

**HİLAL
AKSOY**

**GEBELERİN SOSYAL DESTEK ALGISI VE YAŞAM
KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**CÜSBE
SİVAS
2016**



T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

GEBELERİN SOSYAL DESTEK ALGISI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HİLAL AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ
EBELİK ANABİLİM DALI

SİVAS-2016

**T.C.
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
EBELİK ANABİLİM DALI**

**GEBELERİN SOSYAL DESTEK ALGISI VE
YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

HİLAL AKSOY

YÜKSEK LİSANS TEZİ

EBELİK ANABİLİM DALI

**TEZ DANIŞMANI
YRD.DOÇ.DR. ÖZLEM DURAN AKSOY**

SİVAS - 2016

“Gebelerin Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”adlı **Yüksek Lisans** Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü **Ebelik** Ana Bilim Dalında **Yüksek Lisans** tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan _____

Üye _____

Üye _____

Üye _____

Üye (Danışman)

YRD.DOÇ.DR.ÖZLEM DURAN AKSOY

ONAY

Bu tez çalışması, tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Zübeyde AKIN POLAT
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez, Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 18.02.2015 tarihli ve 4/4 sayılı kararı ile kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna göre hazırlanmıştır.



Çalışma sırasında bana destek olan hocalarıma, aileme, eşime ve oğluma...

TEŞEKKÜR

Araştırma sürecinde tez danışmanım Değerli Hocam **Sayın Yrd.Doç.Dr. Özlem DURAN AKSOY**'un bilgi, görüş ve destekleriyle çalışmanın planlanması ve yürütülmesi aşamasında sağladığı hoşgörülü katkılarına,

Değerli Hocalarım Sayın **Yrd.Doç.Dr. Handan GÜLER**, **Yrd.Doç.Dr. Mine BEKAR**, **Yrd.Doç.Dr. Dilek BİLGİÇ**, **Yrd.Doç.Dr. Gülbahtiyar DEMİREL** ve **Yrd.Doç.Dr. Ziyet ÇINAR**'ın veri formunun oluşturulması ve analizinde sağladıkları katkılarına,

Bu günlere gelmemde hiç şüphesiz en büyük payı olan kıymetli **anneme, babama** ve çok sevdiğim **kardeşlerime**,

Her daim yanımda olan, bilgisiyle ve tecrübeleriyle çalışmamı destekleyen eşim **Erdem AKSOY**'a ve varlığıyla güç veren oğlum **Ata AKSOY**'a teşekkür ederim.

ÖZET

GEBELERİN SOSYAL DESTEK ALGISI VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

HİLAL AKSOY

Yüksek Lisans Tezi

Ebelik Anabilim Dalı

Danışman: Yrd.Doç.Dr. ÖZLEM DURAN AKSOY

2016, 103 sayfa

Araştırma gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma, 06.06.2014-30.12.2014 tarihleri arasında Sivas il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı 437 gebenin izlemleri sırasında yürütülmüştür. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) aracılığı ile toplanmıştır.

Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşının 28.56 ± 4.98 olduğu, %38.4'ünün üniversite mezunu, %62'sinin ise ev hanımı olduğu belirlenmiştir. Kadınların %35.5'inin ilk gebeliğini yaşadığı, %37.5'inin hiç doğum yapmadığı, %58.4'ünün üçüncü trimesterde olduğu, %90.2'sinin isteyerek gebe kaldığı saptanmıştır. Kadınların %23.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %95.7'sinin gebelik takibi yaptırdığı, %48.1'inin gebelik takibini özel hastanede, %15.8'inin ise takibini ebelere yaptırdığı bulunmuştur. Kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam puan ortalamalarının 64.30 ± 13.11 , sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; eş desteğinden 17.16 ± 8.08 , aile desteğinden 24.59 ± 4.14 , arkadaş desteğinden 22.54 ± 5.79 olduğu saptanmış olup gebelerin sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 71.15 ± 9.07 , yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; fiziksel alan 13.84 ± 2.41 , ruhsal alan 14.28 ± 2.18 , sosyal alan 14.70 ± 2.69 , çevresel alan 14.53 ± 2.40 , kültürel alan 13.81 ± 2.03 olduğu bulunmuştur. Kadınların yaşam kalitesi düzeylerinin ise yüksek olduğu saptanmıştır.

Kadınların sosyal destek ölçeği puanları ile yaşam kalitesi ölçeği puanları ($r=0.24$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki

olduğu saptanmıştır. Yaşam kalitesi ve ÇBASDÖ alt boyutları arasında ise kadınların ruhsal alan, çevresel alan, kÖltÖrel alan puanları ile eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanları arasında dÖşÖk dÖzeyde pozitif yÖnde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır($p<0.05$).

Sonuç olarak; gebelerin sosyal destek puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda; gebelerin sosyal destek kaynakları belirlenerek ebeler tarafından yapılan izlemler sırasında desteklenmesi, gebelerin değiştirebilir (egzersiz yapma, gebelik semptomlarını yÖnetme vb.) ve değiştirilemeyen faktÖrleri (yaş, gebelik haftası, eğitim dÖzeyi, iş vb.) değerlendirilerek bireysel danışmanlık ve bakım hizmetleri sunulması Önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Gebe, sosyal destek algısı, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

SOCIAL SUPPORT PERCEPTION OF PREGNANTS AND EVALUATION OF QUALITIES OF THEIR LIVES

HİLAL AKSOY

Master of Science Thesis

Department of Midwifery

Süpervisör: Assist.Prof.Dr. ÖZLEM DURAN AKSOY

2016, 103 pages

This research made as identifier and crossectional assess perception of social support and quality of pregnant . Research between 06.06.2014-30.12.2014 has been out during follow up 437 pregnant that recorded 22 family health center in sivas city centre. Research data has been collected through Personal Information Form by prepared in face to face interviews, World Health Organisation Quality Of Life Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS).

It has been determined women participated in research in average age 28.56 ± 4.98 , % 38.4 graduated from university, % 62 housewives. It has been stated that %35.5 their first pregnancy, %37.5 never given a birth , %58.4 at their third trimester, %90.2 willingly pregnant. It has been stated that %23.3 do exercises, %95.7 made themselves following up pregnancy, %48.1 made their pregnancy follow up in private hospital, %15.8 made their pregnancy following up to midwife. It has been determined that Women's Total point of multidimensional perceived social support scale is 64.30 ± 13.11 , average point of social support subscale in order; husband support 17.16 ± 8.08 , family support 24.59 ± 4.14 , friend support 22.54 ± 5.79 and stated that social support level of pregnant is high. It has been found that the average of total point from scale of life quality is 71.15 ± 9.07 , average point of life quality subscale is in order physical space 13.84 ± 2.41 , spiritual space 14.28 ± 2.18 , social space 14.70 ± 2.69 , enviromental space 14.53 ± 2.40 , cultural space 13.81 ± 2.03 . It has been determined level of women's life quality is high.

It has been determined that meaningful relationship, stastiscially low level in positive way, between point of women's social support scale and point of life quality

(rs=0.24). It has been determined that meaningful relationship between life quality and multidimensional perceived social support subscale women's spiritual space, environmental space and cultural space points with husband, family, friend support points statistically low level in positive way, between social space points with family, friend support points statistically in the same way low level in positive way.

As a conclusion; It has been stated as point of pregnant support is increasing, point of life quality is increasing. In that way, it can be suggested by determining pregnant social support sources, by supporting pregnant during following up by midwives, by assessing pregnant's changeable factors (doing exercises, managing pregnancy symptoms ..etc) and unchangeable factors (age, week of pregnancy, education level, profession ..etc), by presenting personal consultant maintenance.

Key words: Pregnancy, social support perception, quality of life.

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK.....	i
ONAY.....	ii
YÖNERGE.....	iii
İTHAF.....	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	viii
İÇİNDEKİLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ.....	xiv
KISALTMALAR DİZİNİ.....	xv
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.GEBELİK DÖNEMİ.....	3
2.2.GEBELİKTE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER.....	3
2.2.1.Uterus.....	3
2.2.2.Serviks.....	4
2.2.3.Overler.....	4
2.2.4.Vajina ve Perine.....	4
2.2.5.Memeler.....	4

2.3.GEBELİKTE SİSTEMLERDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER....	6
2.3.1.Solunum Sisteminde Oluşan Değişimler.....	6
2.3.2. Sindirim Sisteminde Oluşan Değişimler.....	6
2.3.2.1. Pityalizm (Aşırı Tükürük Salgılanması).....	6
2.3.2.2. Diş Eti Kanaması.....	6
2.3.2.3. Reflü.....	7
2.3.2.4. Bulantı ve Kusma.....	7
2.3.2.5. Mide Yanması.....	8
2.3.2.6. Konstipasyon (Kabızlık).....	8
2.3.2.7. Pika.....	8
2.3.3. Boşaltım Sisteminde Oluşan Değişimler.....	9
2.3.3.1. İdrar Yolu Enfeksiyonu.....	9
2.3.3.2. Sık İdrara Çıkma.....	9
2.3.3.3. Vajinal Akıntıda Artma.....	9
2.3.4. Kardiyovasküler Sistemde Oluşan Değişimler.....	10
2.3.4.1. Hemoroid.....	10
2.3.4.2. Varis.....	10
2.3.5. Ciltte Oluşan Değişimler.....	10
2.3.6. Kas İskelet Sisteminde Oluşan Değişimler.....	11
2.3.6.1. Bel ve Sırt Ağrıları.....	11
2.3.7. Metabolik Sistemde Oluşan Değişimler.....	11
2.3.7.1. Yorgunluk.....	12
2.3.7.2. Uykusuzluk.....	12
2.3.7.3. Karpal Tünel Sendromu.....	12
2.3.7.4. Bacak Krampları.....	13
2.3.8. Endokrin Sistemde Oluşan Değişimler.....	13
2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE GEBELİĞE BAKIŞ.....	14

2.6. SOSYAL DESTEK VE GEBELİK.....	16
2.6.1.Sosyal Destek ve Baba Rolü.....	17
2.6.2.Sosyal Desteğin Bileşenleri.....	17
2.6.2.1.Maddi Destek.....	17
2.6.2.2.Duygusal Destek.....	18
2.6.2.3.Zihinsel Destek.....	18
2.6.3.Sosyal Destek Kaynakları.....	19
2.6.4.Sosyal Destek ve Ebelik.....	20
2.7.YAŞAM KALİTESİ VE GEBELİK.....	21
2.7.1.Yaşam Kalitesinin Alanları.....	22
2.7.2.Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar.....	22
2.7.3.Yaşam Kalitesini Artıran Durumlar.....	23
2.7.4.Yaşam Kalitesi ve Ebelik.....	23
3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	25
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ.....	25
3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	25
3.4.VERİLERİN TOPLANMASI VE ARAÇLAR.....	26
3.4.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu (Ek 1).....	27
3.4.2. Kişisel Bilgi Formu (Ek 2).....	27
3.4.3. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirmede Kullanılan Ölçütler (Ek 3).....	27
3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4).....	28
3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	29
3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ.....	29

4. BULGULAR	30
5. TARTIŞMA	46
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	54
6.1. Sonuçlar.....	54
6.2. Öneriler.....	56
7. KAYNAKLAR	57
8. EKLER	67
Ek 1. Bilgilendirilmiş Olur Formu.....	67
Ek 2. Kişisel Bilgi Formu.....	69
Ek 3. Yaşam Kalitesi ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirmede Kullanılan Ölçütler.....	71
Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ).....	73
İZİNLER	78
ÖZGEÇMİŞ	86

TABLolar

	Sayfa No
Tablo 2.1. Gebeliğin Belirtileri.....	5
Tablo 2.2. Gebeliğin Bulguları.....	5
Tablo 3.1. Aile Sağlığı Merkezlerinin Gebe Sayılarına Göre rnekleme Alınacak Gebe Sayısı	28
Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı zelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 4.2. Kadınların Gebelik ve Doğum zelliklerinin Dağılımı.....	35
Tablo 4.3. Kadınların Sosyal Destek leği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.4. Kadınların Yaşam Kalitesi leği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı.....	36
Tablo 4.5. Kadınların Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi leğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 4.6. Kadınların Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi leği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 4.7. Kadınların Tanımlayıcı zelliklerine Göre Sosyal Destek leğinin Puan Dağılımı.....	39
Tablo 4.8. Kadınların Gebelik ve Doğum zelliklerine Göre Sosyal Destek leğinin Puan Dağılımı.....	41
Tablo 4.9. Kadınların Tanımlayıcı zelliklerine Göre Yaşam Kalitesi leği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı.....	43
Tablo 4.10. Kadınların Gebelik ve Doğum zelliklerine Göre Yaşam Kalitesi leği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı.....	46

KISALTMALAR/SİMGELER

DÖB	Doğum Öncesi Bakım
FSH	Folikül Stimule Eden Hormon
LH	Luteinleştirici Hormon
HG	Hiperemesiz Gravidarum
HCG	Human Koryonik Gonodotropin
HPL	Human Plasental Laktojen
HCS	Human Koryonik Somatomotropin
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ISO	Uluslararası Standart Örgütü
ASM	Aile Sağlığı Merkezi
WHOQOL-BREEF	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇBASDÖ	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Gebelik dönemi, kadının fizyolojik, psikolojik, biyokimyasal dengesinin değiştiği, aile ve iş yaşantısında rollerinin farklılaştığı, anne ve bebek için ebeveynlik ilişkisinin kurulmaya başlandığı gelişimsel ve durumsal bir kriz niteliği taşır (Akın, 2001; Özçelik, 2010; Şen ve Şirin, 2013). Bazı kadınlar için gebelik çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen; bazıları için de gebeliğin getirdiği fiziksel ve ruhsal değişiklikler kadınların günlük işlerini yapabilme yetisini azaltabildiğinden üzüntü kaynağı olabilmektedir (Karataylı, 2007; Özçelik, 2010). Kadının gebeliğe tepkisi ve uyumunu etkileyen bazı unsurlar vardır. Bunlar; gebenin kişisel deneyimleri, kültürel düzeyi, yaşama bakış açısı, gebeliğin planlanma ve istenme durumu, ailenin ekonomik düzeyi, sosyal çevresi, ailedeki mutluluk derecesi, ailede var olan sosyal destek sistemi, kadının olgunlaşma seviyesi ve doğuma hazır olma durumudur (Beydağ, 2007; Özçelik, 2010). Bu nedenle maternal ve fetal sağlık dolayısıyla gebeliğin iyi bir şekilde sonuçlanması için gebelerin sosyal destek ihtiyacının, fiziksel ve emosyonel güvenliğinin sağlanması gerekir (Ege ve Eryılmaz, 2000; Pamela ve ark., 2000).

Sosyal destek, gebelikte sosyolojik ve psikolojik problemlerin çözümlenmesi, önlenmesi ve tedavisinde, zorlu durumlarla baş edebilmesinde güçlü bir faktördür. Gebelikte, eşler arası ilişkilerde değişiklikler, yeni sorumlulukların edinilmesi, sosyal ve ekonomik problemler, doğum ve yenidoğanın bakımı ile alakalı bir çok sıkıntı ile karşılaşmaktadır (Mermer ve ark., 2010). Bu nedenle gebelikte eş, aile ve/veya arkadaşlar tarafından verilen sosyal destek, kadını fiziksel ve duygusal açıdan rahata kavuşturmakta, sosyal destek kaynaklarından daha çok faydalanmalarına, stres faktörleri ve kaygı ile daha iyi baş etmelerine destek olmakta ve annelik rolüne adaptasyonu kolaylaştırmaktadır (Karataş, 2010; Okanlı ve ark., 2003). Sosyal desteği olmayan veya düşük düzeyde desteği olan gebelerin daha fazla depresif belirtiler gösterdikleri, gebenin yaşam şeklini etkilediği ve bu gebelerin yaşam kalitelerinin belirgin seviyede düşük olduğu bildirilmektedir (Llewellyn ve ark., 1997).

Gebeliğin seyri sırasında hormonal ve organlardaki belirli değişiklikler, fiziksel işlevsellikte azalma, ruhsal sağlığın olumsuz yönde etkilenmesi, yaşam kalitesi algısını değiştirebilmektedir (Förger ve ark., 2005; Karataylı, 2007).

Gebelerde olağan yakınmalardan; ilk trimesterde en fazla bulantı-kusma (%87.8) ve sık idrara çıkma (%63.7), ikinci trimesterde en fazla mide yanması (%71.3) ve yorgunluk (%75.6), son trimesterde ise en fazla solunum sıkıntısı (%62.4) ve mide yanması (%81.8) şikayetlerinin yaşandığı bildirilmektedir (Nazik, 2005).

Gebelik döneminde yaşam kalitesine yönelik yapılan çalışmalarda yaşanan bedensel sosyal ve ruhsal alandaki değişimlerin gebenin yaşam kalitesini olumsuz açıdan etkilediği ifade edilmektedir. Aynı zamanda gebeliğin daha sonraki dönemlerinde ve puerperiumda bedensel fonksiyonellik ve iyilik algısının gebelik öncesi döneme göre azaldığı belirtilmektedir (Aksüt Akçay, 2012; Gjerdingen ve ark., 1998; Mckee ve ark., 2001). Bu nedenle kaliteli ve nitelikli doğum öncesi bakım (DÖB) verebilmek, gebelerin yaşam kalitelerini üst düzeye çıkarabilmek ve olumsuz fetal sonuçları en aza indirmek için sağlık çalışanlarının, gebenin psikososyal uyumunu etkileyen faktörleri bilmesi ve gebelere buna yönelik bakım vermesi gerekmektedir (Ardahan, 2006; Karataş, 2010).

Gebelik döneminde yaşam kalitesi ve sosyal destekle ilgili yapılan çalışmalar bulunmaktadır (Altıparmak, 2006; Wanda ve ark., 2006; Okanlı ve ark., 2003; Pamela ve ark.,2000). Sosyal destek ve yaşam kalitesinin depresyon, anksiyete, uyum, problem çözme becerisi, sosyo demografik özellikler, gebelikte yaşanan sağlık sorunları gibi konularla kıyaslandığı çalışmalar bulunmaktadır (Okanlı ve ark., 2003; Şen ve Şirin, 2013; Özçelik, 2010; Doyurgan, 2009; Wanda ve ark., 2006). Fakat yaşam kalitesi ve sosyal desteğin bir arada değerlendirildiği çalışmalar kısıtlıdır (Çetinkaya, 2014).

Buradan hareketle ebelerin, DÖB kapsamında gebenin yaşam kalitesini yükseltmek amacıyla sosyal destek ihtiyacını birinci trimesterden itibaren gebeliğin sonuna kadar belirlemesi ve devam ettirmesi, gebelik süresince anne ve fetüsün sağlık durumlarını değerlendirmesi, doğabilecek sorunları çözmesi, perinatal, maternal mortalite ve morbiditenin azaltılması için sağlık bakımı vermesi gerekmektedir (Ergin ve ark., 2010; Taşkın, 2002).Böylelikle araştırma bölgesinde yaşam kalitesine yönelik tanılama ve sosyal destek olma çalışmalarında etkinlik sağlandığı düşünülmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Araştırma, Sivas il merkezinde aile sağlığı merkezlerinde takip edilen gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1.GEBELİK DÖNEMİ

Anne olmak kadının en büyük özelliklerindedir. Gebelik, doğum ve doğum sonrasında bir bebeğe sahip olmak kadının üstlendikleri en önemli görevlerdendir (Doyurgan, 2009; Şahin ve Kılıçarslan, 2010).Ailedeki en önemli birey olan annenin sağlığı, annenin kendisi için önemli olmakla birlikte doğacak çocukların sağlığı yönünden de son derece önemlidir. Anne sağlığı aile sağlığından, aile sağlığı da toplum sağlığından ayrı düşünülemez. Bu nedenle sağlıklı kadın, sağlıklı gebe olur ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirir sağlıklı çocuklarda toplumda sağlıklı nesiller oluşturur (Sözeri ve ark., 2006).

Gebelik, doğal bir durum olmakla birlikte, anne vücudunda farklı anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişimlere yol açar (Nazik, 2005). Gebelik, erkek üreme hücresi (spermatozoon) ve dişi üreme hücresinin (oosit) birleşerek zigot adı verilen yeni bir organizma oluşturmasıyla başlayan, kadının son adet tarihinin ilk gününden itibaren başlayan 40 haftalık süreçtir (Doyurgan, 2009; Nazik, 2005). Gebeliğin başlamasından itibaren ilk 8 haftalık süreç embriyonik dönem olarak isimlendirilirken, üçüncü aydan başlayarak doğuma kadar süren ve bebeğin büyümesi, doku ve organların gelişmesi ile devam eden süreç ise fetal dönem olarak isimlendirilir. Ayrıca gebelik dönemi üçer aylık bölümlerden oluşur. İlk üç aylık dönem (0–12 haftalar arası) “1. trimester”, ikinci üç aylık dönem (13–25 hafta arası) “2. trimester”, üçüncü üç aylık dönem (26-40 haftalar arası) ise “3. trimester” olarak isimlendirilir(Doyurgan 2009; Özçelik, 2010)

2.2. GEBELİKTE GÖRÜLEN DEĞİŞİKLİKLER

2.2.1. Uterus

Uterus armut biçiminde kaslı bir organdır. Gebelikte östrojen ve progesteron hormon seviyelerinin artması sebebiyle büyür ve genişler. Aynı zamanda ağırlığında, kalınlığında, yumuşaklığında, pozisyonunda ve ligamentlerinde değişiklikler görülmektedir. Gebelik süresince fetüs, plasenta ve amnion sıvısını içecek kapasiteye sahip olup ince duvarlı musküler bir organa dönüşür. Ağırlığı gebelik öncesi 40-60 gram iken doğuma yakın yaklaşık 1000-1500 gram olur. Aynı şekilde 1.5 cm olan uterus duvarının kalınlığı doğuma yakın 2.5 cm'e ulaşmaktadır (Arabacıoğlu, 2012; Kılıçarslan, 2008; Türkmen, 2014; Taşkın, 2016).

