

**T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELİKTEKİ PSİKOSOSYAL DURUMUN EVLİLİK UYUMUYLA
İLİŞKİSİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
HANİFE NURSEVEN ŞİMŞEK**

**TEZ DANIŞMANI
YRD. DOÇ. DR. SELMA ŞEN**

**MANİSA
2014**

ÖZET

Araştırma, gebelikteki psikososyal sağlığın evlilik uyumuyla ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Manisa il merkezi Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 2012 yılında gebe polikliniğe başvuran tüm gebeler (N=16295) oluşturmuştur. Araştırmanın örnekleme, Evreni Bilinen Örneklem Formülü ile, %95 olasılık ve \pm %5 sapma ile 376 gebe örnekleme alınmıştır.

Verilerin toplanmasında, gebelerin demografik özellikleri, gebelik ve evlilikle ilgili tanıtıcı özelliklere ait soruların yer aldığı bir Anket Formu, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda elde edilen veriler "IBM SPSS Versiyon 21.0" ile değerlendirilmiştir. Gebelerin psikososyal sağlık ve evlilik uyumu puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorow-Smirnov testleri; verilerin analizinde, sayı, yüzde, Mann-Witney U testi, Kruskal-Wallis varyans analizi, ve korelasyon testi kullanılmıştır.

Gebelerin %31.9'unun 25-29 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 26.68 ± 5.15 yaş, %31.9'unun ortaokul mezunu, %82.2'sinin ev hanımı olduğu, %45.5'inin 20-24 yaş arasında ilk kez gebe kaldığı ve ortalama ilk gebelik yaşının ise 22.32 ± 3.81 yaş olduğu, %78.7'sinin üçüncü trimesterde ve ortalama gebelik haftasının 32.02 ± 8.01 olduğu, %77.7'sinin isteyerek gebe kaldığı, %88.3'ünün düzenli olarak antenatal kontrollere gittiği belirlenmiştir.

Gebelerin, yaş, eğitim durumu, meslek, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, Manisa'da yaşama yılı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük yapma durumu, bir önceki doğum aralığı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması/isteyerek gebe kalma durumu, düzenli antenatal kontrollere gitme durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, evlilik sayısı ve eş ilişkisi ile psikososyal sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Gebelerin, sosyo-ekonomik durum, gebelik sayısı, doğum sayısı, bir önceki doğum aralığı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması/isteyerek gebe kalma durumu, evlilik biçimi ve eş ilişkisi ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

Gebelerin, psikososyal sağlık ve evlilik uyumları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelerin, "gebelik ve eş ilişkisi" ile evlilik

uyumları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki saptanırken, “kaygı ve stres”, “aile içi şiddet”, “ psikosozyal destek”, “ailesel özellikler” ve “ gebeliğe ilişkin fiziksel-psikosozyal değişiklikler” ile evlilik uyumları arasında pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, eş ilişkisi ve evlilik uyumu olumlu yönde arttıkça gebelikteki psikosozyal sağlığın da arttığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre; evlilik uyumu iyi olduğunda, gebelikteki psikosozyal sağlığın da iyi olacağı söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Gebelik, psikosozyal sağlık, evlilik uyumu.



SUMMARY

This study is a descriptive and cross-sectional type of research, carried out to investigate the relationship between psychosocial health status in pregnancy and marital adjustment and the influencing factors.

The research population consists of all the pregnant women admitting to the obstetrics polyclinic of Celal Bayar University Hafsa Sultan Hospital and Manisa Merkez Efendi State Hospital in Manisa Province of Turkey, during the year 2012 (N=16295). The study sample is made of 376 pregnant women with 95% probability and $\pm 5\%$ bias according to the Sample Size Formula for the Finite Population.

Data is obtained via a survey form including questions related to demographic properties of the pregnant participants, descriptive properties related to pregnancy and marriage, and Scale for the Assessment of Psychosocial Status in Pregnancy and Marital Adjustment Scale.

Data were analyzed using "IBM SPSS Version 21.0". Shapiro and Kolmogorow-Smirnow tests were used to assess whether the psychosocial status scores and marital adjustment scores were normally distributed or not. To analyze the data, total number, percentage, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis variation analysis test and correlation test were used.

31.9% of the pregnant women were in the 25-29 age group and the mean age was 26.68 ± 5.15 . 31.9% were secondary school graduate, 82.2% were housewives, 45.5% had their first pregnancy between the ages of 20-24 and the mean first pregnancy age was 22.32 ± 3.81 , 78.7% was in their third trimester and the mean gestational age was 32.02 ± 8.01 , 77.7% had their pregnancy planned, and 83.3% admitted to the antenatal controls regularly.

There was statistically significant relation between psychosocial status of the pregnant women and their age, education status, occupation, socio-economical status, social security, years lived in Manisa province, education status of husband, occupation of husband, number of pregnancies, number of deliveries, abortion status, previous delivery interval, number of living offspring, whether or not pregnancy is planned, regular admission to antenatal controls, type of marriage, duration of marriage, number of marriages and partner coordination.

There was statistically significant relation between the marital adjustment score of pregnant women and their socio-economical status, number of pregnancies, number of deliveries, previous delivery interval, number of living offspring, whether pregnancy is planned or not, type of marriage and partner coordination.

There was a strong and significant relation between psychosocial status and marital adjustment of the pregnant women in a positive way. There was a positive, strong and significant relation between marital adjustment and "pregnancy and partner coordination", but positive, weak and statistically significant relation between marital adjustment score and "anxiety and stress", "domestic violence", "psychosocial support", "familial properties" and "physical-psychosocial changes related to pregnancy".

As a result, it is found that as partner coordination and marital adjustment advances positively, psychosocial status in pregnancy gets better as well. According to this finding, when marital adjustment is good, psychosocial status in pregnancy is likely to be good in health.

Key words: pregnancy, psychosocial health, marital adjustment.

TEŞEKKÜR

Araştırmanın her aşamasında; değerli bilgi, görüş ve öneriyle çalışmaya yol gösterici katkılarından dolayı tez danışmanım Sayın Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN'e,

Araştırmanın uygulanmasına olanak sağlayan Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Merkezefendi Devlet Hastanesi'ndeki yetkililere,

Araştırmaya katılmayı kabul eden ve soruları içtenlikle yanıtlayan gebelere, ve beni veri toplarken destekleyen Ebe Aysel Gdr ve Ebe Cangl zelik'e,

Hayatımın her aşamasında, her yaptığım işte üstün özverilerle beni destekleyen, en güçsüz dştgm anlarda "başarırsın", "sabret" duygusunu benliğimde hissetmememe neden olan en değerli varlıklarım ailem ve eşime,

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmalarım sırasında bana cesaret veren bütün hocalarım ve arkadaşlarıma teşekkür ediyorum.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	II
SUMMARY	IV
TEŞEKKÜR	VI
İÇİNDEKİLER	VII
TABLolar DİZİNİ	X
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	XII
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme.....	5
2.2. Gebelikte Psikososyal Sağlık.....	5
2.3. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu.....	6
2.3.1. Sosyal Faktörler ve Gebelik.....	6
2.3.2. Kültürel Faktörler ve Gebelik.....	6
2.3.3. Ailesel Faktörler ve Gebelik.....	7
2.3.4. Bireysel Faktörler ve Gebelik.....	7
2.4. Gebelik ve Sosyal Destek.....	7
2.5. Ailenin Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu.....	9
2.5.1. Kadının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu.....	9
2.5.2. Baba Adayının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu.....	10
2.5.3. Kardeşlerin Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu.....	10
2.5.4. Büyükanne-Büyükbabanın Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu.....	11
2.6. Ailenin Tanımı ve İşlevleri.....	13
2.6.1. Aile ve Evlilik.....	13
2.6.2. Evlilik Uyumu.....	14

2.6.3. Evlilik Kavramının Tanımı.....	15
2.6.4. Evliliğin İşlevleri.....	15
2.6.5. Evlilikte İletişim.....	16
2.6.6. Evlilik Uyumu ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkiler.....	16
2.6.7. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler.....	16
2.7. Ebelik-Hemşirelik Süreci.....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	19
3.1. Araştırmanın Tipi.....	19
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	19
3.3. Araştırmanın Örnekleme.....	19
3.4. Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.5. Veri Toplama Araçları.....	20
3.5.1. Bireysel Bilgi Formu.....	20
3.5.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği.....	20
3.5.3. Evlilik Uyum Ölçeği.....	22
3.6. Veri Toplama Yöntemi.....	23
3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları.....	24
3.8. Verilerin Analizi.....	24
3.9. Etik Açıklamalar.....	24
3.10. Süre ve Olanaklar.....	25
4. BULGULAR	
4.1. Gebelerin ve Eşlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	26
4.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	29
4.3. Gebelerin Evlilik ve Eş İlişkisi Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	31
4.4. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular.....	33
4.5. Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulgular.....	44
4.6. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları İle Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkisel Dağılımı.....	52
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. Gebelerin ve Eşlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	56
5.2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	58

5.3. Gebelerin Evlilik ve Eş İlişkisi Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	60
5.4. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışma.....	60
5.5. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamaları ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	64
5.6. Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamaları ve Etki Eden Faktörlere İlişkin Bulguların Tartışılması.....	70
5.7. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Alt Ölçek Puan Ortalamaları İle Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının İlişkisel Dağılımına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Sonuç.....	77
6.2. Öneriler.....	79
7. KAYNAKLAR.....	80
8. EKLER.....	86
Ek-1. Gönüllü Onam Formu.....	86
Ek-2. Bireysel Bilgi Formu.....	88
Ek-3. Gebelikte Psikososyal Durumu Değerlendirme Formu.....	90
Ek-4. Evlilik Uyum Ölçeği.....	92
Ek-5. Araştırmanın Yapıldığı Kurumlardan Alınan İzin Belgesi.....	94
Ek-6. Etik Kurul Onay Belgesi.....	96
ÖZGEÇMİŞ.....	97

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 1: Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	26
Tablo 2: Eşlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	28
Tablo 3: Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı.....	29
Tablo 4: Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerinin Dağılımı.....	30
Tablo 5: Gebelerin Evlilik Özelliklerinin Dağılımı.....	31
Tablo 6: Gebelerin Şimdiki Gebelik ile Eş İlişkisi Özelliklerinin Dağılımı.....	32
Tablo 7: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'ne Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	33
Tablo 8: Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	35
Tablo 9: Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 10: Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	39
Tablo 11: Gebelerin Şimdiki Gebelik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	41
Tablo 12: Gebelerin Evlilik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 13: Gebelerin Şimdiki Gebelikte Eş İlişkisi Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	43
Tablo 14: Gebelerin Evlilik Uyum Puanlarına Göre Dağılımı.....	44
Tablo 15: Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	45
Tablo 16: Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	47

Tablo 17: Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği	
Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 18: Gebelerin Şimdiki Gebelik Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği	
Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	50
Tablo 19: Gebelerin Evlilik Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği	
Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	51
Tablo 20: Gebelerin Şimdiki Gebelikte Eş İlişkisi Özellikleri ile Evlilik Uyum Ölçeği	
Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 21: Gebelerin Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği	
Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	52
Tablo 22: Gebelerin Gebelik ve Eş İlişkisi Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	53
Tablo 23: Gebelerin Kaygı ve Stres Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	53
Tablo 24: Gebelerin Aile İçi Şiddet Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	54
Tablo 25: Gebelerin Psikososyal Destek Gereksinimi Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	54
Tablo 26: Gebelerin Ailesel Özellikler Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	55
Tablo 27: Gebelerin Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

TNSA:	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
IVF:	İn Vitro Fertilizasyon
EU:	Evlilik Uyum Ölçeği
GPSDÖ:	Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik kadın yaşamında doğal bir olaydır. Ancak gebelik döneminin neden olduğu psikososyal değişiklikler, yaşamın diğer dönemleriyle kıyaslanmayacak derecede fazladır. Bu nedenle gebelik kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin yüksek olduğu bir dönemdir, sıklıkla endişe ve depresyonla birleşmektedir. Psiko-sosyal sağlık; insanın sosyal çevreye iyi bir şekilde uyum gösterebilmesi ve insanın yaşadığı sosyal çevrede sağlığını bozabilecek olumsuzluklarının olmamasıdır. Gebelik döneminde psikososyal ve duygusal destek yetersizliği gebelikte ve doğum sonrasında depresyon için belirleyici bir özelliğe sahiptir (Gümüşdaş, 2014).

Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesinin veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Yıldız, 2011; Ross ve ark, 2013).

Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki kaygı ve depresyon için risk etkenleri arasında sayılan özellikler açısından; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik-eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikâyesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetüsle ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır. Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur. Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı belirtilmektedir (Yıldız, 2011; Carroll ve ark. 2005, Kuğu ve Akyüz 2001).

Bir insanın yaşamı boyunca depresyon geçirme olasılığının %25 olması, bu hastalığı her dört kişiden birinin yaşaması bir veya birden çok kez etkileyebileceğini ortaya koymaktadır. Özellikle kadınlarda ve yaşlılarda daha fazla görülmesi bu grupların depresyon yönünden daha yakın takip edilmesini zorunlu kılmaktadır. Doğurganlık dönemi, kadınlarda

depresyonun başlaması açısından yüksek riskli dönemdir hemen hemen hiçbir yaşam olayı, gebelik ve doğumun neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişikliklerle yarışamaz (Gözüyeşil ve ark, 2008).

Bu süreçlerden gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir (Yeşilçiçek-Çalık ve Aktaş, 2011).

Gebelerde kaygı ve depresyon belirtileri genellikle beraberdir ve bedensel belirtilerle karışık olarak ortaya çıkmaktadır. Kaygı artışının depresyonu alevlendirdiği ve özkıyım riskini artırdığı öne sürülmektedir. Daha önce geçirilmiş depresyon atağı, ailede depresyon öyküsü, evlilik sorunları, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, daha önce düşük yapmış olma, fetus hakkında kaygılanma gebelikte depresyon için risk etkenlerini oluşturmaktadır. Depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Kaygılı geçen bir gebeliğin, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceği de ileri sürülmüştür (Akbaş ve ark, 2008; Gorsuch ve Key, 1974).

Geriye dönük çalışmalar kadınlarda depresyon ile evlilik uyumu arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir. Kötü evlilik uyumu bildiren kadınların, evlilik uyumu iyi olanlardan belirgin olarak daha depresif oldukları saptanmıştır (Erbek ve ark, 2005).

İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur. Eşler arasındaki uyumsuzluklar sadece o evliliğin dağılmasına zemin hazırlamakla kalmamakta, aynı zamanda sosyal bir sorun olarak tüm toplumu ilgilendirmektedir. İçinde yaşadığı toplumunun işleyişine olumlu bir biçimde katılabilmesi için, ailenin de belirli bir yapısının ve işleyiş biçiminin olması gerekir. Ailede birlik ve beraberliğin oluşabilmesi için eşler arasında ekonomik, yönetsel ve psiko-sosyal konularda anlaşmaya varılmalı ve uyum sağlanmalıdır. Aksi takdirde ailenin işleyişinde, birlik ve beraberliğinin sağlanmasında aksaklıklar söz konusu olabilir, ailede anlaşmazlık, duygusal yıkım ve çözümler meydana gelebilir (Şener ve Terzioğlu, 2008).

Uyuma dayalı olarak gelişen evlilikte mutluluk ve doyum, insan yaşamında önemli bir rol oynamakta ve evli bireylerin psikolojik sağlığını yakından etkilemektedir. Evlilik uyumu bozulmaya başladığında bu tablo, eşler ve varsa çocuklar açısından bir yaşam krizine ya da

travmaya dönüşmektedir (Çakır, 2008). Uyumsuz evlilikler ise, kuşaklar yoluyla mutsuz ve uyumsuz evliliklere yol açabilir, çünkü evlilik ile ilgili olumsuz duygu ve yargılar uyumsuz çiftlerin çocuklarına da geçebilmekte, uyumsuz ve başarısız evliliklerin zincirleme sürüp gitmesine neden olabilmektedir. Bu durum da ailelerden meydana gelen toplumun yapısını ve gelişimini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (Şener ve Terzioğlu, 2008).

Uyumlu bir evlilik, dolayısıyla başarılı bir aile yaşantısı, eşlerin yaşantılarını akıllıca planlamaları ve çabaları sonunda kazanılıp, korunması gereken bir beraberliktir, bu beraberlik uyuşmayı, paylaşmayı, kişilerin görev ve sorumluluklarını olgunca kabullenmesini öngörür (Bilen, 1983). Ailede birlik ve beraberliğin oluşabilmesi için eşler arasında ekonomik, yönetsel ve psiko-sosyal konularda anlaşmaya varılmalı ve uyum sağlanmalıdır. Aksi takdirde ailenin işleyişinde, birlik ve beraberliğinin sağlanmasında aksaklıklar söz konusu olabilir, ailede anlaşmazlık, duygusal yıkım ve çözümler meydana gelebilir (Bilen, 1983).

Evlilik uyumunun, eşlerin hem bedensel hem de ruh sağlığı üzerin de önemli etkileri bulunmaktadır. Kişiler arası ilişkilerin algılanış biçimi, eşlerin sorun çözme becerileri evlilik uyumunda önemli faktörler olarak ele alınmaktadır (Özbey, 2012).

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun için bir gebenin izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesinin, bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır Yıldız 2011; Vırit ve ark. 2008; Kuğu ve Akyüz 2001).

Gebelikteki ruhsal sorunlar ve depresyon fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, doğum sonu depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinden hemşire, ebe ve hekime önemli sorumluluk düşmektedir.

Depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Kaygılı geçen bir gebeliğin, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceği de ileri sürülmüştür (Yıldız, 2011; Lancaster ve ark, 2010).

Ebe ve hemşire doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin sadece gebeyi değil tüm aile üyelerini etkilediğini ve etkilendiğinin bilincinde olmalıdır. Bu nedenle de gebe için hazırlanacak olan bakım

planlarına aile özellikle de eş dahil edilmelidir (Yekenkunrul ve Mete, 2012; Demirci; 1996).

Doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları gösterilmektedir. Kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek almaları anne ve bebek sağlığı ve olumlu aile içi ilişkileri açısından önemlidir. Sağlık çalışanları kadınları gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmelidir. Ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmalıdırlar. Özellikle kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıklarının bilinmesi önem taşımaktadır (Mermer ve ark, 2010).

Gebe kadınların en önemli destekleyici kişileri eşi ve yakın akrabaları olduğu belirtilmekle birlikte, hastanedeki bir gebeyi destekleyecek en yakın kişi ebe ve hemşiredir. Ebe ve hemşirenin doğum öncesi bakım, eğitim, danışmanlık yapmanın yanı sıra gebelerin yaşadıkları ruhsal sorunları çözmeye de sorumlulukları vardır. Bunu gebelerin sorunlarının farkına varmasını sağlayarak yapabilir. Doğum öncesi ebelik ve hemşirelik bakımı, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil, aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık rol ve işlemlerini de içermektedir (Gözüyeşil ve ark, 2008; Tortumluoğlu ve ark, 2003).

Ebe bakım sorumluluğu yanında, gebeyi tüm sosyo-ekonomik durumuyla değerlendirip onun sorunlarını belirlemelidir. Bu sorunlarla başa çıkabilmesini sağlamalıdır. Özellikle fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisini ve ailesini de dahil ederek bakım ve tedaviyi yürütmelidir. Aile ve arkadaş desteği yanında sağlık çalışanlarının desteği de bakımda yer aldığı daha iyi bir gebelik ve doğum gerçekleşir (Gözüyeşil ve ark, 2008; Yekenkunrul ve Mete, 2011; Demirci, 1996).

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, gebelikteki psikososyal durumun evlilik uyumuyla ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Gebelerin psikososyal sağlığı ile evlilik uyumu arasında ilişki yoktur

H₁: Gebelerin psikososyal sağlığı ile evlilik uyumu arasında ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ebeveyn Olmaya Karar Verme

İnsan, soyunu sürdürme içgüdüsüne sahiptir. Evlenen çiftler, çoğunlukla çocuk sahibi olma isteğindedirler. Ailede çocuğun varlığı, eşler arasında güçlü bir bağlantı sağlar, çünkü anne-baba çocukta kendilerinden bir parça bulurlar. Ebeveyn olma, ilk çocuğun doğumuyla başlar. Bu nedenle ilk gebeliğin ailedeki yeri çok önemlidir. Çünkü kadın ve erkek için yeni bir rol olan anne ve baba olma artık kaçınılmazdır (Lederman ve Weis, 2014).

Ebeveyn olma insan yaşamındaki önemli kararlardan biridir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıklarını göstermektedir. Ancak gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak oluşmamaktadır. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum daha güç olmaktadır. Eşler, toplumda bir statü elde etmek, bir kaybın yerini doldurmak, cinsel yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilirler (Beydağ, 2007).

2.2. Gebelikte Psikososyal Sağlık

Gebelikte kadının yaşadığı biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişiklikler yanında, anne rolüne ilişkin duygusal, yaşamsal, davranışsal beklenti, çatışma, umut ve arzular da ön plana çıkar. Bu nedenle gebelikte sık görülen depresyon ve kaygının sadece bir nedenle ilişkilendirilmesinin veya açıklanmaya çalışılmasının doğru olmadığı, daha çok birden fazla ve karmaşık etmenlerin etkisiyle ortaya çıktığı öne sürülmektedir (Yıldız, 2011; Gümüş ve ark, 2011).

Gebelikte ruhsal sağlığın bozulmasında rol oynayan, gebelikteki kaygı ve depresyon için risk etkenleri arasında sayılan özellikler açısından; daha önce geçirilmiş depresyon öyküsü varlığı, ailesel durumlar, evlilik-eş ilişkisi, iş durumu, düşük ekonomik düzey ya da ekonomik kaygılar, olumsuz yaşam deneyimleri, istenmeyen gebelik, düşük hikayesi, gebelik durumunun yarattığı yeni güçlükler ve gereksinimler, fetüsle ilgili kaygı ve yüksek ebeveynlik stresi üzerinde durulmaktadır. Bu özelliklere ek olarak düşük özsaygı, sürekli olumsuz yönde düşünme eğilimi, gebelik döneminde sosyal, duygusal destek yetersizliği ve sosyal izolasyonun da etkili olduğunu belirten kaynaklar mevcuttur. Ayrıca aile içi şiddet, gebelikte alkol, sigara veya keyif verici madde tüketimi gibi değişkenlerin de rol oynadığı

belirtilmektedir (Yıldız, 2011; Çalık ve Aktaş, 2011; Park ve ark, 2014; Littleton ve ark, 2006).

2.3. Gebeliğin Psikososyal ve Kültürel Boyutu

Gebelik, doğurgan çağdaki her kadının yaşayabileceği fizyolojik bir olaydır. Fizyolojik açıdan gebeliği yaşayan kişi kadın olmasına rağmen, gebe kadının yakın çevresindeki bireyler de bu olaydan etkilenmektedirler. Gebelik sırasında kadında oluşan fizyolojik değişimlerin yanı sıra gebe kadın, eşi ve diğer aile üyeleri bir takım psikolojik ve sosyal değişimler yaşar ve bu değişimlere uyum sağlama ihtiyacı hissederler (Taşkın, 2002).

2.3.1. Sosyal Faktörler ve Gebelik

Toplumların değerleri bireylerle şekillenmektedir. Bireylerin değerleri de onların kimliklerinden, dünyaya bakışlarından etkilenmektedir. Birçok toplumda, sağlık anlayışı ve iyi olma durumları, insanların sosyal grup ya da grup üyelerinin yansımasıdır. Değerler, davranışlar, görüşler, tutumlar, çocukluktan itibaren içinde sosyal grup tarafından şartlandırılır ve biçimlendirilir. Sonuç olarak farklı etnik, ırksal, dinsel, sosyal sınıflarda sağlık ve sağlık bakımı uygulamaları da farklılık gösterir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012).

Kadınların sağlık durumunu en çok etkileyen öğeler, kültürel normlar, evliliğe ilişkin tutumlar, evlilik anındaki yaş, doğurganlık oranı, aile yapısının karakteri, kadının aile içindeki yeri ve üretim ilişkileridir. Annenin eğitim durumu, yaş, doğum sayısı, sosyo-ekonomik düzey gibi faktörler de ana sağlığı hizmetlerinden yararlanmayı doğrudan etkilemektedir. Türkiye’de ana sağlığı hizmetlerinin sunum ve kullanımında bölgesel farklılıklar mevcuttur. Hizmetlerden yeteri kadar yararlanılamamasının sebepleri arasında, kadının genel olarak statüsünün düşüklüğü, erkek katılımının azlığı ve hizmetlerin erişilebilirliğinde ki sorunlar yer almaktadır (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012; Perry ve ark, 2010).

2.3.2. Kültürel Faktörler ve Gebelik

Wikberg ve Bondas, kültürden “deneyimlere anlam katan ve bir etnik grubun düşünceleri ve eylemlerini etkileyen, öğrenilmiş fakat dinamik olan değerler ve inançlar paterni’ olarak söz etmektedir. Kültürel inançlar ve geleneksel uygulamalar evrensel bir biyolojik olay olan çocuk doğurma üzerinde bir takım etkilere sahip olsa da , bütün kültürlerin esas amacı anne ve bebeğin güvenliği ve sağlığıdır (Benza ve Liamputtong, 2014).

Hemen her toplumda özellikle kadınlar için gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda önemli bir baskı vardır. Anneliğe birçok toplumda bir yetişkin olarak bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da eşlerin çocuk sahibi olma

kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Birey istemese bile başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir (Beydağ, 2007).

