1.16

MAPP-QOL' un alt ölçeklerine göre Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; İlişki/ Aile-Arkadaşlar bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 15.96, Sosyoekonomik bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 15.90, İlişki/ Eş-Partner bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 16.53, Sağlık/ İşlevsellik bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 14.93 ve Psikolojik/ Bebek bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 16.64 olarak bulundu.

5. TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde kadınlar, kendilerine uygun aile planlaması yönteminin belirlenmesi, yenidoğan izlemi ve aşılarının yapılması konusunda sağlık personeli ile iletişim halinde olmalarına rağmen bu süreçte göz ardı edilebilmektedirler (59, 94). Oysa bu dönemde anneler hem fizyolojik, hem psikolojik hem de sosyal açıdan uyum sürecinde olmalarından dolayı öncelikli olmalıdırlar (124). Postpartum dönemde uykusuzluk, yorgunluk, gibi kadının günlük yaşamını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir. Ayrıca annenin yaşam kalitesi annenin yaşı, eğitim düzeyi, duygusal durumu, artan metabolik ihtiyaçları, hormonal değişiklikleri, anemi, tiroid disfonksiyonu, kardiyomiyopati, beslenme durumu, bulantı, kusma, alkol, sigara alışkanlığı ve doğum şekliyle de etkilenir. Bunların yanı sıra ailedeki değişiklikler, evdeki işlere geri dönme, bebek bakımı ve sorumlulukları üstlenme, uykusuzluk yorgunluğa neden olabilmekte ve dolayısıyla annenin yaşam kalitesini de etkileyebilmektedir (14, 109, 127).

Çalışmamızın bu kısmında elde ettiğimiz ve bulgularda yer alan verilerimiz; literatür ışığında ele alınarak tartışılacaktır.

Çalışma grubumuzu oluşturan kadınların; %58.6 'sı 25-34 yaş grubundaydı (Tablo 1). TNSA 2003 yılı verileri incelendiğinde; en yüksek doğurganlık hızının 20-24 yaş grubunda olduğu (129), TNSA 2008 verilerine göre de; 25-29 yaş grubunda olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye'de doğurganlık yaşının ileri yaşlara ertelendiğini göstermektedir (130).

Eskişehir ilinde öğrenim durumuna baktığımızda; okuma yazma oranı % 95, ilköğretimde okullaşma oranı %100' dür. Kadın okur-yazar oranı ise %89' dur (52). Çalışmamızda kadınların büyük çoğunluğu (%50.6) ortaöğrenim mezunudur ve okur-yazarlık oranı %100' dür (Tablo 1). Aliefendi ve arkadaşlarının Ankara' da yaptıkları çalışmada; kadınların %68.0' inin ilkokul mezunu veya okur-yazar olduğu ve sadece

%2.0' sinin okur-yazar olmadığı bulunmuştur (7). Özkan' ın Erzurum' da yapılan çalışmasında ise; kadınların sadece %23.1' i ortaöğrenim mezunu olup %16.3' ü ise hiç okul bitirmemiştir (107). TNSA 2003 verilerine göre; kadınların %21.8' inin eğitiminin olmadığı veya ilköğretimi bitirmedikleri, %53.7' sinin ilköğrenim birinci kademe mezunu, %7.4' ünün ilköğrenim ikinci kademe mezunu, % 17.0' inin ise lise ve üstü öğrenim düzeyinde olduğu saptanmıştır (129). TNSA 2008 verilerine göre de; 15-49 yaş grubundaki kadınların %18.3' ünün 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 (130). Bu sonuçlar doğrultusunda Eskişehir ili için kadın okur-yazarlık oranının yüksek olduğu ve kadın okur-yazarlık oranının bölgesel farklıklar gösterdiği ifade edilebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2008 verilerine göre Eskişehir İli ve İlçeleri merkezlerinde 15 yaş ve üzeri erkeklerin %15.07' si okuma yazma bilmemektedir (2). Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitim durumları incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%60.4) ortaöğrenim mezunu olduğu ve okur-yazarlık oranının %100 olduğu bulundu (Tablo 1). Karadağ' ın Afyon' da yapılan çalışmasında; kadınların eşlerinin %41.0' inin ilköğretim, %49.0' unun ortaöğrenim mezunu olduğu saptanmıştır (79). Erol ve arkadaşlarının İzmir' de yaptıkları çalışmada ise; kadınların eşlerinin %3.9' unun okur- yazar olmadığı belirlenmiştir (51). Bu durum Eskişehir İli için kadın ve erkek okur-yazarlık oranının benzer olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda kadınların eşlerinin meslekleri incelendiğinde; %38' inin ticaret gibi serbest mesleklerde , %56.8' inin işçi ve memur olarak çalıştığı ve sadece %3.4' ünün işsiz olduğu saptandı (Tablo 1). Şahin' in İstanbul' da yapılan çalışmasında ; %23.9' unun serbest mesleklerde, %72.8' inin işçi ve memur olarak çalıştığı ve %3.3' ünün işsiz olduğu belirlendi (121). Durmaz' ın Kütahya' da yapılan çalışmasında ise; %33.7' sinin serbest mesleklerde, %66.3' ünün işçi ve memur olarak çalıştığı bulunmuştur (48). Bu durum eşlerin büyük çoğunluğunun işçi ve memur olarak çalıştığını göstermektedir.

Eskişehir İli'nde yaşayan bireylerin sosyal güvenceye sahip olma oranı %92.7'dir (53). Çalışmamızda kadınların çoğunun (%98) sosyal güvencesinin olduğu belirlendi (Tablo 1). Kaya ve arkadaşlarının Bingöl'de yapılan çalışmasında kadınların %91.1'inin sosyal güvencesinin olduğu (80), Erol ve arkadaşlarının İzmir'de yapılan çalışmasında ise kadınların sadece %59.1'inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır (51). Sosyal güvenceye sahip olma düzeyi bizim çalışmamız ile Kaya ve arkadaşlarının çalışmasında paraleldir. Erol'un çalışmasıyla arasındaki farklılık ise; İzmir'in Eskişehir ve Bingöl'e göre daha kozmopolit ve daha çok göç alan bir il olmasından kaynaklandığını düşündürmüştür.

Çalışmamızda kadınların %21.8'inin 3 ve üzeri gebelik geçirdiği, %9.4'ünün ise 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu bulundu (Tablo 1). Özkan'ın Erzurum'da erken postpartum dönemde yapılan çalışmasında ise; kadınların %48.0'inin 3 ve üzeri gebelik geçirdiği, %41.4'ünün ise 3 ve üzeri yaşayan çocuğu olduğu belirtilmiştir (107). Bu oranlar bizim çalışmamızdan daha yüksektir. Bunun nedeni çalışmamızla Özkan'ın çalışmasının farklı bölgelerde yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır.

TNSA 2008 verilerine göre; 100 kadından 10.5'inin kendiliğinden, 10.0'unun isteyerek düşük yaptığı; 1.1'inin ise ölü doğum gerçekleştirdiği belirtilmiştir (130). Çalışmamızda kadınların daha önceki doğumlarında %11.6'sının düşük yaptığı, %7.4'ünün küretaj yaptırdığı, %5.4'ünün ölü doğum yaptığı bulundu (Tablo 2). Özen'in çalışmasında ise; kadınların %19.0'unun en az bir kez düşük yaptığı, %7.1'inin en az bir kez küretaj yaptırdığı, %3.6'sının en az bir kez ölü doğum yaptığı belirlenmiştir (105). Açık ve arkadaşlarının çalışmasında ise; Elazığ Eğitim ve Araştırma Sağlık Ocağı Bölgesindeki kadınların %11.7'sinin ölü doğum gerçekleştirdiği, %9.7'sinin kendiliğinden düşük, %22.3'ünün istemli düşük gerçekleştirdiği saptanmıştır (1). Özen'in çalışmasındaki sonuçlar çalışmamızla uyumludur fakat Açık ve arkadaşlarının çalışmasındaki oranlardan daha düşüktür. Bu sonuç; ülkemizin doğu illerinde halen aile planlaması yöntemlerinin tam olarak bilinmediği ve etkili biçimde uygulanmadığı, bu

yüzden istemli düşük oranının bu kadar yüksek çıktığını düşündürmektedir.

Ülkemizin sosyal yapısı son yıllarda değişim göstermiştir. Ekonomik koşulların zamanla değişmesi ve endüstrinin gelişmesi sonucu olarak geniş ailelerin yerlerini günümüzde modern, demokratik çekirdek aileler almıştır (3). Çalışmamızda kadınların çoğunun (%54.8) ev işleri ve bebek bakımı konusunda yardımcısının olmadığı belirlendi (Tablo 1). Bu durum geniş aile yapısından uzaklaşıldığını, kadınların kritik dönemlerini bile sadece eşlerinden destek alarak atlatmak istediklerini düşündürmektedir. Arslan'ın Ankara'da primiparlarda yaptığı çalışmasında; kadınların %83.05' i çekirdek aile yapısına sahip olduğu halde sadece %32.21' inin bebek bakımı konusunda yardımcısının olmadığı belirlenmiştir (11). Çalışmamızla Arslan'ın çalışmasındaki arasındaki farklılık; bizim çalışmamızın multipar kadınları da kapsamasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

1950'li yıllardan günümüze değin Türk ailesi ise oldukça farklılaşmış, çeşitlenmiş bir görünüm ve modern nitelikler kazanmıştır. Bununla birlikte yine de kendine özgü yönleri olan bir ailedir. Sanayileşme, kentleşme gibi toplumsal göstergelerin bu hususta geniş rolü olmuştur. Kısmen geleneksel özellikler de sürmektedir (125). Çalışmamızda; ev işleri ve bebek bakımı konularında yardımcı olanların çoğunu (%67.7) kadınların kendi anneleri oluşturmaktadır (tablo 12). Vırit ve arkadaşlarının Malatya'da yaptıkları çalışmada; gebelerin doğum sonrasında bebeklerinin bakımına %34' ünün annesinin, %38' inin kayınvalidesinin yardımcı olacağı bulunmuştur (135). TNSA 2003 yılı verilerine göre; %21.3' ünün kayınvalidesi kadınlar isteyken bebeğe bakan kişi olarak belirlenmiştir , kadının kendi annesinin bebeğe bakma oranı ise %9.0 ' dır (129). Bu durum; postpartum dönemin kadınlar için özel ve mahremiyet duygularının ön planda olduğu bir dönem olduğundan dolayı doğum sonrası ilk günlerde yanlarında annelerini istediklerini; ama ülkemizde ataerkil aile yapısının etkilerinin halen devam etmesi nedeniyle günlük işlerine geri döndüklerinde yardımcı olan kişinin kayınvalide olduğunu düşündürmektedir.

Araştırmamızda kadınların %38.0' ine epizyotomi, %2.8' ine vakum uygulandığı bulundu (Tablo 1). Amerika' da Kozak ve Weeks tarafından yapılan çalışmanın sonuçlarına göre; 2000 yılında epizyotomi uygulanma oranı % 32.7, vakum uygulanma oranı %8.4 olarak bulunmuştur (86). Sayiner' in çalışmasında; tüm doğumların içinde epizyotomi uygulanma oranı %70.33 olarak bulunmuştur (114). Özerdoğan'ın Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 yaş ve üstü kadınlarda üriner inkontinansın prevalansı, risk faktörleri ve yaşam kalitesine etkisini incelediği araştırmasında bu bölgede 20 yaş ve üstü tüm kadınlarda epizyotomi uygulanma oranı %43 olarak tesbit edilmiştir (106). Gül' ün İstanbul' da yapılan çalışmasında ise; spontan vajinal doğum yapan kadınların %91.2' sine epizyotomi uygulandığı bulunmuştur (62). Bu da dünyada olduğu gibi ülkemizde de müdahaleli doğumlar içinde epizyotominin yüksek oranda uygulandığını düşündürmektedir.