2.2.2. Serviks

Gebelikte östrojen ve progesteron hormonlarının etkisiyle serviksin kanlanması artar ve karakteristik olan koyu mavi bir renk alır. Servikal kanal gebelik süresince kalın mukus bir tıkaç ile dolar. Bu tıkaç uterusun içi ile dışı arasında bir bariyer görevi üstlenir ve fetüsü dış etkenlerden korur. Aynı zamanda normal doğum eylemi başladığında dışarı atılır. Gebelik devam ettikçe servikal kanalda parmak ucunun gireceği kadar açıklık olabilir (Arabacıoğlu, 2012; Kılıçarslan, 2008; Taşkın, 2016; Türkmen, 2014).

2.2.3. Overler

Dolaşımdaki artmış östrojen ve progesteron düzeyi, folikül stimule eden hormon (FSH) ve luteinleştirici hormonların (LH) baskılanmasına neden olduğu için ovulasyon gerçekleşmez. Aynı zamanda yeni folikül gelişimi de bir süreliğine durur (Arabacıoğlu, 2012; Kılıçarslan, 2008; Taşkın, 2016).

2.2.4. Vajina ve perine

Vulva, perine kaslarında ve deride damarlanmanın artması ve büyüyen uterusun baskısı sebebiyle varislere eğilim artar. Bu bölgelerde normalde fazla miktarda olan bağ dokusunda yumuşaklık gözlenir. Artan damarlanma vajinayı belirgin olarak etkiler ve gebelik süresince vajinal salgılar artar. Kalın ve beyaz bir akıntı haline gelir. Ph'sı düşer, asidik bir ortam oluşur ve bu durum anneyi ve fetüsü enfeksiyonlardan korur (Arabacıoğlu, 2012; Kılıçarslan, 2008; Taşkın, 2016; Türkmen, 2014).

2.2.5. Memeler

Gebelikte ilk fiziksel değişme, memelerde görülür. Östrojen ve progesteron hormonlarının artması, gebelikte memelerde meydana gelen değişimlerin temel nedenidir. Gebeliğin ilk dönemlerinde memelerde az miktarda renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı hassasiyet gözlemlenirken, ikinci aydan itibaren büyüme görülür. Memelerde ağrı ve hassasiyet; gebeliğin erken evrelerinde başlar ve gebelik süresince devam eder. Memeye olan kan akımının artması sebebiyle meme uçları ve areola koyulaşır. Montgomeri glandları gelişir ve yüzeyel venler belirginleşir. Gebeliğin ikinci trimesterinden itibaren kolostrum adı verilen ilk süt salgısı oluşmaya başlar (Arabacıoğlu, 2012; Nazik, 2005; Taşkın, 2016; Türkmen, 2014).

Tablo 2.1. Gebeliğin Belirtileri

1. Amonere (adet kanamasının olmaması)
2. Bulantı ve kusma
3. Memelerde gerginlik ve hassasiyet
4. Kadının kendini gebe olarak algılaması
5. Doğum çatlakları
6. Halsizlik, yorgunluk, uykuya eğilim, baş dönmesi
7. Kilo alma
8. Fetal hareket hissi
9. Üriner sistem bulguları

Kaynak: (Doyurgan, 2009; Kılıçarslan, 2008).

Tablo 2.2. Gebeliğin Bulguları

1. Karında büyüme ve genişleme
2. Uterusta meydana gelen değişimler
3. Servikal değişimler (siyanoz, yumuşama vb.)
4. Ciltte değişiklikler (linea nigra, strialar vb.)
5. Vajinal akıntı, lökore
6. Memelerde değişiklikler
7. Fetüs kısımlarının palpasyonu
8. Fetüs kalp hareketlerinin tespiti
9. Fetüsün görüntülenmesi

Kaynak: (Doyurgan, 2009; Kılıçarslan, 2008).

2.3. GEBELİKTE SİSTEMLERDE MEYDANA GELEN DEĞİŞİKLİKLER

2.3.1. Solunum Sisteminde Oluşan Değişimler

Gebelik sırasında solunum yollarındaki değişimler sebebiyle burun kanaması, burun tıkanıklığı, solunum sıkıntısı ve hızlı solunum şikayetleri yaşanmaktadır. Gebelikte solunum yollarının vaskülaritesi artar bu sebeple burun mukozası, larinks ve trakeanın kapillerinde hafif hiperemi ve ödem görülür. Bunun sonucunda burun tıkanıklığı ve burun kanaması ortaya çıkabilir (Doyurgan, 2009; Nazik, 2005; Taşkın, 2016).

Gebelikte artmış olan oksijen gereksinimini karşılamak amacıyla akciğerlerde de değişiklikler görülür. Bu değişikliklerden ilki, gebelikte hava yollarının düz kaslarında görülen dilatasyon sonucu hava akımına rezistansın azalmasıdır. Diğeri ise göğüs duvarının elastikiyetinin artması sebebiyle nefes alıp vermenin rahatlamasıdır. Bu değişikliklere bağlı olarak akciğerlerdeki gaz alışverişi hızlanır ve artmış olan oksijen ihtiyacı da karşılanmış olur (Doyurgan, 2009; Nazik, 2005).

2.3.2. Sindirim Sisteminde Oluşan Değişimler

Gebelikte gastrointestinal sistemdeki değişikliklere bağlı olarak gebelerde, aşırı tükürük salgısı, dış eti kanamaları, gastroözefageal reflü, bulantı ve kusma, mide yanması, kabızlık, pika gibi şikayetler yaşamaktadırlar (Nazik, 2005; Özçelik, 2010).

2.3.2.1. Pityalizm (Aşırı Tükürük Salgılanması)

Gebelikte nadir olarak görülen bir durumdur ve gebeliğin ilk 2.-3. haftalarında ortaya çıkmaktadır. Nedeni bilinmemekle birlikte östrojen seviyesindeki yükselmenin tükürük glandlarına olan etkisi ve ağızda asiditenin artması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Pityalizmi olan gebelerde genellikle bulantı da eşlik eder (Nazik, 2005; Özçelik, 2010; Taşkın, 2016).

2.3.2.2. Dış Eti Kanaması

Gebeliğin erken dönemlerinde başlayıp sekizinci ayında en üst düzeye ulaşır ve doğumdan sonraki dönemde kendi kendine geçer. Gebelikte östrojenin ve

mukopolisakkarit sentezinin artması ve vasküler hipertrofi sebebiyle diş etlerinde yumuşama, ödem ve kolay kanama görölmektedir (Nazik, 2005; Taşkın, 2016).

2.3.2.3. Reflü

Reflü, gebeliğin ilerlemesi ile hormonların düz kaslar üzerindeki gevşetici etkisi nedeniyle asidik mide içeriğinin yemek borusuna kaçması sonucu yanma, ağza acı ve ekşi suyun ve yemeklerin gelmesi olarak ifade edilir. Gebelerin %30-50'sinde gelişir. Gebeliğin herhangi bir zamanında ortaya çıkmasına rağmen son aylarda daha sık yaşanmaktadır (Korkut, 2011; Nazik, 2005; Taşkın, 2016).

Reflüsü olan gebelerde özellikle yemeklerden sonra ya da yatar pozisyonda göğüs kemiği arkasında yanma hissi, ağza ya da boğaza acı su gelmesi gibi yakınmalar olur. Toplumdaki bakış “çocuğun saçları çıkıyor” veya “çocuk saçlanıyor” cümleleri olmakla beraber altta yatan sebebin bilinmemesiyle birlikte azalan bazal alt özofagus sfinkter basıncı ve artan karın içi basıncın etkisi olduğu kabul edilmektedir. Bu durum gebelik haftası ile orantılıdır ve doğum sonrası kısa sürede normale döner (Korkut, 2011; Nazik, 2005; Taşkın, 2016).

2.3.2.4. Bulantı ve Kusma

Kadınların günlük yaşantısını etkileyen ve yaşam kalitesini azaltan kadınların yaklaşık %75'inde görölen, günün erken saatlerinde yaşanması sebebiyle sabah hastalığı (morning sickness) olarak da adlandırılan bulantı ve kusma önemli bir şikayet grubunu oluşturmaktadır (Suyugöl Doğançe, 2005; Nazik, 2005).

Eğer bulantı ve kusmalar birinci trimesterden itibaren devam eder ve buna dehidratasyon, elektrolit dengesizliği ve metabolik değişiklikler de eklenirse hiperemesiz gravidarum (HG) olarak adlandırılır (Suyugöl Doğançe, 2005; Taşkın, 2016). Yükselen β -HCG ve diğer hormonlar, ilk gebelik, çoğul gebelik, beden kitle indeksinin artması, önceki gebeliklerde HG yaşanması, helicobacter pylori enfeksiyonu ve vitamin eksikliği, kadının gebeliğe ve gebelikte görölebilecek değişikliklere vereceği psikolojik tepkinin, yorgunluğun ve gastrointestinal sistemdeki peristaltik hareketlerin yavaşlamasının neden olduğu düşünölmektedir (Nazik, 2005; Yanikkerem ve ark., 2012). Bulantı kusma gebeliğin ilk dönemlerinde olağandır. Köken ve arkadaşları (2009) gebelerin bulantı ve kusma hissini en çok çay, et, yumurta ve soğan gibi

gıdalarla arttığı, tuzlu kraker, makarna, pilav, ayran ve ekmek gibi gıdalarla ise azaldığı bilinmektedir. Ayrıca gebelerde bulantı ve kusmayı en sık parfüm, sigara, tuvalet ve deterjan kokularının arttırdığı saptanmıştır.

Gebelikte bulantı ve kusmada rol aldığı bilinen psikososyal faktörler ise stres, gebelik ve doğum hakkındaki eksik bilgi, eşler arası ilişkilerde problemler, gebeliğe karşı var olan ambivalan duygular, aile ve arkadaştan alınan sosyal desteğin azlığı, gebeliğin benimsenememesi, genel mutsuzluk durumu ve fetüsün beslenmesi konusundaki endişeler, önceden geçirilmiş kötü deneyimler, gebenin kendi annesiyle olan kötü ilişkiler, eşin gebeliğe olan negatif tutumudur (Yekenkunrul ve Mete, 2012).

2.3.2.5. Mide Yanması

Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterlerinde sık görülen şikayetlerdendir. Özellikle progesteron seviyesinin artması ve büyüyen uterusun yaptığı baskı sebebiyle gastrointestinal sistem hareketleri azalır ve böylece mide yanmaları görülmektedir (Kılıçarslan, 2008; Nazik, 2005; Taşkın, 2016). Psikolojik faktörler de hazırlayıcı nedenler arasında sayılabilir. Endişe, yorgunluk ve uygunsuz diyet alımı da (yağlı ve kızartılmış yiyecekler gibi) bu semptomu tetikleyebilmektedir (Özçelik, 2010).

2.3.2.6. Konstipasyon (Kabızlık)

Genellikle gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterinde konstipasyon şikayeti sık görülmektedir. Bunun nedeni; progesteron düzeyindeki artışın bağırsak duvarındaki düz ve sirküler kaslarda gevşemeye yol açması, uterusun büyüyerek bağırsaklar üzerine baskı yapması, demir ilaçlarının kullanılması, yetersiz sıvı tüketilmesi, yetersiz egzersiz yapılması, lifli gıdalardan uzak beslenme alışkanlıkları gibi durumlardır (Aygün ve Kumbak Aygün, 2010; Kılıçarslan, 2008; Nazik, 2005).

2.3.2.7. Pika

Genellikle yenilebilir özelliği olmayan toprak, nişasta, kil, duvar boyası gibi maddelere karşı aşırı yeme isteğinin var olmasıdır. Gebeliğin ilk trimesterinde ortaya çıkar. Bu durumun nedeni tam olarak bilinmemekle birlikte psikolojik olabileceği düşünülmektedir. Gebelikte birçok besin maddesine olan gereksinim artar. Bu gereksinim annede yeme isteği şeklinde ortaya çıkar. Susadığımız zaman nasıl su içme

isteği duyuluyorsa vücudun ihtiyacı olan besine karşı da yeme ihtiyacı da aynı şekilde ortaya çıkabilmektedir (Nazik, 2005; Taşkın, 2016). Genelde yetersiz beslenen annelerde daha çok rastlanmaktadır (Yüzbir ve Şen, 2001).

2.3.3. Boşaltım Sisteminde Oluşan Değişimler

İdrar yolu enfeksiyonuna yatkınlık, sık idrara çıkma, vajinal akıntıda artma gibi şikayetler görülmektedir (Doyurgan, 2009).

2.3.3.1. İdrar Yolu Enfeksiyonu

Gebeliğin son dönemlerinde büyüyen uterusun mesaneye yaptığı baskıya bağlı olarak çok sık görülmektedir (Kılıçarslan, 2008). Gebelikte böbreklerde yaklaşık olarak %30 genişleme ve büyüme gözlemlenir. Renal pelvis 10 ml'lik normal hacminden 60ml'lik hacme ulaşır. Progesteronun düz kaslar üzerindeki etkisi ve uterusun baskı yapması sonucu görülen gevşeme nedeniyle idrar staza uğrar. Üreterden idrar akışı özellikle sağ üreterde engellenerek üreterler ve renal pelviste dilatasyon gelişir. Buna bağlı olarak üriner enfeksiyona yatkınlık artar (Nazik, 2005; Taşkın, 2016). Ayrıca gebelikteki üriner sistem enfeksiyonlarının düşük doğum ağırlıklı bebeğe ve erken doğuma neden olduğu da bilinmektedir (Dikensoy ve ark., 2008; İnci ve ark., 2011).

2.3.3.2. Sık İdrara Çıkma

Daha çok birinci ve üçüncü trimesterde ortaya çıkan bir durumdur. Büyüyen uterusun mesane üzerine yaptığı baskı, pelvik yapılardaki vasküler dolgunluk ve hormonal değişiklikler sık idrara çıkmaya neden olabilir (Nazik, 2005; Özçelik, 2010).

2.3.3.3. Vajinal Akıntıda Artma

Gebelikte vajinal mukozanın hiperplazisi, östrojen seviyesinin yükselmesi, serviks ve vajinal epitelyuma kan desteğinin artması sonucu vajinal akıntıda artma görülmektedir (Özçelik, 2010). Lökore olarak bilinen renksiz ve kokusuz vajinal akıntı, ilk trimesterde başlayan ve gebelik boyunca devam eden bir durumdur. Vajinal akıntının asiditesinin artması, anneyi ve fetüsü enfeksiyonlardan korur. Bunun yanında glikojenden zengin çevre kandida albicans için uygun bir ortamdır. Böylece gebelikte vajinitis görülme ihtimali artar (Mecdi and Rathfisch, 2013; Nazik, 2005).

Vajinal enfeksiyonların zamanında ve uygun şekilde tedavi edilmemesi sonucunda, ürogenital sistem enfeksiyonları, gebelik komplikasyonları, servikal patolojiler ve postoperatif enfeksiyonlardaha sık görülmektedir (Pınar ve ark., 2009).

2.3.4. KardiyovaskülerSistemde Oluşan Değişimler

Hemoroid, vulva ve bacaklarda varis, alt ekstremitelerde ödem gibi şikayetler yaşanmaktadır (Kılıçarslan, 2008; Nazik, 2005).

2.3.4.1. Hemoroid

Fetüsün büyümesi ile venler üzerine olan basıncın artmasına bağlı venöz dönüşün engellenmesi ve hormonal değişiklikler hemoroide neden olur (Ersan ve ark., 2004; Özçelik, 2010). Gebelikte meydana gelen konstipasyonda hemoroid oluşumunu arttıran bir durumdur. Hemoroidin ilk işareti özellikle defekasyon esnasında görülen açık kırmızı kandır. Bu kanama genellikle çok uzun sürmez. Diğer belirtiler ise anal bölgede dolgunluk hissi, genellikle defekasyonla başlayıp ve uzun süre devam eden ağrı, kaşıntı ve anal bölgenin temizliği sırasında ele kitle gelmesidir (Kılıçarslan, 2008; Nazik,2005).

2.3.4.2. Varis

Gebelikte daha çok ikincive üçüncü trimesterlerde bacaklarda ve bazen de vulvada gelişebilen varikoz venlere neden olan faktörler; venöz dönüşün engellenmesi, progesteronun gevşetici etkisi, ileri anne yaşı, genetik faktörler, fazla kilo alımı, çoğul gebelik, iri fetüs ve pelvis konjesyon gibi nedenler ile oluşmaktadır (Nazik, 2005; Özçelik, 2010). Başlangıçta derin damarlardaki gerilmeye bağlı olarak; diz arkalarında, alt bacaklarda ve cinsel organda daha sık görülen sızı şeklinde bir ağrı, yüzeysel damarlarda kırmızıçizgi şeklinde belirginleşme ile kendini gösteren bir durumdur (Işık, 2010).

2.3.5. Ciltte Oluşan Değişimler

Gebelik maskesi, vücutta çatlaklar, ciltte kaşıntı gibi deride değişiklikler görülür Gebelikte östrojen düzeyinin artması ile ön hipofiz bezi uyarılır ve melanin stimüle edici hormon salınımı artar (Takmaz, 2009; Taşkın, 2016). Bu hormonlar kadının doğal

deri renginde koyulaşmaya sebep olur. Melazma (kloasma, gebelik maskesi) yüzde tipik olarak güneş ışığının etkisi altında kalan bölgelerde daha çok görülür. Genellikle ikinci trimesterden itibaren görülmeye başlar. Gebelikte; yüz ve alın bölgesinde, burun kökü ile elmacık kemiğinde meme başında ve areolada görülür. Umblikusun üzerinden orta hatta pubik bölgeye kadar uzanan koyu renkli çizgi (linea nigra) oluşur. Oluşan bu pigmentasyon genellikle doğumdan sonra yavaş yavaş kaybolur (Nazik, 2005; Takmaz, 2009; Yılmaz, 2007).

Gebelikte karın duvarı gergin bir hal alır, incelir, parlak bir görüntüye sahip olur. Alt-yarı karın bölgesinde yer yer çatlamlar görülür. Ayrıca meme ve kalçalarda da çatlaklar görülür. Ciltteki bu çatlamlar derinin gerilmesi ile deri altı bağ dokusunun elastikiyetini kaybederek yırtılması sonucu gelişir. Stria ya da Linea Gravidarum adı verilen bu çatlaklar genellikle gebeliğin 24. haftasından sonra görülür. Sebebinin ne olduğu olarak bilinmese de dermiste elastin ve fibrillin miktarında azalma, yeniden düzenlenme gibi birçok konnektif doku değişimleri nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. İlk geliştiğinde kırmızı renkte olan strialar gebelikten sonra beyaz bir skar dokusu şeklinde kalır (Nazik, 2005; Takmaz, 2009; Yılmaz, 2007).

2.3.6. Kas İskelet Sisteminde Oluşan Değişimler

2.3.6.1. Bel ve Sırt Ağrıları

Büyüyen uterusun ve fetüsün lomber lordozu arttırması, postür bozukluğu, kilo artışı gibi nedenler bel ağrısına zemin hazırlar (Api ve ark., 2005; Özçelik, 2010). Hormonal değişimler bağ dokusunda ödeme, damarlaşmaya sakroiliak, sakrokoksik ve pubik eklemlerdeki kartilaj dokusunun yumuşamasına bağlı olarak mobilite artışına neden olur. Bu değişiklikler gebenin yeni duruşuna yardımcı olmak ve doğum eyleminde fetüsün inişini kolaylaştırmak amacıyla gerçekleşir (Nazik, 2005).

2.3.7. Metabolik Sistemde Oluşan Değişimler

Kilo alımı, baş ağrısı, karpal tünel sendromu, uykusuzluk, bacak krampları, yorgunluk gibi birçok rahatsızlık oluşabilir (Nazik, 2005).

2.3.7.1. Yorgunluk

Gebeliğin ilk trimesterinde hissedilen yorgunluk, ikinci trimesterde kendiliğinden hafifler, son trimesterde ise tekrar yoğun olarak yaşanır. Progesteronun uyku getirici etkisine bağlı olabilir. Gebelikte görülen fizyolojik değişiklikler, bulantı-kusma, uzun süre ayakta durmayı gerektiren iş yapma, gebelikte oluşan stres, anksiyete, depresyon, ortamdaki sıcaklık değişimi, ani pozisyon değişikliğinde bulunma, gebelikte yorgunluğa neden olan faktörlerdendir (Kılıçarslan, 2008; Nazik, 2005).