Gebelik doğal bir olaydır, asla bir hastalık olarak ele alınmamalıdır. Ancak doğal bir olay olmasına rağmen fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Gebelik obstetrik ya da doğum komplikasyonu ile sonuçlanmadığı durumlarda normal bir durum olarak düşünölmeli ve hasta rolü kavramının uygulanabilirliği tartışılmalıdır. Batıdaki toplumlarda gebelik göreceli bir rahatsızlık durumu olarak tanımlanmaktadır. Sonuç olarak, uzmana ne kadar sıklıkta ve ne zaman gideceği belirsizdir. Diğer kadınlar gibi gebe kadından da beklenen, rutin davranış ve işlerini devam ettirebileceğidir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012).

Gebelik ve doğumun toplum tarafından algılanma biçimi, kadının toplumdaki statüsü, ekonomi, eğitim, yaşam biçimi, tabular, mitler ve dini inançlar gibi özelliklerden etkilenmektedir. Bu dönemin birey, aile ve toplum tarafından ne anlama geldiğinin, gebelik ve doğuma yönelik kültürel uygulamaların neler olduğunun bilinmesi, bu dönemde sağlık hizmeti alınmasının önündeki kültürel engellerin tanımlanması, verilen bakımın kabul edilebilir olması açısından önemlidir (Seviğ ve Tanrıverdi, 2012; Perry ve ark, 2010).

2.3.3. Ailesel Faktörler ve Gebelik

Ailesel faktörler ve gebelik arasındaki ilişkiyi değerlendirirken göz önünde bulundurulması gereken iki aile vardır. Birincisi kadının çocukluğunun geçtiği aile ikincisi ise şimdiki ailesi. Kadının büyüdüğü aile, onun gebelik hakkındaki inançlarının ve gebeliğe bakış açısının oluşmasında önemlidir. Kendi annesinin gebelik deneyimleri, annesi ile ilişkileri, ailedeki sevgi ortamı ve ailede çocuğa verilen değer gibi faktörlerin etkisiyle kadın gebeliğe ve çocuk doğurmaya yönelik olumlu ya da olumsuz bir tutum geliştirecektir.

Kadının şimdiki ailesi gebeliği onunla en yakından paylaşan kişilerdir. Kadının gebeliği ailenin fonksiyonlarını etkileyebilir, diğer taraftan ailenin yaşadığı ev çevresi, yaşam koşulları, aile içi iletişim ve ekonomik durum da kadının gebelik sırasındaki duygusal durumunu etkileyecektir (Taşkın, 2002; Bödecs ve ark, 2013).

2.3.4. Bireysel Faktörler ve Gebelik

Bazı kadınların yeni bir yaşam deneyimi olan gebeliğe uyum yapmaları zor olmaktadır. Çünkü bu kadınlar gebeliğe, gençlik ve güzelliklerini tehdit eden bir olay olarak bakabilmektedirler. Aynı zamanda gebelikle birlikte özgürlüklerinin kısıtlandığını ve mesleki amaçlarının engellendiğini hissedebilmektedirler (Taşkın, 2002; Yücel ve ark, 2012).

2.4. Gebelik ve Sosyal Destek

Doğumdan ölüme kadar birçok yaşam değişikliğinde, bireye yardım sağlayan tüm

kişiler arası ilişkiler sağlığı korumaya yönelik sosyal destek sistemleridir.

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan “Sosyal Destek Sistemleri” olarak tanımlanır (Ardahan, 2006). Sosyal desteğin sağlandığı sosyal ağ, bireyin etkileşimde bulunduğu kişileri içerir. Bu kişiler aile, arkadaş ve iş çevresinden olabildiği gibi profesyonel kişileri de içerebilir (Mermer ve ark, 2010).

Sosyal desteği maddi, duygusal ve bilişsel destek olarak incelemek mümkündür. Maddi destek bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirebilmesi için başkaları tarafından maddi açıdan desteklenmesidir (Ardahan, 2006). Duygusal destek bireyin sevgi, şefkat, güven, ilgi, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerinin karşılanmasıdır. Bilişsel destek, bireyin sorunlarını çözmesine yardım edecek bilginin ve yardımın sunulmasıdır (Ardahan, 2006).

Sosyal desteğin, fizik ya da ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. Başka bir anlatımla sosyal destek, insan sağlığı ile ilişkili olduğu kabul edilen sosyal bir değişkendir. Sosyal desteğin stres verici yaşam olaylarının oluşumunu ve yarattığı sonuçları çeşitli şekillerde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek yakın ilişkilerin önemli yönlerinden birisidir. Sosyal desteğin, stresin oluşumunu önleyebildiği; stresin algılanış biçimini değiştirdiği, kişinin zorlandığı durumlarda ona yardımcı olduğu, onun başa çıkma yollarını etkilediği bilinmektedir (Ardahan, 2006).

Sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda iki önemli yaklaşım üzerinde durulmuştur. Bunlardan birincisi, sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki bulunduğunu savunur. İkinci yaklaşım ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığının korumak olduğunu savunur (Ardahan, 2006).

Stres olsun ya da olmasın sosyal destek kişinin sağlığını doğrudan etkilemekte, sosyal destek yokluğu da doğrudan hastalık oluşumuna yol açmaktadır. Geniş bir sosyal ağ içinde bulunan insan, eş, evlat, arkadaş ya da komşu gibi birbirinden farklı roller sürdürür. Bu farklı yaşantılar içinde, seviliyor değerli bulunuyor, gerektiğinde yardım görüyorsa, kendini o denli mutlu ve güven içinde hisseder. Bunun tersine, sosyal ilişkiler yetersiz ya da bozuk olduğunda, ruhsal bir hastalık geliştirme riskini arttıran anksiyete ve değersizlik duyguları sık yaşanır (Ardahan, 2006).

Sosyal destek sistemleri yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin en önemli yardımcılarıdır. Gebelerin yakından bağlı olduğu insanlar stres verici durumlarda sağladıkları desteklerle sorunun çözümüne aktif biçimde katılırlar. Destekleyici ilişkinin insanların

yaşamında sağlığı yükseltme, sağlık problemlerini önleme, stresin etkilerine karşı korunma ve başatma çabalarının güçlendirilmesinde önemli bir rol oynadığı kabul edilmektedir. Sosyal destekler başa çıkma yollarını etkileyerek stres verici olay ile sonuç arasındaki bağlantıyı değiştirebilir. Gebe kadınların en önemli destek kaynaklarını yakın aile üyeleri, özellikle eşleri oluşturmaktadır. Bu kritik dönemde gebenin ruh sağlığını etkileyen en önemli faktör eşin tutumu ve içinde yaşadığı psikososyal çevredir. Sosyal çevredeki önemli kişilerden alınan sosyal destek kadının gebelik deneyiminde olumlu bir etkiye sahiptir (Okanlı ve ark, 2003). Sosyal destek gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatmakta, sosyal imkanlardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkeni ve kaygı ile daha fazla baş etmelerine yardımcı olmakta ve annelik rolüne geçişi kolaylaştırmaktadır (Çalık ve Aktaş, 2011).

2.5. Ailenin Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Fizyolojik olarak 9 ay süren gebelik boyunca fetus uterus dışında yaşayabilmesi için gerekli olgunluğa ulaşır. Psikososyal bakış açısından ise bu süre kadın ve ailesinin gebelik, doğum ve doğum sonu döneme hazırlanmaları için bir fırsattır. Çünkü sağlıklı bir gebelik ve sonuçta sağlıklı bir anne-bebek için, ailenin gebelikle birlikte yaşamlarında meydana gelen değişimlere uyum yapabilmeleri önemlidir. Ailenin gebeliğe tepkisi ve uyumunu bazı faktörler etkiler. Bunlar;

- ✓ Gebeliğin planlanıp planlanmadığı
- ✓ Gebeliğin istenip istenmediği
- ✓ Ailenin ekonomik durumu
- ✓ Ailedeki diğer çocukların sayısı ve yaşları
- ✓ Ailenin var olan sosyal destek sistemi (Taşkın,)

Gebelik ailenin tüm fertlerini etkiler ve her bir aile üyesi kendi gereksinimleri ışığı altında gebeliği kavramalı ve ona uyum sağlamalıdır. Ailenin gebeliğe uyum süreci toplumsal eğilimler tarafından etkilenen kültürel çevre içerisinde gerçekleşmektedir. (Perry ve ark, 2010; Lederman ve Weis 2014).

2.5.1. Kadının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Reva Rubin gebeliğin gelişimel işleyişini gebeliğin kabul edilmesi, annelik rolünün tanımlanması, gebenin annesi ve partneriyle olan ilişkilerinin gözden geçirilmesi, doğmamış çocuk ile ilişki kurulması, ve doğum deneyimine hazırlık şeklinde tarif etmiştir (Perry ve ark, 2010).

Gebenin partnerinin emosyonel desteği bu gelişimsel işleyişin başarılı şekilde tamamlanması için önemli bir faktördür. Gebeliği kabullenecek kadınlar gebeliğin daha erken dönemlerinde bu durumun tıbbi olarak doğrulanması arayışına girerler. Gebelik

doğrulandığında, kadının duygusal tepkisi mutluluktan şok, inanamama ve umutsuzluğa kadar değişkenlik gösterebilir. Genel bir iyilik hali baş gösterse de emosyonel labilite sık gözlenir. Bu hızlı duygudurum değişiklikleri irritabilite, gözyaşı ve öfke patlamaları, mutluluk ve neşe hisleri şeklindedir. Söz konusu bu değişiklikler genellikle hormonal değişikliklere bağlanmaktadır (Perry ve ark, 2010).

Rubin gebelikteki değişiklikleri şu şekilde tarif etmektedir. Gebelik süresince yaşanan subjektif zamansal ve mekansal deneyim; gebeliğin erken döneminde fazla bir şey olmuyormuş gibidir, ve kadın vaktinin çoğunu uyuyarak geçirmektedir. İkinci trimestirde fetal hareketlerin hissedilmesiyle beraber kadın ilgisini gebeliğine verir ve hem coğrafi hem de sosyal yönden zamansal ve mekansal bir kayıp meydana gelir. Kadın annesi ve gebe kalmış diğer kadınlarla olan ilişkilerini gözlemler ve geliştirir. Üçüncü trimestirle beraber bir yavaşlama ve kadının aktivitelerinin sekteye uğraması sonucunda zamanın tükendiği hissi oluşur. Bir annenin kızının gebeliğine verdiği tepki torunu ve kızına karşı olan kabullenme durumunu gösterir. Anne destekleyici ise, kızının bilgili ve kabullenici bir kadınla gebelik ve doğum eylemini konuşma, mutluluğunu ve ambivalan duygularını paylaşma fırsatı olmuş olur (Perry ve ark, 2010).

Kadının gebeliğe uyum yapmasını zorlaştıran bazı faktörler vardır. Bu faktörler aynı zamanda kadının gebelikle birlikte başlayan annelik rolünü kazanma sürecini de etkilemektedir.

- ✓ Gebeliğin çoğul gebelik olduğunu öğrenme
- ✓ Bir önceki gebelikten 10-12 ay sonra meydana gelen gebelik
- ✓ Gebelik sırasında yerleşim yerini değiştirmek zorunda kalma
- ✓ Beklenmedik bir iş kaybı ile birlikte sosyal güvence kaybı
- ✓ Kadının kendisinde, eşinde ya da yakın akrabalarının birinde ortaya çıkan ciddi bir hastalık
- ✓ Gebelik sırasında eşin ya da kadın için önemli olan bir bireyin kaybı
- ✓ Gebelik komplikasyonları
- ✓ Arkadaş ya da yakın akrabalarda konjenital anomalisi olan çocuk olması
- ✓ Gebelik sırasında evlilikte ortaya çıkan sadakat ve güven sorunları
- ✓ Rol çatışmaları
- ✓ Önceki abortus, ölü doğum, infertilite ve travmatik doğum öyküsü (Taşkın, 2002; Lederman ve Weis, 2014).

2.5.2. Baba Adayının Gebeliğe Psikososyal Tepkisi ve Uyumu

Baba adayı kadın gibi gebeliğin biyolojik sürecini yaşamamasına rağmen, yeni rolüne uyum yapması için bazı psikososyal değişimlerden geçecektir (Taşkın, 2002).

Bir erkeğin baba olacak olması karşısında verdiği tepkiler, endişeleri, ve bilgilendirilme ihtiyacı gebelik boyunca değişir. Erkeklerin gebeliği nasıl farklı şekillerde deneyimlediklerine, üç farklı ilişkili olma durumu ile örnek verilebilir. Erkekler gebelikte gözlemci olabilir. Bazıları daha dışavurumcudur ve gebeliğe güçlü bir emosyonel yanıt verir ve süreçte tam partner olmayı arzularlar. Bebek bekleyen bazı babalar babalık sendromu (Couvade Syndrome) ve bulantı, diğer gastrointestinal şikayetler, halsizlik, ve diğer fiziksel rahatsızlıklar gibi gebelik benzeri semptomlar yaşar. Diğer tür babalar enstrümantal stili benimserler; gebeliğin yöneticisi olarak gerçekleştirebilecekleri görevleri yerine getirirler. Kendilerini gebeliğin sonucundan sorumlu hissederler ve eşlerine karşı koruyucu ve destekleyicidirler (Perry ve ark, 2010).

Babanın, ideal anne ve baba hakkındaki düşünceleri ve duyguları ve gebelik süresince uygun davranışlar hakkındaki kültürel beklentisi partnerinin kendisine ihtiyaç duyması üzerinde etkilidir. Bir erkek, daha sahiplenici davranabilirken bir başka erkek kadının benliğini fiziksel ve emosyonel olarak doğmamış bebeğe adanması sonucunda kendisini yalnız ve dışlanmış hissedebilir. Erkek evin dışında rahatlama ve anlaşılma ihtiyacı hissedebilir, yeni bir hobi ile meşgul olabilir veya işine yoğunlaşabilir. Bazı erkekler gebeliği erkekliklerinin ve dominant rollerinin kanıtı olarak görürler. Başkaları için gebelik anne veya çocuk üzerinde sorumluluk yönünden herhangi bir anlam ifade etmez. Ancak çoğu erkek için gebelik ebeveyn rolüne hazırlanma, hayal kurma, büyük bir keyif alma ve yoğun bir şekilde öğrenme sürecidir (Perry ve ark, 2010).

2.5.3. Kardeşlerin Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyumu

Kardeşlerin gebeliğe gösterecekleri tepkiler yaş ve bağımlılık durumlarına göre değişkenlik gösterir.

İki yaşından küçük çocuklar: 1 yaşındaki çocuk sürecin farkında değilken 2 yaşındaki çocuk annesinin görüntüsündeki değişiklikleri farkeder ve “annem şişman” şeklinde yorum yapabilir. 2 yaşındaki çocuğun ortam stabilitesi ihtiyacı, yaşanan değişiklikleri kolayca fark etmesini sağlar. Yürümeye yeni yeni başlayan çocuklar daha fazla bağımlı davranış sergilemeye başlayabilir ve tuvalet veya beslenme eğitiminde terk ettikleri bağımlı davranışlara dönüş yaşayabilirler (Perry ve ark, 2010).

3-4 yaş grubu çocuklar: Üç veya dört yaş civarında, çocuklar nereden geldiklerine dair hikayeler duymaktan hoşlanırlar ve yaşanan gebelikle kıyas yaparlar. Bebeğin kalp

seslerini dinlemek ve intrauterin hareketlerini hissetmek hoşlarına gider. Bazen bebeğin nasıl beslendiği ve ne giydiğine dair endişe duyarlar (Perry ve ark, 2010).

Okul çağı çocukları: Okul çağındaki çocuklar annelerinin gebeliğine daha klinik bir ilgi gösterebilirler. “Bebek oraya nasıl girdi” ve “nasıl çıkacak?” sorularının yanıtlarını duymak isterler. Bu yaş grubundaki çocuklar mağazalarda, kiliselerde, ve okullarda gebe kadınlara rastlar ve gebe bir kadın ile direkt olarak iletişime geçmeleri gerektiğinde utangaç davranabilirler. Genel olarak bakınca yeni bebeği hevesle beklemeye koyulurlar ve kendilerini “anneleri” veya “babaları” olarak görür ve bebek malzemeleri almaktan ve bebeğe yer hazırlamaktan keyif alırlar. Hala somut düşüncelere sahip oldukları ve yargıları şimdi ve nasıla dayandığı için annelerinin sağlıklı oluşuna olumlu karşılık verirler (Perry ve ark, 2010).

Adölesanlar: Kendi cinsel kimliklerinin oluşumu ile meşgul olan erken ve orta dönem adölesanlar ebeveynlerinin cinsel aktivitelerine dair bunaltıcı delili kabullenmekte güçlük çekebilir. Onlara göre, kendileri söz konusu bir aktivite için fazla genç ise ebeveynleri de fazla yaşlıdır. Kritik ebeveyn rolü üstlenme eğilimine girerler ve “insanlar ne düşünür?” veya “nasıl bu kadar şişman olmaya razı olabilirsiniz?” şeklinde sorular sorabilirler. Adölesan dönemde çocukları olan birçok kadın gebeliklerindeki en güç faktörün bu çocukları olduğunu itiraf etmektedir (Perry ve ark, 2010).

Geç dönem adölesanlar fazla rahatsız olmazlar. Pek yakında evden ayrılacaklarının farkındadırlar. Ebeveynler onların daha destekleyici olduklarını ve çocuktan çok birer erişkin gibi davrandıklarını bildirmektedir (Perry ve ark, 2010; Marshall ve Raynor, 2014).

2.5.4. Büyükanne-Büyükbabannın Gebeliğe Psikososyal Tepkileri ve Uyum

Her gebelik bütün aile ilişkilerini etkiler. Beklenti içerisinde olan büyük ebeveynler için çocuklarının ilk gebelikleri yaşlandıklarına dair kanıt niteliğindedir. Pek çoğu bir büyük ebeveyni yaşlı, saçları ağarmış zihinsel ve bedensel yönden güçsüz kişiler olarak görür; ancak, bazı kişiler henüz otuzlu veya kırklı yaşlarında da büyük ebeveyn olabilmektedir. Müstakbel annenin, annesine gebeliğini bildirmesi sonucunda olumsuz bir tepki alması o kişinin büyükanne olmaya hazır olmadığını gösterir. Hem kızı hem annesi verilen tepki nedeniyle şaşırabilir ve incinebilir (Perry ve ark, 2010).

Torun bekleyen bazı büyük ebeveynler yalnızca kayıtsız kalmakla kalmaz aynı zamanda müstakbel ebeveynin özgüvenini azaltan bilinçsiz davranışlar sergiler. Anneler zor geçen gebelikleri hakkında konuşabilir; ve kaynanalar gebe gelinlerine ilgisini yönelten oğullarından dolayı ihmal edildiklerinden şikayet edebilir (Perry ve ark, 2010).

Ancak, çoğu büyük ebeveyn aileye yeni bir bebeğin katılacak olması düşüncesi ile büyük sevinçler yaşar. Bu durum kendi gençlik hislerini, doğum heyecanlarını, ve müstakbel

ebeveynlerin (yani kendi çocuklarının) bebeklik dönemlerindeki davranışlarının yarattığı sevinci yeniden canlandırır. Kendi çocuklarının ilk gülümsemesi, ilk kelimeleri, ve ilk adımlarından oluşan, yeni doğacak olan bebeğin aile üyesi olarak 'kabul edilmesi' için daha sonra kullanabilecekleri bir hafıza kutusu oluştururlar. Onların ve ebeveynlerin memnuniyeti geçmiş ve gelecek arasındaki devamlılığın garanti edildiğini fark etmeleriyle birliktelik gösterir (Perry ve ark, 2010).

Büyük ebeveyn (büyükbaba veya büyükanne) ailenin tarihini aktaran tarihçi, deneyimlere dayanarak bilgi paylaşımında bulunan kaynak kişi, bir rol model, ve destek kişisidir. Büyük ebeveynlerin varlığı ve desteği, destek halkasını genişleterek aile sistemlerini güçlendirebilir. Başka bilgi kaynakları büyük ebeveynlerin yaptığı bu özgün katkının yerini tutamaz (Perry ve ark, 2010).

Pek çok kadın gebeliklerinin anneleri ve kendileri arasındaki mesafeyi kapattığını bildirmektedir. Adölesan dönemde başlayan yabancılaşma gebe kadının annesinin daha önce yaşamış olduğu neşe, endişe, ve anksiyeteleri yaşamasiyla kaybolur (Perry ve ark, 2010).

2.6. Ailenin Tanımı ve İşlevleri

İnsanın, toplumsal bir varlık olması, onun bir toplum içinde yaşamasını zorunlu kılar. Aile, içinde yaşadığımız toplumun temel taşıdır; keza toplum aile denilen en küçük sosyal birimin bir araya gelmesinden oluşmuş insan topluluğudur. Aile kavramı; yapısı ve işlevi zamana ve yere bağlı olarak değişen bir kurumu ifade eder. Bu sebeple, evrensel bir kurum olan ailenin her yerde ve her zaman geçerli olan tanımını vermek mümkün değildir (Könezoğlu, 2006).

Aile karşıt cinsten iki yetişkin kişinin yasal ve törel bağlara uyarak kurdukları biyolojik, psikolojik ve sosyolojik işlevleri olan bir kurumdur. Aile toplumsal hayatın en küçük temel birimidir. Aile, bu yapısı ile bireyin ve toplumun ihtiyaçları olan seks, üreme, korunma ve barınma, sevme-sevilme ve sevgiyi paylaşma, bağımlı ve bağımsız olma, ait olma, statü edinme, güven kendini gerçekleştirme, çocukların bakımı ve eğitimi, toplumsal töre ve ideallerin, kazanılan mal ve mülkün yeni kuşaklara aktarılması gibi birçok işlevleri yerine getirmekte ve bireyin biyolojik, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarına cevap vermektedir (Özgüven, 2014).

2.6.1. Aile ve Evlilik

Türkçe sözlükte “aile”, kan bağına dayanan karı, koca, çocuklar arasındaki ilişkilerin oluşturduğu, toplum içindeki en küçük “birlik” olarak tanımlanmaktadır. Biraz daha kapsamlı bir tanım olarak, “Aile, aynı çatı altında yaşayan, gelirlerini paylaşan, evlilik ve kan bağlarıyla birbirine bağlı, çeşitli roller ile birbirlerini etkileyen bireylerin oluşturduğu, yasal, sosyal ve

ekonomik bir kurum” şeklinde ifade edilebilir (Özgüven, 2014).

Evlilik, karşılıklı cinsel doyumun sağlanmasını, birlikteliği, dayanışmayı ama bunlardan da önemlisi, neslin devamını sağlayan bir ilişki biçimidir. Aynı zamanda evlilik; toplumlarda farklı yapılar gösterebilen, aile kurmayı ve türün devamını sağlayan iki insanın kalıcı bir beraberlik için bir araya gelerek oluşturdukları, birbirlerine ve çocuklarına karşı ortak sorumluluklarını yerine getirmeye söz verdikleri, birbirine bağlı sistemlerden oluşan evrensel bir kurumdur (Yalçın, 2014).

Ailede, karı-koca yasal evlenme yoluyla, ana-baba ve çocuklar ise kan bağı ile birbirlerine bağlıdırlar. Aile üyeleri birlikte aynı çatı altında yaşarlar, sorumluluklarını iş bölümü halinde yerine getirirler ve gelirlerini paylaşırlar, duygusal bağlarla birbirlerine bağlıdırlar (Özgüven, 2014).

2.6.2. Evlilik Uyumu

İnsanın doğası gereği evlilikte kadın ve erkek arasındaki uyum eskiden beri önemli bir sorun olmakla birlikte, günümüzde uzmanların ilgilenmesi gereken bir durum haline gelmiştir. Çünkü aile, sadece iki kişinin bir araya gelmesiyle oluşan bir kurum değildir. Her şeyden önce bu iki kişinin birbirine uyması, ailenin sürekliliği için zorunludur (Şener ve Terzioğlu, 2002).

Spanier (1976) evlilikte uyumu, eşlerin günlük yaşantıya ve yaşantı içinde değişen koşullara uyum sağlaması ve belirli bir süre içinde birbirlerine uygun olarak değişmesi şeklinde tanımlamaktadır. Sabatelli (1988) ise uyumlu evliliği eşlerin birbirleriyle iletişim kurabildiği, evliliğin önemli alanlarında fazla anlaşmazlık yaşanmadığı, anlaşmazlıkların her iki tarafı da hoşnut edecek şekilde çözümlendiği evlilik olarak tanımlamaktadır. Nelson-Jones (1986), insan ilişkilerinin başlama, geliştirme, sürdürme ve sonlandırma şeklinde dört aşama da gerçekleştiğini; uyumlu evlilik ilişkilerinde sonlandırma aşamasının yalnızca eşlerden birinin ölümüyle mümkün olabileceğini belirtmektedir. Sürdürme aşaması ise evlilikte yüksek uyumu gerektirmektedir.

Aile yaşamında eşler arasında uyum sağlanarak mutluluğun elde edilebilmesi için eşlerin; iletişim, değer ve amaçlar, karar verme, evle ilgili faaliyetlerin yürütülme biçimi, yakın akrabalarla ilişkiler, serbest zamanların değerlendirilmesi, gelir idaresi gibi konularda görüş ve çabalarını birleştirmeleri gerekmektedir (Şener ve Terzioğlu 2002). Bu bakımdan iyi bir şekilde uyumlu olan ilişki, partnerlerin sık sık karşılıklı ilişki kurduğu, evlilikle ilgili konularda nadiren anlaşamadıkları, birbirleriyle açıkça iletişim kurdukları ve anlaşmazlıkları karşılıklı tatmin yoluyla çözdükleri biçimlerden birisi olarak düşünülmektedir (Locke ve Wallace, 1959; Spanier, 1976).