Araştırmamızda kadınların %41.4' ünün ise sezaryen ile doğum yaptığı bulundu (Tablo 1). Özkaya' nın Isparta' da yaptığı çalışmasında; kadınların %35.2' sinin vajinal doğum, %64.8' inin sezaryenle bebeklerini dünyaya getirdikleri saptanmıştır ve yıllar içerisinde hem vajinal doğum hem de sezaryen oranlarının arttığı, 2002 yılında gerçekleştirilen sezaryen oranının tüm sezaryenlerin %40.0'ını oluşturduğu belirtilmiş, sezaryenin normal doğuma oranla yaklaşık 2 kat daha fazla sayıya ulaştığı sonucuna varılmıştır (108). TNSA 2003 verilerine göre ise sezaryenle doğum oranı %21.2 olarak belirtilmiştir (129). Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Türkiye' de uygulanan sezaryen oranı %40' lara ulaşmaktadır (115). Brezilya dünyada en yüksek sezaryen oranına sahip ülkedir. 1996' da bu oran %36.4 olarak bildirilmiştir (120, 39). İtalya'nın Lazio bölgesi, sezaryen doğum oranı %26.5 ile batı dünyasının en yüksek oranlarından biridir (31). Buna karşın Singapurlu kadınların sadece %3.7 si sezaryeni tercih etmektedirler (34). Bizim çalışmamızdaki sezaryen oranları; hem TNSA verilerinden hem de en yüksek sezaryen oranına sahip diye bilinen ülkelerin sezaryen oranlarından bile daha yüksektir. Bunun nedeni; kadınların sezaryen olma isteklerinin artması, ileri yaş gebelikleriyle birlikte kıymetli bebek oranının artması, sezaryen endikasyonlarının

standart hale gelmemesinden kaynaklanmaktadır.

Bebeğin prematür yada postmatür olması sağlığı açısından önemlidir. Çünkü her iki durumda da bebekte çeşitli sıkıntılar ortaya çıkabilir ve bu tür bebekler evde ya da hastanede özel bakım gerektirir (124). Çalışmamızda; bebeklerin %93.0' ü 37-42 haftalıkken (term), %6.4' ü ise 37 haftadan önce (preterm), %0.6' sı ise 42 haftadan sonra (postterm) dünyaya gelmişlerdir (Tablo 1). Üstünsöz' ün Ankara' da yaptığı çalışmasında ; bebeklerin %83.1' i termde, %15.6' sı preterm ve %1.3' ü postterm dönemde dünyaya gelmiştir (132). Özen' in çalışmasında ise; bebeklerin %95.4' ü termde, %4.3' ü preterm, %0.3' ü postterm dönemde dünyaya gelmiştir (105). Çalışmamızdaki sonuçlar Üstünsöz ve Özen' in çalışmasıyla uyumludur. Çalışmamıza göre; pretermde ve postermde dünyaya gelen bebek oranlarının terme göre düşük olması, annelerin doğum deneyimlerini olumlu yaşadıklarını düşündürmektedir.

Düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olmak annede anksiyetenin artmasına, yüksek doğum ağırlıklı bebeğe sahip olmak ise doğum eyleminde problemlere ve ebeveynlerde doğumu değerlendirme güçlüğüne neden olmaktadır (35, 118, 137). TNSA 2008 verilerine göre; bebeklerin %11' i 2500 gr' dan az, %89' u ise 2500 gr ve üzerinde doğmuştur (130). Çalışmamızda bebeklerin %5.4' ünün düşük doğum ağırlıklı (2500 gr' dan az), %3.6' sının ise yüksek doğum ağırlıklı (4000 gr' dan fazla) olarak dünyaya geldiği belirlendi (Tablo 1). Üstünsözün çalışmasında; bebeklerin %1.2' sinin düşük doğum ağırlıklı, %6.6' sının yüksek doğum ağırlıklı olarak dünyaya geldiği saptanmıştır (132). Mayda ve arkadaşlarının Düzce! De yaptıkları çalışmada ise; bebeklerin %22.6' sının düşük doğum ağırlığıyla, %5.1' inin yüksek doğum ağırlığıyla dünyaya geldiği belirtilmiştir (97). TNSA 2003 yılı verilerine göre; bebeklerin %7.9' unun 2500 gr' dan az, % 62.3' ünün ise 2500 gr' ın üzerinde bir ağırlıkla doğduğu belirtilmiştir (129). Çalışmamız TNSA 2003 verilerine ve Üstünsözün çalışmasındaki sonuçlarla paraleldir. Düşük ve yüksek doğum ağırlıklı bebeklerin oranlarının normal doğum ağırlıklı bebeklere oranla düşük olması postpartum dönemde bebeğin sağlığının anne için daha az endişe verici olacağını ve bu dönemin anne ve bebek için daha rahat geçeceğini

düşündürmektedir. Mayda' nın çalışmasındaki prematüre doğan bebek oranının yüksek olması ise; çalışmanın Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılmış olması ve yüksek risk taşıyan bebeklerin daha çok üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında dünyaya getirildiğini düşündürmektedir.

Anne sütü ile beslenmenin; bebek mortalite ve morbidite oranlarını azalttığı, bebeklerin uygun beslenme, büyüme ve gelişmelerini sağladığı, diğer tüm beslenme şekillerine göre üstün olduğu, aileye ve ülkeye getirdiği ekonomik yararlar tüm dünyada bilinmektedir (17). Çalışmamızda; annelerin çoğunluğu (% 89.0) bebeklerini yalnızca anne sütü ile beslemektedir (Tablo 1). TNSA 2003 yılı verilerine göre; hayatının ilk 2 ayında yalnızca anne sütü ile beslenen bebek oranı %43.5' dir (129). TNSA 2008 yılı verilerine göre ise; hayatının ilk 2 ayında yalnızca anne sütü ile beslenen bebek oranı %68.9' dur (130). Varteni ve arkadaşlarının İstanbul' da yaptıkları çalışmada ise; kadınların %97.0' sinin ilk bir ayda bebeklerini sadece anne sütü ile besledikleri saptanmıştır (133). Chen ve arkadaşlarının Taiwan' da yapılan çalışmasında ise; annelerin %83.7' sinin ilk bir ay bebeklerini anne sütü ile besledikleri tespit edilmiştir (32). .Bu durum tüm dünya kadınlarının anne sütünün önemini anladıklarını ve yapılan eğitim çalışmalarının olumlu sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Çalışmamızın bu kısmında ise sosyodemografik özellikler ve yaşam kalitesi literatür ışığında ele alınarak tartışılacaktır.

Postpartum dönemde yaşam kalitesi önem verilmesi gereken bir konudur. Çünkü postpartum dönem annede; anemi, inkontinans, sepsis, hemaraji, trombozis gibi komplikasyonların olabileceği bir dönemdir (18, 36, 87). Ayrıca postpartum dönemde uykusuzluk, yorgunluk, gibi kadının günlük yaşamını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; kadının yaşam kalitesini de etkilemektedir (14, 109, 127). Literatür sayısının yetersizliği konu ile ilgili çalışmaların yapılmasını zorlaştırmaktadır. Ülkemizde henüz postpartum döneme özgü yaşam kalitesi ölçeği geliştirilmemiştir. Bu nedenle MAPP-OQL ölçeğini yurt dışından gerekli izinleri aldıktan sonra kullanarak

çalışmamızdaki kadınların yaşam kalitesi ölçeği puanlarını değerlendirmeye çalıştık.

MAPP-QOL ölçeğine göre kadınların alabilecekleri minimum ve maksimum Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 1-30 aralığındadır. Çalışmamızda ise minimum ve maksimum Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 13.80-19.61 aralığındaydı. Çalışmamızda sosyodemografik özelliklere bakılmaksızın kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 15.93 ± 0.97 olarak bulundu. Hill' in çalışmasında pretermde bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 18.9, terme yakın bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 21.0, termde bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 20.8 olarak bulunmuştur. Hill' in çalışması ile bizim çalışmamız karşılaştırıldığında; YK ortalamaları bizde daha düşüktür (66). Yurt dışında yapılan bu çalışmada çıkan sonuçlar çalışmamızdan daha yüksektir. Bu da ülkemizde bu konuda yeterli sayıda çalışmanın yapılmadığını, doğum sonrası bakımda yetersizliklerin olduğunu ve ülkesel farklılığın etkilerini düşündürmektedir.

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk 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. Bu nedenle bu dönemlerdeki gebelikler özel izlem gerektirir. Adölesan dönemi (12-20 yaş) ruhsal, fiziksel ve sosyal alanda önemli değişikliklerin ortaya çıktığı hızlı bir büyüme ve olgunlaşma çağıdır. Fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu bir diğer dönem de gebelik dönemidir. Bu iki dönemin üst üste gelmesi organizmayı riske sokar. Bu dönemde yaşanan gebeliklerde; pre-eklemsi, baş-pelvis uyumsuzluğu, zor doğum eylemi, prematüre eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek doğma riski yüksektir (124). İleri yaşlarda meydana gelen gebelikleri spontan abortus, genetik anomaliler, fetal büyüme anomalileri, sezaryen sıklığında artma, maternal ve fetal mortalite artışına neden olabilmekte ancak bu risklere rağmen bir çok sosyodemografik değişimin sonucu artan sayıda kadın; yaşamlarının geç dönemlerinde gebe kalmaktadır. Bu gebeliklerinin çoğunun nedeni, eğitim olanaklarında artma,

meslek seçimleri ve etkili doğum kontrol yöntemleridir (73). Çöl ve arkadaşlarının çalışmasında; 20 yaş altında yaşanan evliliklerin doğum gebelik ve düşük sayılarını arttırdığı, bebek ve çocuk ölümlerine etkili olduğu ve bu nedenle de anne ve çocuk sağlığı açısından riskler taşıdığı belirlenmiştir (40). Kadanalı ve arkadaşlarının İzmir’ de yaptıkları çalışmada da anne yaşının doğum kilosuna üzerine etkili olduğu genç ve ileri yaşlarda daha düşük doğum kilolu doğumlar yapıldığı saptanmıştır (78). Altıparmak ve Eser’ in çalışmasında ise; 45 yaş ve üzerindeki kadınların yaşam kalitesi puanları diğer yaşlardaki kadınların puanlarına oranla daha düşük bulunmuştur (9). Çalışmamızda en düşük Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.05 ± 1.04) 25 yaş altındaki annelerde, en yüksek Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ise (16.05 ± 1.04) 25-34 yaş grubundaki annelerde saptandı. (Tablo 3). Bu sonuç doğrultusunda; yaş ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark olduğu, erken yada geç yaşlarda yaşanan anneliğin postpartum dönemde kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamalarını düşürdüğü belirlendi. Bu durum; erken yaşlarda anne olanların; biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan anneliğe hazır olamamalarından dolayı, geç yaşlarda anne olanların ise; çeşitli hastalıkların ortaya çıkmasına ve doğum şekli tercihlerinin değişmesine bağlı geçici ya da uzun süreli olarak yaşam kalitelerinin düştüğünü düşündürmüştür.