2.3.7.2.Uykusuzluk

Gebelik boyunca meydana gelen hormonal ve fiziksel değişiklikler, uyku kalitesinde önemli değişikliklere neden olmaktadır (Çoban ve Yanikkerem, 2010). Büyüyen fetüsün diyafragmaya bası yapması sonucu artan abdominal rahatsızlıklar, noktüri, sırt ağrısı, bacak krampları, progesteron ve östrojen seviyelerindeki artışa bağlı gelişen hormonal değişimler, gebenin uyku alışkanlıklarını ve uyku kalitesini bozmaktadır (Taşkiran, 2011).

Gebelikte uyku aylara göre değişiklik gösterir. Gebeliğin ilk üç ayında gündüz uykuya eğilim ve toplam uyku süresinde artış görülürken, ikinci üç ayda toplam uyku süresi normalleşmektedir. Son üç ayda ise toplam uyku süresinde azalma, gün içi uyuklama, gece uyanma ve uykusuzluk sıklığında artış görülmektedir. Ancak, gebeliğin ilk trimesterinde, kadınların %10-15'indeki uykusuzluk sık idrara gitme, sırt ağrıları ve mide bulantıları nedeniyle olduğu belirtilmektedir. Birinci trimesterde büyüyen uterusun mesaneye basısı, ikinci trimesterde uterusun pelvisten abdomene doğru büyümesiyle rahatlamaktadır. Ancak bu kez de mide yanmaları ve fetal hareketler sebebiyle uyku bozulmaktadır. Üçüncü trimester gebelikte en fazla uyku değişimlerinin yaşandığı dönemdir. Literatürde üçüncü trimesterdeki gebelerin %97'sinde uyku rahatsızlıkları olduğu bildirilmektedir. Sırt ağrısı, sık idrara çıkma, halsizlik, fetal hareketler, normal aktivitelere ayak uydurmada yetersizlik gibi nedenlerle kadınlar kendilerini uyanık kalmak için zorlamaktadır (Köybaşı, 2013; Özkan, 2012).

2.3.7.3. Karpal Tünel Sendromu

Gebelikte oluşan ödem nedeniyle medyan sinirin karpal tünelde baskılanmasından kaynaklanan bir grup semptom bulunduran tuzak bir nöropatidir

(Demirkol, 2010; Taşkın, 2016). Gebelerin %25-30'unda görülebilir. Karpal Tünel Sendromlu kadında genel olarak, avuç içinin başparmağa yakın olan kısmında yanma, sızlama, bilekten kola doğru ilerleyen ani ve keskin ağrı ya da uyuşukluk durumu, parmaklarda daha çok sabahları gözlenen şişlik ve el krampları, başparmakta güçsüzlük gibi yakınmalar görülmektedir. Sendrom, elin daktilo yazar gibi tekrarlayıcı hareketleri ile şiddetlenir. Bu semptomlar doğumdan sonra kendiliğinden geçer (Nazik, 2005; Taşkın, 2016).

2.3.7.4. Bacak Krampları

Birinci trimesterden sonra kalça ve bacak kaslarında ortaya çıkar. Birçok kadında uyurken veya dinlenme esnasında aniden oluşabilir. Ayağın uzun süre ekstansiyon pozisyonunda bulunması, yetersiz kalsiyum kullanımı, kalsiyum/fosfor miktarındaki dengesizlik, büyüyen uterusun bacak sinirlerine ve pelvik damarlar üzerine yaptığı baskısının artması nedeni ile dolaşımın bozulması, yorgunluk ve dikalsiyum fosfat içeren bazı ilaçların alınması gebelikte kramplara neden olmaktadır (Nazik, 2005; Özçelik, 2010; Kılıçarslan, 2008).

2.3.8. Endokrin Sistemde Oluşan Değişimler

Gebelikte endokrin sistem de yeni şartlara uyum sağlayacak şekilde yapısal ve fonksiyonel olarak değişiklikler gözlemlenir. Fertilizasyonu izleyen 10-12. günlerde implantasyon gerçekleşir. İmplantasyonla beraber trofoblast hücreleri tarafından salgılanan Human Koryonik Gonodotropin hormonu (HCG) ile korpus luteumun devamı sağlanır. Gebeliğin 10-12. haftalarından sonra HCG düzeyindeki düşmeye bağlı olarak korpus luteum geriler. Östrojen ve progesteron hormonları bu aşamadan sonra plasenta tarafından salgılanır. Böylece gebelik boyunca östrojen ve progesteron hormonlarının giderek artması FSH'nın baskılanmasına neden olur. FSH'nın salgılanmaması sonucu ovarial siklus ortaya çıkmaz. Östrojen ve progesteron seviyelerinin düşmemesi endometriumun yıkılmasını önler. Progesteron düz kasların tonüsünü azaltarak gebelikte mide yanmasına, özefageal reflüye, kabızlığa, hemoroide ve varise neden olur (Nazik, 2005).

Östrojen ile beraber memelerde alveolar gelişmeyi sağlayarak memeleri laktasyona hazırlar. Ayrıca östrojen uterus kontraksiyonları üzerine uyarıcı etkisini

nötralize ederek kontraksiyonların baskılanmasına ve bazal vücut ısısının gebeliğin ilk yarısında 0.4-0.6 derece yükselmesine neden olur. Plasentadan en çok salgılanan östrojen, östriol ve östradioldur. Bu ürünler plasental fonksiyona bağlı olarak maternal kanda gebeliğin 36. haftasına kadar artar ve daha sonra sabit kalır. Östrojen; progesteron sentezini, plasental damarlaşmayı, uterin kan akımının artmasını ve gebelikte memede duktal sistemin proliferasyonunu sağlamaktadır. Ayrıca progesteronla beraber melanocyte stimüle edici etkisi olduğundan meme başı ve areolada koyulaşma, linea nigra ve kloasma gravidarum gibi gebelikteki fizyolojik değişikliklere de neden olmaktadır. Plasentadan salgılanan iki polypeptid hormon vardır. Bunlar; HCG ve Human Plasental Laktojen (HPL)'dir. HCG, plasentada sinsityotrofoblast hücrelerinden salgılanır. Fertilizasyon sonrası 10. günde anne kan ve idrarında tespit edilir ve bundan sonra yükselmeye devam eder (Karataylı, 2007; Nazik, 2005; Kılıçarslan, 2008).

Human Koryonik Somatomotropin (HCS) olarak da bilinen HPL; fertilizasyondan sonra 12-18. günlerde sinsityotrofoblast hücrelerinden salgılanmaya başlar ve 34-36. haftalarda en üst seviyeye çıkar. HPL'nin anne insülinini duyarsız hale getirerek fetüsün devamlı aldığı glikozun anne kanında dengelenmesini, serbest yağ asitlerini mobilize ederek enerji kaynağı olarak kullanımını, anne proteinlerinin kullanımını sınırlayarak fetüsün aminoasitlerden yararlanmasını ve gebelik süresince süt bezlerinin laktasyona hazırlanmasını sağlama gibi görevleri vardır(Nazik, 2005;Kılıçarslan, 2008).

Gebelik süreci tiroid fonksiyonlarında fizyolojik değişikliklere neden olur. Bu değişiklikler maternal ve fetal morbiditenin önlenmesi açısından çok önemlidir. Preeklampsi, plasenta dekolmanı, postpartum kanama, düşük doğum ağırlığı ve ölü doğum gibi gebelik komplikasyonlarının görülmesine sebep olabilmektedir (Madazlı ve ark., 2007).

2.4. AİLE HEKİMLİĞİNDE GEBELİĞE BAKIŞ

Anne ve bebek sağlığını koruma ve geliştirmeyi hedefleyen hizmetlerin en başında doğum öncesi bakım hizmetleri gelir. Aile hekimliği hizmetlerinde de bu uygulamalara büyük önem verilmelidir. Çünkü yeterli sağlık bakımı verilmemesi halinde gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde oluşabilecek komplikasyonlar

sonucu anne ve bebeğin sağlığı tehlikeye girebilmektedir (Kılıçarslan, 2008; Taşkın, 2016).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde anne ölüm hızları arasındaki farkı etkileyen faktörler; yaşam standartlarının yüksekliği, doğum öncesi, doğum sonu dönemlerde yeterli bakım alma ve gebeliklerin planlanmasıdır. Anne bebek ölümlerini, oluşabilecek hastalık ve sakatlıkları en aza indirmek ve ortadan kaldırmak amacıyla birinci basamak sağlık hizmetlerinin tüm halka ulaşır hale getirilmesi gerekmektedir. Gebelikte yapılacak sağlık hizmetleri; yüksek riskli gebeliklerin tespit edilmesi ve ikinci basamak sağlık kurumlarına sevk edilmesi, gebelikte ortaya çıkabilecek problemlerin erken tanısı ve tedavisi bu hizmet ile gerçekleştirilir (Kılıçarslan, 2008; Taşkın, 2016). Anne ve bebeklerin sağlığının korunması, geliştirilmesi bakımından gebe, lohusa, bebek ve çocuk izlemlerinin düzenli aralıklarla ve kaliteli bir şekilde yapılmasında DÖB büyük rol oynamaktadır (Durduran ve ark, 2012).

Sağlık Bakanlığı ülke çapında sağlık personeli tarafından kaliteli, standart ve güvenli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin devamı için Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinin 2013 yılında revizyonu yapılmıştır. Rehberde gebelerin en az 4 kez nitelikli izlenmesi beklenmektedir. İlk izlemin 14 hafta içinde, ikinci izlemin 18–24.,üçüncü izlemin 30–32.ve son izlemin 36–38. haftalar arasında izlenmesi ve her izleminde yapılması gereken muayene, ölçüm, test ve danışmanlık hizmetleri açıklanmıştır (Çatak ve ark, 2014; Omaç ve ark,2009).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013 verilerine bakıldığında DÖB'nin zamanlaması göz önüne alındığında, araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde olan doğumların neticesinde kadınların yüzde 90'ı gebeliğin on altıncı haftasından önce DÖB almışlardır. Yerleşim bölgeleri arasındaki farklılıklar göz önüne alındığında, on altıncı haftasından önce DÖB alan kadınların oranı şehirde yüzde93 iken kırsalda yüzde 78'dir. Bu da DÖBdüzeyininTNSA-2008'den (ülke genelinde %74, kentsel alanlarda %79 ve kırsal alanlarda %61) beri geçen zaman içinde gözle görülür bir yükselmenin olduğu görülmektedir (TNSA, 2013). TNSA-2013 sonuçları TNSA-2008 ile kıyaslandığında, yalnız DÖB alan kadınların sayısının yükselmediğini, bununla birlikte kadınların DÖB'nin erken dönemde verilmesinin önem kazandığının farkında olduklarını belirtmektedir (TNSA, 2013).

2.6. SOSYAL DESTEK VE GEBELİK

Sosyal destek; çoğunlukla stres altında veya zor durumda olan kişiye sosyal çevresindeki bireyler (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından yapılan yardım (maddi, manevi) olarak ifade edilir (Akbaş, 2006; Yılmaz ve ark., 2008). İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan destekleyici ilişkinin insanların yaşamında sağlığı yükselme, stresin etkilerine karşı koruma ve baş etme çabalarının güçlendirilmesinde, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlanmasında, önemli bir rol aldığı kabul edilmektedir (Candan, 2012; Taşkın, 2016).

Sosyal destek fiziksel ve psikolojik anlamda kadın sağlığını pozitif yönde etkilemektedir. Bireyler kriz ve ruhsal problem yaşadığı zamanlarda, doğal destekçi olarak bilinen aile ve arkadaşlarına bağlanma ihtiyacı duyarlar. Sosyal destek sağlanması fiziksel ve ruhsal rahatsızlıklarda kişinin sağlığını devam ettirmesinde önemli etkiye sahiptir (Bıkmaz, 2009). Sosyal destek kişinin asıl gereksinimlerinden olan sevgi, kendine saygısı ve bir gruba dahil olma gibi ihtiyaçlarını özümseyerek bireyi hem bedensel hem de psikolojik boyutta pozitif yönde etkilemektedir (Özbey, 2012).

Ailedeki mutluluk seviyesi, kadının gebeliğini benimsemesi ile direkt ilgilidir. Gebelik sırasında alınan pozitif sosyal destek mutlu doğum ile sonuçlanmaktadır (Kılıçarslan, 2008; Pamela ve ark., 2000). Eşlerin evliliğe adaptasyonları ve sosyal destek kaynaklarının kalitesi çocuklarıyla iletişimde direkt ya da dolaylı olarak etkileyen faktörlerdir (Özbey, 2012).

Araştırmalar desteklendiğini hisseden gebe kadının yaşamının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Eşlerinden ve diğer aile fertlerinden desteklenen kadınlar, gebelik ve lohusalık döneminde düşük oranda depresyona maruz kalırlar (Elsenbruch ve ark., 2007).

Gebelikte sosyal desteğin az olmasının; evlilik problemleri, depresyon görülme ihtimali aynı zamanda sigara, alkol ve madde kullanımında artışa yol açtığı bildirilmektedir (Kılıçarslan, 2008; Şen ve Şirin, 2013).

2.6.1. Sosyal Destek ve Baba Rolü

Kadınların öncelikli olarak destek kaynaklarını yakın aile bireyleri ve eşleri oluşturmaktadır. Bu özel dönemde gebenin psikolojik sağlığını etkileyen en önemli unsur eşin davranışı ve içinde bulunduğu psikososyal çevredir (Okanlı ve ark., 2003).Çoğunlukla, gebelik döneminde babalık görevinin annelik görevi kadar önemli bulunmadığı düşünülür. Halk arasında erkeklerden beklenen babalık rolü kültürel inanç ve faktörlere bağlıdır. Çoğunlukla baba adayının eşini desteklemesi ve yakın zamanda yaşanacak olan babalık duygusundan gururlanması beklenir. Erkeklerde de eş gebeliğini öğrenmesiyle değişik duygular gözlemlenebilir. Bu değişiklik kişinin yaşadığı anki hayat şartlarına ve babalıkla alakalı bilinmeyen duygulara bağlıdır. Özellikle katılımcı babada gebelik ve doğum konusunda anne adayının yaşadığı korku ve endişeler gözlemlenebilir. Bu durum kendini baş ağrısı veya bel ağrısı şeklinde görülebileceği gibi gerçekte “Sempatik Gebelik Sendromu” ya da tıbbi olarak “Couvade Sendromu” oluşabilir (Kılıçarslan, 2008). Erkeğin eşine yakın ilgi göstermesi, güvenmesi ve desteklemesi her ikisinin de yaşadığı korkuyu azaltır. Erkek karşılaşıcağı zorlu durumlarla ne kadar başarılı şekilde baş edebilirse, kadının adapte olmasını o derece cesaretlendirir (Akbaş, 2006). Gümüüşdaş ve Ejder Apay’ın (2015) yaptığı çalışmaya göre gebelerin eşlerinden algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu aynı zamanda gebelikte sosyal destek düzeyinin yüksek olmasının eşlerin birbirine olan bağlılığını artırdığı görülmüştür.

Bu bağlamda erkeğinde baba adayı olarak, en başından itibaren kadının gebeliğinin takibinde ve doğumda yanında olması, gebelik ve doğumuna ilişkin hazırlıkların yapılması ve birlikte anne baba rolüne girmeleri yönünde çok büyük destek oluşturur (Akbaş, 2006).

2.6.2. Sosyal Desteğin Bileşenleri

Sosyal kaynağın bireye farklı şekilde yardımlar sağladığı belirtilmiştir. Bu yardımlar içinde üzerinde en çok durulanlar; maddi, duygusal ve kognitif (zihinsel) destek olmuştur (Mermer ve ark; 2010; Candan, 2012).

2.6.2.1. Maddi Destek: Günlük işlerin gerçekleştirilmesi amacıyla başkaları tarafından sağlanan maddi açıdan yapılan yardımdır. Direk para yardımı, ev işlerinde yardım,

çocuk bakımında yardım bu destek tipini kapsar. Örneğin; annenin sabrı ya da kuvveti bittiğinde başkaları tarafından geçici olarak bebeğin bakımının üstlenilmesi (Mermer ve ark; 2010; Candan, 2012; Taşkın, 2016).

2.6.2.2. Duygusal Destek: Bireyin empatik iletişim, sevgi, saygı ve bir gruba dahil olma gibi sosyal ihtiyaçlarını içermektedir. Örneğin; eşler arası problem yaşayan ve zor durumda kalan birey, kendisini tarafsızca dinleyen, seven ve haklı olduğunu hissettiren bir insana gereksinim duyar (Kılıçarslan, 2008; Candan, 2012). Bir meta-analiz, duygusal desteği olan annelerin doğum süresinin 19 dakika daha kısa sürdüğünü belirlemiştir. Aynı zamanda duygusal desteği yüksek olan annelerin analjezi ve epidural anesteziye olan gereksinimleri daha düşük düzeydedir (McDaniel ve ark., 2005).

2.6.2.3. Zihinsel Destek: Bireye sorunlarını çözmesinde kullanabileceği bilgiler konusunda destek olmayı ifade etmektedir (Karataş, 2010; Taşkın, 2016). Nasihat ve bilgi verme, sorunlarını çözme, davranışlar konusunda geri bildirim gibi faydalı bilgilerin bireye verilmesidir (Okanlı ve ark., 2003). Bireyin kendisini tanıması için yol gösteren ve benlik değerini açığa çıkartan geri bildirimler de zihinsel destektir (Karataş, 2010). Örneğin; annenin haksız yere çocuklarına yüksek sesle bağırması, o gün işten çok yorgun ve sinirli geldiğini ifade ederek olayın stres verici özelliğini bir miktar azaltabilir.

Sosyal destek işlevlerinin birbirine bağlı olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda duygusal yönden desteğin yüksek olduğu bir ilişkide maddi ve zihinsel destekte yüksektir (Okanlı ve ark., 2003). Gebelikte eş, aile ve arkadaşlar tarafından sağlanan sosyal destek sistemleri, gebeyi duygusal ve bilişsel açıdan rahatlatmakta, sosyal kaynaklardan daha fazla faydalanmalarına, stres ve kaygı ile daha çabuk baş etmelerine yardımcı olmakta aynı zamanda annelik rolünü benimsemeyi kolaylaştırmaktadır. Ayrıca gebelikte psikososyal desteğin var olması ve mental sağlığın iyi olması, doğacak olan bebeğin sağlığı açısından önem taşır (Karataş, 2010).

Stresli bir olay olarak görülen doğumda destekleyici bakımın bireyin oluşan şartlara uyumunu sağlamasında ve baş etme yöntemlerini kullanmasında önemi büyüktür. Destekleyici bakımın etkileri şöyle sıralanmaktadır.

➤ **Destekleyici bakımın anne sağlığına etkisi;**

- Annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkiler (Arıkan ve Kahriman, 2002; Metin, 2014).
- Annenin bebek bakımını üstlenmesini kolaylaştırır (Arıkan ve Kahriman, 2002; Metin, 2014).
- Doğum sürecinde baş etme yöntemlerini daha iyi kullanır (Arıkan ve Kahriman, 2002; Hergüner ve ark., 2014).
- Doğum sonrasında depresyon görülme ihtimali daha azdır (Hergüner ve ark., 2014; Elsenbruch ve ark., 2007).
- Doğum sürecinden memnuniyet daha yüksektir (Arıkan ve Kahriman,2002; Karaçam ve Akyüz, 2011; Metin, 2014).
- Doğum sonu aktif emzirme süresi artar ve emzirme sorunları daha az gözlemlenir (Arıkan ve Kahriman,2002; Karaçam ve Akyüz, 2011; Metin, 2014).

➤ **Destekleyici bakımın bebek sağlığına etkisi;**

- Apgar skorunun 7ve altında olma ihtimali daha düşüktür(Karaçam ve Akyüz, 2011; Karataş, 2010).
- Anne ve bebek iletişimi ve bağlanması daha iyidir(Karaçam ve Akyüz, 2011; Karataş, 2010).
- Düşük doğum ağırlıklı bebek, intrauterin gelişme geriliği ve prematüre doğum riski azdır (Karaçam ve Akyüz, 2011; Karataş, 2010).

2.6.3. Sosyal Destek Kaynakları

Anne karnında hissedilmeye başlayan sosyal destek ihtiyacı, bebek doğduğunda devam eder ve ona yaşamı süresince yardım eder. Hayat boyunca destek; aile fertlerinden, arkadaşlardan, komşulardan, iş arkadaşlarından, yakın akrabalarından alınarak gelişmektedir. Kadın eşinden destek alıyorsa, çevresi tarafından seviliyorsa daha huzurlu bir gebelik yaşayacaktır. Aynı zamanda gebe daha çok prenatal bakım alacak ve imkanlardan en üst düzeyde yararlanacaktır. Ebe anneye gebelik boyunca düşüncelerini endişe ve korkularını açıklayabilmesinde, olumlu baş etme yöntemlerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzene girmesinde ve çevresindeki sosyal destek sistemlerinden etkili bir biçimde faydalanmasında aile bireylerine bu fırsatı ve ortamı sağlayacak en uygun pozisyonda olan sağlık ekibi üyesidir. Buradan hareketle sağlık

personelinden alınacak profesyonel destek de prenatal bakımı olumlu yönde etkileyecektir (Mermer ve ark., 2010; Candan, 2012; Akbaş, 2006).