2.6.3. Evlilik Kavramının Tanımı

“Evlilik” kavramı, “aile” kavramına göre daha belirgin bir kavramdır. “Aile” bir grup veya örgüt, “evlilik” ise, karşı cinsten iki kişinin birlikte yaşamak, yaşantıları paylaşmak, çocuk yapmak ve yetiştirmek gibi amaçlarla yaptıkları bir “sözleşme” dir. Evlilik, kurumsallaşmış bir yol, bir ilişkiler sistemi, bir kadınla bir erkeği, “karı-koca” olarak birbirine bağlayan doğacak çocuklara belli bir statü sağlayan toplumsal yönden “devletin” kontrol, hak ve yetkisi bulunan yasal bir ilişki biçimidir. Eşlerin ve çocukların hak ve yükümlülükleri yasalarla olduğu kadar, toplumsal kurallar, gelenekler, inançlarla da belirlenmiştir (Özgüven, 2014).

Bir yaşam biçimi olarak, evlilik olgusuna, birbirinden çok farklı kültürlerde evrensel düzeyde rastlanması, evliliğin toplumda çeşitli işlevleri yerine getirmesinden kaynaklanmaktadır. Bu işlevler arasında, cinsel yaşamın sağlıklı olarak düzenlenmesi, soy çizgisinin, cinsiyet rollerinin ve iş bölümünün belirlenmesi, ekonomik üretim ve tüketim etkinliklerinin düzenlenmesi gibi temel görevleri sayılabilir (Özgüven, 2014).

2.6.4. Evliliğin İşlevleri

Evliliğin gereği ve nedenleri düşünüldüğünde, evlilik yaşamının, iki kişinin biyolojik, sosyal ve psikolojik gereksinim ve güdülerini doyumayı amaçladığı gözlenmektedir. Farklı cinsten kadın ve erkek beraberliğinin temelinde bu gereksinimlerin karşılanması ve doyurulması yatmaktadır (Özgüven, 2014).

Evliliğin temel işlevleri arasında, “Biyolojik” bir gereksinim olarak “cinsel güdüyü doyumak”, evliliğin en önemli işlevlerinden birisidir. Eşlerin bu yönden uyum içinde olması, birbirlerinin cinsel istek ve beklentilerini karşılaması, cinsel güdünün doyuma ulaşması gerekir. Cinsel doyum evliliğin temel koşuludur. Eşler cinsel ilişkinin kendilerine verdiği bir olanak olarak da, “çocuk yapmak, yetiştirmek ve kendi nesillerini üretmek” gereksinimini de karşılayabilmektedirler (Özgüven, 2014).

Evlilikte eşler, “sosyal” gereksinim olarak, birlikte güven içinde olma, korunma, dayanışma içinde olduklarını hissetme, geleceğe güvenle bakabilme, toplumda bir yer edinebilme, birbirlerinden onur ve kıvanç duyabilme gibi “bireylerin destek, korunma ve yaşam gereksinimlerini de doyurma” olanağı bulurlar. Yalnız olmadıklarını bilmek, yaşama dört elle sarılabilmek, “ortak amaca yönelmek” gibi gereksinimlerde doyurulan sosyal gereksinimlerden (Özgüven, 2014).

Evlilikte birçok “psikolojik” gereksinimler de doyurulmaktadır. Kadın ve erkeğin her ikisi de sevmek, beğenilmek isterler. İnsanlar için en önemli gereksinimlerden biri olan “sevgi” özellikle evlilik ilişkileri içinde doyuma ulaşmakta, taraflar kendilerini eşlerine

adamakta, acı ve tatlı yaşantılarını paylaşabilmekte ve birlikte olma hazzı duymaktadırlar. Eşler birbirlerini “koşulsuz” sevebildiği oranda bu gereksinimler doyuma ulaşmaktadır (Özgüven, 2014).

2.6.5. Evlilikte İletişim

Bir süreç olarak iletişim, bir mesajın bir göndericiden bir alıcıya aktarımını kapsar. Etkili iletişim ise bir mesajı karşı tarafa doğru biçimde aktarma ve karşı tarafın da mesajı doğru olarak algılamasıdır. Eşler arası problemlere bakıldığında çoğunun iletişimin sağlıklı olmamasından kaynaklandığı görülür. Bir eşin söylediğini diğer eş farklı algılar. Bu durumda çözecekleri sorunları çözemedikleri gibi üstüne yeni sorunlar çıkar. Eşler arasında etkili iletişim olmamasının sebebi her bireyin kendi düşüncesini savunması ve bunu karşı tarafa kabul ettirmeye çalışmasıdır. (Akgün ve Uluocak, 2010)

Evlilik bir iletişim ve etkileşim sistemidir. Bu sistemin canlılığı karı-koca arasında sözlü-sözsüz uygun bildirim ve mesajların alınıp verilmesiyle ölçülür. Eşlerin birbirlerine ruhsal, toplumsal ve cinsel beklentilerini ve mesajlarını ortaya koymaları, dile getirebilmeleri için karşılıklı etkileşim içinde olmaları gerekir. Uyumlu bir evlilik herşeyden önce sağlıklı bir iletişimle gerçekleşir. Sağlıklı ve normal bir iletişimin bulunmaması, karı-koca arasındaki sorunları algılayıp kavrayamamaktan ve iletişim bozukluğundan kaynaklanır (Özgüven, 2014).

2.6.6. Evlilik Uyumu ile Bazı Değişkenler Arasındaki İlişkiler

Özgüven (2000), evlilik uyumu üzerinde etkili olabilecek değişkenleri bireysel değişkenler, aileye ilişkin değişkenler ve sosyo-ekonomik değişkenler olarak sınıflandırmaktadır. Cinsiyet, yaş, evlilik sayısı, ilk evlenme yaşı, sağlık durumu, fiziki görünüş vb. gibi özellikler bireysel değişkenler, eşler arasındaki yaş farkı, evlilik biçimi, çocuk sahibi olup olmama, eşle duygu ve düşünceleri paylaşma, eşle ev işlerini paylaşma, ailelerden sağlanan destek durumu, eşlerin cinsel yaşamdaki doyumları vb. gibi özellikler ise aileye ilişkin değişkenlerdir. Son olarak sosyo- ekonomik değişkenler de ailenin aylık geliri, gelirin yeterlilik düzeyi, eşlerin öğrenim düzeyi, eşlerin aile gelirine katkısı, eşlerin mesleki durumları, eşlerin yaptıkları işten memnun olup olmamaları vb. gibi özelliklerden oluşmaktadır (Ergin, 2008).

2.6.7. Evlilik Uyumunu Etkileyen Faktörler

Locke (1968) ve Spanier (1976) tarafından evlilik uyumu bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlamaya göre de evlilikte uyum; eşlerin belli bir süre içinde, birbirlerine uygun olarak değişmeleridir. Belli bir zamanda, bir çiftin toplam uyumu, birçok farklı durumun dengesi içinde, ilişkiyi etkileyen birçok unsurun bir araya gelmesi ile

belirlenir.

Terman (1938), evlilik uyumunu etkileyen faktörleri şu şekilde sıralamıştır:

- 1- Eşler arasında fikir birliği,
- 2- Fikir ayrılığını düzeltmek için kullanılan yöntemler,
- 3- Evli olmaktan duyulan memnuniyet/pişmanlık,
- 4- Evliliği sürdürme/ ayrılma ya da boşanmanın düşünülmesi,
- 5- Eşe karşı şikayetlerin ifadesi,
- 6- Eşlerin evlilikten aldıkları doyumun öznel değerlendirilmesi

Spanier (1976) ise, evlilik uyumu sürecinin sonuçlarını, şu etkenlere göre belirtmiştir:

- 1- Çiftler arasında sorun yaratan farklılıklar,
- 2- Kişilerarası gerilim ve bireysel kaygı,
- 3- Çift doyumunu,
- 4- Çift birlikteliği,
- 5- Çiftlerin işlevselliğinde önemli olabilecek konularda görüş birliğidir.

Ayrıca, evlilik uyumunu etkileyen faktörler; anne-baba evliliğinin mutluluk derecesi, tanışma süresinin uzunluğu ve nişanlılık, cinsiyete bağlı rollerde yetiştirme derecesi, evliliğin arkadaşlar ve aile tarafından onaylanma derecesinin yüksekliği, nişanlılık ve evliliğin ilk dönemlerinde birbirine uyum sağlanabilmesi, etnik ve dini geçmişin ortaklığı, toplumsal statü ve eğitim düzeyinin yüksekliği, evlenme yaşı, çocukluk sırasında anne-baba ile iyi ilişkiler içinde olmak şeklinde sıralanmıştır (Çakır, 2008; Demir ve Fışıloğlu, 1999).

2.7. Ebelik-Hemşirelik Süreci

Hemşire/ebe doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin sadece gebeyi değil tüm aile üyelerini etkilediğini ve etkilendiğinin bilincinde olmalıdır Bu nedenle de gebe için hazırlanacak olan bakım planlarına aile özellikle de eş dahil edilmelidir. Gebelik ve evlilik, stres verici yaşam olaylarının içinde ilk sıralarda yer almaktadır (Yekenkunrul ve Mete, 2011).

Gebenin fizyolojik ve psikolojik bakım gereksinimlerinin karşılanmasında onunla sürekli ilişkisi olan ebenin rolü büyüktür. Gebelikle başlayan bu rol doğum eyleminde devam eder, doğumdan sonra da annenin lohusalık dönemi bitinceye kadar sürer. Gebelik süresince ebenin sorumlulukları, gebenin fiziksel ve psikososyal yönden değerlendirilmesi, bakım gereksinimlerinin saptanması, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini içerir.

Gebenin psikolojik durumu ile ilgili veriler anamnez alınırken elde edilir. Bunun içinde gebe ile güven verici bir ilişki kurulmalı, sözel olmayan mesajlar da dikkatle değerlendirilmelidir.

Gebelik süresince kadında görülen psikolojik tepkilerin başında kararsızlık, ambivalans, anksiyete ve stres gelir. Ebeler gebelikte görülen psikolojik tepkileri bilmeli ve bunları gebeyle tartışmalıdır. Bu duyguların sadece kendisinde olmadığını bilmek gebeyi rahatlatacak ve sorunlarını çözmeye yöneltecektir.

Bu tepkiler arasında en yoğun yaşanan anksiyetenin giderilmesinde de ebenin sorumlulukları kısaca şu şekilde özetlenebilir; davranış, düşünce, fizyolojik uyarılma ve duygu düzeyinde kendini belli eden anksiyetenin tüm bu boyutları karşılıklı etkileşim içindedir. Bu nedenle her boyutta kişiye başa çıkma becerileri vermek amaçlanır. Ulaşılmak istenen; anksiyeteyi ortadan kaldırmak değil, başa çıkılabilir düzeyde tutmak ve anksiyeteden dolayı engellenmeden yaşayabilmektir.

Ayrıca ebe anksiyetenin fiziksel belirtilerini bilmelidir. Bunlar; metabolik süreçte yaygın artış, uyku bozuklukları, kas gerginliği, yerinde duramama, pupillerde dilatasyon, kararsız ses tonudur. Gebe kadının ifade edebileceği subjektif tepkiler ise güçsüzlük, kuvvetsizlik hissi, iştahsızlık, panik, eksitabilite, el ve ayaklarda terleme, soğukluk ve çaresizlik duygularıdır.

Ebelerin diğer önemli bir görevi de gebe çifte duygusal destek sağlamak ve danışmanlık yapmaktır. Gebeliğin bir kriz değil, rol geçişi evresi ve olayın normal bir olay olduğu anlatılmalıdır. Danışmanlık süresince en önemli unsur gebe kadın ile danışman ebe arasında empatik, güven verici ve anlayışlı bir yaklaşım ortamının sağlanmasıdır. Ancak bu şekilde gebe aldığı sağlık hizmetinden faydalanacak ve daha fazla doyum sağlayacaktır.

Ebe aileye rol geçişi döneminde yardımcı olur. Anne-baba kendilerine ne olduğu, nasıl bir değişimden geçtiklerini dışarıdan bakan bir insanın, yani ebenin yardımıyla öğrenebilirler. Ayrıca aileye, arkadaşlarının ve ailelerinin duygusal desteğini kullanmaları söylenmelidir.

Sonuç olarak değerlendirmede; problemler tartışılabilirse, bebeğin doğumu ile ilgili sağlam planlar yapılmışsa ve anne-baba bebeğin yaşamlarını değiştireceği gerçeğini kabullenmişse başarılı bir ebelik yaklaşımından söz edilebilir. Aksi takdirde tekrar başa dönülüp durum değerlendirilmelidir (Demirci,1996; Marshall ve Raynor, 2014).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, gebelikteki psikososyal durumun evlilik uyumuyla ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Manisa il merkezi Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 10 Şubat-24 Mayıs 2014 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Manisa il merkezi Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'nde 2012 yılında gebe polikliniğe başvuran tüm gebeler (N=16295) oluşturmuştur.

Araştırmanın örnekleme, Manisa il merkezi Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne başvuran gebe sayısı üzerinden Evreni Bilinen Örneklem Formülü kullanılarak %95 olasılık ve \pm %5 sapma ile evrenden 376 gebe alınmıştır. Örneklem seçiminde, gebelerin, gebeliklerini öğrendikleri zamanın üzerinden geçen süre esas alınarak 10 hafta ve üzerindeki gebeler basit rastgele örnekleme yöntemiyle seçilmişlerdir.

Araştırmaya dahil olma kriterleri:

- Gebelik haftası 10 ve üzerinde olan,
- Gebelik komplikasyonu ya da riskli gebelik yaşamayan (GDM, HEG, Preeklampsi vs.),
- Psikolojik tedavi görmeyen,
- Evli ve eşiyile beraber yaşayan,
- Sözel iletişim kurulabilen ve işitme, görme gibi herhangi bir engeli bulunmayan,
- Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler

Araştırmadan Dışlama Kriterleri:

- Gebelik haftası 9 ve altında olan,
- Gebelik komplikasyonu ya da riskli gebelik yaşayan (GDM, HEG, Preeklampsi vs.),
- Psikolojik tedavi gören,
- Evli ve eşiyile beraber yaşamayan,
- Sözel iletişim kuramayan ve işitme, görme gibi herhangi bir engeli bulunan,

- Çalışmaya katılmayı kabul etmeyen gebeler.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği puan ortalamaları araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

Bağımsız değişkenler: Yaş, eğitim durumu, meslek, eşin eğitim durumu ve mesleği, gelir durumu, sosyal güvence, en uzun yaşadığı yer, Manisa'dan önce yaşadığı bölge, kaç yıldır Manisa'da yaşadığı, aile tipi, ilk evlenme yaşı, evlilik biçimi, evlilik sayısı, daha önceki evlilikten çocuk olma durumu, ilk gebelik yaşı, en son gebeliğinin üzerinden geçen süre, gebelik sayısı, doğum sayısı, abortus durumu, ölü doğum hikayesi, gebeliğin istenme durumu, düzenli antenatal kontrollere gitme durumu, kontrolleri nerede yaptırdığı ve eş ilişkisi araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında;

- Örnekleme alınan gebelerin sosyo-demografik ve diğer değişkenlerin özelliklerini belirleyen “Anket Formu” (Ek II).
- “Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ): Pregnancy Psychosocial Health Assessment Scale (PPHAS)” (Ek III).
- “Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ): Marital Adjustment Test (MAT)” (Ek IV) kullanılmıştır.

3.5.1. Bireysel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatur doğrultusunda geliştiren anket formu, 23 sorudan oluşmaktadır. Formda, gebelerin sosyo-demografik özellikleri, gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özellikleri, gebelerin obstetrik özellikleri, gebelerin şimdiki gebelik özellikleri, gebelerin şimdiki gebelikte eş ilişkisi ve gebelerin evlilik özelliklerine yönelik sorular yer almaktadır.

3.5.2. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ)

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği, gebelikte psikososyal sağlığın değerlendirilmesinde kullanmak amacı ile Yıldız tarafından 2011 yılında geliştirilmiştir. Gebelikte Psiko-Sosyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği (GPSDÖ) 5 dereceli olarak düzenlenmiş likert tipi bir ölçektir. Ölçekteki her bir madde 1'den 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230'dur.

Ölçeğin değerlendirilmesinde elde edilen toplam puan madde sayısına bölünerek madde puan ortalaması saptanır ve 1 ile 5 arasında sonuç elde edilir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük değer 1 ve en yüksek değer 5'tir. Ölçeğin değerlendirilmesinde

derecelendirme: 1 Psikososyal sağlığın “çok kötü” olduğunu, 5 de “çok iyi” olduğunu göstermekte ve puanlar hangi yöne yaklaşırsa değerlendirme o bağlamda yorumlanmaktadır. Temelde düşük psikososyal sağlık 1, psikososyal sağlığın çok iyi olması 5 ile ifade edilmektedir. Ölçekte iyi, orta, kötü şeklinde bir değerlendirme vardır. 1-5 arası rakamlar bağlamında baktığımızda <2 değerler de psikososyal sağlık kötü olarak, >2-3.5 arası değerler orta ve >3.5 iyi, ≥4.5 olan değerler çok iyi olarak da yorumlanır. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Bu puanlama, ölçeğin totali ve de alt grupları açısından da aynıdır.

Puanlardaki artış gebelikte psikososyal sağlığa ilişkin olumlu, azalma yani puan 1’e yaklaştıka belirtilen özelliğe ilişkin sorun olduğunu göstermesi açısından maddeler ifade tarzına, negatif ve pozitiflik durumuna göre farklı şekilde kodlanmıştır. *Çok fazla* ifadesi 1, *hiç* ifadesi 5 ile puanlanan 29 madde bulunmaktadır (*çok fazla 1, fazla 2, orta 3, az 4, hiç 5*). Kalan 17 madde de (1,2,3,5,6,8,16,17,18,19,20,31,32,33,34,35,42 maddeler) *çok fazla* ifadesi 5, *hiç* ifadesi de 1 ile (*çok fazla 5, fazla 4, orta 3, az 2, hiç1*) puanlandırılarak kodlanmaktadır. Ölçekte altı alt boyut bulunmaktadır. Ölçekteki birinci alt boyutta yer alan 13 madde “Gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler”i, ikinci alt boyutta yer alan 8 madde “Kaygı ve strese ait özellikler”i, üçüncü alt boyutta yer alan 7 madde “Aile içi şiddete ait özellikler”i, dördüncü alt boyutta yer alan 7 madde “Psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler”i, beşinci alt boyutta yer alan 4 madde “Ailesel özellikler”i ve altıncı alt boyutta yer alan 6 madde de “Gebeliğe ilişkin fiziksel-psiko-sosyal değişikliklere ait özellikler” i kapsamaktadır.

Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Alt Boyutları

1. Boyut- Gebelik ve Eş İlişkisine Ait Özellikler: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 18, 19, 20, 32 ve 34. maddeler,
2. Boyut- Kaygı ve Strese Ait Özellikler: 9, 10, 11, 12, 36, 37, 38 ve 40. maddeler,
3. Boyut- Aile İçi Şiddete Ait Özellikler: 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 ve 43. maddeler,
4. Boyut- Psikososyal Destek Gereksinimine Ait Özellikler: 16, 17, 28, 29, 30, 41 ve 45. maddeler,
5. Boyut- Ailesel Özellikler: 31, 33, 35 ve 42. maddeler
6. Boyut- Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişikliklere Ait Özellikler: 13, 14, 15, 39, 44 ve 46. maddeler, ölçeğin alt boyutlarını oluşturmaktadır.

3.5.3. Evlilik Uyum Ölçeği (EUÖ)

Locke ve Wallace’nin (1959) geliştirdiği ve Türkçe’ye uyarlamasını Tutarel Kışlak’ın (1999) yaptığı toplam 15 sorudan oluşan, tam adı Locke ve Wallace Evlilikte Uyum Ölçeği: EUÖ, (Marital Adjustment Test: MAT) olan ölçek, evliliğin niteliğini ölçmek amacıyla

geliştirilmiştir. Temel ve ayırt edici sorulardan oluşmuş olan ölçek, son 30 yıldır pek çok araştırmada, geçerli ve güvenilir olarak kabul edilerek kullanılmıştır (Tutarel-Kışlak, 1999).

Tutarel Kışlak'ın (1999) yaptığı geçerlik güvenirlik çalışmasında EUÖ'nin güvenirliğini belirlemek amacıyla, iç tutarlık katsayısı, iki yarım test güvenirliği, test-tekrar test güvenirliği ve tüm denekler için madde test korelasyonları hesaplanmıştır. Bu değerlendirmeye ilişkin, ölçeğin iç tutarlık (Cronbach Alpha) katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur. Ölçeğin orijinalinin iç tutarlık güvenirliği ise 0.90'dır. Ölçeğin ilk yarısı ve son yarısındaki puanlamalar birbirinden farklı olduğundan, numarası tek olan ve çift olan maddeler karşılaştırılmıştır. Buna göre iki yarım test güvenirliği (Split-half) $r = 0.84$ olarak bulunmuştur. Test-tekrar test tekniği ile güvenirlik hesaplaması ise örneklem grubunu oluşturan 311 kişi dışındaki birbiriyle evli 36 kişi üzerinde yapılmıştır. Ortalama 15 gün aralıkla ölçek tekrar uygulanmıştır. İki uygulamadan elde edilen puanlar için saptanan Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon katsayısı 0.57 olup, 0.01 düzeyinde anlamlıdır. EUÖ'nin ölçüt bağımlı geçerliğinin saptanmasında, Kişilerarası İlişkiler Ölçeği ile İlişkilerde Yükleme Ölçeği'nden yararlanılmıştır. EUÖ ile Kişilerarası İlişkiler Ölçeğinin toplam puanları arasındaki korelasyon katsayısı 0.12 ($p < 0.05$) olarak bulunmuştur. EUÖ ile İlişkilerde Yükleme Ölçeği toplam puanları arasında ise negatif korelasyon beklenmiştir. Nitekim elde edilen korelasyon katsayısı -0.54'tür ve bu değer 0.01 düzeyinde anlamlıdır (Tutarel-Kışlak, 1999). Ölçeğin değerlendirilmesi Tablo 1. de belirtildiği gibi yapılmaktadır.

Evlilikte Uyum Ölçeğinin Puanlama Sistemi

Madde	Puanlama
1	0,1,2,3,4,5,6
2 ile 9 arası	5,4,3,2,1,0
10	0,0,1
11	3,2,1,0
12	Anlaşmazlık:0 Dışarıda bir şeyler yapmak:1 Evde oturmak:1
13	0,1,2,3
14	2,1,0
15	0,1,2,2
Toplam Puan	58

Ölçekteki puanlar, uyumsuzluktan uyumluluğa doğru artmaktadır. En düşük puan 0, en yüksek puan 60'tır. Ortalamayı temel alan kesim noktası formülü kullanılarak, EUÖ'den elde edilen puanların kesim noktası 43.5 olarak hesaplanmıştır. Buna göre, ölçekten 43.5 ve üzeri puan alanlar evliliklerinde uyumlu, 43.5'in altında puan alanlar uyumsuz olarak değerlendirilmektedir (Tutarel-Kışlak, 1999).

3.6. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada, 10 hafta ve üzerindeki gebelere ulaşabilmek için, Manisa il merkezi Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi ve Manisa Merkez Efendi Devlet Hastanesi'ne antenatal kontrolleri için gelen gebelerle görüşülmüştür. Antenatal kontroller için ilgili hastanelere gelen, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan gebeler araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmada kullanılan Anket Formu, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeği araştırmacı tarafından gerekli açıklamalar yapıldıktan sonra gebelerle yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırmada, Anket Formunun doldurulması ortalama 10–15 dakika, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'nin doldurulması ortalama 10–15 dakika ve Evlilik Uyum Ölçeği'nin doldurulması ortalama 10–15 dakika olmak üzere veriler toplam 30–45 dakika içinde toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş olup; araştırmanın sadece iki kurumda yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmuştur. Araştırmaya belirlenen tarihler arasında antenatal kontrolleri için polikliniklere başvuran gebelerden, gönüllü olanlar araştırma kapsamına alınmış fakat; Devlet Hastanesi'nde poliklinik muayene işlemleri çok kısa sürdüğünden gebeler fazla katılmak istememiştir.

3.8. Verilerin Analizi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler “IBM SPSS Versiyon 21.0” yazılımı ile araştırmacı tarafından işlenmiş ve değerlendirilmesinde E.Ü. Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim Anabilim Dalı'ndan yardım alınmıştır. Verilerin analizinde 376 gebenin “Evlilik Uyumuna ve Gebelikteki Psikososyal Sağlığa Etki Eden Faktörlerin İncelenmesine İlişkin Anket Formu”, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği ve Evlilik Uyum Ölçeğine” verdikleri cevaplar bilgisayara geçirilmiştir. Veriler için gebe sayısı esas alınarak her bir soru için tanımlayıcı istatistikler olan mutlak ve yüzde değerleri gösteren frekans tabloları hazırlanmıştır. Gebelerin psikososyal sağlık ve evlilik uyumu puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için Shapiro ve Kolmogorow-Smirnov testleri uygulanmıştır. Normal dağılım göstermeyen puanlar, Kruskal-Wallis testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirilerek puanların ortalamaları hesaplanmıştır. Ayrıca, araştırmanın bulgularının değerlendirilmesinde, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler ve yüzdelik sayılar kullanılmıştır.

Psikososyal sağlık puan ortalamaları ve evlilik uyum puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olup olmadığı parametrik test varsayımları gruplardaki gebe sayısının az olması nedeni ile yerine getirilemediğinden, gruplara ilişkin psikososyal sağlık ve evlilik uyum puan ortalamaları arasındaki farkın önemli olup olmadığı “Kruskal-Wallis Varyans Analizi”, farklılığın önemli bulunması durumunda, farklılığın hangi grup ya da kaynaklandığı ise “Mann Whitney-U” testi ile kontrol edilmiştir. Testlerin uygulanmasında önemlilik düzeyi $\alpha=0.05$ alınmıştır.