Öğrenim düzeyinin yaşam kalitesine olumlu etkileri vardır (92). Öğrenim düzeyi yükseldikçe doğum öncesi bakım alma ve sağlıklı koşullarda doğum yapma oranı artmaktadır (5). Kadınların öğrenim durumları ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır ve öğrenim durumu arttıkça postpartum dönemde Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları da yükselmektedir. Çalışmamızda öğrenim durumuna bakıldığında; yüksek öğrenim mezunu kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek değere (16.92 ± 1.10) sahipti (Tablo 4). Altıparmak’ ın Manisa’ da yaptığı çalışmasında da kadınların öğrenim durumları yükseldikçe yaşam kalitelerinin de yükseldiği görülmüştür (8). Arslan’ ın çalışmasında da deney grubundaki kadınların öğrenim durumları yükseldikçe; genel iyilik, fiziksel semptom ve aktivite, sosyal

ilişkiler ve iş performansı alanlarında yaşam kalitelerinin yükseldiği bulunmuştur (11). Bu sonuç, öğrenim durumunun yükselmesinin; kişinin hayatında kriz yaratacak olayları daha kolay atlatmasına yardımcı olduğunu, kritik konularla ilgili karar alma sürecini hızlandırdığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda eşi yüksek öğrenim mezunu kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek değere (16.55 ± 1.12) sahipti (Tablo 5). Bu da gösteriyor ki; eşlerinin öğrenim durumları ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır ve eşinin öğrenim durumu yükseldikçe postpartum dönemde kadının Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları da yükselmektedir. Altıparmak ve Eser' in çalışmasında da eşi lise ve üzeri öğrenim durumuna sahip olan kadınların çevresel alanda yaşam kalitesi puanları eşi ilköğretim ve altı öğrenim durumuna sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (9). Okanlı ve arkadaşlarının Erzurum' da yaptıkları çalışmada da; eşlerinin öğrenim durumları yükseldikçe gebelerin problem çözme becerilerinin arttığı saptanmıştır (104). Bu da öğrenim durumu yüksek olan erkeklerin eşlerini daha iyi anladıklarını, onlarla daha çok şey paylaştıklarını ve destek olduklarını düşündürmektedir.

İşsizlik sürecinde yaşanan kaygı, depresyon ve umutsuzluk gibi psikososyal sonuçların işsizliğin yapısından kaynaklanan iki temel faktöre bağlı olduğu belirtilmektedir: Birincisi, işsizlerin yaşam standartlarındaki ani düşmeden ötürü; ıstırap duymaları, yeni istihdam olanaklarının bulunmaması durumunda aşırı finansal güçlükler ve yoksulluklara maruz kalmalarıdır. İkincisi, işsizlerin günlük yaşama ve çalışma alışkanlıkları ve işe bağlı sosyal ilişkilerin bozulması ve engellenmesidir (74). Çalışmamızda eşi sağlıkçı olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek (17.00 ± 1.54), eşi işsiz olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en düşük (14.62 ± 0.48) değere sahipti (Tablo 6). Bu da göstermektedir ki eşin mesleği ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır; eşin mesleğinin niteliği ve konuyla olan ilgisi arttıkça postpartum dönemde kadının da Yaşam kalitesi ölçeği puan

ortalamları da yükselmektedir. Ayrıca bu sonuç; işsizliğin olumsuz etkilerinin sadece kişisel olarak değil tüm ailede yaşandığı ve aile bireylerinin yaşam standartlarıyla birlikte yaşam kalitelerini de düşürdüğünü düşündürmektedir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.95 ±0.97) olmayanlara oranla daha yüksekti (Tablo 7). Altıparmak' ın çalışmasında da sosyal güvencesi olan kadınların yaşam kalitelerinin olmayanlara oranla daha yüksek olduğu bulunmuştur (8). Okanlı ve arkadaşlarının çalışmasında da; sosyal güvencesi olan kadınların, sosyal destek puanlarının ve problem çözme becerilerinin yüksek olduğu bulunmuştur (104). Sonuç olarak; sosyal güvence varlığı ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardır. Bu durum, bireylerin sosyal güvenceye sahip olma durumlarının sağlık hizmetlerinden daha fazla yararlanmalarını sağladığını; bu nedenle de yaşam kalitelerinin sosyal güvenceden olumlu etkilendiğini düşündürmektedir.

Gebelikte sigara içilmesi veya ortamdaki sigara dumanının solunması, fertilitiyi, fetüsün gelişmesini, gebeliğin her safhasını, doğumu, bebek sağlığını ve gelişimini etkileyebilmektedir (83). TNSA 2008 verilerine göre; %11.4 kadının gebeyken, %16.5 kadının ise emzirirken sigara kullandıkları belirtilmiştir (130). Çalışmamızda; kadınların sigara içme oranı %13.4 olarak belirlendi. 1993 yılında Türkiye' de Birleşik İş Grupları Ticaret Anonim Şirketi tarafından yapılan çalışmada ise; kadınların sigara içme oranı %13.0 olarak belirlenmiştir (84). Bu durum kadınlarda sigara içme oranının çok küçük de olsa arttığını göstermektedir. Çalışmamızda sigara kullanan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.79 ±0.92) ile kullanmayanların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.95 ±0.98) arasında fark bulunamadı (Tablo 8). Bu da sigaranın postpartum dönemde kadının Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını etkilemediğini göstermektedir. Kılıçarslan' ın çalışmasında da bizim sonucumuzla paralel olarak; sigaranın gebelik döneminde yaşam kalitesini etkilemediği bulunmuştur (82). Bu da kadınların sigaranın tüm zararlı etkileri bilseler bile vazgeçmek istemediklerini bu yüzden yaşamlarına olan etkilerini ifade etmediklerini düşündürmektedir.

İlk gebelikte ve üçüncü gebelikten sonra, gebelik komplikasyonlarının görülme riski artmaktadır. Dörtten fazla doğum yapan annelerin bebeklerinde ölüm riskinin artmasıyla birlikte anne sağlığı da olumsuz etkilenebilmekte; güç doğum, doğum sonu kanamaları ve enfeksiyon gibi komplikasyonlar oluşabilmektedir (124). Özen' in çalışmasında 4 ve daha fazla sayıda doğum yapan kadınların daha az sayıda doğum yapan kadınlara göre; bebeklerinde doğumsal anomali ve hastalık görülmesi daha yüksek bulunmuştur (105). Çalışmamızda tek gebelik geçiren kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.00 ± 0.98) en yüksek oranda, üç ve üzeri sayıda gebelik geçirenlerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasının (15.83 ± 0.93) da en düşük orana sahip olduğu belirlendi. Fakat arasında fark bulunamadı (Tablo 9). Bu da daha önce geçirilen gebeliklerin sayısının postpartum dönemde kadının Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını etkilemediğini göstermektedir. Bu durum, kadınların bebeklerinde meydana gelen durumların ciddiyetini erken postpartum dönemde algılayamadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda yaşayan tek çocuğu olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.97 ± 0.99) en yüksek orana, yaşayan 3 ve üzeri sayıda çocuğu olan kadınların ise (15.63 ± 0.71) en düşük orana sahip olmasına rağmen aralarında fark bulunamadı (Tablo 10). Sonuç olarak mevcut çocuk sayısı kadının postpartum Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını etkilememektedir.

Çalışmamızda ev işleri ve bebek bakımı konularında yardımcısı olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.96 ± 1.10) ile olmayanların (15.91 ± 0.86) arasında fark bulunamadı (Tablo 11). Arslan' in çalışmasında ise deney grubunda; doğum sonrası dönemde yardımcı varlığının kadının yaşam kalitesini yükselttiği bulunmuştur (11). Çalışmamızın postpartum 7. günde yapılması ve doğum yapan annelerin henüz yeni yaşamlarına uyum sağlayamamaları; Arslan' in çalışmasının ise postpartum 2. aya kadar olan süreyi kapsamaması aradaki farkın nedeni olarak

düşünülmektedir.

Çalışmamızda ev işleri ve bebek bakımında yardımcısı annesi olanların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.10 ± 1.17) en yüksek, yardımcısı kayınvalidesi olanların ortalaması (15.60 ± 0.88) en düşük değere sahipti (Tablo 12). Vırit ve arkadaşlarının çalışmasında da; doğumdan sonra bebeğine annesi bakacak olan gebelerin kaygı düzeyleri, kayınvalidesi bakacak olanlara göre daha düşüktür (135). Lohusa kadınların evde bakımına yardımcı olan kişinin anne veya kayınvalide olması ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı. Bu da; özellikle postpartum erken dönemde kadınların yanlarında anneleri olduğunda kendilerini daha rahat hissettikleri için yaşam kalitelerinin olumlu etkilendiği düşündürmektedir.

Sezaryen ile doğumun normal doğuma göre anne üzerine fiziksel ve psikolojik etkileri daha çoktur. Hem ameliyat olmanın neden olduğu fiziksel sorunlar hem de doğuma aktif olarak katılamaması, bebeğini hemen görememe ve yeterince ilgilenmeme gibi durumlar anne için doğum deneyimini olumsuz etkileyen etkenler arasında yer almaktadır (39, 47, 99). Epizyotomide ise; erken dönemde hematoma, enfeksiyon, selülüt, abse oluşumu, pudental sinir hasarı, ağrı, sütür açılması, perine laserasyonunda artış, ödem, defekasyonun gecikmesi ve kanama görülebilmektedir (65). Epizyotomiye bağlı gelişen ağrı ve rahatsızlık annenin bebek bakımı ve emzirmesine engel olmaktadır. Epizyotomi uygulanan kadınlarda görülen diğer bir problem de, cinsel ilişki sırasında ağrı duymasıdır. Bu da kadının cinsel ilişkide memnuniyetini azaltabilir ya da cinsel yaşama başlamalarını geciktirebilir (12). Çalışmamızda normal doğum yapan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.25 ± 0.88) en yüksek, müdahaleli doğum yapanların (15.68 ± 0.89) en düşük değere sahipti (Tablo 13). Keleş' in Şanlıurfa' da yaptığı çalışmasında; zorlu doğum ve sezaryen ile gebeliği sonlanan annelerde gebeliğin ilk günü depresyon riski, normal vajinal yolla gebeliği sonlanan annelere göre; 3.77 kat fazla bulunmuştur (81). Sonuç olarak doğum şekli ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı; doğal yollarla yapılan müdahalesiz doğumlar postpartum dönemde kadınların yaşam kalitesini yükseltmektedir. Bu da

doğumda yapılan müdahalenin kadının hem doğum deneyimini hem de postpartum dönemini olumsuz etkilediğini ve de iyileşme sürecini uzattığını düşündürmektedir.

Prematüre doğum yapan annelerin daha yüksek düzeyde psikososyal stres yaşadıkları bildirilmektedir. Beklemediği bir zamanda, erken doğum yapan anne, bu durumu inkar eder, kendini aldatılmış ve sıkıntılı hisseder. Bu duruma bebeğe bakım verme güçlüğü de eklenir (16, 72). Çalışmamızda pretermde (37 haftadan küçük) bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (15.62) ile, termde (37-42 haftalık) bebek dünyaya getirenlerin (15.95) arasında fark vardı (Tablo 14). 42 hafta üzerinde bebek dünyaya getiren 3 kişi olduğu için istatistiksel olarak anlam ifade etmediğinden dolayı bunlar çalışmaya dahil edilmedi. Hill 'in çalışmasında da pretermde (24-33 hafta) bebek dünyaya getiren annelerin (18.9), terme yakın (34-37 hafta) bebek dünyaya getiren annelerin (21.0) ve termde (38-41 hafta) bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (20.8) arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$) (66). Manav' ın çalışmasında termde bebek dünyaya getiren annelerin %23.9' u, pretermde bebek dünyaya getiren annelerin ise %36.6' sının doğum sonu dönemde sorun yaşadıkları saptanmıştır (96). Sonuç olarak gebelik haftası ve postpartum dönemde Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı. Fakat çalışmamızdaki sonuçlar Hill' in çalışmasından düşüktür. Bu da ülkesel farklılıktan kaynaklanan yaşam şartlarının yaşam kalitesi üzerine etkili olduğunu düşündürmüştür.