Yapılan bir çalışmada kişisel iyilik durumunu etkileyen sosyal destek kaynaklarından ilk sırada aileden algılanan destek olduğu saptanmaktadır (Aladağ, 2000). Sosyal desteği ikinci sırada etkileyen kaynak ise arkadaşlardır. Ayrıca bir arkadaş zincirinin varlığı, kendiliğinden var olan aile zinciriyle karşılaştırıldığında daha fazla sosyal beceri gerektirmektedir (Taljoma ve Hentinen, 2001).

2.6.4. Sosyal Destek ve Ebelik

Sosyal desteğin yeterli veya yetersiz olarak ifade edilebilmesi için müdahaleye ihtiyaç olup olmamasına göre belirlenmelidir. Eğer, sosyal destek gereksinim hissedildiği zaman ulaşılabiliriyorsa yeterlidir. Sosyal desteğe ulaşmak için müdahale gerekiyorsa yetersizdir. Ebe, gebelik ve anneliğe uyum sırasında sosyal desteğin sağlanması için önemli bir rol üstlenir. Ebe, sosyal destek hakkındaki aşağıdaki fonksiyonları bilmelidir (Ardahan, 2006; Yılmaz, 2012).

- Destekleyici ilişkiler gereksinimi, değişik stresörler ve hayat şartlarındaki farklılıklar ile baş edebilmek ve günlük rollerin yerine gelmesi için gereklidir. Bir ilişkinin destekleyici olması için sağlıklı olması gerekir. Ebelerin; anne adayını gebelik, doğum ve lohusalık süreci boyunca, aileyi ise bebeğin bakımı, büyüme ve gelişmesini sürdürmesinde ortaya çıkabilecek zor durumlarında desteklemesi gerekmektedir (Akbaş, 2006; Ardahan, 2006; Mermer ve ark, 2010; Metin, 2014; Yılmaz, 2012).
- Sosyal ağ ilişkileri, özellikle kişinin primer bağları ile her zaman gereklidir. Buradan hareketle ebe, anneye gebelik boyunca duygu, düşünce ve endişelerini açıklamasında, olumlu baş etme stratejilerini kullanmasında, aile içi ilişkilerin düzenlenmesinde aileye fırsatlar sağlayacak ve ortamı hazırlayacak en uygun pozisyonda olan sağlık personelidir (Akbaş, 2006; Ardahan, 2006; Mermer ve ark, 2010; Metin, 2014; Yılmaz, 2012).
- Desteğin tipi ve niteliği, kişisel özelliklere ve durumun doğasına bağlı ihtiyaçlardır. Sosyal ağ ilişkilerinin başka bir özelliği de sosyal desteği karşılıklı olarak alıp vermektir. Ebe eşlerin annelik ve babalık rollerine uyum sağlamasında onlara destek olmalı, eğitim, danışmanlık ve bakım hizmetleri

sunmalıdır (Akbaş, 2006; Ardahan, 2006; Mermer ve ark, 2010; Metin, 2014; Yılmaz, 2012).

2.7. YAŞAM KALİTESİ VE GEBELİK

DSÖ'ye göre sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinin anlatımıdır (Bıkmaz, 2009; Kılıçarslan, 2008). Bu kapsamda sağlık hizmetlerinin hedefi, yalnız hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek değil, kişiye toplum içindeki rolünü kabul ettirebileceği yüksek kalitede bir yaşam sağlamaktır (Bıkmaz, 2009). Yaşam kalitesi ise kişinin kendi yaşamını değerlendirmesine dayanan öznel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bütünüdür (Arabacıoğlu, 2012). Birçok faktör yaşam kalitesine katkı sağlayabilir. Bunlar içerisinde eğitim düzeyi, yaşanılan çevrenin kalitesi, yüksek ve düzenli bir gelir ve başkalarına bağımlı olmadan işlerini sürdürerek hayatın tadını çıkarmak sayılabilir (Aksüt Akçay, 2012; Şahsıvar, 2007).

Uluslararası Standart Örgütü'nün (ISO) 9005 kalite sözlüğünde kalite, “Ürün ya da hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamı” olarak tanımlanmıştır (Aksüt Akçay, 2012). Mendola ve Pelligrini yaşam kalitesini “Bireyin algıladığı fiziksel kapasite sınırları içinde başardığı tatmin edici sosyal durum” olarak tanımlamaktadırlar (Bowling, 1993). Başka bir ifadeyle yaşam kalitesi, bireyin içinde bulunduğu sosyokültürel ortamda kendi sağlığını algılayışını ifade etmektedir (Kılıçarslan, 2008). Yaşam kalitesinin evrensel bir tanımı bulunmamakla birlikte insan yaşamının iyileştirilmesine ilişkin bir kavram olması psikolojik, sosyal ve ekonomik rahatlığın sağlanması ve dengeli bir şekilde sürdürmesi üzerine kurulmuştur (Ünver, 2014).

Gebelik, fizyolojik olarak kadın vücudu için stres ve yük kaynağı olmakla beraber önemli bir yaşam deneyimidir. Kadınların çoğu tıbbi açıdan tedaviye ihtiyaç duymadan iyi bir destekle bu dönemi sağlıklı bir şekilde sürdürürler. Ancak bazı gebelerde farklı derece ve türlerde yüksek risk oluşmaktadır. Gebelik döneminin başlangıcından itibaren meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin olmasının yanında gebe kadın, eşi ve diğer aile bireyleri de psikolojik ve sosyal değişiklikler yaşamaktadır. Bu değişikliklere adapte olmak da yaşam kalitesini etkilemektedir (Aksüt Akçay, 2012; Özer, 2015; Türkmen, 2014).

Yaşam kalitesi aile, çalışma hayatı ve sosyoekonomik şartları içermekle beraber; kişinin amaçları, beklentileri, umutları ve hayalleri ile gerçekler arasındaki farklılığı yani kişinin günlük hayatından aldığı doyum ve iyilik algısını da kapsamaktadır (Kılıçarslan, 2008). Bu kapsamda, sağlığı çok iyi olan kişi için sağlıklı alakalı olmayan yaşam kalitesi faktörleri (örneğin; değerler, inançlar, sosyal ilişkiler, finansal durum, çevre koşulları, okul, güvenlik vb.) önemli olurken hastalığı olan bir kişi için fiziksel ve psikolojik sağlık durumu gibi sağlıklı alakalı yaşam kalitesi faktörleri çok daha önemlidir (Aydemir, 2007).

2.7.1. Yaşam Kalitesinin Alanları

- **Psikolojik Esenlik:** Ruh sağlığı, hayattan doyum alma, faydalı olma, beden imgesi, anksiyete, depresyon, oto kontrol, dinlenme, herhangi bir şeyle meşgul olma, bir işi tamamlama, hayatın anlamı, mutluluk gibi emosyonel ve ruhsal durumlar bu alanda değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015; Doğan, 2011; Güler, 2006; Şahsıvar, 2007; Ünver, 2014).
- **Fiziksel Esenlik:** Fonksiyonel yeterlilik, bedensel hareket, yaşam aktiviteleri, iştah, uyku, cinsellik, zinde olmak, yorgunluk, ağrı, sağlık-hastalık algılaması, sağlık ve kişisel güvenlik, sağlıkta değişim ve tedavi ile ilgili durumlar bu alanda değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015; Doğan, 2011; Güler, 2006; Şahsıvar, 2007; Ünver, 2014).
- **Sosyal ve Bireysel Esenlik:** Bireyin eşi ve onu destekleyen kişileri, sosyal etkinlikleri, çevresince benimsenmesi, öğrenme durumu, kendini ve yaşamı algılama biçimi, sosyal ve toplumsal ilişkileri, yerel ve idari işlere katılımı, kişisel görevleri yerine getirmesi, entelektüel gelişimi, mesleki rolü sürdürmesi, yaratıcılık ve kendini ifade etmesi gibi durumlarla değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015; Doğan, 2011; Güler, 2006; Şahsıvar, 2007; Ünver, 2014).
- **Parasal/Maddi Esenlik:** Geleceğe yönelik güven duygusu, barınma durumu, sağlık sigortası, iş güvencesi ve finansal güvenliği bu alanda değerlendirilir (Çavuşoğlu, 2015; Doğan, 2011; Güler, 2006; Şahsıvar, 2007; Ünver, 2014).

2.7.2. Yaşam Kalitesini Azaltan Durumlar

- Bireyin temel ihtiyaçlarının giderilmemesi,
- Beden imgesinin değişmesi,

- Kendine bakma gücünde ve yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik,
- Sürekli yorgunluk ve bitkinlik,
- Cinsel yaşamda bozukluk,
- Gelecek ile alakalı korku ve endişeler,
- Destek sistemlerindeki yetersizlik,
- Akut sağlık sorunları,
- Kronik sağlık sorunları ile yaşam gibi durumlardır (Bıkmaz, 2009; Özer, 2015).

2.7.3. Yaşam Kalitesini Arttıran Durumlar

- Bireyin ekonomik ve sosyal güvenceye sahip olması,
- Gereken konfora sahip olması,
- Anlamlı ve aktif bir yaşam sürdürmesi,
- Sosyal çevresi ile pozitif ilişkiler kurması,
- Eğlenebildiği aktivitelerinin varlığı,
- Saygı görmesi ve mahremiyetine önem verilmesi,
- Kendini ifade edebilmesi ve özgün bir birey olarak kabullenilmesi,
- Değerlerine ve inançlarına saygı gösterilmesi gibi durumlardır (Bıkmaz, 2009; Özer, 2015).

2.7.4. Yaşam Kalitesi ve Ebelik

Günümüzde bütüncül yaklaşım önem kazanmıştır. Ebelik, insan hayatıyla, kişilerin, ailelerin ve toplumların sağlığını en üst düzeye çıkarmayı amaçlar. Yaşam kalitesini değerlendirmede ebeler anahtar rolü oynayan sağlık personelleridir (Arı, 2012).

Ebeler gebelere yönelik tam bir değerlendirme yapmalıdırlar. Değerlendirme sırasında kadının en çok ihtiyaç duyduğu bakım konuları hakkında bilgi verilir. Değerlendirmeden sonra fiziksel muayene ve laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Değerlendirme gebelik tespit edildikten sonra özellikle, gebeliğe bağlı olan şikayetler (mide bulantısı ve kusma, baş dönmesi, varis, kabızlık, sık idrara çıkma, mide yanması, bacaklarda kramplar, nefes darlığı, ciltteki değişiklikler, memelerde hassasiyet, kolostrum salınımı vb.) hakkında geniş kapsamlı bilgilendirilmelidir. Gebeliğin birinci ve ikinci trimesterinde gebeliği tehlikeye sokan durumlar (vajinal kanama, baş ağrısı ile birlikte görme problemi, ateş veya güç kaybı, ciddi karın ağrısı, su gelmesi, yüzde-

ellerde-bacaklarda şişlik, fetüs hareketlerinin hissedilememesi vb.) hakkında eğitim vermek gerekmektedir. Gebeliğin ikinci trimesterinden sonra ise doğumun nerede ve kim tarafından gerçekleştirileceğinin planlanması, doğumun başlangıç belirtileri, acil durumlar, doğumun gerçekleştirileceği kuruluşa ulaşım bilgileri gibi konularda eğitim büyük önem taşımaktadır (Arabacıoğlu, 2012; Kılıçarslan, 2008). Öte yandan gebeler için bilgilendirme broşürleri, internet siteleri, radyo-televizyon programları aracılığıyla sağlıkta eğitim programlarının geliştirilmesi konularında ebeler önemli görevler düşmektedir (Arabacıoğlu, 2012). Bu kapsamda sağlık çalışanları yaşam kalitesine yönelik kavramları ve felsefeleri araştırmalı, bedensel ve psikolojik iyilik hali felsefesini geliştirici yöntemler oluşturmalı, var olanları benimsemelidir (Arı, 2012).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ

Araştırma gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ

Araştırma, Sivas il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezine (ASM) kayıtlı gebelerin izlemleri sırasında yürütülmüştür. Sivas il merkezinde 27 ASM bulunmaktadır. Ancak 4 tanesi merkeze bağlı köyler olduğu için araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini 26.01.2014-30.01.2014 tarihleri arasında Sivas il merkezinde bulunan 23 aile sağlığı merkezine kayıtlı 2686 gebe oluşturmuştur. Evrendeki birey sayısının bilindiği, olayın ortalamasının dikkate alındığı, tabakalı örnekleme yöntemi ile hesaplama yapılarak toplam 192 gebenin araştırma kapsamına alınmasına karar verilmiştir. Araştırma kapsamına; aile sağlığı merkezlerine izlem için gelen, araştırmaya katılmayı kabul eden 437 gebe alınmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot r^2}{(N-1) \cdot d^2 + t^2 \cdot r^2} \quad n=192$$

N: Evrendeki birey sayısı (2868)

n: Örnekleme alınacak birey sayısı (192)

r: Örneklem standart sapması (2.57)

t : Belirli bir anlamlılık düzeyinde, t tablosuna göre bulunan teorik değer (1.96)

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm sapma (0.35)

Tablo 3.1. Aile Sağlığı Merkezlerinin Gebe Sayılarına Göre Örnekleme Alınacak Gebe Sayısı

Aile Sağlığı Merkezi	Toplam Gebe Sayısı	Örnekleme Alınacak Gebe Sayısı	Örnekleme Alınan Gebe Sayısı
Alibaba ASM	120	9	33
Aydoğan ASM	172	12	21
Kardeşler ASM	78	6	17
Çayyurt ASM	149	10	17
Karşıyaka ASM	50	3	5
Emek ASM	222	16	35
Çarşıbaşı ASM	80	6	21
Demircilerardı ASM	95	7	20
4 Eylül ASM	120	9	21
Fatih (Şükrübeyazıt) ASM	130	9	25
Gökmedrese ASM	65	5	21
Kadıburhanettin ASM	94	7	18
Gültepe ASM	51	4	2
Klavuz ASM	123	9	20
Kızılırmak ASM	156	11	24
Mehmet Akif Ersoy ASM	175	12	17
Orhan Gazi ASM	150	10	14
Şeyh Şamil ASM	120	9	37
Tuzlugöl ASM	100	7	16
Yunus Emre ASM	165	12	19
Medikososyal ASM	10	1	2
Mimarsinan ASM	230	16	28
Klavuz Toki ASM	31	2	4
Toplam	2868	192	437

3.4.VERİLERİN TOPLANMASI VE ARAÇLAR:

Araştırma, 06.06.2014-30.12.2014 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın gerek ön, gerekse asıl uygulamasında gebeler araştırmaya katılmayı kabul etmişler ve hazırlanmış olan bilgilendirilmiş olur formunu (Ek1) okuyup onaylamışlardır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemiyle hazırlanmış olan Kişisel Bilgi Formu (Ek 2), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (Ek 3) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Ek 4) aracılığı ile toplanmıştır. Kişisel Bilgi Formunun ön uygulaması, araştırma kapsamına alınmayan, Sivas merkeze bağlı Hanlı köyündeki 10 gebeye yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda belirlenen hata veya eksiklikler düzeltilerek asıl uygulamada kullanılacak olan formlar geliştirilmiştir. Aile sağlığı merkezlerine gelen ve araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile gebe

izlem odaları ve bekleme salonlarında toplanmıştır. Araştırmadaki verilerin toplanması ortalama 15-25 dakika sürmüştür.

3.4.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu(Ek 1)

Bu form, gebelerin bu araştırmaya kendi istekleri ile katıldıklarını gösteren bir belge olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda araştırmanın amacı ve yararları kısaca anlatılmıştır.

3.4.2. Kişisel Bilgi Formu(Ek 2)

Form, araştırmacı tarafından literatür taranarak (Kılıçarslan, 2008; Özçelik, 2010) gebelerin sosyo demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence durumu vb.) ile ilgili 9 soru, obstetrik hikayesi (gravida, parite, şimdiki ve önceki doğumuna ilişkin bilgiler) ile ilgili 4 soru, gebenin alışkanlıkları (sigara, alkol kullanma durumu vb.) ile ilgili 1 soru, DÖB hizmetlerinin kullanılma durumu (gebelik takiplerinin nerede yapıldığı, takiplerin kimin yaptığı vb.) ile ilgili 3 soru ve sosyal destek olma (eş ve ailenin gebeliğe sevinme durumu vb.) ile ilgili 2 soru olmak üzere toplamda 20 sorudan oluşmaktadır.

3.4.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF-TR)(Ek 3)

Kişinin yaşam kalitesini nasıl algıladığını gösteren bir ankettir. Yaşam kalitesinin pozitif ve negatif yönlerini ortaya çıkarır. DSÖ 1980'den itibaren yaşam kalitesini ölçme ve değerlendirmek için araştırmalar yapmaktadır. Bu kapsamda bireyin iyilik halini ölçen ve kültürler arası olanak veren geniş çaplı bir yaşam kalitesi ölçeği (Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi-WHOQOL) oluşturulmuştur. Dünya'da 15 merkezde yapılan pilot çalışmalar sonucunda 100 soruluk WHOQOL-100 ve bunlardan seçilen 26 sorudan oluşan WHOQOL-BREF geliştirilmiştir. WHOQOL-BREF'in ülkemizdeki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Eser ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (Eser ve ark.. 1999). WHOQOL-BREF, birisi genel algılanan yaşam kalitesi, diğeri algılanan sağlık durumunun sorgulandığı iki soru ile birlikte toplam 26 soruyu kapsamaktadır. Türkçe geçerlilik çalışmaları sırasında bir ulusal soru eklenmesiyle oluşan WHOQOL-BREF-TR 27 sorudan oluşmaktadır. Soruların son iki hafta dikkate alınarak yanıtlanması beklenmiştir. İlk iki genel soru dışındaki sorular kullanılarak fiziksel (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. sorular), psikolojik (5, 6, 7, 11, 19, 26.

sorular), sosyal (20, 21, 22. sorular), çevre (8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25. sorular) ve kültürel (8, 9, 12, 13,14, 23, 24, 25, 27. sorular) alan puanları hesaplanmıştır. WHOQOL-BREEF uygulandıktan sonra 0-20 puan üzerinden hesaplanan fizik, psikolojik, sosyal, çevre ve kültürel alan puanları yükseldikçe yaşam kalitesi de yükselmektedir (Eser ve ark., 1999, Açıl, 2006). Ölçek kendini değerlendirme amaçlıdır. 3, 4, 26 ve 27. sorular olumsuz sorulardır. Bu nedenle bu sorulara verilen cevapların puanları olumlu sorular ile aynı yönde skor hesaplamak için 6'dan 45 çıkarılarak ham puan hesaplanır. Global skor için çevre alanındaki 7 sorunun toplam puanı alınarak 7'ye bölünür (Eser ve ark., 1999). Bizim çalışmamızda yaşam kalitesi ölçeği Cronbach alfa katsayısı 0.82 olarak tespit edilmiştir.

Alanlara göre soruların içeriği aşağıdaki gibidir,

Fiziksel Alan: Günlük işleri yerine getirebilme, halsizlik, tıbbi tedaviye bağımlılık, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku.

Ruhsal Alan: Beden imgesi, olumlu veya olumsuz duygu ve düşünceler, benlik saygısı, iç huzur, kişisel inançlar, bilgi edinme, hafıza ve dikkatini toplama.

Sosyal Alan: Farklı insanlarla etkileşim, sosyal destek, cinsel yaşam.

Çevre Alanı: Finansal kaynaklar, fiziksel güvenlik, sağlık hizmetlerinden faydalanma, sosyal yardım, barınma ortamı, yeni bilgi ve beceri edinme fırsatı, dinlenme ve boş zamanı değerlendirme olanakları ve bunlara katılabilme, fiziksel çevre (kirlilik, gürültü, trafik, iklim), ulaşım.

Kültürel Alan: Sosyal baskı (Aksüt Akçay, 2012).

3.4.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek 4)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Multidimensional Scale of Perceived Social Support MSPSS), 1988 de Zimet ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Üç değişik kaynaktan toplanan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirilmesi hedeflenerek kullanımı kolay, kısa bir ölçek olarak oluşturulmuştur. Ülkemizde, ÇBASDÖ'nün faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği, Eker ve Arkar tarafından 1995'te yapılmıştır. Aile ve özel insan ifadelerini birbirinden ayırmak için ölçek Eker, Arkar ve Yıldız tarafından 2001 yılında yeniden değerlendirilmiştir. Eker

ve arkadaşları ÇBASDÖ'nün toplam Cronbach alfa katsayısını 0.89 olarak, alt boyut Cronbach alfa katsayılarını da aile için 0.85, arkadaş için 0.88 ve özel insan için 0.92 olarak vermişlerdir. Bizim çalışmamızda ise Cronbach alfa katsayısı 0.81 olarak tespit edilmiştir. ÇBASDÖ'nün Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği ile korelasyonları yapılarak geçerliliği kabul edilmiştir. ÇBASDÖ 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına yönelik 3 gruba içerir. Bunlar; aile (3, 4, 8. ve 11. maddeler), arkadaşlar (6, 7, 9 ve 12. maddeler) ve özel bir insandır (1, 2, 5. ve 10. maddeler). Her bir madde en düşük 1 en yüksek 7 puan alır. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş (4-28 puan) olur. Bütün alt ölçek puanlarının toplanması sonucunda ise ölçeğin toplam puanı elde edilir. Ölçeğin tamamından alınabilecek en düşük puan 12 ve en yüksek puan 84'tür. Alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu, puanın düşük olması ise desteğin algılanmadığını ya da destekten mahrum olduğunu göstermektedir (Eker ve Arkar, 1995; Eker ve ark., 2001).