3.9. Etik Açıklamalar

Araştırmanın yapılabilmesi için; Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Ek VI). Araştırmada kullanılan ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden izin alınmıştır. Araştırmanın uygulanabilmesi için Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi başhekimliğinden ve Manisa Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'nden izin alınmıştır (Ek V). Ayrıca gebelere görüşme öncesi, araştırmanın

amacı, araştırmadan sağlanacak yararlılıklar, görüşme için harcayacağı zaman konusunda açıklamalar yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

3.10. Süre Ve Olanaklar

Eylül- Aralık 2013 döneminde araştırma planı yapılmış, ilgili literatürler taranmış, tez konusu belirlenmiştir. Araştırma, 23.11.2014 tarihinde tez önerisi olarak Sağlık Bilimleri Enstitüsüne sunulmuştur. Veriler 10 Şubat-24 Mayıs 2014 tarihleri arasında toplanmıştır.

Yapılan Çalışmalar	TARİH							
	Haziran- Eylül 2013	Ekim 2013	Kasım 2013	Aralık- Ocak 2013- 2014	Şubat- Mayıs 2014	Haziran- Temmuz 2014	Ağustos -Kasım 2014	Aralık 2014
Literatür İnceleme ve Konu Seçimi								
Araştırma Deseninin Seçimi								
Tez Önerisi								
Düzeltilmelerin Yapılması- Pilot Çalışma								
Veri Toplama Aşaması								
Verilerin Değerlendirilmesi-Analizi								
Tez Yazımı								
Tez Savunması								

4. BULGULAR

4.1. GEBELERİN VE EŞLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	%	Ortalama
Yaş Grubu			
15-19 yaş	24	6.4	26.68±5.15
20-24 yaş	119	31.6	
25-29 yaş	120	31.9	
30-34 yaş	89	23.7	
35 yaş ve üzeri	24	6.4	
Eğitim Durumu			
Okur yazar değil	19	5.1	
Okur yazar	14	3.7	
İlkokul mezunu	110	29.3	
Ortaokul mezunu	120	31.9	
Lise/dengi okul mezunu	76	20.2	
Üniversite/Yüksekokul mezunu	37	9.8	
Meslek			
Ev hanımı	309	82.2	
İşçi	49	13.0	
Memur	18	4.8	
Ailenin ekonomik durumu			
Gelir giderden az	124	33.0	
Gelir gidere denk	220	58.5	
Gelir giderden fazla	32	8.5	
Ailenin sosyal güvencesi			
SSK	276	73.4	
Bağ-kur	20	5.3	
Yeşilkart	41	10.9	
Emekli Sandığı	20	5.3	
Sosyal güvencesi olmayan	19	5.1	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	281	74.7	
Geniş aile	95	25.3	
En Uzun Yaşadığı Yer			
Köy	130	34.6	
İlçe	77	20.5	
Kent Merkezi	169	44.9	
Manisa'da Yaşama Yılı			
0-5 yıl	124	33.0	13.65±10.89
6-10 yıl	68	18.1	
10 yıl ve üzeri	184	48.9	
TOPLAM	376	100.0	

Tablo 1’de gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %6.4’ünün 15-19 yaş grubunda, %31.6’sının 20-24 yaş grubunda, %31.9’unun 25-29 yaş grubunda, %23.7’sinin 30-34 yaş grubunda ve %6.4’ünün 35 yaş ve üzerinde olduğu ve yaş ortalamasının 26.68 ± 5.15 olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %5.1’inin okur yazar olmadığı, %3.7’sinin okur yazar olduğu, %29.3’ünün ilkokul, %31.9’unun ortaokul, %20.2’sinin lise ve dengi okul, %9.8’inin üniversite/yüksek okul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %82.2’sinin çalışmadığı ev hanımı olduğu, %13.0’ünün işçi olarak çalıştığı ve %4.8’inin memur olarak çalıştığı bulunmuştur (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %33.0’ünün ekonomik durumunu düşük, %58.5’inin orta ve %8.5’inin yüksek düzeyde algıladıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Gebelerin %5.1’inin sosyal güvencesinin olmadığı, %73.4’ünün Sosyal Sigortalar Kurumu’na (SSK), %5.3’ünün Bağ-Kur’a, %10.9’unun Yeşilkart ve %5.3’ünün Emekli Sandığı’na bağlı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Gebelerin %74.7’sinin çekirdek aile yapısına, %25.3’ünün geniş aile yapısına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin en uzun yaşadıkları yere bakıldığında, %34.6’sının köy, %20.5’inin ilçe ve %44.9’unun ilde yaşadıkları saptanmıştır (Tablo 1).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin kaç yıldır Manisa’da yaşadığına bakıldığında, %33’ünün 0-5 yıl arasında yaşadığı, %18.1’inin 6-10 yıl arasında yaşadığı ve 48.9’unun 10 yıl ve üzerinde Manisa’da yaşadığı ve Manisa’da yaşama yılı ortalamasının 13.65 ± 10.89 olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Eşlerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtcı Özellikler	n	%
Eşin Eğitim Durumu		
Okur yazar	15	4.0
İlkokul mezunu	118	31.4
Ortaokul mezunu	88	23.4
Lise/dengi okul mezunu	107	28.4
Üniversite/Yüksekokul mezunu	48	12.8
Eşin Mesleği		
Çalışmıyor/İşi yok	4	1.1
İşçi	306	81.4
Memur	34	9.0
Esnaf/Çiftçi	32	8.5
TOPLAM	376	100.0

Tablo 2’de gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %4.0’ünün okur yazar olduğu, %31.4’ünün ilkokul mezunu olduğu, %23.4’ünün ortaokul mezunu olduğu, %28.4’ünün lise ve dengi okul, %12.8’inin üniversite/yüksekokul düzeyinde eğitim aldığı saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin %1.1’inin çalışmadığı, %81.4’ünün işçi, %9.0’unun memur ve %8.5’inin esnaf/çiftçi olarak çalıştığı bulunmuştur (Tablo 2).

4.2. GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 3. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Gebelerin Obstetrik Özellikleri	n	%	Ortalama
İlk Gebelik Yaşı			
15-19 yaş	100	26.6	22.32±3.81
20-24 yaş	171	45.5	
25-29 yaş	88	23.4	
30-34 yaş	17	4.5	
Gebelik Sayısı			
İlk gebelik	140	37.2	2.21±1.28
2. gebelik	108	28.7	
3. gebelik	66	17.6	
4. gebelik ve üzeri	62	16.5	
Doğum Sayısı			
Hiç doğum yapmamış	156	41.5	1.52±0.76
1 doğum	136	36.2	
2 doğum	56	14.9	
3 doğum ve üzeri	28	7.4	
Abortus Yapma Durumu			
Düşük yapan	73	19.4	0.27±0.63
Düşük yapmayan	303	80.6	
Ölü Doğum			
Evet	15	96.0	0.04±0.24
Hayır	361	4.0	
Bir Önceki Doğum Aralığı			
Hiç çocuğu yok	141	37.6	2.55±2.98
1-2 yıl	84	22.3	
3-4 yıl	70	18.6	
5 yıl ve üzeri	81	21.5	
Yaşayan Çocuk Sayısı			
Hiç çocuğu yok	157	41.7	1.50±0.70
1 çocuk	136	36.2	
2 çocuk	56	14.9	
3 çocuk ve üzeri	27	7.2	
TOPLAM	376	100.0	

Tablo 3'te gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin ilk gebelik yaşına göre dağılımlarına bakıldığında, gebelerin %26.6'sının 15-19 yaş arasında, %45.5'inin 20-24 yaş arasında, %23.4'ünün 25-29 yaş arasında, %4.5'inin 30-34 yaş arasında ilk kez gebe kaldığı ve ortalama ilk gebelik yaşının ise 22.32±3.81 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınana gebelerin %37.2'sinin primigravida, %28.7'sinin ikinci gebeliği, %17.6'sının üçüncü gebeliği ve %16.5'inin 4 ve üzerinde gebeliği olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3'te gebelerin doğum sayısına bakıldığında, %41.5'inin hiç doğum yapmadığı, %36.2'sinin 1 kez doğum yaptığı, %14.9'unun 2 kez doğum yaptığı, %7.4'ünün 3 ve üzerinde doğum yaptığı ve ortalama doğum sayısının ise 1.52 ± 0.76 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %19.4'ünün düşük yaptığı, %80.6'sının düşük yapmadığı ve ortalama düşük sayısının ise 0.27 ± 0.63 olduğu saptanmıştır. Gebelerin, %96.0'sı ölü doğum yapmadığı, %4.0'ının ise ölü doğum yaptığı ve ortalama ölü doğum sayısının ise 0.04 ± 0.24 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3'te gebelerin bir önceki doğum aralığına bakıldığında, %37.6'sının çocuğunun olmadığı, %22.3'ünün 1-2 yıl, %18.6'sının 3-4 yıl ve %21.5'inin 5 yıl ve üzerinde olduğu ve ortalama doğum aralığının ise 2.55 ± 2.98 olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde, %41.7'sinin hiç çocuğu olmadığı, %36.2'sinin 1 çocuk, %14.9'unun 2 çocuk, %7.2'sinin 3 çocuk ve daha fazlasına sahip oldukları ve ortalama yaşayan çocuk sayısının ise 1.50 ± 0.70 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

Şimdiki Gebelik Özellikleri	n	%	Ortalama
Gebelik Haftası			
Birinci Trimester (0-13 hafta)	23	6.1	32.02±8.01
İkinci Trimester (14-27 hafta)	57	15.2	
Üçüncü Trimester (28-hafta sonrası)	296	78.7	
İsteyerek Gebe Kalma			
Evet	292	77.7	
Hayır	84	22.3	
Düzenli Antenatal Kontrollere Gitme Durumu			
Evet	332	88.3	
Hayır	44	11.7	
Antenatal Kontroller için Gittiği Yer*			
Aile Sağlığı Merkezi	30	9.0	
Doğumevi	266	80.1	
Üniversite Hastanesi	9	2.7	
Özel Hastane	27	8.1	
TOPLAM	376	100.0	

*Sayı ve yüzdeleri antenatal kontrole düzenli olarak giden gebeler üzerinden alınmıştır.

Tablo 4'te gebelerin şimdiki gebelik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftasına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %6.1'inin 1. Trimester, %15.2'sinin 2. Trimester ve %78.7'sinin 3. Trimesterde olduğu ve ortalama gebelik haftasının ise 32.02 ± 8.01 olduğu saptanmıştır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %77.7'sinin isteyerek gebe kaldığı ve %22.3'ünün istemeden gebe kaldığı belirlenmiştir (Tablo 4).

Gebelerin düzenli olarak antenatal kontrollere gitme durumlarına bakıldığında, %88.3'ünün düzenli olarak antenatal kontrollere gittiği, %11.7'sinin ise gitmediği saptanmıştır. Düzenli olarak antenatal kontrollere giden gebelerin %9.0'unun Aile Sağlığı Merkezi, %80.1'inin Doğumevi, %2.7'sinin Üniversite Hastanesi ve %8.1'inin Özel Hastane'ye gittikleri belirlenmiştir (Tablo 4).

4.3. GEBELERİN EVLİLİK VE EŞ İLİŞKİSİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 5. Gebelerin Evlilik Özelliklerinin Dağılımı

Gebelerin Evlilik Özellikleri	n	%	Ortalama
Evlenme Yaşı			
15-19	129	34.3	
20-24	167	44.5	
25-29	70	18.6	21.43±3.62
30 yaş ve üzeri	10	2.6	
Evlilik Biçimi			
Görücü usulü/istemeden	16	4.3	
Görücü usulü/isteyerek	160	42.6	
Tanışarak	200	53.1	
Evlilik Süresi			
0-5 yıl	238	63.3	5.21±4.69
6-10 yıl	89	23.7	
11 yıl ve üzeri	49	13.0	
Evlilik Sayısı			
1. evlilik	362	96.2	
2 ve üzeri evlilik	14	3.8	
TOPLAM	376	100.0	

Tablo 5'de gebelerin evlilik özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin evlenme yaşına bakıldığında, %34.3'ünün 15-19 yaş arasında, %44.5'inin 20-24 yaş arasında, %18.6'sının 25-29 yaş arasında, % 2.6'sının 30 yaş ve üzerinde evlendikleri ve ortalama evlilik yaşının ise 21.43 ± 3.62 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Gebelerin evlilik biçimine bakıldığında, %4.3'ü görücü usulü/istemeden, %42.6'sı görücü usulü/isteyerek ve %53.1'i tanışarak evlendiklerini belirtmişlerdir (Tablo 5).

Araştırma kapsamına alınan gebelerin evlilik süresine bakıldığında, %63.3'ünün 1-5 yıl, %23.7'sinin 6-10 yıl ve %13.0'ünün 11 yıl ve üzerinde evli olduğu ve ortalama evlilik süresinin ise 5.21 ± 4.69 olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Gebelerin evlilik sayısına bakıldığında, %96.2'si ilk evliliği, %3.8'inin 2 kez ve üzerinde evli oldukları saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 6. Gebelerin Şimdiki Gebelik ile Eş İlişkisi Özelliklerinin Dağılımı

Şimdiki Gebelik ile Eş İlişkisi	n	%
Eş İlişkisi		
Olumlu	280	74.4
Olumsuz	13	3.5
Etkilemedi	83	22.1
TOPLAM	376	100

Tablo 6'da gebelerin şimdiki gebelik ile eş ilişkisi dağılımı verilmiştir. Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %74.4'ü şimdiki gebeliklerinin eş ilişkilerini olumlu, %3.5'i olumsuz, %22.1'i ise etkilemediğini belirtmiştir (Tablo 6).

4.4. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 7. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği'ne Alt Boyutlarının Puan Ortalamalarının Dağılımı

GPSDÖ Alt Boyutları	Alt Ölçek Puan Ortalamaları			
	X	Ss	En Düşük Puan	En yüksek Puan
Gebelik ve Eş İlişkisi	4.16	0.64	1.92	5.00
Kaygı ve Stres	3.19	0.77	1.37	5.00
Aile İçi Şiddet	4.68	0.40	2.00	5.00
Psikososyal Destek Gereksinimi	3.85	0.72	1.14	5.00
Ailesel Özellikler	4.14	0.72	1.50	5.00
Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler	3.93	0.68	1.50	5.00
GPSDÖ Toplam	4.00	0.64	1.63	5.00

Tablo 7’de gebelerin GPSDÖ ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının dağılımı verilmiştir.

Gebelerin GPSDÖ’den alabilecekleri maksimum puan 5’dir. Gebelerin GPSDÖ’den alabilecekleri minimum puan 1’dir. Bu araştırmada gebelerin GPSDÖ toplam puan ortalamasının 4.00, GPSDÖ’den aldıkları minimum puanın 1.63 , maksimum puanın ise 5.00 olduğu saptanmıştır.

Gebelerin GPSDÖ’nin “ gebelik ve eş ilişkisi” alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan “ 5”, minimum puan ise “ 1”dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin “gebelik ve eş ilişkisi” alt boyutunun ortalamasının 4.16 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum “5.00”, minimum “1.92” puan aldıkları belirlenmiştir.

Gebelerin GPSDÖ’nin “ kaygı ve stres” alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan “ 5”, minimum puan ise “ 1”dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin “kaygı ve stres” alt boyutunun ortalamasının 3.19 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum “5.00”, minimum “1.37” puan aldıkları belirlenmiştir.

Gebelerin GPSDÖ'nin " aile içi şiddet" alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan "5", minimum puan ise " 1"dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin "aile içi şiddet" alt boyutunun ortalamasının 4.68 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum "5.00", minimum "2.00" puan aldıkları belirlenmiştir.

Gebelerin GPSDÖ'nin " psikososyal destek gereksinimi" alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan " 5", minimum puan ise " 1"dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin "psikososyal destek gereksinimi" alt boyutunun ortalamasının 3.85 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum "5.00", minimum "1.14" puan aldıkları belirlenmiştir.

Gebelerin GPSDÖ'nin " ailesel özellikler" alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan " 5", minimum puan ise " 1"dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin "ailesel özellikler" alt boyutunun ortalamasının 4.14 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum "5.00", minimum "1.50" puan aldıkları belirlenmiştir.

Gebelerin GPSDÖ'nin " gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler" alt boyutundan alabilecekleri maksimum puan " 5", minimum puan ise " 1"dir. Tablo incelendiğinde; gebelerin "gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler" alt boyutunun ortalamasının 4.16 olduğu ve bu alt boyuttan maksimum "5.00", minimum "1.92" puan aldıkları belirlenmiştir.

Tablo 8. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	GPSDÖ Puan Ortalaması			kw	p
	N	\bar{X}	Ss		
Yaş Grubu					
15-19 yaş	24	4.05	0.45		
20-24 yaş	119	4.04	0.48		
25-29 yaş	120	4.05	0.43	14.43*	0.006
30-34 yaş	89	3.85	0.47		
35 yaş ve üzeri	24	4.11	0.40		
Eğitim Durumu					
Okuryazar değil	19	3.95	0.48		
Okuryazar	14	3.90	0.64		
İlkokul mezunu	110	3.93	0.45	15.46*	0.009
Ortaokul mezunu	120	3.99	0.43		
Lise/dengi okul mezunu	76	4.06	0.47		
Üniversite/Yüksekokul mezunu	37	4.23	0.39		
Meslek					
Ev hanımı	309	3.98	0.46		
İşçi	49	4.00	0.47	12.31*	0.006
Memur	18	4.31	0.33		
Ailenin ekonomik durumu					
Gelir giderden az	124	3.79	0.47		
Gelir gidere denk	220	4.09	0.41	40.09*	0.000
Gelir giderden fazla	32	4.19	0.48		
Ailenin sosyal güvencesi					
SSK	276	4.01	0.44		
Bağ-kur	20	4.21	0.44		
Yeşilkart	41	3.82	0.48	23.89*	0.000
Emekli Sandığı	20	4.28	0.49		
Sosyal güvencesi olmayan	19	3.83	0.54		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	281	4.00	0.46	-1.23**	0.89
Geniş aile	95	4.01	0.45		
En Uzun Yaşadığı Yer					
Köy	130	4.00	0.45		
İlçe	77	4.01	0.49	0.32*	0.85
Kent Merkezi	169	4.00	0.46		
Manisa'da Yaşama Yılı					
0-5 yıl	124	4.07	0.46		
6-10 yıl	68	3.92	0.48	6.23*	0.044
10 yıl ve üzeri	184	3.99	0.45		
TOPLAM	376	4.00	0.64		

*** Kruskal-Wallis Varyans Analizi**

**** Mann-Witney U Testi**

Gebelerin yaş grupları ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=14.43$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; 30-34 yaş grubu olan gebeler ile diğer yaş gruplarındaki gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaş gruplarına göre puan ortalamaları 4.02 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin eğitim durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=15.46$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eğitim durumu üniversite/yüksekokul mezunu olan gebeler ile okuryazar olmayan, ilköğretim mezunu ve ortaokul mezunu olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin eğitim durumlarına göre puan ortalamaları 4.01 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin mesleği ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=12.31$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; mesleği memur olan gebeler ile ev hanımı ve işçi olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin mesleklerine göre puan ortalamaları 4.09 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin ekonomik durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=40.09$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; ekonomik durumu düşük olan gebeler ile ekonomik durumu orta ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin ekonomik durumlarına göre puan ortalamaları 4.02 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin sosyal güvencesi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=23.89$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; sosyal güvencesi yeşilkart, SSK ve sosyal güvencesi olmayan gebeler ile sosyal güvencesi bağkur ve emekli sandığı olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında

anlamli fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin sosyal gúvencelerine gúre puan ortalamaları 4.03 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin aile tipi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann Witney U testi sonucu istatistiksel açıdan anlamli bir fark elde edilememiştir ($z=-1.23$, $p>0.05$) (Tablo 8).

Gebelerin en uzun yaşadığı yer ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamli bir fark elde edilememiştir ($kw=0.32$, $p>0.05$) (Tablo 8).

Gebelerin Manisa'da yaşama yılı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamli bir fark elde edilmiştir ($kw=6.23$, $p<0.05$) (Tablo 8). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; Manisa'da 10 yıl ve úzerinde yaşayan gebeler ile 0-5 yıl ve 6-10 yıl arasında yaşayan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamli bir fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin Manisa'da yaşama súrelerine gúre puan ortalamaları 3.99 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Tablo 9. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-demografik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ólçeđi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	GPSDÓ Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw	p
Eşin Eğitim Durumu					
Okur yazar	15	3.71	0.55		
İlkokul mezunu	118	3.94	0.44		
Ortaokul mezunu	88	4.00	0.48	17.36*	0.004
Lise/dengi okul mezunu	107	4.03	0.42		
Üniversite/Yüksek okul mezunu	48	4.18	0.46		
Eşin Mesleği					
Çalışmıyor/İşi yok	4	3.38	0.73		
İşi	306	3.97	0.44	25.30*	0.000
Memur	34	4.26	0.45		
Esnaf/Çiftçi	32	4.13	0.51		
TOPLAM	376	4.00	0.64		

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamli bir fark elde edilmiştir ($kw=17.36$, $p<0.05$) (Tablo 9). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; üniversite/yüksek okul mezunu olan gebelerin eşleri ile okur yazar, ilkokul,

ortaokul ve lise mezunu gebelerin eşlerinin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre puan ortalamaları 3.97 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin eşinin mesleği ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=5.30$, $p<0.05$) (Tablo 9). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eşinin mesleği memur ve çiftçi/esnaf olan gebeler ile eşinin mesleği olamayan ve işçi olarak çalışan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin eşlerinin mesleklerine göre puan ortalamaları 3.93 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.



Tablo 10. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	GPSDÖ Puan Ortalaması			
	N	\bar{X}	Ss	
İlk Gebelik Yaşı				
15-19 yaş	100	3.94	0.46	
20-24 yaş	171	4.00	0.48	4.64**
25-29 yaş	88	4.04	0.43	
30-34 yaş	17	4.19	0.42	
Gebelik Sayısı				
İlk gebelik	140	4.16	0.42	
2. gebelik	108	4.02	0.44	39.80**
3. gebelik	66	3.83	0.46	
4. gebelik ve üzeri	62	3.82	0.45	
Doğum Sayısı				
Hiçdoğum yapmamış	156	4.13	0.43	
1 doğum	136	3.98	0.46	25.48**
2 doğum	56	3.81	0.49	
3 doğum ve üzeri	28	3.84	0.46	
Abortus Yapma Durumu				
Düşük yapan	73	3.85	0.40	-3.88*
Düşük yapmayan	303	4.04	0.47	
Ölü Doğum				
Evet	15	3.82	0.44	-1.81*
Hayır	361	4.01	0.46	
Bir Önceki Doğum Aralığı				
Hiç çocuğu yok	141	4.15	0.42	
1-2 yıl	84	3.82	0.47	33.62**
3-4 yıl	70	3.97	0.48	
5 yıl ve üzeri	81	3.96	0.42	
Yaşayan Çocuk Sayısı				
Hiç çocuğu yok	157	4.13	0.43	
1 çocuk	136	3.98	0.46	30.85**
2 çocuk	56	3.82	0.50	
3 çocuk ve üzeri	27	3.82	0.43	
TOPLAM	376	4.00	0.64	

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin ilk gebelik yaşı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=4.64$, $p>0.05$) (Tablo 10).

Gebelerin gebelik sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=39.80$, $p<0.05$) (Tablo 10). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; gebelik sayısı ilk ve 2 olan gebeler ile gebelik sayısı 3 ve 4 olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin gebelik sayılarına göre puan ortalamaları 3.95 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin doğum sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=25.48$, $p<0.05$) (Tablo 10). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmamış ve 1 kez doğum yapan gebeler ile 2 ve 3 kez doğum yapan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin doğum sayılarına göre puan ortalamaları 4.01 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin düşük yapma durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-3.88$, $p<0.05$) (Tablo 10). Düşük yapmayan gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, düşük yapan gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin düşük yapma durumlarına göre puan ortalamaları 3.94 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin ölü doğum durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ($z=-1.81$, $p>0.05$) (Tablo 10).