Perinatal morbidite ve mortaliteyi etkileyen faktörlerin en önemlilerinden biri de bebeğin doğum kilosudur. Bebeğin ideal doğum kilosunda doğması perinatal riski azaltmaktadır (78). Çalışmamızda düşük doğum ağırlıklı (2500 gr' dan az) bebek dünyaya getiren annelerin (15.98 \pm 0.97), normal doğum ağırlıklı (2500-4000) bebek dünyaya getiren annelerin (15.92 \pm 0.98) ve yüksek doğum ağırlıklı (4000 gr' dan fazla) bebek dünyaya getiren annelerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması (16.01 \pm 0.88) arasında fark bulunamadı (Tablo 15). Sonuç olarak bebeğin doğum ağırlığı postpartum dönemde kadının Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamasını etkilememektedir.

Çalışmamız postpartum erken dönemde yapıldığı için bebeğin doğum ağırlığının anne üzerinde henüz etkili olmadığını düşündürmektedir.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu pek çok ülke tarafından imzalanan ve uygulamaya konulan Çocuk Hakları Sözleşmesi'nde, çocukların en temel haklarından birisi olarak "beslenme hakkı" gösterilmekte; "anne sütü ile beslenme hakkı" üzerinde önemle durulmaktadır (41). Anne sütü bebeğin gelişimi için gerekli olan besin maddelerini içerir ve bebeği enfeksiyonlardan korur. Dünya Sağlık Örgütü/Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (WHO/UNICEF) yayınlarında bebeklerin ilk 4-6 ay içinde yalnızca anne sütü ile beslenmelerinin önemi vurgulanmaktadır. Bebeğin büyüme-gelişme durumuna göre 4-6. aylar arasında ek gıdalara başlanması gerekmektedir (124). Arslan' ın çalışmasında; doğum sonrası dönemde bebek beslenmesi ile ilgili sorunların annelerin yaşadıkları kaygıların ilk sırasında geldiği saptanmıştır (11). Karadağ' ın çalışmasında da doğum sonrası anneleri %83.1' inin öncelikli olarak bilgi almak istedikleri konunun bebek beslenmesi olduğu saptanmıştır (79). Çalışmamızda bebeklerini sadece anne sütü ile besleyen kadınların (15.96 ±0.97), anne sütüne ilave mama ile besleyen kadınların (15.71 ±1.04) ve sadece mama ile besleyen kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları (15.81 ±0.81) arasında fark vardı (Tablo 16). Chen ve arkadaşlarının Taiwan' da yapılan çalışmasında ise; bebeği anne sütü ile beslemenin; annenin fiziksel durumunu, genel sağlık halini ve ruh sağlığını olumlu etkilediği bulunmuş olup bebeğini 6 aydan daha fazla anne sütü ile besleyen annelerin yaşam kalitesi oranları 6 aydan daha az besleyenlere göre daha yüksek bulunmuştur (32). Bizim çalışmamızda ise bebek beslenme şeklinin annenin yaşam kalitesini etkilememiş gibi gözükmeye çalışmanın postpartum 7.günde yapılmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Kadınlar, postpartum bakıma göre prenatal bakım hizmetlerinden daha çok yararlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde kadınların %97' si prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, ülkemizde bu oran %67.5'tir (4). Çalışmamızda; kadınların MAPP-QOL' un alt alanlarından aldıkları ortalama puanlar ; 14.93 ± 1.43 ile Sağlık/ İşlevsellik

alanında, 15.90 ± 1.13 ile Sosyoekonomik alanda, 15.96 ± 1.03 ile İlişki/ Aile-Arkadaşlar alanında, 16.53 ± 1.41 ile İlişki/ Eş-Partner alanında ve 16.64 ± 1.16 ile Psikolojik/ Bebek alanında bulundu (Tablo 17). Hill' in çalışmasında ise, pretermde en düşük Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 16.4 ± 7.5 ile Psikolojik/ Bebek alanında, en yüksek 23.5 ± 6.2 ile İlişki/ Eş-Partner alanında, termde yakın dönemde; en düşük 18.6 ± 4.3 ile Sağlık/ İşlevsellik alanında, en yüksek 22.9 ± 5.9 ile İlişki/ Eş-Partner alanında, termde ise; en düşük 17.9 ± 4.6 ile Sağlık/ İşlevsellik alanında, en yüksek 24.3 ± 5.1 ile Sosyoekonomik alanda saptanmıştır (66). Aradaki fark; ülkemizde postpartum dönemde verilen ebelik ve hemşirelik hizmetlerinin Amerika gibi ülkelerden daha yetersiz olduğunu düşündürmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Çalışmamız Eskişehir İl Merkez' inde yaşayan Eskişehir Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi' nde doğum yapmış, postpartum 7. gündeki, çalışmaya katılmayı kabul eden 500 kadın ile gerçekleştirildi. Kadınların sosyodemografik ve obstetrik özelliklerini belirlemek için literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilen anket formu kullanıldı. Yaşam kalitesi düzeyi MAPP-QOL (Maternal Postpartum Quality of Life) Ölçeği kullanılarak değerlendirildi. Elde edilen bulguların değerlendirilmesiyle aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Araştırma grubumuzdaki kadınların %27.6' sı 25 yaş altında, %58.6' sı 25-34 yaş grubunda ve %13.8' i 35 yaş ve üstü grupta yer almaktaydı (Tablo 1). Kadınların %50.6' sı ortaöğretim mezunu, eşlerinin ise %60.4' ü ortaöğretim mezunuydu (Tablo 1). %56.8' inin eşi işçi veya memur, %1.8' inin eşi sağlıkçı ve %3.4' ünün eşi işsizdi (Tablo 1). Kadınların %98.0' inin sosyal güvencesi vardı (Tablo 1). %13.4' ü sigara kullanmakta idi (Tablo 8).

Obstetrik özelliklere bakıldığında; kadınların %46.6' sı tek gebelik, %21.8' i ise 3 ve üzeri gebelik geçirmişti (Tablo 1). %52.6' sının yaşayan tek, %9.4' ünün ise yaşayan 3 ve üzeri çocuğu vardı (Tablo 1). %38.0' inin en son doğum şeklinin epizyotomili doğum , %41.4' ünün ise sezaryen olduğu belirlendi (Tablo 1). %54.8' inin doğum sonu dönemde ev işleri ve bebek bakımı konusunda yardımcısının olmadığı (Tablo 1); % 67.7' sinin de yardımcısının annesi olduğu saptandı (Tablo 1).

Kadınların %6.4' ünün bebeklerinin 37 haftadan önce (Tablo 1), % 5.4' ünün 2500 gr' dan az, %3.6' sının ise 4000 gr' dan fazla dünyaya geldikleri saptandı (Tablo 1). %89.0 'unun ise anne sütü ile beslendiği belirlendi (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan kadınlarda; 25- 34 yaş grubundakilerin Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek değere sahip olup, yaş ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardı ($p<0.01$). (Tablo 3). Kadınların öğrenim durumları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları arasında fark vardı ($p<0.001$). Öğrenim durumu yüksek olanların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması da yüksekti (Tablo 4). Kadınların eşlerinin öğrenim durumları ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı ($p<0.001$). Eşinin öğrenim durumu yükseldikçe kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları da artmakta idi (Tablo 5). Eşlerinin meslekleri ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında da fark vardı ($p<0.001$). Eşi sağlıkçı olanların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması en yüksek değere sahipti (Tablo 6).

Sosyal güvenceye sahip olan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması olmayanlara oranla daha yüksek bulundu (Tablo 7). Sosyal güvenceye sahip olma durumu ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı ($p<0.001$).

Araştırmamızda sigara kullanma durumu ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 8).

Araştırmamızda kadınların gebelik sayıları ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 9). Yaşayan çocuk sayısı ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında da fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 10).

Ev işleri ve bebek bakımında yardımcı varlığı ve Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 11). Ev işleri ve bebek bakımında yardımcı olan kişi ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması fark vardı ($p<0.005$). Yardımcısı annesi olanların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalamaları diğerlerinden daha yüksektir (Tablo 12).

Araştırmamızda sezaryenle doğum yapan kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması ortalamaları en yüksek değere sahiptir (Tablo 13). Doğum şekli ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark vardı ($p<0.001$).

Gebelik haftası ile Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 14).

Bebek doğum ağırlığı ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 15). Bebeğin beslenme şekli ile kadınların Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması arasında da fark bulunamadı ($p>0.05$) (Tablo 16).

MAPP-QOL' un alt ölçeklerine göre Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması incelendiğinde; İlişki/ Aile-Arkadaşlar bölümünün 15.96, Sosyoekonomik bölümünün 15.90, İlişki/ Eş-Partner bölümünün 16.53, Sağlık/ İşlevsellik bölümünün 14.93 ve Psikolojik/ Bebek bölümünün Yaşam kalitesi ölçeği puan ortalaması 16.64 olarak bulundu (Tablo 17).

Bu sonuçlar, araştırmanın postpartum 7. günde yapılmasından kaynaklanmakta olup çalışmamızda annelerin yaşam kalitesini etkilemediği bulunan faktörlerin postpartum daha ileriki günlerde tekrar irdelendiğinde kadınların yaşam kalitesini olumlu veya olumsuz yönde etkileyebileceği düşünüldü.

Öneriler

Araştırma sonuçlarına ve literatür bulgularına göre aşağıdaki önerilerde bulunuldu:

Postpartum dönemde kadınların yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik:

- Ölçeğin birçok çalışma ile farklı postpartum günlerde ve farklı anne gruplarında uygulanarak ulusal yaşam kalitesi oranlarının belirlenmesi;

- Postpartum dönemde yaşam kalitesiyle ilgili olduğu düşünülen faktörleri belirleyerek, arttıran faktörleri geliştirmek, azaltan faktörler için de önleyici tedbirler almak amacıyla daha fazla araştırmanın yapılması,

- Yaşam kalitesini arttıran ve koruyan faktörlerle ilgili kadınların kolay ulaşabileceği ve dikkatlerini çekecek broşürlerin hazırlanması,

- Postpartum dönemde kadınların ve bebeklerinin sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla, kadınların kolayca ulaşabileceği uzman sağlık personellerinin yetiştirilmesi, tıbbi ve psikolojik yardım alabilecekleri birimlerin oluşturulması,

- Postpartum dönemde yaşam kalitesinin düşük çıkması beklenen risk grubundaki kadınlara doğum sonrası dönemde psikososyal destek, ihtiyaç duyulan konularda birebir eğitim ve evde bakım hizmetleri verilmesi,

- Verilen hizmetlerin değerlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilebilir.