3.5. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS 14.0) for Windows istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Kullanılan verilerin öncelikle normal dağılıma uygunluk testleri (Kolmogrov-Smirnov testi, Shapiro-Wilk testi) yapılmıştır. Verilerin normal dağılıma uymadıkları tespit edildikten sonra Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis varyans analizi kullanılmıştır. Bağımsız ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu durumlarda, farklılığa neden olan değişkenin araştırılması Bonferroni ileri düzey testiyle yapılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçeklerin arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 kabul edilmiştir.

3.6. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Uygulama öncesi araştırmaya katılan gebelere araştırmanın amacı açıklanmış, gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Sivas Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Sağlığı Merkezleri ve Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan gerekli yasal izinler alınmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmanın bulguları; gebelerin tanımlayıcı özellikleri, gebelik ve doğuma ait özellikleri, sosyal destek puan ortalamaları, yaşam kalitesi puan ortalamaları, ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki, ölçek puan ortalamalarının gebelerin tanımlayıcı-gebelik ve doğuma ait özelliklerine göre dağılımı şeklinde incelenmiştir.



1. SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.1. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (n=437)

Özellikler	Sayı	%
Yaş Grupları		
19 yaş ve altı	13	3.0
20-34 yaş	371	84.9
35 yaş ve üstü	53	12.1
Yaş ortalaması	$\bar{X} \pm SS = 28.56 \pm 4.98$	
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	146	33.4
Lise	123	28.2
Üniversite	168	38.4
Mesleği		
Ev hanımı	271	62.0
Memur	131	30.0
İşçi	35	8.0
Sosyal Güvence Durumu		
Olan	400	91.5
Olmayan	37	8.5
Ailenin Gelir Durumu		
1499 TL ve altı	104	23.8
1500-2999 TL	146	33.4
3000-4499 TL	119	27.2
4500 TL ve üstü	68	15.6
Eş Öğrenim Durumu		
İlköğretim	94	21.5
Lise	138	31.6
Üniversite	205	46.9
Evde Sürekli Yaşayan Kişi Sayısı		
1-2 kişi	108	24.7
3-4 kişi	227	52.0
5 ve üstü	102	23.3

Çalışmamızda kadınların, yaş ortalaması 28.56±4.98yıl olarak belirlenmiş olup; %84.9'unun 20-34 yaş grubunda,%38.4'ünün üniversite mezunu, %62'sinin ise ev hanımı olduğu bulunmuştur. Kadınların %8.5'inin sosyal güvence kapsamında olmadığı, %23.8'inin 1499 TL ve altı aylık ortalama gelire sahip olduğu, %46.9'unun eşinin üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. %23.3'ünün ise evde 5 ve daha fazla sayıda kişiyle yaşadığı saptanmıştır (Tablo 4.1)

2. GEBELİK VE DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.2. Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerinin Dağılımı (n=437)

Özellikler	Sayı	%
Gebelik Sayısı		
1	155	35.5
2	142	32.5
3 ve üstü	140	32.0
Doğum Sayısı		
Hiç	164	37.5
1	149	34.1
2 ve üstü	124	28.4
Gebelik Trimesteri		
1.trimester	53	12.1
2.trimester	129	29.5
3.trimester	255	58.4
İsteyerek Gebe Kalma Durumu		
Kalan	394	90.2
Kalmayan	43	9.8
Egzersiz Yapma Durumu		
Yapan	102	23.3
Yapmayan	335	76.7
Gebelik İzlemi Yaptırma Durumu		
Yaptıran	418	95.7
Yaptırmayan	19	4.3
Gebelik İzlemi Yaptırılan Yer		
Aile Sağlığı Merkezi	68	15.6
Devlet Hastanesi	140	32.0
Üniversite Hastanesi	19	4.3
Özel Hastane	210	48.1
Gebelik İzlemini Yapan Kişi		
Ebe	69	15.8
Hemşire	13	3.0
Doktor	355	81.2

Araştırma kapsamına alınan kadınların %35.5'inin ilk gebeliği olduğu, %37.5'inin hiç doğum yapmadığı, %58.4'ünün 3. trimesterde olduğu, %9.8'inin istemeyerek gebe kaldığı, %23.3'ünün egzersiz yaptığı, %4.3'ünün gebelik takibi yaptırmadığı, %48.1'inin gebelik takibini özel hastanede, %15.8'inin ise takibini ebelere yaptırdığı tespit edilmiştir (Tablo 4.2).

3. SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.3. Kadınların Sosyal Destek Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı (n=437)

Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Boyutları	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Ölçekten Alnabilecek En Düşük-Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-Yüksek Puanlar
Eş Desteği	437	17.16±8.08	18.00	4-28	4-28
Aile Desteği	437	24.59±4.14	26.00	4-28	4-28
Arkadaş Desteği	437	22.54±5.79	24.00	4-28	4-28
Ölçekten Alınan Toplam Puan	437	64.30±13.11	65.00	12- 84	12-84

Kadınların sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 64.30±13.11'dir. Kadınlar sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; eş desteğinden 17.16±8.08, aile desteğinden 24.59±4.14, arkadaş desteğinden 22.54±5.79'dur (Tablo 4.3).

4. YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 4.4. Kadınların Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlarının Dağılımı (n=437)

DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutları	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Ölçekten Alnabilecek En Düşük-Yüksek Puanlar	Ölçekten Alınan En Düşük-Yüksek Puanlar
Fiziksel Alan	437	13.84±2.41	14.0	0-20	7-20
Ruhsal Alan	437	14.28±2.18	15.0	0-20	6-20
Sosyal Alan	437	14.70±2.69	15.0	0-20	4-20
Çevresel Alan	437	14.53±2.40	15.0	0-20	6-20
Kültürel Alan	437	13.81±2.03	14.0	0-20	7-19
Ölçekten Alınan Toplam Puan	437	71.15±9.07	72.0	20-100	37-96

Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 71.15±9.07'dir. Kadınlar yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; fiziksel alan 13.84±2.41, ruhsal alan 14.28±2.18, sosyal alan 14.70±2.69, çevresel alan 14.53±2.40, kültürel alan 13.81±2.03'tür (Tablo 4.4).

5. SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİNDEN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.5. Kadınların Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Ölçeğinden Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkisi (n=437) (Ölçeklerin Korelesyonu)

Ölçek Adı	Sosyal Destek Ölçeği	
	r_s	P
Yaşam Kalitesi Ölçeği	0.24	0.000

r_s = Spearman korelasyon

** Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

Kadınların sosyal destek ölçeği puanları ile yaşam kalitesi puanları ($r_s= 0.24^{**}$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Sosyal destek ölçeği puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.5).

6. SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINDAN ALINAN PUANLAR ARASINDAKİ İLİŞKİYE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.6. Kadınların Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarından Aldıkları Puanlar Arasındaki İlişkisi (n=437) (Ölçek alt boyutlarının korelasyonu)

Yaşam Kalitesi Ölçeğinin Alt Boyutları	Sosyal Destek Ölçeğinin Alt Boyutları					
	Eş Desteği		Aile Desteği		Arkadaş Desteği	
	r_s	P	r_s	P	r_s	P
Fiziksel Alan	0.04	0.342	0.13**	0.005	0.03	0.418
Ruhsal Alan	0.12**	0.007	0.25**	0.000	0.12**	0.007
Sosyal Alan	0.05	0.267	0.11**	0.014	0.26**	0.000
Çevresel Alan	0.23**	0.000	0.35**	0.000	0.21**	0.000
Kültürel Alan	0.21**	0.000	0.33**	0.000	0.22**	0.000

r_s = Spearman korelasyon

** Correlation is significant at 0.01 level (2-tailed).

Kadınların ruhsal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları ile eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ruhsal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları arttıkça, eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanlarının arttığı belirlenmiştir.

Kadınların sosyal alan puanları ile aile desteği ve arkadaş desteği puanları incelendiğinde ise puanlar arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Sosyal alandan alınan puan arttıkça aile desteği ve arkadaş desteği puanları artmaktadır.

Fiziksel alan puanları ile aile desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$). Fiziksel alandan alınan puan arttıkça aile desteği puanları da artmaktadır (Tablo 4.6).

7. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.7. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Sosyal Destek Ölçeğinin Puan Dağılımı (n=437)

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min.	Max.
Yaş Grupları					
19 yaş ve altı	13	63.30±11.60	61.0	42.0	82.0
20-34 yaş	371	64.77±12.93	66.0	16.0	84.0
35 yaş ve üstü	53	61.03±14.37	61.0	29.0	84.0
Test	KW= 3.525		p= 0.172		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	146	60.37±15.04	62.5	16.0	84.0
Lise	123	65.61±12.38	66.0	35.0	84.0
Üniversite*	168	66.75±10.93	66.0	30.0	84.0
Test	KW= 12.451		p=0.002		
Mesleği					
Ev hanımı	271	63.51±14.14	65.0	16.0	84.0
Memur*	131	66.85±10.43	66.0	42.0	84.0
İşçi	35	60.85±12.57	58.0	34.0	84.0
Test	KW= 6.996		p=0.030		
Sosyal Güvence Durumu					
Olan	400	64.77±12.61	66.0	23.0	84.0
Olmayan	37	59.24±16.99	60.0	16.0	84.0
Test	MW-U = 6054.000		p=0.067		
Ailenin Gelir Durumu					
1499 TL ve altı	104	60.23±16.37	60.5	16.0	84.0
1500-2999 TL	146	64.91±12.32	66.0	29.0	84.0
3000-4499 TL	119	64.62±11.83	65.0	42.0	84.0
4500 TL ve üstü*	68	68.66±9.23	68.0	50.0	84.0
Test	KW= 12.381		p=0.006		
Eş Öğrenim Durumu					
İlköğretim	94	58.35±16.13	60.5	16.0	84.0
Lise	138	65.39±13.15	64.5	30.0	84.0
Üniversite*	205	66.29±10.55	66.0	36.0	84.0
Test	KW= 14.565		p=0.001		
Evde Sürekli Yaşayan Kişi Sayısı					
1-2 kişi*	108	68.76±10.54	70.5	36.0	84.0
3-4 kişi	227	64.65±11.97	65.0	23.0	84.0
5 ve üstü	102	58.78±15.84	60.0	16.0	84.0
Test	KW= 22.708		p=0.000		

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskal Wallis testi

*Bu grup diğerlerinden farklıdır.

Kadınların öğrenim durumu ile sosyal destek puan ortalamaları/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için yapılan ileri analiz sonucunda anlamlılığın üniversite mezunu olan kadınlardan kaynaklandığı, üniversite mezunu olan kadınların puan ortalaması/ortancasının diğer bireylerin puan ortalaması/ortancasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Kadınların meslek durumu ve sosyal destek puan ortalaması/ortancaları arasındaki ilişki incelendiğinde memur kadınların sosyal destek puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$).

Sosyal güvence durumu ile sosyal destek ölçeği puan ortalaması/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Gelir durumu ve sosyal destek puan ortalaması/ortancalarının arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gelir durumu 4500 TL ve üstü olan grubun sosyal destek puan ortalaması/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşi üniversite mezunu olan kadınların sosyal destek puan ortalaması/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Evde sürekli yaşayan kişi sayısı ile kadınların sosyal destek puan ortalaması/ortancaları arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Evde 1-2 kişi yaşayan kadınların sosyal destek puan ortalaması/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir.

8. GEBELİK VE DOĞUM ÖZELLİKLERİNE GÖRE SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİNE YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.8. Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Sosyal Destek Ölçeğinin Puan Dağılımı (n=437)

Özellikler	n	$\bar{X} \pm SS$	Ortanca	Min.	Max.
Gebelik Sayısı					
1*	155	67.23±11.34	68.0	36.0	84.0
2	142	64.03±12.33	65.0	30.0	84.0
3 ve üstü	140	61.32±14.96	63.0	16.0	84.0
Test	KW=10.582		p=0.005		
Doğum Sayısı					
Hiç*	164	66.80±11.37	67.5	36.0	84.0
1	149	64.14±13.42	65.0	23.0	84.0
2 ve üstü	124	61.18±14.24	63.0	16.0	84.0
Test	KW=9.259		p=0.010		
Gebelik Trimesteri					
1. trimester*	53	65.90±14.52	70.0	21.0	84.0
2. trimester	129	62.26±12.95	63.0	30.0	84.0
3. trimester	255	65.0±12.81	66.0	16.0	84.0
Test	KW=6.038		p=0.049		
İsteyerek Gebe Kalma Durumu					
Kalan*	394	64.98±12.52	66.0	21.0	84.0
Kalmayan	43	58.06±16.53	60.0	16.0	84.0
Test	MWU=6427.000		p=0.009		
Egzersiz Yapma Durumu					
Yapan*	102	66.89±11.24	68.0	32.0	84.0
Yapmayan	335	63.51±13.54	64.0	16.0	84.0
Test	MWU=14653.500		p=0.029		
Gebelik İzlemi Yaptırma Durumu					
Yaptıran*	418	64.74±12.79	65.5	21.0	84.0
Yaptırmayan	19	54.52±16.27	54.0	16.0	75.0
Test	MWU=2480.500		p=0.006		
Gebelik İzlemi Yaptırılan Yer					
Aile Sağlığı Merkezi	68	60.54±16.36	64.5	16.0	84.0
Devlet Hastanesi	140	64.36±12.90	64.5	30.0	84.0
Üniversite Hastanesi	19	66.57±17.81	72.0	23.0	84.0
Özel Hastane	210	65.27±11.34	65.5	30.0	84.0
Test	KW= 4.462		p=0.216		
Gebelik İzlemini Yapan Kişi					
Ebe	69	60.14±16.35	60.0	16.0	84.0
Hemşire	13	66.15±18.51	74.0	23.0	84.0
Doktor	355	65.04±12.02	65.0	30.0	84.0
Test	KW= 4,759		p=0.093		

MW-U=Mann -Whitney U testi KW= Kruskal Wallis testi *Bu grup diğerlerinden farklıdır.

Kadınların gebelik sayısı ile sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Bir gebelik yaşayan kadınların puan ortalama/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Doğum sayısı ile sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlıdır Hiç doğum yapmayan kadınların sosyal destek puan ortalama/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p>0.05$).

1. trimester de olan kadınların sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları diğer trimesterlere göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

İsteyerek gebe kalma durumu ile sosyal destek puan ortalama/ortancaları arasındaki ilişki incelendiğinde, isteyerek gebe kalan kadınların sosyal destek puan ortalama/ortancalarının istemeden gebe kalanlara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Egzersiz yapan kadınların sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları egzersiz yapmayan kadınlara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Ayrıca gebelik takibi yaptıran kadınların da sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları gebelik takibi yaptırmayan kadınlara göre daha yüksektir bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Gebelik takibi yaptırılan yer ve kişi ile sosyal destek ölçeği puan ortalama/ortancaları arasında ki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0.05$).

9. TANIMLAYICI ÖZELLİKLERE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4. 9. Kadınların Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=437)

Özellikler	n	Fiziksel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevresel Alan		Kültürel Alan	
		$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Yaş Grupları											
19 yaş ve altı	13	15.46±2.60	15.0 (11.0-20.0)	14.69±2.65	15.0 (11.0-19.0)	13.08±2.84	13.0 (8.0-17.0)	14.46±3.07	13.0 (11.0-20.0)	13.62±2.44	13.0 (10.0-18.0)
20-34 yaş	370	13.87±2.35	14.0 (7.0-20.0)	14.28±2.15	15.0 (6.0-20.0)	14.71±2.64	15.0(4.0-20.0)	14.56±2.34	15.0(7.0-20.0)	13.84±2.00	14.0 (7.0-19.0)
35 yaş ve üstü	53	13.13±2.58	13.0 (8.0-19.0)	14.09±2.25	14.0 (9.0-20.0)	14.94±2.85	16.0(7.0-19.0)	14.25±2.57	15.0(6.0-19.0)	13.55±2.09	14.0 (8.0-17.0)
Test		KW=7.730	p=0.021	KW=0.857	p=0.652	KW=5.323	p=0.70	KW=0.434	p=0.805	KW=0.626	p=0.73
Öğrenim Durumu											
İlköğretim	146	13.84±2.52	14.0(8.0-20.0)	13.69±2.55	14.0(6.0-19.0)	13.62±3.29	13.0(4.0-20.0)	13.55±2.85	14.0(6.0-20.0)	13.00±2.43	13.0 (7.0-19.0)
Lise	123	13.87±2.49	14.0(7.0-19.0)	14.38±2.13	15.0(9.0-20.0)	15.10±2.30	16.0 (7.0-20.0)	14.86±2.26	15.0 (9.0-20.0)	14.15±1.86	14.0 (9.0-19.0)
Üniversite	168	13.81±2.25	14.0(7.0-20.0)	14.71±1.71	15.0(10.0-20.0)	15.35±2.04	16.0(8.0-20.0)	15.13±1.72	15.0 (9.0-20.0)	14.27±1.51	14.0 (9.0-18.0)
Test		KW=0.524	p=0.770	KW=13.506	p=0.001	KW=33.380	p=0.001	KW=30.739	p=0.001	KW=29.837	p=0.001
Mesleği											
Ev hanımı	271	13.81±2.56	14.0 (7.0-20.0)	14.06±2.44	15.0 (6.0-20.0)	14.35±2.98	15.0 (4.0-20.0)	14.17±2.67	14.0 (6.0-20.0)	13.54±2.25	13.0 (7.0-19.0)
Memur	131	13.88±2.10	14.0 (9.0-20.0)	14.69±1.60	15.0 (10.0-19.0)	15.15±1.95	16.0 (8.0-20.0)	15.32±1.70	15.0 (10.0-20.0)	14.44±2.50	15.0 (10.0-18.0)
İşçi	35	13.86±2.31	14.0 (7.0-17.0)	14.46±1.63	15.0 (11.0-18.0)	15.74±2.30	16.0 (9.0-20.0)	14.37±1.62	14.0 (11.0-18.0)	13.60±1.37	14.0 (10.0-16.0)
Test		KW=0.119	p=0.942	KW=7.708	p=0.21	KW=13.708	p=0.001	KW=21.160	p=0.001	KW=17.860	p=0.001
Ailenin Gelir Durumu											
1499 TL ve altı	104	13.53±2.51	13.5 (7.0-20.0)	13.66±2.88	13.0 (6.0-20.0)	13.68±3.26	13.0 4.0-20.0)	13.56±2.94	14.0 (7.0-20.0)	13.04±2.50	13.0 (7.0-19.0)
1500-2999 TL	146	14.01±2.59	14.0 (8.0-19.0)	14.21±2.16	15.0 (9.0-20.0)	14.55±2.80	15.0 (5.0-20.0)	14.21±2.47	14.0 (6.0-20.0)	13.60±2.08	13.0 (7.0-19.0)
3000-4499 TL	119	14.02±2.06	14.0 (9.0-20.0)	14.80±1.20	15.0 (9.0-19.0)	15.48±2.02	16.0 (8.0-20.0)	15.34±1.80	15.0 (10.0-20.0)	14.43±1.59	14.0 (10.0-18.0)
4500 TL ve üstü	68	13.60±2.39	14.0 (7.0-18.0)	14.47±1.69	15.0 (10.0-18.0)	15.21±1.92	16.0 (8.0-20.0)	15.29±1.32	16.0 (12.0-18.0)	14.38±1.22	15.0 (12.0-16.0)
Test		KW=4.810	p=0.186	KW=14.784	p=0.002	KW=26.395	p=0.001	KW=41.541	p=0.001	KW=33.303	p=0.001

Tablo 4.9'in Devamı

Özellikler	n	Fiziksel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevresel Alan		Kültürel Alan	
		$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med (Min-Max)
Eş Öğrenim Durumu											
İlköğretim	94	13.67±2.85	13.5 (7.0-20.0)	13.54±2.79	14.0 (6.0-19.0)	13.20±3.30	13.0 (4.0-20.0)	13.27±2.91	13.0 (6.0-20.0)	12.78±2.53	13.0 (7.0-19.0)
Lise	138	13.98±2.26	14.0 (8.0-19.0)	14.27±2.09	15.0 (9.0-20.0)	14.94±2.55	16.0 (7.0-20.0)	14.16±2.33	14.0 (7.0-20.0)	13.54±1.90	13.0 (8.0-18.0)
Üniversite	205	13.81±2.28	14.0 (7.0-20.0)	14.62±1.81	15.0 (9.0-20.0)	15.22±2.20	16.0 (8.0-20.0)	15.36±1.80	15.0 (10.0-20.0)	14.47±1.58	15.0 (10.0-19.0)
Test		KW=1.388	p=0.500	KW=9.493	p=0.009	KW=35.056	p=0.001	KW=46.728	p=0.001	KW=43.319	p=0.001
Evde Sürekli Yaşayan Kişi Sayısı											
1-2 kişi	108	14.07±2.35	14.0 (7.0-20.0)	14.64±1.99	15.0 (7.0-20.0)	15.07±2.22	15.5 (8.0-20.0)	15.39±2.16	16.0 (10.0-20.0)	14.53±1.82	15.0 (10.0-18.0)
3-4 kişi	227	13.78±2.27	14.0 (7.0-19.0)	14.33±1.99	15.0 (9.0-20.0)	14.92±2.45	15.0 (7.0-20.0)	14.56±1.94	15.0 (7.0-20.0)	13.86±1.69	14.0 (7.0-19.0)
5 ve üstü	102	13.71±2.74	14.0 (7.0-20.0)	13.79±2.66	14.5 (6.0-19.0)	13.82±3.42	15.0 (4.0-20.0)	13.54±3.11	14.0 (6.0-20.0)	12.94±2.58	13.0 (7.0-19.0)
Test		KW=1.819	p=0.403	KW=6.084	p=0.048	KW=8.670	p=0.013	KW=25.354	p=0.001	KW=24.691	p=0.001

KW= Kruskall Wallis testi

Kadınların yaş grupları ile fiziksel alan puan ortalama/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu farkın 19 ve altı yaş grubundan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$).