Gebelerin bir önceki doğum aralığı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=33.62$, $p<0.05$) (Tablo 10). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmayan ve doğum aralığı 1-2 yıl olan gebeler ile doğum aralığı 3-4 yıl ve 5 yılın üzerinde olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin bir önceki doğum aralığına göre puan ortalamaları 3.97 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=30.85, p<0.05) (Tablo 10). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; çocuğu olmayan gebeler ile 1, 2 ve 3 çocuğa sahip gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin yaşayan çocuk sayılarına göre puan ortalamaları 4.00 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Tablo 11. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelik Özellikleri	GPSDÖ Puan Ortalaması				p
	N	\bar{X}	Ss	kw/z	
Gebelik Haftası					
Birinci Trimester (0-13 hafta)	23	4.04	0.38		
İkinci Trimester (14-27 hafta)	57	3.90	0.52	2.19**	0.33
Üçüncü Trimester (28-hafta sonrası)	296	4.02	0.45		
İsteyerek Gebe Kalma					
Evet	292	4.08	0.41	-5.73*	0.000
Hayır	84	3.73	0.51		
Düzenli Antenatal Kontrollere Gitme Durumu					
Evet	332	4.02	0.45	-2.30*	0.021
Hayır	44	3.86	0.48		
Antenatal Kontroller için Gittiği Yer					
Aile Sağlığı Merkezi	37	3.93	0.48		
Doğumevi	299	4.00	0.45	1.85**	0.602
Üniversite Hastanesi	11	4.10	0.46		
Özel Hastane	29	4.06	0.54		
TOPLAM	376	4.00	0.64		

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin gebelik haftası ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=2.19, p>0.05) (Tablo 11).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (z=-5.73, p<0.05) (Tablo 11). İsteyerek gebe kalan gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, istemiyerek gebe kalan gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek

olduğu saptanmıştır. Gebelerin isteyerek gebe kalma durumlarına göre puan ortalamaları 3.90 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin düzenli antenatal kontrollere gitme durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-2.30$, $p<0.05$) (Tablo 11). Antenatal kontrollere düzenli giden gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, düzenli gitmeyen gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin isteyerek gebe kalma durumlarına göre puan ortalamaları 3.94 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin antenatal kontroller için gittiği yer ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=1.85$, $p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12. Gebelerin Evlilik Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Evlilik Özellikleri	GPSDÖ Puan Ortalaması			kw/z	p
	N	\bar{X}	Ss		
Evlenme Yaşı					
15-19	129	3.95	0.44		
20-24	167	4.01	0.49		
25-29	70	4.09	0.43	4.90**	0.297
30 yaş ve üzeri	10	3.98	0.25		
Evlilik Biçimi					
Görücü usulü/istemeden	16	3.52	0.60		
Görücü usulü/isteyerek	160	4.00	0.43	12.93**	0.002
Tanışarak	200	4.05	0.45		
Evlilik Süresi					
0-5 yıl	238	4.10	0.28		
6-10 yıl	89	3.86	0.47	13.05**	0.005
11 yıl ve üzeri	49	3.97	0.45		
Evlilik Sayısı					
1. evlilik	362	4.01	0.45		
2 ve üzeri evlilik	14	3.73	0.58	-2.16*	0.030
TOPLAM	376	4.00	0.64		

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin evlenme yaşı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=4.90$, $p>0.05$) (Tablo 12).

Gebelerin evlilik biçimi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=12.93, p<0.05) (Tablo 12). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; görücü usulü istemeden evlenen gebeler ile görücü usulü isteyerek ve tanışarak evlenen gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik biçimlerine göre puan ortalamaları 3.85 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin evlilik süresi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=13.05, p<0.05) (Tablo 12). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; evlilik süreleri 0-5 yıllık evli olan gebeler ile 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzerinde olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik sürelerine göre puan ortalamaları 3.97 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Gebelerin evlilik sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucu, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (z=-2.16, p<0.05) (Tablo 12). İlk evliliği olan gebelerin psikososyal sağlık puanları, ikinci evliliği olan gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelerin evlilik sayılarına göre puan ortalamaları 3.87 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

Tablo 13. Gebelerin Şimdiki Gebelikte Eş İlişkisi Özellikleri ile Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eş İlişkisi Özellikleri	GPSDÖ Puan Ortalaması			kw	p
	N	\bar{X}	Ss		
Eş İlişkisi					
Olumlu	280	4.05	0.42		
Olumsuz	13	3.28	0.57	19.26*	0.000
Etkilemedi	83	3.94	0.48		
TOPLAM	376	4.00	0.64		

*Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin eş ilişkisi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=19.26, p<0.05) (Tablo 13). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eş ilişkisi olumsuz olan gebeler ile eş ilişkisini etkilemeyen ve eş ilişkisi olumlu olan gebelerin

psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Gebelerin eş ilişkisine göre puan ortalamaları 3.75 olup; psikososyal sağlıklarını iyi olarak tanımlamışlardır.

4.5. EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 14. Gebelerin Evlilik Uyum Puanlarına Göre Dağılımı

Evlilik Uyumu leği Puan Ortalaması						
	n	%	\bar{X}	Ss	Min.	Maks.
Var (puan >43.5)	306	81.4	52.85	5.03	44	58.00
Yok (puan <43.5)	70	18.6	36.14	6.57	11	43.00
Evlilik Uyum leği Toplam	376	100	49.73	8.43	11.00	58.00

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %18.6'sının evlilik uyumu ölçek puan ortalaması 36.14 ± 6.57 olup evliliklerinde uyumsuz, %81.4'ünün ise evlilik uyumu ölçek puan ortalaması 52.85 ± 5.03 olup evliliklerinde uyumlu olduğu saptanmıştır.

Tablo 15: Gebelerin Sosyo-demografik Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-demografik Özellikler	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw/z	p
Yaş Grupları					
15-19 yaş	24	51.62	8.38		
20-24 yaş	119	50.32	8.60		
25-29 yaş	120	49.47	8.08	3.43**	0.634
30-34 yaş	89	47.98	8.66		
35 yaş ve üstü	24	52.75	7.36		
Eğitim Durumu					
Okur yazar değil	19	49.84	8.34		
Okur yazar	14	46.21	11.33		
İlkokul mezunu	110	49.90	8.09		
Ortaokul mezunu	120	49.68	8.47	3.43**	0.637
Lise/dengi okul mezunu	76	49.22	8.78		
Üniversite/Yüksek okul mezunu	37	51.75	7.21		
Meslek					
Ev hanımı	309	48.23	7.02		
İşçi	49	49.95	9.16	6.09**	0.107
Memur	18	53.94	5.89		
Ailenin ekonomik durumu					
Gelir giderden az	124	47.74	9.84	7.70**	0.021
Gelir gidere denk	220	50.64	7.31		
Gelir giderden fazla	32	51.28	8.48		
Ailenin sosyal güvencesi					
SSK	276	49.49	8.23		
Bağ-kur	20	53.00	6.70		
Yeşilkart	41	49.12	9.00	6.68**	0.154
Emekli Sandığı	20	52.35	7.92		
Sosyal güvencesi olmayan	19	48.47	11.23		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	281	49.30	8.51		
Geniş aile	95	51.00	8.09	-1.59*	0.100
En Uzun Yaşadığı Yer					
Köy	130	50.08	8.71		
İlçe	77	49.54	8.74	0.87**	0.645
Kent Merkezi	169	49.56	8.08		
Manisa'da Yaşama Yılı					
0-5 yıl	124	50.44	8.13		
6-10 yıl	68	48.98	8.73	1.47**	0.478
10 yıl ve üzeri	184	49.54	8.50		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

***Mann-Witney U testi**

**** Kruskal-Wallis Varyans Analizi**

Gebelerin yaş grupları ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=3.43$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin eğitim durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=3.43$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin mesleği ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=6.09$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin ekonomik durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=7.70$, $p<0.05$) (Tablo 15). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; gelir durumu düşük olan gebeler ile gelir durumu orta ve yüksek olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin sosyal güvencesi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=6.68$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin aile tipi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($z=4.59$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin en uzun yaşadığı yer ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=0.0.87$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Gebelerin Manisa'da yaşama yılı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir ($kw=1.47$, $p>0.05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Gebelerin Eşlerinin Sosyo-Demografik Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Sosyo-Demografik Özellikler	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw	p
Eş Eğitim					
Okur yazar	15	47.77	9.94		
İlkokul mezunu	118	49.10	9.14		
Ortaokul mezunu	88	48.92	9.47	2.41*	0.789
Lise/dengi okul mezunu	107	50.76	7.01		
Üniversite/Yüksekokul mezunu	48	51.14	6.55		
Eş Meslek					
Çalışmıyor/İşi yok	4	44.25	16.31		
İşçi	306	49.34	8.15	9.31*	0.054
Memur	34	52.00	7.02		
Esnaf/Çiftçi	32	51.67	10.61		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

* Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=2.41, p>0.05) (Tablo 16).

Gebelerin eşinin mesleği ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=0.05, p>0.05) (Tablo 16).

Tablo 17. Gebelerin Obstetrik Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw/z	p
İlk Gebelik Yaşı					
15-19 yaş	100	49.30	8.30		
20-24 yaş	171	49.44	8.80	1.66**	0.646
25-29 yaş	88	50.39	8.15		
30-34 yaş	17	51.88	6.46		
Gebelik Sayısı					
İlk gebelik	140	52.33	7.52		
2. gebelik	108	48.39	8.62	26.08**	0.000
3. gebelik	66	47.37	8.62		
4. gebelik ve üzeri	62	48.72	8.47		
Doğum Sayısı					
Hiç doğum yapmamış	156	52.38	7.41		
1 doğum	136	47.74	8.67	31.11**	0.000
2 doğum	56	47.48	8.94		
3 doğu ve üzeri	28	49.28	7.75		
Abortus Yapma Durumu					
Düşük yapan	73	48.69	8.66	-1.145*	0.252
Düşük yapmayan	303	49.99	8.36		
Ölü Doğum					
Evet	15	48.26	8.09	-0.88*	0.379
Hayır	361	49.80	8.44		
Bir Önceki Doğum Aralığı					
Hiç çocuğu yok	141	52.36	7.50		
1-2 yıl	84	48.00	7.98	28.76**	0.000
3-4 yıl	70	46.67	9.97		
5 yıl ve üzeri	81	49.61	7.63		
Yaşayan Çocuk Sayısı					
Hiç çocuğu yok	157	52.34	7.40		
1 çocuk	136	47.74	8.67	30.41**	0.000
2 çocuk	56	47.44	8.95		
3 çocuk ve üzeri	27	49.48	7.83		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin ilk gebelik yaşı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=1.66, p>0.05) (Tablo 17).

Gebelerin gebelik sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=26.08$, $p<0.05$) (Tablo 17). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; ilk gebeliği olan gebeler ile gebelik sayısı iki, üç ve dört olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin doğum sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=31.11$, $p<0.05$) (Tablo 17). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmayan gebeler ile bir, iki ve üç ve üzeri doğum yapan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin düşük yapma durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ($z=-1.15$, $p>0.05$) (Tablo 17).

Gebelerin ölü doğum durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilememiştir ($z=-0.88$, $p<0.05$) (Tablo 17).

Gebelerin bir önceki doğum aralığı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=28.76$, $p<0.05$) (Tablo 17). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; doğum aralığı olmayan gebeler ile doğum aralığı 1-2 yıl, 3-4 yıl ve 5 yılın üzerindeki gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=30.41$, $p<0.05$) (Tablo 17). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; yaşayan çocuğu olmayan gebeler ile yaşayan 1, 2 ve 3 ve üzeri çocuğu olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Tablo 18. Gebelerin Şimdiki Gebelik Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Gebelik Özellikleri	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw/z	p
Gebelik Haftası					
1. Trimester (0-13 hafta)	23	51.26	6.12		
2. Trimester (14-27 hafta)	57	48.40	10.05	0.82**	0.662
3. Trimester (28-hafta sonrası)	296	49.87	8.22		
İsteyerek Gebe Kalma					
Evet	292	50.59	8.02	-3.76*	0.000
Hayır	84	46.75	9.12		
Düzenli Antenatal Kontrollere Gitme Durumu					
Evet	332	50.01	8.26	-1.74*	0.081
Hayır	44	47.65	9.41		
Antenatal Kontroller için Gittiği Yer					
Aile Sağlığı Merkezi	37	49.29	8.29		
Doğumevi	299	49.64	8.55	3.25**	0.355
Üniversite Hastanesi	11	53.81	6.80		
Özel Hastane	29	49.72	7.70		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin gebelik haftası ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=0.82, p>0.05) (Tablo 18).

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (z=-3.76, p<0.05) (Tablo 18).

Gebelerin düzenli antenatal kontrollere gitme durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir (z=-1.74, p<0.05) (Tablo 18).

Gebelerin antenatal kontroller için gittiği yer ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=3.25, p>0.05) (Tablo 18).

Tablo 19. Gebelerin Evlilik Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Evlilik Özellikleri	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw/z	p
Evlenme Yaşı					
15-19	129	49.28	8.15		
20-24	167	49.74	8.86	2.01**	0.733
25-29	70	50.52	8.12		
30 yaş ve üzeri	10	49.18	7.82		
Evlilik Biçimi					
Görücü usulü/istemeden	16	42.81	11.32		
Görücü usulü/isteyerek	160	49.48	7.81	9.01**	0.011
Tanışarak	200	50.50	8.41		
Evlilik Süresi					
0- 5 yıl	238	51.35	8.45		
6-10 yıl	89	47.73	8.65	7.31**	0.062
11 yıl ve üzeri	49	51.00	7.41		
Evlilik Sayısı					
1. evlilik	362	49.90	8.25	-1.45*	0.146
2 evlilik ve üzeri	14	45.35	11.63		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

*Mann-Witney U testi

** Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Gebelerin evlenme yaşı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=2.01, p>0.05) (Tablo 19).

Gebelerin evlilik biçimi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=9.01, p<0.05) (Tablo 19). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; evlilik biçimi görücü usulü istemeden evlenen gebeler ile görücü usulü isteyerek ve tanışarak evlenen gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin evlilik süresi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (kw=7.31, p>0.05) (Tablo 19).

Gebelerin evlilik sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilememiştir (z=-1.45, p>0.05) (Tablo 19).

Tablo 20. Gebelerin Şimdiki Gebelikte Eş İlişkisi Özellikleri ile Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Eş İlişkisi Özellikleri	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması				
	N	\bar{X}	Ss	kw	p
Eş İlişkisi					
Olumlu	280	50.58	7.54		
Olumsuz	13	36.61	15.12	14.94	0.001
Etkilemedi	83	48.92	8.18		
TOPLAM	376	49.73	8.43		

Gebelerin şimdiki gebelikteki eş ilişkisi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir (kw=14.94, p<0.05) (Tablo 20). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eş ilişkisi olumsuz olan gebeler ile eş ilişkisi etkilenmeyen ve olumlu olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

4.6. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI İLE EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İLİŞKİSEL DAĞILIMI

Tablo 21. Gebelerin Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması
X	4.00	49.73
Ss	0.64	8.43
N	376	
R	0.544	
P	0.000<0.05	

Gebelerin gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır (r=0.544, p<0.05) (Tablo 21).

Tablo 22: Gebelerin Gebelik ve Eş İlişkisi Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Gebelik ve Eş İlişkisi Alt Ölçeği	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması
X	4.16	49.73
Ss	0.64	8.43
N	376	
R	0.591	
P	0.000<0.05	

Gebelerin gebelik ve eş ilişkisi alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.591$, $p<0.05$) (Tablo 22).

Tablo 23. Gebelerin Kaygı ve Stres Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Kaygı ve Stres Alt Ölçeği	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması
X	3.19	49.73
Ss	0.77	8.43
N	376	
R	0.189	
P	0.000<0.05	

Gebelerin kaygı ve stres alt ölçek puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.189$, $p<0.05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Gebelerin Aile İçi Şiddet Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Aile İçi Şiddet Alt Ölçeği	Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
X	4.68	49.73
Ss	0.40	8.43
N	376	
R	0.420	
P	0.000<0.05	

Gebelerin aile içi şiddet alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.420$, $p<0.05$) (Tablo 24).

Tablo 25. Gebelerin Psikososyal Destek Gereksinimi Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Psikososyal Destek Gereksinimi Alt Ölçeği	Evlilik Uyum Ölçeği Puan Ortalaması
X	3.85	49.73
Ss	0.72	8.43
N	376	
R	0.460	
P	0.000<0.05	

Gebelerin psikososyal destek gereksinimi alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.460$, $p<0.05$) (Tablo 25).

Tablo 26. Gebelerin Ailesel Özellikler Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Ailesel Özellikler Alt Ölçeği	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması
X	4.14	49.73
Ss	0.72	8.43
N	376	
R	0.348	
P	0.000<0.05	

Gebelerin ailesel özellikler alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.348$, $p<0.05$) (Tablo 26).

Tablo 27. Gebelerin Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler Alt Ölçeği Puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği Puanlarının İlişkisel Dağılımı

	Gebeliğe İlişkin Fiziksel-Psikososyal Değişiklikler Alt Ölçeği	Evlilik Uyumu Ölçeği Puan Ortalaması
X	3.93	49.73
Ss	0.68	8.43
N	376	
R	0.340	
P	0.000<0.05	

Gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişiklikler alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.340$, $p<0.05$) (Tablo 26).

5. TARTIŞMA

5.1. GEBELERİN VE EŞLERİN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %31.9'unun 25-29 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 26.68 ± 5.15 yaş olduğu, %31.9'unun ortaokul mezunu, %30.0'unun lise ve üzerinde eğitim aldığı, %82.2'sinin çalışmadığı ev hanımı olduğu bulunmuştur.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, 20-24 yaş arası kadınların %57.6'sı ilköğretim, %18'inin ortaöğretim ve %10'unun ise yükseköğretim mezunu olduğu görülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre, 20-24 yaş arası kadınların %31'i ilköğretim ve %48.5'i lise ve üzerinde eğitim almıştır. Yıldız'ın 2010 yılında gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çabası amacıyla 192 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin, yaş ortalaması 26.68 ± 5.54 , %30.2'sinin lise ve üzerinde eğitim aldığı ve %85.5'inin ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Yekenkunrıl ve Mete'nin 2012 yılında gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 400 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %36'sının 25-29 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 27.4 ± 5.1 , %31.3'ünün lise ve üzerinde eğitim aldığı, %76.3'ünün çalışmadığı ev hanımı olduğu saptanmıştır. Araştırma bulguları, son yıllarda ülkemizde gebelerde yapılan çalışmalardaki bulgularla paralellik göstermektedir. Ülkemizdeki kadınların büyük çoğunluğunun ev hanımı olduğu söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin ekonomik durumunun, %33.0'ünün düşük, %58.5'inin orta ve %8.5'inin yüksek olduğu, %74.7'sinin çekirdek aile yapısına ve %25'inin geniş aile yapısına sahip oldukları, %5.1'inin sosyal güvencesinin olmadığı ve %94.9'unun sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Altıparmak'ın 2006 yılında gebelerde sosyo-demografik özellikler, öz bakım gücü ve yaşam kalitesi ilişkisi'ni incelemek amacıyla 296 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin gelir durumu %67,9'u gelirin gideri karşıladığını ve %32.1'i gelirin giderden az olduğunu ve %89.3'ünün sosyal güvencesinin olduğunu ifade etmiştir. Yekenkunrıl ve Mete'nin yaptığı çalışmada, gebelerin gelir durumunun %69.8'inin orta olduğu ve %79.8'inin çekirdek aileye sahip olduğu saptanmıştır.

TNSA 2008 verilerine göre, kadınların %69'unun ev hanımı olduğu ve %85'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır. Araştırmada, TNSA 2008 verilerine göre, ev hanımı olan, çalışmayan gebelerin oranı yüksek bulunmuştur. Bunun nedenin kadınların gebeliği nedeniyle çalışmak istememeleri veya işi bırakmış oldukları düşünülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre, kadınların %11'i herhangi bir sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır. Farklı sağlık sigortası sistemleri açısından, kadınların %77'si SGK, %11'i ise GSS kapsamı içinde yer almaktadır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin %44.9'unun en uzun ilde yaşadıkları %48.9'unun 10 yıl ve üzerinde Manisa'da yaşadığı bulunmuştur. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması 2005 verilerine göre, gebelerin Manisa'ya göç etmeden önce %24.5'i köy, %33'ü ilçe ve %39.6'sı ilde yaşadığını ve kaç yıldır Manisa'da yaşadığına bakıldığında, %13.4'ünün 0-5 yıl, %10.3'ünün 5.1-10 yıl ve %42.6'sı Manisa'nın yerlisi olduğunu ifade etmiştir. Araştırmada elde edilen veriler MNSA verileri ile göre paralellik göstermektedir. Araştırma kapsamındaki gebelerin Manisa'da 10 yıl ve üzerinde yaşadığına bakılarak, Manisa'nın yerlisi olduğu düşünülmektedir.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin eşlerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, %31.4'ünün ilkokul mezunu olduğu, %23.4'ünün ortaokul mezunu olduğu, %41.2'sinin lise ve üzerinde eğitim, eşlerinin %1.1'inin çalışmadığı, %98.9'unun çalıştığı bulunmuştur.

Mutlugüneş ve Mete'nin 2013 yılında gebelikte bulantı kusma ile annelik rolü ve gebeliğin kabulü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 300 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin eşlerinin %45.3'ünün ilkokul mezunu olduğu, %23.3'ünün ortaokul mezunu olduğu, %29.7'sinin lise ve üzerinde eğitim aldığı ve gebelerin eşlerinin %95.3'ünün çalıştığı, %4.7'sinin ise çalışmadığı saptanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen veriler Mutlugüneş ve Mete'nin çalışma sonuçları ile paralellik göstermektedir.

TNSA 2008 verilerine göre, 20-24 yaş grubundaki erkeklerin %79.5'i ilköğretimi tamamlamışlardır. Araştırmada erkeklerin lise ve üzerinde eğitim düzeyinin TNSA 2008 verilerine göre yüksek olduğu bunun nedenin ise araştırmanın Batı'da yer alan bir bölge yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.2. GEBELERİN OBSTETRİK ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan gebelerin ilk gebelik yaşına göre dağılımlarına bakıldığında, gebelerin %26.6'sının 15-19 yaş arasında, %45.5'inin 20-24 yaş arasında ve %23.4'ünün 25-29 yaş arasında gebe kaldığı ve ortalama ilk gebelik yaşının ise 22.32 ± 3.81 olduğu belirlenmiştir. Yıldız'ın 2010 yılında yaptığı çalışmada, gebelerin %37.5'inin primipar ve %62.5'inin ise multipar olduğu saptanmıştır. Gümüş ve arkadaşlarının 2011 yılında gebelikte benlik saygısı ve beden imajı ile ilişkili özellikleri incelemek amacıyla 150 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %48.7'sinin ilk, %30.7'sinin ikinci ve 20.7'sinin 3. gebeliği olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre, 25-49 yaş grubundaki kadınlar için ortalama ilk doğum yaşının 22.9 olduğu belirtilmiştir. Bulgular bu veriler ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin doğum sayısına bakıldığında, %41.5'inin hiç doğum yapmadığı, %36.2'sinin 1 kez doğum yaptığı, %14.9'unun 2 kez doğum yaptığı ve ortalama doğum sayısının ise 1.52 ± 0.76 olduğu, %19.4'ünün düşük yaptığı ve %4.0'ının ise ölü doğum yaptığı belirlenmiştir. Işık-Koç ve Tezcan'ın 2005 yılında gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörleri incelemek amacıyla 203 gebe ile yaptığı çalışmada, %50.2'sinin hiç doğum yapmadığı, %38.9'unun 1 kez doğum yaptığı ve %7.8'inin 2 kez doğum yaptığı saptanmıştır. Mutlugüneş ve Mete'nin 2013 yılında yaptığı çalışmada, gebelerin %22.7'si düşük-kürtaj yaptığını ve %5.7'sinin ise ölü doğum yaptığı saptanmıştır.

TNSA 2008 verilerine göre, kadınların toplam doğurganlık hızının 2.16 ve düşük hızının ise 0.29 olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre, kendiliğinden düşük hızı 0.33, isteyerek düşük hızı, 0.20 ve ölü doğum hızı ise 0.04'tür. Bulgularımızda ki doğurganlık hızı TNSA 2008 verilerine göre daha düşüktür. Araştırma batı bölgesinde yapılması nedeniyle TNSA 2008 bölgelere göre doğurganlık hızına bakıldığında, toplam doğurganlık hızının 1.75 olduğu görülmektedir. TNSA 2013 verilerine göre toplam doğurganlık hızı 2.16 olduğu, yaşa özel doğurganlık hızının kırsalda 20-24 yaş arasında, kentte ise 25-29 yaş arasında olduğu belirlenmiştir. Bulgular bu veriler ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin bir önceki doğum aralığına bakıldığında, %37.6'sının çocuğunun olmadığı, %22.3'ünün 1-2 yıl, %18.6'sının 3-4 yıl ve %21.5'inin 5 yıl ve üzerinde olduğu ve ortalama doğum aralığının ise 2.55 ± 2.98 olduğu belirlenmiştir. TNSA'da iki canlı doğum arasında geçen dönemin en az 24 ay olması gerektiği ve 2003 verilerine göre doğumların dörtte üçünün bir önceki doğumdan en az iki yıl sonra meydana geldiğini ve dolayısı ile Türkiye'de doğum aralıklarının nispeten uzun olduğunu göstermektedir (TNSA, 2003). TNSA 2013 verilerine göre, Türkiye'de doğum aralıklarının uzun ve ortalama doğum aralığının 45.0 ay olduğunu

göstermektedir. Elde edilen bulgular TNSA verileri ve yapılan çalışmalar incelendiğinde benzerlik göstermektedir.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı incelendiğinde, %41.7'sinin hiç çocuğu olmadığı, %36.2'sinin 1 çocuk, %14.9'unun 2 çocuğa sahip oldukları ve ortalama yaşayan çocuk sayısının ise 1.50 ± 0.70 olduğu saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre, Türkiye'de kadınlar doğurganlık dönemlerinin sonu itibariyle (45-49) ortalama 3.03 çocuk doğurmakta ve bu çocukların 2.81'i hayatta kalmaktadır.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin gebelik haftasına göre dağılımları incelendiğinde, gebelerin %6.1'inin 1. trimester, %15.2'sinin 2. trimester ve %78.7'sinin 3. trimesterde olduğu ve ortalama gebelik haftasının ise 32.02 ± 8.01 olduğu, %77.7'sinin isteyerek gebe kaldığı ve %22.3'ünün istemeden gebe kaldığı belirlenmiştir.