7. KAYNAKLAR DİZİNİ

1. Açık, Y., Deveci, S.E., Glbayrak, C., 2003, Elazığ İl Merkezinde Bulunan Eğitim Araştırma Sağlık Ocakları İle Diğer Bir Sağlık Ocağının Kadınlara Sunmuş Olduğu Üreme Sağlığı Hizmetlerinin Kıyaslanması, 1-7 s.
2. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi (ADNKS) Nüfus Sayımı Sonuçları, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul?kod=2>, (2009-15-5).
3. Ağdemir, S., 1991, Aile ve Eğitim, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Dergisi, 1, 1, Ankara, 11-13 s.
4. Akdolun Baklaya, N., 2002, Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 6(2): 42-49 s.
5. Akın, A., 2009, Dünya' da ve Türkiye' de Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Sağlığı, 1. Ulusal Kadın Sağlığı Hemşireliği Kongresi, Konuşma Metinleri, İstanbul, 68 s.
6. Albers, L.L., 2000, Health problems after childbirth, J. Midwifery & Womens Health, 45 (1): 55-57 p.
7. Aliefendioğlu, D., Haņcer, ř., ahin, M., akmak, F., 2002, Yenidoğan Servisinde İzlenen Bebeklerin Annelerinin Doğum ncesi Bakımları, SSK ocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, Ankara, Perinatoloji Dergisi, 10(1), 11-13 s.
8. Altıparmak, S., 2006, Gebelerde Sosyo-Demografik zellikler, z Bakım Gücü Ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 5(6): 416-423 s.
9. Altıparmak, S., Eser, E., 2007, 15-49 Yaş Grubu Evli Kadınlarda Yaşam Kalitesi, Aile ve Toplum, Eğitim-Kültür ve Araştırma Dergisi, 3: 11, 29-33 s.
10. Arısan, K., 1997, Propedötik Kadın-Doğum, Nobel Tıp Kitapevleri, II. Baskı, İstanbul, 240-262 s.
11. Arslan, F., 2001, Primipar Annelerde Doğum Sonu ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Danışmanlık ve Eğitim Hizmetinin Yaşam Kalitesi zerine Etkisinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, T.C. Genel Kurmay Başkanlığı, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksekokulu, Dahili Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı, Ankara, 82 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

12. Arslan, H., Coşkuner Potur, D., Çıtak Bilgin, N., Postpartum disparoni gelişimini etkileyen faktörler ve koruyucu önlemler, http://www.androloji.org.tr/images/file/DID_8_kadin3_18.say%C4%B1.pdf. (2009-1-10).
13. Ataç, A., Güven, T., Gülsoy, R., 2004, Sezaryen reddine etik açıdan bakış, Türkiye Klinikleri J. Med Ethics, 12, 270-273 s.
14. Atkinson, L.S, Baxley, E.G., 1994, Postpartum fatigue, American Family Physician, 50, 1, 113-118 p.
15. Bachman, J., Kendrick, J.M., 1994, Chilbirth, Simpson K.R., Creehan, P.A. (Edt.), AWHONN, Perinatal Nursing, Lippiincott, Philadelphia, Newyork, 161 p.
16. Balcı, S., 1997, İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul, 94 s.
17. Ball, T.M., Bennett, D.M., 2001, The economic impact of breastfeeding. *Pediatr Clin North Am*, 48: 253-262 p.
18. Beck, C., Gable, R., 2001, Further validation of the Postpartum Depression Screening Scale, *Nursing Research*, 50, 155-164 p.
19. Bennet, V.R., Brown, L.K., 1999, The reproductive organs, *Myles Textbook for Midwives*, Churchill Livingstone, Edinburgh, 952-953 p.
20. Berkman, S., Has, R., 2004, “Doğum Bilgisi”, İstanbul Tıp Fak. Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitabı, Nobel Tıp Kitabevleri, 64-66 s.
21. Bick, D., MacArthur, C., 1994, Identifying morbidity in postpartum women, *Mod Midwife*, 4 (12): 10-13 p.
22. Bobak, I.M., Jensen, M.D., 1993, *Maternity and Gynecologic Care*, Fifth Edition, St. Louis, The Mosby-Year Book, 672-767 p.
23. Bobak, I.M., Jensen, M.D., 1997, *Maternity and Gynecologic Care*, Mosby, Philadelphia, 380-381 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

24. Bowling, A., 2003, Current state of the art in quality of life measurement, Quality of Life, Carr, A.J., Higginson, I.J., Robinson, P.G. (Edt.), BMJ Books, 1-8 p.
25. Brodsky, P.L., 1998, A postpartum home follow up project by student nurses using marker model standarts, Journal of Nursing Education, 37 (8): 373-7 p.
26. Brown, S.G., Johnson, B.T., 1998, Enhancing early discharge with home follow-up: A pilot project, JOGNN, 27(1): 33-38 p.
27. Caroli, G., Belizan, J., 2000, Episiotomy for vaginal birth, Cochrane Database Syst Rev, 2: 81 p.
28. Carroli, G., Belizan, J., 2002, Episiotomy for vaginal birth, The Cochrane Library, Issue 2, Abstract
29. Cella, F., 1995, Measuring the quality of life in palliative care, Semin Oncol , 22 (Suppl 3): 73-81 p.
30. Cengiz, S.D. (Edt.), 2003, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kitabı, Antıp A.Ş. Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 1-215 s.
31. Chattopadhyay, S.E., 1987, Cesarean section, changing patterns in Saudi Arabia, International Journal of Gynecology & Obstetrics, 25:5, 387-394 p.
32. Chen, Y., Chie, W., Kuo, S., Lin, Y., Lin, S., Chen, P., 2007, The association between infant feeding pattern and mother's quality of life in Taiwan, Qual Life Res, 16: 1281–1288 p.
33. Chervenak, F.A., Kurjak, A., 1996, Postterm pregnancy, Fetal considerations, first edition, The Parthenon Publishing Group Limited, 571 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

34. Chong, E.S.Y., Mongelli, M., 2003, Social issues in reproductive health Attitudes of Singapore women toward cesarean and vaginal deliveries: *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 80, 189–194 p.
35. Crowe, K., Baeyer, C., 1989, Predictors of a positive childbirth experience, *Birth* :16(2): 59-63 p.
36. Cox, J.L., Holden, J.M., Sagovsky, R., 1987, Detection of the Edinburg Postnatal Depression Scale, *British Journal of Psychiatry*, 140, 111-117 p.
37. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., 2001, Cesarean section and postpartum hysterectomy In: *Williams Obstetrics*, 537-565 p.
38. Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., Gilstrap, L.C., Haut, J.C., Wenstrom, K.D., 2005, Epizyotomi ve Onarım. In: *William Obstetrics.*, Newyork, 325-329 p.
39. Çivili, D., 2005, Kadınların doğum şekli tercihleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Dokuz Eylül Üniversitesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, 60 s.
40. Çöl, M., Çalışkan, D., Akdur, R., 1994, Genç Yaş Evliliklerinin Anne ve Çocuk Sağlığı Üzerine Etkileri, *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, Ankara, 47(1): 95-108 s.
41. David, L.Y., 1979, Breastfeeding A commentary in celebration of the international year of the child, *Pediatrics* , American Academy of Pediatrics, 4: 591–601 p.
42. De Cherney, A.H., Nathan, L., 2003, Cesarean section In: *Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*, 518-529 p.
43. De Haes, J.C.J., Van Knippenberg, F.C.E., 1984, The quality of life of cancer patients: A review of the literature, *Soc Sci Med*, 20(8): 809-817 p.
44. Demir, N., Normal Doğum, In: Beksaç, M.S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A., eds, 2001, *Obstetrik Maternal- Fetal Tıp ve Perinatoloji*, Ankara Medical Network, 1258- 1298 p.
45. Demirci, H., 1996, İlk gebeliği olan kadınların psikolojik tepkilerinin incelenmesi ve doğum şekli, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 69 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

46. Dilbaz B., Milne, L., Karabacak O., Abdel, M., Mostafa, A., 2005, Cinsel Sağlık / Üreme Sağlığı, Güvenli Annelik, Katılımcı Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 161 s.
47. Dölen, G., Çalışkan, E., 2003, Bir Kez Sezaryen Her Zaman Sezaryen Doğumu Gerekir mi? Uzmanlık Eğitimi Dergisi, 2(3), 101-105 s.
48. Durmaz, A., 2008, Kütahya İli Devlet Hastanelerinde Doğum Sırasında Epizyotomi Açılan Kadınlarda Yara İyileşmesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Mersin, 101 s.
49. Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Raporu, 1998, 21 Yüzyılda Yaşam Herkes İçin Bir Vizyon, (Çev. Edt.: Metin, B., Akın, A., Güngör, İ.), Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Başkanlığı, Ankara, 270 s.
50. Edith, M.H., 1999, Physiology and management of the second stage of labour, Bennet, V.R., Brownm, L.K. (Edt.), Myles Textbook for Midwives, Churchill Livingstone, Edinburgh, 458-5-459 p.
51. Erol, N., Ergin, I., Döner, B., Onmuş, D.R., Şakru, N., Kırca, Ü., 2003, İzmir Konak Doğumevi'ne İstemli Düşük İçin Başvuran Kadınlarda Doğurganlık Öyküleri Ve Aile Planlaması Davranışları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D., İzmir Kadın Hastalıkları Ve Doğum Hastanesi, Ege Tıp Dergisi 42 (3): 155-160 s.
52. Eskişehir, [http://tr.wikipedia.org/wiki/Eski%C5%9Fehir_\(%C5%9Fehir\)#cite_ref-18](http://tr.wikipedia.org/wiki/Eski%C5%9Fehir_(%C5%9Fehir)#cite_ref-18), (2009-15-9).
53. Eskişehir Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü Verileri, 2007, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, (2009-2-12).
54. Fawcett, J., Tulman, L., Myers, S.T., 1988, Development of the inventory of functional status after childbirth, Journal of Nurse-Midwifery, 33(6): 252-260 p.
55. Ferrans, C., Powers, M., 1984 & 1998, 2003, Quality of life index generic version-III, Retrieved November 1, from <http://www.uic.edu/orgs/qli/questionnaires/questionnairehome.htm>, (2008-12-11).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

56. Fichardt, A.E., Van Wyk, N.C., Weich, M., 1994, The needs of postpartum women, *Curationis*, 17(1): 15-21 p.
57. Fishbein, E.G., Burggraf, E., 1998, Early postpartum discharge:how are mothers managing?, *JOGNN*, 27 (2): 142-148 p.
58. Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M.J., Jones, D.R., 1998, Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials, *Health Technol Assess*, 2(14): 1-74 p.
59. Glazener, C., Abdalla, M., Stroud, P., Naji, S., Templeton, A., Russel, I., 1995, Postnatal maternal morbidity, extent, causes, prevention and treatment, *British Journal of Gynaecology*, 102, 282-287 p.
60. Gorrie, T.M., McKinney, E.S., Murray, S.S., 1998, *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*, Second Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, 12-459 p.
61. Gölbaşı, Z., 2003, Postpartum Dönemde Erken Taburculuk, *Evde Bakım Hizmetleri Ve Hemşirelik*, C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 7(2), 15-22 s.
62. Gül, N., 2008, Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Uygulanan Olguların Postpartum Komplikasyonlar Yönünden Karşılaştırılması, *Uzmanlık Tezi*, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, 95 s.
63. Hawthorne, G., Ristner, M.S., Awad, A.G., (eds), 2007, Measuring the value of health-related quality of life, *Quality of life Impairment in Schizophrenia, Mood and anxiety disorders*, Springer: 99-132 p.
64. Hill, P.D., 1989, Psychometric properties of REEDA, *Journal of Nurse Midwifery, Episiotomy/ Laceration*, *Journal of Obstet Gynecol Neonatal Nursing*., 18(2): 124-129 p.
65. Hill, P.D., 1990, Psychometric properties of REEDA, *Journal of Nurse Midwifery*, May- Jun 35(3): 162-165 p.
66. Hill, P.D., Aldag, J.C., 2007, Maternal Perceived Quality of Life Following Childbirth, *JOGNN*, 36, 328-334 p.
67. Hill, P.D., Aldag, J.C., Hekel, B., Riner, G., Bloomfield, P., 2007, Development of a questionnaire to measure maternal postpartum quality of life, *Journal of Nursing*, 22, 1035-1042 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