Üniversite eğitimi alan kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kadınların sahip olduğu meslek durumu ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları incelendiğinde, işçi kadınların sosyal alan puan ortalama/ortancalarının, memur kadınların ise çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancalarının daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Gelir durumu 3000-4499 arası olan, eşi üniversite mezunu olan, evde 1-2 kişiyle birlikte yaşayan kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Kadınların eşlerinin öğrenim durumu ve yaşam kalitesi alt boyutları incelendiğinde, eşi üniversite mezunu olan kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.9).

10. GEBELİK VE DOĞUM ÖZELLİKLERİNE GÖRE YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ ALT BOYUTLARINA YÖNELİK BULGULAR

Tablo 4.10. Kadınların Gebelik ve Doğum Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Ölçeği Alt Boyutlarının Puan Dağılımı (n=437)

Özellikler	n	Fiziksel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevresel Alan		Kültürel Alan	
		\bar{X}_+ SS	Med(Min-Max)	\bar{X}_+ SS	Med(MinMax)	\bar{X}_+ SS	Med(Min-Max)	\bar{X}_+ SS	Med (Min-Max)	\bar{X}_+ SS	Med(Min-Max)
Gebelik Sayısı											
1	155	14.02±2.36	14.0 (7.0-20.0)	14.50±1.94	15.0(9.0-20.0)	15.23±2.18	16.0 (8.0-20.0)	15.07±2.32	15.0 87.0-20.0)	14.25±1.93	14.0 (8.0-19.0)
2	142	14.15±2.10	14.0 (8.0-19.0)	14.72±2.04	15.0 (7.0-20.0)	14.93±2.71	16.0 (8.0-20.0)	14.66±1.98	15.0 (8.0-20.0)	13.89±1.68	14.0 (9.0-18.0)
3 ve üstü	140	13.31±2.66	13.0 (7.0-19.0)	13.59±2.40	14.0 (6.0-19.0)	13.89±3.01	15.0 (4.0-19.0)	13.79±2.68	14.0 (6.0-20.0)	13.24±2.32	14.0 (7.0-19.0)
Test		KW=9.965	p=0.007	KW=19.280	p=0.001	KW=18.656	p=0.001	KW=16.474	p=0.001	KW=13.729	p=0.001
Doğum Sayısı											
Hiç	164	13.99±2.38	14.0 (7.0-20.0)	14.51±2.02	15.0 (7.0-20.0)	15.12±2.23	16.0 (8.0-20.0)	15.01±2.39	15.0 (7.0-20.0)	14.20±1.97	14.0 (8.0-19.0)
1	149	14.17±2.06	14.0 (8.0-19.0)	14.72±1.94	15.0 (9.0-20.0)	14.97±2.59	16.0 (8.0-20.0)	14.70±1.86	15.0 (8.0-20.0)	13.93±1.62	14.0 (9.0-18.0)
2 ve üstü	124	13.22±2.71	13.0 (7.0-19.0)	13.41±2.44	13.0 (6.0-19.0)	13.81±3.15	15.0 (4.0-19.0)	13.69±2.76	14.0 (6.0-20.0)	13.15±2.38	14.0 (7.0-19.0)
Test		KW=10.967	p=0.001	KW=21.782	p=0.001	KW=10.046	p=0.002	KW=6.702	p=0.010	KW=4.727	p=0.030
Gebelik Trimesteri											
1.trimester	53	14.47±2.51	15.0 (9.0-19.0)	14.42±2.19	15.0 (9.0-18.0)	14.64±3.10	15.0 (5.0-20.0)	14.79±2.30	15.0 (10.0-20.0)	14.08±1.91	14.0 (9.0-19.0)
2.trimester	129	14.49±2.31	15.0 (7.0-20.0)	14.49±2.40	15.0 (7.0-20.0)	14.78-2.57	16.0 (8.0-20.0)	14.29±2.40	15.0 (8.0-20.0)	13.66±2.06	14.0 (8.0-18.0)
3.trimester	255	13.37±2.33	14.0 (7.0-20.0)	14.15±2.05	14.0 (6.0-20.0)	14.67±2.68	15.0 (4.0-20.0)	14.59±2.41	15.0 (6.0-20.0)	13.84±2.05	14.0 (7.0-19.0)
Test		KW=26.758	p=0.001	KW=6.646	p=0.036	KW=1.423	p=0.491	KW=1.050	p=0.592	KW=0.972	p=0.615
İsteyerek Gebe Kalma Durumu											
Kalan	394	13.92±2.36	14.0 (7.0-20.0)	14.51±2.04	15.0 (7.0-20.0)	14.92±2.53	15.0 (5.0-20.0)	14.76±2.21	13.0 (6.0-17.0)	13.99±1.89	14.0 (8.0-19.0)
Kalmayan	43	13.07±2.67	13.0 (8.0-19.0)	12.19±2.29	12.0 (6.0-16.0)	12.67±3.32	13.0 (4.0-19.0)	12.42±2.97	13.0 (6.0-17.0)	12.14±2.53	13.0 (7.0-16.0)
Test		MWU=6675.000	p=0.021	MWU=3865.000	p=0.001	MWU=5072.000	p=0.001	MWU=4775.500	p=0.001	MWU=5023.000	p=0.001
Egzersiz Yapma Durumu											
Yapan	102	13.83±2.26	14.0 (8.0-18.0)	14.75±1.93	15.0 (9.0-20.0)	15.30±2.43	16.0 (8.0-20.0)	15.37±2.01	16.0 (10.0-20.0)	14.49±1.73	15.0 (10.0-18.0)
Yapmayan	335	13.84±2.45	14.0 (7.0-20.0)	13.90±2.23	15.0 (6.0-20.0)	14.52±2.75	15.0 (4.0-20.0)	14.27±2.45	15.0 (6.0-20.0)	13.61±2.07	14.0 (7.0-19.0)
Test		MWU=16944.500	p=0.899	MWU=14509.000	p=0.019	MWU=14681.500	p=0.028	MWU=12442.000	p=0.001	MWU=12527.500	p=0.001

Tablo 4.10'un Devamı

Özellikler	n	Fiziksel Alan		Ruhsal Alan		Sosyal Alan		Çevresel Alan		Kültürel Alan	
		$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)	$\bar{X} \pm SS$	Med(Min-Max)
Gebelik İzlemi Yaptırma											
Evet	418	13.85±2.38	14.0 (7.0-20.0)	14.36±2.11	15.0 (7.0-20.0)	14.81±2.56	15.0 (5.0-20.0)	14.65±2.28	15.0 (7.0-20.0)	13.92±1.95	14.0 (7.0-19.0)
Hayır	19	13.42±3.06	14.0 (8.0-19.0)	12.42±2.77	12.0 (6.0-16.0)	12.26±4.17	13.0 (4.0-19.0)	11.84±3.27	12.0 (6.0-17.0)	11.47±2.50	12.0 (7.0-15.0)
Test		<i>MWU=3697.500 p=0.608</i>		<i>MWU=2397.000 p=0.003</i>		<i>MWU=2433.500 p=0.004</i>		<i>MWU=2010.500 p=0.001</i>		<i>MWU=1786.000 p=0.001</i>	
Gebelik İzlemi Yaptırılan Yer											
Aile Sağlığı Mer.	68	14.32±2.84	14.0 (8.0-20.0)	13.49±2.81	14.0 (6.0-19.0)	13.29±3.69	13.0 (4.0-20.0)	13.63±3.38	15.0 (6.0-20.0)	13.04±2.89	13.0 (7.0-19.0)
Devlet Hastanesi	140	13.81±2.34	14.0 (7.0-19.0)	14.28±2.28	15.0 (7.0-20.0)	14.39±2.60	15.0 (8.0-20.0)	14.27±2.31	14.0 (8.0-20.0)	13.61±1.93	13.0 (8.0-18.0)
Üniversite Hast.	19	13.95±2.50	14.0 (10.0-18.0)	14.53±2.83	15.0 (9.0-20.0)	14.37±3.20	15.0 (7.0-20.0)	14.95±2.89	15.0 (9.0-20.0)	14.16±2.45	14.0 (9.0-18.0)
Özel Hastane	210	13.68±2.29	14.0 (7.0-18.0)	14.51±1.69	15.0 (10.0-20.0)	15.40±2.05	16.0 (8.0-20.0)	14.95±1.88	15.0 (9.0-20.0)	14.17±1.61	14.0 (9.0-19.0)
Test		<i>KW=2.390 p=0.495</i>		<i>KW=6.196 p=0.102</i>		<i>KW=30.459 p=0.001</i>		<i>KW=11.845 p=0.008</i>		<i>KW=12.114 p=0.007</i>	
Gebelik İzlemi Yapan Kişi											
Ebe	69	13.86±2.76	14.0 (8.0-20.0)	13.39±2.83	13.0 (6.0-20.0)	13.25±3.55	13.0 (4.0-20.0)	13.54±3.36	14.0 (6.0-20.0)	13.07±2.92	13.0 (7.0-19.0)
Hemşire	13	15.23±2.45	15.0 (11.0-20.0)	14.31±2.86	15.0 (9.0-19.0)	14.38±3.54	15.0 (5.0-20.0)	15.38±2.87	16.0 (9.0-20.0)	14.38±2.66	15.0 (8.0-18.0)
Doktor	355	13.78±2.32	14.0 (7.0-19.0)	14.45±1.96	15.0 (7.0-20.0)	14.99±2.37	15.0 (7.0-20.0)	14.69±2.09	15.0 (8.0-20.0)	13.94±1.75	14.0 (8.0-19.0)
Test		<i>KW=4.572 p=0.102</i>		<i>KW=8.169 p=0.017</i>		<i>KW=18.729 p=0.001</i>		<i>KW=8.290 p=0.016</i>		<i>KW=6.465 p=0.039</i>	

MW-U=Mann -Whitney U testi

KW= Kruskal Wallis testi

Kadınların gebelik sayısı ve yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları incelendiğinde, ikinci gebeliği olan kadınların fiziksel ve ruhsal, birinci gebeliği olan kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$).

Bir kere doğum yapmış kadınların fiziksel ve ruhsal, hiç doğum yapmamış kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı olarak bulunmuştur($p<0.05$).

Kadınların gebelik trimesteri ile fiziksel ve ruhsal alan puan ortalama/ortancaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p<0.05$) ve bu farkın ikinci trimesterde olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir.

İsteyerek gebe kalan kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruba göre daha yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0.05$).

Egzersiz yapan ve gebelik takibi yaptıran kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancalarının daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$).

Gebelik takibini özel hastanede yaptıran kadınların sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruba göre daha yüksektir, gebelik takibini doktora yaptıranların ise ruhsal ve sosyal, hemşireye yaptıranların ise çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ve bu farkların istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 4.10).

5. TARTIŞMA

Kadın yaşamında gebelik, emosyonel, fiziksel ve sosyal değişikliklerin yaşandığı akut bir dönemdir. Gebelikte sosyal desteğin yetersizliği ve düşük yaşam kalitesi bebek ve anne için birçok olumsuzluğa neden olabilmektedir (Elsenbruch ve ark., 2007; Divney ve ark., 2012; Webster ve ark., 2000). Araştırmamıza katılan gebelerin %84.9'unun 20-34 yaşları arasında olduğu ve ortalama yaşlarının 28.56 ± 4.98 yıl olduğu bulunmuştur (Tablo 4.1). Yurtiçi ve yurt dışında yapılan araştırmalarda da yaş ortalamalarının benzer şekilde olduğu bulunmuştur (Özçelik, 2010; Aktaş ve Yeşilçiçek, 2015; Akbaş, 2006; Giurgescu ve ark., 2015; Husain ve ark., 2012; Abedi ve ark., 2012; Wanda ve ark., 2006). Çalışma bulgularına paralel olarak, TNSA 2013 sonuçlarına göre Türkiye'de en yüksek doğurganlık yaşının yirmili yaşlarda olduğu ve doğurganlık hızlarının 25-29 yaş grubunda olduğu bildirilmektedir (TNSA, 2013).

Sosyal destek kadınların gebelik sürecine uyum sağlamasında önemli bir etkidir. Yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalarda sosyal desteği düşük olan kadınların gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyona daha yatkın oldukları bildirilmiştir (Elsenbruch, 2007; Divney ve ark., 2012; Webster ve ark., 2000; Husain ve ark., 2012; Morikawa ve ark., 2015; Aktaş ve Yeşilçiçek, 2015). Araştırmaya katılan gebelerin algıladıkları sosyal destek ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması 64.30 ± 13.11 'dir. Kadınlar sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; eş desteğinden 17.16 ± 8.08 , aile desteğinden 24.59 ± 4.14 , arkadaş desteğinden 22.54 ± 5.79 'dir (Tablo 4.3). ÇBASDÖ'den alınabilecek toplam en yüksek (84), en düşük (12) ve alt boyutlarından alınabilecek en yüksek (28) ve en düşük (4) puanlar göz önüne alındığında; kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin iyi olduğu söylenebilir (Tablo 4.3). Yurt dışında yapılan çalışmalar bulgularımızın aksine kadınların gebelik döneminde algıladıkları sosyal destek düzeyinin düşük olduğunu tespit etmiştir. Athfah ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada sosyal destek toplam puan ortalaması 43.63, alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları ise sırasıyla özel insan desteği 14.96, aile desteği 14.71, arkadaş desteği ise 13.95 olarak bulunmuştur. Ülkemizde yapılan çalışmalar araştırma bulgularımızı desteklemektedir. Mermer ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında sosyal destek toplam puan ortalaması 66.70 ± 15.54 , alt boyutlarından aldıkları puan ise özel insan desteği 20 ± 7.25 , aile desteği 25.08 ± 4.88 , arkadaş desteği 20.41 ± 7.74 olarak tespit edilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında sosyal destek toplam puanı 60.87 ± 13.04 alt ölçeklerinden alınan puan ise

özel insan desteği 23.25 ± 4.45 , aile desteği 21.56 ± 5.14 , arkadaş desteği 16.06 ± 6.28 olarak belirlenmiştir. Aktaş ve Yeşilçiçek'in (2015) çalışmasında ise sosyal destek toplam puan ortalaması 67.89 ± 14.26 , alt boyutları puan ortalamaları sırasıyla özel insan desteği 24.63 ± 5.29 , aile desteği 24.10 ± 5.59 , arkadaş desteği ise 19.22 ± 7.19 olduğu saptanmıştır. Şen ve Şirin'in (2013) yaptığı çalışmada ise ÇBASDÖ toplam puanın 49.15 ± 15.90 olduğu bulunmuştur.

Araştırmamıza katılan gebelerin ÇBASDÖ alt boyutları puanları arasında en yüksek puan aile desteğinin, en düşük puan ise eş desteğinin puanı olmuştur (Tablo 4.3). Yapılan çalışmalarda araştırma bulgularımıza paralel olarak aile desteğinin yüksek olduğu saptanmıştır (Gümüşdaş ve Ejder Apay, 2015; Karataş ve Mete, 2012; Mermer ve ark., 2010). Diğer çalışmalarda araştırma bulgularımızın aksine eş desteğinin yüksek olduğu saptanmıştır (Özdemir ve ark., 2010 ve Metin, 2014; Aktaş ve Yeşilçiçek, 2015). Başka çalışmalarda ise en düşük puanın arkadaş desteği olduğu belirlenmiştir (Akbaş, 2006; Gümüşdaş ve Ejder Apay, 2015; Cebeci ve ark., 2012; Athfah ve ark., 2010; Çetinkaya, 2014). Ailenin verdiği desteğin kadınların kaygı düzeyini azalttığı ve daha tatmin edici olduğu düşünülmektedir.

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre ÇBASDÖ puan ortalamaları incelendiğinde, yaş değişkenine göre ÇBASDÖ ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 4.7). Metin'in (2014) çalışmasında benzer şekilde gebelerin yaş gruplarına göre alt boyut puan ortalamaları ile toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Mermer ve arkadaşlarının (2010) çalışmasına göre sosyal destek puan ortalamalarının 25-29 yaş grubundaki kadınlarda daha yüksek olduğu belirtilmiştir.

Araştırmamızda kendi ve eşi üniversite mezunu olan, memur statüsünde çalışan kadınların ÇBASDÖ puan ortalamaları diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmektedir ($p < 0.05$) (Tablo 4.7). Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde yurtiçinde yapılan birçok çalışmada da eğitim düzeyi artıkça algılanan sosyal destek puanının yükseldiği belirtilmiştir (Mermer ve ark., 2010; Özdemir ve ark., 2010; Arıkan ve Kahriman, 2002; Okanlı ve ark. 2003; Şen ve Şirin, 2013; Metin, 2014; Oruçlu, 2011). Çalışmamız diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Bireyin eğitim seviyesinin yüksek olması ve daha iyi gelir getiren işlerde çalışması sosyal destek kaynaklarının sağlayacağı hizmetlerden daha iyi faydalanacağını göstermektedir.

Gelir durumu ile ÇBASDÖ puan ortalama/ortancalarının arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Gelir durumu 4500 TL ve üzeri olan grubun sosyal destek puan ortalama/ortancalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Yapılan çalışmalar gelir durumu ile sosyal destek arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermektedir (Ölçer ve ark. 2016; Okanlı ve ark., 2003; Oruçlu D., 2011). Şen ve Şirin'in (2013) çalışmasında geliri giderine eşit olan gebelerin sosyal destek düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırma sonucumuz diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Gelir seviyesinin yüksek olması refah seviyesinin iyi olduğu anlamına gelmektedir. Böylece kadının kendi özel ihtiyaçlarına zaman ve kaynak ayırabilmesi gebeliğe olan uyumunu arttırmıştır.

Ailede sürekli yaşanan kişi sayısına göre ÇBASDÖ puanları incelendiğinde 1-2 kişi yaşayanların sosyal destek puan ortamlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.7). Aktaş ve Yeşilçiçek (2015), Metin, (2014), Mermer ve arkadaşları (2010), Ölçer ve arkadaşları (2016), Özdemir ve arkadaşlarının (2010) çalışmalarına göre çekirdek ailede yaşayan kadınların sosyal destek puan ortalamaları daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Okanlı ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada ise evde yaşayan birey sayısı arttıkça aileden algılanan sosyal destek puanının düştüğü saptanmıştır. Araştırmamız literatür ile örtüşmektedir. Ailede yaşayan birey sayısının artması, aile içi bir takım problemleri beraberinde getirdiği gibi, ailenin sahip olduğu ekonomik ve duygusal desteklerin azalmasına ve sorumlulukların artmasına neden olmaktadır. Bu durum algılanan sosyal desteğin azalmasına yol açabilir.

Gebelikte sağlanan sosyal destek, gebelerin kendine olan güveninin artmasına, kaygı ve stres ile daha kolay baş etmesine ve bebekle ilgili olumlu duygular geliştirmesine yardımcı olmaktadır. Kadınların gebeliğe ait özelliklerine göre sosyal destek ölçeğinin puan dağılımı incelediğimizde birinci gebeliği olan ve hiç doğum yapmayan kadınların sosyal destek puanlarının diğer kadınlardan yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 4.8). Çalışmamıza paralel olarak Bingöl ve arkadaşlarının (2006) ve Ölçer ve arkadaşlarının (2016) çalışmalarında gebelik sayısı ve yaşayan çocuk sayısının artması sosyal destek düzeyini azaltmaktadır. Okanlı ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında; ilk gebeliği olan kadınların sosyal desteğinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında gebelik sayısı arttıkça ÇBASDÖ alt boyutlarından arkadaş desteğinin puan ortalaması azalmaktadır. Candan'ın (2012) çalışmasına göre ise yaşayan çocuk sayısına arttıkça gebelik kaybı yaşayan kadınların aileden algılanan sosyal destek puanı düşmektedir.

Araştırmamızda 1. trimesterde olan gebelerin ÇBASDÖ puan ortalaması diğer trimesterlere göre daha yüksek çıkmıştır (Tablo 4.8). Özdemir ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında 13 hafta ve üzerinde gebeliği olanların ÇBASDÖ alt boyutlarından arkadaş desteğinin puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Ölçer ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada ise gebelik haftasının ÇBASDÖ puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Birinci trimesterde olan kadın, gebeliği heyecan ve mutluluk verici bir durum olarak karşılaması sebebiyle destek sistemlerini daha olumlu algılıyor olmasından kaynaklanmaktadır.