Bayram'ın 2009 yılında gebelikte şiddet ve benlik saygısını incelemek amacıyla 164 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin ortalama yaşayan çocuk sayısının 1.10 ± 1.34 olduğu ve ortalama gebelik haftasının ise 32.20 ± 9.23 olduğu belirlenmiştir. Mutlugüneş ve Mete'nin yaptığı çalışmada, gebelerin %73.7'sinin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçları yapılan diğer araştırmalar ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin düzenli olarak antenatal kontrollere gitme durumlarına bakıldığında, %88.3'ünün düzenli olarak antenatal kontrollere gittiği, %11.7'sinin ise gitmediği saptanmıştır. Düzenli olarak antenatal kontrollere giden gebelerin %9.0'unun Aile Sağlığı Merkezi, %80.1'inin Doğumevi, %2.7'sinin Üniversite Hastanesi ve %8.1'inin Özel Hastane'ye gittikleri belirlenmiştir.

Sözeri ve arkadaşlarının 2006 yılında gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışlarını incelemek amacıyla 310 gebeyle yaptıkları çalışmada, %76,8'inin düzenli olarak antenatal kontrollere gittiği, %23.2'sinin gitmediği saptanmıştır. Düzenli antenatal kontrollere giden gebelerin %11.6'sı Aile Sağlığı Merkezi, %30.3'ü Devlet Hastanesi ve %35.2'si özel hastaneye gittikleri belirlenmiştir. TNSA 2008 verilerine göre, gebelerin %92.0'sinin doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır. TNSA 2013 verilerine göre, gebelerin %97'sinin doğum öncesi bakım aldığı saptanmıştır. Araştırma sonuçları yapılan diğer araştırmalar ile paralellik gösterirken, TNSA 2008, 2013 verilerinden düşük olmasının sebebinin, TNSA'da 2008'de kadınlar bir kez antenatal kontrollere gitmiş ise doğum öncesi bakım almış olarak kabul edilmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

5.3. GEBELERİN EVLİLİK VE EŞ İLİŞKİSİ ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Araştırma kapsamına alınan gebelerin evlenme yaşına bakıldığında, %34.3'ü 15-19 yaş arasında, %44.5'i 20-24 yaş arasında ve %18.6'sı 25-29 yaş arasında evlendikleri ve ortalama evlilik yaşının ise 21.43 ± 3.62 olduğu, %42.6'sı görücü usulü/isteyerek ve %53.1'i tanışarak evlendikleri, %62.8'inin 1-5 yıl, %23.7'sinin 6-10 yıl ve %13.0'ünün 11 yıl ve üzerinde evli olduğu ve ortalama evlilik süresinin ise 5.21 ± 4.69 olduğu, %96.2'si ilk evliliği olduğu saptanmıştır.

TNSA 2008 verilerine göre, gebelerin %45.6'sının 20-24 yaş arasında evlendikleri ve ortalama evlilik yaşının ise 24.1 olduğu saptanmıştır. TNSA 2008 sonuçlarına göre Türkiye'de kadınların tamamına yakını üreme çağına sonuna kadar evlenmektedir. TNSA 2013 verilerine göre, kadınlar için ortalama ilk evlilik yaşı 22'dir. Bu sonuç, evliliğin tüm alt nüfus gruplarında çok yaygın olduğunu bir kez daha teyit etmektedir. Araştırma bulguları TNSA 2008 verileri ile paralellik göstermektedir.

Gözüyeşil ve arkadaşlarının 2008 yılında gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelemek amacıyla 136 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %75.8'i 1-5 yıl, %15.4'ü 6-10 yıl ve %8.8'inin 11 yıl ve üzerinde evli olduğu saptanmıştır. Yekenkunrıl ve Mete'nin 2011 yılında yaptıkları çalışmasında, gebelerin %41.3'ünün 0-2 yıl arasında, %15.3'ünün ise 6-8 yıl arasında evli olduğu bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan gebelerin, %74.4'ü şimdiki gebeliklerinin eş ilişkilerini olumlu, %3.5'i olumsuz, %22.1'i ise etkilemediğini belirtmiştir. Gözüyeşil ve arkadaşlarının 2008 yılında gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelemek amacıyla 136 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin %87,5'u eşleriyle her zaman uyumlu olduğunu, %11,8'si uyumlu olduğunu belirtirken %0,7'i eşiyile uyumsuz olduğunu ifade etmiştir. Literatür incelendiğinde, elde edilen bulgular yapılan diğer çalışmalar ile benzerlik göstermektedir.

5.4. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞMA

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği puan ortalamasının 4.00 ± 0.64 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir.

Yıldız'ın 2010 yılında gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çabası amacıyla 192 gebe ile yaptığı çalışmada, GPSDÖ puan ortalamasının 3.84 ± 0.51 olduğu saptanmıştır. Gümüldaş ve arkadaşlarının 2014 yılında riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarını karşılaştırmak amacıyla 232 gebe ile yaptıkları çalışmada, riskli olmayan gebelerin GPSDÖ puan ortalaması 4.14 ± 0.41 olarak saptanmıştır. Araştırma her iki çalışmayla paralellik göstermekte olup; psikososyal sağlıklarının iyi olduğu belirlenmiştir.

Carroll ve arkadaşlarının 2005 yılında psikososyal sorunları ortaya çıkarmak için antenatal psikososyal sağlığı değerlendirme formunun etkililiğini incelemek amacıyla 227 gebe ile randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmada, psikososyal sağlığı dört kategoride incelemiştir. Bu kategoriler içinde ailesel faktörler, maternal faktörler, madde kullanımı ve aile içi şiddet yer almaktadır. Yıldız 2010 yılında gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği geliştirme çabası amacıyla 192 gebe ile yaptığı çalışmada, psikososyal sağlığı altı kategoride incelemiştir. Bu kategoriler içinde; gebelik ve eş ilişkisi, kaygı ve stres, aile içi şiddet, psikososyal destek gereksinimi, ailesel özellikler ve gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler yer almaktadır.

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” puan ortalamasının 4.16 ± 0.64 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir. Yıldız'ın (2011) çalışmasında, “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyutunun puan ortalamasının 3.66 ± 0.83 olduğu, Gümüldaş ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, riskli olmayan gebelerin “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.24 ± 4.18 olduğu, Uçar'ın yaptığı çalışmada, gebelerin “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.42 ± 0.52 olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmaların sonuçları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Fakat, Yıldız'ın (2011) çalışmasına göre; “gebelik ve eş ilişkisine ait özellikler” alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. Toplumumuzda gebelik, eş ve aile tarafından istenen bir durumdur. Çalışmamızda gebelik ve eş ilişkisini sorguladığımızda; gebelerin %74.4'ü gebelik ve eş ilişkisinin olumlu olduğunu belirtmiştir. Gebeliğin istenen ya da istenmeyen bir durum olması, gebelikte psikososyal sağlık için risk faktörü olsa da zamanla gebeliğin kabulünün arttığı düşünülmektedir. Araştırmada, gebelerin %77.7'si isteyerek/planlayarak gebe kaldığını ifade etmiştir. Bu da araştırma bulgusunun yüksek olmasının bir göstergesi olabilir.

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “kaygı ve strese ait özellikler” alt boyutunun puan ortalamasının 3.19 ± 0.77 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir.

Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, “kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 2.99 ± 0.78 olduğu, Gümüüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, riskli olmayan gebelerin “kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 3.43 ± 0.68 olduğu, Uçar’ın (2014) yaptığı çalışmada, riskli olmayan gebelerin “kaygı ve strese ait özellikler” alt boyut puan ortalamasını 3.55 ± 0.93 olduğu bulmuştur.

Yapılan çalışmaların sonuçları araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Çünkü gebelik, kadınlar için doğal bir yaşam olayı olmanın yanısıra önemli biyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı kaygı ve stres oluşturabilecek birçok etkenle karşılaşma riskinin de yüksek olduğu bir dönemdir. Bu nedenle gebelikte kaygı ve stresin ortaya çıkması beklendik bir sonuçtur.

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “aile içi şiddete ait özellikler” alt boyutunun puan ortalamasının 4.68 ± 0.40 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir. Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, “aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.60 ± 0.54 olduğu, Gümüüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, riskli olmayan gebelerin “aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.68 ± 0.52 olduğu, Uçar’ın (2014) yaptığı çalışmada, riskli olmayan gebelerin “aile içi şiddete ait özellikler” alt boyut puan ortalamasını 4.88 ± 0.23 olduğu bulmuştur.

Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Türkiye genelinde en az bir kez gebe kalmış her 10 kadından biri gebeliği sırasında eşi veya birlikte olduğu kişi (ler) tarafından fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Her hangi bir gebeliği sırasında fiziksel şiddet yaşadığını belirten kadınların yüzdesi Kuzey Doğu Anadolu Bölgesinde %17.6 iken, Batı Marmara Bölgesi’nde yaşayan kadınlar arasında %5.3’tür. Gebelik sırasında fiziksel şiddet yaşama yüzdesi kadınların eğitim ve refah düzeyine göre değişmektedir. Daha yüksek eğitimi olan ve refah düzeyi yüksek olan hanelerde yaşayan kadınlar arasında gebelik sırasında şiddet yaşama yüzdesi daha düşüktür. Eğitimi olmayan veya ilköğretimi bitirmemiş kadınlar arasında görülen, gebelik sırasında fiziksel şiddet yaşama

yaygınlığı yüzde 14 ile, yüzde 10 olan Türkiye ortalamasının üzerindedir (Tezcan ve Tunçkanat 2009; TKAA,2008).

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyutunun ortalamasının 3.85 ± 0.72 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir. Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, “psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 3.62 ± 0.85 olduğu, Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, riskli olmayan gebelerin “psiko-sosyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.16 ± 0.68 olduğu, Uçar’ın (2014) yaptığı çalışmada, riskli olmayan gebelerin “psikososyal destek gereksinimine ait özellikler” alt boyut puan ortalamasını 4.30 ± 0.49 olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmaların sonuçları araştırmadan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Fakat elde edilen bulgular; Yıldız’ın (2011) yapmış olduğu çalışmayla aynı oranda benzerlik gösterirken, Gümüşdaş (2014) ve Uçar’ın (2014) bulgularına göre biraz daha düşüktür. Bunun nedenin de Gümüşdaş ve Uçar’ın çalışmalarının farklı ve riskli gruplar ile yapılmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Yapılan diğer araştırmalar, sosyal desteğin, gebelerde psikososyal sağlığı etkilediğini ve düşük sosyal desteğin ise hem gebelikte hem de postpartum dönemde anksiyete ve depresyona zemin hazırladığını belirtmişlerdir (Mermer ve ark. 2010).

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “ailesel özellikler” alt boyutunun ortalamasının 4.14 ± 0.72 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir. Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, ailesel özellikler alt boyut puan ortalaması 4.02 ± 0.76 olduğu, Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada, riskli olmayan gebelerin “ailesel özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.44 ± 0.55 olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışmaların sonuçları araştırmadan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Fakat elde edilen bulgular; Yıldız’ın (2011) yapmış olduğu çalışmayla aynı oranda benzerlik gösterirken, Gümüşdaş’ın bulgularına göre biraz daha düşüktür. Bunun nedeninin Gümüşdaş’ın (2014) araştırmasının Erzurum illinde yapmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Bu sonuç genel olarak doğu illerinde batı illerine göre geniş aile kavramının daha fazla olduğu ve gebelerin eşleri veya kendi aileleriyle birlikte daha fazla vakit geçirdiği ve onlardan daha fazla destek aldığı şeklinde açıklanabilir.

Araştırmada; Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği alt boyutlarından “gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” alt boyutunun ortalamasının 3.93 ± 0.68 olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucunda elde bulgulara göre araştırma kapsamına alınan gebelerin psikososyal sağlıkları iyi (>3.5) olarak yorumlanabilir. Yıldız’ın (2011) yaptığı çalışmada, “gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.15 ± 0.73 olduğu, Gümüşdaş ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları çalışmada, riskli olmayan gebelerin “gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişikliklere ait özellikler” alt boyut puan ortalaması 4.08 ± 0.67 olduğu bulunmuştur.

Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Fakat elde edilen bulgular; Yıldız (2011) ve Gümüşdaş’ın (2014) yapmış olduğu çalışmalarda bulgulara göre biraz daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeninin ise gebelerin özellikle son trimesterde olması düşünülebilir.

5.5. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelerin yaş grupları ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=14.43$, $p<0.05$). Gebelerin yaş grupları ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark elde edilmiş olmasına rağmen gebelerin tamamının psikososyal sağlıklarının iyi (>3.5) olduğu belirlenmiştir.

Bödecs ve arkadaşlarının 2013 yılında gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkan anksiyete ile depresyonun sıklığını ve psikososyal geçmişini incelemek amacıyla Macar popülasyonuna dayalı 503 gebeyle yaptığı çalışmada, psikososyal geçmiş faktörleri ve antenatal anksiyete arasındaki ilişkiye bakıldığında; yaş ve anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Woods ve arkadaşlarının (2010) gebelikteki psikososyal stresi incelemek amacıyla 1522 gebe ile yaptığı çalışmada, psikososyal stres ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu saptamıştır ($p<0.00$). Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin eğitim durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=15.46$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eğitim durumu üniversite/yükseköğretim mezunu olan gebeler ile okuryazar olmayan, ilköğretim mezunu

ve ortaokul mezunu olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Carroll ve arkadaşlarının 2005 yılında psikososyal sorunları ortaya çıkarmak için antenatal psikososyal sağlığı değerlendirme formunun etkililiğini incelemek amacıyla 227 gebe ile randomize kontrollü olarak yaptığı çalışmada eğitim ile psikososyal sağlık arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p=0.02$). Gözüyeşil ve arkadaşlarının 2008 yılında gebe kadınlarda depresyon durumu ve bunu etkileyen etmenlerin incelemek amacıyla 136 gebe ile yaptığı çalışmada, üniversite mezunu gebelerin depresyon puanlarının diğer gebelerden daha düşük olduğu saptanmıştır. Akbaş ve arkadaşlarının 2008 yılında gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisini incelemek amacıyla 104 gebe ile yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yüksek olan gebelerin daha düşük depresyon puanlarına sahip olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Eğitim durumu yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlık durumunun arttığını söylemek mümkündür.

Gebelerin mesleği ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=12.310$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; mesleği memur olan gebeler ile ev hanımı ve işçi olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Bödecs ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, işsiz olan gebelerin deperesyon ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Bödecs tarafından yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Mesleği memur olan gebelerin eğitim durumlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve bu durumunda eğitimde olduğu gibi psikososyal sağlık durumunun etkilediği ve eğitim seviyesi yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlığın arttığını söylenebilir.

Gebelerin ekonomik durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($X^2=40.09$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; ekonomik durumu düşük olan gebeler ile ekonomik durumu orta ve yüksek olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Bödecs ve yaptığı çalışmada, sosyo-ekonomik durum ve anksiyete puanları arasında anlamlı bir fark saptanmıştır ($p<0.05$). Goyal ve arkadaşlarının 2010 yılında düşük sosyo ekonomik durumun ilk kez anne olan kadınlarda prenatal risk ve postpartum depresif semptomları ne kadar arttırdığını incelemek amacıyla 198 gebeyle yaptıkları çalışmada,

gebeliğin son dönemlerinde düşük sosyo-ekonomik durumun depresif semptomları arttırdığını saptamışlardır. Yine aynı çalışmada, düşük aylık gelir, düşük eğitim seviyesi, evli olmamak ve işsiz olmak sosyo-ekonomik durum için risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Sosyo ekonomik durum yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlık durumunun arttığını söylemek mümkündür.

Gebelerin sosyal güvencesi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=23.89$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; sosyal güvencesi yeşilkart, SSK ve sosyal güvencesi olmayan gebeler ile sosyal güvencesi bağkur ve emekli sandığı olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Sosyal güvencesi bağkur ve emekli sandığı olan gebelerin sosyo-ekonomik durumunun diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve bu durumunda sosyo-ekonomik durumda olduğu gibi psikososyal sağlığı etkilediği ve sosyo-ekonomik durum yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlığın arttığı söylenebilir. Lancaster'ın 2010 yılında gebelikte depresif semptomlar için risk faktörlerini incelemek amacıyla 57 çalışmayla yaptığı sistematik derlemede, yoksullar için sağlık yardımı (Medicaid) sigortası olanlar, yapılan iki değişkenli analiz sonucu; antepartum depresif semptomlar için risk faktörü olarak saptanmıştır.

Gebelerin Manisa'da yaşama yılı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=6.230$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; Manisa'da 10 yıl ve üzerinde yaşayan gebeler ile 0-5 yıl ve 6-10 yıl arasında yaşayan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamındaki gebelerin Manisa'da 10 yıl ve üzerinde yaşadığına bakılarak, Manisa'nın yerlisi olduğu bu nedenle ailerinden gebelik sürecinde daha fazla sosyal destek aldıkları ve bu durumun psikososyal sağlıklarını olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Sosyal destek fiziksel ve ruhsal çok sayıda hastalığın ortaya çıkışı, gidişi ve süresi üzerinde etkili olmaktadır. Stres yaratan yaşam olaylarının algılanmasının önemini azaltarak ve bireyin emosyonel gerginliğinin üstesinden gelmesine yardım ederek tampon rolü oynamaktadır (Karataş, 2012). Yapılan çalışmalarda sosyal destek eksikliği olan kadınlarda gebeliğe adaptasyonda olumsuzluklar ve psikososyal sorunlar saptanmıştır (Karataş, 2012, Mckee, Cunningham, Jankowski ve Zayas, 2001; Swallow ve ark., 2004)

Gebelerin eşlerinin eğitim durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=17.369$, $p<0.05$) (Tablo 9). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz

sonucunda; üniversite/yüksekokul mezunu olan gebelerin eşleri ile okuryazar olmayan, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu gebelerin eşlerinin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eşlerinin eğitimi üniversite/yüksekokul olan gebelerin eğitim durumlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve bu durumda eğitimde olduğu gibi psikososyal sağlık durumunun etkilediği ve eğitim seviyesi yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlığın arttığı söylenebilir.

Gebelerin eşinin mesleği ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=5.305$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eşinin mesleği memur ve çiftçi/esnaf olan gebeler ile eşinin mesleği olmayan ve işçi olarak çalışan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eşinin mesleği memur ve çiftçi/esnaf olan gebelerin sosyo-ekonomik durumunun diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve sosyo-ekonomik durum yükseldikçe gebelikteki psikososyal sağlığın arttığı söylenebilir.

Gebelerin gebelik sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=39.806$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; gebelik sayısı ilk ve 2 olan gebeler ile gebelik sayısı 3 ve 4 olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin doğum sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=25.48$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmamış ve 1 kez doğum yapan gebeler ile 2 ve 3 kez doğum yapan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin bir önceki doğum aralığı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=33.628$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmayan ve doğum aralığı 1-2 yıl olan gebeler ile doğum aralığı 3-4 yıl ve 5 yılın üzerinde olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=30.85$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; çocuğu olmayan gebeler ile 1, 2 ve 3 çocuğa sahip gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Yücel ve arkadaşlarının 2013 yılında birinci trimestir gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunu incelemek amacıyla 111 gebeyle yaptıkları çalışmada, gebelik sayısı arttıkça depresyon ve anksiyete belirtilerinin anlamlı bir şekilde arttığı saptanmıştır ($p=0.034$, $p=0.03$). Milgrom ve arkadaşlarının 2008 yılında postnatal depresyon için antenatal risk faktörlerini araştırmak amacıyla 40333 gebeyle yaptığı geniş çaplı prospektif kohort çalışmada, 2 den fazla çocuğu olanlar ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada gebelerin paritesi, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı sıklaştıkça psikososyal sağlığın azaldığı, çocuğu olmayan ve doğum yapmamış gebelerde psikososyal sağlığın diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin düşük yapma durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-3.880$, $p<0.05$). Düşük yapmayan gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, düşük yapan gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Duman'ın 2012 yılında Türkiye'de, gebelikte demografik ve obstetrik faktörlerle ilişkili depresyonu incelemek amacıyla 160 gebeyle yaptığı çalışmada, ortalama depresyon puanları ve spontan abortus arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Düşük yapan kadınlarda suçluluk duygusunun ve bundan dolayı acı çekmenin yaygın olduğu, bu nedenle daha önceki gebeliğinde düşük yapan gebelerde psikososyal sağlığın, düşük yapmayanlara göre daha kötü olduğu söylenebilir.

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-5.735$, $p<0.05$). İsteyerek gebe kalan gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, istemeyerek gebe kalan gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Maxson ve Miranda'nın 2011 yılında gebelik niyeti, demografik farklılıklar ve psikososyal sağlığı incelemek için 1321 gebeyle prospektif kohort olarak yaptığı çalışmada, gebeliklerin %62'sinin planlanmayan gebelik olup; bu gebeliklerden %44'ünün zamansız olduğu ve %18'inin istenmediği saptanmıştır. İstenmeyen ve zamansız gerçekleşen gebelikler demografik özellikler bakımından benzerlik göstermesine rağmen, psikososyal profil ve maternal özellikler yönünden önemli derecede farklılıklar göstermiştir. Zamansız gerçekleşen ve istenen gebelikler de demografik özellikler ve psikososyal profil bakımından farklılıklar

göstermiştir. İstenen gebelikler daha sağlıklı, zamansız gebelikler orta derecede ve istenmeyen gebelikler ise kötü psikososyal profile sahip olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Gebeliğin isteniyor olması psikolojik destekle anne-çocuk sağlığını olumlu yönde desteklemektedir. Bunun yanı sıra, istenmeyen gebeliklerdeyse yasal olan ve olmayan müdahalelere bağlı komplikasyonları da ortadan kaldıracaktır (Sözeri ve ark, 2006).

Gebelerin düzenli antenatal kontrollere gitme durumu ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-2.301$, $p<0.05$). Antenatal kontrollere düzenli giden gebelerin psikososyal sağlık puanlarının, düzenli gitmeyen gebelerin psikososyal sağlık puanlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Depresif annelerin; gebeliği sırasında sağlık personelinden daha az bakım aldığı ve kendi öz bakımına daha az özen gösterdiği belirtilmektedir. Antenatal bakımdaki bu yetersizlik sonucu gebelerde ağrı ve rahatsızlıklar daha fazla görülebilmektedir (Yeşilçiçek-Çalık ve Aktaş, 2011). Düzenli antenatal kontrole giden gebelerin psikososyal sağlığının kontrole gitmeyen gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin evlilik biçimi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=12.936$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; görücü usulü istemeden evlenen gebeler ile görücü usulü isteyerek ve tanışarak evlenen gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin evlilik süresi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=13.053$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; evlilik süreleri 0-5 yıllık evli olan gebeler ile 6-10 yıl ve 11 yıl ve üzerinde olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin evlilik sayısı ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=7.189$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; ilk evliliği olan gebeler ile 2. evliliği olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Akbaş ve arkadaşlarının 2008 yılında gebelikte sosyodemografik değişkenlerin kaygı ve depresyon düzeyleriyle ilişkisini incelemek amacıyla 104 gebe ile yaptığı çalışmada, depresyon ile evlilik süresi arasında pozitif bir bağıntı saptamışlardır. Araştırmada gebelerin

tanışarak evlilik yapan, evlilik süresi 0-5 yıl arası olan ve birinci evliliği olan gebelerin psikososyal sağlığının diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin eş ilişkisi ile psikososyal sağlık puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=19.262$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eş ilişkisi olumsuz olan gebeler ile eş ilişkisini etkilemeyen ve eş ilişkisi olumlu olan gebelerin psikososyal sağlık puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Park ve arkadaşlarının 2014 yılında Koreli gebe kadınlarda antenatal deperesyonla ilişkili faktörler: depresif semptomlarda bipolaritenin etkisini incelemek amacıyla 84 gebeyle yaptıkları çalışmada eş ilişkisi ve EPDS (Edinburg Postnatal Depression Scala) puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğunu belirtmişlerdir ($p=0.027$). Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada olumlu eş ilişkisine sahip olmanın gebelerin psikososyal sağlığını olumlu yönde etkilediği ve olumlu eş ilişkisine sahip gebelerin psikososyal sağlığının diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

5.6. EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARI VE ETKİ EDEN FAKTÖRLERE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelerin ekonomik durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=7.706$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; gelir durumu düşük olan gebeler ile gelir durumu orta ve yüksek olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Evliliklerdeki sorunlar, hamilelik, düşük ya da kürtajlar, çocuk sahibi olma, ağır hastalıklar, hastaneye yatma, yoğun ekonomik sıkıntı dönemleri, mesleki konumdaki değişimler, yeni bir yerleşim yerine taşınma sonrasında başlayabilmektedir(Taşçı, 2008). Bunun yanısıra evlilikte uyumun bozulmasına yol açan bazı faktörlerden de söz edilmektedir. Bunlar, evlenme yaşı, düşük sosyo-ekonomik durum, evlenmeden önceki süreçte (flört aşamasında) çiftlerin uyumu ve çocuk sayısı olarak belirtilmektedir (Şendil ve Korkut, 2008) Araştırmada elde edilen bulgular, literatür ile benzerlik göstermektedir.