68. Hillian, E.M., 1995, Postoperative morbidity following caserean delivery, Journal of Advanced Nursing, 22, 1035-1042 p.
69. Hillian, E. M., 1999, Phsiology And Management of The Second Stage of Labour, Bennet, V.R., Brown, L.K. (Edt.), Myles Textbook for Midwives, Churchill Livingstone, Toronto, 458-463 p.
70. Honey, K.L., Bennet, P., Morgan, M., 2003, Predicting postnatal depression.Journal of Affective Disorders, 76(1-3), 201-210 p.
71. Hopkins, A., 1992, How might measures quality of life be useful to me as a clinician?,In: Measures of Quality of Life (Hopkins, A., Ed.) Royal Collage of Physicians, London, 1-13 p.
72. İşler, A., 2001, Prematüre Bebeği Olan Annelerde Olumlu Anne Bebek İlişkinin Başlatılmasında Hemşirelik Yaklaşımının Önemi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 100 s.
73. İtil, İ., Özşaran, A., Kazandı, M., Terek, M.C., Aşkar, N., 2000, 40 Yaş Üstü Gebeliklerin Değerlendirilmesi, T Klin Jineköl Obst, 10: 21-24 s.
74. Jahoda, M., 1988, "Economic Recession and Mental Health: Some Conceptual Issues", Journal of Social Issues, 44, 13-23 p.
75. Jensen, M.B., Benson , R.C., Bobak, I.M., 1981, Maternity Care The Nurse & The family. The C.V. Mosby Company, London, Second Edition, 430-445 p.
76. Johanson, R.,2000, Perineal massage for prevention of perineal trauma in childbirth, The Lancet., 355: 250-251 p.
77. Joyce, H.V., 1993, Normal Childbirth, Maternity & Gynecologic Care The Nurse and Family, Lowdermilk L.D. (Edt.), Fifty Edition, Mosby, Toronto, 61-64 p.
78. Kadanalı, S., Önvural, A., Erten, O., 1994, Doğum Kilosunu Etkileyen Faktörler, Dokuz Eylül Univ. Tıp Fak., Kadın Hast. ve Doğum Anabilim Dalı ve İzmir Doğumevi Perinatoloji Dergisi 2: 89-93 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

79. Karadağ, F., 2008, Gebelere Lohusalık Bakımı Ve Bebek Bakımı Konusunda Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar, 99 s.
80. Kaya, H., Tatlı, H., Açık, Y., Deveci, S.H., 2008, Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi, Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Elazığ, 22 (4): 185 –191 s.
81. Keleş, E., 2007, Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların Ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Şanlıurfa, 83 s.
82. Kılıçarslan, S., 2008, Edirne Şehir Merkezi' ndeki Son Trimestir Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri, Uzmanlık Tezi, T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne, 83 s.
83. Kırmı, E., Pençe, S., 1999, Gebelikte Sigara Kullanımının Fetus Ve Plasentanın Gelişimine Etkisi, Van Tıp Dergisi, 6(1): 28-30 s.
84. Kocabaş, A., 1994, Türkiye'de sigara içme alışkanlığının yaygınlığı ve bazı özellikleri. Solunum Hastalıkları Dergisi, 5(1): 133-147 s.
85. Korezynski, J., 2002, Routine episiotomy in modern obstetrics, Is it necessary?, Przegł, Lek., 59(2): 95-7 p.
86. Kozak, J.L., Weeks D.J., 2002, U.S., Trends in Obstetric Procedures, 1990–2000, Birth, 29:3, 157-161 p.
87. Lee, D.T., Yip, A.S., Chiu, H.F., Leung, T.Y., Chung, T.K., 2001, Screening for postnatal depression, are specific instruments mandatory?, Journal of Affective Disorders, 63, 233-238 p.
88. Lede, R.L., Belizan, J.M., Carroli, G., 1996, Is routine use of episiotomy justified?, American Journal of Obstet Gynecol., 174: 1399-1402 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

89. Lieu, T.A., Braveman, P.A., Escobar, G.J., et al, 2000, A randomised comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge, *Pediatrics*, 105 (5): 1058-1065 p.
90. Long, P.H., 1960, On the Quantity and Quality of Life, *Med Times*, 88: 613-619 p.
91. Lorenzi, E.A., 1991, Relaxation: Episiotomy incisional pain and overall discomfort., *Journal of Advanced Nursing*, 16(6): 701-709 p.
92. Loscocco, K.A., Spitze, G., 1990, Working Conditions, Social Support, and the Well-Being of Female and Male Factors. *Journal of Health and Social Behavior*, 31: 313-327 p.
93. Lugina, H.I., Christensson, K., Massawe, S. et al, 2001, Change in maternal concerns during the 6 weeks postpartum period: A study of primiparous mothers in Dar es Salaam, Tanzania, *J. Midwifery & Womens Health*, 46 (4): 248-257 p.
94. MacArthur, C., 1999, What does postnatal care do for women's health?, *Lancet*, 353, 343- 344 p.
95. Maliye Bakanlığı Bütçe Uygulama Talimatı, 2004, sıra no:4, http://www.vsm.gov.tr/konsol/uploads/pdf/mev_gen/Saglik_Egitim_Enstituleri_2004_Mali.pdf. (2009-12-10).
96. Manav, G., 2008, Term ve Preterm Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Sivas, 81 s.
97. Mayda, A.S., Acehan, T., Altın, S., Arıcan, M., Uzunoğlu, M.Y., 2006, Bir Üniversite Hastanesinde Yapılan Doğumların İncelenmesi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Düzce Tıp Fakültesi, Düzce, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(6): 408-415 s.
98. Mossey, J.M., Shapiro, E., 1982, Self-rated Health: A predictor of mortality among the elderly, *American Journal of Public Health*, 72(8): 800-808 p.
99. Mutlu, H., Sağlıklı kadın portalı, <http://www.SanalKlinik.net>, (2009-22-6).

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

100. Naughton, M.J., Shumaker, S.A., 1998, Assessment of Health Related Quality of Life, Friedman, L.M., Furberg, C.D., De Mets, D.L. (Edt.), Fundamentals of Clinical Trials, Third Edition, Springer Verlag, New York, 185-203 p.
101. Neyzi, O., 1994, Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 100-241 s.
102. Nichols, M.R., 1993, Paternal perspectives of the childbirth experience, Matern Child Nurs, 21(3): 99-108 p.
103. Niska, K., Snyder, M., Hoagberg, B.L., 1998, Family ritual facilitates adaptation to parenthood, Public Health Nursing, 15(5): 329-337 p.
104. Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ., 2003, Gebe Kadınları Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek İle Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 98-105 s.
105. Özen, İ., 1999, Tamamlanmış Gebeliklerin Bazı Risk Faktörleri Açısından Değerlendirilmesi ve Bebeklerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, T.C.Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Denizli, 84 s.
106. Özerdoğan, N.Ö., 2003, Eskişehir, Bilecik, Afyon, Kütahya İllerinde 20 Yaş Ve Üstü Kadınlarda Üriner İnkontinansın Prevelansı, Risk Faktörleri, Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora tezi, İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları hemşireliği A.B.D., İstanbul, 157 s.
107. Özkan Orhan, H., 2002, Erken Postpartum Dönemde Hastanede Verilen Hemşirelik Bakımının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hemşireliği Anabilim Dalı, Erzurum, 40 s.
108. Özkaya, O., 2002, 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 , 36-39 s.
109. Pung, L.C., Millighan, R.A., 1993, Framework for the study of childbearing fatigue, Advances in Nursing- Science, 15, 4, 60-70 p.
110. Ransjo- Arvidson, A.B., Chintu, K., Ng'andu, N. et al, 1998, Maternal and infant health problems after normal childbirth: A randomised controlled study in Zambia, J. Epidemiol Community Health, 52 (6): 385-391 p.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

111. Reeder, S., Martin, L.L., Koniak-Griffin, D., 1997, Koniak- Griffin D. Maternity Nursing, Eighteenth Edition, Philadelphia, Lippincot Company, 636-690 p.
112. Sağlık Bakanlığı Çocuk Sağlığı El Kitabı, 1997, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 7. Baskı, Ankara, 25-68 s.
113. Sartore, A., De Sata, F., Maso, G., Pregazzi, R., Grimaldi, E., Guaschino, S., 2004, The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery, *Obstet Gynaecol*, 103(4): 669-673 p.
114. Sayiner, F.D., Demirci, N., 2007, Prenatal Perineal Masajın Vajinal Doğumlarda Etkinliği, *Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 15, 60 : 146-154 s.
115. Sayiner, F.D., Özerdoğan, N., Giray, S., Özdemir, E., Savcı, A., Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler, 2009, *Perinatoloji Dergisi*, 17(3): 104- 112s.
116. Shearer, E.L., 1993, Cesarean Section: Medical Benefits and Costs, *Soc Sci Med*, 37(10): 1223-1231 p.
117. Shewen, L.M., Scoloveno, M.A., Weingorten, C.T., 1995, *Nursing Care of the Childbearing Family*, Norwalk, Appleton- Longe, 1132-1137 p.
118. Slade, P., Mac Person, S.A., Hume, A., Maresh, M., 1993, Expectations, experiences and satisfaction with labour, *British Journal of Clinical Psychology*, 32: 469-483 p.
119. Smith-Hanrahan, C., Deblois, D., 1995, Postpartum early discharge: Impact on maternal fatigue and functional ability, *Clin Nurs Res*, 4 (1): 50-66 p.
120. Sütlaç, M., Sezaryenle doğum artıyor, <http://bianet.org/bianet/bianet/16093-sezeryanla-dogum-artiyor>. (2009-22-12).
121. Şahin, G., 2008, Emziren annelerin emzirme ile ilgili bilgi, uygulama ve davranışlarının değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, İstanbul, 74 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

122. Tanır, H.M., 2001, Forseps, vakum ekstraksiyonu uygulamaları ve epizyotomi, Belzaç, M.S., Demir, N., Koç, A., Yüksel, A. (Edt.), Obstetrik Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji, Nobel Kitabevi, 1319-1320 s.
123. Taşkın, L., 1997, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 5.Baskı. Ankara, 365-366 s.
124. Taşkın, L., 2000, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, IV. baskı, Ankara, 156-385 s.
125. Tezcan, M., Cumhuriyetten günümüze Türk ailesinin dünü, bugünü geleceği (sosyo – kültürel açıdan), http://turkoloji.cu.edu.tr/GENEL/tezcan_aile.pdf. (2009-2-11).
126. Thacker, S.B., Banta, H.D., 1993, Benefits and risks of episiotomy: An interpretative review of english language literatüre 1860-1980, Obstet & Gynecol., 38: 322-338 p.
127. Tierney, L.M., McPhee, S.J., Papadakis, M.A., 2002, Curren Medical Diagnosis & Treatment. Lange Medical Boks/ McGraw- Hill, Newyork, Chicago, 30-31 p.
128. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998, 1999, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü, Macro International Inc, Ankara, 105-117 s.
129. Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması 2003, 2004, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 33-155 s.
130. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, 2009, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara, 289 s.
131. Unicef , 2001, Dünya çocuklarının durumu, Unicef Türkiye Temsilciliği, http://www.unicef.org/turkey/cn/_cn.html. (2009-25-11).
132. Üstünsöz, A., 1996, Epizyotomi İyileşmesinde Sıcak ve Soğuk Uygulamaların Etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Cerrahi Hemşirelik Bilimleri Anabilim Dalı Başkanlığı Kadın Hastalıkları ve Doğum Hemşireliği Bilim Dalı Başkanlığı, Ankara, 40 s.

KAYNAKLAR DİZİNİ (devam ediyor)

133. Varteni, H., Çerçi, Ö., Dayanıklı, P., Şarman, G., Balcı, S., 2006, Bebek dostu bir hastanede anne sütü ile beslenme oranları ve anne sütü ile beslenme süresini etkileyen faktörler , VKV Amerikan Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, 42.Türk Pediatri Kongresi 15-20 Mayıs 2006 Konuşma Metinleri ve Özet Kitabı, 551 s.
134. Venture, S.J., Martin, J.A., Curtin, S.C., Mathews, T.J., 1998, Report of final natality statistics, Monthly vital statistics report, 46(11): 1-99 p
135. Vırıt, O., Akbaş, E., Savaş, H.A., Sertbaş, G., Kandemir, H., 2008, Gebelikte depresyon ve kaygı düzeylerinin sosyal destek ile ilişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 45: 9-13 s.
136. Vural, G., Akan, N., 1995, Annelerin doğum sonu dönemde ev ortamında kendi bakımları ve bebek bakımı ile ilgili karşılaştıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik uygulamalar, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2(1): 37-49 s.
137. Waldenström, U., 1999, Experience of labor and birth in 1111 women. Journal of Psychosomatic Research , 47(5): 471-482 p.
138. Walker, L.O., Crain, H., Thompson, E., 1996, Mothering behavior and maternal role attainment during the postpartum period, Nursing Research, 35(6): 352-355 p.
139. Walling, A.D., 2000, Should an episiotomy be routine in childbirth?, American Family Physician., Kansas City, 62(8): 1889 p.
140. Williams, L.R., Cooper, M.K., 1993, Nurse managed postpartum home care, JOGNN, 22(1): 25-31 p.
141. Wolley, R.J., 1995, Benefits and risks of episiotomy, areview of the english language literatüre since 1980, Part II, Obstet Gynecol Sur., 50(11): 806-835 p.
142. World Health Organization, 1997, WHOQOL Measuring Quality Of Life, Programme On Mental Health- Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, 13 s.
143. Yıldırım, G., Özdemir, İ.A., Aslan, H., Gülkılık, A., 2006, Miadında makat doğumlarda erken neonatal sonuçlar, Perinatoloji Dergisi, 14 (2): 66-72 s.