Araştırmamızda isteyerek gebe kalan kadınların ÇBASDÖ puan ortalaması istemeden gebe kalanlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo4.8). Çalışmalarda araştırma bulgularımıza benzer şekilde isteyerek ve planlayarak gebe kalan kadınların ÇBASDÖ puanı daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Okanlı ve ark, 2003; Özdemir ve ark., 2010; Bingöl ve ark., 2007; Oruçlu, 2011). Yurt dışında yapılan bir çalışmada ise isteyerek gebe kalmanın eş desteğini artırdığı ifade edilmiştir (Kroelinger and Oths, 2000). Gebelik kaybı yaşayan çiftlerde ise gebeliği isteyen erkeklerin aileden algılanan sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Candan, 2012). İstemeyerek gebe kalmak kadın ve aile üzerinde büyük bir stres kaynağıdır ve gebenin yaşamını doğrudan etkilemektedir. İsteyerek gebe kalmak kadının anneliğe hazır olduğunun bir göstergesidir.

Gebelik takibi yaptırma durumlarına göre ÇBASDÖ puan ortalamalarını incelendiğinde gebelik takibi yaptıran kadınların sosyal destek ölçeği puan ortalamaları gebelik takibi yaptırmayan kadınlara göre daha yüksektir ($p<0.05$). Aynı zamanda çalışmamızda gebelik takibi yaptırılan yer ve yapan kişi ile sosyal destek ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.8). Okanlı ve arkadaşlarının (2003) çalışmasının sonuçları araştırma bulgularımıza benzer şekilde gebelik takibi yaptıran ve özellikle gebelik takibini doktorlara yaptıran kadınların sosyal destek puanları daha yüksek olduğu bulunmuştur. Özdemir ve arkadaşlarının(2010) çalışmasında antenatal kontrole gitme sıklığı arttıkça algılanan sosyal destek ölçek puanının arttığı bulunmuştur. Bu sonuç antenatal kontrollerde sağlık profesyonellerinin gebenin bu dönemde sosyal desteğe daha fazla ihtiyacı olduğunu açıklamalarından kaynaklanabilir. Böylece aile bireylerinin destekleyici davranışlarının değişime uğramasına neden olmaktadır.

Yaşam kalitesi, kişinin fiziksel sağlığı, ruhsal durumu, inançları, sosyokültürel yapısı ve çevresiyle ilişkisinden etkilenen yaşanan kültür ve sahip olunan değerler sistemi içinde kişinin yaşamdaki pozisyonunu algılamasıdır. Gebelik dönemini fizyolojik, anatomik ve ruhsal değişiklikler sebebi ile kadının yaşam kalitesini değişik boyutlarda etkileyebilmektedir. Araştırmamızda kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam ortalama puan 71.15 ± 9.07 'dir. Kadınlar yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; fiziksel alan 13.84 ± 2.41 , ruhsal alan 14.28 ± 2.18 , sosyal alan 14.70 ± 2.69 , çevresel alan 14.53 ± 2.40 , kültürel alan 13.81 ± 2.03 'tür (Tablo 4.9). Yaşam kalitesi alt boyutlarından alınabilecek en yüksek (20) ve en düşük (0) puanlar göz önüne alındığında gebelerin yaşam kalitesinin iyi boyutta olduğu söylenebilir. Arabacıoğlu'nun (2012) İstanbul'da yaptığı çalışmada yaşam kalitesi alt boyutlarından aldıkları puanlar sırasıyla fiziksel alan 13.96 ± 2.35 , ruhsal alan 14.42 ± 2.63 sosyal alan 14.21 ± 2.65 , çevresel alan 14.28 ± 2.01 , ulusal çevre alanından ise 14.22 ± 1.93 tür. Altıparmak'ın (2006) Manisa'da yaptığı araştırmada gebelerin bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan puanları incelendiğinde sırası ile alan puan ortalamaları 12.9, 13.9, 14.7, 13.4 olarak saptanmıştır. Kılıçarslan'ın (2008) Edirne'de yaptığı çalışmaya göre yaşam kalitesi toplam ortalama puanı 69.34 ± 7.02 , alt boyutlarından bedensel alan 12.76 ± 1.86 , ruhsal alan 14.46 ± 1.63 , sosyal alan 15.03 ± 2.57 , çevresel alan 14.49 ± 1.94 , ulusal çevre alanı 13.85 ± 1.72 dir. Maryam ve arkadaşlarının (2013) İran'da yaptığı çalışmada deney grubundaki gebelerde son testin yaşam kalitesi ölçek puanı $57/60 \pm 9/25$ olarak bulunmuştur. Yapılan çalışma sonuçları araştırmamıza benzer nitelikte olduğunu göstermektedir.

Kadınların yaş grupları ile yaşam kaliteleri karşılaştırıldığında 19 ve altı yaş grubundan fiziksel alan puan ortalamalarının diğer kadınlardan yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Aksüt Akçay (2012) ve Çavuşoğlu'nun (2015) yaptığı çalışmalara göre gebelik yaşının artması yaşam kalitesi puanının artırmaktadır. Yapılan diğer çalışmalarda ise yaşın yaşam kalitesi üzerinde anlamlı farkı bulunamamıştır (Altıparmak, 2006; Arabacıoğlu, 2012; Özer, 2015; Türkmen, 2014). Yaşı daha genç olan kadınların fiziksel ve fonksiyonel olarak kendini iyi hissetmelerine bağlı olarak yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda kendi ve eşi üniversite eğitimi alan, işçi ve memur statüsünde çalışan ve gelir durumu 3000-4499 arası olan kadınların sosyal alan, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$) (Tablo 4.9). Yapılan yurt içi ve yurt dışı diğer çalışmalar; eğitim düzeyi, maddi durum

ve çalışma durumu ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönde bir ilişki olduğunu göstermektedir (Aksüt Akçay, 2012; Ünver, 2014; Altıparmak, 2006; Kılıçaslan, 2008 Lau and Yin, 2011; Robinson, 2011). Arabacıoğlu'nun (2012) yaptığı çalışmada, ilkokul mezunu olan gebelerin fiziksel ve ruhsal alan puanları daha yüksek bulunmuştur. Bu durum eğitimi yüksek olan kişilerin daha yüksek gelir seviyesine sahip olması, çalışma ortamında farklı kişilerle ilişki kurabilmesi, kendi özel ihtiyaçlarına zaman ve kaynak ayırabilmesi ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Kadınların gebeliğe ait özelliklerine göre yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar incelendiğinde, ikinci gebeliği olan kadınların fiziksel ve ruhsal, birinci gebeliği olan kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Aynı şekilde bir kere doğum yapmış kadınların fiziksel ve ruhsal, hiç doğum yapmamış kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama/ortancaları diğer gruplara göre daha yüksektir ve yine bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Yurtiçinde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamızın aksine araştırmaya katılan gebelerin gebelik ve doğum sayısının yaşam kalitesi puan ortalamaları üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Altıparmak, 2006; Özçelik, 2010; Arabacıoğlu, 2012; Kılıçaslan, 2008; Özer,2015; Türkmen, 2014). Literatürle farklı çıkmasının nedeni araştırmanın farklı bölge ve kültürlerdeki gebeler üzerinde yapılmış olması, ayrıca çalışmanın yapılması esnasında gebenin psikolojik durumunun sonuçlarda farklılık oluşturabileceği düşünülmektedir.

Kadınların gebelik haftası ile yaşam kalitesi fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve bu farkın ikinci trimesterde olan kadınlardan kaynaklandığı belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Lacasse ve arkadaşlarının(2008) yaptıkları çalışmada gebelerin ilk trimesterinde %78.5 oranında bulantı ve kusma görüldüğü bununda yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği belirtilmiştir. Kılıçaslan'ın (2008) ve Özçelik'in (2010) çalışmalarında gebelik haftasının yaşam kalitesi ölçeği toplam puan ortalaması üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Karataylı'nın (2007) çalışmasında ise gebelerin yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarından fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamaları 3. trimesterde daha düşük olduğu görülmüştür. Gebeliğin ikinci trimesterinde bulantı-kusma, ambivalan duygular, uykuya meyil gibi gebelik semptomlarının azalması nedeniyle kadınlar kendilerini daha rahat hissetmektedir. Bu durum gebelerin ruhsal ve fiziksel alanda yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemiştir.

İsteyerek gebe kalan kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama diğer gruba göre daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Edirne’de ve Aydın’da yapılan çalışmalarda istenen gebelik olmasının yaşam kalitesini artırdığı görülmüştür (Kılıçaslan, 2008; Özçelik, 2010). İstanbul’da yapılan çalışmalarda gebeliğin planlanma durumu yaşam kalitesini etkilemediği belirtilmiştir (Arabacıoğlu, 2012; Özer, 2015). İran’da yapılan bir çalışmada ise kadınların %40.2’sinin istemeyerek gebe kaldığı ve bu kadınların yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Alı ve ark., 2011). Gebeliğin istendik olması kadının gebeliğe daha çabuk uyum sağlamasını, yaşanabilecek gebelik semptomlarıyla (bulantı, kusma, sık idrar çıkma vb) daha iyi baş edebileceğini göstermektedir. Ayrıca gebelik sonrası anne bebek bağlanmasını da kuvvetlendireceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda düzenli egzersiz yapan kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamaları diğer kadınlardan daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Vallim ve arkadaşları (2011) ve Gustafsson ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları çalışmada egzersizin yaşam kalitesi üzerinde etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Maryam ve arkadaşlarının (2013) çalışmalarında ise gebelikte yapılan egzersizin stresi azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmiştir. Ünver’in (2014) yaptığı çalışmada gebelerin egzersiz yapma durumları arttıkça toplam yaşam kalitesi puanlarının arttığı saptanmıştır. Çalışma sonucumuz literatür ile benzerdir. Gebelikte yapılan egzersiz hem gebenin gebelik semptomlarını daha iyi yönetmesine olanak sağlamakta hem de, gebelere egzersiz yaparken farklı insanlarla ortak deneyimlerini paylaşma fırsatı sunmaktadır. Bu durum gebenin ruhsal olarak kendini daha iyi hissetmesini sağlarken, bir taraftan da kültürel ve çevresel olarak yaşam kalitesini yükseltmektedir.

Gebelik takibini özel hastanede ve doktora yaptıran kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksektir ($p<0.05$) (Tablo 4.10). Kılıçaslanın (2008) çalışmasında da benzer sonuçlar bulunmuştur. Özçelik’in (2010) çalışmasında yeterli sıklıkta DÖB alan gebelerin yaşam kalitesi toplam puan ortalamasının almayanlara göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Aksüt Akçay’ın (2012) çalışmasında ise gebeliklerinde DÖB alması ile yaşam kalitesi puan ortalamaları kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Bununla birlikte gebeliğinde özel hastaneden DÖB alan gebelerin yaşam kalitesi ortalama puan ortalamaları yüksektir. Yapılan çalışmalar araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Bu durumun sosyoekonomik durumu iyi olan gebelerin sağlık kuruluşlarına daha rahat

ulaşması, takipleri için çoğunlukla özel hastane ve alanında uzman doktor tercih ederken, ekonomik olarak yetersiz olan kadınların bu hizmetleri genellikle aile sağlığı merkezlerinden alması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Kadınların sosyal destek ölçeği puanları ile yaşam kalitesi puanları ($r_s = 0.24^{**}$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Sosyal destek ölçeği puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarının da arttığı belirlenmiştir (Tablo 4.5). Aynı zamanda kadınların ruhsal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları ile eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Kadınların sosyal alan puanları ile aile desteği, arkadaş desteği puanları incelendiğinde ise puanlar arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Fiziksel alan puanları ile aile desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0.05$). Çetinkaya (2014) hiperemezis gravidumlu kadınlarda yaptığı çalışmada sosyal desteğin artmasının bedensel sosyal ve çevresel yaşam kalitesini artırdığı ifade edilmiştir. Yurt dışında Nohara ve Miyagi'nin (2009) gebe kadınlarla yaptığı çalışmada eş desteği ve aile desteğinin artması yaşam kalitesini artırdığını belirtmişlerdir. Shishergar ve arkadaşları (2013) yaptığı çalışmada yüksek sosyal desteğin stresi azalttığı, yaşam kalitesini ise arttırdığını bulmuşlardır. Emmenuel (2012) ise sosyal desteğin yaşam kalitesini yükseltmede önemli bir etken olduğunu bildirmiştir. Çalışma sonuçlarımız yurt içinde ve yurt dışında yapılan bir çok çalışmayla benzerlik göstermektedir. Gebelik süresince sağlanan güçlü sosyal destek ağları, yaşam kalitesi üzerinde olumlu etki göstererek kadının gebeliğe olan uyumunu arttırmıştır.

6.SONUÇLAR ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Araştırmaya katılan kadınların ortalama yaşının 28.56 ± 4.98 olduğu, %38.4'ünün üniversite mezunu, %62'sinin ise ev hanımı olduğu, %35.5'inin ilk gebeliği olduğu, %37.5'inin hiç doğum yapmadığı, %58.4'ünün 3. trimesterde olduğu, %9.8'inin istemeyerek gebe kaldığı, %23.3'ünün düzenli egzersiz yaptığı, %4.3'ünün gebelik takibi yaptırmadığı, %48.1'inin gebelik takibini özel hastanede, %15.8'inin ise takibini ebelere yaptırdığı,
- Kadınların ÇBASDÖ'den aldıkları toplam ortalama puan 64.30 ± 13.11 , sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; eş desteğinden 17.16 ± 8.08 , aile desteğinden 24.59 ± 4.14 , arkadaş desteğinden 22.54 ± 5.79 olduğu,
- Kendi ve eşi üniversite mezunu olan, memur statüsünde çalışan, gelir durumu 4500 TL ve üzeri olan kadınların ÇBASDÖ puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ($p < 0.05$),
- 1. trimester de olan, evde 1-2 kişi yaşayan, ilk gebeliğini geçiren ve hiç doğum yapmayan kadınların ÇBASDÖ puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ($p < 0.05$),
- İsteyerek gebe kalan ve egzersiz yapan kadınların sosyal destek puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ($p < 0.05$),
- Kadınların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalamasının 71.15 ± 9.07 , yaşam kalitesi ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ortalama puan ise sırasıyla; fiziksel alan 13.84 ± 2.41 , ruhsal alan 14.28 ± 2.18 , sosyal alan 14.70 ± 2.69 , çevresel alan 14.53 ± 2.40 , kültürel alan 13.81 ± 2.03 olduğu,
- 19 ve altı yaş grubundan fiziksel alan puan ortalamalarının diğer kadınlardan yüksek olduğu ($p < 0.05$),
- Kendi ve eşi üniversite mezunu olan, işçi ve memur statüsünde çalışan ve gelir durumu 3000-4499 arası olan, kadınların sosyal alan, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının diğer kadınlara göre yüksek olduğu ($p < 0.05$),

- İkinci gebeliği olan kadınların fiziksel ve ruhsal, birinci gebeliği olan kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- İkinci trimesterde olan kadınların yaşam kalitesi fiziksel ve ruhsal alan puan ortalamalarının diğer kadınlardan yüksek olduğu ($p<0.05$),
- İsteyerek gebe kalan kadınların fiziksel, ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalama diğer gruba göre daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Düzenli egzersiz yapan kadınların ruhsal, sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamaları diğer kadınlardan daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Gebelik takibini özel hastanede ve doktora yaptıran kadınların ise sosyal, çevresel ve kültürel alan puan ortalamaları diğer gruplardan daha yüksek olduğu ($p<0.05$),
- Kadınların sosyal destek ve yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar arasındaki ilişki incelendiğinde kadınların sosyal destek ölçeği puanları ile yaşam kalitesi puanları ($r_s= 0.24^{**}$) arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, sosyal destek ölçeği puanları arttıkça yaşam kalitesi puanlarında arttığı ($p<0.001$)
- Kadınların ruhsal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları ile eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanları arasında düşük düzeyde pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ruhsal alan, çevresel alan, kültürel alan puanları arttıkça, eş desteği, aile desteği, arkadaş desteği puanlarının da arttığı belirlenmiştir. Sosyal alandan alınan puan arttıkça aile desteği ve arkadaş desteği puanları artmaktadır ($p<0.05$). Fiziksel alandan alınan puan arttıkça aile desteği puanları da artmaktadır (Tablo 4.6).

6.2.Öneriler

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulabilir:

- Gebelerin sosyal destek kaynakları belirlenerek ebeler tarafından yapılan izlemler sırasında desteklenmesi,
- DÖB hizmetleri kapsamında gebelerin sosyal destek algı ve ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Sosyal desteğin gebeler üzerindeki olumlu etkileri nedeniyle sosyal destek kaynaklarının farkındalığının artırılması,
- Gebelerde yaşam kalitesini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörlerin belirlenmesi,
- Değiştirilebilir ve (egzersiz yapma, gebelik semptomlarını yönetme vb.) değiştirilemeyen faktörlerin (yaş, gebelik haftası, eğitim düzeyi, iş vb.) değerlendirilerek gebelere bireysel danışmanlık ve bakım hizmetlerinin sunulması,
- İstenmeyen gebeliklerin kadında yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi nedeniyle aile yapısına uygun etkin aile planlaması eğitimi verilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKÇA

1. Abedi, G., Babamiri, F., Rostami, F. (2012). International journal of collaborative research on internal medicine & public health pregnant women life quality concept & phenomenology health sciences research center, *Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran*, 1414.
2. Açı, A.A. (2006). Şizofrenik Hastalarda Fiziksel Egzersizin Ruhsal Durum ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 44.
3. Akbaş, E. (2006). Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 13-46.
4. Akın, A. (2001). Aile Planlamasından Üreme Sağlığına Geçiş. *Aktüel Tıp Dergisi*, 6(1): 4-8.
5. Aksüt Akçay, E. (2012). Kayseri Doğumevi Hastanesine Başvuran Gebelerin Doğum Öncesi Bakım Alma Durumunun Doğum Tercihine ve Yaşam Kalitesine Etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 24-54.
6. Aktaş, S., Yeşilçiçek, C. (2015). Factors affecting depression during pregnancy and the correlation between social support and pregnancy depression. *Iran Red Crescent Med J*, 22:17(9):E16640.
7. Aladağ, B. (2000). Yatan ve Ayakta Tedavi Gören Hastaların Sosyal Destek ve Sosyal Karşılaştırma Düzeyleri. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
8. Alı, A., Farhad, A., Tahereh, P., Marziyeh, A. (2011). Prevalence of unwanted pregnancy and its relationship with health-related quality of life for pregnant women's in salas city. Kermanshah-Iran, *Iranian Journal Of Obstetrics, Gyneocology And Infertility* ;14 (5): 24 -29.
9. Api, O., Ünal, O., Şen, C. (2005). Gebelikte beslenme, kilo alımı ve egzersiz. *Perinatoloji Dergisi*, 13:(2).
10. Arabacıoğlu, C. (2012). Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 5-59.
11. Ardahan, M. (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9:(2).

12. Arı, Z.(2012). Cerrahi bakım ve yaşam kalitesi sempozyumu.Celal Bayar Üniversitesi Manisa Sağlık Yüksekokulu.
13. Arıkan, D., Kahriman, İ. (2002). Yenidoğan bebeği olan primipar annelerin ailelerinden algıladıkları sosyal desteğın sorun çözme becerilerine etkisi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 5:60-67.
14. Aydemir, İ. (2007). Edirne İl Merkezindeki 40–59 Yaş Arası Kadınların Sağlıkla İlişkili Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 34.
15. Aygün, C.,Kumbak Aygün, B. (2010). Gebelik ve konstipasyon. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,17:(1) 71-75.
16. Beydağ, K. (2007).Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü.*TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6:(6), 479-483.
17. Bıkmaz, Z. (2009). Lösemili Hastaların Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı İç Hastalıkları Hemşireliği,Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 89, 48-50s.
18. Bowling, A. (1993). Measuring health, a review of quality of life measurement. *Open University Press*, 1-23.
19. Candan, Ö. (2012).Gebelik Kaybı Yaşayan Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri ve Hemşirelik Bakım Desteğinin, Depresyon Düzeylerine Etkisi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 24-76.
20. Cebeci, S.A., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: Obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10:11-8.
21. Çatak, B.,Öner, C., Gülay, M., Baştürk, S., Oğuz, İ., Özbek, R. (2014). Doğum öncesi bakım hizmetlerinin sahada izlemi ve değerlendirilmesi. Bursa Örneği*Türk Aile Hek Derg*, 18:(2): 63-69.
22. Çavuşoğlu, İ. (2015). İnfertilite Tedavileri Sonrası Gebe Kalan Kadınların Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 77,33-34.
23. Çetinkaya, E. (2014). Hiperemesis Gravidarum Tanısı Alan Gebelerde Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek Düzeylerinin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi.