Gebelerin gebelik sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=26.085$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; ilk gebeliği olan gebeler ile gebelik sayısı iki, üç ve dört olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin doğum sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=31.11$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; hiç doğum yapmayan gebeler ile bir, iki ve üç ve üzeri doğum yapan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin bir önceki doğum aralığı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=28.768$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; doğum aralığı olmayan gebeler ile doğum aralığı 1-2 yıl, 3-4 yıl ve 5 yılın üzerindeki gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Gebelerin yaşayan çocuk sayısı ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($k_w=30.41$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; yaşayan çocuğu olmayan gebeler ile yaşayan 1, 2 ve 3 ve üzeri çocuğu olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Nichols ve arkadaşlarının 2007 yılında primigravida ve multigravida kadınlar: prenatal perspektifini incelemek amacıyla 50 primigravida, 50 multigravida kadınla yaptıkları çalışmada gebelik sayısı ile evlilik doyumu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir ($p= 0.000$). Şener ve Terzioğlu'nun 2002 yılında ailede eşler arası uyuma etki eden faktörleri araştırmak amacıyla 413 çift ile yaptığı çalışmada, sahip olunan çocuk sayısı açısından eşlerin evlilik uyum puan ortalamaları incelendiğinde; kadınlarda çocuk sayısı arttıkça evlilik uyum puan ortalamalarının azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$). Yapılan çalışmaların sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada gebelerin paritesi, gebelik sayısı, doğum sayısı, çocuk sayısı arttıkça ve doğum aralığı sıklaştıkça evlilik uyumlarının azaldığı, çocuğu olmayan ve doğum yapmamış gebelerde evlilik uyumlarının diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin isteyerek gebe kalma durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-3.762$, $p<0.05$).

Lawrence ve arkadaşlarının 2008 yılında ebeveynliğe geçişte evlilik doyumunu incelemek amacıyla 156 çift ile yaptıkları çalışmada, planlanan gebeliklerde eşlerin evlilik doyumu puanlarının, postpartum döneme göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Gebeliğin isteniyor olmasının evlilik uyumunu olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

Gebelerin düzenli antenatal kontrollere gitme durumu ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Mann-Witney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark elde edilmiştir ($z=-1.747$, $p<0.05$). Düzenli antenatal kontrole giden gebelerin evlilik uyumlarının kontrole gitmeyen gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin evlilik biçimi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=9.018$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; evlilik biçimi görücü usulü istemeden evlenen gebeler ile görücü usulü isteyerek ve tanışarak evlenen gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır.

Evlilikle ilgili önemli kavramlardan biri de evlenme biçimidir. Evlenme biçimi, hem bireyler hem de kültürler arasında farklılık göstermektedir. Bireysellik değerinin ön planda olduğu Batı toplumlarında, aşkı, yakınlığı ve evlilikte eşitliği temsil eden anlaşarak evlenme yaygındır. Türkiye gibi görece geleneksel değerlere bağlı olan bazı toplumlarda ise, anlaşarak evlenmeye ilave olarak, ailelerin çocukları adına eşlerini seçtikleri görücü usulü ve kan bağı olan kişilerle yapılan akraba evliliği gibi Batı toplumlarında pek rastlanmayan bazı evlilik biçimleri de mevcuttur (Şendil ve Korkut, 2008). Demiray 2006 yılında evlilikte uyumu demografik özelliklere göre incelenmek amacıyla yaptığı çalışmada, evlenme biçiminin eşlerin evlilik uyumunu etkilemediğini saptamıştır. Araştırmada elde edilen bulgular, literatür ile benzerlik göstermektedir. Araştırmada tanışarak evlilik yapan gebelerin evlilik uyumlarının diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

Gebelerin şimdiki gebelikteki eş ilişkisi ile evlilik uyumu puan ortalamaları arasında yapılan Kruskal-Wallis varyans analizinde, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark elde edilmiştir ($kw=14.94$, $p<0.05$). Mann-Witney U testi kullanılarak yapılan ileri analiz sonucunda; eş ilişkisi olumsuz olan gebeler ile eş ilişkisi etkilenmeyen ve olumlu olan gebelerin evlilik uyum puanları arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Araştırmada olumlu eş ilişkisine sahip olmanın gebelerin evlilik uyumlarının olumlu yönde etkilediği ve olumlu eş ilişkisine sahip gebelerin evlilik uyumlarının diğer gebelere göre daha iyi olduğu söylenebilir.

5.7. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ VE ALT ÖLÇEK PUAN ORTALAMALARI İLE EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ PUAN ORTALAMALARININ İLİŞKİSEL DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Gebelerin gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde,

güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.544$, $p<0.05$). Bu sonuca göre evlilik uyumunu arttıkça gebelikte ki psikososyal sağlığında artacağı söylenebilir.

Gebelik ve evlilik, stres verici yaşam olaylarının içinde ilk sıralarda yer almaktadır. Literatürde gebelikte ki psikososyal sağlık ile evlilik uyumunu inceleyen araştırmalara ulaşılamamıştır. Fakat gebelikte psikososyal sağlığı etkilediği bilinen, stres, kaygı, anksiyete ve depresyonu inceleyen araştırmalara rastlanmıştır.

Chan ve arkadaşlarının 2013 yılında, ilk trimestirde antenatal anksiyete: üçüncü trimestirde ve postpartum 6. haftada anksiyete ve depresyon üzerindeki risk faktörleri ve etkisini incelemek amacıyla 1470 Çinli gebeyle yaptıkları çalışmada, istenmeyen gebelik, düşük benlik saygısı, düşük evlilik uyumu ve algılanan düşük sosyal desteğin ilk trimestirde psikososyal risk faktörleri için istatistiksel olarak anlamlı olduğunu belirtmişlerdir.

Littleton ve arkadaşlarının 2006 yılında gebelikteki anksiyete semptomları ve perinatal sonuçlar arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 48 çalışmayla yaptıkları metaanalizde, depresif semptomlar, gestasyonel yaş, eğitim seviyesi, sosyo-ekonomik durum, sosyal destek, negatif yaşam olayları, algılanan stres, gravida ve parite ile gebelikteki anksiyetenin olası korelasyonları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Gebelerin gebelik ve eş ilişkisi alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.591$, $p<0.05$) (Tablo 22).

Yekenkunrul ve Mete'nin 2012 yılında gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla 400 gebe ile yaptığı çalışmada, gebelerin evlilik uyumları ile eş ilişkileri arasındaki ilişkiyi incelemek üzere yapılan analizde, evlilik uyum puan ortalamaları ile eş ilişkisi puan ortalamaları arasında negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu (-0.677) belirlenmiştir. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği alt boyutlarından biri olan gebelik ve eş ilişkisi alt ölçeği puan ortalamalarının artması eşler arası uyumun arttığını göstermektedir. Bu sonuca göre eş ilişkisinin uyumda önemli bir yeri olduğu ve eşi ile uyumlu bir evliliği olan gebelerin psikososyal sağlıklarının olumlu yönde artacağı söylenebilir.

Gebelerin kaygı ve stres alt ölçek puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.189$, $p<0.05$) (Tablo 23).

Gourounti ve arkadaşlarının 2013 yılında Yunan gebe kadınlarda gebelik boyunca düşük evlilik desteğiyle ilişkili anksiyete ve kaygıyı incelemek amacıyla 165 gebeyle yaptıkları çalışmada, yapılan linear regresyon analizi sonucu; IVF (In Vitro Fertilizasyon)

tedavi sonrası konsepsiyon ve düşük evlilik uyumu ile anksiyete ve gebelik kaygıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Gorsuch ve Key'in (1974) yaptıkları bir araştırmada da, önemli bir kişinin yaralanması veya hastalığı, eşin kaybı, evlilik durumu, aileye yeni bir üye olarak bebeğin katılımı ve ekonomik problemler vs. gibi stresli yaşam olayları incelenmiştir. Üç veya daha fazla yaşam değişikliği ile karşılaşan kadınlar, anksiyetesi artanlar ve artmayanlar olarak ikiye ayrılmış ve anksiyetesi daha fazla olan kadınların daha az olan kadınlara göre anlamlı derecede yüksek gebelik sorunları yaşadıkları saptanmıştır. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği alt boyutlarından biri olan kaygı ve stres alt ölçeği puan ortalamalarının artması kaygı ve stresin azaldığını göstermektedir. Kaygı ve stres ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğu görülmektedir. Evlilik uyumunda problem olan gebelerin stres düzeylerinin yüksek olabileceği ve bunun sonucunda da gebeliklerinde psikososyal sağlıkları ile ilgili sorunlar yaşayabilecekleri söylenebilir.

Gebelerin aile içi şiddet alt ölçeği puan ortalamaları ile evlilik uyumu ölçeği puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.420$, $p<0.05$) (Tablo 24).

Woods ve arkadaşlarının gebelikteki psikososyal stresi incelemek amacıyla 1522 gebe ile yaptığı çalışmada, aile içi şiddet gören gebelerin, aile içi şiddet görmeyen gebelere göre üç kat daha fazla psikososyal strese maruz kaldıklarını saptamışlardır.

Evlilik sorunu yaşayan çiftler arasında şiddet olaylarının yaygın olma olasılığı yüksektir. Şiddet, evlilik sorunlarının hem sonucu hem de nedeni olabilir. Eskin'in 2012 yılında çiftlerin evlilik doyumu ve evlilik terapisiyle hakkındaki görüşleriyle ilişkili etmenleri incelemek amacıyla yaptığı araştırmada, erkeklerin evliliklerinden aldıkları doyumu belirleyen etmenlere bakıldığında, iletişimde eşlerinin dikkate almama, dinlememe, duygu ve isteklerini anlamama, ciddiye almama ve benzeri olumsuz davranışları ile eşler arası şiddet olaylarındaki artış evlilik doyumlarını azalttığı, kadınların evlilik doyumunu ise şiddet olaylarının sayısı ile eşlerine duygularını, sorunlarını açamama ve bir şey istemekten korkma azalttığı belirlenmiştir. Eşler arası şiddet olayları ve iletişimde yaşanan sıkıntılar hem erkek hem de kadın için evlilik doyumunu azaltmaktadır. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeği alt boyutlarından biri olan aile içi şiddet alt ölçeği puan ortalamalarının artması aile içi şiddetin azaldığını göstermektedir. Aile içi şiddet ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğu görülmektedir. Evlilik uyumunda problem olan gebelerde aile içi şiddetin yüksek olabileceği

ve bunun sonucunda da gebeliklerinde psikososyal sağlıkları ile ilgili sorunlar yaşayabilecekleri sđylenebilir.

Gebelerin psikososyal destek gereksinimi alt ۆlçeđi puan ortalamaları ile evlilik uyumu ۆlçeđi puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yۆnde, dűřük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.460$, $p<0.05$) (Tablo 25). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ۆlçeđi alt boyutlarından biri olan psikososyal destek gereksinimi alt ۆlçeđi puan ortalamalarının artması psikososyal desteğin arttığını gۆstermektedir.

Gebelerin ailesel ۆzellikler alt ۆlçeđi puan ortalamaları ile evlilik uyumu ۆlçeđi puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yۆnde, dűřük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.348$, $p<0.05$) (Tablo 26). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ۆlçeđi alt boyutlarından biri olan ailesel ۆzellikler alt ۆlçeđi puan ortalamalarının artması ailesel ۆzelliklerin olumlu yۆnde arttığını gۆstermektedir.

Ross ve arkadaşlarının 2013 yılında gebelikte distres ve anksiyeteyi belirlemek amacıyla 105 gebeyle yaptıkları çalışmada, yapılan regresyon analizi sonucu dűřük sosyal destek ile distres ve anksiyete arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Sosyal destek genel olarak bir kişiye diğer kişilerce sağlanan maddi destek, duygusal destek veya bilişsel destek olarak tanımlanmıştır. Sosyal destek, stres olsun ya da olmasın kişinin sağlığını doğrudan olumlu yۆnde etkilemektedir ve stres oluşturacak yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktadır (Öztürk 2000; Vırit 2008). Yapılan araştırmalarda gebelikte sosyal destek yetersizliğinin artmış depresyon ve kayđı dűzeyleriyle ilişkili olduğu ortaya konulmuştur (Altınay 1999, Karaçam 2007, Westdahl 2007, Vırit 2008) Yapılan alışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik gۆstermektedir. Psikososyal destek ve ailesel ۆzellikler ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğu gۆrűlmektedir. Evlilik uyumunda problem olan gebelerde ailesel ۆzelliklerin ve psikososyal desteğin yeterli olmadığı ve bunun sonucunda da gebeliklerinde psikososyal sağlıkları ile ilgili sorunlar yaşayabilecekleri sđylenebilir. Ayrıca gebelikte eř, aile ve/veya arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal desteğin, gebeyi duygusal ve bilişsel olarak rahatlatcağı, sosyal kaynaklardan daha fazla yararlanmalarına, stres etkenleri ve kayđı ile daha kolay bař etmelerine yardımcı olabileceği ve annelik rolűne geçişi kolaylaştırabileceğini sđylemek műmkündür.

Gebelerin gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişiklikler alt ۆlçeđi puan ortalamaları ile evlilik uyumu ۆlçeđi puan ortalamaları arasında yapılan korelasyon analizinde pozitif yۆnde, dűřük ve anlamlı bir ilişki vardır ($r=0.340$, $p<0.05$) (Tablo 26). Gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ۆlçeđi alt boyutlarından biri olan gebeliğe ilişkin fiziksel ve

psikososyal değişiklikler alt ölçeği puan ortalamalarının artması gebeliğe ilişkin fiziksel ve psikososyal değişikliklerin olumlu yönde arttığını göstermektedir.

Lancaster'in 2010 yılında gebelikte depresif semptomlar için risk faktörlerini incelemek amacıyla 57 çalışmayla yaptığı sistematik derlemede, maternal anksiyete, yaşam stresi, depresyon öyküsü, sosyal destek eksikliği, istenmeyen gebelik, Medicaid (yoksullar için sağlık yardımı) sigortası olanlar, düşük eğitim seviyesi, sigara kullanma, yalnız yaşama ve kötü evlilik ilişkisi iki değişkenli analizde antepartum depresif semptomlar için büyük oranda ilişkili bulunmuştur. Yaşam stresi, yetersiz sosyal destek ve aile içi şiddet çok değişkenli analizde anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler ile evlilik uyumu arasında ilişki olduğu görülmektedir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Bunun için bir gebenin izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesinin, bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Gebelikteki ruhsal sorunlar ve depresyon fetüs ve annenin iyilik halini olumsuz etkilemesi, doğum sonu depresyona zemin hazırlaması nedeniyle üzerinde önemle durulması ve erken tanı konularak tedavi edilmesi gereken bir durumdur. Bu bağlamda sağlık profesyonellerinden hemşire, ebe ve hekime önemli sorumluluk düşmektedir.

Depresyon ve kaygının, gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı yenidoğanın sağlığını olumsuz etkilediği, erken doğuma, düşük doğum ağırlığına ve rahim içi gelişme geriliğine neden olduğu bildirilmiştir. Kaygılı geçen bir gebeliğin, çocukta daha sonra davranışsal ve duygusal sorunların ortaya çıkmasına neden olabileceği de ileri sürülmüştür.

Bu araştırmanın amacı, gebelikteki psikososyal durumun evlilik uyumuyla ilişkisini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

6.1 Sonuç

Gebelerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %31.9'unun 25-29 yaş grubunda ve yaş ortalamasının 26.68 ± 5.15 yaş, %31.9'unun ortaokul mezunu, %81.7'sinin ev hanımı, %58.5'inin ekonomik durumunun orta, %73.4'ünün Sosyal Sigortalar Kurumu'na bağlı, %74.7'sinin çekirdek aile yapısına, %44.9'unun ilde yaşadığı, %48.9'unun 10 yıl ve üzerinde Manisa'da yaşadığı ve Manisa'da yaşama yılı ortalamasının 13.65 ± 10.89 yıl olduğu bulunmuştur. Gebelerin eşlerinin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %28.4'ünün lise ve dengi okul mezunu ve %81.4'ünün işçi olduğu saptanmıştır.

Gebelerin obstetrik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %45.5'inin 20-24 yaş arasında ilk kez gebe kaldığı ve ortalama ilk gebelik yaşının ise 22.32 ± 3.81 yaş olduğu, %62.8'inin multipar, multipar gebelerin ise %28.7'sinin 2. gebeliği ve ortalama gebelik sayısının 2.21 ± 1.28 olduğu, %41.5'inin hiç doğum yapmadığı ve ortalama doğum sayısının 1.52 ± 0.76 olduğu, %80.6'sının düşük yapmadığı ve ortalama düşük sayısının 0.27 ± 0.63 olduğu, %96.0'sı ölü doğum yapmadığı ve ortalama ölü doğum sayısının 0.04 ± 0.24 olduğu, doğum aralığına bakıldığında; %22.3'ünün 1-2 yıl ve ortalamasının ise 2.55 ± 2.98 olduğu, %36.2'sinin 1 çocuğa sahip olduğu ve ortalama yaşayan çocuk sayısının 1.50 ± 0.70 olduğu, %78.7'sinin 3. Trimesterde ve ortalama gebelik haftasının 32.02 ± 8.01 olduğu, %77.7'sinin isteyerek gebe kaldığı, %88.3'ünün düzenli olarak antenatal kontrollere gittiği, düzenli antenatal kontrollere gidenlerin ise %80.1'inin Doğumevi'ne gittiği saptanmıştır.

Gebelerin evlilik özelliklerine göre dağılımları incelendiğinde; %44.5'inin 20-24 yaş arasında evlendiği ve ortalama evlilik yaşının ise 21.43 ± 3.62 yaş olduğu, %53.1'i tanışarak evlendiğini, %62.8'inin 1-5 yıldır evli olduğunu, %96.2'sinin ilk evliliği olduğunu ve %74.4'ü şimdiki gebeliklerinin eş ilişkilerini olumlu etkilediğini belirtmiştir.

Gebelerin, yaş, eğitim durumu, meslek, sosyo-ekonomik durum, sosyal güvence, Manisa'da yaşama yılı, eşin eğitim durumu, eşin mesleği, parite, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük yapma durumu, bir önceki doğum aralığı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması/isteyerek gebe kalma durumu, düzenli antenatal kontrollere gitme durumu, evlilik biçimi, evlilik süresi, evlilik sayısı ve eş ilişkisi ile psikososyal sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Gebelerin, sosyo-ekonomik durum, parite, gebelik sayısı, doğum sayısı, bir önceki doğum aralığı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olması/isteyerek gebe kalma durumu, evlilik biçimi ve eş ilişkisi ile evlilik uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Gebelerin, psikososyal sağlık ve evlilik uyumları arasında pozitif yönde, gücü ve anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Gebelerin, “gebelik ve eş ilişkisi” ve “aile içi şiddet” ile evlilik uyumları arasında pozitif yönde, güçlü ve anlamlı bir ilişki saptanırken, “kaygı ve stres”, “ psikososyal destek”, “ailesel özellikler” ve “ gebeliğe ilişkin fiziksel-psikososyal değişiklikler” ile evlilik uyumları arasında pozitif yönde, düşük ve anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç olarak, eş ilişkisi ve evlilik uyumu olumlu yönde arttıkça gebelikteki psikososyal sağlığın da arttığı belirlenmiştir. Bu sonuca göre; evlilik uyumunun iyi olduğunda, gebelikteki psikososyal sağlığın da iyi olacağını söylenebilir.

6.2 Öneriler

Antenatal dönemde maternal sağlığın psikososyal yönünü değerlendirmek için ebe, hemşire ve hekimlerin, tüm gebelere ve gebe izleminin yapıldığı her alanda, gebelikte psikososyal sağlığı değerlendirme ölçeğini kullanması,

Yapılan değerlendirmeler sonucunda, ebe ya da hemşire gebenin psikososyal sağlığına ilişkin sorun ya da gereksinime yönelik doğru tanı koyabilmesi, gebenin uygun ve holistik bir yaklaşımla antenatal ve postnatal bakım hizmetleri alabilmesine olanak sağlanması,

Yapılan erken müdahaleler sonucu sağlıklı gebelik, doğum, postpartum sürece ve postpartum depresyonun azaltılmasına katkı sağlanması,

Aile sağlığı merkezlerinde, aile danışmanlığı birimleri oluşturularak gebelere psikososyal destek sağlanması ve sorunlarının çözülmesine yardımcı olunması,

Danışmanlık süresince en önemli unsur gebe kadın ile danışman ebe arasında empatik, güven verici ve anlayışlı bir yaklaşım ortamının sağlanması,

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması ve koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesi,

Gebenin izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve de neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesi ve bütüncül bir yaklaşımla sağlanması,

Ebe ve Hemşire doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerini verirken gebeliğin sadece gebeyi değil tüm aile üyelerini etkilediğini ve etkilendiğinin bilincinde olmalıdır. Bu nedenle de gebe için hazırlanacak olan bakım planlarına aile özellikle de eşin de dahil edilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

1. Akbaş E, Vırit O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi, 2008, (45): 85-91.
2. Akgün R, Uluocak GP. Evlilikte etkili İletişim ve Problem Çözme: Bir Toplum Merkezindeki Kadınlarla Gerçekleştirilen Grup Çalışması, Aile ve Toplum Dergisi, 2010, 6(23).
3. Altınay, S. Gebelikte Depresyon Prevalansı, Sosyodemografik Özellikler, Obstetrik Risk Faktörleri, Kaygı Düzeyi ve Sosyal Destek ile İlişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, Ankara, 1999.
4. Altıparmak S. Gebelerde Sosyo-Demografik Özellikler, Öz Bakım Gücü ve Yaşam Kalitesi İlişkisi, TAF Preventive Medicine Bulletin, 2006, 5(6): 416-423.
5. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2006, (9): 68-75.
6. Bayram GO. Gebelikte şiddet ve Benlik Saygısı, Bakırköy Tıp Dergisi, 2009, 5: 67-71.
7. Benza S, Liamputtong P. Pregnancy, childbirth and motherhood: A meta-synthesis of the lived experiences of immigrant women. Midwifery (2014), <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.03.005>
8. Beydağ KD. Doğum Sonu Dönemde Anneliğe Uyum ve Hemşirenin Rolü, Kor Hek, 2007, 6(6): 479-484.
9. Bödecs T, Szilágyi E, Cholnoky P, Sándor J, Gonda X, Rihmer Z, Horváth B. Prevalence And Psychosocial Background Of Anxiety And Depression Emerging During The First Trimester Of Pregnancy: Data From A Hungarian Population-Based Sample, Psychiatria Danubina, 2013, 25(4): 352-358.
10. Carroll JC, Reid AJ, Biringer A, MidmerD, Glazier RH, Wilson L et all. Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assesstment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial, CMAJ.AUG 2, 2005, 173(3).
11. Chan CY, Lee AM, Lam SK, Lee CP, Leung KY, Koh YW, Tang CSK. Antenatal anxiety in the first trimester: Risk factors and effects on anxiety and depression in the third trimester and 6-week postpartum, Open Journal of Psychiatry, 2013, 3: 301-310.

12. Çakır S. Evli bireylerin evlilik uyumlarının ana-babalarına bağlanma düzeyleri ve demografik değişkenler açısından incelenmesi. T.C. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.
13. Demir A, Fışıloğlu H. Loneliness and Marital Adjustment of Turkish Couples. The Journal of Psychology, 1999, 133: 230-240.
14. Demiray Ö. Evlilikte Uyumun Demografik Özelliklere Göre İncelenmesi. T.C. Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Diyarbakır, 2006.
15. Demirci H. İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005, İstanbul.
16. Duman NB. Socio-demographic and Obstetric Factors Associated with Depression During Pregnancy in Turkey, American International Journal of Contemporary Research, 2012, 2 (11).
17. Dülgerler Ş, Engin E, Ertem G. Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 2005, 21(1):115-126.
18. Erbek E, Beştepe E, Akar H, Eradamlar N, Alpkan RL. Evlilik Uyumu, Düşünen Adam, 2005, 18(1):39-47.
19. Ergin NG,. Evli ve boşanmış kişilerin evlilik uyumu ve cinsiyetçilik açısından karşılaştırılması. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji (Sosyal Psikoloji) Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008, 15.
20. Eskin M. Evlilik Terapisi için Başvuran Çiftlerin Evlilik Doyumu ve Evlilik Terapisiyle Hakkındaki Görüşleriyle İlişkili Etmenler. Klinik Psikiyatri 2012, (15):226-237.
21. Gorsuch RL, Key MK. Abnormalities of pregnancy as a function of anxiety and life stres. Psychosomatic Medicine, 1974; 36(4): 352-362
22. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Sandall J. Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women, Midwifery, 2014, (30): 628–635.
23. Goyal D, Gay C, Lee KA. How Much Does Low Socioeconomic Status Increase The Risk Of Prenatal And Postpartum Depressive Symptoms In First-Time Mothers? Women's Health Issues, 2010, (20): 96–104.