8. EKLER DİZİNİ

EK-1

Kadınların Sosyo-Demografik Ve Obstetrik Özelliklerini İçeren

Tanımlayıcı Form

Ad- Soyad:

Adres:

.....

Telefon:

1. Yaşınız

2. Boyunuz cm

3. Kilonuz kg

4. Öğrenim Durumunuz

İlköğretim	<input type="checkbox"/>
Ortaöğretim	<input type="checkbox"/>
Yükseköğretim	<input type="checkbox"/>

5. Eşinizin Öğrenim Durumu

İlköğretim	<input type="checkbox"/>
Ortaöğretim	<input type="checkbox"/>
Yükseköğretim	<input type="checkbox"/>

6. Eşinizin Mesleği

7. Sosyal Güvenceniz

Var	<input type="checkbox"/>
Yok	<input type="checkbox"/>

8. Sigara Kullanma Durumunuz Kullanıyorum
 Kullanmıyorum

9. Kaç gebelik geçirdiniz?

Canlı doğum

Ölü doğum

Düşük

Kürtaj

10. Evde yaşayan çocuk sayınız ve yaşları
.....,
.....

11. Evde çocuk bakımı ve ev işleri konusunda size yardımcı olan kişi var mı?

Var Kim.....

Yok

12. Doğumdan sonraki kaçınıcı gündesiniz?

13. En son doğum şekliniz

Normal doğum

Vakumla doğum

Epizyotomili doğum

Planlı sezaryen

Zorunlu sezaryen

14. Bebeğinizin doğum haftası ?

15. Bebeğinizin doğum ağırlığı ?

16. Bebeğinizi besleme şekliniz ?

EK-2

Annelerde Postpartum Yaşam Kalitesi Anketi (MAPP-QOL)

Bölüm 1

Her biri için, sorularda sorulan o alanla ilgili ne kadar hoşnut olduğunuzu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınıza uygun numarayı daire içine alınız. Yanlış ya da doğru cevap kavramı yoktur.

1=çok hoşnutsuz

2=orta hoşnutsuz

3=hafif hoşnutsuz

4=hafif hoşnut

5=orta hoşnut

6=çok hoşnut

....den ne kadar hoşnutsunuz?

1) Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2) Hissettiğiniz ağrı miktarı	1	2	3	4	5	6
3) Günlük aktiviteler için enerji miktarınız	1	2	3	4	5	6
4) Hayata kontrol kurabilmeniz	1	2	3	4	5	6
5) Yardımsız kendinize bakabilmeniz	1	2	3	4	5	6
6) Fiziksel görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
7) Memeleriniz	1	2	3	4	5	6
8) Cerrahi kesiniz veya epizyotominiz	1	2	3	4	5	6
9) Cinsel hayatınız	1	2	3	4	5	6
10) İç huzurunuz	1	2	3	4	5	6

11) Genel mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
12) Genel yaşamınız	1	2	3	4	5	6
13) Hayattan duyduğunuz endişe miktarınız	1	2	3	4	5	6
14) Sizi duygusal olarak destekleyen;						
a) Eş/partneriniz	1	2	3	4	5	6
b) Tüm aileniz	1	2	3	4	5	6
c) Başkaları veya arkadaşlarınız	1	2	3	4	5	6
15) Eş/partneriniz ile ilişkiniz	1	2	3	4	5	6
16) Aile sorumluluklarını yürütebilirliğiniz	1	2	3	4	5	6
17) Bebeğinizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
18) Bebek veya diğer çocukların bakımına						
yardımınız	1	2	3	4	5	6
19) Çocuklar için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
20) Eve bağlılığınız için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
21) Arkadaşlar/ilişkileriniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
22) Eş/partneriniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
23) Kendiniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
24) Yeni bebeğinizi besleyebilmeniz	1	2	3	4	5	6
25) Eş/partnerinizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
26) Günlük yaşam rutinleriniz	1	2	3	4	5	6

27) Yaşadığınız yer/ev/daireniz	1	2	3	4	5	6
28) Komşuluğunuz	1	2	3	4	5	6
29) Finansal özgürlüğünüz	1	2	3	4	5	6
30) Finansal yükümlülükleri alabilirliğiniz	1	2	3	4	5	6
31) Tıbbi bakım imkanınız	1	2	3	4	5	6
32) Ulaşım imkanınız	1	2	3	4	5	6
33) Evdeki hayatınızda;						
a) Mal varlığınız	1	2	3	4	5	6
b) Ekonomik ve finansal kapasiteniz	1	2	3	4	5	6
c) Çevre ve etrafınız	1	2	3	4	5	6
34) İş veren/işçi?						
a)Eşinizin iş durumu	1	2	3	4	5	6
b)Kendi iş durumunuz	1	2	3	4	5	6

Bölüm 2

Her biri için, sorularda sorulan o alanla ilgili ne kadar önemli olduğunu en iyi tanımlayan cevabı seçiniz. Cevabınıza uygun numarayı daire içine alınız. Yanlış ya da doğru cevap kavramı yoktur.

1=çok önemsiz

2=orta önemsiz

3=hafif önemsiz

4=hafif önemli

5=orta önemli

6=çok önemli

..... ne kadar önemli ?

1) Sağlığınız	1	2	3	4	5	6
2) Hissettiğiniz ağrı miktarı	1	2	3	4	5	6
3) Günlük aktiviteler için enerji miktarınız	1	2	3	4	5	6
4) Hayata kontrol kurabilmeniz	1	2	3	4	5	6
5) Yardımsız kendinize bakabilmeniz	1	2	3	4	5	6
6) Fiziksel görünüşünüz	1	2	3	4	5	6
7) Memeleriniz	1	2	3	4	5	6
8) Cerrahi kesiniz veya epizyotominiz	1	2	3	4	5	6
9) Cinsel hayatınız	1	2	3	4	5	6
10) İç huzurunuz	1	2	3	4	5	6
11) Genel mutluluğunuz	1	2	3	4	5	6
12) Genel yaşamınız	1	2	3	4	5	6
13) Hayattan duyduğunuz endişe miktarınız	1	2	3	4	5	6

14) Sizi duygusal olarak destekleyen;						
a) Eş/partneriniz	1	2	3	4	5	6
b) Tüm aileniz	1	2	3	4	5	6
c) Başkaları veya arkadaşlarınız	1	2	3	4	5	6
15) Eş/partneriniz ile ilişkiniz	1	2	3	4	5	6
16) Aile sorumluluklarını yürütebilirliğiniz	1	2	3	4	5	6
17) Bebeğinizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
18) Bebek veya diğer çocukların bakımına yardımınız	1	2	3	4	5	6
19) Çocuklar için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
20) Eve bağlılığınız için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
21) Arkadaşlar/ilişkileriniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
22) Eş/partneriniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
23) Kendiniz için olan zamanınız	1	2	3	4	5	6
24) Yeni bebeğinizi besleyebilmeniz	1	2	3	4	5	6
25) Eş/partnerinizin sağlığı	1	2	3	4	5	6
26) Günlük yaşam rutinleriniz	1	2	3	4	5	6
27) Yaşadığınız yer/ev/daireniz	1	2	3	4	5	6
28) Komşuluğunuz	1	2	3	4	5	6
29) Finansal özgürlüğünüz	1	2	3	4	5	6
30) Finansal yükümlülükleri alabilirliğiniz	1	2	3	4	5	6

31) Tıbbi bakım imkanınız	1	2	3	4	5	6
32) Ulaşım imkanınız	1	2	3	4	5	6
33) Evdeki hayatınızda;						
a) Mal varlığınız	1	2	3	4	5	6
b) Ekonomik ve finansal kapasiteniz	1	2	3	4	5	6
c) Çevre ve etrafınız	1	2	3	4	5	6
34) İş veren/işçi?						
a) Eşinizin iş durumu	1	2	3	4	5	6
b) Kendi iş durumunuz	1	2	3	4	5	6

EK-3

Aydınlatılmış Onam Formu

“Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi” isimli çalışmamızda verdiğiniz bilgiler, doldurduğunuz bireysel özellikler herhangi bir yerde yayınlanmayacak ve isminiz deşifre edilmeyecektir. Anketler ve veriler değerlendirildikten sonra araştırmacı tarafından yok edilecektir.


“Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi” isimli çalışmanızın amacını öğrendim. Çalışmanız içinde olmayı kabul ediyorum.

Ad- Soyad İmza

EK-4

Ölçeği Kullanabilmek İçin Alınan İzinler

1. Re: permission

Kimden:  **Carol Ferrans** (cferrans@uic.edu)
Gönderme tarihi: 21 Kasım 2008 Cuma 20:36:31
Kime: yeliz y (yelizyilmazturk@hotmail.com)

Hello,

The Quality of Life Index (www.uic.edu/orgs/qli) does not have a Maternal Postpartum version. Our instrument (Quality of Life Index) has been used with postpartum women, however, but this would be the Generic Version of the Quality of Life Index, which you can find on our website.

Sincerely,

2. Re: permission




Kimden:  **Pamela Hill** (phill@uic.edu)
Gönderme tarihi: 25 Kasım 2008 Salı 19:10:18
Kime: yeliz y (yelizyilmazturk@hotmail.com)

Hello,

Yes, I have copyrighted the MAPP-QOL questionnaire. Yes, you may have permission to translate it into Turkish. Do you have the 2 questionnaires? The website by C. Ferrans explains how to score.

Pam




3. Re: permission-2

Kimden:  **Pamela Hill** (phill@uic.edu)
Gönderme tarihi: 26 Kasım 2008 Çarşamba 20:34:04
Kime: yeliz y (yelizyilmazturk@hotmail.com)
 1 ek 
QOL JNM 3...pdf (127,4 KB)

There are two questionnaires that are given at the same time; satisfaction and importance. Scoring is based on how Ferrans did it on her website. The website is located in the attached manuscript. I am the one who developed the MAPP-QOL questionnaire, not Ferrans but used her framework.

Pam

4. Re: permission

Kimden:  **Pamela Hill** (phill@uic.edu)
Gönderme tarihi: 28 Kasım 2008 Cuma 05:58:47
Kime: yeliz y (yelizyilmazturk@hotmail.com)
 2 ek 
Appendix ...doc (23,3 KB), QOL JNM 3...pdf (127,4 KB)

I am the lead person who developed the MAPP-QOL. Carol Ferrans had nothing to do with the development of the MAPP. I used Carol Ferran's conceptual framework etc in developing the MAPP as I explain in the article published in J Nursing Measurement. We also used her generic scoring system as described on her web site and in the article- the principles are the same regardless of the number of items in her tool from my tool. You take (each item in the satisfaction tool and subtract 3.5) * (multiply) the matching item in the importance tool. Then add up the scores. the items we used are in the Journal of Nursing Measurement that I sent you in the last email. Those same items are used for the 'importance too.