24. Çoban, A., Yanikkerem, E. (2010). Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *türkiye Ege Tıp Dergisi*, 49:(2); 87-94.
25. Demirkol, A. (2010). Karpal Tünel Sendromlu Hastalarda Total Antioksidan Kapasite ve Oksidatif Stresin Araştırılması. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 14.
26. Dikensoy, E., Balat, Ö., Cebesoy, F. B., Özkur, A., Çiçek, H., Can, G. (2008). Gebelerde oruç tutmanın üriner sistem enfeksiyonu ve amniotik sıvı indeksi üzerine etkisi. *Perinatoloji Dergisi*, 16:(2).
27. Divney, A.A., Sipsma, H., Gordon, D., Niccolai, L., Magriples, U., Kershaw, T. (2012). Depression during pregnancy among young couples: the effect of personal and partner experiences of stressors and the buffering effects of social relationships. *J Pediatr Adolescynecol*, 25(3):201-7.
28. Doğan, N. (2011). Akciğer Kanseri Hastalarının Yaşam Kalitesi ve Sosyal Destek. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 15-16,40.
29. Suyugül Doğançe, U. (2005) Hiperemesis Gravidarum Tanısı Almış Gebelerle Sağlıklı Gebelerin Helicobacter Pylori Seropositivitesinin ve İmmunolojik Belirteçlerinin Kıyaslanması ve Perinatal Sonuçları. Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği. Uzmanlık Tezi.
30. Doyurgan, T. (2009). Gebelik ve Gebelik Sonrası Dönemdeki Kadınların Uyum Düzeyleri. Ondokuzmayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 29-42.
31. Durduran, Y., Bodur, S., Çakıl, E., Filiz, E. (2012). Konya il merkezinde sağlıktaki dönüşüm öncesi ve sonrası gebe ve bebek izlemleri. *Türkiye Dicle Tıp Dergisi*, 39 (2): 227-233.
32. Ege, E., Eryılmaz, G. (2000). Erkengebeler dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 3:(1), 1-2.
33. Eker, D., Arkar, H. (1995). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin faktör yapısı geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34(10): 45-55.
34. Eker, D., Arkar, H., Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1): 17-25.

35. Elsenbruch, S., Benson, S., Rucke, M., Rose, M., Dudenhausen, J., Pincus-Knackstedt, M.Kb., Klapp, F. And Arck, P.C. (2007). Social support during pregnancy: effects on maternal depressive symptoms, smoking and pregnancy outcome.*Human Reproduction* 22,3, 869–877.
36. Emmanuel, E., St John W., Sun J.,(2012). Relationship between social support and quality of life in childbearing women during the perinatal period. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.*;41(6): 62-70s.
37. Ergin, F., Aksu, H., Demiroz, H. (2010). Doğum ncesi ve doğum sonrası bakım hizmetlerinin nicelik veniteliği.*Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13: 4.
38. Ersan, Y., Yavuz, N., Ergüney, S., Kuşaslan, R. (2004). Hemoroidlerin medikal tedavisi. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 35:(4).
39. Eser, YS., Fidaner, H., Fidaner, C., Elbi, H., Eser, E., Göker, E. (1999). Yaşam kalitesinin lulmesi. *Whoqol-100 ve Whoqol-Brief*, 3p Dergisi, 2:5-13.
40. Frger, F., Qstensen, A.,Schumacher, P. M. (2005).Impact of pregnancy on health related quality of life evaluated prospectively in pregnant women with rheumatic diseasesby the sf-36 health survey. *Ann RheumDis*;64:1494-1499.
41. Giurgescu, C. P., Misra, D., Shawnita Sealy-Jefferson, Ss., et.al. (2015). The impact of neighborhood quality, perceived stress, and social support on depressive symptoms during pregnancy. *In African American Women Social Science & Medicine*; 130-172.
42. Gjerdingen, DK., Froberg, DG.,Fontaine, P.(1991). The effects of social support on women’s health during pregnancy, labor and delivery, and the postpartum period.*Family Medicine*,23:370 –375.
43. Gustafsson, MK., Stafne, SN., Romundstad, PR., Mrkved, S., Salvesen, KA., Helvik, A-S. (2015). The effects of an exercise programme during pregnancy on health-related quality of life in pregnant women: a norwegian randomised controlled trial. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Bjog*; Doi: 10.1111/1471-0528.13570.
44. Güler, D. (2006). Mastalji, Yaşam Kalitesi ve Depresyon. şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Uzmanlık Tezi, İstanbul,64.
45. Gümüşdaş, M., Ejder, Apay S.,(2016). Gebelikte Evlilik Uyumu ve Sosyal Destek Arasındaki İlişki.Hsp 3(1):1-8.

46. Hergüner, S., Çiçek, E., Annagür A., Hergüner, A., Örs, R., (2014). Doğum şeklinin doğum sonrası depresyon, algılanan sosyal destek ve maternal bağlanma ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27:15-20.
47. Husain, N., Cruickshank, K., Husain, M., Khan, S., Tomenson, B., Rahman, A., (2012). Social stres and depression during pregnancy and in the postnatal period in british pakistani mothers: a cohort study. *Journal of Affective Disorders* 140, 268–276
48. Işık, M. T. (2010). Gebelik Sürecinde Tıbbi Aydınlatma. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi, Adana, 92.
49. İnci, M., İnci, M., Davarcı, M., (2011). Gebelikte görülen üriner sistem enfeksiyonları ve tedavisi. *Türk Üroloji Seminerleri*, 2: 124-6.
50. Karaçam, Z., Akyüz, E. Ö. (2011). Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/hemşirenin rolü. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*, 45-53.
51. Karataş, T. (2010). Gebelikte Bulantı Kusma İle Sosyal Destek Arasındaki İlişki. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi.
52. Karataş. T., Mete, S. (2012). Gebelikte bulantı kusma sorunu yaşama durumu ile sosyal destek arasındaki ilişkinin incelenmesi, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5:(2), 47-52
53. Karataylı, S. (2007). Gebelerde Trimesterler Arası Depresyon, Anksiyete, Diğer Ruhsal Belirtiler ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi psikiyatri Anabilim Dalı Konya Uzmanlık Tezi, 6-33.
54. Kılıçarslan, S. (2008). Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi 3-48.
55. Korkut, E. (2011). Gebelerde reflü ve tedavisinde dikkat edilecek hususlar. *Güncel Gastroenteroloji Derg*, 15/1 42.
56. Köken, G., Coşar, E., Şahin, F., Arıöz, T., Yeşildağar, E., Yılmaz, M. (2009). Erken gebelikte bulantı ve kusmaya etki eden faktörler. *Tjod Derg*; 6: 92-6.

57. Köybaşı, E. Ş. (2013).Gebelik Sürecinin Uyku Kalitesine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı İstanbul. Yüksek Lisans Tezi, 32.
58. Kroelinger, C.D., Oths, S.K. (2000). Partner support and pregnancy wantedness. *Birth*,27:112-119.
59. Lacasse, A., Rey E., Ferreira E., Morin C. And Berard A., (2008). Nausea and vomiting of pregnancy: what about quality of life? *An International Journal Of Obstetrics & Gynaecology*, 115, 1484-1493.
60. Lau, Y., Yin, L., (2011). Maternal, obstetrics variables, perceived stress and health-related quality of life among pregnant women in Macao, China. *Midwifery*,27, 668-673
61. Llewellyn AM, Stowe, ZN, Nemeroff, CB (1997).Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry*,15:26-32.
62. Madazlı, R., Bulut, B., Oncül, M., Artar, G., Benian, A. (2007). Gebelik ve tiroid hastalıkları olgularının değerlendirilmesi. *İstanbul, Cerrahpaşa Tıp Derg*; 38: 46 – 50.
63. Maryam, G.A., Shohr, G.S., Javad, K. (2013). effectiveness of hardiness training on anxiety and quality of life of pregnancy women. *Procedia - Social And Behavioral Sciences* 84, 1785 – 1789.
64. Mcdaniel, SH, Campbell, TL, Hepworth, J, Lorenz, A. (Editörler) (Çeviri Editörü: H. Yaman). Ailenin Doğuşu: Aile Odaklı Gebelik Bakımı (Çeviren: B. Ulusel). Aile Yönelimli Birincil Bakım'da. 2. Basım. İstanbul:Yüce Yayım, 142-61.
65. Mckee, MD., Cunningham, M., Jankowski, KRB., Zayas, L. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstetric And Gynecology*,97:988-993.
66. Mecdi, M., Rathfisch, G. (2013). Gebelikte oluşan rahatsızlıklarda kanıta dayalı uygulamalar. *F.N. Hem. Derg*,21:(2): 129-138
67. Mermer, G., Bilge, A., Yücel, Ü., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi.*Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 72 ;1(2), 71-76.
68. Metin, A. (2014). Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 4-22.

69. Morikawa, M., Okada, T., Ando, M., et.al.(2015). Relationship between social support during pregnancy and postpartum depression: A prospective cohort study. *Scirep.*;29;5:10520.
70. Nazik, E. (2005). Gebelikte Görülen Rahatsızlıklar ve Gebelerin Uyguladıkları Baş Etme Yöntemleri. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 13-77.
71. Nohara, M., Miyagi, S. (2009). Family support and quality of pregnant women during pregnancy and after birth. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*;56(12):849-62.
72. O'hara, M.W., Swain, M.A. (1996). Rates and risk of postpartum depression-a meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8: 37-54.
73. Okanlı, A., Tortumluoğlu, G., Kırpınar, İ. (2003). Gebe kadınların ailelerinden algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4:98-105.
74. Omaç, M., Güneş, G., Karaoğlu, L., Pehlivan, E. (2009). Arapgir Devlet Hastanesine başvuran gebelerin doğum öncesi bakım hizmetlerinden yararlanma durumları ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*;14(2):115-119
75. Oruçlu, D.(2011). Diyarbakır Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Antenatal Kliniğinde Yatan Riskli Gebelerde Algılanan Sosyal Destek İle Stresle Başetme Düzeyleri Arasındaki İlişki. Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 29-49.
76. Ölçer, Z., Bakır, N., Oskay, Ü. (2016). Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19:1
77. Özbey, S. (2012). Eşlerin algıladıkları sosyal desteğin ailenin bazı özellikleri ile ilişkisinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (Kefad)*, 13(1),167-181.
78. Özçelik, G. (2010). Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Aydın Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Doğum Sağlığı Ve Hastalığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 1-62.
79. Özdemir, F., Bodur, S., Nazik, E., Nazik, H., Kanbur, A. (2010). Hiperemesis gravidarum tanısı alan gebelerin sosyal destek düzeyinin belirlenmesi. *Taf Prev Med Bull*; 9(5):463-470.

80. Özer, K. (2015). Gebe Kadınların Yaşam Kalitesi Ve Depresyon Durumlarının Belirlenmesi Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi İstanbul, 29-81.
81. Özkan, Z. (2012). Gebelikte Uyku Kalitesinin Travay Süresi ve Doğum Ağrısı Üzerine Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı Ebelik Programı, Yüksek Lisans Tezi.
82. Pamela, J. Feldman, Christine Dunkel-Schetter, Curt, A. Sandman, and Pathik D. Wadhwa, MD. (2000). Maternal social support predicts birth weight and fetal growth in human pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 62, 715–725.
83. Pınar, T., Çakmak, Z.A., Saygun, M., Pınar, G., Ulu, N. (2009). Gebelikte anormal vajinal akıntı üzerine etkili risk faktörleri. *Tıp Araştırmaları Dergisi*:7(2):79-86.
84. Robinson, R.V. (2011). Pregnancy and health-related quality of life: a cross sectional study. *Colomb Méd.*,42: 476-81
85. Sözeri, C., Cevahir, R., Şahin, S. (2006). Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 1(2): 93-100.
86. Şahin, E.M., Kılıçarslan, S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya üniversitesi tıp fakültesi dergisi*27(1):51-58.
87. Şahsıvar, Ş. (2007). Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 46-57.
88. Şen, E., Şirin, A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *İstanbul Gaziantep Tıp Derg*,19(3): 159-163.
89. Şentürk, V. (2007). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sık görülen ruhsal bozukluklar. *Kriz Dergisi*,16 (1): 25-34.
90. Takmaz, S. (2009). Gebelikte Görülen Fizyolojik Deri Bulguları ve Gebeliğe Özgü Dermatozların Sıklığı. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Uzmanlık Tezi, 24.
91. Taljoma M. RN, Hentinen M. RN. (2001). Adherence to self-care and social support. *Journal Of Clinical Nursing*, 10: 618–627.
92. Taşkın, L. (2002). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, 5. Baskı, 5-65.

93. Taşkın, L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Genişletilmiş XIII.Baskı. Ankara.
94. Taşkiran, N. (2011). Gebelik ve uyku kalitesi. *J Turk Soc Obstet Gynecol*, 8: 181-7.
95. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2008).
96. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2013).
97. Türkmen, S. (2014). Gebeliğin Son Trimesterinde Yaşanan Sağlık Sorunları Ve Gebenin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 7-9, 33-36.
98. Ünver, H. (2014) Gebelerde Egzersizin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 6-12 22-29.
99. Vallim, A.L., Osis, M.J., Cecatti, J.G., Baciuk, E.P., Silveira, C., and Cavalcante, S.R. (2011). Water exercises and quality of life during pregnancy. *Reproductive Health*, 8:14.
100. Wanda, N.K., Setse, Rosanna., Hill-Briggs, Felicia, Cooper, Lisa A., Strobino, Donna, Powe, Neil R. (2006). Depressive symptoms and health-related quality of life in early pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 798-806
101. Webster, J., W.J. Linnane, J. M. Dibley, L, et al. (2000). Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful? *Birth*, 27:2.
102. Yanikkerem, E., Çalım, S. İ., Göker, A., Oruç, Koltan, S., Koyuncu, F.M. (2012). Hiperemesis gravidarum'lu gebelerin hastalıkları hakkında düşünceleri ve gereksinimleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1:(4) 269.
103. Yekenkurnıl, D., Mete, S. (2012). Gebelikte bulantı kusma, evlilik uyumu ve eş ilişkisi arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 5 (3), 89-95.
104. Yılmaz, E. (2007). Gebeliğin fizyolojik deri değişimleri. *Türkderm*; 41 Özel Sayı 1: 13-5.
105. Yılmaz, E., Yılmaz, E., Karaca F., (2008) Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Manisa Genel Tıp Derg*, 18(2): 71-79.
106. Yılmaz, F. (2012). Gebelerde algılanan sosyal destek ile gebeliğe ve anneliğe uyum arasındaki ilişkinin incelenmesi. Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 22.

- 107.** Yılmaz, Bingöl T., Tel, H. (2007). Postpartum dönemdeki kadınlarda algılanan sosyal destek ve depresyon düzeyleri ile etkileyen faktörler.*Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,10: 31
- 108.** Yüzbir, N., Şen, C. (2001). Gebelik ve süt verme döneminde beslenme.*Perinatoloji Dergisi*,9:1
- 109.** Zimet G.D., Dahlem, N.W, Zimet, S.G, Farley G.K. (1988). The Multidimensional Scale Of Perceived Social Support. *Journal Of Personality Assessment*, 52 (1): 30-41.





EK 1.

C.Ü. TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİKKURULU BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Sayın

Bu katılacağınız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı **“Gebelerin Sosyal Destek Algısı ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi”**dir.

Bu araştırmanın amacı, sizin sağlıklı bir gebelik geçirmeniz için yaşamınızda size destek olan kişilerin varlığı ve bunların yaşamınızda sizi ne kadar etkilediğini belirlemektir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Gebelik, yaşamın önemli bir parçası, kadın ve ailesi için ise önemli bir yaşam deneyimidir. Gebelik döneminin başlangıcından itibaren bedensel ve psikolojik değişiklikler meydana gelmektedir. Gebelik doğal bir süreçtir, kadınların çoğu iyi bir destekle ve fazla bir tıbbi müdahaleye gerek kalmadan bu süreci sağlıklı bir şekilde geçirirler. Fakat kadınların bazılarında gebelik esnasında sorunlar oluşabilir. Ayrıca gebelik, sosyal ilişkilerde ve aile üyelerinin rollerinde de değişiklikler yapan durumdur. Gebelik boyunca oluşan bedensel, psikolojik ve sosyal anlamdaki değişiklikler, sağlıkla ilgili yaşam kalitesini etkilemektedir

Gebelerin sosyal destek algısı ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için yapılacak bu çalışmada kişisel bilgi formu (yaş, eğitim durumu, tıbbi öykü gibi 20 soru), gebelerin sosyal desteğe yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek için soru formu (aile ve arkadaşlarından yardım alma, destek alma, güven duyma gibi 12 soru) ve gebelerin yaşam kalitesine yönelik soru formu (fiziksel çevre , kişinin yaşadığı ev koşulları, ulaşım imkanları gibi konularda 27 soru) kullanılacaktır. Toplamda 25 dakika sürmesi düşünülmektedir. Bu çalışmada yer alacak sizin gibi gönüllülerin sayısının en az 192 olacağı varsayılmaktadır. Araştırmanın 6 ay süreceği düşünülmektedir.

Bu araştırma ile ilgili olarak sizden beklenen adınızı ve soyadınızı belirtmeden araştırma anketlerinde yer alan sorulara ya da ifadelere uygun ve doğru cevap vermenizdir. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Bizim için beklenen yarar doğum öncesi bakım hizmeti sunanlara olumlu

katkılarında bulunması, size daha kapsamlı, yararlı ve kaliteli bir bakım hizmeti sunmaktır. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir soru için 0 506 786 99 04 numaralı telefonda bana ulaşabilirsiniz.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız gibi nedenlerle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır, çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir. Sizin tarafınızdan doldurulan formlarda yer alan yanıtlarınız gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile yanıtladığınız bilgileriniz verilmeyecektir. Ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde yanıtladığınız bu bilgilere ulaşabilir. Yanıtladığınız formlarda adı ve soyadı belirtilmediği için siz istediğinizde kendinize ait yanıtladığınız bilgileri size vermemiz mümkün değildir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana verilecektir.

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Hilal AKSOY

Görevi : Ebe

Adresi : Seyrantepe mah. Üçtepe sok. no:25/2 Daire:14

Tel.-Faks : 0506 786 99 04

Tarih ve İmza:

EK 2.

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

1. Anket sıra no:.....

Sosyo demografik Özellikler:

2. Çalışma bölgesi:..... ASM

3. Yaşınız:.....

4. Öğrenim durumunuz:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite

5. Mesleğiniz:

1) Ev Hanımı 2) Memur 3) İşçi 4) Öğrenci 5) Diğer (Açıklayınız:.....)

6. Sosyal güvenceniz: 1) Var 2) Yok

7. Medeni haliniz:

1) Evli 2) Bekar 3) Diğer

8. Eşinizin öğrenim durumu:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite

9. Evde sürekli yaşayan kişi sayısı:.....

10. Ailenizin ortalama gelir durumu:.....TL.

Obstetrik Özellikler:

11. Gebelik sayınız:.....

12. Doğumsayınız:.....

13. Gebelik haftanız:.....

14. İsteyerek mi gebe kaldınız?: 1) Evet 2) Hayır

Alışkanlıklar:

15. Gebelik döneminde düzenli egzersiz yapıyor musunuz?:

1) Evet (..... dk/..... kez /hafta) 2) Hayır

Doğum Öncesi Bakım Hizmetlerinin Kullanımı:

16. Düzenli olarak gebelik takiplerinizi yaptırıyor musunuz?:

1) Evet 2) Hayır

17. Gebelik takiplerinizi en çok nerede yaptırıyorsunuz?:

1) Aile Sağlığı Merkezi 2) Devlet Hastanesi 3) Üniversite Hastanesi

4) Özel Hastane 5) Diğer (Açıklayınız:.....)

18. Gebelik takiplerinizi hangi sağlık personeline yaptırıyorsunuz?:

1) Ebe 2) Hemşire 3) Doktor 4) Diğer (Açıklayınız:.....)

Sosyal Destek Özellikleri:

19. Eşiniz gebe olduğunuzu öğrendiğinde sevindi mi?:

1) Evet 2) Hayır

20. Gebelik sırasında size en fazla destek olan kişiler kimlerdi? Destek düzeyine göre en büyük destek veren kişiden ilk üçünü belirtiniz. (Örneğin; Eşim, Kendi ailem (annem, babam, kardeşlerim), Eşimin ailesi, Arkadaşlarım vb.):

1.....2.....3.....



EK 3.

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1- Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11.Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7Kesinlikle evet

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7Kesinlikle evet



EK 4.

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ (WHOQOL-BREF-TR)

Yönerge: Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır. Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Ortadereced e	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız (bildirmelisiniz). Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız (bildirmeniz) gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Şimdi, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız (bildiriniz).

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri ne kadar yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamadane kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde tam olarak yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimleriniz i karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızı n desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17.3	Yaşadığımız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri ne sıklıkta hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

















ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı	Hilal AKSOY
Doğum Yeri ve Tarihi	Sivas, 19/05/1987
Medeni Hali	Evli
Yabancı Dili	İngilizce
İletişim Adresi	Seyrantepe mah. Üçtepe sok.No:25/14
E-posta Adresi	hilalguveriaksoy@gmail.com

Eğitim ve Akademik Durumu

Lise	Gazi Çok Programlı Lisesi,2004
Lisans	Fırat Üniversitesi, 2009
Yüksek Lisans	Cumhuriyet Üniversitesi, 2016

İş Tecrübesi

Sivas Yıldız Köyü Sağlık Ocağı	Ebe, 2009-2010
Özel Sivas Anadolu Hastanesi	Ebe,2010-2012
Sivas Hanlı Köyü Aile Sağlığı Merkezi	Ebe, 2012-2016
Sivas Kayadibi Köyü Sağlık Evi	Ebe, 2016-2016
Tokat Zile Toplum Sağlığı Merkezi	Ebe, 2016-