24. Gözüyeşil EY, Şirin A, Çetinkaya Ş. Gebe Kadınlarda Depresyon Durumu ve Bunu Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2008, 3(8):39-66.
25. Gümüş AB, Çevik N, Hyusni SH, Biçen Ş, Keskin G, Malak AT. Gebelikte Benlik Saygısı ve Beden İmajı ile İlişkili Özellikler, Anatol J Clin Investig 2011, 5(1):7-14.
26. Gümüşdaş M, Ejder-Apay S, Özorhan EY. Riskli Olan ve Olmayan Gebelerin Psiko-Sosyal Sağlıklarının Karşılaştırılması, HSP, 2014, 1(2): 32-42.
27. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara.
28. Işık-Koç G, Tezcan S. Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2005, 1-13.
29. Karaçam Z, Ançel G. Depression, Anxiety and Influencing Factors in Pregnancy: A Study in a Turkish Population, Midwifery, 2007.
30. Karataş T, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma Sorunu Yaşama Durumu İle Sosyal Destek Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 2012, 5 (2): 47-52.
31. Koyun A, Taşkın L, Terzioğlu F. Yaşam Dönemlerine Göre Kadın Sağlığı ve Ruhsal İşlevler: Hemşirelik Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 2011, 3(1): 67-99.
32. Könezoğlu B. Aile ve Ailenin Korunması. T.C. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk (Medeni Hukuk) Anabilim Dalı, 2006.
33. Kuğu N, Akyüz G. Gebelikte Ruhsal Durum, C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, 2001, 23(1):61-64.
34. Kurtman E, Kalkan M. Evlilik İlişkilerini Geliştirme, Kuram ve Uygulama, I. Basım, Nobel Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti., Ankara, Mart 2008.
35. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review, January 2010, American Journal of Obstetrics & Gynecology.
36. Lawrence E, Cobb RJ, Rothman AD, Rothman MT, Bradbury TN. Marital Satisfaction Across the Transition to Parenthood, J Fam Psychol, 2008 February, 22(1): 41–50.
37. Lawson DM. Love Attitude and Marital Adjustment in the Family Life Cycle,

- Sociological Spectrum, 1988, 8:391-406.
38. Lederman R, Weis K. Psychosocial Adaptation to Pregnancy, Seven Dimensions of Maternal Role Development, Third Edition, Springer, USA, April 2014.
 39. Littleton HL, Breitkopf CR, Berenson AB, Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: A meta-analysis American Journal of Obstetrics and Gynecology, 2006.
 40. Manisa Nüfus ve Sağlık Araştırması, Celal Bayar Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2007, Yedi Kardeşler Form & Ofset, Manisa.
 41. Marshall JE, Raynor MD. Myles Textbook for Midwives, Sixteenth Edition, China, 2014.
 42. Maxson P, Miranda ML. Pregnancy Intention, Demographic Differences, and Psychosocial Health, Journal of Women's Health, August 2011, 20(8):1215-1223.
 43. Mckee MD, Cunningham M, Jankowski KR, & Zayas L. Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multiethnic population. Obstetrics & Gynecology, 2001, 97(6): 988-993.
 44. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E, Gebelik ve Doğum Sonrası Dönemde Sosyal Destek Algısı Düzeylerinin İncelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2010, 1(2):71-76.
 45. Milgrom J, Alan W, Gemmill AW, Justin L, Bilszta JL, Hayes B, Barnett B, Brooks J, Ericksen J, Ellwood D, Buist A. Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study, Journal of Affective Disorders, 2008, (108): 147–157.
 46. Mutlugüneş E, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma ile Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulü Arasındaki İlişki, Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2013, 2(1):8-14.
 47. Nelson-Jones R. (1986) Human relationship skills. Norwich: Typeset by Paston Press.75.
 48. Nichols MR, Roux GM, Harris NR. Primigravid and Multigravid Women: Prenatal Perspectives. The Journal of Perinatal Education 2007;16 (2):21-32.
 49. Okanlı A, Tortumluoğlu G, Kırpınar İ. Gebe Kadınların Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Destek ile Problem Çözme Becerileri Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003, (4): 98-105.
 50. Özgüven İE. Evlilik ve Aile Terapisi, 3. Basım, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., Ankara, Mart 2014.
 51. Öztürk H, Şirin A. Doğum Yapan Annelerde Algılanan Sosyal Destek Faktörlerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek

- Okulu Dergisi 2000, 16:31-40.
52. Park CM, Seo HJ, Jung YE, Kim MD, Hong SC, Bahk WM, Hur MH, Song JM. Factors associated with antenatal depression in pregnant Korean females: the effect of bipolarity on depressive symptoms, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9 June 2014.
53. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*, Fourth Edition, Elsevier, Canada, 2010.
54. Roos A, Faure S, Lochner C, Vythilingum B, Stein DJ, Predictors of distress and anxiety during pregnancy, *African Journal of Psychiatry*, 2013, (16): 118-122.
55. Sabatelli RM. Measurement Issues in Marital Research:a review and Critique of Contemporary Survey Instruments. *Journal of Marriage and the Family*, 1988, 50:891-915.
56. Seviğ Ü, Tanrıverdi G. *Kültürlerarası Hemşirelik*, I. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık, 2012, İstanbul.
57. Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Olcay Semiz, Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2006, 1(2).
58. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads, *Journal of Marriage and the Family*, 1976, 38:15-28.
59. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, & Hay DM. Development of an instrument to measure nausea and vomiting in pregnancy. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology*, 2002, 22 (5):481 – 485.
60. Şendil G. Korkut Y. Evli Çiftlerdeki Çift Uyumu ve Evlilik Çatışmasının Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi. www.journals.istanbul.edu.tr
61. Şener A. Terzioğlu G. Arkadaşlık İlişkilerinin Evlilik uyumu Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. www.sdergi.hacettepe.edu.tr
62. Şener A, Terzioğlu RS. Ailede Eşler Arasında Uyuma Etki Eden Faktörlerin Araştırılması. T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı, Ankara, 2002.
63. Taşcı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil Kadınlarda Evlilik Uyumu, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, (TJOD Derg), 2008, 5(2):105-10.
64. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, V. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2002.
65. Tezcan S, Tunçkanat H. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetin Kadınların Fiziksel ve Ruhsal Sağlığı Açısından Değerlendirilmesi, VI. Ulusal Sosyoloji Kongresi, “Toplumsal Dönüşümler ve Sosyolojik Yaklaşımlar”, Adnan Menderes Üniversitesi,

- Aydın, 2009.
66. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2003, Ankara, Türkiye.
 67. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2013, Ankara, Türkiye.
 68. Tutarel-Kışlak Ş. Evlilikte Uyum Ölçeğinin (EUÖ) Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması, 3P Dergisi, 1999, 7(1): 50-57.
 69. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. T.C. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara, 2009.
 70. Vırit O, Akbaş E, Savaş HA, Sertbaş G, Kandemir H. Gebelikte Depresyon ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek ile İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008, 45: 9-13.
 71. Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. Obstet Gynecol. 2007, (110):134-40.
 72. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A, Psychosocial stress during pregnancy, Am J Obstet Gynecol, 2010, 202 (61):1-7.
 73. Yalçın H. Evlilik Uyumu ile Sosyo-demografik Özellikler Arasındaki İlişki, Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2014, 3(1):24.
 74. Yekenkunrıl D, Mete S. Gebelikte Bulantı Kusma, Evlilik Uyumu ve Eş İlişkisi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, DEUHYO ED, 2012, 5(3):89-95.
 75. Yeşilçiçek KÇ, Aktaş A. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2011, 3(1):142-162.
 76. Yıldız H. Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği Geliştirme Çalışması, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2011, 4(1).
 77. Yücel P, Çayır Y, Yücel M. Birinci Trimestir Gebelerde Depresyon ve Anksiyete Bozukluğu, Klinik Psikiyatri, 2013; (16): 83-87.

8. EKLER

EK-1. GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI (Araştırma başvuru formunda bölüm A.2’de yer alan araştırma adı kullanılmaktadır.) :

Gebelikteki Meydana Gelen Psikolojik Değişikliklerin Evlilik Uyumuyla İlişkisi

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını bilgilerinizin nasıl kullanılacağına çalışmanın neleri içerdiğini ve olası yararlarını risklerini ve rahatsızlık verebilecek konuları anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız ve eğer istiyorsanız özel veya aile doktorunuzla konuyu değerlendiriniz. Eğer çalışmaya katılmaya karar verirsiniz imzalamanız için size bu Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu verilecektir. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Eğer isterseniz, bu çalışmaya katılımınızla ilgili olarak hekiminiz / aile doktorunuz bilgilendirilecektir. Çalışma amacıyla yapılan normal muayeneniz sırasında istenilen tetkikleriniz dışındaki tüm laboratuvar testleri çalışma destekleyicisi tarafından karşılanacak; size veya bağlı bulunduğunuz özel sigorta veya resmi sosyal güvenlik kurumuna ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI :

Gebelikteki fizyolojik reaksiyonlar kadar psikososyal reaksiyonların da tanınması ve önlenmesi, anne ve çocuk sağlığına etkilerinin azaltılması açısından önem taşımaktadır. Bunun için bir gebenin izlemlerinde tıbbi değerlendirmesi yapılırken, fiziksel değerlendirmenin yanı sıra psikososyal değerlendirmenin ve neden olabilecek risk etkenlerinin de değerlendirilmesinin, bütüncül bir yaklaşım açısından önemli olduğu vurgulanmaktadır. Gebeye bütüncül bir bakım verilerken, özellikle fiziksel ve psikolojik sorunları azaltmak için gebenin kendisinin, eşinin ve ailesinin de dahil edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle Çalışma; gebelikteki meydana gelen psikolojik değişiklikler ve evlilik uyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla planlanmıştır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

(Gönüllüden kan alınacak ise kan miktarı 2 ml (bir çay kaşığı) / 5 ml (bir tatlı kaşığı) şeklinde belirtilmelidir Çalışma işlemlerinin hasta açısından yan etkileri, riskleri ve rahatsızlıkları açıklanmalıdır.)

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacılar tarafından uygulanacaktır. Tanıtıcı Bilgi Formunun doldurulması ortalama 10–15 dakika, Gebelikte Psikososyal Sağlığı Değerlendirme Ölçeği’nin doldurulması ortalama 10–15 dakika ve Evlilik Uyum Ölçeği’nin doldurulması ortalama 10–15 dakika olmak üzere veriler toplam 30–45 dakika içinde toplanacaktır. Anketler içerisinde cevap vermek istemediğiniz soru olursa geçebilir ya da anketleri istediğiniz anda bırakabilirsiniz.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya katılmanız, gebelikteki meydana gelen psikolojik değişiklikler ve evlilik uyumu arasındaki ilişkinin bilinmesi sizlere hizmet verme konusunda yol gösterici olacaktır ve elde edilen bilgilerle ileride sizlere daha iyi hizmet sunulmasına katkıda bulunacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmadan elde edilen bilgiler kişisel olarak değerlendirilmeyecek, kişilerin isimleri ve bilgileri araştırmacılar dışında kimseye verilmeyecek, yalnızca araştırma verisi olarak kullanılacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

- 1. Arş. Gör. Hanife Nurseven ŞİMŞEK**
- 2. Yard. Doç. Dr. Selma ŞEN**

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri doktorumla ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Ebe/hemşire saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

<i>Gönüllü Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Veli / Vasinin Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Tanık¹ Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

<i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i>		<i>Tarih ve İmza:</i>
<i>Adres ve Telefon:</i>		

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi 2: Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2. BİREYSEL BİLGİ FORMU

Adınız-Soyadınız:

Telefon:

Adres:

1) Yaşınız:

2) Eğitim durumunuz:

a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

3) Mesleğiniz:

4) Gelir durumunuz: a) Gelir giderden az b) Gelir gidere denk c) Gelir giderden fazla

5) Eşin Eğitim Durumu:

a) Okur yazar değil b) Okur yazar c) İlkokul d) Ortaokul e) Lise f) Üniversite

6) Eşin Mesleği:

7) En uzun yaşadığınız yer: a) Köy b) İlçe c) İl

9) Kaç yıldır Manisa'da yaşıyorsunuz?

10) Sosyal güvenceniz:

a) SSK b) Bağkur c) Yeşil kart d) Emekli Sandığı e) Yok

11) Ailenizde kimlerle yaşıyorsunuz?.....

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c) Parçalanmış aile

12) Kaç yaşında evlendiniz:

13) Kaçıncı evliliğiniz:

14) Evlilik biçiminiz nedir?

a) Görücü usulü/istemeden b) Görücü usulü/isteyerek c) Tanışarak

15) Kaç yıldır evlisiniz?.....

16) İlk gebelik yaşıınız:

17) En son gebeliğinizin üzerinden geçen süre:

18) Toplam gebelik sayınız:

Doğum sayınız:

Ölü doğum sayınız:

Düşük sayınız:

Yaşayan çocuk sayınız:

19) Gebelik haftanız:.....

20) Planlanmış bir gebelik miydi? a)Evet b) Hayır

21) Düzenli doğum öncesi kontrollere gidiyor musunuz? a)Evet b) Hayır

22) Doğum öncesi kontrollerinizi nerede yaptırıyorsunuz?

a)Aile Sağlığı Merkezi b) Doğumevi c) Üniversite Hastanesi d) Özel

Hastane

23) Şimdiki gebeliğiniz eşinizle olan ilişkinizi nasıl etkiledi?

a) Olumlu b) Olumsuz c) Etkilemedi



EK-3. GEBELİKTE PSİKOSOSYAL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Gebelik haftası/ayı: _____

Bir bebeğe sahip olmak sizin ve ailenizin yaşamında genellikle önemli bir süreçtir ve bu süreç geçmişten bu güne kadar olan yaşamsal deneyimlerinizden ve şu anda var olan mevcut durumunuzdan etkilenecektir. Gebelik süreci ve buna bağlı değişikliklerden etkilenme düzeyi kadının kendi, eşi ya da ailesel faktörlerden dolayı bireysel farklılıklar gösterecektir.

Bu form gebe kadınların duygu ve düşüncelerini ifade edebilmelerine olanak sağlayarak içinde bulunduğu durumu ortaya koymak amacıyla geliştirilmiştir. Aşağıdaki soruları içinde bulunduğunuz bu süreçteki genel durumunuza, duygu, düşünce ve hissettiklerinize göre size en uygun olacak şekilde ve doğru olarak cevaplayınız. Yanıtlarınız gizli tutulacak olup, bilimsel amaçlı ve size destek sağlamak üzere sadece araştırmacı tarafından kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

<i>Aşağıdaki maddeler “çok fazla”dan “hiç” ifadesine kadar derecelendirilmiştir. Lütfen her bir maddede sizin duygu, düşünce ve genel durumunuzu en iyi- en uygun olarak tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz</i>					
	Çok fazla	Fazla	Orta	Az	Hiç
1. Gebeliğinizin planlı/istenilen bir gebelik olduğuna ilişkin inancınız					
2. Gebe olduğunuzu öğrendiğinizdeki mutluluk düzeyiniz					
3. Gebeliğinize ilişkin şu andaki mutluluk düzeyiniz					
4. Gebeliğinizde yaşadığınız sorun/sıkıntılarınız					
5. Eşinizin gebeliğinizle ilgili mutluluk düzeyi					
6. Eşinizin gebeliğinizde size gösterdiği ilgi					
7. Ailelerinizin gebeliğinize yönelik davranışlarının sizi olumsuz etkilemesi					
8. Gebeliğinizde eşinizin sizi her yönden desteklediği/ destekleyeceği inancınız					
9. Gebeliğinizde duygusal destek ihtiyacınız					
10. Gebeliğinize yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
11. Anne olmaya yönelik endişe/ stres düzeyiniz					
12. Gebeliğinize ya da anne olmanıza yönelik korku/panik duygusu					
13. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızdaki değişim düzeyi					
14. Gebeliğinizden dolayı yaşamınızda yaptığınız değişikliklerden olumsuz etkilenme düzeyiniz					
15. Gebeliğinizde vücudunuzda oluşan değişikliklerin sizde yarattığı stres/kaygı düzeyi					
16. Doğumdan sonra bebeğinizin bakımında alabileceğiniz destek düzeyi					

17. Doğumdan sonra kendi bakım ve ihtiyaçlarınızda alabileceğiniz destek düzeyi					
18. Evlilik ilişkinizde kendinizi mutlu hissetme düzeyiniz					
19. Bebeğin doğumuyla birlikte evlilik ilişkinizin daha iyi olacağına inancınız					
20. Eşinizin size değer vermesi/ saygı göstermesi					
21. Evliliğinizin devamına ilişkin kaygı/korku düzeyiniz					
22. Eşinizden çekinme, korkma düzeyiniz					
23. Eşinizden fiziksel şiddet (itme, vurma vb.) görme					
24. Eşinizden sözel, psikolojik şiddet (aşağılama, hakaret, küçük düşürme vb.) görme					
25. Eşinizden cinsel şiddet (zorla cinsel ilişki, zarar verme vb) görme					
26. Eşinizin aile, akraba, arkadaş vb. ile görüşmelerinizi kısıtlaması					
27. Eşinizin sizi rahatsız eden/kaygılandırıcı zararlı alışkanlıkları (sigara, alkol, kumar vb)					
28. Şu anda yaşamınızdaki stres, sıkıntı düzeyi					
29. Şu anda maddi/ekonomik sorun yaşama durumunuz					
30. Gebelik öncesi veya şu anda tedavi gerektirecek düzeyde yaşadığınız psikolojik (ruhsal) sorunlar					
31. Kendi ailenizle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
32. Eşinizin ailesiyle ilişkilerinizin iyi olma düzeyi					
33. Aileniz tarafından sevildiğiniz inancı					
34. Eşiniz tarafında sevildiğiniz inancı					
35. Ailenizin size her konuda destek olduğu/ olacağı düşüncesi					
36. Çocuğunuza iyi bir bakım verebilme kaygısı					
37. Çocuğunuza iyi bir gelecek sağlama kaygısı					
38. Eşinizin iyi bir baba (ilgili, sorumluluk sahibi vb.) olacağına yönelik kaygınız					
39. Doğumdan sonra sosyal yaşantınızın olumsuz etkileneceği endişesi					
40. Her şeyin kötü gittiği/gideceği düşüncesi (inancı)					
41. Nedenini bilemediğiniz sıkıntı, endişe, üzüntü, mutsuzluk hissi					
42. Gebeliğinizde rahat ve güvende olma hissiniz					
43. Gebeliğinizde sorunlarla baş etme yolu olarak sigara, alkol vb madde kullanmanız					
44. Gebeliğiniz nedeniyle iş yaşamınızda olumsuz değişikliklerin (işinizi ya da işinizdeki statüyü kaybetme vb) olduğuna/ olacağına ilişkin endişeniz					
45. Eşinizin iş değiştirme, bırakma ya da iş kaybı yaşamasına yönelik endişeniz					
46. Gebeliğiniz nedeniyle sosyal yaşamınızın (arkadaşlık, eğlence, gezi, tatil vb.)olumsuz etkileneceği/ etkilendiği inancınız					

EK-4. EVLİLİK UYUM ÖLÇEĞİ

1) Ölçeğin bu maddesinde, evliliğinizdeki mutluluk düzeyini tüm yönleri ile en iyi tanımladığını inandığınız noktayı daire içine alınız. Ortadaki “mutlu” sözcüğü üzerindeki nokta, çoğu kişinin evlilikten duyduğu mutluluk derecesini temsil etmekte ve ölçek kademeli olarak sol ucunda evliliğinde çok mutsuz olan küçük bir azınlığı, sağ ucunda ise evliliğinden çok büyük bir doyum ve mutluluk duyan küçük bir azınlığı temsil ederek derecelenmiş bulunmaktadır.



Aşağıdaki maddelerde verilen konulara ilişkin olarak, siz ve eşiniz arasındaki anlaşma ya da anlaşmazlık derecesini yaklaşık olarak belirtiniz. Lütfen her maddeyi değerlendiriniz.

	Her zaman anlaşırız	Hemen her zaman anlaşırız	Ara sıra anlaşamadığımız olur	Sıklıkla anlaşamayız	Hemen her zaman anlaşamayız	Hiç anlaşamayız
2.Aile bütçesini idare etme						
3.Boş zaman etkinlikleri						
4.Duyguların ifadesi						
5.Arkadaşlar						
6. Cinsel İlişkiler						
7.Toplumsal kurallara uyma (doğru, iyi veya yerinde davranış)						
8.Yaşam felsefesi						
9.Eşin akrabalarıyla anlaşma biçim						

Lütfen evliliğinizi en iyi ifade ettiğine inandığımız bir cevabı işaretleyiniz.

10. Ortaya çıkan uyumsuzluklar genellikle,

- a) Erkeğin susması ile
- b) Kadının susması ile
- c) Karşılıklı anlaşmaya varılarak sonuçlanır

11. Ev dışı faaliyetlerinizin ne kadarını eşinizle birlikte yaparsınız?

- a) Hepsini
- b) Bazılarını
- c) Çok azını
- d) Hiç birini

12. Boş zamanlarınızda genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih edersiniz?

- a) Dışarıda bir şeyler yapmayı
- b) Evde oturmayı

Eşiniz genellikle aşağıdakilerden hangisini tercih eder?

- a) Dışarıda bir şeyler yapmayı
- b) Evde oturmayı

13. Hiç evlenmemiş olmayı istediğiniz olur mu?

- a) Sık sık
- b) Arada sırada
- c) Çok seyrek
- d) Hiçbir zaman

14. Hayatınızı yeniden yaşayabilseydiniz,

- a) Aynı kişiyle evlenirdiniz
- b) Farklı bir kişiyle evlenirdiniz
- c) Hiç evlenmezsiniz

15. Eşinize güvenir, sırlarınızı ona açar mısınız?

- a) Hemen hemen hiçbir zaman
- b) Nadiren
- c) Çoğu konularda
- d) Her konuda

**EK-5. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI KURUMLARDAN ALINAN İZİN
BELGESİ**



T.C.
CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
HAFSA SULTAN HASTANESİ
CERRAHİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜMÜ
KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM ANABİLİM DALI



Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
Sayı : 23717138/405 - 5980
Konu :

21/11/2013

MANİSA SAĞLIK YÜKSEKOKULU MÜDÜRLÜĞÜ'NE

İLGİ : 07/11/2013 tarihli ve 963 sayılı yazınız

İlgi yazınız doğrultusunda Ebelik Bölümü Araştırma Görevlisi Hanife Nurseven ŞİMŞEK'in tez projesi çalışmasını Kurumumuzda yapabilmesi için izin talebinin Etik Kurul Kararı alındıktan sonra değerlendirilmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Seyhan KURŞAT
Başhekim

T.C. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ MANİSA SAĞLIK YÜKSEKOKULU	
Kayıt Tarihi:	26.11.2013
Kayıt No:	2551
Dosya No:	
Eki:	

11.11.2013
26.11.13

T.C. MANİSA VALİLİĞİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
EĞİTİM ŞUBESİ Eki :
Tarih :20.11.2013 10:42 No :15472


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 72782165
Konu : Tez Araştırma İzni

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
Manisa Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne

İlgi : 08.11.2013 tarih ve 964 sayılı yazınız.

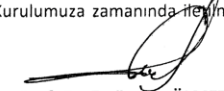
Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev yapan Hanife Nurseven ŞİMŞEK'in "Gebelikteki Psikososyal Durumun Evlilik Uyumuyla İlişkisi" konulu çalışmasının Genel Sekreterliğimize bağlı Merkezefendi Devlet Hastanesi Sağlık Tesisinde yapması uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Uzm. Dr. Leyla ARICI
Manisa İli Kamu Hastaneleri Birliği
İdari Hizmetler Başkanı V.

T.C. CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ MANİSA SAĞLIK YÜKSEKOKULU	
Kayıt Tarihi:	26.11.2013
Kayıt No:	2547
Dosya No:	
Eki:	

EK-6. ETİK KURUL İZİN BELGESİ

T.C.
Celal Bayar Üniversitesi
Tıp Fakültesi Yerel Etik Kurulu
Karar Formu

KARAR TARİH / NO	20 / 11 / 2013 / 20478486 - ...293				
ARAŞTIRMANIN ADI	Gebelikte Psikososyal Durumun Evlilik Uyumuyla İlişkisi				
SORUMLU ARAŞTIRMACI	Yrd. Doç. Dr. Selma ŞEN				
ARAŞTIRMA EKİBİ	Arş. Gör. Hanife Nurseven ŞİMŞEK – C.B.Ü. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları S.Y.O				
ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	UZMANLIK TEZİ <input type="checkbox"/>	YÜKSEK LİSANS--DOKTORA TEZİ <input checked="" type="checkbox"/>	AKADEMİK AMAÇLI <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Araştırma başvuru formu ve gerekli ekleri incelenmiş; çalışmanın yürütüleceği birim ve kurumlardan izin alınmak koşuluyla Etik açıdan UYGUN olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye	Ünvanı/Adı/Soyadı	Araştırma ile İlişkisi Olan Üye	Toplantıya Katılmayan Üye
Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Farmakoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prof. Dr. Necip KUTLU Fizyoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Tuncay VAROL Anatomi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. Selda BEREKET Antrenörlük Eğitimi AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Dinç HORASAN Halk Sağlığı AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doç. Dr. F. Sırrı ÇAM Tıbbi Genetik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Cengiz KIRMAZ Alerji İmmünoloji BD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Peyker TEMİZ Patoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Ece ONUR Tıbbi Biyokimya AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Doç. Dr. Artuner DEVECİ Psikiyatri AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Pelin ERTAN Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Selim ALTAN Tıbbi Etik AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Canan TIKIZ F. T. R Algoloji AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yrd. Doç. Dr. Dilek ÇEÇEN Cerrahi Hemşireliği AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Erhun KAŞIRGA Çocuk Sağlığı Hastalıkları AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazlı KÜEY Avukat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prof. Dr. Gönül Tezcan KELEŞ Anestezi ve Reanimasyon AD	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Çiğdem HÜNER Sivil Üye	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Prof. Dr. Mahmut AŞIRDIZER Adli Tıp AD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Etik Kurulumuzun kararı yukarıda belirtilmiştir. Araştırma Başvuru Formunun Taahhütname – Bölüm E kısmında belirtilmiş olan hususların dikkate alınarak istenilen bilgilerin Etik Kurulumuza zamanında iletilmesi konusunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.					
 Prof. Dr. Ercüment ÖLMEZ Başkan					

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Hanife Nurseven ŞİMŞEK
Doğum Yeri : Denizli
Yabancı Dili : İngilizce
E-Posta Adresi : hanife.ege.2006@hotmail.com

EĞİTİM BİLGİLERİ

Lisans (2006-2011)..., Ege Üniversitesi, İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, Ebelik
Yüksek Lisans (2012-2014)..., Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ebelik

AKADEMİK/İDARİ GÖREVLER VE ÜNVANLAR

Kurum	Yıl	Görev
Celal Bayar Üniversitesi	2011	Arş. Grv.
Manisa Sağlık Yüksekokulu- Ebelik (Henüz bir yayını bulunmamaktadır.)		