Pam

5. RE: permission

Kimden:  **Pamela Hill** (phill@uic.edu)

Gönderme tarihi: 26 Temmuz 2009 Pazar 22:13:20

Kime: yeliz y (yelizyilmazturk@hotmail.com)

📎 1 ek

[Ãşeviri-1...doc](#) (25,5 KB)

I hope what i have stated in the attached doc is helpful. This would be totally up to your research team based on your culture.
Pam

EK-5

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Etik Kurul Kararları**

ETİK KURUL
Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Klinisyen Doktor (Başkan Yardımcısı)
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Neonatoloji Bilim Dalı Başkanı
Tel: +90 222 239 29 79 / 1380 - 2709
Tel & Faks: +90 222 229 60 64
E-Mail: maaksit@ogu.edu.tr
E-Mail: maaksit@hotmail.com

Prof. Dr. Bekir YAŞAR
Klinisyen Doktor
Genel Cerrahi Anabilim Dalı
E-Mail: byasar@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Ömer ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı
Biyokimya Anabilim Dalı
E-Mail: ocolak@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Demet ÖZBATALIK
Klinisyen Doktor
Nöroloji Anabilim Dalı
E-Mail: demetog@ogu.edu.tr

Prof. Dr. Serap İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı
Patoloji Anabilim Dalı
E-Mail: bdesi@superonline.com

Doç. Dr. Fatma Sultan KILIC
Farmakoloji Uzmanı (Raporör)
Farmakoloji Anabilim Dalı
E-Mail: fskilic@ogu.edu.tr

Doç. Dr. Ömür ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı
Deontoloji Anabilim Dalı
E-Mail: elcioglu@ogu.edu.tr

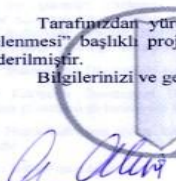
Ecz. Ömer ALTUĞER
Eczacı
Eğitim, Uygulama ve Araştırma Hastanesi
E-Mail: eczaltug@yahoo.com

Sayı: 2008/553
Konu: Toplantı
Ref: MSW-Etik-Toplantı/2008-12-23

31 Aralık 2008

Sayın Öğr.Gör.Dr. F.Deniz SAYINER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

Tarafınızdan yürütülmekte "Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" başlıklı proje hakkında alınan 23 Aralık 2008 gün ve 22 sayılı karar ilişikte gönderilmiştir.
Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Prof. Dr. M. Arif AKŞİT
Etik Kurul Başkan Yardımcısı
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

EK: Etik Kurul Kararı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
Tel: +222 239 37 70 - 239 29 79 / 4405 - 4406
Faks: +222 239 37 72

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu
Meşelik Kampüsü (Yerleşkesi)
26480 ESKİŞEHİR

	<p>Saptanamadı, c) Evet: benzer etkinin kaç defa görüldüğü, ilaç kesilip yeniden başlandığında aynı veya farklı etkileşimin olması veya olmaması. 3. İlaçın tekrar verilme durumu ve tarihi. 4. Birlikte olan hastalıklar: a) Hayır, b) Evet; 1-Altta ki hazırlayıcı veya 2-Diğer hastalıklar (ilaçla bağlantısı olup olmaması, işlemlerle/edavi girişimi bağlantısı, bilinen veya şüphelenen nedenler), c) Tanımlamalar (tedavide gelişen hastalık/sorun, eşlik eden hastalık) 5. Birlikte verilen ilaçlar: a) Hayır, b) Evet: ilaç adı, aktif maddesi ve endikasyonu, günlük dozu. 6. Notlar (Ciddi etki ise tanımlayınız) 7. Hastanın geri çekilmesi: a) Hayır, b) Evet ve tarihi 8. İlk rapor, takip eden rapor 9. Çalışmacı adı ve tarih</p> <p>DEĞERLENDİRME; 1. Sonuç: a) Çözümlendi (yan tesir kayboldu/iyleşti), b) Sekel ile sonlandı, c) İyileşmekte (izleniyor), d) Ölüm, e) Çözülmemiş (halen mevcut), f) Bilinmiyor. 2. Kod Kırılması: a) Yok, b) Var: Tarihi ve detaylı kayıtlar. 3. Advers etkinin ne şekilde sonlandı: a) çalışma broşürüne girip giremeyeceği, b) bilgilendirme broşürüne eklenip eklenmeyeceği, c) diğer bildirimlerle birlikte kümülatif advers etki tanımı ilacın tekrar verilme durumu ve tarihi, d) İleri tetkik gerekmede</p> <p>ÖLÜM DURUMUNDA: a) otopsi yapılmış mı, b) ölüm ilaçla ilintili mi (hayır, direkt bağlantılı, indirekt bağlantılı, net söylenemiyor), c) ölüm nedeni (hastalık nedeniyle, alttaki nedenden, yan etkiden, bilinmiyor).</p>
	<p>KARAR: "Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu çalışma;</p> <ul style="list-style-type: none"> Tüm Etik Kurul üyelerinin ayrı bağımsız incelemesi, ayrıca üyelerinin kendi alanları ile özgün irdelemeleri sonucunda görüşler oluştuktan sonra, toplantı yapılmıştır. Buna göre; <ul style="list-style-type: none"> A) Etik Kurul üyeleri: CMK 33-34 Maddesi uyarınca kararların gerekçelerini, 2577 Sayılı Yasanın 1-2 Maddesi temelinde oluşturmuşlar, B) Etik Kurul üyeleri dikkat edecekler ve önerileri vurgulamışlardır. C) Çalışmacılardan, Çalışmanın hukuki usul açısından yapmaları gereken; Aydınlatma ve Onam, Helsinki Deklarasyonu ve diğer birey haklarına yönelik diğer esasları kabul etikleri ve uygulayacakları konusunda Çalışma Esasları kısmında belirtilenlere uyma vurgusu alınmış, D) Çalışmacılar yasal açıdan yetki ve görev boyutunda işlev yapacakları ve TCK 90. Maddeye uyacaklarını ve ayrıca, E) Çalışma ve yayın aşamalarında bilimsel kanıta dayalı tıp temelinde etiksel yapıya uyacaklarını taahhüt etmişlerdir. İTİRAZ: Yukarıda Etik Kurul tarafından vurgulanlar konusunda oluşacak itirazlar en geç 30 gün içinde Etik Kurula iletilmelidir. İtiraz olmaması kabul edildiği anlaşılmaktadır. Başlıca vurgular şunlardır: 1) Görüşler, 2) Bir Projede Bulunması gerekenler, 3) BAŞVURU BİLGİLERİ, 4) ARAŞTIRMA NİTELİĞİ, 5) DEĞERLENDİRİLEN ve/veya GEREKİ DİĞER İLGİLİ BELGELER, 6) ÇALIŞMA ESASLARI, 7) ETİK KURULUMUZUN ALDIĞI KARARLARIN ÇERÇEVESİ, 8) ETİK KURULUMUZUN ÖNERDİĞİ ÇALIŞMAYA ÖZGÜN YAKLAŞIMLAR, 9) İSTATİSTİKSEL (BİYOİSTATİSTİK) ANALİZ, 10) YAZIM İLKELERİ, 11) ÇALIŞMANIN ONAY GEREKÇESİ ve SÜREÇİ, 12) YAN TESİR BİLDİRİMİ. Kararlar: a) Olumlu görüşe gönderilmiştir, b) Uygundur, c) Uygundur, katkılar olabilir, d) Düzeltilmesi gerekir, e) Koşullu olarak uygundur. Öneriler ve/veya çekinceler vardır, f) uygun bulunmamış şekilde ele alınmalıdır. Çalışmacılar buna göre yaklaşım yapmaları beklenmektedir. <p>23 Aralık 2008 tarihli Karar Özeti: ÖNERİ VE SONUÇ: ESOGU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından planlanmış, doğum sonu dönemdeki kadınların sosyo-demografik, obstetrik özellikleri ve yaşam kalitelerini belirlemeye yönelik anketler düzenlenmiş olup, kaç kadın hastada planlandığı belirtilmemiştir. Konu ile ilgili literatürlerde mevcut olup, eksiklik giderildikten sonra yapılabilir çalışmadır. Psikiyatri Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Anabilim Dalı ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı'nın katkıları olabilir.</p>

Prof. Dr. M. A. AKŞİT
Pediatri Uzmanı

Prof. Dr. B. YAŞAR
Genel Cerrahi Uzmanı

Prof. Dr. Ö. ÇOLAK
Biyokimya Uzmanı

Prof. Dr. D. ÖZBABALIK
Nöroloji Uzmanı

Prof. Dr. S. İŞIKSOY
Patoloji Uzmanı

Doç. Dr. F. S. KILIÇ
Farmakoloji Uzmanı

Doç. Dr. Ö.ELÇİOĞLU
Deontoloji Uzmanı

Ecz. Ö. ALTUĞER
Eczacı



EK-6

Eskişehir İl Sağlık Müdürlüğü Anket Uygulama İzin Yazısı

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-730.08- 1355- 26836
Konu: Anket Uygulaması

29 Aralık 2006

VALİLİK MAKAMINA

İlimiz Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programına kayıtlı 522320070003 numaralı öğrencisi Yeliz YILMAZTÜRK'ün "Postpartum Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin İncelenmesi" konulu tez çalışması ile ilgili anket uygulamasını İlimiz Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesinde yapması Müdürlüğümüzce uygun görülmüştür.

Tasviplerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Hüseyin Seyhan FIDAN
Sağlık Müdürü

OLUR
.../12/2008
Halit Nispet ÖZEROĞLU
Vali a.
Vali Yardımcısı

EK-7

Eskişehir Doğum Ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Baştabipliği İzin Yazısı

T.C.
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

31 Aralık 2008

Sayı : B.10.4.ISM.4.26.00.09-775.01-1373-26984
Konu: Anket Uygulaması

ESKİŞEHİR DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI
HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİNE

Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Bilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Yeliz YILMAZTÜRK'ün Hastanenizde anket uygulaması yapması ile ilgili Valilik Makamından alınan 29 Aralık 2008 tarih ve 1355 sayılı onayı ve anket formu ekte gönderilmiştir.

Bilgileriniz ile gereğini rica ederim.



Dr. Kadir DEMİREL
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EKİ: 1 Onay
1 Anket Formu

Yeliz Yılmaztürk
2-01-2009

ESKİŞEHİR	
DOĞUM ve ÇOCUK HASTALIKLARI	
HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ	
Varide No. :	21
Tarih :	2.1.2009

İsmet İnönü Cad.No: 63 ESKİŞEHİR
Tel: 0222 230 27 86 Dahili: 115-125-126
eposta : egitimsube@essaglik.gov.tr

Ayrıntılı bilgi için: Eğitim Şubesi
Fax:0 222 230 80 49

9. ÖZGEÇMİŞ

Bireysel Bilgiler

Adı Soyadı: Yeliz Yılmaztürk
Doğum Tarihi ve Yeri: 27.06.1984
Uyruğu: T.C
Medeni Durumu: Bekar
İletişim Adresleri: yelizyilmazturk@hotmail.com

Eğitim Durumu

1990-1995 Reşat Benli İlkokulu
1995-1998 Orhangazi İlköğretim Okulu
1998-2002 Hoca Ahmed Yesevi Lisesi (Süper Lise Bölümü)
2003-2007 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Eskişehir Sağlık Yüksekokulu
2007-2010 Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Doğum ve Kadın Sağlığı
Hemşireliği Yüksek Lisans Programı
Yabancı Dil: İngilizce

Mesleki Deneyim

2007-2008 Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma
Hastanesi
2008- Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Üye Olunan Bilimsel Kuruluşlar

Yayımlar

Bilimsel Etkinlikler

Burslar: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu Yurt İçi Yüksek
Lisans Bursu